

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH MIESIĘCZNIK

R O K XIII
W A R S Z A W A
K W I E C I E Ń
1938 R.
Z E S Z Y T 4

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

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

* * *

Wobec przyjęcia przez Senat ustawy o przedłużeniu czasowego obniżenia składek za ubezpieczenia społeczne, w brzmieniu uchwalonym przez Sejm, — wysokość składek za ubezpieczenia emerytalne i wysokość jednostki taryfowej w ubezpieczeniu wypadkowym z dniem 1 kwietnia 1938 r. powraca na okres roczny do wysokości, która obowiązywała w okresie od 1.II.1936 r. do 31.XII.1937 r.

* * *

W dodatku do niniejszego numeru Przeglądu znajdzie czytelnik dwa rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej, wydane w związku z przypadającym w dniu 1-go stycznia 1938 r. terminem przewidzianym na wprowadzenie w życie nowej taryfy składek za ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych. Pierwsze z tych rozporządzeń podaje zasady, na których ma się opierać konstrukcja obecnej i przyszłych taryf składek za ubezpieczenia wypadkowe oraz normy, jakie należy stosować przy indywidualizacji składek w zależności od stanu bezpieczeństwa właściwemu danemu zakładowi pracy. Drugie rozporządzenie ma za zadanie dostosowanie dotychczas obowiązujących przepisów o uiszczaniu składek do czynności, związanych ze zmianą taryfy składek.

Pierwsza ustalona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych taryfa składek za ubezpieczenie wypadkowe została zatwierdzona przez Ministra Opieki Społecznej w dniu 21 marca b. r. Jej tekst obowiązujący zostanie w najbliższym czasie ogłoszony w Monitorze Polskim. Okres obowiązywania składek, ustalonych w taryfie, wynosi lat trzy i obejmuje 1938, 1939 i 1940 rok. Jak wiadomo, w ubezpieczeniu wypadkowym składkę opłacają pracodawcy, przy czym składka ta jest zróżnicowana dla poszczególnych gałęzi przemysłu. Wysokość składek jest w ten sposób obliczana, aby poszczególne rodzaje

przedsiębiorstw pokrywały swymi składkami właściwe im ryzyka wypadków. Obliczeń wysokości składek dokonywa się na podstawie obserwacji wypadkowości w latach poprzednich.

Budowa taryfy wymaga przeprowadzenia specjalnych badań statystycznych, znajomości techniki produkcji w poszczególnych gałęziach przemysłu oraz stanu aktualnego bezpieczeństwa pracy i zagadnień z akcją bezpieczeństwa pracy związanych. Przy budowie taryfy współpracują więc: matematyk ubezpieczeniowy, inżynier i — ze względu na jej charakter normatywny — prawnik. Opracowanie i analiza materiału statystycznego oraz skonkretyzowanie wniosków do taryfy trwa blisko dwa lata. W końcowym etapie tych prac powoływani są do współdziałania w charakterze opiniodawczym przedstawiciele samorządu gospodarczego oraz przedstawiciele branżowych i zawodowych organizacji pracodawców. Redakcja Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych ma nadzieję, że osoby, które brały udział w pracach nad ustaleniem ostatecznej taryfy składek za ubezpieczenie wypadkowe omówią na łamach Przeglądu znaczenie i przebieg tych prac.

* * *

W niniejszym numerze Przeglądu znajdzie czytelnik artykuł p. t. „Narodowo-socjalistyczna reforma ubezpieczeń społecznych“ poświęcony omówieniu uchwalonej przez Rząd Rzeszy ustawy o rozbudowie ubezpieczeń emerytalnych. Ustawa ta stanowi doniosły akt dla ubezpieczeń społecznych — i to nie tylko niemieckich. Kiedy w Niemczech w 1933 roku narodowy socjalizm przyszedł do władzy, ubezpieczenia społeczne przeżywały w tym kraju ciężki kryzys finansowy. Nowy kierunek polityczny, który w szybkim czasie zajął zdecydowaną postawę w stosunku do wielu zagadnień publicznych i społecznych, sprawił, że również i ubezpieczenia społeczne stały się przedmiotem dążeń rewizjonistycznych — rozważano możliwości zastąpienia ubezpie-

czeń społecznych — które w Niemczech wymagają znacznej pomocy finansowej ze strony państwa — innym urządzeniem publicznym. Obecnie uchwalona ustawa dowodzi, że ubezpieczenia wyszły z tego okresu wzmocnione. Nadanie gwarancji państwa świadczeniom rentowym jest dowodem, że nowe Niemcy przywiązują do ubezpieczeń społecznych nie mniejszą uwagę niż Niemcy Bismarcka.

Z początkiem roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwrócił się do ubezpieczalni społecznych z propozycją powiększenia przez nie liczby prenumerowanych dla pracowników egzemplarzy Przeglądu. Zakład, motywując swoją propozycję, podkreślił ważność udostępnienia Przeglądu tym wszystkim pracownikom, dla których znajomość publikowanych materiałów będzie mogła być pożyteczną, i wyraził przekonanie, że czytanie Przeglądu wzmocni w pracownikach poczucie służenia ważnym sprawom społecznym i pogłębi ich znajomość ubezpieczeń społecznych. Zakład widzi również w korzystaniu z dodatków do Przeglądu, które zawierają przepisy prawne, orzecznictwo i opinie prawne — duże ułatwienie w pracy codziennej pracowników. Propozycja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych została przyjęta przez ubezpieczalnie z daleko idącym zrozumieniem, w wyniku czego liczba czytelników Przeglądu w ubezpieczalniach znacznie się podniosła. Fakt ten niewątpliwie nałożył na Redakcję nowe obowiązki szerszego uwzględniania potrzeb tych czytelników. Niektóre ubezpieczalnie podzieliły się swoimi uwagami w tym zakresie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Redakcja Przeglądu będzie dążyła w miarę możliwości do uwzględnienia tych uwag w swoich dalszych po-

czynaniach. Pierwszej z tych inowacji poświęcimy słów parę.

Każdy numer „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” zawiera szereg zestawień statystycznych obrazujących zasięg i działalność poszczególnych rodzajów ubezpieczeń społecznych. Zestawienia te znaleźć można w dziale zatytułowanym „Statystyka”. Bieżące publikowanie danych z zakresu ubezpieczeń społecznych w czasopiśmie poświęconym tym ubezpieczeniu nie wymaga specjalnego uzasadnienia. Dane statystyczne z działalności ubezpieczeń społecznych nie tylko obrazują ich rozwój, ale stanowią również ważny materiał dla oceny zjawisk gospodarczych, będąc źródłem — w pewnym zakresie jedynym — statystyki zatrudnienia. Toteż statystyka ogłaszana w Przeglądzie stanowi między innymi źródło publikacji Głównego Urzędu Statystycznego.

Ze względu na znaczenie statystyki ubezpieczeń społecznych Redakcja Przeglądu powzięła zamiar umieszczania w piśmie nie tylko zestawień statystycznych, ale również artykułów, które ułatwiłyby czytelnikom orientowanie się w podawanym materiale statystycznym.

Jako pierwszy z poświęconych omawianiu statystyki z zakresu ubezpieczeń społecznych, zamieszczamy w niniejszym numerze Przeglądu artykuł, dotyczący statystyki ubezpieczonych i zakładów pracy.

Zagadnienie organizacji sądownictwa ubezpieczeniowego jest niewątpliwie jedną z najważniejszych prac ustawodawczych, znajdujących się obecnie na warsztacie. Ze stanem zagadnienia tego zaznajomi Przegląd swych czytelników w najbliższym czasie.

Dr ST. F.

NARODOWO-SOCJALISTYCZNA REFORMA NIEMIECKICH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W dniu 21 grudnia 1937 r. rząd Rzeszy uchwalił ustawę o rozbudowie ubezpieczenia rentowego, która reformuje w wielu bardzo istotnych częściach niemieckie ubezpieczenie inwalidzkie (księga IV R. V. O.) ubezpieczenie pracowników umysłowych (Angestelltenversicherungsgesetz) i zarówno robotnicze jak i pracownicze pensyjne ubezpieczenie górnicze (Reichsknappschaftsgesetz).

Ogłoszony w Reichsgesetzblatt wstęp, którym zaopatrzone tekst ustawy, rozwija główne przesłanki nowej niemieckiej ustawy ubezpieczeniowej, której doniosłość podkreślono ze strony oficjalnych czynników rządowych w drodze całego szeregu wywiadów, notatek i komunikatów prasowych.

We wstępie czytamy mianowicie co następuje: „Pokonanie bezrobocia otwiera drogę, zmie-

rzającą do zapewnienia egzystencji ubezpieczenia rentowego narodu niemieckiego oraz do zapoczątkowania przebudowy świadczeń ubezpieczenia rentowego według zasad narodowo-socjalistycznych. Dla ludu pracującego szczególnie pilne jest ułatwienie zawierania związków małżeńskich, poprawa rent dla młodocianych, dla ubezpieczonych posiadających większą liczbę dzieci i dla uczestników wojny, dostosowanie ubezpieczenia do wprowadzonej ponownie służby z bronią w rękę („wiedererrungene Wehrfreiheit”) i służby pracy, poza tym znaczne obniżenie składek i podwyższenie rent dla górnika, pracującego wśród ciężkich niebezpieczeństw natury zawodowej. Równocześnie mogły być również znacznie rozszerzone świadczenia Rzeszy na rzecz rodzin posiadających dużą liczbę dzieci”.

Z chwilą, gdy w dniu 31 stycznia 1933 r. w

Niemczech doszedł do władzy narodowy socjalizm, program jego w dziedzinie ubezpieczeń społecznych był wielką niewiadomą. Trudno się oprzeć wrażeniu, że w łonie ruchu narodowo-socjalistycznego krzyżowały się różne bardzo sprzeczne poglądy na naturę i cele ubezpieczeń społecznych. W obozie tym znalazły początkowo, jak się zdaje, silny oddźwięk hasła zastąpienia przymusowego ubezpieczenia przymusową oszczędnością. Chwila, w której obóz Adolfa Hitlera doszedł do władzy, była z punktu widzenia sytuacji ubezpieczeń społecznych szczególnie trudna. Niemcy w okresie rządów poprzednich przeżyli mianowicie ostatnio okres ustawodawstwa nadzwyczajnego, które dotkliwie obniżyło poziom niemieckiego społecznego ustawodawstwa społecznego.

Pierwsze poczynania rządu były raczej skromne i umiarkowane. Na pierwszy plan poszły z natury rzeczy posunięcia natury organizacyjnej, które dostosowały ustrojowe formy ubezpieczeń społecznych do ogólnych wytycznych polityki III Rzeszy. System samorządu ubezpieczeń społecznych zastąpiono systemem wodzostwa, stawiając na czele poszczególnych instytucji ubezpieczeń społecznych kierowników („Leiter“). Dążąc do naprawienia ustawodawstwa kryzysowego, które odbiło się szczególnie dotkliwie na ubezpieczeniu na wypadek choroby, poprawiono w pewnych punktach przepisy świadczeniowe z zakresu tej gałęzi ubezpieczeń społecznych. Ale punkt ciężkości zainteresowań polityki ubezpieczeniowej narodowego socjalizmu spoczywał raczej na ubezpieczeniu rentowym. Nie nadarmo punkt 15 programu N. S. D. A. P. przewidywał „jak najszerszą rozbudowę zabezpieczenia na starość”. Nim jednak mogły ulec istotnej zmianie materialne podstawy ubezpieczeń społecznych, na których miało być wyciśnięte piętno zmierzającej ku osiągnięciu określonych celów polityki społecznej III Rzeszy, musiała być dokonana sanacja finansowa wszystkich trzech gałęzi społecznego ubezpieczenia emerytalnego; w okresie kryzysowym były one bowiem pozbawione należytego fundamentu, który by zapewniał im wykonywanie ciężących na nich zobowiązań świadczeniowych. Dalszy, prawdopodobnie nie ostatni, etap w rozwoju ustawodawstwa ubezpieczeniowego w III Rzeszy, zapoczątkowanym ustawą z 7 grudnia 1933 r. stanowi wydanie ustawy z 21 grudnia 1937 r.

Ostateczna sanacja ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych polegała na usunięciu deficytów aktuarialnych obu tych gałęzi ubezpieczeń społecznych w drodze zapewnienia mu poważnych środków finansowych z ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, które wobec dokonanego w ciągu 5 lat ostatnich wchłonięcia dużej części bezrobotnych przez gospodarstwo i skierowania ich ku nowym zadaniom wysuniętym dziś w Niemczech na plan pierwszy, mogło być odciążone na rzecz innych gałęzi ubezpieczeń społecznych. Tak więc raz jeszcze dokonano w Niemczech przegrupowania poszczególnych działów ubezpieczeń społecz-

nych, zmieniając ich rolę w ogólnej hierarchii niemieckiego ustawodawstwa społecznego. Niezależnie od rozszerzenia podstaw finansowych pewnych działów ubezpieczeń społecznych na koszt innych zapewniono ubezpieczeniu inwalidzkiemu i ubezpieczeniu pracowników umysłowych pełną gwarancję finansową ze strony Rzeszy, przewidując, że w razie potrzeby obok dodatków i dopłat istniejących już w chwili obecnej ubezpieczenia te finansowane będą z budżetu państwa dodatkowo również i w inny jeszcze sposób. Sanację pensyjnego ubezpieczenia górniczego robotników zapewniają nowe wydatne dopłaty ze strony skarbu Rzeszy i ubezpieczenia inwalidzkiego; sanację pensyjnego ubezpieczenia górniczego pracowników umysłowych przeprowadzono w drodze zapewnienia mu należytych środków z ogólnego ubezpieczenia pracowników umysłowych, przez podwyżkę składki na koszt pracodawców i pewne ograniczenie nadmierne szerokiego dotychczas osobowego jego zasięgu. We wszystkich tych zmianach przejawia się bezsprzecznie idea ogólnej solidarności społecznej, znajdująca dobitny wyraz zwłaszcza w pomocy udzielonej przemysłowi górniczemu, jako posiadającemu charakter kluczowy, przez całe gospodarstwo narodowe, a górnikom jako najbardziej narażonej na niebezpieczeństwa grupie świata pracy — przez ogół pracowników najemnych. Ideę tę może jeszcze wyraźniej uwidocznić zupełnie wyjątkowa rola wyznaczona przez ustawę z 21 grudnia 1937 r. w dziedzinie ubezpieczeń społecznych skarbowi Rzeszy, który ma odciążać jak najwydatniej pracowników i pracodawców, przychodząc im z pomocą w zabezpieczeniu pracownikom najemnym należytych świadczeń na wypadek zajścia zdarzeń losowych.

Z przepisami podkreślającymi elementy solidarności ogólnonarodowej w ubezpieczeniach społecznych łączy się pośrednio i wiąże nowy przepis ustawy z 21 grudnia 1937 r., który, nawiązując do aktualnych w obozie narodowo-socjalistycznym tendencji ku upowszechnieniu ubezpieczeń społecznych, przyznaje prawo dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia społecznego wszystkim bez wyjątku obywatelom Rzeszy. W ten sposób — jak to podkreślił w wywiadzie sekretarz stanu Krohn — „niemieckie ubezpieczenie rentowe obejmuje zadania dobrowolnego powszechnego niemieckiego ubezpieczenia ludowego dzięki czemu spełniona będzie obietnica zabezpieczenia na starość wszystkich obywateli Rzeszy Niemieckiej, którą złożył narodowy socjalizm pięć lat temu”.

Podstawy reformy dokonanej w tym kierunku staną się zrozumiałe w pełni, jeżeli zdamy sobie z tego sprawę, że równocześnie ubezpieczenia społeczne zmieniły poniekąd dzięki reformie swą treść, zatracając w pewnej mierze autonomiczny swój charakter, stając się natomiast wyraźniej niż to było dotychczas instrumentem w służbie ogólnych celów niemieckiej polityki państwowej. Przemiana ta polega — w pierwszym rzędzie choć nie wyłącznie — na przystosowaniu ubezpieczeń społecznych do zadań po-

lityki populacyjnej, która w dzisiejszych Niemczech staje się jedną z głównych dziedzin świadomego swych celów oddziaływania państwa na ogólne warunki społeczne. Nowa reforma nadaje niemieckim ubezpieczeniom społecznym charakter bardziej rodzinny niż jednostkowy. Środkami zmierzającymi do osiągnięcia celów ludnościowej natury są 1) przyznanie robotnicy wychodzącej żona odprawy z ubezpieczenia inwalidzkiego, odpowiadającej analogicznemu świadczeniu przysługującemu dotąd pracownicy umysłowej z ubezpieczenia pracowników umysłowych, 2) przedłużenie okresu korzystania z renty sierocy i dodatku na dzieci, 3) przyznanie renty wdowiej również i wdowie mającej więcej niż troje dzieci w chwili śmierci męża. W tym samym duchu szeroko rozbudowano pozaubezpieczeniową pomoc Rzeszy na rzecz rodzin, mających większą liczbę dzieci.

Wydaje się, że zachodzi ścisły związek między podporządkowaniem niemieckich ubezpieczeń społecznych w pewnym stopniu zadaniom populacyjnej czy nawet eugenicznej natury, a istotnymi przeobrażeniami dokonanymi w nich równocześnie przez ustawę z 21 grudnia 1937 r. w duchu ścisłego zespolenia ubezpieczeń społecznych z pogotowiem wojskowym Rzeszy. Do podniesienia zapasu do pełnienia służby z bronią w rękę („Wehrfreudigkeit“) oraz stworzenia zachęty do wypełniania obowiązkowej służby pracy mają przyczynić się przepisy zmierzające do 1) zachowania ekspektatywy w okresie pełnienia służby wojskowej lub służby pracy oraz do zaliczania tych okresów jako okresów zastępczych na czas wyczekiwania a nawet pod pewnymi warunkami na wzrost świadczeń, 2) zaliczenia na wymiar świadczeń ubezpieczenia inwalidzkiego (dotychczas było to przewidziane tylko w ubezpieczeniu górniczym i ubezpieczeniu pracowników umysłowych) okresów służby wojennej i 3) złagodzenia przepisów o spoczywaniu renty inwalidzkiej i emerytury z ubezpieczenia pracowników umysłowych w razie zbiegu ich z rentami udzielanymi z tytułu zaopatrzenia inwalidów wojennych. Nowe elementy niemieckich ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza podporządkowane celom ludnościowym i wojskowym, są bezsprzecznym i niewątpliwym przejawem wpływów narodowo-socjalistycznych na niemiecką politykę ubezpieczeniową. Toteż reformę tę należy uważać za pierwszą w istocie rzeczy narodowo-socjalistyczną reformę ubezpieczeniową.

Osobną grupę przepisów stanowi uproszczenie i ujednostajnienie warunków zachowania uprawnień ekspektatywowych w ubezpieczeniu inwalidzkim, którego domagała się Akademia Niemieckiego Prawa, wysuwając postulat reformy prawa ekspektatywowego w ubezpieczeniach rentowych¹⁾.

Pensyjne ubezpieczenie górników, które w poprzednich stadiach reformy niemieckich ubez-

pieczeń społecznych uwzględnione było w stosunkowo najmniejszym zakresie, uległo tym razem daleko idącej reorganizacji wewnętrznej. Reforma zmierza do obniżenia składki ubezpieczonego i podwyższenia składki pracodawcy przy pewnym odciążeniu górnictwa (pracodawców i pracowników) przez pomoc skarbu Rzeszy. Sprawa ubezpieczenia społecznego górników była ponad wszelką wątpliwość najdrażliwszym i najcięższym zagadnieniem niemieckiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego²⁾. Kryzys przemysłu węglowego i nieprzewidywana poprzednio racjonalizacja techniczna górnictwa przesunęły stosunek między czynną a bierną zawodowo a więc i ubezpieczeniowo częścią załogi górniczej tak daleko, że w chwili obecnej — pomimo poprawy stosunków w przeciągu pięciu lat ostatnich — dwaj górnicy utrzymują swymi składkami jednego rencistę. W ubezpieczeniu pracowników umysłowych proporcja ta przedstawia się jak 14:1, a w ubezpieczeniu inwalidzkim, jak 6:1. Deficyt asekuracyjno-techniczny figurujący w bilansie aktuarialnym pensyjnego ubezpieczenia górników osiągnął sumę 3,8 miliardów mk., a w bilansie aktuarialnym pensyjnego ubezpieczenia pracowników umysłowych zatrudnionych w górnictwie — 740 milionów mk. Nawet z uwzględnieniem świadczeń płynących do ubezpieczenia górniczego dotychczas z funduszy państwowych (w ostatnich latach Rzesza płaciła na rzecz Reichsknappschaft 105 milionów mk. rocznie) deficyt aktuarialny wynosił sumę półtora miliarda mk (z czego 1 miliard przypadł na ubezpieczenie robotników, a pół miliarda na ubezpieczenie pracowników umysłowych). W tych warunkach przywrócenie równowagi asekuracyjno-technicznej wymagałoby podwyższenia składek (w razie, gdyby nie brać pod uwagę dopłaty państwowej) o 15% zarobku. O jakiegokolwiek podwyżce składek w obecnych warunkach nie mogło być jednak mowy. Składka ubezpieczeniowa za robotników zatrudnionych w górnictwie wynosiła łącznie przy końcu 1932 r. nie mniej jak 34% zarobku, a z końcem 1936 r. mimo pewnej obniżki nie mniej jak 31%. Za pracowników umysłowych zatrudnionych w górnictwie opłacano tytułem składek około 27%. Mogła więc wchodzić w grę tylko obniżka składki ubezpieczonego a nie dalsze jej podwyższenie. Odsuwana z roku na rok reforma ubezpieczenia górniczego nasuwała w tych warunkach trudności, z którymi początkowo nie można się było uporać. Przeważała z różnych bardzo sprzecznych tendencji opinia, że 1) ubezpieczenie dodatkowe przeciw ryzykom, starości, śmierci i niezdolności do pracy pracowników zatrudnionych w produkcji górniczej musi być utrzymane choćby kosztem największych wysiłków, 2) należy uznać za konieczne obniżenie ciężarów składkowych pokrywanych przez górnika o około 6% zarobku,

¹⁾ Dr Kilian: „Gesetz über den Ausbau der Rentenversicherung“ — „Die Arbeiter-Versorgung“ Nr. 2 z 11 stycznia 1938 r.

²⁾ Dr Dobbernack: „Gegenwartsprobleme in der Sozialversicherung der Bergleute unter besonderer Berücksichtigung der knappschaftlichen Pensionversicherung“ w n-rze 11 „Die Reichsversicherung“ z r. 1937.

podwyższając przeciętnie o około 9 — 10 mk miesięcznie realny zarobek górnika, 3) można zwiększyć obciążenie ubezpieczeniowe pracodawców o około 25 do 30 milionów mk rocznie, 4) należy przeprowadzić pewną korekturę świadczeń, podwyższając zwłaszcza ich wymiar w razie zbiegu świadczeń pensyjnych ze świadczeniami innych gałęzi ubezpieczeń społecznych i 5) należy ubezpieczeniu górniczemu udzielić pomocy w drodze przysporzenia mu koniecznych funduszy z ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych oraz ze skarbu Rzeszy.

Obraz najistotniejszych zmian dokonanych w ustawodawstwie o ubezpieczeniach społecznych przez ustawę z 21 grudnia 1937 r. nie byłby pełny, gdybyśmy nie podsumowali całego szeregu postanowień nowelizacyjnych, stwierdzając, że najnowsza reforma niemiecka rozszerzyła choć niezbyt znacznie zakres dobrodziejstw ubezpieczeniowych zapewnionych niemieckiemu górnikowi, oraz robotnikom i pracownikom umysłowym zatrudnionym poza tym działem produkcji narodowej. Poza niewielkim przedłużeniem czasu wyczekiwania z 250 do 260 tygodni, które ma odtąd obowiązywać w ubezpieczeniu emerytalnym, oraz poza usunięciem przepisów o przywróceniu wygasłej ekspektatywy i przepisów ustanawiających pewne okresy zastępcze na zachowanie ekspektatywy wszystkie właściwie zmiane podwyższają w pewnym stopniu, którego zresztą nie należy przeceniać, poziom dobrodziejstw socjalnych, przysługujących w Niemczech pracownikom najemnym. Dotyczy to zarówno 1) warunków korzystania z świadczeń, które uprzyświecono w szerszym zakresie zainteresowanym jak też — choć w mniejszym stopniu — 2) podwyższenia samej wysokości świadczeń rentowych. Rewizja ubezpieczeń społecznych w tym ostatnim kierunku nie jest w warunkach dzisiejszej rzeczywistości niemieckiej sprawą pozbawioną istotnego znaczenia³⁾. Nie należy bowiem zapominać o tym, że obniżenie świadczeń ubezpieczeniowych, dokonane w ustawodawstwie kryzysowym, sprawiło, że duża część świadczeń ubezpieczenia społecznego znalazła się poniżej minimum egzystencji. Możliwości konsumpcyjne niemieckiego rencisty spadły na przestrzeni kilku czy kilkunastu lat ostatnich bardzo wyraźnie. Z końcem 1930 r. 644.000 rencistów musiało korzystać z dobrodziejstw specjalnej opieki społecznej dla rencistów socjalnych. W dniu 30 czerwca 1937 r. liczba osób objętych opieką nad rencistami socjalnymi wynosiła jeszcze ciągle 543 tys. osób. Toteż przeprowadzone w najnowszej ustawie usunięcie niektórych tylko najdrastyczniejszych obniżek dokonanych celem zapobieżenia kumulacji świadczeń ubezpieczeniowych nie przynosi jeszcze należytego odprężenia na tym odcinku. Zmiany te ograniczone są do stosunkowo nieznacznego polepszenia świad-

czeń rentowych w razie zbiegu prawa do kilku świadczeń tej samej gałęzi ubezpieczeń społecznych lub też kilku działów ubezpieczenia rentowego.

Przy rozważaniu nowelizacji ustawodawstwa ubezpieczeniowego dokonanego na różnych jego odcinkach rzuca się w oczy duże zbliżenie do siebie ubezpieczenia emerytalnego robotników i pracowników umysłowych, których poziom różnił się dotąd bardzo znacznie — i to w drodze podwyższenia ubezpieczenia robotniczego do poziomu ubezpieczenia pracowniczego.

Rekapitulując omówienie głównych podstaw reformy ubezpieczeń społecznych wprowadzonych w życie w Niemczech przed kilkoma tygodniami, należy przytoczyć słowa, które wypowiedział, przyjmując przedstawiciele prasy, sekretarz stanu Krohn w dniu 23 grudnia 1937 r.⁴⁾: „Ustawa jest społecznym czynem szczególnej doniosłości. Wyraża się ona nie tylko w wartości nowych świadczeń. Jeżeli mielibyśmy wyrazić pieniężnie wartość ustawy, to należało by ją ocenić na około pół miliarda mk rocznie. Samo odciążenie górników wynosi około 60 mil. mk rocznie. Ważność nowego tego dzieła ustawodawczego polega jednak przede wszystkim na tym, że III Rzesza — wbrew przeciwnym twierdzeniom wysuwany dotychczas niejednokrotnie — raz jeszcze stanęła zdecydowanie na gruncie ubezpieczeń społecznych. Rząd Adolfa Hitlera wypełnił tym samym przyrzeczenie, które złożył w r. 1930, że zabezpieczy w sposób trwały egzystencję ubezpieczeń rentowych. Robotnicy i pracownicy umysłowi, a teraz również i górnicy, mogą więc mieć obecnie pewność, że państwo zabezpieczy ich na starość i zapewni im właściwą pomoc, która im może być potrzebna“.

Niemiecka reforma nie może być dla nas obojętną. Wiemy z doświadczenia, że nieraz linie wytyczne rozwoju naszego ustawodawstwa ubezpieczeniowego odpowiadają kierunkowi zmian niemieckiej społecznej polityki ubezpieczeniowej. Wynika to na pewno z podobieństwa gospodarczych i społecznych założeń ustawodawstwa socjalnego a nie z bezpośredniego przejmowania przez Polskę urządzeń niemieckiej polityki społecznej. Ale, nie wchodząc w bliższą ocenę przyczyn tego stanu rzeczy i nie przeceniając zresztą doniosłości tego precedensu, jaki dla nas stanowią zmiany dokonywane w ustawodawstwie niemieckim, musimy jednak zwrócić baczną uwagę na to wszystko, co się w tej dziedzinie dzieje za naszą granicą zachodnią. Przejdźmy pod tym kątem widzenia po kolei najważniejsze elementy reformy. Również i w Polsce stoimy przed reformą ubezpieczenia górniczego. Nie myślę przy tym jeszcze w tej chwili o wielkiej reformie, która zmierzałaby do powiązania z sobą w jedną całość tego, co w tej dziedzinie przyniosła ustawa o ubezpieczeniu społecznym, tego, co dała reforma kas brackich Zagłębia Dąbrowskiego, która ma być teraz rozszerzona na Zagłębie Krakowskie i tego, co dotychczas istnieje w powyż-

³⁾ Dr Zschimmer: „Gesundung und Ausbau der deutschen Rentenversicherung“ w n-rze 2 z 1938 r. „Soziale Praxis“.

⁴⁾ „Berliner Börsenzeitung“ z 23 grudnia 1937 r.

szym zakresie na Górnym Śląsku. Mam natomiast na myśli szczególnie pilną i ważną sanację pensyjnego ubezpieczenia górniczego na Górnym Śląsku. Wydaje się, że uzdrowienie finansowe tej gałęzi ubezpieczeń społecznych, a zwłaszcza głównej jej instytucji: Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach nie było by możliwe, gdybyśmy nie uwzględnili co najmniej niektórych rozwiązań zastosowanych ostatnio w Niemczech. Również i u nas wszystko zdaje się przemawiać za utrzymaniem dotychczasowego poziomu dobrodziejstwa przysługujących górnośląskiemu górnikowi, bez podwyższenia dość już obecnie wygórowanych jego ciężarów ubezpieczeniowych. Trudno również oprzeć się wrażeniu, że powiązanie końca z końcem byłoby i u nas na dalszą metę bardzo utrudnione bez przyścia z pomocą urzędziom socjalnym górnictwa przez ogół społeczeństwa, zwłaszcza we formie pomocy z funduszy państwowych. Pod tym względem znajdujemy się — trzeba to przyznać — na ostatnim miejscu. Nie ma dziś w Europie zawodowego ubezpieczenia górniczego, któreby nie przewidywało dopłat skarbu państwa do tej gałęzi ubezpieczeń społecznych i to naogół w wysokości bardzo okazałej a nawet nieraz zbliżonej do wpływów uzyskiwanych ze składek pracodawców i ubezpieczonych; dotąd poprzestawaliśmy w tym zakresie na jednorazowych subwencjach nadzwyczajnych o ograniczonej wysokości, przekazanych Spółce Brackiej w ciągu dwóch lat ostatnich przez Skarb Państwa.

Zupełnie zasadnicze wątpliwości może natomiast nasuwać pytanie, czy wszystkie zmiany dokonane w niemieckim ustawodawstwie ubezpieczeniowym pod wpływem polityki ludnościowej nadają się do zastosowania w Polsce. Przyrost ludności w Polsce i w Niemczech różni się między sobą tak znacznie, że już ta okoliczność sama przez się zdaje się usprawiedliwiać różny stosunek w obu tych państwach polityki ubezpieczeniowej do polityki populacyjnej. Nie można zresztą zapominać o tym, że pod wieloma względami, zwłaszcza zaś, o ile chodzi o świadczenia sierocę, nasze ustawodawstwo przewyższało i nadal przewyższa (nawet po reformie z 21 grudnia 1937 r.) poziom rodzinnych świadczeń ubezpieczeniowych ustawodawstwa niemieckiego. Z drugiej strony jednak trudno zaprzeczyć, że jesteśmy jednym z bardzo nielicznych państw prowadzących wielką politykę społeczną, które całkowiście zaniedbały dziedzinę pomocy na rzecz pracowników obciążonych licznymi rodzinami — w jaskrawym przeciwieństwie do stanu rzeczy w Niemczech, Francji, Belgii, Włoszech i innych państwach.

Wydaje się również, że daliśmy się znacznie wyprzedzić niektórym państwom o ile chodzi o uwzględnianie w ubezpieczeniach społecznych należytych korzyści z tytułu odbywania przez ubezpieczonego służby wojskowej. Idea rozbudowy obronności państwa, przenikająca całe nasze ustawodawstwo, nie wywarła jeszcze należytego wpływu na obowiązujące w Polsce ustawodawstwo o ubezpieczeniach społecznych. Przewidzia-

ne w tym zakresie u nas dobrodziejstwa ustawowe ograniczają się w istocie rzeczy jedynie i wyłącznie do zabezpieczenia pracownikowi, że przysługująca mu ekspektatywa emerytalna nie wygaśnie w okresie czasu, w którym pełni służbę wojskową. Ale to jeszcze nie wszystko. W Niemczech ustawodawstwo poszło w tym kierunku znacznie dalej (zaliczanie służby wojskowej na czas wyczekiwania i wymiar świadczeń, uwzględnianie jej w ubezpieczeniu na wypadek choroby itp.). Wydaje się, że ostatnia reforma niemiecka zasługiwałaby u nas i pod tym kątem widzenia na baczne rozważenie.

Na szczególną uwagę zasługuje również wyjątkowo szeroko unormowana ostatnio w Niemczech sprawa ubezpieczenia dobrowolnego. Dążąc do upowszechnienia ubezpieczeń społecznych, a poza tym zabezpieczenia w nich szczególnych interesów pewnych określonych grup pracowniczych (np. emigrantów wyjeżdżających do niektórych państw, w których nie podlegają społecznemu ubezpieczeniu emerytalnemu) musimy chyba poddać rozpatrzeniu sprawę ewent. rewizji naszego ustawodawstwa ubezpieczeniowego celem stworzenia w nim większych możliwości ubezpieczenia fakultatywnego i — co najważniejsze — udogodnienia jego warunków. Trzeba będzie przy tym wziąć pod uwagę zmiany w tym zakresie, zapoczątkowane zresztą dopiero ostatnio w Niemczech, które niewątpliwie uzupełnione będą z biegiem czasu i rozwinięte w dalszym ciągu.

Może nie od rzeczy byłoby też gdyby na marginesie ostatniej ustawy niemieckiej rozważono i u nas, czy nie należy dążyć do zbliżenia do siebie tak sobie dotąd obcych i tak różniących się między sobą ubezpieczeń emerytalnych robotników i pracowników umysłowych.

Nie mogą nas natomiast szczególnie interesować ani uproszczenia systemu zachowania ekspektatyw, ponieważ rozwiązania przyjęte w naszym ustawodawstwie ubezpieczeniowym nie nasuwają w zasadzie większych zastrzeżeń i wątpliwości, ani też poprawa reglamentacji prawnoubebezpieczeniowej w razie zbiegu prawa do kilku świadczeń ubezpieczeniowych, ponieważ pod tym względem ustawodawstwo nasze nie zostało obniżone w okresie kryzysowym tak, jak to miało miejsce w Niemczech. Sytuacja na rynku pracy w Polsce nie pozwoliłaby jeszcze również na zwolnienie funduszy ubezpieczenia na wypadek bezrobocia na rzecz społecznych ubezpieczeń emerytalnych.

Zainteresowanie zmianami wykonanymi ostatnio w Niemczech dyktuje również w pewnej mierze względ na sprawę wykonania umowy polsko-niemieckiej o ubezpieczeniu społecznym z 11 czerwca 1931 r. Na przestrzeni ostatnich lat korzyści umowy tej zwężone zostały na skutek akcji podjętej przez niemieckie instytucje ubezpieczeń społecznych w kierunku przyjęcia ograniczającej wykładni umowy i decyzji Rady Ligi Narodów i przerwania na polskie ubezpieczenia społeczne różnych obciążających dotąd niewątpliwie Niemcy ciężarów ubezpieczeniowych.

Skutki nowej ustawy będą musiały być szczegółowo rozpatrzone celem ustalenia ewent. zmian i uzupełnień umowy, które mogą okazać się wskazane (np. uznanie również bezrobocia w Polsce za okoliczność zastępczą dla zachowania ekspektatywy niemieckiej i vice versa). Polscy robotnicy i pracownicy umysłowi, ubezpieczeni poprzednio w Niemczech, którym tak dotkliwie dały się we znaki wielokrotne obniżki świadczeń dokonane w ustawodawstwie kryzysowym, winni by teraz w możliwie jak największym zakresie wyzyskać pewną korekturę świadczeń celem poprawienia swej sytuacji materialnej. Należy oczekiwać, że podjęta będzie przez instytucje polskie odpowiednia akcja informacyjna w tym kierunku.

Przechodząc z kolei do omówienia poszczególnych postanowień ustawy, której główne zasady przedstawione już zostały powyżej, należy zwrócić uwagę na następujące jej punkty:

Pomoc ubezpieczenia na wypadek bezrobocia na rzecz ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych polega na dostarczeniu pierwszemu z nich corocznie kwoty odpowiadającej 18% jego dochodów ze składek (około 218 mil. mk Rzeszy) a drugiemu z nich kwoty równej $\frac{1}{4}$ jego dochodów ze składek (około 110 mil. mk). Po dłuższych rozważaniach uznano tę formę wyrównania ciężarów między ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia a dwoma powyższymi gałęziami ubezpieczenia emerytalnego za właściwszą od obniżenia składki w pierwszym, a podwyższenia w dwóch ostatnich. Jeżeli subwencja na rzecz ubezpieczeń emerytalnych nie została podwyższona w sposób bardziej wydatny, to stało się to tylko na skutek przeznaczenia około 270 do 280 mil. mk rocznie w przeciągu 4 lat najbliższych z funduszu Zakładu Rzeszy dla pośrednictwa pracy i ubezpieczenia na wypadek bezrobocia na rzecz specjalnego funduszu państwowego⁵⁾, przeznaczonego na zasiłki dla osób zamierzających zawrzeć związek małżeński i na dodatki na dzieci. W chwili obecnej wydaje się na ten cel już 250 milionów mk. Suma ta będzie więc odtąd więcej niż podwojona, co spowoduje rozszerzenie znacznego kręgu osób korzystających z powyższych świadczeń i podwyższenie ich wymiaru. Dalszy etap ma stanowić myśl zapowiedzi „Völkischer Beobachter” stworzenie „Kasy Rodzinnej Rzeszy”.

Ustawa stworzyła poza tym gwarancję państwową dla ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych, której treść i forma nie jest zresztą jeszcze całkowicie wyjaśniona. Komentarze, ogłoszone w czasopiśmie fachowych niemieckich, przypisują tej reformie znaczenie zupełnie zasadnicze.

Sanację pensyjnego ubezpieczenia górniczego robotników zapewnia subwencja roczna Skar-

bu Rzeszy w wysokości 105 milj. mk i ubezpieczenia inwalidzkiego w wysokości 50 milionów mk.

Równowagę finansową kasy górniczej ubezpieczenia pracowników umysłowych mają zabezpieczyć następujące środki: a) ograniczenie zakresu ubezpieczenia do osób wykonywających prace istotnie górnicze (z zastrzeżeniem pewnych dobrodziejstw przejściowych dla pracowników umysłowych, którzy już w chwili wejścia w życie ustawy podlegali ubezpieczeniu pensyjnemu pracowników umysłowych zatrudnionych w górnictwie), b) podwyższenie składki z przeciętnie 12,8% do 16% uposażenia, przy czym sami pracownicy płacą jednak tytułem składki mniej niż poprzednio, c) roczna subwencja z ubezpieczenia pracowników umysłowych w wysokości 18 milionów mk.

Jak to już stwierdziliśmy powyżej, osobną grupę przepisów ustawy stanowią jej postanowienia, uwypuklające charakter rodzinny ubezpieczenia i podporządkowanie celom polityki ludnościowej. Tak więc dążąc do ułatwienia robotnikom zawierania związków małżeńskich, ustawa przewiduje, że podobnie jak w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, tak też w ubezpieczeniu inwalidzkim robotników, robotnica, która wypełniła co najmniej na dwa lata po zawarciu małżeństwa czas wyczekiwania i która ma zachowaną ekspektatywę, może na wniosek, który winienby być zgłoszony w przeciągu trzech lat od zawarcia małżeństwa, otrzymać zwrot połowy składek. Korygując rozporządzenie nadzwyczajne z 8 grudnia 1931 r., które ograniczyło czasowo udzielanie rent sierocych i dodatków na dzieci, ustawa, dostosowując znowu i w tym punkcie ubezpieczenie robotnicze do ubezpieczenia pracowniczego, przewidziała, że w razie kontynuowania przez dziecko studiów szkolnych lub wykształcenia zawodowego lub w razie jego ułomności świadczenia powyższe będą przedłużone przez udzielanie ich również i po ukończeniu 15 roku życia najdłużej jednak do ukończenia 18 roku życia. Niezależnie od powyższego podwyższono w ubezpieczeniu inwalidzkim dodatek na dzieci wynoszący 90 mk rocznie do 120 mk za trzecie i dalsze dziecko. Dużą zmianę przynosi również rozszerzenie praw rentowych wdowy. Według dotychczasowych przepisów wdowa po robotniku korzystała z renty wdowiej tylko pod warunkiem niezdolności do pracy lub ukończenia 65 roku życia. Obecnie do obu tych kategorii uprawnionych ustawa dodała wdowy wychowujące w chwili śmierci ubezpieczonego męża więcej niż troje dzieci.

Duże zmiany in plus i in minus przynosi ustawa, o ile chodzi o okresy zastępcze zrównane z okresami opłacania składek. Z jednej strony ustawa znosi bowiem zaliczanie na zachowanie ekspektatywy takich okresów, jak okres pobierania renty wypadkowej, renty z tytułu zaopatrzenia inwalidów wojennych, i renty inwalidzkiej oraz wdowiej. Z drugiej strony jednak w zamian za to ustawa wprowadza dwa nowe okresy zastępcze zaliczalne już nie tylko na zachowanie

⁵⁾ „Auf dem Wege zur Reichsfamilienkasse” — „Soziale Praxis” 2 zeszyt z r. 1938.

ekspektatywy, lecz również na wypełnienie czasu wyczekiwania i na sam wymiar świadczeń (kwoty wzrostu) w tym ostatnim przypadku pod warunkiem, że poprzednio istniało ubezpieczenie. Nowymi tymi okresami zastępczymi są okresy pełnienia służby wojskowej i służby pracy. Ustawa idzie w tym kierunku jeszcze dalej, nie poprzestając na korzystnym unormowaniu w ten sposób sytuacji ubezpieczeniowej żołnierza na przyszłość, lecz poprawiając prawa ubezpieczonego, który pełnił służbę wojskową podczas wojny światowej; dotąd udzielano kwot wzrostu za okresy służby wojennej tylko w ubezpieczeniu górników i w ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Obecnie przywilej ten ustawa rozszerza również na ubezpieczenie inwalidzkie, przewidując tylko warunek, że przed rozpoczęciem wojskowej służby wojennej robotnik był już ubezpieczony.

Pogorszenie w jednym punkcie przepisów o okresach zastępczych, a polepszenie ich w innym punkcie nie daje jeszcze należytego poglądu na zmiany dokonane przez ustawę, o ile chodzi o unormowanie zachowywania uprawnień ekspektatywowych. Dotychczas prawo krytykowane było jako nadmiernie formalistyczne, nieprzejrzyste i niejednolite, rozstrzygające w różny sposób sprawę zachowania ekspektatyw w obrębie każdego z trzech działów społecznego ubezpieczenia emerytalnego. Sprowadzenie do wspólnego mianownika odnośnych przepisów R. V. O., A. V. G. i R. KnG. przygotowuje przepis, w myśl którego dla zachowania ekspektatywy ubezpieczenia inwalidzkiego należy w każdym roku kalendarzowym opłacać co najmniej 26 tygodni składowych. Ustawa usuwa co prawda w całości przepisy o przywróceniu wygasłej ekspektatywy. Pewne przytoczone już powyżej pogorszenia praw ubezpieczonego wyrównuje jednak z naddatkiem nowy przepis, przewidujący, że uprawnień ekspektatywowe należy uważać za zachowane i to we wszystkich trzech gałęziach ubezpieczenia emerytalnego, jeżeli ubezpieczony w czasie od wstąpienia do ubezpieczenia do zajścia zdarzenia losowego ma co najmniej połowę pełnego okresu ubezpieczenia pokrytą składkami czy też okresami zastępczymi (dotąd, jak wiadomo ekspektatywy była zachowania, jeżeli ten okres czasu wypełniony był składkami aż w $\frac{3}{4}$). Tak więc ubezpieczony, który dotąd ponosił w sposób dotkliwy i bolesny skutki przerw w ubezpieczeniu, niejednokrotnie przez niego nie zawnionych, będzie mógł łatwiej naprawić zaniedbania, które popełnił w poprzednich stadiach swej kariery ubezpieczeniowej. Również i sama przez się okoliczność, że jednostką czasu miarodajną przy ocenie zachowania ekspektatywy staje się w ubezpieczeniu inwalidzkim — na wzór ubezpieczenia pracowników umysłowych — rok kalendarzowy upraszcza reglamentację tej dziedziny ubezpieczenia emerytalnego, ułatwiając ubezpieczonym orientację co do praw, jakie im przysługują.

Nieznaczne przedłużenie okresu wyczekiwania, który ma obecnie wynosić 260 tygodni skład-

kowych, stanowi dalszą zmianę uprawnień emerytalnych wprowadzoną w drodze ustawy z 21 grudnia 1937 r.

Pewną poprawę przynosi ustawa, o ile chodzi o wymiar świadczeń w razie zbiegu prawa do renty z kilku działów ubezpieczeń społecznych lub w razie zbiegu prawa do renty z zaopatrzeniem z tytułu inwalidztwa wojennego. W razie zbiegu kilku świadczeń ubezpieczenia inwalidzkiego, ubezpieczenia pracowników umysłowych i ubezpieczenia pensyjnego górników uprawniiony otrzymywał tylko jedną, a mianowicie najwyższą rentę. Oznaczało to pewną stratę dla wdowy po ubezpieczonym, która również i sama podlegała ubezpieczeniu inwalidzkiemu. Biorąc to pod uwagę, ustawa przyznaje w tej sytuacji najwyższą rentę, a z innych rent połowę bez uwzględnienia dodatku na dzieci. Podobną krzywdę naprawia ustawa, regulując na nowo prawa górnika, któremu przysługuje zarówno prawo do renty inwalidzkiej, jak i prawo do pensji ubezpieczenia górniczego. Dotąd w tym przypadku prawo do kwoty wzrostu z ubezpieczenia górniczego przysługiwało tylko o tyle, o ile kwota ta przekraczała kwotę wzrostu z ubezpieczenia inwalidzkiego. Dotychczas kwota wzrostu skracała się jednak najwyżej o 20 mk w stosunku do renty inwalidzkiej i 10 mk w stosunku do renty wdowiej. Ustawa obniża kwoty te do 15 mk i 7.50 mk, co oznacza podwyżkę roczną pensji górniczej o 60 mk. Poza tym ustawa przewiduje, że tylko za 30 pierwszych składek miesięcznych (a nie za 60, jak to było dotąd przewidziane) — udziela się kwoty wzrostu tylko w połowie, co oznacza dalszą poprawę uprawnień pensyjnych pobierającego świadczenia z dwóch tych źródeł górnika. Dotychczas renty inwalidzkie i renty ubezpieczenia pracowników umysłowych spoczywały w razie zbiegu z rentami udzielanymi z tytułu inwalidztwa wojennego; zachowując tę zasadę ustawa podwyższa jednak granicę minimalną świadczenia z tytułu inwalidztwa wojennego, które ma być udzielane mimo zbiegu z rentami ubezpieczeniowymi z 25 do 50 mk.

Wspomnieliśmy już powyżej o tym, że ustawodawca uznał za wskazane dokonanie obniżki ciężarów składowych górnika. Cel ten ustawa osiąga, zastosowując trzy sposoby: 1) obniżkę składki miesięcznej w ubezpieczeniu pensyjnym z 9,8% do 9%, przy czym składkę tę w $\frac{2}{3}$ ma pokrywać pracodawca, a w $\frac{1}{3}$ ubezpieczony (dotychczas proporcja ta przedstawiała się jak $\frac{2}{5} : \frac{3}{5}$), 2) zmianę podziału składki w ubezpieczeniu na wypadek choroby; podczas gdy dotąd pracodawca ponosił $\frac{2}{3}$, a ubezpieczony $\frac{1}{3}$, odtąd składkę tę podzielono po połowie między pracodawcę a ubezpieczonego i na koniec 3) składkę górnika na rzecz ubezpieczenia na wypadek bezrobocia obniżono z 3,25% do 0,5% zarobku. Finansowo oznacza to podwyższenie zarobków górniczych od 60 do 70 milionów mk rocznie, co osiągnięto przez dokonanie łącznie w trzech powyższych działach ubezpieczenia brackiego obniżkę składki górnika o 6%. Równoległe do tych zmian przeprowadzono również rewizję propor-

cji podziału składki w ubezpieczeniu pensyjnym pracowników umysłowych zatrudnionych w górnictwie. Składkę pracownika umysłowego ubezpieczonego w tym ostatnim zakresie obniżono łącznie o 5,4% uposażenia⁶⁾.

Na koniec ustawa dodaje do dotychczasowych klas zarobkowych nową klasę zarobkową zarówno w ubezpieczeniu inwalidzkim, jak i w ubezpieczeniu pensyjnym górników; wykwalifikowani robotnicy fachowi będą więc odtąd opłacać stosunkowo wyższe składki, otrzymując w zamian za to odpowiednio podwyższone świadczenia.

Zmiana w tym kierunku okazała się tym bardziej potrzebna, że w ostatnim czasie w najwyższej dotychczasowej (VIII) klasie zarobkowej nagromadziło się ponad 20% opłacanych skła-

⁶⁾ Co do wprowadzenia w życie zmian w zakresie pensyjnego ubezpieczenia górniczego vide okólnik komisarza Reichsknappschaft z 29 grudnia 1937 r. („Der Kompass” Nr 11 z r. 1938).

dek, co świadczy o tym, że powyższa granica zarobkowa była zbyt niska, nie odpowiadając już współczesnym warunkom gospodarczym.

W ostatnim czasie uznano w Niemczech za niedostateczne przepisy poświęcone dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu. Już ustawa z 23 grudnia 1936 r. przyznała możliwość dobrowolnego ubezpieczenia się wszystkim obywatelom Rzeszy przebywającym zagranicą. Obecnie z prawa tego mogą korzystać do ukończenia 40 roku życia wszyscy obywatele Rzeszy przebywający czy to w kraju, czy też zagranicą. Uznając również materialne prawo o ubezpieczeniu dobrowolnym za niedostateczne i niezadawalające, ustawa upoważniła Ministra Pracy Rzeszy do dokonania w tym zakresie zmian, stanowiących odchylenia od dotychczasowego prawa ubezpieczeniowego. Upoważnienie to ma być wyzyskane w kierunku uelastycznienia ubezpieczenia i dostosowania go do odrębnych potrzeb poszczególnych grup zawodowych i społecznych.

Dr med. STANISŁAW RUDZIŃSKI

O RACJONALNE METODY LECZENIA W INSTYTUCJACH UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

OD REDAKCJI: Zgodnie z zapowiedzią w grudniowym numerze z ub. r. „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” i w związku z wydrukowanym we wspomnianym numerze artykułem dra med. St. Rudzińskiego pt. „Lecznictwo sanatoryjno-zdrowiskowe Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i zagadnienie jego reorganizacji na tle potrzeb funduszy długoterminowych” — zamieszczamy poniżej pierwszą część rozważań tegoż autora o racjonalizacji metod leczenia w instytucjach ubezpieczenia społecznego.

W zakresie zagadnień zdrowotnych w ubezpieczeniach społecznych nieposlednią rolę odgrywa sprawa racjonalizacji lecznictwa, zwłaszcza metod leczenia chorób, stanowiących najczęstszą przyczynę długotrwałej niezdolności do pracy lub inwalidztwa i mających przez to największe znaczenie dla ubezpieczenia chorobowego czy emerytalnego. W pracy swojej z roku 1936 wykazałem, że zarówno instytucje ubezpieczenia na wypadek choroby jak i ubezpieczenia emerytalnego są zainteresowane w zwalczaniu jednych i tych samych schorzeń, — przede wszystkim chorób narządu krążenia, gruźlicy, gośćca, chorób nerwowych itd. — oraz przedstawiłem w grubych zarysach metody zwalczania tych chorób.

Referat niniejszy stanowi próbę pogłębienia sprawy racjonalizacji metod leczenia chorób, obciążających swoimi skutkami w największym stopniu fundusze u-

bezpieczenia chorobowego, czy emerytalnego — przy tym nie będę na tym miejscu omawiał metod akcji przeciwgruźliczej, która zresztą w ostatnich czasach weszła na terenie ubezpieczeń społecznych na właściwe tory planowej i skoordynowanej działalności, a poruszę tylko sprawę leczenia innych poza gruźlicą chorób, a mianowicie narządu krążenia, gośćca i chorób nerwowych (głównie psychoneurwic). Zanim jednak przystąpię do właściwego tematu, chciałbym w krótkich słowach przedstawić charakter niżej podanych rozważań i uczynić przez to bardziej zrozumiałymi dla czytelnika moje intencje.

Bezpośrednią przyczyną opracowania niniejszego stała się konieczność przeprowadzenia reorganizacji lecznictwa sanatoryjno-zdrowiskowego (prowadzonego od roku 1935 przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych według wspólnego planu dla funduszy ubezpieczenia chorobowego i emerytalnego) pod kątem należytego uwzględnienia w tej akcji potrzeb ubezpieczenia emerytalnego, wynikających z istoty i zadań lecznictwa zapobiegawczego i restytucyjnego (z art. 61 Rozp. Prez. Rzpl. o ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych oraz z art. 173 ustawy o ubezpieczeniu społecznym). Zagadnieniu tej reorganizacji poświęciłem osobny referat (w „Przeglądzie Ub. Społ.” z grudnia 1937 r.), z którym wiążą się ściśle poniższe uwagi. Mają one na celu dopomóc lekarzom, udzielającym pomocy leczniczej ubez-

pieczonym, w wyborze racjonalnej drogi leczenia chorób, a zwłaszcza ułatwić im właściwe kierowanie do leczenia zdrojowiskowego. Jednocześnie uwagi te będą stanowiły szczegółowe uzasadnienie i rozwinięcie (w przypadkach omawianych grup chorobowych) podanych we wspomnianym referacie postulatów i zasad reorganizacji lecznictwa z ubezpieczenia emerytalnego, jak wskazania i przeciwwskazania do leczenia zdrojowiskowego, system kierowania chorych do leczenia sanatoryjnego i ściśle jego powiązanie z leczeniem ambulatoryjnym, stosowanie lecznictwa wypoczynkowego itd.

Jak z tego wynika, rozważania o metodach leczenia chorób układu krążenia, gośćca i chorób nerwowych będą odnosiły się w pierwszym rzędzie do akcji lecznictwa zapobiegawczego z funduszy ubezpieczenia emerytalnego i uwzględniały przede wszystkim potrzeby tego ubezpieczenia, a z różnych metod leczenia obejmą w najszerszej mierze zagadnienie leczenia zdrojowiskowego wymienionych wyżej chorób. Jednocześnie — wobec podkreślonego na wstępie referatu znaczenia zwalczania tych samych cierpień dla ubezpieczenia chorobowego i konieczności ściślejszego powiązania lecznictwa, przeprowadzane na rachunek różnych funduszy ubezpieczeniowych, — uwagi te będą miały również znaczenie dla akcji leczniczej ubezpieczenia na wypadek choroby. Wreszcie należy zaznaczyć, że przedstawiona w niniejszym referacie sprawa racjonalizacji metod leczenia chorób społecznych (za jakie dzisiaj są powszechnie uznawane choroby układu krążenia, gościec i psychoneurozy) z intencją oparcia tych metod na podstawach klinicznych z wykorzystaniem postępów wiedzy lekarskiej oraz z dążeniem do doskonalenia i wypracowania wzorowej organizacji zwalczania tych chorób w zakresie największej instytucji lecznictwa zbiorowego, jaką stworzyły w Polsce ubezpieczenia społeczne, stanowi niewątpliwie jedno z ważniejszych zagadnień zdrowia publicznego.

I. CHOROBY NARZĄDU KRĄŻENIA

Jak wynika ze statystyk instytucji ubezpieczenia emerytalnego, choroby narządu krążenia są przyczyną inwalidztwa wśród pracowników umysłowych do lat 60 — w 34,4% (Z. U. P. U. Warszawa, r. 1933), u pracowników fizycznych — w 28,2% (Zakład Ubezp. na Wyp. Inwalidztwa w Królewskiej Hucie, r. 1932) i 23,7% (Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu, r. 1933). A więc mniej więcej co 3-ci wśród inwalidów staje się nim z powodu zmian w narządzie krążenia. Dlatego jaknajbardziej celowe i racjonalne leczenie oraz zapobieganie powstawaniu tych chorób mają wielkie znaczenie społeczne i finansowe dla instytucji ubezpieczeniowych.

Rozważmy przede wszystkim, jak przedstawia się obecnie leczenie ubezpieczonych z chorobami narządu krążenia. Poza leczeniem, któ-

re w ambulatoriach (zresztą nie specjalnie na ten cel przeznaczonych) domowych lekarzy przeprowadzają Ubezpieczalnie Społeczne, i poza leczeniem szpitalnym stosowane jest leczenie sanatoryjno-zdrojowiskowe tych chorób w Iwoniczu i w Krynicy. Nie będę tu omawiał leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego chorób narządu krążenia — ograniczę się tylko do ogólnego stwierdzenia, że leczenie to nie jest wyodrębnione z ogólnej akcji lecznictwa ubezpieczenia społecznego jako osobny problem i nie jest prowadzone według określonego planu. Natomiast stosunkowo znaczny odsetek osób z chorobami narządu krążenia wśród ogólnej liczby ubezpieczonych, leczonych w sanatoriach zdrojowiskowych (np. w r. 1935 — 13,7% ogółu leczonych tam pracowników umysłowych), zmusza do przeanalizowania zagadnienia leczenia sanatoryjno-zdrojowiskowego tych chorych — jego charakteru, zakresu i znaczenia dla instytucji ubezpieczeniowych.

Rozpatrzmy najpierw ogólnie sprawę lecznictwa sanatoryjnego, jako metody zwalczania chorób narządu sercowo-naczyniowego, analizując te wszystkie czynniki, które mają istotne znaczenie w leczeniu sanatoryjno-zdrojowiskowym tych cierpień.

Leczenie sanatoryjne ma niewątpliwie duże znaczenie i wielki dodatni wpływ na stan układu sercowo-naczyniowego bezpośredni i pośredni — przez korzystne dla ustroju oddziaływanie na wszystkie inne układy (nerwowy, endokryalny, przemiany materii itd.), które z kolei wywierają wpływ na stan narządu krążenia. To znaczenie i wpływ leczenia sanatoryjnego zależą od całego szeregu czynników, zresztą niejednakowej wartości.

Na pierwszym miejscu wśród czynników, wywierających korzystny wpływ na stan układu krążenia, należy postawić sam wypoczynek — zaprzestanie wysiłków fizycznych i umysłowych, związanych z pracą zarobkową, i oderwanie się od codziennych kłopotów. Znaczenia tego czynnika udowodnić nie potrzeba, gdyż każdy lekarz dostatecznie docenia jego wartość w swej praktyce. Często po kilku dniach wypoczynku ustępują najbardziej przykre sensacje ze strony serca, wraca do normy sen, apetyt itd.

Zmiana otoczenia, warunków mieszkaniowych itd. należy także do podstawowych czynników, oddziaływujących na stan układu krążenia. Jednak tutaj należy poczynić pewne zastrzeżenia. Przede wszystkim warunki, w jakich znajdzie się chory w sanatorium, nie powinny być gorsze niż te, w których się codziennie w miejscu zamieszkania znajduje. Chorych z zaburzeniami krążenia nie należy lokować w pomieszczeniach zbyt ciasnych po kilka osób lub umieszczać wysoko (zwłaszcza gdy sanatorium nie ma windy) itd. Co do otoczenia, to może mieć ono duży wpływ psychoterapeutyczny na chorego, — a więc otoczenie estetyczne, miłe dla oka,

niewątpliwie działa korzystnie na układ nerwowy, a pośrednio i sercowo-naczyniowy.

Bardzo ważne w leczeniu sanatoryjnym tego rodzaju chorych są warunki klimatyczne i wahania atmosferyczne, w jakich znajduje się dany zakład leczniczy. Nie wszystkie bowiem miejscowości są odpowiednie. Zauważano mianowicie, że istnieją osobnicy (co podkreśla między innymi Korczyński, 4), odznaczający się t. zw. metereotropią, tj. specjalną wrażliwością na zmiany atmosferyczne. Szczególnie zaś ważnym czynnikiem atmosferycznym, co stwierdził De Rudder (2), jest przesuwanie się frontów atmosferycznych (warstw pośrednich, oddzielających dwie różne warstwy powietrzne, np. warstwa oddzielająca masy powietrza polarnego i tropikalnego). Otóż przesuwanie się tych frontów według De Rudder'a ma napewno wpływ na występowanie udarów mózgowych i zakrzepów żył, zaś z wielkim prawdopodobieństwem jest powodem (nie przyczyną!) nagłej śmierci w przypadkach miażdżycy tętnic mózgowych. Wpływ czynników meteorologicznych na występowanie duszniczy bolesnej podkreśla także Beljajew (1): zimą i latem, gdy wahania meteorologiczne były niewielkie, stan obserwowanych przez niego chorych z dusznicą bolesną ulegał poprawie, natomiast przy dużych wahaniami atmosferycznych stan ten wybitnie pogarszał się; chorym wówczas zalecano pobyt w łóżku i stosowano leczenie farmakologiczne. Jak wynika z powyższych rozważań, przy wyborze miejscowości dla chorych z zaburzeniami układu sercowo-naczyniowego należy brać pod uwagę warunki klimatyczne, zwłaszcza zaś wahania atmosferyczne. Dlatego też należy wybierać miejscowości, gdzie te wahania w ciągu całego roku są małe, a więc suche, zalesione okolice nizinne lub o niewielkim wzniesieniu.

Wreszcie doniosłe znaczenie odżywiania i odpowiedniej diety (dieta bezsolna, jarska, mleczna itd.) w leczeniu sanatoryjnym chorób układu krążenia nie wymaga szerszego uzasadnienia.

Wymienione wyżej czynniki mają tak ogromny wpływ na stan układu krążenia, że przy ich zachowaniu — nawet bez stosowania innych środków, leczenia farmakologicznego itd. — stan ten ulega bardzo często radykalnej poprawie już po krótkim pobycie w zakładzie leczniczym. Potwierdzają to zarówno obserwacje w naszych zakładach leczniczych jak i w obcych.

Z innych czynników, mających wpływ na wyniki leczenia sanatoryjnego, podkreślić należy przede wszystkim znaczenie fachowej opieki lekarskiej. Właściwie należałoby ją postawić na pierwszym miejscu — lecz mówimy o niej dopiero tutaj dlatego, że jest to dla chorego, który znajdzie się w sanatorium, czynnik nie nowy (natomiast nowe są podane wyżej czynniki!), gdyż każdy ubezpieczony znajduje się w miejscu zamieszkania pod stałą opieką lekarską. Niewąt-

pliwie umiejętna opieka lekarska w sanatorium ma podstawowe znaczenie w leczeniu chorób układu krążenia. Trzeba się zgodzić z twierdzeniem Frenkla (cytowane za Grünbaumem, 3), że „Ein Kurort, mit welchen Heilfaktoren er immer ausgestattet sein mag, hat nur soviel Heilkraft, als seine Ärzte Kenntnisse und Können“. Zwłaszcza należy położyć nacisk na wiadomości i przygotowanie kliniczne lekarzy sanatorium, gdyż tylko odpowiednio wyszkolony lekarz może we właściwy sposób wykorzystać te wszystkie środki lecznicze, które ma do rozporządzenia, zarówno farmakologiczne jak i wodolecnicze itd.

Należy poświęcić nieco więcej miejsca omówieniu znaczenia kąpiei kwaso-węglowych w leczeniu sanatoryjnym chorób układu krążenia — między innymi i dlatego, że wielka liczba chorych udaje się do uzdrowiska właśnie w celu przeprowadzenia leczenia kąpielami, uważając je za zasadniczy czynnik uzdrawiający i pragnąc z nich korzystać w każdym przypadku.

Istotnie w leczeniu niektórych schorzeń układu sercowo-naczyniowego kąpiele kwaso-węglowe działają korzystnie przede wszystkim z uwagi na ich wpływ odciażający na ten układ (przy temperaturze powyżej 33°C), a przy ciepłotach niższych (29°C — 33°C) — wpływ pobudzający i ćwiczący. Jednak dobór chorych do leczenia kąpielami musi być ostrożny, a same kąpiele — wobec niejednakowego ich działania przy różnych temperaturach (a więc innego wpływu kąpiei w miarę jej ochładzania się) oraz zależnie od stopnia nasycenia kąpiei kwasem węglowym itd. — winny być przeprowadzane pod stałą kontrolą (nawet w czasie kąpiei!) fachowego personelu, w przeciwnym bowiem razie efekt kąpiei może być chybiony. Ustalenie wskazań i przeciwwskazań do leczenia kąpielami w przypadkach chorób układu sercowo-naczyniowego nie jest łatwe, a zapatrywania na tę sprawę różnych autorów są niejednolite. Entuzjaści tego leczenia rozszerzają wskazania, zwłaszcza przy stosowaniu częściowych kąpiei kwaso-węglowych (dla części ciała), natomiast klinicyści, ustosunkowani bardziej krytycznie, zważają znacznie zakres wskazań.

Według opinii większości autorów do schorzeń, których leczenie kąpielami może dać dobre rezultaty, należy przede wszystkim początkowa niewydolność krążenia, charakteryzująca się dusznością wysiłkową, pobudliwością tętna itp. bez przekrwień biernych w narządach. Również dodatnie rezultaty można osiągnąć w przypadkach nerwic serca i tych stanów duszniczy bolesnej, w których przeważa czynnik nerwowy. Wyłączyć natomiast należy z leczenia kąpielami wszystkie stany dalej posuniętej niewydolności krążenia z objawami zastoinowymi oraz zaburzenia w wytwarzaniu bodźców, wyrażające się obecnością skurczów dodatkowych, migotaniem przedsionków itd. (Do tego przekonania doszedł Sigał-6, który zresztą powołuje się także na opinie autorów niemieckich: Krell, Kraus, Berg-

man — i francuskich: Deschamps; inni autorzy: Schlecht - 7, Grünbaum - 3, w zaburzeniach przewodnictwa nie widzą przeciwskazań do stosowania kąpeli kwaso-węglowych zalecając jedynie bardzo ostrożne ich przeprowadzanie). Wreszcie wyłączyć oczywiście należy wszelkie schorzenia ostre (ostra niedomoga serca, zapalenie wsierdza, osierdza i mięśnia sercowego, przebiegające z podwyższoną ciepłotą, itd.), tętniaki tętnicy głównej i postaci duszniczy bolesnej na podłożu zmian organicznych.

Stosowanie kąpeli przy nadciśnieniu tętniczym musi być bardzo ostrożne — takie stanowisko zajmują nawet zwolennicy leczenia kąpielami kwaso-węglowymi, obserwując w wielu przypadkach nadciśnienia tętniczego ujemne skutki tego leczenia lub też brak efektu. Np. Deschamps wyłącza z leczenia kąpielami chorych z nadciśnieniem, pobudliwych, nerwowych, skłonnych do skurczów naczyniowych. Co do wyników leczenia, to na podstawie osobistych obserwacji mogę stwierdzić małą skuteczność leczenia kąpielami w sensie dłuższej poprawy. Zaraz po powrocie z uzdrowiska stwierdzałem u tych chorych ciśnienie na poprzednim poziomie — jedynie poprawie ulegało na jakiś czas ich samopoczucie. (Oczywiście, mówiąc o nadciśnieniu, mam na myśli tylko nadciśnienie samorodne, gdyż w nadciśnieniu, wywołanym zmianami w naczyniach nerkowych, stosowanie kąpeli jest prawie zawsze przeciwwskazane lub nie daje rezultatów).

Przechodząc do scharakteryzowania obecnego stanu akcji lecznictwa sanatoryjnego chorób układu krążenia, prowadzonej przez instytucje ubezpieczeń społecznych, należy przede wszystkim podkreślić jej skąpe rozmiary — choć stosunkowo dość znaczne w zestawieniu z ogólną liczbą ubezpieczonych, leczonych sanatoryjnie (np. wśród pracowników umysłowych liczby te wynosiły w 1933 r. — 7,2% ogółu leczonych — 295 osób, w 1934 r. — 12,6% — 540 osób, w 1935 r. — 13,7% — c-a 530 osób itd.).

Jeżeli chodzi o dobór chorych z zaburzeniami krążenia do leczenia sanatoryjnego, to przeważają zmiany organiczne układu krążenia, przy tym materiał chorych jest niejednorodny. Z jednej strony znaczna jest liczba chorych, którym wobec miernego stopnia zaburzeń czynności układu krążenia lub braku tych zaburzeń (nawet przy stwierdzaniu zmian organicznych) leczenie sanatoryjno-zdrowiskowe jest niepotrzebne lub niekonieczne, z drugiej strony — zjawiają się do leczenia chorzy z zaburzeniami krążenia tak zaawansowanymi, że cały czas pobytu w zakładzie spędzają w łóżku.

Wyniki leczenia sanatoryjnego schorzeń układu krążenia nie są na ogół zadawalające. Widać to choćby ze sprawozdania zakładu leczniczego „Excelsior” w Iwoniczu za rok 1936. Ze sprawozdania wynika, że wśród 268 chorych z organicznymi schorzeniami narządu krążenia opuściło zakład c-a 70% z poprawą, a bez zmiany lub z pogorszeniem c-a 30%, zaś wśród 38 osób z zaburzeniami czynnościowymi tego układu

z poprawą opuściło zakład 69%, a bez zmian lub z pogorszeniem 31%. Co do osób, które opuszczają zakład leczniczy z poprawą, muszą zaznaczyć, że ta poprawa jest bardzo względna i krótkotrwała, — jak to mam sposobność często sprawdzić przy rozpatrywaniu podań o renty osób, które niedawno z poprawą opuściły sanatorium, lub gdy wkrótce po tym, często po upływie 1/2 roku, a nie raz i wcześniej, zgłaszają się o powtórne leczenie sanatoryjne. Przyczyn tego stanu przede wszystkim należy szukać w charakterze cierpień układu krążenia oraz zmian chorobowych, przeważnie nieodwracalnych i stale postępujących.

Dotychczasowe rozważania nad leczeniem sanatoryjnym chorób układu krążenia (zarówno nad istotnymi czynnikami, mającymi wpływ na wyniki tego leczenia, jak i nad obecną akcją lecznictwa sanatoryjnego ubezpieczonych z chorobami tego układu) *pozwalają na wyprowadzenie pewnych wniosków, które przy ustalaniu racjonalnej metody leczenia sanatoryjnego chorób układu krążenia w instytucjach ubezpieczenia społecznego mieć będą decydujące znaczenie.* Z powyższego wynika bowiem, że na leczenie chorób tego układu ma wpływ cały szereg czynników (o których wyżej była mowa), wśród których kąpiele kwaso-węglowe nie należą bynajmniej do najważniejszych i absolutnie niezbędnych, lecz tylko pomocniczych — i to przy ograniczonej liczbie wskazań. Tymczasem dotychczasowe leczenie sanatoryjne schorzeń układu krążenia jest przeprowadzane w zakładach leczniczych, które z tytułu swego położenia, charakteru i własności przyrodoleczniczych są nastawione w pierwszym rzędzie na stosowanie kąpeli kwaso-węglowych (ewentualnie i picie wód). Leczenie wskutek tego kalkuluje się drogo, co w konsekwencji ogranicza zakres lecznictwa do nikłych rozmiarów: liczby leczonych sanatoryjnie z powodu chorób układu krążenia w stosunku do mas ubezpieczonych (i ewentualnych przyszłych inwalidów z powodu tego cierpienia) są niewielkie i nie mają właściwie ani większego znaczenia w akcji zwalczania tych chorób, ani poważniejszego wpływu na zmniejszanie się inwalidztwa. Znacznie taniej wypadłoby leczenie tych chorych w zakładach leczniczych wycoczynkowych (nazywam je zakładami leczenia wycoczynkowego, gdyż podstawowym czynnikiem leczniczym w nich jest wycyznyk), które uwzględniłyby przede wszystkim wszystkie inne poza kąpielami czynniki, mające istotne, bezsporne znaczenie w leczeniu sanatoryjnym chorób układu krążenia, bez specjalnego nastawienia na kąpiele kwaso-węglowe (pozostawiając zresztą możliwość stosowania ich w pewnych przypadkach) i — co za tym idzie — bez konieczności urządzania zakładów w miejscowościach ze źródłami leczniczymi. Przy istnieniu takich zakładów można by rozszerzyć listę wskazań do leczenia sanatoryjnego niemal na wszystkie schorzenia narządów krążenia, a przez obniżenie kosztów leczenia zwiększyć zakres akcji i umożliwić częste powtarzanie kuracji, co w chorobach układu sercowo-naczyniowego jest szczególnie ważne.

Z kolei omówimy **ogólne zasady racjonalnego planu leczenia chorób narządu krążenia.**

Na wstępie należy ustalić pewne *warunki podstawowe*, bez spełnienia których plan taki nie będzie miał praktycznego znaczenia dla instytucji ubezpieczenia społecznego. Warunki te są następujące: — 1. metody leczenia muszą odpowiadać wymogom nauki lekarskiej, — 2. zakres leczenia winien obejmować ogół, a przynajmniej wielkie masy ubezpieczonych, — 3. plan leczenia musi uwzględniać możliwości finansowe ubezpieczenia społecznego.

Wszystkie powyższe warunki mogą być spełnione przede wszystkim przez zorganizowanie *racjonalnej, wykwalifikowanej pomocy lekarskiej ambulatoryjnej* w miejscu zamieszkania chorego. Na tę opiekę nad chorym w miejscu zamieszkania i pracy należy zwrócić baczniejszą uwagę. Sprawę tę rozmaicie w różnych krajach załatwiono. Omawiałem ją szerzej w swojej pracy z 1936 r. (Rudziński, 5), wspominając przykład Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie przychodnie dla chorych sercowych połączone organizacyjnie z przychodniami przeciwgruźliczymi. W przychodniach takich, zaopatrzonych w odpowiednie urządzenia (rentgen, elektrokarдиограф itp.) wykonywane są następujące czynności: — 1. ustala się dokładne rozpoznanie cierpienia oraz sposób postępowania leczniczego (leczenie farmakologiczne, dietetyczne, postawienie wskazań do leczenia sanatoryjnego itd.), — 2. oceniana jest przydatność do pełnienia zawodu, ewentualnie zalecana jego zmiana. Kardynalnym jednak warunkiem prawidłowego funkcjonowania takich przychodni jest, co już podkreślałem, wykwalifikowany personel lekarski. W naszych warunkach system lekarza domowego może w zasadzie zapewnić opiekę nad chorym „sercowym”, jednak tylko pod warunkiem współdziałania lekarza domowego z odpowiednio zorganizowanymi przychodniami, które spełniać będą podane wyżej czynności.

Na miejscu dotychczasowej formy leczenia sanatoryjnego chorób narządu krążenia *należy zorganizować masowe leczenie wypoczynkowe* tych chorych w specjalnych zakładach leczniczych — i właśnie dla takiej akcji aktualne są te wszystkie wnioski, jakie wyciągnęliśmy powyżej, analizując zagadnienie leczenia sanatoryjnego w przypadkach chorób układu sercowo-naczyniowego.

Wreszcie *racjonalne powiązanie leczenia ambulatoryjnego z leczeniem wypoczynkowym* stanowić będzie dopełnienie planowej akcji zwalczania chorób układu krążenia wśród ubezpieczonych.

LITERATURA

1. Beljajew — Verlauf der Angina pectoris im Seestorecker Kurort im Zusammenhang mit meteorologischen Faktoren (Der Balneologe r. 1936, Nr 9).

2. De Rudder — Wetter und Jahreszeit als Krankheitsfaktoren (Berlin r. 1931 — Verlag von J. Springer).

3. Grünbum — Die Soziale Bedeutung und Beurteilung der Kreislaufkrankungen. Georg Thieme (Verlag, Leipzig 1933).

4. Korczyński — Zarys klimatologii lekarskiej (T. I. — Kraków r. 1933).

5. Rudziński — Współdziałanie instytucji ubezpieczeń społecznych w stosowaniu leczenia zapobiegawczego (Warszawa r. 1936, Instytut Spraw Społecznych).

6. Sigał — Spornye woprosy w lecenji uglekisfymy wannami serdeczno-sosudistoj niedostatocznosci (Odesa r. 1936 „Serdeczno-sosudistaja niedostatocznosc”).

7. Schlecht — Die Behandlung Kreislaufkranken mit kohlen-säuren Bädern (Medizinische Klinik, 1937 r Nr 38).

II. CHOROBY GOŚCOWE

Gościec należy do chorób, których zwalczanie ma ogromne znaczenie dla instytucji ubezpieczeń społecznych. W ubezpieczeniu emerytalnym stanowi on poza chorobami narządu krążenia i gruźlicą jedną z najczęstszych przyczyn inwalidztwa: w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych — 9,7% (Z. U. P. U., Warszawa, r. 1933), u pracowników fizycznych (Król. Huta, Zakł. Ub. na Wyp. Inwalidztwa, r. 1932) odsetek ten wynosi 8,7%. W ubezpieczeniu chorobowym gościec zajmuje wprawdzie w kolejności według liczebności zachorowań dalsze miejsce, natomiast stanowi jedną z najczęstszych przyczyn długotrwałej niezdolności do pracy obciążając w poważnym stopniu fundusze ubezpieczenia chorobowego. Poza tym choroby narządu krążenia w dużym odsetku powstają na tle zakażenia gościcowego występując albo w łączności z gościcowym zajęciem narządów ruchu albo w przebiegu gościca pozastawowego.

Gościec jest chorobą społeczną, której zwalczanie, zwłaszcza w zakresie zapobiegania, przekracza ramy działalności ściśle lekarskiej i obejmuje warunki pracy, warunki mieszkaniowe, sposób odżywiania się itd.

Ograniczając się (ze względu na charakter i ściśle określone praktyczne cele niniejszego artykułu) do rozważań nad metodami leczenia gościca należy stwierdzić, że w obecnym stanie rzeczy **leczenie chorych gościcowych w instytucjach ubezpieczeń społecznych wykazuje liczne braki.** Są one najwidoczniejsze w akcji leczenia zdrojowo-kąpielowego cierpienia gościcowych, do której można odnieść prawie wszystkie, wyrażone w moim artykule p. t. „Lecznictwo sanatoryjno-zdrowiskowe Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i zagadnienie jego reorganizacji na tle potrzeb funduszy długoterminowych” (P. U. S. — grudzień 1937 r.), krytyczne uwagi o lecznictwie sanatoryjno-zdrowiskowym Z. U. S.

Rozważmy np. sprawę wadliwego doboru chorych gościcowych do leczenia zdrojowo-kąpielowego. Wśród leczonych w sanatoriach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych chorzy z cierpieniami gościcowymi zajmują liczebnie jedno z pierwszych miejsc, stanowiąc np. wśród pracowników umysłowych około 25% ogółu leczonych sanatoryjnie, a więc znacznie przekraczając odsetek inwalidów z powodu tej choroby (9,7%). W tym

dążeniu „reumatyków” do leczenia zdrojowego niema nic dziwnego, gdyż leczenie zdrojowe w niektórych postaciach goścca jest, jak to powszechnie wiadomo i eksperymentalnie udowodniono na tysiącach przypadków, najbardziej celowe. Chęć leczenia jest tym bardziej zrozumiała, że w gośccu ponad wszystkimi objawami dominuje ból — objaw, którego nikt chętnie nie znosi. Ten ból właśnie jest przyczyną, że chory zjawia się u lekarza wcześniej, podczas gdy np. w gruźlicy płuc spotykamy się z chorymi, którzy, nie doznając subiektywnych dolegliwości, zgłaszają się do lekarza dopiero w daleko posuniętym okresie choroby.

Częste kierowanie do leczenia zdrojowego chorych gościcowych nie byłoby przeto dziwne, gdyby istniała pewność, że skierowani do sanatoriów chorzy istotnie potrzebują i kwalifikują się do tego leczenia. Tymczasem na podstawie dłuższej obserwacji i własnych spostrzeżeń, poczynionych przy rozpatrywaniu świadectw lekarskich — czy to ubezpieczonych pracowników umysłowych, starających się o zastosowanie sanatoryjnego leczenia zapobiegawczego, badanych przez lekarzy rzeczoznawców Z. U. S., czy to świadectw lekarzy Ubezpieczalni Społecznych, którzy sami wystąpili z wnioskami o leczenie swych chorych, — dochodzę do przekonania, że orzeczenia lekarzy w sprawie zastosowania leczenia zdrojowego w przypadkach goścca nie są dostatecznie umotywowane. Obserwacje zaś przeprowadzone w zakładach leczniczych ZUS pozwalają mi na stwierdzenie, że odsetek wadliwie skierowanych chorych gościcowych do leczenia sanatoryjnego jest duży.

Jedną grupę takich chorych, nie nadających się do leczenia zdrojowego, stanowią przypadki, w których goścca — jak się później okazuje — zupełnie niema lub jego objawy są wyrażone w stopniu nieznacznym, a które zostały zakwalifikowane do leczenia zdrojowego wyłącznie na podstawie niesprawdzonych skarg i problematycznej wartości objawów przedmiotowych.

Najczęstsze skargi — to bóle, a objawy rzekomo patologiczne — to trzaski i trzeszczenia w stawach. Tymczasem te skargi na silne bóle, na wielkie rzekomo utrudnienie w chodzeniu okazują się w czasie pobytu chorego w zakładzie leczniczym niejednokrotnie bardzo przesadzone, niekiedy znowu przyczyną bólu wcale nie jest gościec. W tych razach sumiennie zebrany wywiad i dokładnie przeprowadzone badanie przedmiotowe pozwolą lekarzowi uniknąć błędnego rozpoznania i zbędnego kierowania do leczenia zdrojowego. W wątpliwych przypadkach należy dokładnie przestudiować karty chorobowe z aktualnego okresu, a także dawniejsze, które mogą wyjaśnić istotę schorzenia. Często np. tam, gdzie na podstawie skarg na bóle pohopnie rozpoznaje się gościec kręgosłupa

piersiowego lub lędźwiowego, znajdujemy poważne organiczne schorzenie narządów klatki piersiowej lub jamy brzusznej.

W badaniu przedmiotowym niepotrzebnie przywiązuje się wielką wagę do objawów mało lub nic nie znaczących, np. do trzeszczeń i trzasków w stawach. Z reguły w przypadkach głośnych trzasków i współistniejących, licznych skarg badanego rozpoznaje się gościec przewlekły i kwalifikuje się go do leczenia zdrojowego. Wprawdzie niekiedy mogą trzeszczenia świadczyć o toczącym się procesie chorobowym np. w gośccu zniekształcającym, lecz najczęściej wartość diagnostyczna trzasków jest bardzo mała. Zdarzają się one (zwłaszcza bardzo głośnie) i w normalnych warunkach, np. w miejscu zetknięcia się kilku kości poza torebką stawową (w okolicy stawu barkowego — zetknięcie się łopatki, wyrostka barkowego i obojczyka, a w stawie kolanowym — kości tego stawu z rzepką). W każdym bądź razie trzaski w stawach — w braku innych objawów chorobowych w zakresie tych stawów — są bez znaczenia.

Bardzo często wadliwie komentowane są objawy, które niekiedy rzucają się w oczy (zniekształcenia stawów) lub dają się łatwo stwierdzić badaniem przedmiotowym (ograniczenia ruchomości). Takie przypadki niemal z reguły kwalifikują lekarze do leczenia kąpielowego. Nie jest to jednak słuszne. W zasadzie bowiem każde przewlekłe schorzenie stawowe może doprowadzić do zmian konfiguracji stawów lub ograniczenia ruchów, jednak nie każde wymaga leczenia kąpielowego. Decyduje przede wszystkim charakter toczącego się procesu, o czym mowa niżej.

Często niesłusznie rozpoznaje się dnę (gościec dnawy) tylko na podstawie obecności w moczu kwasnych moczanów, mimo że te składniki zależeć mogą nie od goścca, lecz od sposobu odżywiania się badanego.

To znowu na podstawie rzekomo wzmożonego kwasu moczowego we krwi rozpoznaje się gościec dnawy, mimo że ani wywiad nie wskazuje na dnę, ani, jak się później okazuje (przy badaniu, przeprowadzonym naczczo i przynajmniej po trzydniowej djecie bezpurynowej), ilość kwasu moczowego we krwi nie przekracza normy. Dla goścca dnawego charakterystycznym jest napadowy charakter bólów (często w nocy, wśród zupełnego zdrowia, — bólów w zakresie jakiegoś jednego stawu), znaczne wzmożenie kwasu moczowego we krwi (przy niskiej koncentracji kwasu moczowego w moczu — o czym niżej) oraz ewentualne stwierdzenie złogów kwasu moczowego (tophi). Bardzo niewielka jest obawa przeoczenia t. zw. dny nietypowej (bez ostrych napadów w wywiadach itd.), gdyż gościec dnawy jest w ogóle cierpieniem bardzo rzadkim.

Inną grupę wśród przypadków, w których kierowanie do leczenia zdrojowego jest mało celowe, stanowią sprawy z wyrod-

nieniowe zarówno w zakresie kręgosłupa jak również i innych stawów. Efekt leczniczy w tych przypadkach jest krótkotrwały i osiągalny w warunkach leczenia ambulatoryjnego, zwłaszcza po zastosowaniu z jednej strony mechanoterapii, z drugiej — leczenia ortopedycznego, skorygowania wad aparatami ortopedycznymi, zmniejszenia wagi ciała, stosowania zabiegów fizykalnych na okolicę schorzałego stawu lub innych stawów (diatermia, małe dawki Rentgena itd.). Tymczasem właśnie tego rodzaju chorzy — prawda, że z oczywistymi i nieraz bardzo dużymi zmianami — są częstymi pacjentami zakładów leczniczych. Te zmiany dają im jak gdyby „bilet wolnego wstępu” do sanatoriów zdrojowych, tak że leczenie ich po 5 — 6 razy na koszt funduszy ubezpieczeń społecznych nie należy do rzadkości.

Celem osiągnięcia poprawy zarówno w omawianej wyżej sprawie doboru chorych goścocyw do leczenia sanatoryjnego, jak i w zakresie innych braków leczenia gościa w instytucjach ubezpieczenia społecznego (brak szczegółowych wskazań i przeciwwskazań do leczenia zdrojowokapielowego, niedostateczne powiązanie leczenia sanatoryjnego z ambulatoryjnym itd.), **konieczne jest opracowanie właściwego planu leczenia i zwalczania gościa.**

Chorzy goścocy, podobnie jak chorzy na gruźlicę płuc, wymagają specjalnej opieki i specjalnego leczenia — zatem system leczenia gościa w instytucjach ubezpieczenia społecznego musi przewidywać odpowiednie przeprowadzenie zarówno opieki jak i potrzebnego leczenia oraz ściśle powiązanie leczenia, przeprowadzonego tak w domu chorego jak w ambulatorium lekarza domowego, jak wreszcie w zakładach leczniczych, szpitalach i w sanatoriach zdrojowiskowych.

I tu nie będzie wielkiej przesady w stwierdzeniu, że w chwili obecnej nie ma w Polsce takiej instytucji czy organizacji, któraby miała więcej danych do przeprowadzenia konsekwentnej akcji nie tylko leczenia lecz i zwalczania gościa, jak właśnie instytucje ubezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne rozporządzają poważnymi funduszami, dobrze postawionymi zakładami leczniczymi i licznym zespołem pracujących w terenie lekarzy. Obecny system domowego lekarza (mimo istniejących jeszcze pewnych niedociągnięć) jest wprost stworzony do zwalczania tego rodzaju chorób społecznych, zwłaszcza w oparciu go (jeżeli chodzi o gościec) o specjalne przychodnie przeciwreumatyczne, które należałoby zorganizować przynajmniej przy dużych Ubezpieczalniach Społecznych. Zadaniem tych przychodni byłoby w przypadkach wątpliwych ustalanie rozpoznania i postępowania leczniczego, które następnie przeprowadzałby lekarz domowy.

Następnie system leczenia i zwalczania gościa musi opierać się o

klinikę tego cierpienia, tj. wypływać z jego pochodzenia, czynników wywołujących i sprzyjających nie tylko jego trwaniu, lecz również rozwojowi, oraz z obrazu chorobowego gościa.

Pod nazwami „gościec”, „reumatyzm”, rozumie się w życiu codziennym cierpienia, cechujące się różnymi objawami w narządach ruchu, obejmującymi zarówno stawy jak i mięśnie, nerwy, więzadła, ścięgna, kaletki ścięgnowe i torebki maziowe, — przy tym przyczyna tych objawów (np. bólów) tkwi właśnie w narządach ruchu, a nie w innych. W tej wielkiej grupie schorzeń mieszczą się różne postaci choroby o różnej etiologii, wskutek czego mianowicie tych chorób jest jeszcze niejednolite we wszystkich krajach. Tymczasem wprowadzenie tego czy innego podziału jest konieczne, gdyż tylko zrozumienie istoty schorzeń goścocyw pozwoli na racjonalne leczenie i zwalczanie tych cierpień.

Usiłowano stworzyć podział według zmian anatomicznych to znowu według objawów klinicznych. Podziały te nie utrzymały się. Za najbardziej celowy uznać należy podział, opracowany przez W. Orłowskiego i przyjęty przez Polskie Towarzystwo do Zwalczania Gościa. Podział ten omawia E. Reicher (4) w następujący sposób:

„Klasyfikacja ta odróżnia dwie wielkie grupy cierpień stawowych: 1. cierpień zapalnych stawów, powstałych na tle zakażenia lub jego następstw (arthritis), 2. zmian stawowych wstecznych, w których następstwie mogą się z czasem rozwijać i zmiany zapalne (arthroso-arthritis).

Cierpienia zakaźne dzielą się na dwa wielkie działy, z których każdy ma dwa poddziały:

Pierwszy dział obejmuje: a) ostrą i podostrą chorobę reumatyczną, czyli ostry i podostry gościec stawowy, cierpienie o nieznanym pochodzeniu, a charakterystycznym obrazie anatomopatologicznym, b) ostry i podostry gościec stawowy na tle różnych znanych zakażeń.

Drugi dział zawiera: a) zmiany stawowe przewlekłe na tle choroby reumatycznej oraz b) choroby stawowe przewlekłe na tle różnych znanych zakażeń.

Między grupą chorób stawowych zakaźnych a zmian stawowych na tle wstecznym, umieszczona jest III wielka grupa t. zw. pierwotnie przewlekłego gościa, odpowiadająca t. zw. „rhumatisme chronique progressif generalisee” w piśmiennictwie francuskim, „primär chronische polyarthritis” w piśmiennictwie niemieckim, „rhumatoid arthritis” w piśmiennictwie angielskim. Cierpienie to, choć posiada ten sam anatomiczno-patologiczny podkład co reumatyczny gościec stawowy, różni się jednak od niego swym klinicznym przebiegiem, który prowadzi do znacznie cięższych zmian stawowych, niż to się zwykło spostrzegać w przebiegu ostrego gościa; natomiast znacznie rzadziej towarzyszą mu powikłania sercowe, tak charakterystyczne dla choroby reumatycznej. Z tego też względu, jak i z powodu ciężkich zniekształceń stawowych, swego ciężkiego i długotrwałego przebiegu klinicznego, jest ono ujęte w odrębną grupę.

Choroby stawów, rozwijające się na tle zmian wstecznych bez pierwotnego wpływu czynnika zakaźnego, obejmują IV wielką grupę cierpień stawowych, rozwijających się z powodu 1. zmian humoralnych (arthritis anaphylactica, choroba posurowicza, purpura rheum.), 2. skaz krwiotocznych (arthritis e diatesi haemorrhagica), 3. zaburzeń przemiany materii (arthroso-arthritis metabolica, uri-

ca, alcaptonurica, oxalurica etc.) 4 zaburzeń dokrewnych (arthroso- arthritis endocrinologica: climacterica, thyrotoxa), 5. toxica (saturnina), 6. na tle zużycia i nadmiernego obarczenia (arthrosis deformans, arthrosis statica), 7. na tle zaburzeń nerwowych troficznych i naczyniowo-ruchowych (neuropathica et vasomotorica), 8. wreszcie rzadkie postaci chorób stawowych, jak choroba Calvé Legg-Perthes'a, Köhlera, Schlattera oraz 9. cierpienia kręgosłupa. Oprócz tych zasadniczych wielkich grup chorób stawowych odróżnia jeszcze Orłowski w swej klasyfikacji w grupie V reumatyzm mięśniowy, w grupie VI nerwobóle, w grupie VII cierpienia ścięgien, powięzi, więzadeł, kałek maziowych, powstające na tle poprzednio wymienionych cierpień, oraz w grupie VIII cierpienia reumatyczne narządów wewnętrznych".

Charakter niniejszego artykułu nie pozwala na szczegółową analizę i opisanie poszczególnych jednostek chorobowych z punktu widzenia ich objawów klinicznych i zmian anatomo-patologicznych, gdyż celem moich rozważań jest przede wszystkim zagadnienie leczenia sanatoryjnego i systemu, uwzględniającego celowe wykorzystanie tego leczenia. Nie mniej ogólnie zaznaczę, że podany podział gościa może przynieść korzyść w zrozumieniu jego istoty i w leczeniu, jest to bowiem podział, uwzględniający przyczyny gościa (choć w niektórych cierpieniach gościczych przyczyny tej jeszcze nie znamy). Jest przeto wskazane w przypadkach, gdzie możliwe jest ścisłe ustalenie rozpoznania chorób gościczych, posługiwanie się polskim mianownictwem także w praktyce lekarskiej ubezpieczeniowej.

Nie będę omawiał szerzej patogenezy i istoty spraw gościczych (interesujących się tym zagadnieniem odesłę do odpowiednich prac autorów polskich i obcych, choćby tych, które ukazały się ostatnio w 1937 r. — Bokser, 1, Reicher, 4, Wagner, 6), ani szczegółów różnych metod leczenia gościa, a natomiast poświęcę większą część dalszych rozważań zagadnieniu racjonalizacji leczenia zdrojowo-kąpielowego gościa, które — jak zaznaczono wyżej — stanowi w niektórych postaciach gościa skuteczny środek leczniczy pod warunkiem postawienia prawidłowych wskazań do leczenia. O innych metodach leczenia, zwłaszcza ambulatoryjnego, wspomnę dalej w związku z koniecznością powiązania całości kształtu postępowania leczniczego w gościecu oraz przy omawianiu poniżej „karty badań w przypadkach chorób gościczych”.

Mimo niedostatecznie wyjaśnionej istoty i patogenezy schorzeń gościczych i nie ustalonego dotąd mianownictwa tych chorób — punktem wyjścia dla lecznictwa gościa winno zawsze być dochodzenie tła schorzenia, gdyż tylko wówczas można przeprowadzić odpowiednie leczenie. Np. tylko ustalenie właściwej przyczyny cierpienia w przebiegu zmian stawowych na tle kiły pozwoli przez zastosowanie leczenia specyficznego na skuteczne zwalczenie choroby. Inne będzie również postępowanie lecznicze w przypadkach ustalenia związku dolegliwości stawowych u kobiet z chorobą okresu przekwitania itd. (należy zaznaczyć, że gościec przekwitania jest cierpieniem stosunkowo często spotykanym; E. Reicher, 4, stwierdziła jego istnienie w 23% ogólnej liczby

chorych płci żeńskiej, obserwowanych w Poradni Przewodniczącej II Kliniki Ch. Wewn. U. J. P.).

Jednakże przy ustalaniu wskazań i kwalifikowaniu chorych gościczych do leczenia zdrojowo-kąpielowego, kiedy leczenie ambulatoryjne okazało się niewystarczające, a w trakcie leczenia nie ustalono, z jaką jednostką chorobową mamy doczynienia (co bardzo często ma miejsce) — *przyjmujemy podział, oparty na charakterze procesu chorobowego (zdając sobie zresztą sprawę z częstej sztuczności tego rozgraniczenia!): decydującym czynnikiem będzie, czy charakter procesu jest zapalny czy zwyrodnieniowy.*

Ogólnie powiedzieć można, że jeżeli chodzi o sprawy gościcowe umiejscowione w stawach i w ich otoczeniu, to skutek leczenia zdrojowego jest największy w przewlekłych sprawach zapalnych (przede wszystkim grupa II według mianownictwa Orłowskiego) lub w tych sprawach zwyrodnieniowych, które są powikłane zapaleniem. W ogólnych swych objawach postaci zapalne są podobne. Charakteryzuje je bolesność w dotkniętym stawie, obrzmienie, w przypadkach obostrzenia zaczerwienienie skóry nad chorym stawem, ograniczenie ruchomości lub zeszywnienie. Zmiany anatomo-patologiczne — z pewnymi subtelnosciami w niektórych postaciach — cechują się odczynem ze strony torebki stawowej (szczególnie błony maziowej) oraz tkanek przystawowych, poza tym mniejszym lub większym uszkodzeniem chrząstki stawowej, a ze strony kości: z jednej strony zmianami wstecznymi (zanikowymi), z drugiej wytwórczymi (bujaniem tkanki kostnej). Przede wszystkim zaś wszystkie postaci zapalne cechują się obecnością charakterystycznego odczynu serologicznego: przyspieszonym opadaniem krwinek czerwonych (odczyńnem Biernackiego) — poza tym bardzo często wzmogoną leukocytozą, czasami również wznieśnieniem ciepłoty.

Wpływ leczenia kąpielowego jest podobny we wszystkich postaciach gościa pochodzenia zapalnego. Zmniejszają się lub ustępują bóle, tak samo wysięki stawowe, zwiększa się ruchomość stawów itd.

Inaczej jest w postaciach gościa stawowego pochodzenia niezakaźnego, zwyrodnieniowego (grupa IV według Orłowskiego). Istota tych cierpień polega bardzo często na zaburzeniach statycznych, na niestosunku między zapotrzebowaniem a wytrzymałością stawu. Zmiany anatomo-patologiczne obejmują chrząstkę, która ulega ścienieniu, a na brzegach kości powstają dzioby kostne wskutek ścierania się powierzchni stawowych, niekiedy wskutek tegoż procesu zjawiają się ruchome, obce ciała w stawie, które w przypadku uwięźnięcia dają gwałtowne bóle. Sprawy zwyrodnieniowe dotyczą bardzo często ludzi w wieku podeszłym, otyłych, z anomaliami statycznymi jak płaska stopa, szpotawa i koszlawa. Wobec tego że zabiegi kąpielowe (mineralne i boro-

winowe) wymagają dobrego stanu narządu krążenia i układu nerwowego, przeto staje się zrozumiałe, że stosowanie tych zabiegów u ludzi starszych, otyłych, często z dużymi zmianami miażdżycowymi jest trudne, a czasami nawet niemożliwe. Tymbardziej że efekt leczniczy wobec nieodwracalności sprawy chorobowej będzie z natury rzeczy bardzo nikły, krótkotrwały i w tym samym stopniu osiągalny przy leczeniu ambulatoryjnym (leczenie odchudzające, ortopedyczne i inne), w tym wypadku zupełnie wystarczające. Rozpoznanie opisanego wyżej gościa stawowego na tle zużycia i nadmiernego obciążenia nie przedstawia żadnych trudności, w przeciwieństwie do innych rodzajów gościa charakteru zwyrodnieniowego; wymagają one bardzo często przeprowadzenia specjalnych badań krwi, podstawowej przemiany materii itp.

W przypadkach gościa nieustalonego pochodzenia należy przeprowadzić badania dodatkowe. Np. w razie podejrzenia na gościec dnawy należy wykonać badanie ilościowe kwasu moczowego we krwi. Norma kwasu moczowego we krwi wynosi 2 — 4 mg%, w warunkach patologicznych wynieść może do 9,6 mg%. W każdym razie według Fischera (3) cyfry, odnoszące się do kwasu moczowego we krwi, mają tylko wtedy znaczenie diagnostyczne, gdy są dostatecznie wysokie (ponad 6 mg%), a natomiast koncentracja kwasu moczowego w moczu jest niska (najwyżej 5 — 10 razy większa od zawartości we krwi). Normalna zawartość kwasu moczowego we krwi w dużym stopniu przemawia przeciw dnie.

Z powyższego wynika, że zadaniem lekarza przy kwalifikowaniu chorego na gościec do leczenia kąpielowego jest ustalenie, z jaką postacią: zapalną czy zwyrodnieniową ma do czynienia lub która postać przeważa w przypadkach mieszanych (arthroso-arthritis). W tych ostatnich przeważa procesu zapalnego przemawiać może za stosowaniem leczenia kąpielowego.

W celu wykrycia charakteru procesu chorobowego posługujemy się w pierwszej linii badaniem opadania krwinek czerwonych, tj. odczynem Biernackiego. Jest to odczyn bardzo czuły i z szybkości opadania wnioskuje można o nasileniu się sprawy chorobowej (oczywiście należy wyłączyć wszystkie sprawy chorobowe, które poza gościcem mogą dawać przyspieszony OB). W warunkach prawidłowych OB mierzony metodą Westergrena wynosi dla mężczyzn 1—6 mm (w 1 godz.), u kobiet 3—10 mm (w 1 godz.); w warunkach patologicznych — u mężczyzn 7 do 100 mm i więcej (1 godz.), u kobiet 11 do 100 mm i więcej (w 1 godz.).

Z dodatkowych prób, zresztą mniej pewnych, wymienić należy obliczanie liczby białych krwinek, która w stanach zapalnych zwiększa się ponad normę (6 — 8 tysięcy) dochodząc do 9 — 12 tysięcy i więcej.

Poza tym dokładny opis chorego stawu i stwierdzona bezskuteczność dotychczasowego leczenia ambulatoryjnego czy szpitalnego będzie

dotychczasowym umotywowaniem konieczności leczenia kąpielowego w uzdrowisku. Co do stawów, to na ich dokładny opis szczególny nacisk kładzie Didericks (2). Jest to słuszne, gdyż sam wygląd stawu wyjaśnia często pochodzenie cierpienia, zaś stan jego ruchomości decyduje o wskazaniach do leczenia. Np. ograniczenie ruchomości wskutek włóknistego zeszywnienia daje wskazania do leczenia kąpielowego w przeciwieństwie do zeszywnień kostnych. Przy zmianach konfiguracji decyduje, czy objęte są części miękkie (wokółstawowe) czy też kostne — a w tym ostatnim przypadku, czy charakter sprawy jest zapalny czy zwyrodnieniowy.

W racjonalnym systemie leczenia gościa — do wniosku o skierowanie chorego po raz pierwszy do leczenia kąpielowego — lekarz winien wypełnić przedstawioną niżej „kartę badania w przypadkach chorób gościcowych”. Kartę niniejszą należy traktować jako uzupełniającą badanie ogólne w przypadkach chorób gościcowych. Ta dodatkowa karta badania ma na celu wykazanie, że lekarz przy kwalifikowaniu chorego przyjął pod uwagę zarówno podane wyżej zasady jak i wszystkie inne okoliczności, które w chorobach gościcowych mają szczególną wagę, że np. pomyślał o usunięciu przypuszczalnych źródeł infekcji przed skierowaniem chorego do zabiegów kąpielowych (leczenie kąpielowe może przecież istniejące ogniska chorobowe uczynić i zamiast poprawy spowodować zaostrzenie sprawy chorobowej), że, słowem, wyczerpał wszystkie dostępne mu środki w leczeniu cierpienia, pamiętając jednocześnie, że niepotrzebne odkładanie leczenia zdrojowego pomimo istnienia wyraźnych wskazań jest nieuzasadnione.

Przy ponownym kierowaniu do zakładu leczniczego zbędne jest powtórne całkowite wypełnianie dodatkowej (dla chorób gościcowych) karty badania. W oryginale powinna ona znajdować się w aktach zakładu leczniczego, w odpisie posiadać powinien ją lekarz domowy. Przy kierowaniu konieczny jest jedynie dokładny opis stanu obecnego według wzoru podanego w „karcie badania”.

Kierując chorego do leczenia zdrojowego należy pamiętać o istnieniu stanów, które są przeciwwskazaniem do przeprowadzania wszelkiego leczenia cierpienia gościcowych, a zwłaszcza kąpielowego. Podam je za Rotherem i Wagnerem (5). Przeciwwskazaniem są wszystkie postacie ostrego gościa i okresy obostrzeń z wysoką gorączką w przebiegu przewlekłego gościa stawowego. Najkrótszy okres, który pozwala na rozpoczęcie leczenia kąpielowego po zupełnym wygaśnięciu ostrych objawów, wynosi 3 — 6 miesięcy. Lekkie stany podgorączkowe w przebiegu przewlekłego gościa stawowego nie są przeciwwskazaniem. Absolutnym przeciwwskazaniem do leczenia kąpielowego są świeże zapalenia wsierdzia i osierdzia. Od wygaśnięcia ostrych objawów do rozpoczęcia kuracji upłynąć musi przynajmniej 6 miesięcy. Również prze-

ciwwskazane jest leczenie kąpielowe gościca w przypadkach niewydolności krążenia. Przy ostrych objawach dny i rwy kulszowej należy również wstrzymać się z leczeniem kąpielowym do czasu ustąpienia objawów ostrych.

Poza tym, aby *leczenie zdrojowe* dało pod każdym względem właściwe wyniki, *musi być przeprowadzane* w odpowiednich warunkach, a więc w *odpowiednio urządzonych zakładach leczniczych*, gdzie nie tylko można przeprowadzić leczenie, lecz i naukowe badania nad każdym przypadkiem. Bez tych warunków leczenie może nie dać wyników, a nawet niekiedy może wywołać skutek odwrotny i pogorszenie stanu zdrowia. Pamiętać bowiem należy, że leczenie zdrojowe polega na stosowaniu tak potężnych bodźców, jakimi są kąpiele mineralne (a przede wszystkim borowinowe i siarczano-słone), których stosowanie winno być zawsze ostrożne. Poza tym tylko w zakładach odpowiednio pod względem naukowo-lekarskim postawionych możliwe jest przeprowadzenie badań nad istotą gościca. Zadaniem zakładu leczniczego poza leczeniem na miejscu jest ustalenie dokładnego rozpoznania (popartego wynikami badań uzupełniających, które w odpisie powinien otrzymać lekarz leczący), etiologii cierpienia i dalszego postępowania leczniczego, które po zakończeniu kuracji przeprowadzać będzie dalej lekarz domowy chorego.

Ścisły kontakt między lekarzem chorego i zakładem leczniczym jest konieczny. Dotychczas jeszcze jest on niedostateczny, a istniał tylko w bardzo nielicznych przypadkach przy poprzednim systemie ambulatoryjnym lecznictwa ubezpieczeniowego, kiedy chory po zakończeniu leczenia trafiał zazwyczaj do innego lekarza niż ten, który po raz pierwszy skierował go do leczenia zdrojowego, a zakład leczniczy rzadko kiedy dowiadywał się o dalszych losach chorego. W ten sposób cenne wyniki domowej obserwacji i leczenia zdrojowego nie są wyzyskiwane w odpowiedni sposób. Brak ścisłego porozumienia między lekarzami powoduje niekiedy bardzo przykre rezultaty dla chorego. Często chory wraca po leczeniu zdrojowym z częściowym pogorszeniem, czego wyrazem jest między innymi przyspieszone opadanie krwinek czerwonych. Czasem lekarz domowy przystępuje wkrótce po leczeniu zdrojowym — nie znając przebiegu tego leczenia — do przeprowadzania dalszego leczenia gościca, co jest przeciwwskazane, jako zasadę bowiem należy przyjąć wstrzymanie się z intensywnym leczeniem gościca przynajmniej w ciągu 6 tygodni od zakończenia leczenia kąpielowego.

Pozostaje do omówienia zagadnienie bardzo aktualne i bardzo ważne. *Jak często należy i można kierować chorego do leczenia zdrojowego przyjmując pod uwagę ograniczone fundusze u-*

bezpieczeniowe na leczenie zdrojowe? Odpowiedź na to pytanie będzie bardzo łatwa, o ile w leczeniu gościca będzie naprawdę jakiś plan, jakiś system. Jeżeli będzie zachowany stały, ścisły kontakt między chorym gościcowym, lekarzem i zakładem leczniczym, jeżeli lekarz leczący chorego będzie w każdej chwili miał wyrobione i umotywowane zdanie co do skuteczności już raz przebytego leczenia i konieczności dalszej kuracji zdrojowej, to dla takich chorych miejsce w zakładach leczniczych musi się zawsze znaleźć — i napewno znajdzie się po wyeliminowaniu niepotrzebnie zajmujących w nim miejsce.

Musi istnieć jakiś obiektywny dowód, stwierdzający konieczność powtórzenia tego leczenia. Jeżeli mimo leczenia zdrojowego efekt jego jest krótkotrwały lub względny, to po 1 — 2 próbach należy z tego leczenia zrezygnować, zwrócić natomiast jaknajbardziej uwagę na wyszukanie i usunięcie ewentualnych ognisk zakażenia. Jeżeli natomiast po leczeniu kąpielowym nastąpiła poprawa, trwająca 7 — 8 miesięcy, wyrażająca się ustąpieniem objawów zapalnych, a po tym okresie stan chorego wykazuje pogorszenie cierpienia (przyspieszony OB itd.), to powtórzenie leczenia kąpielowego jest konieczne — i to niezależnie od tego, ile razy to leczenie chory powtarzał, o ile nie może go zastąpić leczenie ambulatoryjne.

Rzecz oczywista, że zarówno w interesie chorego jak i mając na względzie naukowe badania nad gościcem pożądane jest przeprowadzanie powtórnego leczenia w tym samym zakładzie, o ile nie ma w tym kierunku przeciwwskazań. Zmiana typu uzdrowiska mogłaby być wskazana w razie stwierdzenia nieskuteczności działania czynników leczniczych danego uzdrowiska w czasie poprzedniego leczenia.

LITERATURA

1. Bokser — Istota i wywód chorobowy schorzeń gościcowych („Nowiny Lekarskie“, listopad 1937 r.).
2. Diderichs — Zablowanie organów opory i dźwięnia na kurortach (Moskwa 1936 r. „Osnovy kurortologii“).
3. Fischer — Rheumatismus und Grenzgebiete (Berlin r. 1933).
4. E. Reicher — Gościec i dna (Warszawa, r. 1937).
5. Rother und Wagner — Merkblatt für die Anwendung der Heilbäderbehandlung bei Rheumakranken („Der Balneologe“ — r. 1937 Nr VIII).
6. Rudziński — Współdziałanie instytucji ubezpieczeń społecznych w stosowaniu leczenia zapobiegawczego (Warszawa, r. 1936 — Instytut Spraw Społecznych).
7. Wagner — Balneotherapie des Rheumatismus (Der Balneologe r. 1937 Nr III).

(c. d. n.)

KART A B A D A N I A
w przypadkach chorób gośćcowych

I. Imię i nazwisko _____ **wiek** _____ **zawód** _____
warunki mieszkaniowe — dawne i obecne (złe, dobre, mieszkanie wilgotne, słoneczne) _____

odżywianie: jarskie, mięsne _____

II. Wywiad (dotyczy tylko spraw, związanych ze zmianami w stawach i stanowi uzupełnienie ogólnego wywiadu).

A. Okres przeszły:

Czy przechodził ostry gościec stawowy? tak — nie. Kiedy? Czy łącznie z anginą? _____
Jak on przebiegał, tj. jaka była ciepłota, jak długo się ona utrzymywała? _____
ile czasu leżał? _____

jak długo nie pracował? _____
Jakie były wówczas zmiany w stawach (zaczzerwienienie, obrzęk, zeszywnienie) _____
Jak był wówczas gościec leczony? (czy stosowano salicyłaty?) _____

Czy przechodził choroby zakaźne i czy bezpośrednim ich następstwem były powikłania stawowe? **o s t r e:** rzeżączka, zapalenie migdałków, czerwonka, płonica, dur brzuszny, błonica, grypa i t. d. _____

przewlekłe: kiła, gruźlica, przewlekłe zakażenia ogniskowe (jama ustna, migdałki, jama nosowo - gardłowa), przewód pokarmowy, drogi żółciowe, macica, drogi moczowe i t. d. _____

Czy objawy gośćcowe miały jakiś związek z okresem miesiączki, z okresem przekwitania? _____

B. Okres obecny:

Jaki jest obecnie charakter bólów w stawach? _____

W jakiej porze roku, dnia one występują? _____

Czy zależą od pogody? _____

Czy przebiegają z podwyższoną temperaturą? _____

Czy dotyczą jednego stawu czy wielu? _____

Czy był z tego powodu zwalniany od pracy i na jak długo? _____

Jak był ostatnio leczony? leczenie farmakologiczne (jakie)? _____

leczenie fizykalne (jakie — termo, balneo, mechano-terapia)? _____

leczenie cieplne (jakie — diatermia, sollux, okłady)? _____

leczenie bodźcowe (jakie — wstrzykiwanie białka, siarki, soli ciężkich, metali)? _____

Czy było już kiedykolwiek stosowane leczenie zdrojowo-kąpielowe? _____

gdzie? _____ na czyj koszt? (własny, Ubezpieczalni Społecznej, Z. U. S.) _____

z jakim efektem? _____

Czy zwrócono uwagę na stan zębów i migdałków oraz innych ognisk zakażenia (czy przeprowadzono ich leczenie)? _____

Czy w czasie dotychczasowego leczenia przeprowadzono dokładną obserwację kliniczną i czy w szczególności było dokonane badanie OB, WR, kwasu moczowego we krwi, badanie moczu, badanie radiologiczne? (podać dokładne wyniki badań) _____

III. Stan obecny (badanie dotyczy przede wszystkim zmian w narządach ruchu lub czynników z nimi związanych; badanie niniejsze jest tylko uzupełnieniem właściwego badania).

Waga _____ **wzrost** _____ **konstytucja** _____

temperatura _____ **stan skóry** (czy niema łuszczycy, wyprysków?) _____

stan migdałków i zębów _____

stan gruczołów chłonnych, szyjnych i podżuchwowych _____

zachowanie się periodu (kiedy był pierwszy i ostatni? czy są prawidłowe?) _____

Podać dokładny opis zmian w narządach ruchu (stawy, kaletki maziowe, ścięgła, więzadła, mięśnie, nerwy). Wygląd stawów, obrzmienia, ruchomość, bolesność. Wady statyczne _____

Badania laboratoryjne (wyniki badań chemicznych, bakteriologicznych, serologicznych): moczu, krwi (WR Kwas moczowy, w razie uzasadnionej potrzeby, morfologiczne badanie krwi), opadanie krwinek czerwonych (ile razy przeprowadzone? w jakich warunkach — przy jakim stanie zdrowia i stwierdzonych cierpieniach?) _____

Badanie rentgenologiczne (podać wyniki) _____

PROBLEMY Z ZAKRESU DZIAŁALNOŚCI LOKACYJNEJ RENTOWYCH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH NA TLE PRAKTYKI POLSKICH INSTYTUCJI UBEZPIECZENIOWYCH

Referat wygłoszony na 23 posiedzeniu Zarządu Międzynarodowego Związku Instytucji Ubezpieczeń Społecznych, odbytym w Paryżu w dniach od 1 do 5 października 1937 r.

(Dokończenie)

II. Ogólny zarys działalności lokacyjnej polskich instytucji ubezpieczeń społecznych o świadczeniach długoterminowych.

Ubezpieczenia społeczne o świadczeniach długoterminowych działają na ziemiach polskich od lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. Działalność lokacyjna tych ubezpieczeń w historycznym rozwoju jest niezmiernie bogata i urozmaicona. Z tego powodu pożytecznym może będzie przedstawienie jej w krótkim syntetycznym skrócie, tym bardziej, że działalność ta reprezentuje wszystkie, poprzednio przez nas scharakteryzowane koncepcje lokacyjne.

Historia najstarszej polskiej instytucji społecznego ubezpieczenia o systemie kapitalizacyjnym, mianowicie Zakładu ubezpieczenia od wypadków we Lwowie, działającego wprawdzie na zmiennym terytorium, lecz na tych samych podstawach organizacyjnych i technicznych w długim okresie lat od r. 1889 do r. 1934, dostarcza nam ciekawego przykładu stosowania początkowo nadzwyczaj konsekwentnej — czysto kredytowej — koncepcji lokacyjnej przez skup papierów procentowych, a następnie po doświadczeniach dewaluacyjnych, koncepcji lokacyjnej, uwzględniającej także inne rodzaje lokat z pominięciem raczej lokat w papierach procentowych.

Stan lokat Zakładu ubezpieczenia od wypadków we Lwowie w latach 1895 — 1913

Rok	Papiery procentowe	Pożyczki	Nieruchomości
	w tysiącach koron		
1895	1 072	—	175
1900	2 332	—	194
1905	3 692	39	177
1910	6 096	33	238
1913	8 822	274	223

Cyfry powyższe dają obraz niezwykle jednostronnej polityki lokacyjnej, obrażającej wprawdzie zasadę podziału niebezpieczeństwa, jednakże z drugiej strony nadzwyczaj sprawnie absorbującej narastające nadwyżki wolnej gotówki, co nie pozostało oczywiście bez dodatniego wpływu na dochodowość Zakładu. Po latach wojennych i następujących po nich latach hiperinflacji, zakończonej u wstępu r. 1924 ustabilizowaniem waluty i wprowadzeniem złotego, Zakład ubezpieczenia od wypadków we Lwowie wkroczył w no-

wy okres gospodarki, gospodarki walutowo uporządkowanej. Wkroczył jednakże w ten okres już z nabytym doświadczeniem dewaluacyjnym. Poważne aktywa tego Zakładu, ulokowane poprzednio w papierach procentowych, znikły prawie zupełnie. W roku 1913 portfel papierów procentowych stanowił 70% aktywów Zakładu, a w roku 1924 zaledwie 0,25% tych aktywów. Naturalnym zatem jest, że działalność lokacyjna powyższego Zakładu w latach 1924 — 1933 przybrała całkiem inny obrót, aniżeli działalność lokacyjna w okresie przedwojennym, o czym dają dostateczne pojęcie poniżej zamieszczone dane.

Stan lokat Zakładu ubezpieczenia od wypadków we Lwowie w latach 1924 — 1933

Rok	Papiery procentowe	Pożyczki ¹⁾	Nieruchomości
	w tysiącach złotych		
1924	28	5	577
1927	5 102	12 259	2 351
1930	26 063	27 856	9 141
1933	27 827	30 015	16 093

Liczby te przedstawiają obraz polityki lokacyjnej, uwzględniającej w dużej mierze zasadę podziału niebezpieczeństwa lokacyjnego i rażąco odbiegającej od poprzednio prowadzonej jednostronnej działalności lokacyjnej.

Na taki obrót sprawy oddziałała niewątpliwie ewolucja koncepcji lokacyjnej, o której była mowa poprzednio. Pewien wpływ miały także zmienione stosunki gospodarcze.

Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń Urzędników Prywatnych we Lwowie, założone w r. 1867, od roku 1904 oparte o zasady asekuracyjno-techniczne (poprzednio Towarzystwo to było instytucją zapomogową), a w roku 1907 uznane za ustawowy Zakład emerytalny zastępczy w myśl ustawy o ubezpieczeniu emerytalnym urzędników prywatnych z dnia 16 grudnia 1906 r. (obowiązującej od dnia 1 stycznia 1909 r.), prowadziło w latach, poprzedzających okres wojenny, zdecydowanie inną politykę lokacyjną, niż Zakład ubezpieczenia od wypadków we Lwowie,

¹⁾ W zestawieniu powyższym i w dalszych zestawieniach pozycja „pożyczki” obejmuje pożyczki hipoteczne i pożyczki udzielone bankom lub za pośrednictwem banków.

mimo, że znajdowało się w tym samym środowisku gospodarczym. Mianowicie — rzecz bardzo ciekawa i godna podkreślenia — Towarzystwo to w owych już latach sprecyzowało i wprowadzało w życie koncepcję lokowania rezerw w nieruchomościach, rozwiniętą teoretycznie i częściowo zastosowaną praktycznie przez ubezpieczenia społeczne dopiero w okresie powojennym.

Stan lokat Towarzystwa Wzajemnych Ubezpieczeń Urzędników Prywatnych we Lwowie

Rok	Papiery procentowe	Pożyczki	Nieruchomości
	w t y s i ą c a c h k o r o n		
1910	1 684	141	3 386
1911	2 348	261	3 869
1912	2 266	87	4 419
1913	2 193	46	7 398

Polityka lokacyjna Towarzystwa Wzajemnych Ubezpieczeń Urzędników Prywatnych we Lwowie w świetle doświadczeń dewaluacyjnych powojennych okazała się w całej pełni gospodarczo uzasadniona. Towarzystwo to poniosło stosunkowo nie duże straty na skutek dewaluacji. To też spadkobierca tego Towarzystwa, publiczno-prawny Zakład Pensyjny dla Funkcjonariuszy we Lwowie, przekształcony w r. 1928 (wobec wejścia w życie nowej ustawy) na Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych we Lwowie, starał się zachować — mimo nacisku władz nadzorczych w kierunku uwzględnienia w akcji lokacyjnej w szerszej mierze papierów procentowych — tradycyjną linię polityki lokacyjnej swego poprzednika. Świadczą o tym następujące cyfry:

Stan lokat Zakładu Pensyjnego dla Funkcjonariuszy we Lwowie wzgl. Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych we Lwowie

Rok	Papiery procentowe	Pożyczki	Nieruchomości
	w t y s i ą c a c h z ł o t y c h		
1924	119	351	5 404
1927	3 388	3 951	15 883
1930	15 807	10 700	27 233
1933	29 091	23 626	34 686

Jakkolwiek utrzymana została w tych latach przewaga lokat w nieruchomościach w stosunku do innych grup lokat, to jednak z liczb powyższych łatwo odczytać ewolucję koncepcji lokacyjnej z pierwotnej koncepcji czysto „nieruchomościowej” na koncepcję, uwzględniającą w dużym stopniu element podziału ubezpieczeństwa lokacyjnego przez różnorodność lokat. Bodajże decydującą rolę odegrała tutaj, podobnie jak w rozwoju akcji lokacyjnej Zakładu ubezpieczenia od wypadków we Lwowie w latach powojennych, ingerencja nadzorczego czynnika rządowego, niezwykle silna po roku 1928. Ingerencja

ta — co jest charakterystycznym — poszła początkowo w dwóch kierunkach: w kierunku wzmocnienia udziału lokat w nieruchomościach przez przeprowadzenie w latach 1930 — 1932 zakrojonej na szeroką skalę akcji budowlano-mieszaniowej, tudzież w kierunku zwiększenia lokat w papierach procentowych drogą forsowania skupu emisji papierów państwowych i banków państwowych. Ingerencja czynnika rządowego poczęła wytwarzać po roku 1928 wspólny kierunek akcji lokacyjnej ogółu polskich instytucji ubezpieczeń społecznych o świadczeniach długoterminowych, przy czym kierunek ten, początkowo hołdujący zasadzie podziału ryzyka lokacyjnych przez forsowanie równoczesne lokat w nieruchomościach i w papierach procentowych, z biegiem czasu przemienił się w kierunek jednostronny wyłącznie na korzyść papierów procentowych.

W stosunkach lokacyjnych polskich trwa zresztą od czasu ustabilizowania waluty stały i nieprzerwany rozrost czynnika papierów procentowych w akcji lokacyjnej. Przewaga lokat w papierach procentowych występuje w szczególności w charakterystyczny sposób w działalności lokacyjnej b. Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie, powołanego do życia w roku 1928. Zakład ten, nieobciążony jako nowo powstała instytucja, żadnymi tradycjami lokacyjnymi, wykazuje uderzające podobieństwo w sposobie prowadzenia akcji lokacyjnej do b. Zakładu ubezpieczenia od wypadków we Lwowie z okresu przedwojennego.

Stan lokat Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie

Rok	Papiery procentowe	Pożyczki	Nieruchomości
	w t y s i ą c a c h z ł o t y c h		
1928	13 730	7 167	2 327
1930	62 879	15 436	10 376
1932	98 655	21 930	27 122
1933	100 488	28 415	28 910

Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu i w Królewskiej Hucie, przekształcone z instytucji ubezpieczeniowych, działających poprzednio na zasadzie ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej, wykazują w prowadzeniu akcji lokacyjnej znaczne podobieństwa do działań lokacyjnych w okresie powojennym Zakładu ubezpieczenia od wypadków we Lwowie, wyżej już cyfrowo scharakteryzowanych. Z tego powodu cyfr, odnoszących się do działalności lokacyjnej tych Zakładów, nie podajemy.

W latach 1934 i 1935 nastąpiło organizacyjne i częściowo prawne scalenie polskich ubezpieczeń społecznych o świadczeniach długoterminowych (scalenie objęło także częściowo ubezpieczenia o świadczeniach krótkoterminowych). Agendy lokacyjne ubezpieczeń społecznych o świadczeniach długoterminowych skupiły się w roku 1934

w ręku trzech wielkich ogólnopolskich zakładów ubezpieczeniowych (mniejsze instytucje ubezpieczeniowe, działające odrębnie na pewnych terenach Polski pomijamy), wykonywujących powszechne społeczne ubezpieczenia emerytalne robotników i pracowników umysłowych oraz powszechne społeczne ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych. W roku 1935 prowadzenie wszelkich agend tych Zakładów objął ogólnopolski Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Od przeszło dwóch zatem lat agendy lokacyjne ubezpieczeń społecznych o świadczeniach długoterminowych znajdują się w jednym ręku bezpośredniego wykonawcy i dysponenta. Zmiana ta z pozoru jest może większa niż w rzeczywistości, ponieważ już przed tym dyspozycja lokacyjna dla wszystkich ubezpieczeń społecznych skupiała się w ręku rządowej władzy nadzorczej i stan ten naogół trwa nadal.

Wszakże mimo to interesującym będzie zaznaczyć się z wynikami akcji lokacyjnej, scalonej w okresie ostatnich 2 lat w zarządzie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dają one obraz akcji lokacyjnej stosunkowo wysoce jednostronnej, angażującej rezerwy ubezpieczeniowe w coraz wyższym stopniu w lokaty w papierach procentowych. Poniżej zamieszczone zestawienie przedstawia przyrosty netto lokat w latach 1935 i 1936 w scalonych administracyjnie ubezpieczeniach o świadczeniach długoterminowych, mianowicie w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych, w ubezpieczeniu emerytalnym robotników oraz w ubezpieczeniu od wypadków i chorób zawodowych.

Przyrosty netto lokat ubezpieczeń społecznych o świadczeniach długoterminowych, scalonych w zarządzie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w latach 1935 i 1936.

Rodzaj lokat	W roku 1935		W roku 1936	
	w tys. zł.	w procencie ogólnego przyrostu	w tys. zł.	w procencie ogólnego przyrostu
Papiery procentowe	75 419	61,8%	127,887	94,0%
Pożyczki hipoteczne	—	—	1,811	1,0%
Pożyczki bankowe	42 258	34,6%	—	—
Nieruchomości	4 403	3,6%	6,838	5,0%

Jak to widocznym jest z liczb powyższych najnowsza linia rozwojowa akcji lokacyjnej polskich ubezpieczeń społecznych w zdecydowany sposób nałga się do koncepcji lokacyjnej czysto kredytowej w najkonsekwentniejszej jej formie lokat w papierach procentowych. Oczywiście przytoczony przez nas przykład 2-ch lat nie może jeszcze decydować o kierunku rozwojowym akcji lokacyjnej polskich ubezpieczeń społecznych na dalszą metę, tym bardziej, że poglądy, wyznawane w Polsce, skłaniają się raczej do nadania akcji lokacyjnej wszechstronnego kierunku, uwzględniającego zasadę podziału niebezpieczeństwa lokacyjnego.

Reasumując, nakreślić możemy następujący obraz rozwojowy akcji lokacyjnej polskich kapi-

talizujących ubezpieczeń społecznych. W okresie przedwojennym utrzymywały się niezależnie od siebie dwie odrębne i jakby przeciwstawne koncepcje lokacyjne: Jedna czysto kredytowa w najkonsekwentniejszej formie lokat w papierach procentowych (Zakład ubezpieczenia od wypadków we Lwowie); druga „nieruchomościowa” (Tow. Wzajemnych Ubezpieczeń Urzędników Prywatnych we Lwowie). Okres powojenny daje obraz bardziej skomplikowany. Praktykowana jest początkowo nadal koncepcja „nieruchomościowa” (b. Zakład Pensyjny dla Funkcjonariuszy we Lwowie), a obok niej rozwijają się najnowsze koncepcje lokat „mieszanych” z dużym udziałem pożyczek (Zakład ubezpieczenia od wypadków we Lwowie, Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu i Królewskiej Hucie). Ingerencja czynnika rządowego, zapoczątkowana silnie po roku 1928, wprowadza początkowo równomiernie element lokat w nieruchomościach (akcja budowlano-mieszaniowa) i lokat w papierach procentowych; po kilku jednak latach oddziaływać zaczyna tylko w kierunku forsowania lokat w papierach procentowych. Stąd bierze początek najnowsza praktyka, dająca zdecydowaną przewagę lokatom w papierach procentowych. Ten kierunek reprezentuje też akcja lokacyjna powołanego do życia w r. 1928 Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie. Ewolucja zaś w kierunku zespolenia rozstrzelonych przedwojennych koncepcji lokacyjnych początkowo w jednolitą dla wszystkich instytucji ubezpieczeń społecznych koncepcję lokat „mieszanych”, odpowiadającą zasadzie podziału niebezpieczeństwa lokacyjnego, by znów powrócić następnie w najnowszych czasach do jednej z koncepcji, wcielanych w życie przed wojną, a mianowicie do koncepcji czysto kredytowej przez lokaty w papierach procentowych, której odrodzenie sygnalizowała zresztą wysoce jednokierunkowa działalność lokacyjna Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie. W ramach niniejszego referatu brak miejsca dla rozpatrywania przyczyn tego rodzaju rozwoju koncepcji lokacyjnej, podkreślić jednakże należy, że daje się odczuwać potrzeba powrotu do zapoczątkowanej już w okresie powojennym koncepcji lokat „mieszanych” jako najbardziej uzasadnionej.

Przedstawienie wpływu ewolucji koncepcji lokacyjnej na praktykę lokacyjną w kierunku uwzględnienia w działaniach lokacyjnych ubezpieczeń społecznych czynnika celowości społecznej, jest o wiele trudniejsze, aniżeli przedstawienie wpływu ewolucji koncepcji lokacyjnej w kierunku zmiany form lokacyjnych. Czynniki celowości społecznej i ubezpieczeniowej uwzględniany bywał w najrozmaitszy sposób, bądźto bezpośrednio przez dokonywanie inwestycji w zakresie lecnictwa, bądź to pośrednio przez nadanie odpowiedniego kierunku działaniom lokacyjno-kredytowym. Nie mogąc w szczyptych ramach niniejszego referatu zmieścić przedstawienia cyfrowego postępu, jakie w praktyce osiągnięto w tej dziedzinie, podkreślamy, w formie tymczasowo-

wego stwierdzenia, wysoki poziom tych postępów w ostatnich latach, nie tylko w porównaniu z okresem przedwojennym, lecz także w porównaniu z pierwszym okresem powojennym.

III. Projekt międzynarodowej ankiety o lokatach.

Uznać należy, naszym zdaniem, za niezwykle pożądaną możliwość śledzenia na gruncie międzynarodowym rozwoju myśli i praktyki lokacyjnej kapitalizujących ubezpieczeń społecznych. O ile teoretyczne rozważania, dotyczące lokat, stosunkowo łatwo przenikają do obiegu międzynarodowego, stając się własnością ogółu osób, zajmujących się tymi sprawami, o tyle osiągnięcia praktyczne w dziedzinie akcji lokacyjnej znane są w skali międzynarodowej w stosunkowo wąskim zakresie. Tymczasem praktyka lokacyjna ma kolosalne znaczenie właśnie dla wyznaczenia głównych problemów lokacyjnych. Dotychczasowa historia kapitalizujących ubezpieczeń społecznych, wykazała, że nowe idee lokacyjne wychodziły prawie zawsze od praktyków. Badania poznawcze w dziedzinie lokacyjnej ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza, o ile mają zasięg historyczny, nie należą jednakże do rzeczy łatwych, wobec ogromnego zróżniczkowania poszczególnych pojęć lokacyjnych i w czasie i w przestrzeni. Chcąc uczynić krok naprzód w tym kierunku należało sobie uświadomić cele i formy działalności lokacyjnej ubezpieczeń społecznych w ich historycznym rozwoju, tak, jak to usiłowaliśmy uczynić w pierwszej części referatu. Na tle ułożonej w ten sposób kanwy najważniejszych problemów lokacyjnych — zdajemy sobie sprawę z tego, jeszcze mocno niedoskonałej — spróbowaliśmy skonstruować schemat ankiety międzynarodowej o lokatach. Ankieta taka może posłużyć do nakreślenia obrazu ewolucji form i kierunków lokacyjnych w poszczególnych krajach w historycznym zarysie oraz do uzmysłowienia sobie aktualnego kierunku polityki lokacyjnej. Gdyby ankieta chociaż tylko częściowo zdołała spełnić powyższe zadanie, uważalibyśmy, że przyczyniła się w sposób istotny do rozwoju międzynarodowych badań porównawczych ubezpieczeniowo-lokacyjnych, a tym samym i do dalszego rozwoju idei lokacyjno-ubezpieczeniowej.

Układ ankiety uwzględnia rozwój akcji lokacyjnej w czasie i klasyfikację form lokacyjnych. Przy przyjęciu kryteriów czasowych wychodziliśmy z założenia, że w historycznym rozwoju zagadnień lokacyjnych ubezpieczeń społecznych rozróżnić należy zasadniczo trzy okresy: *okres pierwszy* (I) od powstania ubezpieczeń społecznych kapitalizujących dor. 1913, *okres drugi* (II) — zwany wojennym — od r. 1914 do ustąpienia głębokich zaburzeń walutowych powojennych (co np. w Polsce nastąpiło w r. 1924), *okres trzeci* (III) — najnowszy — od końca okresu II do czasów obecnych. Przypuszczamy na podstawie dokonanych przez nas próbnych ustaleń, że dla większości krajów europejskich podział powyż-

szy w ogólnych zarysach będzie odpowiedni. W szczególności wobec przemian gospodarczych, które przyniósł ze sobą okres wojenny 1914 — 1918 i jego następstwa, zamknięcie okresu I-go rokiem 1913 powinno odpowiadać, ogólnie rzeczując, już przyjętej w piśmiennictwie ekonomicznym, granicy, zamykającej określoną fazę rozwoju gospodarczego. Okres drugi może mieć różną rozpiętość w poszczególnych krajach. Może on zaznaczać się zmianami gwałtownymi lub do tego stopnia powolnymi, że nie pozwalają one na wyraźne czasowe odgraniczenia. Ponieważ jednak większość krajów europejskich okres ten wyraźnie odczuła, jako zamkniętą w sobie fazę specyficznych przemian walutowo-gospodarczych, wywierających bezpośredni wpływ na działalność lokacyjną kapitalizujących ubezpieczeń społecznych, proponujemy przyjęcie tego okresu w rozpiętości 1914 — 1924. Oczywiście okres ten w tej rozpiętości stanowiłby tymczasowe pojęcie umowne, raczej zachęcające przez swą niedoskonałość do zgłoszenia i uzasadnienia odmiennych zapatrywań. Okres trzeci od r. 1925 do czasów obecnych pożytecznym byłoby rozdzielić na podokresy zależnie od zmian w organizacji i funkcjonowaniu ubezpieczeń społecznych, tudzież zależnie od zasadniczych zmian ustawowych, które wywarły istotny wpływ na działalność lokacyjną kapitalizujących ubezpieczeń społecznych.

Klasyfikacja form lokacyjnych jest pomyślana w ten sposób, aby odpowiadała trzem zasadniczym postulatom:

1) po pierwsze, aby czyniła zadość potrzebie tymczasowego choćby znormalizowania głównych pojęć w dziedzinie lokacyjnej,

2) po drugie, aby dawała elementy, zdadne do odtworzenia obrazu ewolucji działalności lokacyjnej w kierunku uwzględnienia różnych form lokacyjnych w miejsce pierwotnej formy czysto kredytowej,

3) po trzecie, aby dawała elementy, zdadne do odtworzenia obrazu ewolucji działalności lokacyjnej w kierunku uwzględnienia czynnika rentowności ubezpieczeniowo-społecznej.

Wychodziliśmy z założenia, że ankieta może osiągnąć pomyślne wyniki tylko w razie dostarczenia jednolicie ułożonego i o jednolitej wewnętrznej treści materiału porównawczego. Dotychczas brak takiego materiału porównawczego, mimo dość żywej współpracy międzynarodowej w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Proponowana przez nas normalizacja idzie w kierunku sprecyzowania przede wszystkim pojęcia lokat, za które uważamy:

a) wierzytelności z oprocentowanych pożyczek bez względu na osobę dłużnika i formę transakcji pożyczkowej z wyjątkiem wierzytelności z obiegowych papierów wartościowych.

Do pożyczek zaliczamy także wszelkie wkłady w bankach i kasach oszczędności, złożone na określony czas lub za wypowiedzeniem, o ile czas trwania wkładu lub okres wypowiedzenia przekracza 3 miesiące;

b) wierzytelności z obiegowych *papierów wartościowych* o stałym oprocentowaniu;

c) *nieruchomości*, stanowiące własność instytucji ubezpieczeniowej, eksploatowane w sposób niepołączony z wykonywaniem przemysłu, handlu lub rolnictwa;

d) *przedsiębiorstwa*, za które uważamy wszelkie nieruchomości, stanowiące własność instytucji ubezpieczeniowej, których eksploatacja odbywa się przez wykonywanie przemysłu, handlu lub rolnictwa, bez względu na to, kto trudni się eksploatacją,

e) *udziały*, do których zaliczamy jednakże tylko udziały (bez względu na sposób uzewnętrznienia: praw, płynących z udziałów) w takich spółkach i zreszzeniach wszelkiego rodzaju, które choćby jako jeden ze swych celów mają osiągnięcie zysków.

W końcu do lokat zaliczamy jako osobną grupę:

f) *pseudolokaty* t. j. udziały w takich zreszzeniach, które nie mają na celu zysku oraz pożyczki bezprocentowe bez względu na ich formę.

Wkładów bankowych dyspozycyjnych, uskuteczniionych przez zawarcie interesu depozytu nieprawidłowego, lub przez zawarcie zbliżonego do tego interesu, interesu pieniężnej pożyczki krótkoterminowej, o ile czas trwania tej pożyczki lub okres wypowiedzenia nie przekracza 3-ch miesięcy, *nie zaliczamy do lokat*. Wyłączenie to, aczkolwiek na ogół dotychczas niepraktykowane, ma jednak głębokie uzasadnienie. Wkłady bankowe dyspozycyjne służą potrzebom bieżącego gospodarowania. Przeznaczone są one na pokrycie *bieżących* wypłat instytucji. Część tylko tych wypłat przypada na tego rodzaju wypłaty, z których powstają tytuły lokacyjne. Pozostałe wypłaty służą na opędzenie bieżących wydatków administracyjnych i świadczeniowych. Trudno zatem to, co jest przeznaczone do wydania w krótkim przeciągu czasu uważać za ulokowane, gdyż pojęcie lokaty obejmuje *implicite* pewną jej trwałość. Poza tym pamiętać o tym należy, że instytucje nie lokujące również operują bankowymi wkładami dyspozycyjnymi dla osiągnięcia bieżących celów w gospodarowaniu, nie mających nic wspólnego z akcją lokacyjną. Ewentualny zarzut, że instytucje ubezpieczeniowe niejednokrotnie część środków, przeznaczonych do ulokowania, przetrzymują z różnych powodów nieraz przez dłuższy czas na rachunkach wkładów bankowych, płatnych *a vista* lub za krótkim okresem wypowiedzenia (nie przekraczającym 3-ch miesięcy), byłby naszym zdaniem tak dalece nieistotny, że dostarczałby nawet argumentów, przemawiających za naszym stanowiskiem. Mianowicie uważamy, że oddzielenie wkładów bankowych dyspozycyjnych od lokat znakomicie w takich właśnie przypadkach ułatwia zbadanie działalności lokacyjnej danej instytucji, dając nieoceniony materiał przy badaniu napięcia tej działalności w stosunku do środków, nadających się do ulokowania. W tym kierunku przeprowadziliśmy już szereg prób badawczych, konstruując metodę badania akcji lokacyjnej instytucji

ubezpieczeń społecznych drogą wyeliminowania z ogółu aktywów wkładów bankowych dyspozycyjnych i porównania ich z istniejącym zapotrzebowaniem płynnej gotówki. Zastosowanie tej metody prowadzi niejednokrotnie do ciekawych wyników, których jednakże podobnie jak i szczegółów samej metody, nie mamy możliwości przedstawić w ramach niniejszego referatu. Gotówkę w kasie instytucji zaliczamy do wkładów bankowych dyspozycyjnych, a więc wyłączamy ją z lokat.

Celem śledzenia ewolucji form lokacyjnych ułożyliśmy plan 5-stopniowego podziału aktywów każdej instytucji ubezpieczeniowej. Podział ten pomyślany jest następująco:

Stopień 1 podziału, oznaczony symbolem 1-cyfrowym, rozdziela aktywa na lokaty (symbol 1) i na inne aktywa (symbol 2);

Stopień 2 podziału, oznaczony symbolem 2-cyfrowym, stanowi podział rodzajowy lokat i innych aktywów (a więc podział na pożyczki, papiery procentowe i t. d.);

Stopień 3 podziału, oznaczony symbolem 3-cyfrowym, rozdziela lokaty i inne aktywa według rodzaju zabezpieczenia (np. pożyczki, zabezpieczone hipotecznie, zabezpieczone gwarancją banku; nieruchomości: budynki murowane, budynki drewniane i t. p.);

Stopień 4 podziału, oznaczony symbolem 4-cyfrowym oznacza podział przy uwzględnieniu osoby dłużnika (np. pożyczki dla przemysłu, dla związków samorządowych itp.);

Stopień 5 podziału, oznaczony symbolem 5-cyfrowym, ma za przedmiot podział przy uwzględnieniu gospodarczego, ubezpieczeniowego i społecznego znaczenia lokaty (a więc np. pożyczki na rozbudowę szpitalnictwa, obligacje, nabyte dla upłynnienia kredytów budowlanych).

Zdając sobie sprawę z dużych trudności w przeprowadzeniu podziału tak skomplikowanego, aczkolwiek koniecznego do przeprowadzenia gruntownych badań porównawczo-lokacyjnych, w obecnie proponowanej ankiecie przeprowadziliśmy tylko podział 3-stopniowy. Uważamy, że już ten ograniczony na razie podział powinien dać materiał najzupełniej wystarczający do wysnucia ważnych wniosków ogólnych.

Pytania proponowanej ankiety dotyczą:

A) Wysokości aktywów instytucji ubezpieczenia społecznego.

B) Stanu ustawodawstwa lokacyjnego.

C) Praktyki lokacyjnej.

PYTANIA ANKIETY.

A) Wysokość aktywów instytucji ubezpieczenia społecznego.

Ile wynosiły aktywa w latach: 1913, 1918, 1925, 1934, 1935, 1936?

Stan aktywów powinien być podany — o ile to możliwe według poniżej wymienionej klasyfikacji.

Symbole

Aktywa	
1. Lokaty	
11. Pożyczki oprocentowane	
111. zabezpieczone hipotecznie	
112. zabezpieczone gwarancją bankową	
113. inaczej zabezpieczone	
12. Papiery procentowe	
121. krajowe państwowe	
122. krajowe przez państwo gwarantowane	
123. krajowe, posiadające szczególne bezpieczeństwo prawne	
124. inne krajowe	
125. zagraniczne	
13. Nieruchomości	
131. budynki murowane	
132. budynki drewniane	
133. domy w budowie	
134. place podbudowlane	
135. inne grunty	
14. Przedsiębiorstwa	
141. przemysłowe (fabryki)	
142. handlowe (składy, hotele)	
143. przewozowe	
144. górnicze	
145. rolnicze	
146. inne	
15. Udziały	
151. akcje przedsiębiorstw przemysłowych	
152. inne akcje	
153. inne udziały	
16. Pseudo lokaty	
2. Inne aktywa	
21. Wkłady bankowe	
211. w bankach państwowych	
212. w Pocztowej Kasie Oszczędności	
213. w innych bankach	
22. Wkłady w kasach oszczędności	
221. z poręką państwa lub ciał publicznych	
222. inne	
23. Składki ubezpieczeniowe	
24. Dopłaty państwa lub ciał publicznych	
25. Ruchomości	
27. Należności ze stosunków lokacyjnych	
261. z pożyczek oprocentowanych	
262. z papierów procentowych	
263. z nieruchomości	
264. z innych lokat	
27. Należności ze stosunków ubezpieczeniowych	
28. Pseudo aktywa	
29. Stan kasy	

W odpowiedziach na pytania należy podać stan ustawodawstwa charakterystyczny dla każdego z okresów (I, II, III), wymienionych w wyjaśnieniach wstępnych, bez względu na zmiany drugorzędne w tych okresach (co do czasu obowiązywania przepisów lub ich znaczenia). Treść pytań jest następująca:

1) Czy ustawodawstwo normuje sprawy lokacyjne ubezpieczeń społecznych?

2) Czy przepisy ustawowe z dziedziny lokacyjnej dotyczą specjalnie instytucji ubezpieczeń społecznych czy też te same przepisy dotyczą także innych osób fizycznych lub prawnych, pozostających pod szczególną opieką prawa?

3) Czy przepisy prawne normują działalność lokacyjną pozytywnie przez wyliczenie lokat dozwolonych, czy też negatywnie przez wyliczenie lokat nie dozwolonych?

4) Czy przepisy prawne nakładają na instytucję obowiązek dokonywania pewnych lokat w określonym rozmiarze? Jakich lokat ten obowiązek dotyczy i w jakim rozmiarze?

5) Czy przepisy prawne pozwalają na udzielanie pożyczek bez zabezpieczenia (hipotecznego, gwarancji bankowej)? Jakim dłużnikom, względnie na jakie cele?

6) Czy przepisy prawne zezwalają na lokaty w nieruchomościach, zbędnych do wykonywania zadań ubezpieczenia? Czy uskutecznianie takich lokat wymaga specjalnego zezwolenia władzy? Czy przepisy prawne zezwalają na prowadzenie przez instytucję budowy nieruchomości?

7) Czy przepisy prawne zezwalają na zakupno udziałów w przedsiębiorstwach lub na zakładanie i prowadzenie przedsiębiorstw?

8) Czy przepisy ustawowe wymagają sankcjonowania każdej lokaty przez władzę nadzoru państwowego? Czy tylko niektórych lokat i jakich?

C) Praktyka lokacyjna.

Odpowiedzi na te pytania należy podawać osobno dla każdego z trzech okresów I, II, III.

Treść pytań jest następująca:

1) Czy akcję lokacyjną prowadzi się wyłącznie celem osiągnięcia efektu kapitalizacyjnego?

2) Czy w akcji lokacyjnej uwzględniono celowość ubezpieczeniową lokat? Jakie lokaty spełniają to zadanie?

3) Czy w akcji lokacyjnej uwzględniono celowość społeczną lokat? Jakie lokaty spełniają to zadanie?

4) Czy akcja lokacyjna prowadzona jest przez instytucję ubezpieczeniową bezpośrednio czy za pośrednictwem specjalnie do tego powołanych organów?

5) Czy akcja lokacyjna obejmuje przeważnie jeden typ lokat i jaki? Czy też przez różnorodność typów lokat hołduje zasadzie podziału niebezpieczeństwa lokacyjnego?

M A T E R I A Ł Y

JAN SZPAKOWSKI — Warszawa

ŚWIADCZENIA CHOROBY W LATACH 1935—1937

W ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa wpływy ze składek są bieżąco zużywane na świadczenia i na koszty prowadzenia tego ubezpieczenia. Gdy więc ubezpieczenie chorobowe wstępuje w okres, w którym dochody przewyższają jego wydatki, rozwój działalności tego ubezpieczenia winien iść w kierunku zwiększenia zasięgu świadczeń. Jest to główna wytyczna działalności ubezpieczenia na wypadek choroby, będąca niejako sprawdzianem jego celowości.

O roku 1934 ubezpieczenie chorobowe w Polsce zostało oparte na nowych zasadach, przy tym wysokość składki, w porównaniu do poprzednio obowiązującej, została znacznie zmniejszona.

Rok 1934 został zamknięty w ubezpieczeniu chorobowym dość dużym deficytem i dopiero w roku 1935 udało się w tym ubezpieczeniu osiągnąć równowagę finansową. Poczawszy od tego roku, na przestrzeni trzech ostatnich lat, stwierdzić możemy stały wzrost wydatków na świadczenia. Wydatki te stanowiły blisko 80% przypisu składek ubezpieczeniowych i wyraziły się w następujących ogólnych kwotach:

rok 1935 — 78.667 tysięcy złotych

„ 1936 — 80.886 „ „

„ 1937 — 96.004 „ „

W celu bliższego scharakteryzowania przytoczonych liczb, zaznaczyć należy, że kwoty za lata 1935 i 1937 nie są kompletne. Sumy świadczeń za lata 1935 i 1936 przytoczone są z bilansów rocznych ubezpieczalni społecznych zatwierdzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Jednak ogólna kwota świadczeń w roku 1935 nie obejmuje kosztów leczenia sanatoryjnego ubezpieczonych. Na leczenie to wydano około 1,5 miliona złotych. Natomiast dane, dotyczące roku 1937, zaczerpnięto z zamknięć prowizorycznych ubezpieczalni społecznych. Zamknięcia te, sporządzone już w styczniu roku bieżącego, nie obejmują wszystkich rachunków, zwłaszcza z aptek i szpitali, które wpływają z pewnym opóźnieniem. Suma więc świadczeń z bilansów ostatecznych ubezpieczalni społecznych za rok 1937 będzie niewątpliwie nieco większa.

Wydatki na świadczenia z rozbiciem na poszczególne ich działy w okresie trzech minionych lat ilustrują poniższe liczby:

Rodzaj świadczeń	1 9 3 5 ¹⁾			1 9 3 6			1 9 3 7		
	Kwota w tys. zł.	w % przypisu	na 1 ubezpiecz. zł.	Kwota w tys. zł.	w % przypisu	na 1 ubezpiecz. zł.	Kwota w tys. zł.	w % przypisu	na 1 ubezpiecz. zł.
Zasiłki pieniężne . .	10 230	9,7	6,07	11 201	10,6	6,34	16 278	13,7	8,30
Opieka lekarska . .	28 909	27,6	17,16	28 506	27,0	16,13	31 570	26,5	16,10
Środki lecznicze i opatrunkowe	14 182	13,5	8,42	13 135	12,4	7,43	15 833	13,3	8,07
Szpitala i zakłady lecznicze	21 239	20,2	12,61	23 311	22,1	13,20	25 656	21,5	13,08
Przewozy chorych i lekarzy	2 720	2,6	1,61	—	—	—	—	—	—
Leczenie w bratnich ubezpieczalniach . .	—	—	—	1 279	1,2	0,72	1 239	1,0	0,64
Profilaktyka	1 387	1,3	0,82	3 454	3,3	1,96	5 428	4,6	2,77
Razem świadczenia .	78 667	74,9	46,69	80 886	76,6	45,78	96 004	80,6	48,96

¹⁾ W roku 1935 schemat zestawień rachunków działalności ubezpieczalni społecznych był nieco odmienny, niż w latach następnych.

Już pobieżny rzut oka na powyższe zestawienie wskazuje, że wzrost wydatków w poszczególnych rodzajach świadczeń nie zachodził równomiernie. Najszybciej wzrastały wydatki na profilaktykę i zasiłki pieniężne. Wzrost wydatków jest tu znaczny i to zarówno w liczbach absolutnych jak i względnych (w % przypisu i na jednego ubezpieczonego). Natomiast liczby względne innych świadczeń wykazują charakter raczej stały zwłaszcza gdy nadmienimy, że w roku 1935 w dziale szpitali i zakładów leczniczych pominięto w zestawieniu 1.500.000 złotych, przeznaczone na leczenie sanatoryjno-zdrojowiskowe ubezpieczonych.

Na zwiększenie wydatków świadczeniowych w 1937 roku wpłynął przede wszystkim wzrost przypisu składek, mający swe podłoże w zaobserwowanym ostatnio wzroście liczby ubezpieczonych, co znowu wiąże się z ożywieniem koniunktury gospodarczej.

Należy podkreślić, że w działach: opieki lekarskiej, środków leczniczych i opatrunkowych oraz szpitali i zakładów leczniczych ubezpieczalnie starają się uzyskać możliwe, a skuteczne i celowe oszczędności w wydatkach osobowych oraz w administracyjnych wydatkach rzeczowych i dążą również do tańszej eksploatacji szpitali własnych, względnie do obniżenia kosztów utrzy-

mania chorych w szpitalach obcych, głównie państwowych, czy też samorządowych.

Jak to już wspomniano, w dziale zasiłków pieniężnych i profilaktyki nastąpił znaczny wzrost wydatków

na świadczenia. W celu bliższego zilustrowania tego wzrostu, porównamy w poniższej tabelce zwiększenie liczby ubezpieczonych, przypisu składek oraz wydatków świadczeniowych na zasiłki i profilaktykę.

Lata	Ubezpieczeni		Przypis składek		Prze- ciężna składka za 1 ubez- pieczo- nego w złotych	W y d a t k i n a :			
	Prze- ciężna roczna w tysią- cach osób	Wskaź- nik wzrostu	Kwota w tys. złotych	Wskaź- nik wzrostu		zasiłki		profilaktykę	
						kwota w tys. złotych	wskaź- nik wzrostu	kwota w tys. złotych	wskaź- nik wzrostu
1935	1 685	100,0	104 979	100,0	62,31	10 230	100,0	1 387	100,0
1936	1 767	104,9	105 536	100,5	59,73	11 201	109,5	3 454	249,0
1937	1 961	116,4	119 143	113,5	62,13	16 278	159,1	5 428	391,3

Zmiany i wzrost powyższych liczb, wskazują wyraźnie, że źródłem znacznego zwiększenia wydatków na zasiłki i na profilaktykę, nie był jedynie wzrost liczby ubezpieczonych, czy też przypisu składek.

Przechodząc do bliższego omówienia wzrostu wydatków na zasiłki, stwierdzimy, że w roku 1936 wydatki te uległy zwiększeniu w stosunku do roku 1935 o przeszło 9%, chociaż przypis utrzymał się prawie na tym samym poziomie, co i w roku uprzednim. Jednocześnie zaznacza się, że wydatki na zasiłki w roku 1935 i w roku 1936 były uskuteczniiane tylko z własnych wpływów poszczególnych ubezpieczalni społecznych.

Począwszy od 1 maja roku 1937, na razie na okres roczny, na skutek zarządzenia władz nadzorczych ubezpieczalni społecznych, zwiększono normy wypłaty zasiłków pieniężnych, mianowicie: chorobowych o 20% i położowych o 50%.

Niektóre słabsze finansowo ubezpieczalnie, którym bardzo trudno byłoby pokryć zwiększone wydatki na zasiłki z własnych środków, otrzymały na ten cel, w okresie ostatnich ośmiu miesięcy ubiegłego roku, subwencję w łącznej kwocie 1.425.000 złotych z funduszu z art. 239 ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Podkreślić należy, że w roku 1937 podwyższone zasiłki obowiązywały tylko przez osiem miesięcy, gdyby więc obecne normy zasiłków zostały utrzymane, to w przyszłości roczne wydatki na ten cel będą jeszcze wyższe niż w roku 1937.

Gdy uprzytomnimy sobie, że liczba ubezpieczonych w ubezpieczeniu chorobowym wynosi prawie 2 miliony osób, co przy uwzględnieniu członków ich rodzin dosięgnie liczby ponad 5 milionów osób, uprawnionych pośrednio lub bezpośrednio do zwiększonych kwot za-

silkowych — i że świadczenia te są wypłacane w głównej mierze tym ubezpieczonym, którzy w związku ze swą chorobą pozbawieni są zarobku — to znaczenie społeczne wzrostu wydatków na ten cel wyda się całkowicie jasne.

Ubezpieczalnie społeczne rozumiejąc istotne znaczenie lecznictwa zapobiegawczego, przeznaczyły w okresie trzech minionych lat, znaczne kwoty na rozwój profilaktyki. Wzrost wydatków na ten cel jest bardzo silny i to zarówno w roku 1936, jak i w roku 1937. W dziale profilaktyki, podobnie jak i przy zasiłkach pieniężnych, wydatki nie były pokrywane jedynie z wpływów własnych poszczególnych ubezpieczalni, lecz częściowo również i z subwencji, udzielonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (art. 239). Dla przykładu zaznaczymy, że w roku 1937 Zakład przekazał ubezpieczalniom przeszło 1.300.000 złotych subwencji przeznaczonych na należyty rozwój profilaktyki.

Rozwój profilaktyki w latach ostatnich szedł w kierunku rozszerzenia lecznictwa zapobiegawczego przez subsydiowanie, czy też utrzymywanie we własnym zakresie przychodni profilaktycznych, urządzanie kolonii i półkolonii dla dzieci, obozów wypoczynkowych dla ubezpieczonych, stacyj opieki nad matką i dzieckiem, jak również w kierunku wzmocnienia akcji dożywiania dzieci. Równocześnie wiele starań poświęcono zorganizowaniu odpowiedniej propagandy, mającej na celu podniesienie stanu zdrowotności wśród szerokich mas ubezpieczonych.

Znaczny wzrost wydatków na profilaktykę, podobnie jak i zwiększenie świadczeń na zasiłki, nadaje właściwy kierunek rozwojowi świadczeń chorobowych w ubezpieczeniach społecznych w Polsce.

Dr CZ. PIEKARSKI — Poznań

AKCJA ZAPOBIEGAWCZA W PRACY LEKARZA DOMOWEGO

Przepisy o organizacji lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych opartej na pracy lekarza domowego ujmują zagadnienie akcji zapobiegawczej bardzo krótko, dając tylko najogólniejsze wskazówki. „Lekarz domowy ma obowiązek: informowania się bezpośrednio, bądź też zbierania drogą wywiadów za pośrednictwem

wykwalfikowanego personelu pomocniczo-lekarskiego danych o warunkach domowych, mieszkaniowych i pracy zgłaszających się chorych, celem zebrania odpowiedniego materiału, któryby stanowił podstawę dla lekarza naczelnego Ubezpieczalni do opracowania właściwego programu akcji profilaktycznej. Chodzi tu o zespolenie

w jednych rękach pomocy lekarskiej i działalności profilaktycznej na określonych terenach. Zespolenie działalności lekarskiej i akcji zapobiegawczej w rękach lekarza domowego wyraża się tym, że lekarz domowy obowiązuje jest przeprowadzać akcję zapobiegawczą i higieniczno-społeczną w obrębie swego rejonu (według wskazań lekarza naczelnego ubezpieczalni i przy pomocy kwalifikowanego personelu pomocniczo-lekarskiego). Lekarz domowy kieruje akcją zapobiegawczą i społeczno-higieniczną w rejonie na podstawie planu ustalonego przez lekarza naczelnego Ubezpieczalni. Poza tym daje wskazówki personelowi pomocniczo-lekarskiemu w sprawie współdziałania w akcji zapobiegawczej i kontroluje wykonanie swych zleceń.“

Tyle mówią przepisy. Wynika z nich jasno, że przede wszystkim potrzebny jest plan akcji zapobiegawczej i społeczno-higienicznej. Planu takiego nie trzeba daleko szukać, ani też zastanawiać się nad jego budową, gdyż, moim zdaniem, nie ma i nie potrzeba obecnie lepszego planu niż wskazany w „Instrukcji Ministra Opieki Społecznej o organizacji i działalności ośrodków zdrowia“, oraz przedstawiony w pracy dr St. Stypułkowskiego „Organizacja i administracja wielkomięjskiego ośrodka zdrowia“. Oba teksty zawierają wszystko co można powiedzieć o akcji zapobiegawczo-społecznej w najbardziej szczegółowych zarysach na podstawie głębokiego doświadczenia i wniosków praktycznych. Z podanego ogromnego materiału trzeba tylko wybrać rzeczy odpowiednie dla danego terenu i ustalić plan stopniowego rozwoju akcji profilaktycznej, gdyż jasnym jest że nie można wszystkiego dokonać odrazu.

Czy jednak samo założenie pracy zapobiegawczej lekarza domowego tej czy innej ubezpieczalni nie jest fikcją i czy może dać praktyczne rezultaty?

Pytanie to dyskutowane jest oddawna w kołach lekarskich. Czy może lekarz przeciążony pracą, nastawiony specjalnie na leczenie istniejących już chorób i do którego zwracają się liczne rzesze ubezpieczonych z żądaniem tylko pomocy lekarskiej w tym lub innym już istniejącym cierpieniu wpłynąć na to by chorób było mniej i ludzie byli zdrowsi? Zagadnieniami tymi interesują się nie tylko lekarze, przytem jednostki mniej uświadomione skłonne są twierdzić, że nie jest w mocy ludzkiej zapobieganie chorobom.

A jednak rozwój medycyny społecznej lat ostatnich i życiowe jej wyniki osiągnięte przede wszystkim w ubezpieczeniach społecznych stwierdzają co innego. Zupełnie realnie można wpłynąć na zapobieganie tym czy innym chorobom, można zmniejszyć ilość zachorowań i śmiertelność, można wpłynąć na to by rodziły się zdrowe i silne dzieci nawet ze słabych i chorych rodziców i by z nich wyrastał zdrowy i silny człowiek. Doświadczenie uczy, że wszelki wydatek na utrzymanie zdrowia społecznego oplaca się finansowo już w niedługim czasie. Nie potrzeba zresztą na to jakichś nadzwyczajnych środków pieniężnych czy też zarządzeń krępujących jednostkę ludzką w życiu prywatnym. Potrzeba tylko dużo dobrej woli, uświadomienia najszerzych warstw społeczeństwa co do istoty i zadań medycyny społecznej oraz powszechności wysiłku w takiej organizacji życia społecznego w którejby chory nie szkodził zdrowemu, a zdrowie jednostki łatwo było przywracać i zachowywać.

Organizacja taka jest możliwa tylko w ramach powszechnych ubezpieczeń społecznych.

Słusznym jest, że troska o zdrowie powinna należeć do lekarzy jako fachowców w tej dziedzinie. Czy jednak nie byłoby wskazaniem rozdzielić obu tak obszernych gałęzi wiedzy — lecznictwa i zapobiegania i pozostawić to ostatnie w rękach specjalistów wykształconych w tym kierunku.

Praktycznie nie może to być wykonane z kilku przyczyn:

1. Nie mamy dostatecznej ilości lekarzy nie tylko specjalistów-profilaktyków, ale choćby przeszkolonych w tym zakresie. Na wykształcenie dostatecznego zastępu specjalistów trzeba by czekać bardzo długo, podczas gdy życie wymaga akcji natychmiastowej.

2. Nie da się oddzielić od siebie lecznictwa i zapobiegania. Człowiek zwraca się do lekarza ze swym cierpieniem i dopiero pomógłszy mu doraźnie można zwrócić się w kierunku ściśle profilaktycznym. W niektórych wypadkach, jak w chorobach zakaźnych i społecznych — leczenie jest jednocześnie zapobieganiem szerzeniu się tych chorób i ochroną otoczenia od zakażenia.

3. Najbliższy i najściślejszy kontakt ma z chorym i jego rodziną lekarz leczący, a więc lekarz domowy. Posiadając zaufanie rodziny najłatwiej może wydać odpowiednie zarządzenia i wywrzeć swój dobroczynny wpływ na całe otoczenie.

Trzeba przyznać, że i wśród naszych pacjentów zmieniły się zapatrywania na wartość medycyny społecznej. Większość ubezpieczonych doszła do wniosku, że ubezpieczenia społeczne przedstawiają dla nich rzeczywistą wartość i w wielu wypadkach są prawdziwym dobrodziejstwem, zwłaszcza w długiej i ciężkiej chorobie. Nie bez wpływu na to pozostają poważne wysiłki naszych ubezpieczalni w kierunku czysto zapobiegawczym, jak finansowanie ośrodków zdrowia z których korzystają ubezpieczeni oraz ludność nicubezpieczona, akcja dożywiania dzieci w przedszkolach i szkołach, rozdawnictwo tranu, akcja półkolonij letnich, organizowanie obozów wypoczynkowych dla młodzieży pracującej i wiele wiele innych.

Z czystym sumieniem można powiedzieć że dziś ubezpieczony w wypadku rzeczywistej choroby jest w daleko lepszej sytuacji opieki społecznej, a nawet w bardzo wielu wypadkach niż chory prywatny. Jaskrawy przykład tego mamy zwłaszcza w Poznańskim i na Pomorzu, gdzie po zwolnieniu robotników rolnych z przymusu ubezpieczenia na wypadek choroby, lecznictwo wśród nich prawie zupełnie upadło i w większości wypadków chory robotnik rolny i jego rodzina nie otrzymują nawet w małej części tej pomocy jakie otrzymywali z dawnych kas chorych. Oceniają to sami poszkodowani z żalem wspominając czasy należenia do kas chorych. O jakiejś akcji zapobiegawczej po wsiach nie ma mowy. Te wysiłki w dziedzinie zapobiegania i medycyny społecznej, które poniosły b. kasy chorych województw poznańskiego i pomorskiego inwestując znaczne środki w budowę kąpielisk, zakładów fizykalnego leczenia, zakładów medycyny zapobiegawczej, szpitali itd. zostały zupełnie zmarnowane z wielką szkodą dla społeczeństwa.

Dlatego nie widzę innych dróg rozwoju rzeczywiste skutecznej powszechnej akcji zapobiegawczej, jak tylko niezwłoczne przywrócenie ubezpieczenia na wy-

padek choroby w rolnictwie. W inny sposób absolutnie nie da się zmusić pracodawców do udziału w tej mającej ogromne znaczenie państwowej akcji, skoro jak doświadczenie wykazuje, nawet swych podstawowych obowiązków w zakresie zdrowia publicznego nie chcą czy nie mogą wykonać w zadawalającej mierze.

Bez rozszerzenia akcji profilaktycznej na wieś nie do pomyślenia są dodatnie jej wyniki i najwyższej możliwej się będzie spodziewać jej połowicznych skutków.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości fakt, że wieś polska jest ogromnie zaniedbana zarówno pod względem lecznictwa jak i profilaktyki. Drugi fakt nie podlegający dyskusji: medycyna społeczna i ubezpieczenia społeczne — to całość, nie dające się praktycznie rozdzielić.

Dlatego też słusznym jest żądanie, by podstawową pracę zapobiegawczą przenieść na lekarzy domowych ubezpieczalni. Rzecz prosta, trzeba stworzyć takie warunki tej pracy, by stała się ona rzeczywiście wartościową i wydajną, nie obciążając lekarza zadaniem ponad siły lub zgoła niewykonalnym, wykazywanym tylko w sprawozdaniach na papierze. Byłoby to niepowetowaną szkodą nie tylko dla akcji profilaktycznej, ale i dla samej idei ubezpieczeń społecznych.

Akcję profilaktyczną prowadzę od wielu lat, jak prowadzi ją stale wiele tysięcy moich kolegów, lekarzy domowych wszystkich ubezpieczalni społecznych w Polsce i lekarzy wolno praktykujących. Jednak ten bezpośredni drobny i nieskoordynowany wpływ na naszych pacjentów jest kroplą w morzu cierpień i nędzy ludzkiej. Wpływ ten nie odniesie widocznego skutku, o ile wysiłki nasze nie zostaną planowo skierowane tam, gdzie najbardziej tego potrzeba.

Wykonanie powziętego stosownie do potrzeb miejscowych planu akcji zapobiegawczo-higienicznej nie napotka na większe trudności, o ile lekarze domowi w swej pracy oprą się na istniejących lub powstających w ośrodkach zdrowia poradniach medycyny społecznej. Ścisła współpraca lekarza domowego z ośrodkiem zdrowia jest jedynym możliwym kierunkiem akcji społeczno-zapobiegawczej. Ponieważ ubezpieczalnie społeczne finansują w znacznej mierze prawie wszystkie ośrodki zdrowia na prowincji, słusznym jest by miały wpływ na ich działalność przez swych lekarzy domowych. Doświadczenie lekarza domowego i znajomość przez niego rejonu działalności są bardzo ważnymi czynnikami w pracy ośrodka. Tylko opierając się na pracy lekarzy praktykujących ośrodek zdrowia może wyłowić w swym rejonie wszystkie wypadki chorób społecznych i zakaźnych.

Nawzajem lekarz domowy szeroko może korzystać z pomocy higienistek ośrodka, niezastąpionych w wywiadach domowych, oraz sprzętów lekarskich i urządzeń ośrodka, których nie posiada w swym gabinecie lekarskim, pracowni analitycznej, rentgena i t. p. Dla stworzenia przyjaznej atmosfery pracy wskazanym jest by lekarz domowy był jednocześnie współpracownikiem ośrodka, a nawet by w mniejszej miejscowości wszyscy tam zamieszkałe lekarze pracowali w ośrodku zdrowia prowadząc poszczególne poradnie i działy pracy zapobiegawczo-społecznej.

Bez życzliwego nastawienia i dobrych chęci nawet z najlepiej opracowanego planu i organizacji pracy — wyniku nie będzie.

Słowa te piszę na podstawie przeszło rocznego doświadczenia pracy społeczno-zapobiegawczej w prowincjonalnym ośrodku zdrowia wspólnie z kolegą lekarzem praktykującym w miasteczku. Doświadczenie nasze wykazuje, że przy harmonijnej współpracy można dokonać bardzo dużo. Nie będę podawał wyników tej pracy w cyfrach (patrz „Zdrowie publiczne“ Nr 9 Działalność prowincjonalnego ośrodka zdrowia).

Pragnę jedynie zaznaczyć, że praca społeczno-zapobiegawcza zorganizowana w ten sposób w bardzo szerokim zakresie nie komplikuje i nie utrudnia pracy leczniczej lekarza domowego, a naodwrot w wielu wypadkach ją ułatwia przez fachową pomoc higienistek i urządzeń ośrodka.

Ponadto w krótkim stosunkowo czasie dało się zauważyć znaczne zmniejszenie ilości chorób dzieci podległych kontroli poradni dziecięcej. Zachorowań wskutek błędów odżywiania i wskutek brudu obecnie nie spotyka się prawie wcale. Również do minimum zmniejszyła się krzywica u niemowląt. Znacznie mniej jest roboty z chorymi wenerycznie i jaglicą, chociaż liczba leczonych jest bardzo duża. Wszyscy leczą się w poradniach ośrodka, gdzie praca jest łatwa i szybka przy fachowej pomocy higienistek i zmechanizowanych zabiegach.

Daje się zauważyć wzrost autorytetu lekarzy, gdyż ludność widząc rzeczowe nastawienie i sumienną pracę oraz świadczenia, które daje ośrodek, przychylnie ocenia dodatnie strony ubezpieczeń społecznych. Mniej przez to spotyka się bezmyślnych żądań („muszę otrzymać to lub tamto, bo jestem ubezpieczony i płacę składkę“). Nie mogę pominąć i tego moralnego zadowolenia lekarza, które daje rzeczywiście produktywna i pożyteczna praca lekarska zgodna z postępcem nauki i wiedzy.

Prócz właściwej pracy zapobiegawczej prowadzi się w ośrodku szeroko ujęty dział propagandy higieny w postaci dostępnych dla wszystkich mieszkańców odczytów, które także wpływają na przyjazny stosunek i wytworzenie wzajemnego zaufania nie obciążając zbytnio lekarza jedną godziną pogadanki na dwa tygodnie.

Podjmując na szeroką skalę pracę zapobiegawczo-społeczna w ubezpieczalniach społecznych idziemy szybkimi krokami ku tej niedalekiej przyszłości którą proroczo przewidział Zeromski:

„Gdyby mi danym było pożyć na tym świecie 50 lat jeszcze, ujrzałbym to, o czym dziś mówię, jako fakty zrealizowane. Medycyna będzie wykreślała drogi życia masom ludzkim, podniesie świat i odrodzi. Czyż nie jest naszym obowiązkiem szerzyć higienę nie tylko tam gdzie jej niema, ale gdzie panują stosunki tak okropne. Któż to ma czynić jeśli nie my. Życie nasze składa się z pasma poświęceń. Wczesną młodość spędzamy w trupiarni, a całość wieku w szpitalu. Praca nasza jestto walka ze śmiercią. Każda myśl tutaj, każdy krok, każdy czyn musi być zwyciężaniem ślepych i strasznych praw natury“.

UBEZPIECZENI I ZAKŁADY PRACY W LATACH 1935–1936

W dziale zatytułowanym „Statystyka” znajduje czytelnik Przeglądu na pierwszym miejscu zestawienie przedstawiające statystykę zakładów pracy i ubezpieczonych w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń. Zestawienie jest w ten sposób skonstruowane, że zawiera dane za 13 kolejnych miesięcy — przy czym najświeższe dane znajdują się w ostatnim wierszu. I tak np. w numerze bieżącym Przeglądu opublikowano, jako ostatnie — dane za grudzień 1937, ale przytoczono również dane za 12 poprzedzających miesięcy, a więc wstecz aż do grudnia 1936 r.

Przed liczbami przedstawiającymi stan w końcu poszczególnych miesięcy zamieszcza się dane przeciętne w trzech ostatnich latach kalendarzowych — obecnie będą to lata 1935, 1936 i 1937. Takie publikowanie danych statystycznych ma swoje uzasadnienie. Wartość danych statystycznych polega bowiem w dużej mierze na możliwości porównania ich w takim lub innym podziale mającym znaczenie w odnośnej dziedzinie. W danym przypadku statystyki ubezpieczeń społecznych ważnym jest przedstawienie zmian poszczególnych ich elementów w czasie. Wobec tego, że liczba ubezpieczonych zależy w pierwszym rzędzie — jeżeli pominiemy zmiany ustawodawcze — od stanu zatrudnienia, wydało się wskazanym dane statystyczne podawać za kolejne 13 miesięcy, co umożliwi ocenę wahań sezonowych którym podlega, podobnie zresztą jak wiele innych zjawisk gospodarczych, stan zatrudnienia.

Stan zatrudnienia podlega, jak to powszechnie wiadomo, nie tylko wahaniom sezonowym, ale zmianom koniunk-

turalnym. Zmiany te odbijają się zresztą również na wahaniami sezonowych.

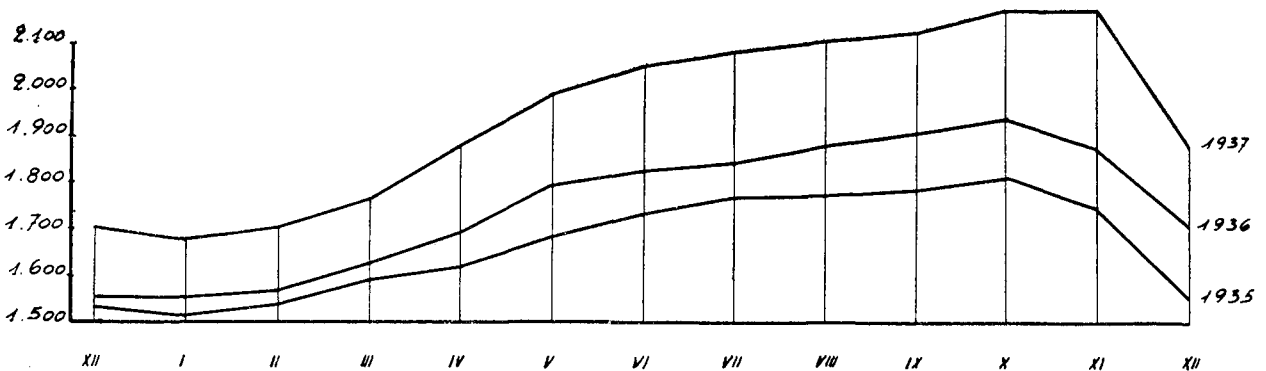
Warto zauważyć, że istnieją metody statystyczne eliminacji zmian koniunkturalnych i strukturalnych ze zjawisk sezonowych, co pozwala otrzymywać wskaźniki sezonowości danego zjawiska uniezależnione od zmian odbywających się w dłuższych odcinkach czasu. Jeżeli jednak wahania sezonowe są dostatecznie duże, a przebieg koniunktury nie wykazuje zbyt gwałtownych skoków, to wahania sezonowe można zupełnie dobrze zaobserwować bez uciekania się do tych specjalnych metod.

Powracając do omawiania zestawienia odnoszącego się do liczby zakładów pracy i ubezpieczonych wskazać należy, że zmiany koniunkturalne można w nim zaobserwować przez porównanie przeciętnych liczb podanych dla kolejnych lat kalendarzowych.

Na załączonych wykresach 2 i 1 przedstawiono graficznie statystykę zakładów pracy, których pracownicy ubezpieczeni są w ubezpieczalniach społecznych i statystykę pracowników podlegających ubezpieczeniu na wypadek choroby. Statystyki te nie obejmują Górnego Śląska. Statystyka zakładów pracy nie obejmuje gospodarstw rolnych i leśnych, których pracownicy nie podlegają zresztą ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa. Obok krzywych przedstawiających zmiany w roku 1937 przedstawiono dla porównania również krzywe odnoszące się do r. 1935 i 1936 (por. dane z numeru 4 Przeglądu z roku 1935 i 1936). Odmierzone na wykresach wielkości przedstawiają stan liczbowy zakładów pracy wzgl. ubezpieczonych w końcach miesięcy.

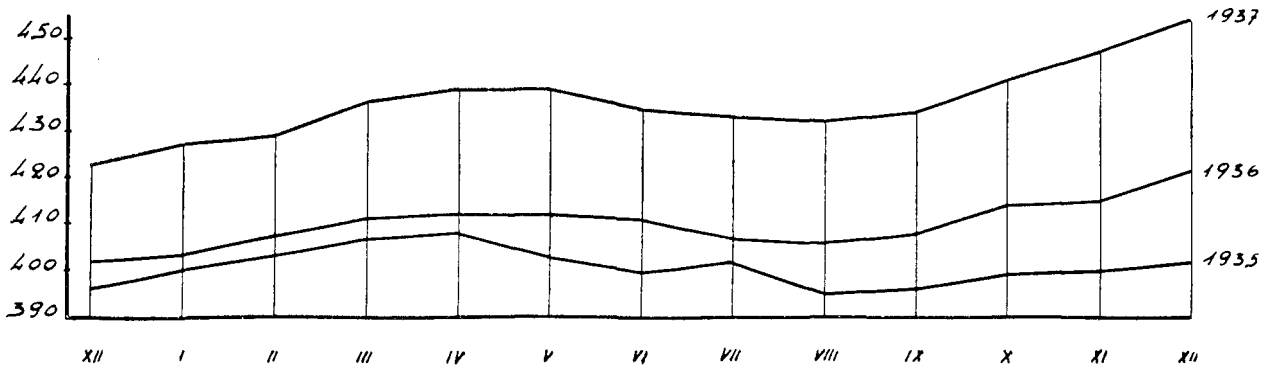
Tysiący

Wykres 1. Pracownicy podlegający ubezpieczeniu na wypadek choroby



Tysiący

Wykres 2. Zakłady pracy



Zajmiemy się najpierw krzywymi przedstawiającymi zmiany liczby ubezpieczonych. Jak to łatwo zauważyć trzy krzywe dla kolejnych lat 1935, 1936 i 1937 mają bardzo zbliżony do siebie kształt, co wskazuje na dość dużą regularność wahań sezonowych stanu zatrudnienia. Najniższe stany obserwujemy w ciągu roku w końcu stycznia, najwyższe w końcu października. Nieznaczny wzrost obserwujemy w miesiącu lutym, a następnie silniejszy w marcu, kwietniu i maju, po czym wzrost nieco słabnie. Duży spadek zatrudnienia daje się zauważyć w miesiącach listopadzie i grudniu, a nieznaczny w styczniu. Różnica między stanem maksymalnym i minimalnym wynosiła:

w 1935 r.	20,0%
w 1936 r.	25,1%
w 1937 r.	29,6%

stanów w końcu stycznia danego roku, a więc stanów minimalnych. Wzrost rozpiętości między minimum a następnym maximum w stanie zatrudnienia w latach 1935 — 1937 jest związany z rozwojem koniunktury.

Obserwowany wzrost liczb ubezpieczonych w okresie wiosennym, letnim i wczesnej jesieni oraz późniejszy dość gwałtowny ich spadek spowodowany jest zatrudnieniem sezonowym. Wymienić tu można dla przykładu: roboty publiczne, budownictwo i przemysł z budownictwem związany oraz przemysł związany z przetwarzaniem produktów rolnych.

Dokładniejsze dane o ruchu ubezpieczonych mogłoby dać dopiero badanie tego ruchu w poszczególnych gałęziach przemysłu i handlu uzupełnione badaniem specjalnych, nie objętych powyższym podziałem, rodzajów zatrudnień (np. służba domowa, dozorczy itd.).

Obok wahań sezonowych można na załączonym wykresie zaobserwować wyraźny wzrost zatrudnienia na przestrzeni lat 1935 — 1937. Wyrazem tego jest wzajemne położenie krzywych: krzywa r. 1936 położona jest wyżej niż krzywa roku 1935, krzywa roku 1937 wyżej niż

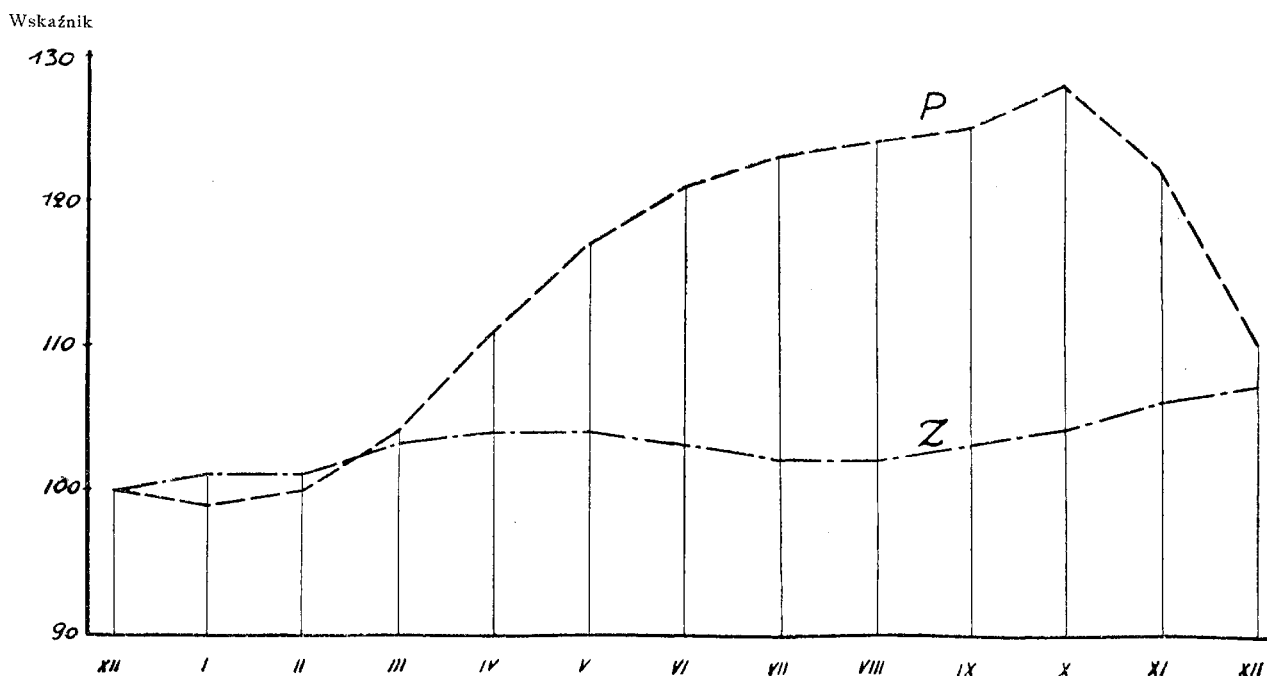
1936. Krzywe te nie przecinają się w żadnym punkcie, co oznacza, że wzrost stanu zatrudnienia można obserwować w kolejnych latach 1935 — 1937 bez względu na to, który miesiąc w roku przyjmiemy za podstawę porównań. Jak z wykresu widać wzrost liczby ubezpieczonych był silniejszy w 1937 r. niż w 1936. *Przeciętna liczba ubezpieczonych wzrosła z 1.678.000 w roku 1935 do 1.762.000 w roku 1936 tj. o 84.000 czyli o 5%. Natomiast w r. 1937 wzrosła przeciętna liczba ubezpieczonych do 1.954.000 tj. o 192.000, a więc o 10,9% stanu z roku 1936.* Trudno ustalić jaką część wzrostu liczby ubezpieczonych w latach 1935 — 1937 należy przypisać zmianom koniunkturalnym a jaką zmianom strukturalnym (uprzemysłowienie kraju, wzrost ludności), których działanie jest bardziej trwałe.

Przejdźmy obecnie do omówienia statystyki zakładów pracy.

Należy przede wszystkim podkreślić, że omawiana statystyka objęte są wszystkie zakłady pracy (prócz gospodarstw rolnych i leśnych) zatrudniające pracowników ubezpieczonych w ubezpieczalniach społecznych i to bez względu na liczbę tych pracowników i rodzaj zakładów pracy. Tak więc statystyką tą objęte są zarówno wielkie zakłady przemysłowe zatrudniające kilkanaście tysięcy pracowników jak i gospodarstwa domowe zatrudniające jednego pracownika — służącą. Takie ujęcie sprawia, że omawiana statystyka zakładów pracy nie może służyć za podstawę dalej idących wniosków i ma raczej charakter rejestracyjny. Że tak jest istotnie wystarczy wskazać, że w końcu 1935 roku liczba ubezpieczonych czynnych pracowników domowych wyniosła 237.000 i można szacować, że liczba gospodarstw domowych zatrudniających ubezpieczone służące przekroczyła 200.000, a więc wynosiła około 50% wszystkich zakładów pracy.

Na wykresie 2. dla graficznego przedstawienia zmian liczby zakładów pracy, zastosowano skalę 10-krotnie większą od skali użytej na wykresie obrazującym stan liczby, ubezpieczonych tak, że nie można jedynie przez po-

Wykres 3. Pracownicy podlegający ubezpieczeniu na wypadek choroby i zakłady pracy w 1937 roku



P — pracownicy ubezpieczeni, Z — zakłady pracy.

równywanie kształtów krzywych sądzić o wzajemnym ustosunkowaniu się rozpiętości wahań krzywych odnoszących się do liczby ubezpieczonych i liczby zakładów pracy. Różnice w waniach tych krzywych można natomiast zaobserwować na wykresie 3 przedstawiającym zmiany liczb ubezpieczonych i zakładów pracy w roku 1937 przy przyjęciu wskaźnika = 100 dla danych z końca grudnia 1936 r.

Wzrost liczby zakładów pracy w latach 1935 — 1937 był słabszy niż liczby ubezpieczonych. I tak *przeciętna liczba zakładów pracy wzrosła z 400.900 w 1935 r. do 410.100 w 1936 r., a więc o 9.200 tj. o 2,3%; w roku 1937 wzrosła ona do 436.000, a więc o 25.900 tj. o 6,3% stanu z r. 1936.* Ten mniejszy wzrost liczby zakładów pracy niż liczby ubezpieczonych jest zupełnie zrozumiały, jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że wzrost zatrudnienia następuje zarówno wskutek powstawania nowych zakładów pracy jak i zwiększania zatrudnienia, czasem bardzo znacznego, w zakładach już istniejących.

Wahania sezonowe liczby zakładów pracy są dużo słabsze niż wahania liczb ubezpieczonych i nadto nieco zatarte przez obserwowany ich wzrost koniunkturalny. Wahania sezonowe liczby zakładów pracy nie są stale zbieżne z wahaniami liczby ubezpieczonych. I tak w okresie styczeń — marzec liczba zakładów pracy rośnie przy jednoczesnym wzroście liczby ubezpieczonych, poczym w kwietniu następuje załamanie wzrostu liczby zakładów pracy i zmniejszanie się jej w miesiącach od maja do sierpnia, chociaż liczba ubezpieczonych rośnie nadal. Począwszy od miesiąca września liczba zakładów pracy znowu ulega zwiększeniu.

Różnice między stanem w końcu kwietnia (początek spadku liczby zakładów pracy) a stanem w końcu sierpnia (koniec spadku) wynosiły:

w roku 1935	2,9%
" " 1936	1,7%
" " 1937	1,6%

stanu z końca kwietnia.

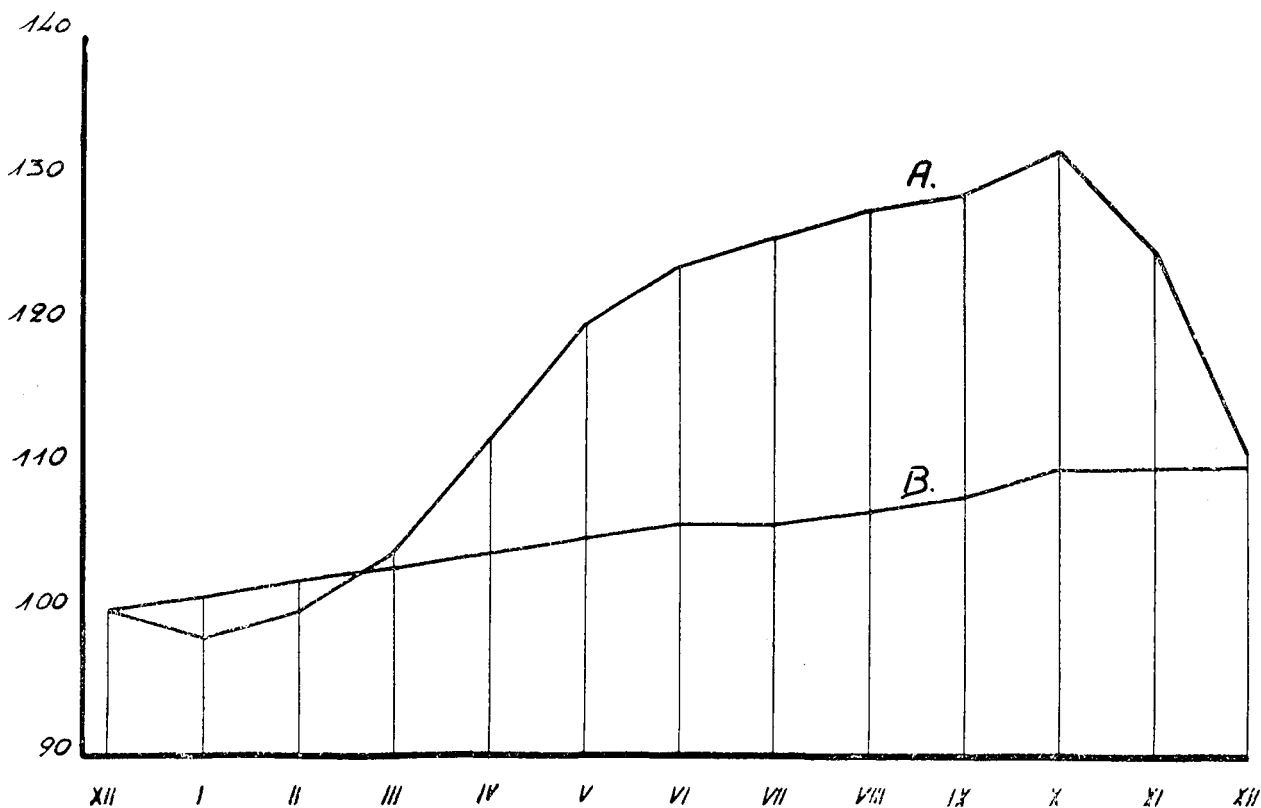
Malenie tej rozpiętości jest zapewne związane ze wzrostem koniunkturalnym liczby zakładów pracy.

Spadek liczby zakładów pracy w okresie wiosennym i letnim przy jednoczesnym wzroście liczby ubezpieczonych wskazuje na fakt, że likwidacji ulegają zakłady pracy zatrudniające niewielką liczbę pracowników, gdy jednocześnie pewne zakłady pracy zwiększają sezonowo stan zatrudnienia pracowników. Zresztą większe zakłady pracy nie ulegają na ogół czasowej likwidacji, rzadko bowiem zdarza się, aby taki zakład zupełnie nie zatrudniał pracowników. Istnieje przypuszczenie potwierdzone przez część ubezpieczalni, że powodem zmniejszania się liczby zakładów pracy w okresie wiosennym i letnim jest wymeldowywanie z ubezpieczenia na ten okres służby domowej w związku z wyjazdami letnimi. Ze zmiany w liczbie gospodarstw domowych zatrudniających ubezpieczone pracownice domowe mogą mieć istotny wpływ na kształtowanie się ogólnej liczby zakładów pracy dowodzi fakt, że, jak to wyżej wspomniano, gospodarstwa domowe stanowią prawie połowę wszystkich zakładów pracy.

Podawane w zestawieniach, które są przedmiotem naszych rozważań, liczby pracowników podlegających ubezpieczeniu emerytalnemu robotników (w ubezpieczalniach

Wykres 4. Robotnicy i pracownicy umysłowi podlegający ubezpieczeniu emerytalnemu w 1937 roku

Wskaźnik



A — robotnicy. B — pracownicy umysłowi.

tj. w całej Polsce z wyj. G. Śląska) i liczby pracowników podlegających ubezpieczeniu emerytalnemu pracowników umysłowych (w całej Polsce), pozwalają — mimo pewnej różnicy terenów, z których dane pochodzą — na porównanie wahań sezonowych i koniunkturalnych stanu zatrudnienia robotników i pracowników umysłowych podlegających ubezpieczeniu społecznym.

Przyjmując stan w końcu grudnia 1936 równy 100 przedstawiono na wykresie 4 wahania liczby robotników i pracowników umysłowych w poszczególnych miesiącach r. 1937 przy pomocy wskaźników. Jak widać z wykresu wahaniami sezonowym podlegają wyraźnie jedynie liczby ubezpieczonych robotników. Jest to zjawisko charakterystyczne, które również można zaobserwować na danych za lata 1935 i 1936.

Duże wahania sezonowe stanu zatrudnienia robotników i brak tych wahań w stanie zatrudnienia pracowników umysłowych są związane z charakterem zatrudnienia sezonowego wymagającego w pierwszym rzędzie zwiększonego udziału pracowników fizycznych i z charakterem zatrudnienia pracowników umysłowych, których stosunek pracy jest bardziej ustabilizowany i na których zapotrzebowanie jest bardziej stałe. Mimo to istnieją niewątpliwie zmiany sezonowe stanu zatrudnienia pracowników

umysłowych w poszczególnych rodzajach instytucji czy też przedsiębiorstw (np. w szkolnictwie, w przedsiębiorstwach budowlanych) — nie dają się one jednak zaobserwować w łącznej liczbie ubezpieczonych pracowników umysłowych. Zmiany te mogą się częściowo wzajemnie niwelować, bądź też obejmują stosunkowo niewielkie grupy zawodowe pracowników.

Jednocześnie z większą stabilnością stanu zatrudnienia pracowników umysłowych daje się zaobserwować nieco słabszy wzrost koniunkturalny liczby pracowników umysłowych w porównaniu z zatrudnieniem robotników. I tak w roku 1936 przeciętna liczba robotników wzrosła w porównaniu do roku 1935 o 5,9%, a w roku 1937 o 11,8% w porównaniu do roku 1936. Odnośne odsetki wynosiły dla pracowników podlegających ubezpieczeniu emerytalnemu pracowników umysłowych 5,5% i 8,0%.

Na tych uwagach kończymy niniejszą notatkę, która nie wyczerpuje wszystkich zjawisk znajdujących wyraz w statystyce ubezpieczonych sporządzonych przez Ubezpieczalnię i Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ani nie porusza zagadnień dotyczących sposobu zbierania i wartości materiałów statystycznych, na których się ona opiera. Tematy te jeszcze niejednokrotnie zapewne na łamach Przeglądu będą przedmiotem rozważań.

KRONIKA KRAJOWA

RUCH SŁUŻBOWY.

I. Zmiany na stanowiskach dyrektorów Ubezpieczalni Społecznych.

KUBECKI Ignacy — dotychczas p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Pińsku, powołany z dniem 1 stycznia 1938 r. w wyniku konkursu na stanowisko dyrektora tej Ubezpieczalni.

Dr PODOBINSKI Franciszek — dotychczas p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Brzeżanach, powołany z dniem 1 stycznia 1938 r. w wyniku konkursu na stanowisko dyrektora tej Ubezpieczalni.

PIOTROWSKI Ludwik — dotychczas p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie, powołany z dniem 1 stycznia 1938 r. w wyniku konkursu na stanowisko dyrektora tej Ubezpieczalni.

II. Zmiany na stanowiskach naczelników lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Dr BARYLSKI Stefan — dotychczas p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Czortkowie do dnia 31 marca 1938 r. powołany nadal na to stanowisko z dniem 1 kwietnia 1938 r. na podstawie umowy zawartej na czas nieokreślony.

Dr JORGA Teofil — dotychczas p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Lesznie, powołany z dniem 1 stycznia 1938 r. w wyniku konkursu, na stanowisko naczelnego lekarza tej Ubezpieczalni.

Dr SCHREYER Albin — powołany z dniem 1 marca 1938 r. na stanowisko p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Siedleach.

Dr SKOTNICKI Jan — dotychczas p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Stryju, powołany z dniem 1 stycznia 1938 r. w wyniku konkursu na stanowisko naczelnego lekarza tej Ubezpieczalni.

Dr SZUPERSKI Marian — dotychczas p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Tarnopolu, powołany z dniem 1 stycznia 1938 r. w wyniku konkursu na stanowisko naczelnego lekarza tej Ubezpieczalni.

III. Zmiany na innych stanowiskach w Ubezpieczalniach Społecznych.

CHRABĄSZCZEWICZ Kazimierz — kierownik wydziału Ubezpieczalni Społecznej w Tomaszowie maz., powołany z dniem 1 kwietnia 1938 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Białymstoku.

HURNUNG Marian — kierownik sekcji Ubezpieczalni Społecznej w Nowym Sączu, powołany z dniem 1 kwietnia 1938 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Tarnobrzegu.

KOLENDOWSKI Marian — kierownik wydziału Ubezpieczalni Społecznej w Drohobyczu, powołany z dniem 1 stycznia 1938 r. na stanowisko wicedyrektora tej Ubezpieczalni.

KORZENIOWSKI Antoni — kierownik wydziału Ubezpieczalni Społecznej w Równem, powołany z dniem 1 stycznia 1938 r. na stanowisko wicedyrektora tej Ubezpieczalni.

MEDUSKI Dobiesław — st. ref. Ubezpieczalni Społecznej w Radomiu powołany z dniem 1 kwietnia 1938 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Nowym Sączu.

SZAFRAŃSKI Władysław — kierownik sekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łucku, powołany z dniem 1 kwietnia 1938 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Lidzie.

PRACE RADY NAUKOWO-LEKARSKIEJ PRZY ZAKŁADZIE UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH.

Z końcem stycznia r. b. odbyło się plenarne posiedzenie Rady Naukowo-Lekarskiej przy współudziale przedstawicieli organów Z. U. S., Ministerstwa Opieki Społecznej oraz Instytutu Spraw Społecznych.

Przewodniczący gen. dr Rouppert podał ogólne sprawozdanie z działalności Rady w 1937 r., po czym stały sekretarz dr Szumski zdał sprawę z działalności sekretariatu.

Rada Naukowo-Lekarska nawiązała żywe kontakty współpracy z szeregiem instytutów i zakładów za granicą, i prenumeruje liczne czasopisma zagraniczne, wydając na ich podstawie biuletyn referatowy, informujący członków Rady i szereg osób zainteresowanych w dziedzinach medycyny społecznej, ubezpieczeniowej, pracy oraz orzecznictwa.

Systematyczne zbieranie materiałów w tym zakresie ułatwi w przyszłości pracę mającemu powstać Instytutowi Medycyny Społeczno-Ubezpieczeniowej.

Po wyczerpującej dyskusji, na wnioski poszczególnych przewodniczących zespołów, pracujących samodzielnie, powzięto szereg uchwał, mających doniosłe znaczenie w kierunku usprawnienia różnych dziedzin ubezpieczeń społecznych. I tak w zakresie akcji zapobiegawczej wyrażono opinię, że zainicjowana przez ZUS akcja organizowania obozów wypoczynkowych dla zagrożonych chorobą młodocianych robotników winna być nadal kontynuowana w szerokim zakresie. Przy wyborze kandydatów na obozy należy dać pierwszeństwo osobnikom skłonny do gruźlicy i gościca. Akcja profilaktyczna, prowadzona przez ubezpieczalnie społeczne, winna być prowadzona w myśl zasad decentralizacji i koordynacji z wszystkimi miarodajnymi czynnikami, w oparciu o ośrodki zdrowia. Instytucje, prowadzące dany ośrodek zdrowia, muszą wspólniełożyć fundusze na jego potrzeby i współpracować czynnie w zarządach. Zakres działania ośrodków zdrowia należałoby rozszerzyć na wszelkie dziedziny akcji zapobiegawczej. Następnie przyjęto z pewnymi poprawkami szczegółowe tezy w sprawie całokształtu akcji przeciwgruźliczej. Wszelka akcja w tym zakresie powinna polegać na scaleniu i skoordynowaniu wysiłków wszystkich czynników w państwie, co w znacznym stopniu zostanie ułatwione po uchwaleniu ustawy przeciwgruźliczej. Opieka otwarta, prowadzona przez ubezpieczalnie społeczne, winna opierać się na ośrodkach zdrowia i poradniach przeciwgruźliczych. Należy dążyć do przeszkolenia z zakresu fizjologii jaknajwiększej liczby lekarzy ubezpieczeniowych. Chorych, zakwalifikowanych do leczenia, należy wysyłać jak najrychlej do zakładów leczniczych i w tym celu należy rozszerzyć ubezpieczeniowy arsenał przeciwgruźliczy przez rozbudowę sieci własnych zakładów leczniczych i zapobiegawczych, z uwzględnieniem nie tylko ubezpieczeń krótko- i

długoterminowych. Określiwszy szczegółowo postulaty pod względem budownictwa sanatoriów, wypowiedziano się za tym, by chorych leczyć w zasadzie w klimacie swojskim, niedaleko od miejsc stałego zamieszkania. Okresy leczenia zakładowego winny być możliwie przedłużone, szczególnie u tych chorych, którzy mogą w następstwie osiągnąć zdolność do pracy. Nad chorymi należy rozłożyć opiekę pozasanatoryjną w poradniach i pól-sanatoriach.

Następną dziedziną, opracowywaną przez jeden z zespołów Rady Naukowo-Lek., była organizacja nauczania medycyny społecznej i społeczno-ubezpieczeniowej. Rada N. L. stwierdziła, że organizowane przez wydziały lekarskie wszystkich uniwersytetów w państwie kursy medycyny społecznej są celowe i winny być nadal utrzymane. W łączności z powyższym wyrażono postulat, by ubezpieczalnie społeczne przy obsadzie posad uwzględniały przede wszystkim tych lekarzy, którzy odbyli kursy. Rada Naukowo-Lekarska uważa za konieczne zająć się w najbliższym czasie sprawą przymusowego przeszkolenia wszystkich lekarzy ubezpieczalni społecznych, zaś w związku z budową Instytutu Medycyny Społeczno-Ubezpieczeniowej wysłaniem odpowiednich sił naukowych na studia za granicę w dziedzinie chorób zawodowych, wewnętrznych i skórnych.

W związku z mającym powstać w Warszawie Instytutem Medycyny Społ. Ubezpiecz., opracowano szczegółowe postulaty lekarskie i lekarsko-naukowe pod względem budownictwa, oraz program organizacji i działalności Instytutu.

Na życzenie władz Rada Naukowo-Lekarska, częściowo przy współudziale wybitnych specjalistów, przeprowadziła szczegółowe studia nad nowym spisem leków dla ubezpieczalni społecznych. W tej doniosłej dla działalności instytucji ubezpieczeniowych sprawie powzięto uchwały, że spis leków należy nadal utrzymać, jednakże jedynie jako ogólnie orientacyjny i znacznie rozszerzony. W pracach nad tym zagadnieniem kierowano się nade wszystko dobrem ubezpieczonych, zaś konieczność utrzymania dalszego spisu leków motywowano bardzo ważnymi względami natury ogólnopństwowej, oraz związaną z tym koniecznością obrony rodzimego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego.

W 1938 r. postanowiono objąć programem prac Rady i szczegółowo opracować następujące dziedziny:

- 1) wytyczne opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą matką i noworodkiem;
- 2) zasady organizacji zwalczania chorób wenerycznych wśród ubezpieczonych;
- 3) zasady ujęcia statystycznego i wytyczne leczenia gruźlicy kostnej i skórnej;
- 4) plany i programy szkolenia kandydatów oraz lekarzy, pracujących w ubezpieczeniach społecznych w zakresie wiedzy ubezpieczeniowej i ubezpiecz.-lekarskiej;
- 5) strona techniczno-budowlana, plan organizacyjny i naukowy Instytutu Medycyny Społ.-Ubezpiecz. (ciąg dalszy prac).

Od marca r. b. postanowiono kontynuować wydawanie „przeгляdu referatowego zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej oraz medycyny pracy” w formie druku.

Dr J. Szumski

Z POLSKIEGO TOWARZYSTWA POLITYKI SPOŁECZNEJ.

Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, prowadząc od lat ożywną i owocną działalność w wytyczonym przez siebie zakresie, postanowiło obecnie podjąć specjalne prace w doniosłym dla zagadnień prawno-społecznych dziale: wymiaru sprawiedliwości w zakresie sporów na tle stosunku pracy.

Zadaniem tych prac ma być ujawnienie problemów społeczno-politycznych, prawnych, socjologicznych, związanych z zagadnieniem wymiaru sprawiedliwości (rozumianego w szerokim tego słowa znaczeniu jako orzecznictwo i pomoc prawną) w zakresie sporów na tle stosunków pracy. Opracowanie ewentualnych wniosków reformy i ub popieranie w społeczeństwie rozwoju poczucia prawnego w zakresie stosunków pracy — to dalsze zadanie tego działu, do którego Towarzystwo przywiązuje poważne znaczenie.

W zakresie prac badawczych tego działu ujawniają się zasadniczo trzy grupy problemów: organy wymiaru sprawiedliwości w zakresie sporów na tle stosunków pracy, spory w zakresie stosunków pracy oraz pomoc prawną dla pracowników.

Badania w dziedzinie organów wymiaru sprawiedliwości obejmują zagadnienie sądów pracy, sądów powszechnych (grodzkich, okręgowych), komisje rozjemcze dla spraw robotników rolnych i dozorców domowych, organy orzecznictwa w zakresie ubezpieczeń społecznych, postępowanie polubowne i ugody w sprawach ze stosunku pracy i wreszcie zagadnienie sędziów zawodowych i ławników, ich odpowiedniego doboru i właściwego szkolenia.

Opracowanie sporów w zakresie stosunków pracy polega na zebraniu przede wszystkim materiałów statystycznych, dotyczących sporów ze stosunku pracy przy uwzględnieniu w tej mierze oczywiście i ubezpieczeń społecznych oraz na analizie materiałów, charakterystyce sporów i t. d., dalej zaś na badaniu dotyczącym organizacji i przeprowadzania metod statystyki w zakresie sporów ze stosunku pracy dla ujawnienia ich pełnego i na przestrzeni wszystkich możliwie instancyj.

Pomoc prawną dla pracowników obejmuje wreszcie zagadnienie upowszechnienia pomocy prawnej przy skonfrontowaniu problemu z zagadnieniem adwokatury i jej ustroju, studia nad pomocą tą, jako formą opieki społecznej, i jako zagadnieniem polityki społecznej przez ustalenie jej związku z warsztatem pracy i charakterem pracy, z organizacjami zawodowymi pracowników, przez ustalenie na końcu jej stosunku do orzecznictwa w zakresie ustawodawstwa socjalnego.

W zakresie prac realizacyjnych tego działu Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej wysunęło szereg wskazań jak np. wystąpienie z inicjatywą i przeprowadzenie przy współudziale Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Opieki Społecznej zjazdu, osób współpracujących w wymiarze sprawiedliwości w zakresie spraw na tle stosunków pracy, w rocznicę 10-lecia istnienia sądów pracy, opracowanie wniosków i projektów w sprawie organizacji pomocy prawnej dla pracowników oraz szkolenia radców prawnych i t. d.

Dla wykonania tak ciekawie zarysowanego programu Towarzystwo powołało do życia specjalną Sekcję Prawa Socjalnego, w skład której poza delegatami zarządu weszli dokooptowani prawnicy, wykazujący szczególne

zainteresowanie problemami prawa socjalnego. Sekcja bowiem jest organem Zarządu Towarzystwa, powołanym dla prac w zakresie ustawodawstwa socjalnego oraz zagadnień prawnych w dziedzinie polityki społecznej. Przewodnictwo Sekcji objął sędzia Stefan Mateja, sekretariat prowadzi mgr. Tadeusz Orlewicz.

Sekcja pracuje w małym zespole systemem seminaryjnym i w krótkim okresie swoich prac ma za sobą pewne problemy gruntownie przedyskutowane, jednocześnie przygotowując się do prac organizacyjnych do zjazdu z okazji 10-lecia sądów pracy oraz prac przygotowawczych dla wzięcia udziału w IV Zjeździe Prawników Polskich, który odbędzie się w roku 1939 w Gdyni. Z ostatnio podjętych przez sekcję prac na uwagę zasługuje praca inicjatora sekcji, mgr. Wł. Bagińskiego, na temat pomocy prawnej dla pracowników oraz referat sędziego St. Kędzińskiego o specjalnych repertoriach dla sporów, wynikających ze stosunku pracy, a rozstrzyganych w sądach powszechnych.

I-SZY ZJAZD KIEROWNIKÓW AKCJI BEZPIECZEŃSTWA PRACY W PRZEMYSLE PAPIERNICZYM.

Jedną z pierwszych, poza hutami żelaznymi, organizacji branżowych, które podjęły na swym terenie prace, mające na celu zmniejszenie liczby nieszczęśliwych wypadków, jest Związek Papierni Polskich.

Akcja zainicjowana i prowadzona przez Związek była praktycznie realizowana w fabrykach przez utworzenie odpowiednich komórek organizacyjnych t. zw. fabrycznych Komisj Bezpieczeństwa Pracy, powołanych do prac nad stałym polepszaniem warunków bezpieczeństwa i higieny pracy. Obecnie cały przemysł zrzeszony, skupiający 42 fabryki celulozy, papieru i tektury, zatrudniające w chwili obecnej ok. 11.000 robotników, przystąpił do systematycznej walki z wypadkami przy pracy.

Ważnym momentem w rozwoju tej nadzwyczaj pożytecznej akcji był 1-szy Zjazd Kierowników Akcji Bezpieczeństwa Pracy w przemyśle papierniczym, który się odbył w Warszawie w dniach 26 i 27 lutego 1938 r.

Obrady Zjazdu odbywały się w salach Muzeum Techniki i Przemysłu przy ul. Tamka Nr 1. W zjeździe wzięło udział 40 przedstawicieli fabryk przemysłu papierniczego oraz liczni zaproszeni goście, przedstawiciele władz, Inspekcji Pracy oraz związków branżowych i instytucji społecznych.

Zjazd rozpoczął się w sobotę dn. 26 b. m.

Po przemówieniach powitalnych zebrani wysłuchali referatu sprawozdawczego, wygłoszonego przez dyrektora Związku p. B. Stypińskiego.

W następnych 2-ch referatach omówiono akcję podjętą w dziedzinie zwalczania wypadków przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz technikę zabezpieczeń maszyn papierniczych, po czym uczestnicy Zjazdu udali się na wycieczkę do fabryki aparatów elektrycznych K. Szpotański i S-ka.

Wieczorem wysłuchano w sali Muzeum referatu o transporcie, poczym nastąpił pokaz filmów techniczno-propagandowych, specjalnie zakupionych przez Związek w Niemczech dla celów propagandy w naszych fabrykach.

W niedzielę wysłuchano 3-ch referatów, o organizacji warsztatów i robót naprawczych, o rozwoju akcji bez-

pieczeństwa zagranicą i o metodach pracy Fabrycznej Komisji Bezpieczeństwa Pracy.

Po zwiedzeniu Muzeum i Wzorcowni Osłon, gdzie demonstrowano wzory najnowszych zabezpieczeń maszyn, nastąpiła godzinna dyskusja i zakończenie Zjazdu.

ZE STOWARZYSZENIA PRAWNIKÓW ADMINISTRACYJNYCH.

Podawaliśmy w swoim czasie czytelnikom naszego wydawnictwa wiadomość o powołaniu do życia w ramach Stowarzyszenia Prawników Administracyjnych R. P. — Sekcji Działów Ministerstwa Opieki Społecznej, działającej przy warszawskim Kole tego Stowarzyszenia, a skupiającej prawników, zatrudnionych w Ministerstwie Opieki Społecznej, w instytucjach ubezpieczeń społecznych oraz we Funduszu Pracy.

Praca sekcji mimo znanej apatii organizacyjnej prawników, zatrudnionych w administracji, potoczyła się pomyślnie dzięki wyteżonej pracy zarządu, który potrafił przełamać opór i zainteresować poważną grupę ludzi stałymi pracami sekcji. Odczyty, zebrania dyskusyjne na tematy bardzo ciekawe, jak współczesne przemiany w polskim ustawodawstwie pracy (Orlewicz), układy zbiorowe (Zaleski, Wengierow), ustawa o nierządzie (Woytowicz — Gralińska), i t. d., miesięczne zebrania dyskusyjne, stanowiące żywy przegląd orzecznictwa, literatury, ustawodawstwa i praktycznych zagadnień — oto przykłady pracy intensywnej i owocnej. Najbliższe tygodnie przyniosą odczyt o ustawie o zawodzie dziennikarskim, odczyt o sądach ubezpieczeniowych oraz zebranie dyskusyjne na temat obsady personalnej tych sądów.

Niemalym osiągnięciem może się sekcja ostatnio poszczycić w dziedzinie wydawniczej. Dysponując nikłymi funduszami, wykonując w całości zarysowany przez siebie program prac wydała drukiem pracę adw. Wengierowa p. t. „Problemy rozjemstwa w zatargach zbiorowych pracy”. Praca ta, wydana już pod egidą Sekcji Ustawodawstwa Pracy, co należy uważać za szczęśliwą modyfikację nazwy poprzednio brzmiącej sztucznie, jest godna specjalnej uwagi z uwagi na jej ciekawą treść, tu jednak tylko notujemy to jako bardzo poważny plus w całości kształcie działalności tej sekcji.

OTWARCIE II-go KURSU DOSZKOLENIOWEGO PRZY ZAKŁADZIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

W wykonaniu programu doszkoleniowego na r. 1938 — Zakład Ubezpieczeń Społecznych zorganizował II Kurs Doszkoleniowy dla pracowników ubezpieczalni społecznych. Otwarcie Kursu nastąpiło w dniu 10 marca rb. — Otwarcia Kursu dokonał w imieniu Naczelnego Dyrektora Zakładu dyr. Stanisław Sasorski.

Imieniem Ministerstwa Opieki Społecznej przemówił Dr Tadeusz Dyboski, dyrektor departamentu.

Liczba uczestników kursu wynosi 48 osób, z 39 ubezpieczalni.

Program kursu obejmuje 40 przedmiotów, z których 10 będzie przedmiotem egzaminu końcowego.

Przewidywany czas trwania Kursu wyniesie około dni 30.

Na kierownika kursu powołany został inspektor Świca Aleksander.

PIERWSZY ROK PRACY LOTNYCH WIEJSKICH OSRODKÓW ZDROWIA W POWIECIE KRAKOWSKIM.

Sledząc bacznie prasę lekarską można zanotować w ostatnich czasach ogromne zainteresowanie świata lekarskiego problemami zdrowotności wsi oraz zagadnieniem organizacji pomocy lekarskiej na ws.

Powyższe sprawy stały się również przedmiotem zainteresowania różnych instytucyj społecznych i samorządowych. Oddźwiękiem niejako tego zainteresowania był wniosek p. posłanki Prystorowej, zgłoszony zeszłego roku w sejmie a mający właśnie na celu ustawowe uregulowanie pomocy lekarskiej dla wsi i w następstwie podniesienie jej zdrowotności.

Wszystkie te jednak zamierzenia nie zostały dotychczas zrealizowane i rzec by można, że ciągle rejestrujemy potrzeby wsi ale dla ich zaspokojenia nic konkretnego nie czynimy. Poważnym krokiem, który zdaje się zmierzać do właściwego zaspokojenia lokalnych na razie potrzeb ludności wiejskiej na odcinku lecznictwa i profilaktyki jest praca lotnych wiejskich ośrodków zdrowia.

O działalności tych ośrodków w powiecie krakowskim dowiadujemy się ze sprawozdania, wydanego nakładem Wojewódzkiego Związku Międzykomunalnego Opieki Społecznej w Krakowie, a opracowanego przez dra Stanisława Hankiewicza, ukrytego pod inicjałami „St. H.”. On to bowiem z zapałem i poświęceniem się kieruje tą akcją i pionierską swoją pracą lekarską zdobywa wieś podkrakowską dla tej idei. Trzeba nam bowiem pamiętać, że wsie podkrakowskie żyją niejednokrotnie w opłakanych warunkach higienicznych, a niektóre z nich jak np. Skotniki, znane ze słynnego procesu myślenickiego, posiadają kurne chaty, ten najwymowniejszy sprawdzian poziomu życiowego ich mieszkańców.

Otóż na wstępie podnosi autor sprawozdania, że struktura gospodarcza Polski jest wyraźnie rolnicza, że państwo nasze posiada około 70% ludności wiejskiej i że chłop polski ponosi też 70% ciężaru wyżywienia i obrotu kraju.

Natomiast przeciętny dochód konsumowany włościan i robotników rolnych w Polsce wynosi 1.200 zł. rocznie na rodzinę, złożoną przeciętnie z 5 osób — czyli że na 1 osobę przypada miesięcznie 20 zł. a więc-tyle, że wyżyć trudno, a umrzeć ciężko. Z powyższych danych wyprowadza autor jaskrawy brak odpowiedniego stosunku między świadczeniami chłopa na rzecz społeczeństwa i Państwa a tym — co wzamian za tak wysokie świadczenia ten chłop otrzymuje.

Z kolei wspomina o katastrofalnych wprost stosunkach zdrowotnych na wsi, szczególnie na terenie powiatu krakowskiego, o niewiarygodnej wprost śmiertelności, która w dwóch największych wsiach tego powiatu tj. w Rybnej i Kaszowie zmiała nawet 50% dzieci do 7 roku życia, o braku odpowiednich studni na wsi, gdzie często piją ludzie wodę z przepływającego przez wieś potoku, o pladze znachorstwa, które opanowało wieś dzięki dostosowaniu się do psychiki ludności wiejskiej, i dochodzi do ostatecznego wniosku, że *organizacja opieki lekarskiej na wsi, to nie wyłącznie sprawa lekarzy, lecz jedno z najpilniejszych zadań społecznych i państwowych.*

Na tle powyżej naszkicowanych warunków zdrowotnych panujących na wsi, zrodziła się akcja lotnych wiejskich ośrodków zdrowia, która postawiła sobie za cel or-

ganizację całokształtu opieki lekarskiej na wsi a więc zarówno akcji profilaktycznej jak i leczniczej oraz sanitarnej.

Jako teren pracy obrano przede wszystkim te miejscowości, które są pozbawione całkowicie opieki lekarskiej, czy też ze strony lekarzy wolno-praktykujących, czy też samorządowych wzgl. instytucji ubezpieczeniowych, unikając starannie miejscowości, obsługiwanych przez osiadłych tam na stałe lekarzy, aby nie stwarzać choćby pozoru konkurencji L. W. O. Z. z wolną praktyką lekarską.

W powiecie krakowskim obrano jako teren pracy 8 miejscowości, do których raz w miesiącu przyjeżdżają lekarz i higienistka, zaopatrzeni w najniezbędniejszy sprzęt lekarski i materiał opatrunkowy. Jako środka lokomocji używano samochodu, który zdaniem autora pozwala lekarzowi na dużą swobodę ruchów jak również umożliwia najbardziej ekonomiczne wykorzystanie czasu pobytu lekarza a przy tym jest używany w razie potrzeby dla transportu ciężko chorych do szpitala.

Pracę swoją w terenie rozpoczęły lotne ośrodki dnia 4.XI.1936 r. w warunkach trudnych, gdyż spotkano się początkowo jak to podnosi autor z całą szczerością — z nieufnością i sceptycyzmem a niekiedy nawet z wrogią biernością, jako naturalnymi oporami, wpływającymi zarówno z psychiki konserwatywnego, biernego, nieufnego i podejrzliwego chłopca, jak również z jego niechęci do wszelkich poczynań i kombinacji ludzi z miasta, na których nieraz nie jeden już się sparzył.

Jako duże utrudnienie w pracy lotnych środków na wsi, uważa autor przesłość życia politycznego dzisiejszej wsi, gdzie ścierają się wpływy różnych ugrupowań od skrajnie prawicowych do skrajnie lewicowych, szerząc zamęt i odsuwając zupełnie w cień istotne potrzeby wsi oraz pogłębiając i tak już przysłówiowe ubóstwo wsi, które od czasu zorganizowania tzw. gmin zbiorowych przybrało bardzo groźne rozmiary i pogrążyło wieś w stan całkowitej apatii i bierności.

Gminy bowiem zbiorowe wyciągają z gromad wszelkie dochody, które idą na utrzymanie kosztownego aparatu biurokratycznego i stąd taka obojętność gromad dla wszelkich imprez, połączonych choćby z najdrobniejszymi wydatkami pieniężnymi i stała odpowiedź tych gromad „gminy zbiorowe zabierają pieniądze, niech więc one organizują ośrodki i je utrzymują”.

Ale poza biernością i oporem wsi — wspomina autor o jasnych momentach pracy, a więc o szczerzej i ofiarnej pracy nauczycielstwa wiejskiego, księży, działaczy miejscowych organizacji młodzieżowych jakoteż o tych wypadkach, gdzie same gromady dopraszały się o utworzenie w nich takiego ośrodka, ofiarując lokal i gotowość ponoszenia kosztów jego utrzymania. Jeżeli chodzi o rodzaj prac lotnych ośrodków to dzieli je autor na:

- 1) organizacyjne i propagandowe,
- 2) akcję profilaktyczną,
- 3) lecznictwo i nadzór sanitarny.

Jako miejscowe organy ośrodków zdrowia stworzono tzw. rady zdrowia wyłonione z rad gromadzkich i miejscowego społeczeństwa i dzięki nim zdołano nawiązać bliższy kontakt z ludnością i wciągnąć ją do współpracy.

Również dzięki tym radom zdobyto potrzebne lokale na lotne ośrodki oraz fundusze na utrzymanie i urządzenie tych lokali. Obecnie dąży się do budowy stałych

ośrodków zdrowia na wsi, wg. planów, opracowanych przez Ministerstwo Opieki Społecznej, gdzie znajdują pomieszczenie nie tylko poczekalnie i gabinet lekarski ale też kuchnie mleczne dla niemowląt, łaźnie ludowe i t. p.

Osiągnięcie tak wielkich zdobyczy jak zgodę gromady na budowę domu zdrowia, ofiarowanie przez gromady parcel pod budowę, robocizny i opodatkowania się na spłatę zaciągniętej pożyczki nie było jednak rzeczą łatwą i wymagało usilnej pracy całego zespołu lotnych ośrodków jak o tym może najlepiej świadczyć przytoczony przez autora opis wiecu w sprawie budowy ośrodka zdrowia w Rybnej, dokonany bardzo barwnie i żywo przez literata i niezmordowanego działacza chłopskiego, obecnego na takim wiecu Jana Wiktora. Opis ten był drukowany w Nr. 13 Przynależności Rolniczego z dnia 1.VII.1937 roku pt. „Garść rzeczywistości”. Jeżeli chodzi o wyniki pracy lotnych ośrodków na odcinku lecznictwa i profilaktyki, to autor przytacza dokładne zestawienie cyfrowe za czas od 1.XI.36 — 30.IX.1937 r.

Warto wspomnieć, że w zakresie profilaktyki dokonano między innymi 525 wywiadów przez higienistki.

Z zakresu lecznictwa udzielono 6.072 porad.

Przewieziono do szpitali 5 osób.

Badań analitycznych wykonano 754.

Wykonano zabiegów 447.

Porady dla biednych i dzieci udzielane były bezpłatnie i to na podstawie wystawionego przez sołtysa świadectwa ubóstwa. Zamożniejsi wpłacają takse od 0.50 — 3 zł. a zebrane w ten sposób pieniądze obraca się na urządzenie ośrodków zdrowia.

Preliminarz budżetowy lotnych ośrodków za czas od 1.XI.36 — 30.IX.37 r. wykazuje po stronie dochodów 16.482.71 zł — w czym mieści się subwencja ubezpieczalni społecznej w Krakowie w wysokości 7.700 zł.

Niezależnie od wyżej wymienionych prac wykonały lotne ośrodki zdrowia badanie ogółu ludności w miejscowości Morawica powiatu krakowskiego. Badania te przeprowadzono z polecenia M. O. S. w kierunku stwierdzenia zagrążenia tej wsi.

Wykazały one, że wieś ta licząca 1.004 mieszkańców, posiada ogółem 228 mieszkań.

Z tego jednoizbowych 172 czyli 75.4% ogółu mieszkań

dwu	„	25	„	22.8%	„	„
trzy	„	4	„	18%	„	„

W mieszkaniach jednoizbowych stwierdzono 295 łózek czyli na 1 łóżko wypada 2,5 osób.

Na mieszkania dwuizbowe wypada 273 osoby.

Na mieszkania trzy izbowe wypada 20 osób.

Po przedstawieniu warunków higienicznych wykazuje autor śmiertelność tej wsi za okres ostatnich 10 lat, stwierdzając stały wzrost śmiertelności na gruźlicę, która za rok 1936 wynosiła 16.6% ogólnej śmiertelności a przeciętnie za ten czasokres wyniosła 9%.

Z tego śmiertelność dzieci do 12-go roku życia wahała się od 10.8 — 32.3% a średnio wynosiła 20.9%.

Badania kliniczne w kierunku gruźlicy na 1.004 mieszkańców przeprowadzić zdołano tylko u 783 osób tj. u ca 80% ludności wsi.

Zmiany gruźlicze, do których zaliczano nawet blizny po scrophulodermi stwierdzono u 8.8% badanych. Na 69 schorzeń gruźliczych stwierdzono obecność prątków Kocha

w 4.3% przypadków, gruźlicę nieprątkującą w 34.7%, zaś gruźlicę gruźliową okolooskrzelowych w 44.9%.

Na 190 odczynów Pirqueta wykonanych u dzieci do 10 lat — wynik dodatni otrzymano w 55 przypadkach, co stanowi 28.9% ogółu badanych dzieci.

W zakończeniu nie kryje się autor ze swoimi konkluzjami, stwierdzając, że L. W. O. Z. uznać należy za eksperyment udany, gdyż organizacja opieki lekarskiej na wsi oparta na pracy L. W. O. Z. jest najbardziej ekonomiczną i najtańszą a przy tym najcelowszą formą tej opieki na wsi.

I trzeba bezstronnie przyznać, że akcja L. W. O. Z. jest u nas swoistą formą realizowania hasła rzuconego przez wieś jugosłowiańską że „sami chłopci muszą wziąć w swoje ręce sprawę swego zdrowia”.

Akcja ta, obok działalności powstałych u nas nielicznych wprawdzie spółdzielni zdrowia, jest niejako zwiastunem, że już sama wieś zaczyna odczuwać potrzebę organizacji pomocy lekarskiej na swoim terenie i sama o tym myśleć zaczyna. Toteż wysiłki te nie powinny być zmarnowane, a odpowiednie czynniki rządowe i samorządowe winny takie poczynania wspomagać nie tylko moralnie ale i materialnie. W akcji tej nie pozostały ani w tyle ani na uboczu instytucje ubezpieczeń społecznych, jakkolwiek nie posiadają one obecnie na wsi elementu ubezpieczonych i z punktu widzenia ściśle finansowo-ubezpieczeniowego nie są one specjalnie zainteresowane zdrowotnością wsi. Współpraca Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie jak to wynika z tekstu samego sprawozdania była bardzo wydatna i na niej w dużej mierze oparto działalność L. W. O. Z.

Poza bowiem subwencją gotówkową w kwocie 7.700 zł. stanowiącą 46% ogólnego budżetu L. W. O. Z. — udzielała ubezpieczalnia własnego samochodu, leków i środków opatrunkowych po cenie kosztów własnych oraz wykonywała potrzebne zabiegi rentgenowskie i analizy we własnych zakładach, również po cenie kosztów własnych.

Powyższe fakty świadczą o zrozumieniu poczynani L. W. O. Z. przez instytucje ubezpieczeń społecznych i hołdowaniu przez te instytucje zasadzie, że podniesienie zdrowotności wsi jest czynnikiem o doniosłym znaczeniu dla rozwoju państwa i jego mocarstwowego stanowiska i że wieś jako główny rezerwuwar żołnierza musi być otoczona specjalną opieką zdrowotną, bez względu na to, kto tę opiekę wykona.

Dr med. Eugeniusz Piotrowski.

ZJAZD LEKARZY POWIATOWYCH WOJEWÓDZTWA TARNOPOLSKIEGO.

W dniach 26 i 27 listopada 1937 r. odbył się w Brodach pod przewodnictwem d-ra Kujawskiego, naczelnika wydziału zdrowia i opieki społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Tarnopolu doroczny zjazd lekarzy powiatowych województwa tarnopolskiego, poświęcony omówieniu potrzeb zdrowotnych i działalności publicznej służby zdrowia na terenie województwa. W zjeździe tym poza lekarzami powiatowymi, wzięli także udział naczelnicy lekarze ubezpieczalni społecznych, dyrektorzy szpitali, kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny w Stanisławowie, która obsługuje województwo tarnopolskie oraz przedstawiciele miejscowych władz i urzędów z p. wicewojewodą H.

Niepokulczyckim na czele. Z Warszawy przybył na Zjazd dr M. Zachert, inspektor służby zdrowia w Ministerstwie Opieki Społecznej i doc. F. Przesmycki, kierownik działu Państwowego Zakładu Higieny.

Po powitaniu uczestników Zjazdu przez p. wicewojewodę, inspektor lekarski *dr Feit* przedstawił sprawozdanie ze stanu sanitarnego województwa tarnopolskiego.

W okresie sprawozdawczym przybyło 7 nowych ośrodków zdrowia, 3 poradnie wiejskie, łącznie przeciwgruźlicze i gruźlicze, oraz wiejska stacja opieki nad matką i dzieckiem. Obecnie istnieje 31 ośrodków zdrowia, a 6 jest w okresie organizacji. Działalność tych instytucji wykazuje na ogół wzrost liczb statystycznych. Koszt prowadzenia jest niewielki, wynosi dla jednego ośrodka przeciętnie około 3.200 zł rocznie, koszt porady w porównaniu z okresem ubiegłym obniżył się z 1 zł 30 gr na 97 gr. W zwalczaniu gruźlicy bierze też udział stacja odmy sztucznej w Tarnopolu, prowadzona przez Wojewódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.

Z chorób zakaźnych wzrosły zachorowania na dur płamisty, płonicę i błonicę, a zwłaszcza na czerwonkę, jednocześnie wzrosła również śmiertelność z chorób zakaźnych, dochodząc w durze brzuszny do 7,6%, płamistym 15,1%, czerwonce 9,7%, płonicy 5,4%, błonicy 15,6%. W akcji szczepiennej szeroko uwzględniono szczepienia przeciw czerwonce szczepionką doustną, płynną, a w jednym powiecie podskórna.

Zaopatrzenie w wodę poprawia się, przybyło około 4.000 nowych studzien. Liczba wodociągów wynosi obecnie 10 wodociągów w osiedlach miejskich i 12 wiejskich. Zamierzoną jest budowa wodociągów w 4 wsiach

W okresie sprawozdawczym wybudowano i uruchomiono 9 kąpielisk wiejskich, w budowie jest ich 6, zaprojektowano 14. Z uruchomionych kąpielisk ludność chętnie korzysta. Czynne są też 2 wozy kąpielowo-dezynfekcyjne systemu dr Zimmermanna.

Z innych inwestycji wykończono hale targowe w 4 miastach, rzeźnie w 2 miastach.

Organizacja okręgów sanitarnych przedstawia się niepomyślnie, gdyż obsadzonych lekarzami okręgowymi jest tylko 52% ustalonych okręgów sanitarnych; powodem tego jest stosowanie oszczędności w wydatkach przez samorządy, a z drugiej strony zbyt niskie uposażenie lekarzy, ustalone w województwach małopolskich, co nie zachęca lekarzy do obejmowania tych stanowisk.

Budżety zdrowia wydziałów powiatowych wzrosły stosunkowo nieznacznie w porównaniu z ubiegłym okresem i procentowo w stosunku do ogólnego budżetu i w globalnych kwotach (więcej około 150.000 zł). Wykonanie budżetów przeciętnie w 94%. Nie wszystkie pozycje w budżetach są należycie uwzględnione.

W dziale szpitalnictwa przybyło wykończenie i uruchomienie nowego pawilonu chorób zakaźnych przy szpitalu powszechnym w Tarnopolu na 45 łóżek dla gruźlicy otwartej, w oddziale z tarasami do leżakowania, izolowanym od pozostałej części pawilonu.

Niepomyślnie przedstawia się przyrost ludności, który obniżył się w porównaniu z okresem ubiegłym i wynosi zaledwie 7,1 na 1.000 mieszkańców. Jednocześnie daje się zauważyć stały spadek urodzeń: od 1932/33 z liczby 26,06 na 1.000 mieszkańców do 21,7 w r. 1936/37. Ogólna liczba zgonów zwiększyła się z 14,3 na 1.000 m. do 14,6, jakkolwiek w porównaniu z r. 1932/33 jest niższa, wynosiła bowiem wówczas 15,3 na 1.000 mieszkańców.

Zagadnienie to było przedmiotem dłuższej dyskusji, w wyniku której uznano za najważniejsze wskazania dążenie do rozbudowy akcji zapobiegawczej i sanitarnej, zwalczanie sztucznych poronień, oraz lepsze zapewnienie należytej pomocy lekarskiej.

Sprawozdanie było ilustrowane wykresami z zakresu chorób zakaźnych i budżetów zdrowia, oraz tablicami zestawień statystycznych zgonów i przyrostu ludności. Po uzupełnieniu sprawozdania wyjaśnieniami naczelnika Kujawskiego, lekarze powiatowi złożyli swoje dodatkowe sprawozdania, w których omawiali sprawy aktualne dla wszystkich terenów oraz mające znaczenie lokalne. W ożywionej dyskusji, jaka wywiązała się na tle sprawozdań omawiano pomiędzy innymi tegoroczną epidemię czerwonki i inne choroby zakaźne, zwalczanie gruźlicy w związku z tworzeniem prewentoriów i stacji odmy sztucznej, projektowanych w niektórych powiatach, samorządową służbę zdrowia, zaopatrzenie w wodę i in.

Po przerwie *doc. dr Przesmycki* wygłosił odczyt o zapaleniu opon mózgowych w świetle badań epidemiologicznych i nowych zdobyczy bakteriologicznych, oraz o zasadach postępowania leczniczego, zaznaczając przy tym możliwość pojawienia się tej choroby w woj. tarnopolskim wobec jej nasilenia w województwach sąsiednich.

Inspektor Izby Rolniczej *inż. Kominek* w referacie o stanie i potrzebach organizacji mleczarstwa poruszył rolę lekarzy powiatowych w tej akcji w oparciu o istniejącą sytuację oraz odnośne ustawy. Po referacie wywiązała się dyskusja.

Kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny w Stanisławowie *dr Lachowicz* omówił wytyczne działalności Zakładu oraz współpracy lekarzy powiatowych z Zakładem Higieny.

Naczelnik *dr Kujawski* wygłosił referat o „Gminach miejskich i wiejskich w świetle budżetów zdrowia”. Podnosząc zbyt małe zazwyczaj zainteresowanie budżetami tych właśnie związków samorządowych przedstawił analizę budżetów zdrowia, popartą zestawieniami liczbowymi i wykazującą istniejące możliwości oraz braki w należyłym ujęciu potrzeb zdrowia.

We wszystkich poruszanych kwestiach zabierali głos insp. *dr Zachert* i *doc. dr Przesmycki*, udzielając przy tym wyjaśnień i wskazówek.

Drugi dzień zjazdu rozpoczął się od zwiedzenia szpitala powszechnego, ośrodka zdrowia, „Samoczynnej” Stacji Wodociągów i nowej rzeźni, po czym obrady tego dnia poświęcono sprawom opieki społecznej. Sprawozdania ze stanu tego działu złożyli mgr. *J. Strusiński* i referendarz *Cz. Olesza*, poruszając najbardziej aktualne fragmenty opieki i stwierdzone niedociągnięcia w ich ujęciu i wykonywaniu. Pomiedzy innymi zatrzymano się dłużej na organizacji i działalności powiatowych komitetów pomocy dzieciom i młodzieży, wykazując bardzo znaczne niekiedy usterki w niektórych komitetach powiatowych stwierdzone przy inspekcjach.

W dyskusji lekarze powiatowi zwracali uwagę na zbyt rozbudowaną obowiązującą sprawozdawczość w prowadzeniu zakładów opiekuńczych oraz referatów opieki społecznej. Wypowiadali się przy tym za zwolnieniem lekarzy powiatowych z obowiązku prowadzenia działu opieki społecznej, gdyż to nadmierne obciąża ich i nie pozwa-

la należycie zająć się podstawowymi obowiązkami lekarza powiatowego.

W dłuższej dyskusji na ten temat ustalono na podstawie wyjaśnień *dra Kujawskiego*, że intencją połączenia spraw zdrowia i opieki w rękach lekarzy powiatowych było dążenie do skoordynowania tylko kierownictwa tych dwóch tak pokrewnych działów w jednych rękach, przy tym w rękach odpowiednich. Przykład chociażby kolonii i półkolonii letnich albo nadzoru nad zakładami opiekuńczymi, nad opieką domową i zastępczą itd. świadczy o celowości takiego połączenia. Jednakże, odwrotnie nie było intencją obarczanie lekarzy powiatowych całą manipulacją wykonawczą kancelaryjną w dziale opieki społecznej i niejednokrotnie już domagano się, aby do tych czynności była przydzielona lekarzowi powiatowemu odpowiednia pomoc. Starania te podjęte zostaną ponownie, dopóki kwestia nie zostanie rozstrzygnięta zasadniczo, czy lekarz powiatowy ma być zwolniony z wszelkiego udziału w prowadzeniu opieki społecznej.

Inspektor *dr Zachert* zakomunikował, że sprawa ta znajduje się w rozważaniu przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

W zakończeniu Zjazdu wygłoszone zostały dalsze 3 referaty.

Lekarz powiatowy w Złoczowie *dr Wasung* mówił o „Normach żywnościowych stosowanych w powiecie na półkoloniach letnich”. Na podstawie przedstawionych szczegółowych obliczeń, opartych na przyjętych systemach oceny odżywiania oraz wartości odżywczych pokarmów *dr Wasung* zobrazował dodatnie i ujemne strony stosowanych norm, stwierdzających na ogół należyłą ich skalę na terenie swego powiatu.

Naczelnik *dr Kujawski* w referacie „Z kazuistyki wykroczeń w praktyce lekarskiej” na podstawie przedstawionego konkretnego materiału z terenu województwa stwierdził niepokojący stan obniżenia poziomu etyki ogólnej i etyki zawodowej, wśród lekarzy, nie wyłączając również i lekarzy urzędowych, wśród których znalazło się paru skazanych wyrokiem sądowym. Uważa, że dla poprawy sytuacji same represje nie wystarczą, konieczne jest współdziałanie ogółu lekarzy, zmierzające do wpływu moralnego na oczyszczenie atmosfery życia zawodowego.

Lekarz powiatowy w Zaleszczykach *dr Parymończyk* przedstawił „Współczesne poglądy na kurację winogronową”. W referacie wskazał działania fizjologiczne spożywania winogron na organizm zdrowy, oraz podstawy naukowe i wyniki stosowania tej kuracji w poszczególnych cierpieniach, nadających się do niej. W konkluzji podkreślił duże korzyści osiągnięte przy tej kuracji, która zresztą może być obecnie z całkowitym powodzeniem przeprowadzona w Zaleszczykach, obfitujących w dobre gatunki winogron i zarazem stanowiących uzdrowisko dobrze już przystosowane do pobytu kuracjuszków.

W przeddzień zjazdu lekarze powiatowi, jako delegaci powiatowych Oddziałów Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, wzięli udział w dorocznym walnym zebraniu. Ożywiona dyskusja toczyła się nad sprawozdaniem zarządu wojewódzkiego i nad sprawozdaniami oddziałów, po czym nakreślono plan dalszej pracy i dokonano uzupełniających wyborów do zarządu wojewódzkiego.

Nowoczesny, przewyższający klasyczne metody,
biochemiczny sposób leczenia

WRZODÓW ŻOŁĄDKA i DWUNASTNICY

za pomocą

LAROSTIDINY „ROCHE“

Z A L E T Y:

Szybkie ustępowanie bólów (przeważnie już po 4-5 wstrzyknięciach) i innych dolegliwości wywołanych wrzodem żołądka,

Skrócenie okresu kuracji,

Umożliwione leczenie ambulatoryjne,

Możliwość stosowania swobodniejszej diety,

Szybki przyrost wagi i poprawa stanu ogólnego.

W Y N I K I:

Według dotychczasowych danych objawowe wyleczenie osiąga się w przynajmniej 75% przypadków; w 50% przypadków ustąpienie zmian anatomicznych stwierdza się rentgenologicznie.

OPAKOWANIE:

Pudełko zawierające 6 ampulek po 5 cm³

Pudełko zawierające 25 ampulek po 5 cm³ (na całą kurację).

BLIŻSZYMI INFORMACJAMI ORAZ LITERATURĄ SŁUŻY:

Polska Spółka Wytworów Chemicznych

==== „ROCHE“ S. A. =====

WARSZAWA, ul. RAKOWIECKA Nr 19.

KRONIKA ZAGRANICZNA

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W JUGOSŁAWII.

Ubezpieczenie społeczne w Jugosławii uregulowane zostało zasadniczo ustawą z 1922 r. Ustawa ta, jedna z pierwszych ustaw t. zw. scaleniovych w dziedzinie ubezpieczeń społecznych (scalenie organizacyjne) obejmowała wszystkie rodzaje ubezpieczeń społecznych: chorobowe wypadkowe i emerytalne. Od lipca 1922 r. obowiązywały jedynie przepisy, dotyczące ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego, natomiast ubezpieczenia emerytalnego nie wprowadzono na razie w życie ze względów finansowo-gospodarczych. Dopiero ustawa skarbowa na rok 1936/1937 wprowadza w życie ubezpieczenie emerytalne od 1 września 1937 roku. Obecnie więc ustawa zasadnicza z 1922 r. funkcjonuje już w pełni.

Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają wszyscy pracownicy fizyczni i umysłowi, bez względu na wiek i płeć, a także uczniowie i chałupnicy.

Przeciętne liczby roczne ubezpieczonych były następujące w latach 1930 -- 1936:

1930 r.	631,181 osób,	w %	100;
1932 r.	530,917	"	85;
1933 r.	520,980	"	82.5;
1934 r.	544,000	"	86.3;
1935 r.	564,000	"	89.5;
1936 r.	616,209	"	97.6;

Z zestawienia powyższego widzimy, że rok 1933 wykazuje najmniej ubezpieczonych, w latach następnych 1934 -- 1936 następuje coroczny wzrost a w roku 1937 liczba ubezpieczonych przekroczyła już wyniki 1930 roku. Przekonać się można o tem z niżej podanego zestawienia przeciętnej, miesięcznej liczby ubezpieczonych w latach 1930, 1936 i 1937 (styczeń 1930 = 100).

	1930	1936	1937
styczeń	100.0	94.0	102.3
luty	101.7	94.8	104.0
marzec	104.4	98.5	109.9
kwiecień	106.7	102.6	113.4
maj	107.0	107.3	118.8
czerwiec	112.3	108.1	122.4
lipiec	111.0	107.9	121.3
sierpień	111.6	110.4	123,6

Dla obliczania składek i wymiaru świadczeń ubezpieczeni podzieleni są na grupy zarobkowe. Ustawa ustala dwanaście grup zarobkowych, przy czym do najniższej grupy zalicza się osoby, których zarobek dzienny nie przekracza 8 dinarów (dinar = $\frac{1}{10}$ zł.), do najwyższej należą ubezpieczeni, których zarobek dzienny przekracza 48 dinarów (4.80 zł.). Składki za ubezpieczenie wypadkowe płać pracodawcy w całości, za ubezpieczenie chorobowe składkę w wysokości 4% -- 7% płacy zasadniczej opłacają pracodawcy i ubezpieczeni po połowii.

Przewidziana pierwotnie w ustawie składka za ubezpieczenie chorobowe została w roku 1933, podczas kryzysu gospodarczego podniesiona do maksymalnej wysokości t. j. do 7% zasadniczej płacy i w tej wysokości pozostaje do chwili obecnej, ponieważ mimo wzrostu liczby

ubezpieczonych, przeciętne dzienne płace bardzo wolno wzrastają, jak to widać z następującego zestawienia, i w r. 1937 nie osiągnęły nawet wysokości płac w 1933 r.

Przeciętne płace dzienne w dinarach w miesiącu sierpniu poszczególnych lat:

Rok . . .	1930	1933	1934	1935	1936	1937
Płace . . .	26,94	23,34	22,29	21,72	21,94	23,20

Wpływy ze składek za ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe w milionach dinarów podaje następujące zestawienie:

Rok	Ubezpieczenie chorobowe	Ubezpieczenie wypadkowe
1930	305.5	71.4
1931	293.6	71.9
1932	261.8	57.2
1933	258.6	62.4
1934	259.9	64.9
1935	261.2	62.6
1936	288.3	74.0

Z tego zestawienia okazuje się, że dochód ze składek na ubezpieczenie wypadkowe był najmniejszy w 1932 r., lecz w roku 1936 już jest wyższy niż w 1930 roku, natomiast wpływ ze składek w ubezpieczeniu chorobowym był najmniejszy w 1933 r., w następnych latach następuje wprawdzie wzrost, atoli jeszcze w 1936, pomimo pobierania maksymalnej składki (7%) wpływ ten nie osiąga wysokości 1930 roku.

W niedawno obowiązującym (od 1/9.1937) ubezpieczeniu emerytalnym robotników składka wynosi 3% zasadniczej płacy (18% płacy dziennej składka tygodniowa).

Świadczenia.

W ubezpieczeniu chorobowym i wypadkowym ustawa przewiduje świadczenia pieniężne oraz rzeczowe. W ubezpieczeniu chorobowym ubezpieczeni i członkowie rodzin mają prawo do opieki lekarskiej, leków, leczenia szpitalnego i t. p., poza tym ubezpieczeni mają prawo w czasie niezdolności do pracy do dziennych zasiłków chorobowych, kobiety za do zasiłków położowych i innych świadczeń na wypadek macierzyństwa. Ubezpieczenie wypadkowe pokrywa wydatki związane z chorobami wskutek wypadków przy pracy (opieka lekarska leki i t. p.) wypłaca zasiłki chorobowe w razie przejściowej niezdolności do pracy, oraz renty i zasiłki pogrzebowe w razie trwałej niezdolności do pracy i śmierci.

W ubezpieczeniu emerytalnym robotniczym przysługują renty inwalidzkie (niezdolność do pracy — niemożność uzyskania $\frac{1}{3}$ zarobku, pobieranego przez zdrową osobę), przy czym prawo do renty inwalidzkiej jest uzależnione od przebycia 200-tygodniowego czasokresu ubezpieczenia. Roczna renta inwalidzka, gdy ubezpieczony ma zaliczonych do ubezpieczenia 200 — 500 tygodni składkowych, wynosi ośmiokrotną składkę roczną (24% przeciętnej rocznej płacy), przy dłuższym ubezpieczeniu

podwyższa się renta o 50% (36% przeciętnej rocznej płacy). Podobnie oblicza się i rentę starczą, należną po ukończeniu 70 lat życia i po przebyciu w ubezpieczeniu 500 tygodni. O ile ubezpieczony przeżył w ubezpieczeniu najmniej 100 tygodni t. j. nie nabył praw do renty i

zmarł, pozostali otrzymują jedynie zasiłek pogrzebowy, w innych wypadkach sieroty otrzymują renty sieroce do 16 roku życia, a wdowa zasiłek na okres trzechletni w wysokości 25% renty, jaką pobierał, lub do jakiej miałby prawo zmarły ubezpieczony.

Wydatki na świadczenia chorobowe w latach 1933—1935 (włącznie) były następujące:

Rodzaj świadczeń	Wydatki w milionach dinarów w latach			Wydatki w % całości wydatków na świadczenia w latach		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Zasiłki chorobowe	55,1	60,3	64,8	29,47	30,3	31,1
„ połogowe	9,6	10,0	10,4	5,13	5,0	5,0
„ pogrzebowe	2,3	2,2	2,2	1,23	1,1	1,0
Świadczenia pieniężne ogółem	67,0	72,5	77,4	35,83	36,4	37,1
Koszty opieki lekarskiej	30,1	31,6	33,8	16,09	15,9	16,2
„ lekarstw	29,8	31,0	33,6	15,94	16,0	16,1
„ szpitalne	29,6	30,4	31,5	15,83	15,2	15,1
Sanatoria i domy zdrowia	17,4	19,2	18,4	9,30	9,6	8,8
Dentystyka	3,5	4,0	4,0	1,93	2,0	1,9
Kliniki i ambulatoria	9,5	9,7	10,1	5,08	4,9	4,8
Świadczenia w naturze ogółem	120,0	125,9	131,4	64,17	63,6	62,9
Świadczenia ogółem	187,0	198,4	208,8	100,—	100,—	100,—

W ubezpieczeniu chorobowym widzimy więc stałe postępujący wzrost wydatków na świadczenia pieniężne i to zarówno w liczbach bezwzględnych, jak i w liczbach względnych (w % do ogółu wydatków świadczeniowych), co zaś dotyczy świadczeń w naturze, to aczkolwiek następuje wzrost tych wydatków w cyfrach bezwzględnych to w liczbach względnych następuje spadek (1,27%). Zjawisko to jest zupełnie normalne zresztą (takież rozwój wykazuje ubezpieczenie chorobowe również w Czechosłowacji i Niemczech).

W ubezpieczeniu wypadkowym świadczenia pieniężne i w naturze kosztowały w latach 1933 — 1935 następujące kwoty: 43.75, 48.68 i 50.24 milionów dinarów. Łącznie więc na świadczenia ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego wydano w latach 1933 — 1936 następujące kwoty (w milionach dinarów) 230.75; 247.08; 259.04; 282.02.

Lokaty.

Centralny Zakład ubezpieczeń społecznych przeprowadzający (ma oddziały) te ubezpieczenia lokował w latach 1930 — 1936 rezerwy ubezpieczenia wypadkowego i chorobowego, tudzież rezerwy funduszu pensyjnego pracowników zakładu w sposób następujący:

Na koniec roku	Kwoty w milionach dinarów	Rodzaje lokat w % ogółu lokat			
		Banki	Papiery wartościowe	Pożyczki	Nieruchomości
1930	341,87	22,0	4,5	29,4	44,1
1931	342,34	13,2	3,8	31,9	51,1
1932	372,06	12,6	3,2	32,8	51,4
1933	430,85	20,3	3,1	29,5	47,1
1934	474,76	22,2	2,8	30,9	44,1
1935	527,87	17,6	9,6	32,7	40,1
1936	540,18	13,0	10,8	36,0	40,2

Widzimy więc, że przeważna część rezerw ulokowana jest w nieruchomościach i pożyczkach (dobre zabezpieczenia) i zaledwie 10% w papierach wartościowych. W ciągu najbliższych pięciu lat Centralny Zakład ma lokować nadwyżki rezerw jedynie w inwestycjach, dotyczących budownictwa wogóle a przeważnie rozbudowy urzędów i zakładów leczniczych.

Ubezpieczenie pensyjne pracowników umysłowych.

Oprócz powszechnego ubezpieczenia rentowego istnieje w Jugosławii specjalne ubezpieczenie górników (jak we wszystkich prawie państwach) i specjalne ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych, obowiązujące wprawdzie do końca 1937 roku tylko w Słowenii i Dalmacji t. j. w prowincjach przedwojennej Austrii. Ubezpieczenie to przeprowadzał jeden Zakład w Lublanie (Słowenia) liczący w końcu 1936 r. 12 330 ubezpieczonych. Ubezpieczeni dzielą się na XIV grup zarobkowych, stosownie do płac miesięcznych.

1. Grupa obejmuje płace nie przekraczające 500 dinarów miesięcznie (50.— zł.), 13 grupa 4000 — 4500 dinarów miesięcznie, ostatnia 14 grupa obejmuje ubezpieczonych z płacą miesięczną ponad 4500 dinarów (450.— zł.). Składki za ubezpieczenie wynoszą: od 54 dinarów miesięcznie do 420 dinarów. Renta inwalidzka przysługuje po 60 miesiącach ubezpieczenia i wynosi najczęściej 3000 dinarów rocznie (300.— zł.), w ogóle kwota zasadnicza renty dla wszystkich ubezpieczonych wynosi 1800 dinarów rocznie (180.— zł.); kwoty wzrostu rent zależne są od czasokresu ubezpieczenia i grupy zarobkowej. Najniższa renta inwalidzka (1 grupa płacy) po 5 latach ubezpieczenia wynosi miesięcznie 250 dinarów (81.6% płacy) po 40 latach 555 dinarów (55.5 zł.) t. j. 180% ubezpiecz. płacy. Najwyższa renta inwalidzka po 5 latach ubezpiecze-

nia (14 grupa zarobkowa) wynosi miesięcznie 879 dinarów (87,90 zł.), a po 40 latach 3504 dinarów miesięcznie (73,7% płacy ubezpieczeniowej). Renty starcze są o 10% większe od inwalidzkich i mają do nich prawo ubezpieczeni, którzy przebyli okres wyczekiwania (60 miesięcy) i ukończyli 70 lat (mężczyźni) lub 65 lat (kobiety), bez względu jednak na wiek, gdy wykażą 480 miesięcy składowych (mężczyźni) i 420 miesięcy (kobiety). Renta wdowa wynosi ½ renty inwalidzkiej lub starczej i minimum stanowi kwota 1800 dinarów rocznie. Renty sieroce do ukończenia 18 roku życia wynoszą: na 1 dziecko — 25% renty, na 2 dzieci — 35%, 3 dzieci — 40% renty, 4 dzieci lub więcej — 45% renty inwalidz. lub starczej. Dla pierwszej zupełnej sieroty wynosi minimum renty 1500 dinarów rocznie.

W dzienniku urzędowym królestwa Jugosławii z dnia 29/9.1937 r. L. 272. L. XXIX/622 ogłoszono rozporządzenia o rozszerzeniu działalności ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych na pozostałe terytorium Jugosławii (Kroacja, Serbia, Hercegowina, Czarnogóra, Bośnia), wobec czego dotychczas obowiązujące jedynie w Słowenii i Dalmacji ubezpieczenie (spadek po przedwojennej Austrii) pensyjne pracowników umysłowych obejmuje zakresem działania całe państwo. Rozporządzenie przewiduje i ustala organizację ubezpieczenia zdecentralizowaną terytorialnie. O ile dotychczas działał jedynie jeden zakład, to rozporządzenie przewiduje, że minister opieki społecznej w porozumieniu z Radą Ministrów ustali liczbę i siedziby nowych zakładów pensyjnych, z których każdy będzie samodzielnym administracyjnie i finansowo zakładem ubezpieczeniowym z odrębnym samorządem i administracją. Przejściowo jednak minister mianuje dla każdego powstać mającego Zakładu Ubezpieczeń swego delegata (męża zaufania) i sześciuosobową Radę złożoną po połowie z delegatów zainteresowanych grup (pracodawców i ubezpieczonych). Rozporządzenie postanawia, że najpóźniej do końca 1049 roku mają być przeprowadzone wybory do ciał samorządowych zakładów. Należy przy tym zaznaczyć, że obecnie działający zakład ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych w Lublanie posiada zarząd autonomiczny od 1923 roku.

Ogólnie przyjmuje się, że to rozszerzenie ubezpieczenia pensyjnego obejmie w całym państwie około 60.000 pracowników umysłowych. Zakład w Lublanie będzie liczył przy nowym podziale terytorialnym okrągło 10.600 ubezpieczonych (w końcu 1936 r. było 12.330), t. j. nieco mniej niż obecnie.

Ile powstanie zakładów ubezpieczenia pensyjnego, tego obecnie jeszcze ściśle powiedzieć nie da się, natomiast przewidują, że prawdopodobnie utworzone zostaną Zakład w Zagrzebiu, Białogrodzie i Serajewie, przy czym ubezpieczonych w Zakładzie — Zagrzeb będzie około 16.400 osób, w Białogrodzie — 22.000 osób i Serajewie 11.000 osób.

Art. 3 rozporządzenia przewiduje istnienie wspólnego organu wszystkich Zakładów pod nazwą „Rady ubezpieczenia pensyjnego”. Organ ten będzie obradował według potrzeby, lecz najmniej raz jeden w roku kalendarzowym, przy czym każdemu Zakładowi będzie przysługiwało przy głosowaniu prawo tylko jednego głosu. Pierwsze posiedzenie tej Rady uchwali program prac, przy czym przede wszystkim do zadań Rady będzie należało jednolite wykonywanie ustawy, statutów i rozporządzeń, dotyczących ubezpieczenia pensyjnego, oraz

utworzenie wspólnego funduszu rezerwowego dla wyrównywania ewentualnych strat.

Następnie rozporządzenie reguluje w art. 6 sposób zaliczania do ubezpieczenia okresów ubezpieczenia przebytych w różnych zakładach. Przyjmuje się przy zaliczaniu okresów ubezpieczenia w różnych Zakładach tak, jakby to było ubezpieczenie w jednym zakładzie (zalicza się więc wszystkie okresy ubezpieczenia). Każdy zakład partycypuje w wydatkach na renty i odprawy w stosunku do kwot składowych otrzymanych za ubezpieczenie, płaci więc odpowiednią do kwoty zebranych składek część rent i odpraw. Roszczenie o świadczenia można składać w każdym zakładzie, rozstrzyga jednak o tych roszczeniach ten zakład, w którym ostatnio była ubezpieczona osoba, zgłaszająca roszczenie. Wypłatę świadczeń w całości przeprowadza ten zakład, na który przypada do wypłaty najwyższa część danej kwoty rentowej. Zakłady przeprowadzają rozrachunki raz rocznie między sobą najpóźniej jednak do końca miesiąca marca każdego roku za rok ubiegły. Widzimy więc, że zasady te są zgodne z zasadami zalecanymi przez Międzynarodowe Biuro Pracy przy zawieraniu umów międzynarodowych między państwami z dziedziny ubezpieczeń społecznych. Sprawy sporne między zakładami rozstrzyga Minister Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego.

Rozporządzenie dalej postanawia, że organizację nowych zakładów ma przeprowadzić obecnie działający zakład ubezpieczeń w Lublanie.

Przewiduje się, że roczny przypis składek z tytułu tego ubezpieczenia w całym państwie wyniesie około 140 milionów dinarów (14 milionów zł.).

Rozporządzenie to wypełniło ostatnią lukę, jaką stanowił w ubezpieczeniu społecznym w Jugosławii brak jednolitego i ogólnie obowiązującego ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych. *Jan Zawadzki.*

MATERIAŁY:

Artykuł p. t. „Erweiterung der Sozialversicherung in Jugoslavien” Dr Janko Köstl, Lublana,

„Pensionsversicherung” organ Z. U. P. U. Praga Nr 6 grudzień 1937, str. 131 — 192.

Artykuł „Die Situation der Sozialversicherung in Jugoslavien” („Pensionsversicherung” N. 1 — 2 z 1938 str. 22 — 23) i „Die Sozialversicherung in den Balkanländern” Dr Augustin, („Versicherung und Volkswohlfahrt” Nr. 1 z 1938, Praga str. 14).

CZECHOSŁOWACKIE UBEZPIECZENIE PENSYJNE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W 1937 r.

I. Ubezpieczeni.

Od r. 1935 począwszy wzrasta znacznie corocznie liczba ubezpieczonych, o czym przekonać się można z następującego zestawienia.

Zestawienie Nr 1.

Rok	Liczba ubezpieczonych w końcu roku	Przybytek (+), ubytek (-) ubezpieczonych w ciągu roku
1929	287 874	+ 29 469
1930	310 737	+ 22 863
1931	323 583	+ 12 846
1932	316 456	- 7 127
1933	311 939	- 4 519
1934	316 739	+ 4 802
1935	330 720	+ 13 981
1936	353 822	+ 23 102
1937	380 746	+ 26 924

Przybytek 26 924 ubezpieczonych w 1937 r. jest tym bardziej godny uwagi, ponieważ przyrost ubezpieczonych w latach 1929 i 1930 był wywołany przede wszystkim zmianami ustawy (rozszerzenie obowiązku ubezpieczenia, likwidacja instytucji zastępczych). Przyrost zaś w latach 1935 — 1937 spowodowany jest przeważnie ożywieniem się koniunktury gospodarczej.

Ogólna liczba ubezpieczonych, którzy wstąpili do ubezpieczenia po raz pierwszy w 1937 r. wynosi 53 830 osób. Porównanie tej liczby z liczbami odpowiednimi w poprzednich latach zawiera zestawienie Nr. 2.

Zestawienie Nr 2.

Rok	Po raz pierwszy byli ubezpieczeni			Na 1000 ubezpieczonych było kobiet
	mężczyźni	kobiety	razem	
1932	24 382	14 183	38 565	368
1933	22 561	14 025	36 586	383
1934	22 689	13 159	35 848	367
1935	26 796	15 692	42 488	369
1936	31 419	18 908	50 327	376
1937	33 970	19 860	53 830	369

Ponieważ w podstawach rachunkowych do ustawy pensyjnej przewidywano wstąpienie pierwszych w 1937 r. jedynie 43 500, liczba faktyczna jest znacznie korzystniejsza.

Zestawienie Nr 3 daje obraz ruchu ubezpieczonych w latach 1932 — 1937.

Zestawienie Nr 3.

Rok	Liczby ubezpieczonych z początkiem roku	W ciągu roku zaszło		W ciągu roku zaszło wystąpić z ubezpieczenia wskutek		
		pierwszych ubezpieczeń	ponownych ubezpieczeń	otrzymania renty	śmierci	innych przyczyn
1932	323 583	38 565	81 016	6 037	1 484	119 187
1933	316 456	36 586	80 135	5 846	1 410	113 984
1934	311 937	35 848	86 241	6 609	1 406	109 272
1935	316 739	42 488	91 739	5 754	1 500	112 992
1936	330 720	50 327	98 465	5 392	1 600	118 698
1937	353 822	53 830	105 503	4 589	1 700	126 120

Liczba względna ubezpieczonych kobiet, która w 1928 r. wynosiła 26 na 100 ubezpieczonych, i w następnych latach stale wzrastała, osiągając w 1936 r. — 28,7 na 100 ubezpieczonych ustabilizowała się już i nie należy spodziewać się prawdopodobnie w bliskiej przyszłości dalszego wzrostu.

Liczby dotyczące osób ubezpieczonych dobrowolnie (dobrowolne kontynuowanie ubezpieczenia), oraz opłacających t. zw. „uznaniówkę” (t. j. niską opłatę za zachowanie nabytych uprawnień po przebyciu 60 miesięcy w ubezpieczeniu) podaje tabelka Nr 4. Jak widać z tego zestawienia, od 1935 r. liczby osób dobrowolnie ubezpieczonych stale rocznie wzrastają, liczby zaś osób opłacających t. zw. „uznaniówkę” maleją, co tłumaczy się przepisami noweli z 1934 r., która na przyszłość zniósła prawo do opłacania „uznaniówek”, natomiast bardzo udogodniła i polepszyła warunki ubezpieczenia dobrowolnego, dając możliwość ubezpieczenia się dobrowolnie o cztery grupy płacy niższej od grupy ostatniego ubezpieczenia obowiązkowego, skutkiem czego nastąpił spadek przeciętnej klasy płac ubezpieczenia dobrowolnego z 6,5 (31.XII.1929) na 4,6 (31.XII.1937), u kobiet dobrowolnie ubezpieczonych nawet z 3,8 na 2,3.

Zestawienie Nr 4.

Stan w końcu roku	Liczby dobrowolnie ubezpieczonych	Liczby opłacających „uznaniówkę”	Ogółem
1929	2 221	3 822	6 043
1930	2 491	4 891	7 382
1931	2 925	7 076	10 001
1932	3 670	9 983	13 653
1933	4 249	14 845	19 094
1934	5 083	20 558	25 641
1935	7 506	18 874	26 480
1936	10 066	16 408	26 474
1937	13 014	14 952	27 966

Przeciętna liczba ubezpieczonych, przypadająca na jednego pracodawcę począwszy od 1933 r. stale wzrasta; w końcu 1937 przypadała na jednego pracodawcę 5 ubezpieczonych, co odpowiada danym z 1929 r., a więc czasom dobrej koniunktury gospodarczej.

Okoliczność ta, że świadczenia z ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych są zwłaszcza w niższych grupach znacznie wyższe, niż analogiczne świadczenia robotników pobierających także płace z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, powoduje w wielu wypadkach zgłaszanie się do ubezpieczenia osób, pracujących fizycznie, bądź nigdzie nie zatrudnionych. Ze statystyki pierwszych zgłoszeń do ubezpieczenia okazuje się, że liczby odmownie załatwionych zgłoszeń stale wzrastają i tak gdy w 1929 r. liczba odmownie załatwionych zgłoszeń wynosiła zaledwie 1215, to w 1932 r. — 2755, w 1934 r. — 4570 a w 1937 r. — 6864.

Z badania 6864 zgłoszeń odmownie załatwionych w 1937 r. wypada, że odmów wskutek niepodlegania obowiązkowi ubezpieczenia z powodu pokrewieństwa z pracodawcą było 492, w 2303 przypadkach nie było żadnych danych uzasadniających obowiązek ubezpieczenia (przeważnie brak zajęcia), w 3171 przypadkach przyczyną odmowy była przewaga spełnianych czynności fizycznych.

II. Płace.

Dane statystyczne Powszechnego Zakładu Pensyjnego w Pradze, dotyczące podziału ubezpieczonych na grupy zarobkowe, dają możliwość wcale dokładnie badać rozwój stosunków płac, pobieranych przez pracowników umysłowych. Otóż okazuje się, że wskutek ostatnio przeżywanego kryzysu gospodarczego, przeciętna roczna płaca ubezpieczonego mężczyzny, która wynosiła w końcu 1929 roku 18,585 koron, spadła w końcu 1934 r. do 16,425 koron; zmniejszenie nastąpiło o 11,63%. Przeciętna roczna płaca ubezpieczonej kobiety wynosiła w 1929 roku 10,100 koron, a w 1934 r. — 8,813 koron (zmniejszenie o 12,75%). Zmniejszenie się przeciętnej rocznej płacy ubezpieczonych trwało i w następnych latach (1935 — 1937) i jeszcze w 1937 r. zmniejszenie się płac w stosunku do 1929 r. wynosiło 11,6% (mężczyźni) i 13,73% (kobiety), ogółem 13,36%. Należy przy tym zwrócić uwagę na ten fakt, że w latach 1935 — 1937 na obniżenie przeciętnej rocznej płacy miał duży wpływ niezawodnie i dopływ dużej ilości do ubezpieczenia sił młodych, zazwyczaj nisko płatnych. O zahamowaniu niżki przeciętnej płacy w 1937 r. a nawet o wzroście poziomu płac świadczą dane porównawcze z lat 1936 i 1937, z których wynika, że w 1937 r. przeciętna płaca roczna mężczyzny wzrosła o 1,9%, a kobiety o 1,3%. Zestawienie Nr 5 zawiera dane, dotyczące płac osób ubezpieczonych w latach 1929 — 1937.

Zestawienie Nr 5.
K o n i e c r o k u

Liczby obowiązkowo ubezpieczonych	1929	1931	1933	1934	1935	1936	1937
mężczyzn . . .	213 803	233 782	223 025	227 482	236 383	252 315	271 423
kobiet . . .	73 916	89 348	88 912	89 257	94 337	101 507	109 323
ogółem . . .	287 719	323 130	311 937	316 739	330 720	353 822	380 746
Kwoty składek w tysiącach koron							
mężczyzn . . .	346 080	368 685	336 862	336 830	346 654	367 689	402 299
kobiet . . .	76 308	87 520	82 001	80 664	84 186	88 584	97 856
ogółem . . .	422 388	456 205	418 863	417 494	430 840	456 273	500 155
Przeciętna roczna składka w koronach							
mężczyzn . . .	1 619	1 577	1 510	1 481	1 466	1 457	1 482
kobiet . . .	1 032	980	922	904	892	873	895
ogółem . . .	1 468	1 412	1 343	1 318	1 303	1 290	1 314
Kwoty płac rocznych w tysiącach koron							
mężczyzn . . .	3 973 501	4 204 003	3 768 272	3 736 367	3 841 616	4 068 722	4 459 428
kobiet . . .	746 543	856 121	801 020	786 671	820 666	873 111	952 568
ogółem . . .	4 720 044	5 060 124	4 569 292	4 523 038	4 662 282	4 941 833	5 411 996
Przeciętna roczna płaca w koronach							
mężczyzn . . .	18 585	17 983	16 896	16 425	16 252	16 126	16 430
kobiet . . .	10 100	9 582	9 009	8 813	8 699	8 601	8 713
ogółem . . .	16 405	15 660	14 648	14 280	14 097	13 967	14 214
Ubytek płac w porównaniu z 1927 r. w %							
mężczyzn . . .	—	3,24	9,09	11,63	12,55	13,23	11,60
kobiet . . .	—	5,13	10,81	12,75	13,87	14,83	13,73
ogółem . . .	—	4,55	10,72	12,96	14,07	14,86	13,36

III. *Rozwój działalności świadczeniowej.*

Z zestawienia Nr 6, dotyczącego ruchu rent w latach 1932 — 1937 wynika, że przyrost inwalidzkich rent brutto maleje. W roku 1937 przyznano nowych rent inwalidzkich tylko 1966, t. j. o 41% mniej, niż w 1932 r. (rok najgorszy) i o 22% mniej niż w 1936 r. (2518 rent inwalidzkich). Tendencję zanikową wykazuje również i coroczny przyrost brutto rent starczych. Największy przyrost brutto rent starczych był w 1934 r., wynosił bowiem 3582 renty, w 1936 roku przyrost ten wynosi tylko 2874 renty t. j. o 27% mniej, niż w 1934 r., a w 1937 roku przyrost brutto wyniósł 2623 renty t. j. o 9% mniej niż w 1936 r. Należy przy tym zauważyć, że w latach 1932 — 1937, liczby ubezpieczonych, którzy przebyli okres wyczekiwania, stale wzrastały, a więc należałoby się spodziewać i stosunkowego wzrostu rent, tymczasem tendencja rozwojowa była faktycznie inna t. j. znacznie korzystniejsza dla Zakładu.

Przyrost rent inwalidzkich netto (t. j. po uwzględnieniu ubytku rent w danym roku) w 1934 wyniósł 1835 rent, w 1935 r. — 1642 renty, w 1936 r. — 1177 rent, a w 1937 r. tylko 543 renty, co świadczy również o korzystnym dla Zakładu rozwoju działalności rentowo-swiadczeniowej.

Liczby nowoprzyznawanych rent wdowich wznoszą wprawdzie faktycznie, ale i te liczby są jednak niższe od przewidywanych w podstawach techniczno-rachunkowych do ustawy, — fakt ten jest skutkiem stale zmniejszającej się w ogóle śmiertelności ludności.

Stosunkowo niskie liczby rent sierocych i dodatków na dzieci do rent spowodowane zostały bez wątpienia stale postępującym zmniejszaniem się liczby urodzin.

Wśród świadczeń jednorazowych (tabelka Nr 7) uderza w oczy znaczny wzrost odpraw kobietom ubezpieczonym wskutek zamążpójścia: w roku 1937 odpraw takich wypłacono 5411, t. j. o 16.6% więcej niż w 1936 roku.

Ogólna liczba rent na 1.I.1938 wynosiła 70.957 rent, przy czym rent inwalidzkich było 21.410, rent starczych — 20.657, wdowich — 20.411, sierocych — 7.983, rent — wdowców 11 oraz rent rodzicielskich — 485.

Przeciętna roczna renta inwalidzka wynosiła — 8556 koron (1711 złotych), renta starcza wynosiła 9924 kor. (1985 zł.), renta wdowia — 4308 koron (862 zł.), renta sieroca — 2124 kor. (425 zł.). Ogólna wypłata miesięczna rent wynosiła d. 1.I.1938 r. 35.107.993 korony (7.021.598 złotych).

Zestawienie Nr 7.

Świadczenia jednorazowe w latach 1932—1937

Rodzaj świadczeń	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Odprawy wskutek zamążpójścia . . .	3 888	3 459	3 652	3 937	4 639	5 411
Zasiłki pogrzebowe	2 286	2 579	2 657	2 339	3 065	3 366
Odprawy (wskutek śmierci)	185	192	123	138	130	142

Zestawienie Nr 6.
Działalność rentowa (ruch rent) w latach 1932—1937 (statystyka rachunkowa)

Ruch rent Zakładu w latach 1932—1937	Renty inwalidzkie	Renty starcze	Renty wdowie	Renty sieroce	Renty wdowców	Renty rodziców
Stan dn. 1.I 1932 r.	11 568	7 457	10 974	5 286	4	144
nowych rent przybyło	3 352	2 685	1 593	1 308	—	69
ubytek rent (śmierć)	644	416	243	1 070	—	7
" z powodu braku inwalidztwa (ponownego zamążpójścia)	149	21	36	—	—	—
z innych przyczyn	9	—	6	8	—	—
Stan dn. 1.I 1933 r.	14 118	9 705	12 282	5 516	4	206
nowych rent przybyło	3 143	2 704	1 807	1 484	3	67
ubytek rent (śmierć)	791	471	243	1 071	—	16
" z powodu braku inwalidztwa (ponowne zamążpójście)	234	22	30	—	—	—
z innych przyczyn	22	—	14	17	—	1
Stan dn. 1.I 1934 r.	16 213	11 916	13 802	5 912	7	256
nowych rent przybyło	3 027	3 582	1 842	1 517	2	97
ubytek rent (śmierć)	864	551	293	1 007	—	22
" z powodu braku inwalidztwa (ponowne zamążpójście)	308	557	55	—	—	—
z innych przyczyn	20	510	33	24	—	—
Stan dn. 1.I 1935 r.	18 048	13 880	15 263	6 398	9	331
przybyło nowych rent	2 670	3 084	2 009	1 603	1	69
ubytek rent (śmierć i tp.)	912	654	319	1 030	1	26
" z powodu braku inwalidztwa (ponownego zamążpójścia)	316	114	53	—	—	—
przybytek (+), ubytek (-) z in- nych przyczyn	+ 200	+ 673	+ 129	- 8	—	—
Stan dn. 1.I 1936 r.	19 690	16 869	17 029	6 963	9	374
przybyło nowych rent	2 518	2 874	2 047	1 587	—	90
ubytek rent (śmierć i tp.)	981	740	386	1 024	—	18
" z powodu braku inwalidztwa (ponownego zamążpójścia)	415	64	57	—	—	—
przybytek (+), ubytek (-) z in- nych przyczyn	+ 55	+ 38	+ 31	- 13	—	1
Stan dn. 1.I 1937 r.	20 867	18 977	18 664	7 513	9	445
przybyło nowych rent	1 966	2 623	2 209	1 757	2	71
ubytek rent (śmierć i tp.)	1 050	849	429	1 276	—	33
" z powodu braku inwalidztwa (ponownego zamążpójścia)	496	86	77	—	—	—
przybytek (+), ubytek (-) z in- nych przyczyn	+ 123	- 8	+ 44	- 11	—	+ 2
Stan dn. 1.I 1938 r.	21 410	20 657	20 411	7 983	11	485

Rok 1937 był w ogóle dla rozwoju ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych w Czechosłowacji pomyślnym rokiem. Przybyło ubezpieczonych dość dużo i równocześnie zauważyć można było i podwyżkę płac. Przypis składek z kwoty 492 milionów koro w 1936 r. wzrósł w 1937 roku do kwoty 535 milionów koron t. j. o 43 miliony. Pomyślny był też w stosunkach finansowych rozwój działalności rentowo-świadczeniowej Zakładu.

Jan Zawadzki.

„Die Pensionsversicherung“, organ Powszechnego Zakładu Pensyjnego w Pradze Nr 1 — 2 z 1938 r. str. 1-10.

WYŻYWIENIE DZIECI NA KOLONIACH LETNICH W ITALII.

Wszystkie Ubezpieczalnie Społeczne rozpoczną wkrótce przygotowania do letniego sezonu kolonii, półkolonii i obozów wypoczynkowych dla dzieci i młodzieży.

Przy kalkulowaniu kosztów i ustalaniu jadłospisów było by może interesującym i celowym zaznajomienie się z normami żywienia dzieci kolonijnych w innych kra-

jach, a zwłaszcza w tych, gdzie istnieją olbrzymie organizacje wywczasów t. zn. w Italii („dopolavoro“) i w Niemczech („Kraft durch Freude“).

Będąc we wrześniu 1937 r. w Rzymie miałem sposobność zwiedzić dokładnie wspaniałą wystawę narodową kolonii letnich i opieki nad dzieckiem („mostra nazionale colonie estive e assistenza all' infanzia“), a następnie mogłem przyjrzeć się z bliska kolonii nadmorskiej w Ostii i stwierdzić doskonałe wyniki włoskiego systemu odżywiania, jeżeli chodzi o wygląd i samopoczucie dzieci.

Według ogłoszonych na wystawie danych statystycznych za rok 1936 było w Italii 3 821 kolonii, na których przebywało razem 690.756 dzieci.

Nadmienię tu, że przy wyciąganiu wniosków i czynieniu porównań należy uwzględnić, że ilość ludności Italii jest okrągło o 30% wyższa niż w Polsce — mianowicie Italia 43,121.000, a Polska 33,823.000 (cyfry za rok 1936 wedle „Małego Rocznika Statystycznego 1937“).

Wyżywienie dzieci było następujące:

I. *Śniadanie*: cukru 5 gr, chleba 100 gr, mleka 250 gr, kakao słodowego 5 gr.

II. *Obiad*: ryżu 80gr, mięsa 80 gr, jaj 60 gr, mleka

100 gr, chleba 100 gr, mąki 40 gr, sałaty 50 gr, biszkoptów 20 gr, masła 10 gr, oliwy 10 gr, cukru 5 gr, sera 5 gr, octu 5 gr, cytryn 2 gr, konserw 2 gr.

III. *Podwieczorek*: chleba 100 gr i sera 40 gr.

IV. *Kolacja*: chleba 100 gr, ziemniaków 80 gr, owoców 80 gr, makaronu 45 gr, wędliny 25 gr, masła 10 gr, sera 5 gr, mleka 5 gr, konserw 2 gr.

Zwraca tu uwagę duża różnorodność podawanych artykułów żywnościowych oraz obfita i podawana stosunkowo wcześniej kolacja. Mikroskopijna dawka sera przy obiedzie tłumaczy się zwyczajem włoskim używania sera tartego (parmezanu) jako przyprawy do zup, makaronu itp.

Wedle zestawienia za pełny okres kolonijny wynoszący 30 dni otrzymuje każde z dzieci w tym czasie razem 41.3 kg wiktuałów, a mianowicie:

chleba	12 kg	jaj i masła	1,30 kg
mleka	7,96 „	ryb i wędlin	1,12 „
owoców	5,44 „	sera	0,94 „
ziemniaków	3,55 „	marmelady, kakao,	
jarzyn	2,34 „	cukru, słoju	0,82 „
mięsa	2,04 „	oliwy	0,52 „
makaronu	1,60 „	mąki i przypraw	0,40 „
ryżu	1,31 „		

Pewne niezgodności rachunkowe zachodzące w przeliczeniu podanych wyżej ilości dziennych na miesięczne tłumaczą się przesunięciami w jadłospisach poszczególnych dni, jak np. surogowanie mlekiem i ziemniakami mięsa w dni postne itp.

mgr Cz. Maikowski

dyrktor ub. społ. w Poznaniu

DZIAŁALNOŚĆ OBOWIĄZKOWYCH KAS CHORYCH W NIEMCZECH W ROKU 1937.

Dalszy znaczny wzrost stanu zatrudnienia przynosi kasom chorych wydatne zwiększenie liczby członków. Jeszcze w silniejszym stopniu wzrosły dochody kas, co pozostaje w związku z podwyższeniem poziomu przeciętnych zarobków, a po wtóre z podwyższeniem składek ubezpieczeniowych, które w poprzednich latach zostały obniżone.

W związku z epidemią grypy, jaka panowała na początku r. 1937, świadczenia kas były znacznie wyższe niż w roku poprzednim, ogólnie jednak biorąc, wydatki kas

wzrosły w stopniu znacznie słabszym niż dochody, co w konsekwencji przynosi większą nadwyżkę dochodów niż w roku poprzednim.

Liczba kas chorych uległa w związku z uproszczeniem administracji kas i ich reorganizacją dalszemu skurczeniu. W końcu 1937 r. było 4.565 kas czynnych, t. zn. o 93 kasy mniej niż w roku 1936 i o 1.822 mniej niż w końcu 1933 r.

Liczba ubezpieczonych w kasach chorych wynosiła przeciętnie 20,3 mln. w stosunku do 19,4 mln. w r. 1936, wzrosła zatem w tym roku o przeszło 900 tys. Stosunkowo najsilniejszy przyrost ubezpieczonych wykazują kasy trackie, pozostaje to w związku ze wzmoczeniem zatrudnienia w górnictwie. W pozostałych typach kas liczba ubezpieczonych wzrosła w stopniu słabszym. Liczba ubezpieczonych korzystających ze świadczeń wynosiła w r. 1937 9,1 mln., a zatem o 5,8% więcej niż w roku poprzednim.

Ogólne wydatki kas chorych wynosiły w tym roku 1.419,5 mln. RM. dochody -- 1.438,4 mln. RM. Dochody wzrosły w porównaniu z r. 1936 o 9,2%, wydatki -- o 8,5%. Przeciętnie na jednego ubezpieczonego wydatki wzrosły z 67,17 RM. na 70,13 RM. Przeciętnie biorąc wydatki na leczenie domowe wzrosły o 6,6%, wydatki na leczenie zębów -- o 4,9%, na inne leczenie o 2,9%. Wydatki na lekarstwa wzrosły w tym roku o 1,8%. W związku ze wzrostem liczby członków rodzin ubezpieczonych wydatki kas na członków rodzin wzrosły silniej niż wydatki na innych ubezpieczonych. Wydatki na pierwszych wzrosły mianowicie o 6,6%, na ubezpieczonych tylko o 4,1%. W silniejszym jeszcze stopniu niż świadczenia rzeczowe wzrosły świadczenia gotówkowe. Wydatki na świadczenia pieniężne były w tym roku o 8,1% wyższe niż w r. 1936. Koszty pogrzebowe wzrosły o 6,3%, co spowodowane zostało w znacznym stopniu epidemią grypy, jaka panowała na początku r. 1937.

Koszty administracyjne przeciętnie na jednego ubezpieczonego były w tym roku tylko o 0,7% wyższe niż w roku poprzednim, przy czym wydatki personalne były o 0,5% wyższe, a koszty rzeczowe o 1,4%. Ogólny dochód przeciętnie na jednego ubezpieczonego był o 5% wyższy, dochód z tytułu składek o 5,1% wyższy.

Ogólna nadwyżka dochodów nad wydatkami wynosiła w r. 1937 18,9 mln. RM. w stosunku do 9 mln. RM. w roku poprzednim.

J. Cz.

Dochody i wydatki	1936	1937	1936= 100	1936	1937	1936= 100
	w tysiącach RM.			Przeciętnie na ubezpieczonego RM.		
Pomoc lekarska	278 317	297 827	107,0	14,23	14,64	102,9
Leczenie zębów	72 759	79 222	108,9	3,71	3,89	104,9
Lekarstwa	108 963	114 845	105,4	5,59	5,66	191,3
Leczenie domowe	153 213	168 791	110,2	7,81	8,29	106,1
Zasiłki pieniężne choro- bowe	272 787	305 893	112,1	14,01	15,14	108,1
Inne zasiłki	17 986	20 646	114,8	0,93	1,02	109,7
Lekarstwa	28 753	30 838	107,4	1,47	1,53	104,1
Leczenie domowe } ubezpieczonych	48 261	54 124	112,1	2,47	2,67	108,1
Pomoc pieniężna tygodniowa	104 951	107 960	102,9	5,39	5,32	98,7
Koszty pogrzebowe	12 597	13 879	110,2	0,64	0,68	106,3
Koszty administracyjne } osobowe	85 603	89 325	104,3	4,39	4,41	100,5
	28 616	29 949	104,7	1,43	1,48	101,4
Wydatki ogółem	1 308 075	1 419 514	108,5	67,17	70,17	104,4
Składki ubezpieczeniowe	1 274 139	1 322 598	109,3	65,38	68,70	105,1
Dochody ogółem	1 313 119	1 438 403	109,2	67,56	70,95	105,0

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

„Kraj, zarobek i organizacja Kas Chorych“ (studium o świadczeniach Kas Chorych) przez Dra med. Fr. Reicherta z Berlina *).

Z pośród licznych prac z dziedziny medycyny ubezpieczeniowej, jakie w ostatnich paru latach ukazały się w literaturze zagranicznej wybijają się szczególnie prace Dra Reicherta swoją oryginalnością, znanostwem przedmiotu i głębią ujmowania zagadnień i wysnuwania z nich wniosków, a nade wszystko ścisłością i doskonałością metod pomocniczych.

Autor, stały pracownik centrali organizacji lekarskich w Berlinie, zajmujący się wyłącznie zagadnieniami kas chorych z ramienia organizacji lekarskich, poszukuje dróg celem sprawiedliwego rozwiązania sporu o wynagradzanie lekarzy. Udział lekarzy w pracy niemieckich kas chorych jest olbrzymi, jeśli się zważy, że opiekują się one zdrowiem 36 milionów obywateli. Autor stwierdza, że szczęśliwie minęły czasy, kiedy uważano kasy chorych głównie za instytucje do płacenia zasiłków pieniężnych.

Materiały statystyczne z różnych terenów Rzeszy Niemieckiej charakteryzują rozmiar reakcji ludności niemieckiej na bodziec chorobowy, przy czym stwierdza się tu pewne stałe prawa. Pojęcie choroby jest często względne i biologicznie nie rzadko jest je trudno odgraniczyć od stanu zdrowia. Często zależy to w wysokiej mierze od indywidualnych cech osobnika, przy czym stwierdza się dużą różnorodność odczynów zależnie od środowiska i warunków pracy. Co jeden uznaje za chorobę i zwróci się o pomoc, drugi zupełnie zlekceważy.

Jeszcze w wyższym stopniu uderzają te różnice, obserwowane w różnych krajach Rzeszy. W Hesji np. chorobowość jest około 50% większa, jak w Saksonii, czyli w tych samych warunkach lekarze mają o połowę większą pracę.

Kryzys finansowy ubezpieczenia chorobowego, jaki miał miejsce w latach 1929/30, zmusił rząd do zasadniczych reform. I tak ograniczono władze kas chorych w prawach i zmniejszono znacznie świadczenia. Ostatnie spory z lekarzami miały miejsce w 1930 r. i odtąd dochodzi etapami do porozumienia. Uregulowano prawnie wzajemne stosunki, wprowadzając zasadę, by wynagrodzenia lekarzy regulować w zależności od sytuacji gospodarczej kas chorych, w 1934 r. spadły honoraria lekarskie w stosunku do 1929 r. o 28%.

Propaganda firm farmaceutycznych doprowadziła do polipragmatarii w lekach, toteż w ramowych umowach z lekarzami określono górny limit ordynacji, którego nie wolno przekroczyć. Zaczęto walczyć z przesadnym leczeniem się i zwracaniem się do lekarzy z byle głupstwem w okresach przed świętami (zasiłki!) i t. p.

Wprowadzono dopłaty do porad i leków.

Z biegiem lat przesuwają się punkty ciężkości ze świadczeń pieniężnych na rzeczowe, co ma ogromne znaczenie z punktu widzenia powszechnej zdrowotności w państwie. W kasach chorych zaczyna się myśleć szerszymi kategoriami ogólnopństwowymi, nie tylko lecząc doraźnie chorych, ale, organizując również akcję zdrowotną wśród

ubezpieczonych. Obecnie stara się wszędzie wpoić główną dewizę narodowego socjalizmu, że dobro ogółu stoi ponad dobrem i egoizmem jednostki. Hasło to ma szczególnie doniosłe znaczenie w solidaryzmie społecznym, jakim winny być przepojone rzesze ubezpieczonych.

Zarobek i składka: autor analizuje wartość wynagrodzenia pracowników różnych kategorii, zależnie od ich wymagań kulturalnych i skali życiowej. Osobnik więcej zarabiający nie poczuje kosztów leczenia w tym stopniu co mniej zarabiający. Gdzie duża skala zarobku, tam duże wymagania w chorobie, a poza tym ubezpieczeni mają dużo członków rodzin, których leczenie obarcza w wysokim stopniu kasy chorych. W fabrycznych kasach chorych mają ubezpieczeni o 50% więcej członków rodzin, jak średnia państwowa.

Przeciętny roczny zarobek podstawowy wynosił w Niemczech w 1933 r. 1169 M = 100, największe odchylenie in plus wzgl. in minus stwierdzono w Berlinie (1552 = 133%), w Prusach Wsch. (888 = 77%); w fabrycznych kasach chorych w Szlezwig-Holstein 1931 M = 165%, w wiejskich kasach chorych w Prusach Wschodnich 660 M = 56%.

Analiza zatem zarobków i proporcjonalnych do tego składek wykazuje na materiale poszczególnych rodzajów kas chorych najbardziej rzucające się w oczy różnice. W wiejskich kasach chorych autor podnosi bardzo ciekawą szczegół, że istnieje nawet zależność wysokości zarobku od rodzaju gleby. Studium porównawcze w obrębie samych wiejskich kas chorych jest wielce utrudnione przez specyficzne warunki, istniejące w różnych dużych majątkach rolnych.

W fabrycznych kasach chorych są najwyższe zarobki, a najniższe składki (administrację prowadzą same przedsiębiorstwa); co do cechowych kas chorych są w Niemczech kraje o dużych zarobkach, inne — o małych, — a poziom składek utrzymuje się na ogół wszędzie dość nisko. Na wysokim poziomie utrzymują się składki w miejscowych i wiejskich kasach chorych, przy czym w tych ostatnich zarobki są najniższe.

Do najciekawszych może spostrzeżeń należą rzucające się w oczy w poszczególnych krajach i grupach zawodowych różnice psychofizyczne wśród ubezpieczonych, od czego zależy różnica w odczynie na bodziec chorobowy. Od tych czynników zależy kształtowanie się poziomu świadczeń i wydatków na nie, co pośrednio wpływa również na kalkulację wysokości składki. Za stałą należy przyjąć zasadę, że im mniej pracownik zarabia, tym procentowo drożej musi opłacić swe świadczenia.

Chorobowość obserwowana w poszczególnych prowincjach wśród ubezpieczonych, członków ich rodzin, przy uwzględnieniu niezdolności do pracy, wykazuje dużą skalę rozpiętości, jednak liczby dla poszczególnych krajów i rodzajów kas chorych stanowią pewną stałą wartość: w jednych krajach utrzymują się liczby wysokie, w innych niskie. Stwierdza się dużą chorobowość w Berlinie, w miastach hanzeatyckich, w Nadrenii, w Hessen-Nassau, w Hessen, bardzo mały w Saksonii. Przy rozpatrywaniu poszczególnych rodzajów kas chorych okazuje się, że największa chorobowość ma miejsce we fabrycznych kasach chorych, a najmniejsza w wiejskich. Szczególnie uderza duża liczba członków rodzin w grupie fabrycznych kas chorych w stosunku do wiejskich kas chorych.

*) Landschaft, Lohn und Krankheit, eine Studie über die Leistungen der Krankenversicherung Von Dr med. F. Reichert, Berlin, Verlag d. deutschen Ärzteschaft, Berlin 1936.

Im większy jest poziom płac zasadniczych, tym większa jest liczba chorych członków rodzin.

Leki: analiza wydatków na leki nie da się nagiąć do przyjętych przez autora tez w innych dziedzinach. Autor stwierdza na podstawie cyfr, że wysokość wydatków na leki zależy przede wszystkim od samego materiału ludzkiego i od stopnia zachorowalności.

Leczenie szpitalne: autor wypowiada tu następujące tezy:

1) gdzie tani szpital — tam dużo chorych leczonych w nim,

2) im niższe honoraria lekarskie, tym więcej dni szpitalnych,

3) gdzie wielkie zarobki i składki, tam więcej łoża na leczenie zakładowe ubezpieczonych i członków ich rodzin.

W końcu autor poddaje krótkiej analizie i ocenie zagadnienia organizacji niemieckich kas chorych, zwracając uwagę na ich rozproszkowanie i rozdrobnienie. Następstwem tego stanu jest tak rozmaity poziom świadczeń i w związku z tym nasuwa się myśl konieczności sprawiedliwszego wyrównania ciężaru społecznego w niemieckim ubezpieczeniu chorobowym.

Piękne, przejrzyste i bardzo pogładowe kolorowe wykresy załączone do tej cennej pracy uprzystępniają jej studium.

Dr J. Szumski.

Istituto di Studi Legislativi. *Giurisprudenza comparata di diritto corporativo sindacale e del lavoro*. A cura del segretario Generale dell' Istituto prof. Salvatore Galgano. Volume I. Fasc. 1: Rasseque di *Giurisprudenza*: Germania, Belgie, Gran Bretagna; Fasc. 2: Rasseque di *Giurisprudenza*: Francia, Italia, — Roma, 1937/XVI.

Jednym z wyrazów dobrej pracy prawnictwa włoskiego są wydawnictwa zapisanego na trwałe w dziejach wiedzy prawniczej wielu krajów „Istituto di Studi Legislativi”, mieszczącego się w rzymskim Pałacu Sprawiedliwości. Pierwszym i najpopularniejszym periodykiem tego Instytutu jest *Rocznik Prawa Porównawczego i Studiów Prawniczych* (*Annuario di diritto comparato e di studi legislativi*). Jedenaście lat, od roku 1927, pełni ten *Rocznik* poważną służbę informacyjną, coraz wzmagając swój zasięg i swoje zainteresowania.

Ze 123 stron pierwszego zeszytu, omawiającego orzecznictwo, ustawodawstwo i prawoznawstwo 7 krajów, już w roku 1929, regularnie zasilając biblioteki prawnicze, rozszerza swą objętość do 252 stron, by w roku 1930 podnieść swą objętość do 1 015 stron druku. Kronika ustawodawcza nie poprzestając na 7 krajach — pod kierunkiem twórcy i inicjatora wydawnictwa, prof. Salvatore Galgano, może już dać w roku 1929 czytelnikom szczegółowe i źródłowe dane z 13 krajów, by w roku 1930 osiągnąć liczbę 22 państw, uwzględnionych w wydawnictwie, liczbę ciągle wzrastającą i dziś już przekraczającą 30.

Wraz z rozwojem wydawnictwa wszedź przyszła kolej na opracowania periodyczne szczegółowe tych zagadnień, które były wprowadzane uwzględniane w dotychczasowym „Annuario”, ale często bardzo fragmentarycznie, co nie mogło wystarczyć przy coraz większej rozbudowie szeregu nowych dziedzin prawa i polityki prawnej. Tę ewolucję wydawnictwa znacząco szereg opracowań periodycznych, bądź poświęconych badaniom ustawodawstwa

(„Repertorio della Legislazione Mondiale” oraz „Repertorio de Legislazione Internazionale”), bądź też pracom bibliograficznym („Bibliografia Giuridica Internazionale”), bądź też opracowaniom zagadnień już szczegółowych przy zachowaniu ogólnej linii redakcyjnej wydawnictw Instytutu — badanie orzecznictwa przez analizę doktryny („Giurisprudenza Comparata di Diritto Internazionale Privato” oraz „Giurisprudenza Comparata di Diritto Commerciale Marittimo Aeronautico Industriale e d'Autore”).

Ostatnio Instytut podjął zgodnie z powyższą linią rozwojową bardzo ciekawe wydawnictwo, mające na celu przedstawienie źródłowe i dokumentarne jurysprudencji w szeregu krajów w zakresie prawa korporacyjnego i prawa pracy. Zestawienie prawa pracy i prawa korporacyjnego jest niezwykle ciekawe i jest zjawiskiem bardzo charakterystycznym dla Włoch współczesnych oraz tych państw, które przyjęły formy korporacyjne; śladem Włoch, ale jak dotąd z poważnymi modyfikacjami nie tylko praktycznymi, lecz sięgającymi głębokich zagadnień teoretycznych, czego dowodem jest salazarowska Portugalia ze swoją koncepcją korporacjonizmu demokratycznego i w pewnej mierze Austria z formą korporacyjną życia gospodarczego, zwaną niekiedy korporacjonizmem chrześcijańskim. Problem powiązania problemów pracy i korporacjonizmu jest o tyle dla nas ciekawy, że prawo korporacyjne jest problemem organizacyjnym, prawem publiczno-prawnym, prawo pracy zaś — przynajmniej jak dotąd — jest drobnym wynikiem (w naszej rzeczywistości) w zespole tradycyjnych pojmoowań prawa cywilnego. Jeżeli więc korporacjonizm istotnie potrafił podnieść problem pracy na tak wysoki poziom, jaki przysługuje funkcji o doniosłym znaczeniu gospodarczo-społecznym, to nie wchodząc w analizę złych czy dobrych stron tej wcale nie nowej koncepcji ustroju społecznego, analizę zresztą bardzo ciekawą zwłaszcza w ramach obowiązującej konstytucji, jej art. 76 i niektórych postanowień dekalogu, trzeba przyznać jemu w tej mierze istotną zasługę. I — aczkolwiek stawianie problemu prawa korporacyjnego łącznie z prawem pracy jest zupełnie zrozumiałe tylko we Włoszech i w krajach korporacyjnie usposobionych, — to jednak sam fakt podjęcia osobnego wydawnictwa, poświęconego prawu pracy jest wystarczającym powodem do tego, aby nowe wydawnictwo powitać ze szczególną uwagą.

W okresie bowiem kolosalnego rozwoju zagadnień socjalnych prawo pracy, a nawet szersze pojęcie — prawo socjalne — wysuwa się na czoło konstruktywnych zagadnień prawnych, stawiając coraz wyraźniej w cieniu usłużone prawo cywilne. Stąd też powstaje intensywna potrzeba badania tego, co do niedawna było właściwie tylko prawem jednej klasy czy jak kto woli — warstwy, co nie interesowało poza fantastami i pracownikami nikogo.

Ze specjalną więc starannością trzeba przejrzeć bogaty materiał zawarty w pierwszym i drugim zeszycie tomu I tego nowego wydawnictwa, mającego wszelkie cechy pracy pionierskiej, nie dlatego, że niesie ideę korporacjonizmu, ale dlatego, że stawia problem prawa pracy, jako zagadnienie, któremu poświęca się osobne periodyki przy zastalowaniu zawsze niezawodnej i zawsze pewnej, spokojnej i rzeczowej analizy naukowej, chroniącej prawo i prawoznawstwo przed donkiszoterią.

Zeszyt I zawiera przegląd orzecznictwa niemieckiego w okresie pięciolecia 1932 — 1936 pióra dr. Ernesta

Heinitza. Ciekawy ten zbiór i jego wnikliwa analiza jest dokumentem charakterystycznym z uwagi na daty obejmujące Niemcy przedhitlerowskie i Niemcy trzeciej Rzeszy, rok bowiem 1932 jest jeszcze rokiem republiki weimarskiej i w dziedzinie prawa pracy z doskonałą szkołą niemiecką i jej bogatą w tej mierze literaturą tkwi w pietyzmie i tradycji dla form i norm uswięconych doktryną, rok 1936 jest rokiem trzechletnich rządów narodowego socjalizmu, który nie tylko przeorał i zniszczył doktrynę, ale zbudował czy też — last no least — starał się zbudować nową doktrynę — właśnie — pracy i prawa pracy. Ciekawe zestawienie wyroków Reichsarbeitsgerichtu, poparte dokładną analizą krytyczną i źródłową dokumentacją, orzecznictwo Reichsehrengerichthof'u oraz Reichsgerichtu — dają obraz ciekawy zasad, stanowiących podstawę praktyki i teorii naszego zachodniego sąsiada. 110 stron tekstu włoskiego i niemieckiego, często przeplatane drobny drukiem może dać zaledwie formalne pojęcie o poważnym wysiłku autora i wartości pozytywnej tej pracy.

Za okres dwóch lat 1932 — 1933 przegląd orzecznictwa belgijskiego w omawianej dziedzinie drukuje prof. Madeleine Gevers z Brukseli, prowadząc również sposobem pewnej i głębokiej informacji, metody jasnej w publikacji i pełni w dokumentacji, przegląd orzecznictwa, przy czym redakcja zostawiła tylko tekst orzeczeń w języku francuskim, analizę i glossy tłumacząc na język włoski.

Wielką Brytanię w zakresie prawa pracy za lata 1932 — 1936 reprezentuje pióro prof. Ernesta Cohna i prof. A. G. Davisa. Tu tekst angielski został nietylko przy omawianych orzeczeniach, ale i przy ich analizie, tylko — jak w przeglądzie niemieckim — redakcja ograniczyła się do krótkich streszczeń w języku włoskim.

Pod redakcją prof. R. Rodière z Algieru opracowane jest w zeszycie drugim orzecznictwo francuskie za lata 1933 — 1936. Opracowanie jest bardzo szczegółowe i zawiera przegląd roczny najciekawszych zagadnień prawa pracy, związanych z orzecznictwem sądowym. Obszerne to studium stanowi chlubne świadectwo dla wiecznie żywej myśli prawniczej francuskiej, przodującej lekkością sformułowań i precyzją wyrażań. Żałować należy, że cały tekst analizy, rozłożonej na 60 stron, jest przetłumaczony na język włoski, nie zawsze wszystkim znany i nie tak rozpowszechniony jak język francuski.

Włochy przez pióra prof. P. Corso i dr. Heinitza dają również ciekawy przegląd jurysprudencji tym ciekawszy, że zawierający już elementy prawa korporacyjnego, jako pozytywne osiągnięcie doświadczonych państwowych lat kilkunastu, bowiem przegląd obejmuje i tutaj lata 1932 — 1936. Na uwagę zasługują tematy z prawa korporacyjnego jak natura prawna umowy zbiorowej, jako analiza istoty zagadnienia (Heinitz, str. 198) i stanowiska kasacji (Corso, 201), locatio operis, locatio operarum i umowa o pracę (Heinitz, 211), a dalej istota prawna Karty Pracy (Corso, 230), zagadnienie umowy indywidualnej i regulaminu zbiorowego (231); w innym dziale stosunek pracy prawnoprywatny, prawo proceduralne pracy, i t. d.

Tak wygląda w szkicu zawartość dwóch nadesłanych nam zeszytów. Metoda wykładu gwarantuje wydawnictwu w najszerszych kołach prawnictwa światowego poważny sukces, gdyż redakcja czuwa nad tym, aby z jednej strony — uczony prawnik czy też wybitny praktyk oświecił wszechstronnie zawartość też omawianych przez siebie orzeczeń instancji kasacyjnych danego kraju z dokład-

nym i wnikliwym uwzględnieniem porządku prawnego tego kraju oraz poddał je analizie krytycznej, z drugiej zaś strony, aby możliwie uwzględnił analogiczną w tej mierze judykaturę obcą.

Żałować tylko należy, że dla gruntownego przestudiowania choćby tych dwóch zeszytów trzeba znać właściwie cztery języki, w przeciwnym bowiem razie musi czytelnik ograniczyć się albo do streszczeń włoskich, jeżeli zna ten język, albo też stanie wobec konieczności zwięzienia zakresu swojego poznania w zależności od umiejętności władania tym albo innym językiem. Skoro Instytut Studiów Prawnych wyszedł w swoich wydawnictwach na szerokie forum międzynarodowe, zyskuje sobie współpracę uczonych kilkudziesięciu państw, wydaje się, że powinien uwzględnić w znacznej mierze nie tylko potrzeby rynku wewnętrznego, ale i rynku międzynarodowego przez ujednoczenie tekstów w języku możliwie najbardziej rozpowszechnionym. Jest bowiem rzeczą oczywiście jaknajbardziej pożądaną, aby wysiłek i trud redakcji, przynoszący tak cenne opracowanie, mógł być w całości a nie tylko w wycinkach dla ogółu udostępniony.

Mgr Tadeusz Orlewicz

PRZEGLĄD PRASY LEKARSKIEJ.

Dr Antoni B. Henke — Grodzisk Wlkp. Organizacja służby ratowniczej na prowincji. Nowiny Społeczno-Lekarskie Nr 3/38 r.

Na wstępie charakteryzuje autor dotychczasowy stan organizacji pierwszej pomocy lekarskiej na prowincji, w małych miastach, liczących 2 — 6 lekarzy, gdzie cnoty w nocy lub święta błazni niejednokrotnie od drzwi jednego lekarza do drugiego, szukając daremnie doraźnej pomocy lekarskiej.

Dla usunięcia tych braków i wadliwości proponuje autor ustalenie dyżurów lekarzy w jednym punkcie danego miasta np. w szpitalu, przychodni, na posterunku P. P. lub tp., gdzie dyżury pełniliby ratownicy P. C. K., którzy pozostawaliby w stałym kontakcie z lekarzem dyżurnym i mogli go wezwać telefonicznie każdej chwili, do udzielenia pomocy lekarskiej.

W ten sposób zdaniem autora stworzymy sobie drużyny sanitarne praktycznie przeszkolone, damy możliwość zarobkowania członkom tych drużyn, przyczynimy się do propagowania idei i poczynań P. C. K. a przy tym ułatwimy pracę lekarzom o tyle — że będą oni pełnić na zmianę dyżury tygodniowe wzgl. dłuższe lub krótsze, zyskując przez to możliwość korzystania z odpoczynku w pewnym określonym czasokresie.

Dzięki takiej organizacji pracy lekarzy, będą oni zdaniem autora mniej wyczerpani jak dotychczas z powodu ustawicznego niejako „pół-czuwania” i stanu wiecznego pogotowia, będą mogli poświęcić więcej wolnego czasu dla rodziny czy na pracę społeczną, naukową lub t. p., a tym samym przedłużyć swoje życie.

Dla tych miejscowości, gdzie praktykuje tylko jeden lekarz, proponuje autor ustalić wzajemne zastępstwa sąsiedzkie, oczywiście przy niezbyt dużych odległościach i odpowiednich drogach oraz środkach komunikacyjnych, a punkt dyżuru proponuje umieścić zależnie od warunków lokalnych bądź to w domu lekarza, bądź też na posterunku P. P., w ośrodku P. C. K. lub tp. — względnie proponuje zorganizować miesięczne nocne zastępstwa młodych lekarzy lub absolwentów medycyny, którzy mieszkając u

lekarza, za dnia mogliby się uczyć i odpoczywać, a nocą dyżurować.

Jeżeli chodzi o rozliczanie się zastępujących lekarzy — to trudności tu nie widzi, gdyż można oprócz organizacji dyżurów na zasadzie wzajemności.

Uważa jednak, że w razie zorganizowania takich dyżurów i stworzenia niejako stałego pogotowia lekarskiego — winno społeczeństwo wzgl. odpowiednie instytucje udzielić pewnej subwencji pieniężnej organizacjom lekarskim.

Tak by się mniej więcej przedstawiało stanowisko autora w powyższej sprawie.

Jakkolwiek można dyskutować co do sposobu wprowadzenie w życie projektu autora, — to trzeba przyznać, że inicjatywa zorganizowania dyżurów lekarskich w małych miastach jest słuszna i celowa. Musimy jednak pamiętać o tym, że projekt taki da się zrealizować tylko w niektórych województwach np. zachodnich, gdzie element lekarski pod względem organizacyjnym jest bardziej zdyscyplinowany a pod względem narodowościowym jest niemal że jednolity.

W innych natomiast województwach organizacja dyżurów lekarskich natrafił moim zdaniem na wielkie trudności, zwłaszcza tam, gdzie kwitnie tzw. brudna konkurencja łącznie z instytucją nałaniaczy. Tam bowiem napotka ona zarówno na opory ze strony samych lekarzy jak i warunków terenowych, co np. przy organizacji wzajemnych sąsiedzkich zastępstw może mieć duże znaczenie.

Nie zdaje mi się również, aby warunki materialne lekarzy wolno-praktykujących na prowincji były tego rodzaju, aby lekarze ci mogli sobie pozwolić na opłacanie zastępców nocnych czy to w formie angażowania młodych lekarzy czy absolwentów medycyny wzgl. aby zarobki pieniężne za te dyżury nocne mogły wystarczyć na pokrycie kosztów tego rodzaju zastępstw.

Wciążanie ratowników P. C. K. do dyżurów lekarskich, jakkolwiek wydaje się pomysłem szczęśliwym — może jednak w przyszłości okazać się pociągnięciem niezbyt korzystnym zarówno dla interesu chorego jak i lekarza, zwłaszcza, jeśli ci z chęci zysku (a to przecież jest zawsze pokusa) będą woleli sami zafatwić pacjenta i nie wzywać lekarza, „aby mu nie mącić jego odpoczynku“ — co znowu dla zdrowia i życia pacjenta nie zawsze może być obojętne.

Nie wdając się jednak w dalszą ocenę czy polemikę z projektem autora, pragnąłbym tylko nadmienić, że na podobnych zasadach są już od dłuższego czasu zorganizowane dyżury i pogotowia lekarskie w niektórych ubezpieczalniach społecznych, zwłaszcza w takich miejscowościach, gdzie ubezpieczalnia zatrudnia po kilku swoich lekarzy. Dyżury takie są ogromnym dobrodziejstwem dla lekarzy instytucji ubezpieczeń społecznych, albowiem dając lekarzowi możliwość korzystania z odpoczynku nocnego i świątecznego w pewnych stałych odstępach czasu — wpływają korzystnie na jego samopoczucie a tym samym podnoszą jakość jego pracy oraz zwiększają jej wydajność.

To też uważam, że byłoby celowym dla instytucji ubezpieczeń społecznych, aby do obowiązującej obecnie organizacji lecznictwa, opartej o system lekarza domowego, wprowadziły instytucję dyżurów i pogotowia lekarskiego w tych wszystkich miejscowościach, które jej jeszcze nie posiadają, na zasadach projektu autora a szczególnie, aby

zorganizowały tzw. sąsiedzkie zastępstwa w miejscowościach o jednoosobowej obsadzie lekarskiej. W takich bowiem miejscowościach lekarz spełnia najtrudniejszą i najbardziej odpowiedzialną pracę, zwyczajnie przy tym niedość należycie honorowaną i stąd też wyłania się konieczność zapewnienia takiemu lekarzowi ze strony instytucji ubezpieczeń społecznych należnego mu odpoczynku jeśli już nie nocnego to przynajmniej świątecznego w pewnych choćby dłuższych odstępach czasu.

Dr med. E. Piotrowski

PRZEGLĄD WYDAWNICTW Z ZAKRESU BEZPIECZENSTWA PRACY.

Ukazał się 1. zeszyt 1938 r. miesięcznika „Bacność przy pracy i w życiu codziennym”, rozpoczynający 5 rok istnienia tego wydawnictwa, przeznaczonego dla najszerszych rzesz pracowników fizycznych. Zeszyt ten przynosi zapowiedź cyklu artykułów, mających zapoznać czytelników z ważniejszymi działami produkcji przemysłowej i rozwojem techniki.

Artykuł dr N. Krakowskiej, jako pierwszy z cyklu artykułów „Dbajmy nie tylko o narzędzia, ale i o narządy pracy”, omawia sprawę utrzymania w stanie należytej sprawności rąk i nóg pracownika. Reszta numeru, poza krótką wzmianką o bezpieczeństwie pracy w przemyśle młynarskim oraz artykułem „Przewidujemy”, mającym duże znaczenie wychowawcze, poświęcona jest sprawie zabezpieczenia pił tarczowych. Popularny opis tych zabezpieczeń i podkreślenie znaczenia ich dla pracownika, poparte przejrzystymi i dobrze dobranymi ilustracjami, będą w dużym stopniu pomocne przy wprowadzeniu na terenie fabryk osłon pił tarczowych typu szwajcarskiego, które z inicjatywy Wzorcowni Ochron przy Muzeum Techniki i Przemysłu wyrabiane są już obecnie w kraju.

Ponadto ostatni numer Bacności zawiera III część konkursu rysunkowego, którego celem jest zwrócenie uwagi robotników na grożące im niebezpieczeństwa spowodowane niedbalstwem pracowników, nieprzestrzeganiem porządku i czystości oraz obowiązujących na terenie każdej fabryki przepisów.

Konkurs ten będzie miał niewątpliwie duże znaczenie pedagogiczne i zainteresuje czytelników, tym bardziej, że uczestnikom tego konkursu przyznane będą nagrody.

Całość numeru, zredagowana jak zawsze przystępnie i żywo, stanowi pożyteczną lekturę, dostosowaną w zupełności do poziomu robotnika.

Nr 1 — 2 miesięcznika „Bezpieczeństwo i Higiena Pracy” poświęcony został dwóm zagadnieniom: ochronie pracowników narażonych na stykanie się z produktami trującymi i żrącymi oraz bezpieczeństwu pracy na bocznicach kolejowych.

Przy omawianiu produktów trujących i żrących poruszono ujemny wpływ na organizm ludzki kwasu krzemowego (pylica płuc), chemicznych środków czyszczących, jak kw. siarkowy, kw. azotowy, fosgen i benzol, produktów działających szkodliwie na skórę, wreszcie działanie metali trujących (ołów i rtęć) oraz sprawę ochrony oczu przed oparzeniem ciałami żrącymi.

Sprawa bezpieczeństwa przy ruchu przetokowym na bocznicach kolejowych została szczegółowo omówiona i zilustrowana licznymi rysunkami i uzupełniona instrukcjami i przepisami dla pracowników.

Poza tym omówiono sprawę zaliczania zakładów pracy do kategorii i klasy niebezpieczeństwa w związku z wchodzącą w życie nową taryfą zaliczeniową.

Treść numeru uzupełniają komunikaty o działalności w dziedzinie bezpieczeństwa pracy Stow. Inżynierów Mechaników Polskich, Stowarzyszenia Elektryków Polskich oraz Związku Przemysłu Chemicznego R. P., opis akcji bezpieczeństwa pracy prowadzonej na terenie Tomaszowskiej Fabryki Sztucznego Jedwabiu, kronika krajowa i zagraniczna.

Obserwowany w ostatnich latach szybki wzrost zainteresowania przemysłu walką z wypadkami przy pracy jest między innymi заслуżą również wytrwałej działalności czasopisma „Bezpieczeństwo i Higiena Pracy”, które, utrzymywane stale na wysokim poziomie, od lat 5 porusza sprawy z bezpieczeństwem pracy związane, przyczyniając się w dużym stopniu do spopularyzowania tego zagadnienia w sferach przemysłowych.

„Czego uczy nas karta wypadkowa” inż. B. Kuszner, wydanie Instytutu Spraw Społecznych — Warszawa, 1938. Str. 80.

W prowadzonej przez Z. U. S. akcji bezpieczeństwa pracy, mającej na celu zmniejszenie liczby wypadków przy pracy i złagodzenie ich skutków, duży nacisk położony jest na to, by każdy wypadek, jaki zdarza się na terenie zakładu pracy, został należycie przez kierownictwo tego zakładu zbadany i rozważony, by stał się on przestrożą na przyszłość i wskazówką przyczyny wypadku, która powinna być natychmiast usunięta. W tym celu organizacje branżowe, współpracujące z Z. U. S. w zakresie walki z wypadkami, żądają od swych członków wypełnienia dla każdego wypadku karty wypadkowej, zawierającej najważniejsze dane o okolicznościach w jakich wypadek zaistniał, jego przebiegu, skutkach i przyczynach oraz zarządzeniach wydanych dla uniknięcia podobnych wypadków w przyszłości. Praca inż. Kusznera, która ukazała się z inicjatywy Związku Fabrykantów dykt i fornierów, ma na celu zaznajomienie kierowników zakładów przemysłowych z kartą wypadkową, sposobem jej wypełniania i korzyściami jakie może i powinno przynosić skrupulatne i rozumne wypełnianie kart wypadkowych.

Na wstępie autor zaznajamia czytelników z poszczególnymi rubrykami karty wypadkowej omawiając ich cel i sposób wypełniania, następnie zaś, po krótkim przedstawieniu przebiegu produkcji dykt, przechodzi do zanalizowania wypadków, zaszłych w fabrykach dykt i fornierów w okresie rocznym od 1.VI.1936 r. do 1.VI.1937 r. Omawiając zaszłe wypadki według działów produkcji, autor poświęca specjalną uwagę wypadkom związanym z transportem, jako najliczniejszym nie tylko w przemyśle dyktowym, lecz niemal we wszystkich gałęziach przemysłu. Z kolei przechodzi do omówienia wypadków przy parzeniu kłóców w dołach oraz przy maszynach stosowanych przy fabrykacji dykt. Jakkolwiek głównym celem pracy było wskazanie, na podstawie kart wypadkowych, najważniejszych źródeł niebezpieczeństwa w fabrykach dykt i sposobów zapobiegania wypadkom, autor rozpatruje również szczegółowo sposób w jaki karty zostały wypełnione, wykazując usterki i niedociągnięcia i poddaje krytycznej ocenie zarządzenia kierowników fabryk, wydane w celu zapobieżenia wypadkom na przyszłość, dzięki czemu książka przyczyni się w dużej mie-

rze do właściwego wypełniania kart wypadkowych i wyciągnięcia z nich pełnej korzyści.

Na zakończenie przedstawiono plan pracy zapobiegawczej, prowadzonej przez Komisję Bezpieczeństwa Pracy przy Związku Fabrykantów Dykt i Fornierów oraz osiągnięte w dotychczasowej pracy wyniki.

Przejrzysty układ książki, wnikliwa analiza wypadków i ich przyczyn, oparta na dobrze dobranych i barwnie przedstawionych przykładach, w połączeniu ze stylem żywym i płynnym czynią z niej nie tylko ze wszelkiemi miar pożyteczną, ale i miłą lekturę, która powinna znaleźć się w rękach wszystkich mających styczność z zagadnieniem bezpieczeństwa pracy i przyczyni się w dużej mierze do tego, że karta wypadkowa, zgodnie z jej przeznaczeniem, stanie się skuteczną bronią w walce z wypadkami przy pracy.

Saloni.

Inż. bezp. pr. Z. U. S.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ.

REVUE INTERNATIONALE DU TRAVAIL — miesięcznik, Genewa. Nr 2, luty 1938.

Paulin, V.: *Le travail à domicile en France: Les origines, son évolution, son avenir.* (Chałupnictwo we Francji: jego powstanie i rozwój oraz widoki na przyszłość).

INFORMATIONS SOCIALES — tygodnik. Genewa. Nr 11 z dn. 14 marca.

Extension aux gens de maison de la loi sur la réparation des accidents du travail en Espagne. (Rozciągnięcie ubezpieczenia wypadkowego na służbę domową w Hiszpanii).

Mise en vigueur de la loi générale sur les assurances sociales en Grèce. (Wejście w życie ogólnej ustawy o ubezpieczeniach społecznych w Grecji).

La développement de l'assurance-tuberculose obligatoire en Italie. (Rozwój przymusowego ubezpieczenia od gruźlicy we Włoszech).

DIE ORTSKRANKENKASSE — dekada, Berlin. Nr 7/8 z dn. 1 marca.

Numer o zwiększonej objętości, poświęcony omówieniu niemieckiego systemu ubezpieczeń społecznych, jako materiał na najbliższy międzynarodowy kongres rzeczoznawców ubezpieczeniowych.

Krohn: *Das deutsche Volk und seine Sozialversicherung.* (Naród niemiecki a ubezpieczenie społeczne).

Engel, H.: *Von der Entwicklung der Sozialversicherung im Dritten Reich.* (Rozwój ubezpieczeń społecznych w Trzeciej Rzeszy).

Sauerborn, M.: *Der Staat und die Sozialversicherung.* (Państwo a ubezpieczenie społeczne).

Richter, L.: *Die Geschichte der deutschen Sozialversicherung.* (Historia niemieckich ubezpieczeń społecznych).

Martin: *Die deutsche Krankenversicherung.* (Ubezpieczenie na wypadek choroby w Niemczech).

Schäffer, H.: *Die deutsche Invalidenversicherung.* (Ubezpieczenie emerytalne w Niemczech).

Griessmayer A.: Die deutsche Angestelltenversicherung. (Ubezpieczenie pracowników umysłowych w Niemczech).

Holthausen, S.: Die deutsche Unfallversicherung. (Ubezpieczenie od wypadków w Niemczech).

Thielmann: Die deutsche Knappschaftsversicherung. (Ubezpieczenie górników w Niemczech).

Syrup: Die Arbeitslosenversicherung. (Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia).

Esser P.: Das Zusammenwirken in der Sozialversicherung. (Współdziałanie instytucji ubezpieczeń społecznych).

Dormann: Die zwischenstaatlichen Regelungen. (Umowy międzynarodowe).

Münz, L.: Querschnitt durch das Schrifttum der Sozialversicherung. (Przegląd piśmiennictwa, poświęconego ubezpieczeniom społecznym).

Richter, L.: Die Aufgaben des dritten Internationalen Kongresses der Sozialversicherungsfachleute. (Zadania trzeciego międzynarodowego Kongresu rzeczoznawców ubezpieczeniowych).

SOZIALE PRAXIS — dwutygodnik, Berlin.

Nr 4, z dn. 15 lutego.

Kerschensteiner, A.: Die soziale Struktur Ostpreussens. (Struktura społeczna Prus Wschodnich).

Nr 5 z dn. 1 marca.

Lüders E.: Sozialpolitik in den afrikanischen Mandatsgebieten. (Polityka społeczna na afrykańskich terenach mandatowych).

VERSICHERUNG UND VOLKSWOHLFAHRT — miesięcznik, Praga.

Nr 2, luty 1938.

Die Probleme auf dem Gebiete der Kapitalsanlage der Sozialversicherung auf Grund der Tätigkeit der polnischen Sozialversicherung — 2 Fortsetzung. (Zagadnienia akcji lokacyjnej ubezpieczeń społecznych na tle działalności polskich instytucji ubezpieczeniowych — c. d.; dwie pierwsze części artykułu — p. Nr 13/1937 i 1/1938; dokończenie w numerze następnym).

Augustin, G.: Die Sozialversicherung in den Balkanländern. (Ubezpieczenia społeczne w krajach bałkańskich).

Rosenbaum, J.: Die Bekämpfung der Syphilis als Aufgabe der Krankenversicherung. (Zwalczanie kłya jako zadanie ubezpieczenia chorobowego).

SOZIALE REVUE — miesięcznik, Praga.

Nr 1/2 z r. 1938.

Rauchberg, H.: Genter System oder Arbeitslosenversicherung? (System gandawski czy ubezpieczenie na wypadek bezrobocia?).

Dreyfus J. F.: Der heutige Stand der Sozialversicherung in Frankreich. (Obecny stan ubezpieczeń społecznych we Francji).

DIE SOZIALVERSICHERUNG — miesięcznik, Wiedeń.

Nr 3, marzec 1938.

Humitsch, G.: Die Krankenversicherung der Angestellten und die II GSVG — Novelle. (Ubezpieczenie chorobowe pracowników umysłowych a druga nowela do ustawy o ubezpieczeniu społecznym).

Steinbach, F.: Die II Novelle zum GSVG und ihre Auswirkungen in der Arbeiter — Unfallversicherung und in der Provisionsversicherung der Bergarbeiter. (Wpływ II noweli do ustawy o ubezpieczeniu społecznym na ubezpieczenie od wypadków i ubezpieczenie pensyjne górników).

DAS VERSICHERUNGSARCHIV — miesięcznik, Wiedeń.

Nr 8; luty 1938.

Rager, F.: Die Grundzüge der Arbeitslosenversicherungsgesetze in U. S. A. mit besonderer Berücksichtigung des „Merit - Rating“. (Podstawy ubezpieczenia na wypadek bezrobocia w Stanach Zjednoczonych A. P., ze szczególnym uwzględnieniem zasady „Merit rating“, polegającej na obciążaniu niższymi składkami pracodawców, którzy powstrzymują się od redukcji personelu w czasie kryzysu).

BULLETIN MENSUEL DES ALLOCATIONS FAMILIALES ET DES ASSURANCES SOCIALES — miesięcznik, Paryż.

Nr 2, luty 1938.

Le „Social Security Act“ aux États-Unis. (Ustawa o zabezpieczeniu społecznym w Stanach Zjednoczonych A. P.).

Les nouvelles conditions d'attribution de subventions aux sociétés de secours mutuels. (Nowe warunki udzielania subwencji stowarzyszeniom wzajemnej pomocy).

PRZEGLĄD PRASY CODZIENNEJ.

W *Gazecie Polskiej* z 9 marca ukazał się artykuł p. t. „Bezpieczeństwo pracy na właściwej drodze”. Autor artykułu wskazuje na tę okoliczność, że zapewnienie należytych warunków pracy pod względem bezpieczeństwa zależy w dużej mierze od możliwości oddziaływania na przedsiębiorców za pomocą bezpośredniego zainteresowania ich finansowego. W stosunkach polskich dopiero ustawa o ubezpieczeniu społecznym z roku 1933 dała możliwość zmniejszania lub podwyższania składek ubezpieczeniowych w zależności od stanu bezpieczeństwa danego zakładu pracy.

Rozporządzenie Prezydenta R. P. z 16 marca 1928 r. o bezpieczeństwie i higienie pracy stworzyło jedynie ogólne normy prawne. Przez 10 niemal lat od czasu wydania tego rozporządzenia nie zostały wydane żadne przepisy, któreby unormowały jednolicie warunki bezpieczeństwa i higieny pracy w naszym przemyśle. Istniały wprawdzie na terenach poszczególnych zaborów rozmaite rozporządzenia w liczbie 89, dotyczące tych zagadnień, jednakowoż wiele z nich było przestarzałych, a skutkiem tego trudnych do stosowania we współczesnej produkcji. Obecnie został przygotowany projekt rozporządzenia wykonawczego do wspomnianego wyżej dekretu Prezydenta R. P. Projekt znajduje się obecnie w uzgodnieniu ze sferami gospodarczymi. Przyniesie on pożądane usunięcie balastu przestarzałych rozporządzeń i ujednostajnienie większości przepisów rozsianych obecnie po 89 rozporządzeniach, obwieszczeniach i t. p. Rozporządzenie to niezależnie od przytoczonych wyżej korzyści zapewni przedsiębiorcom,

przestrzegającym ściśle warunków bezpieczeństwa życia i zdrowia zatrudnionych w nich robotników, uprzywilejowanie w kierunku zmniejszenia składki na ubezpieczenie od wypadków.

Gazeta Lwowska z 11 marca, *Dziennik Gdyniński* z 11 marca, *Dziennik Pomorski* z 12 marca i *Głos Częstochowski* z 15 marca zawierają opisy obozu wypoczynkowego w Szczyrku na Śląsku, zorganizowanego przez Ubezpieczalnię Społeczną w Krakowie. W obozie przebywają młodzi robotnicy, którzy spędzają w zdrowych warunkach swoje urlopy, nabywając nowych sił na następne miesiące pracy i złych warunków bytowania. Wielu z nich widzi po raz pierwszy góry. Otrzymują ekwipunek narciarski darmo i uprawiają sport narciarski pod kierownictwem instruktora. Górskie powietrze wyciąga z płuc wszystkie kurze i osady miejskie, a sport i dobre odżywianie nadadzą prężności mięśniom do dalszej pracy.

Podobny opis obozu dla robotnic na Zaolziu za Istebną, zorganizowanego również przez Ubezpieczalnię Społeczną w Krakowie, przynosi *Głos Poranny* (Łódź) z 15 marca r. b.

Dziennik Kresowy (Grodno) z 13 marca, *Słowo Pomorskie* (Toruń) i *Dziennik Kujawski* (Inowrocław) z 16 marca podają opisy szkoły - sanatorium w Andrychowie, prowadzonej przez Ubezpieczalnię Społeczną w Białej. W szkole tej przebywa rocznie około 800 chorowitych dzieci, zagrożonych gruźlicą. Czas pobytu, zależny od stanu zdrowia dziecka, waha się w granicach od 3 do 9 miesięcy. Dziecko przebywa tak długo, dopóki nie zabezpieczy się go należyte przed złymi warunkami, w których żyje przez cały rok. Dzieci pochodzą z najbiedniejszych środowisk robotniczych. Wypoczywając fizycznie dzieci odbywają normalnie kurs nauki w zakresie szkoły powszechnej. Doskonałe warunki klimatyczne, należyte odżywianie i stała opieka lekarska na miejscu przemieniają zabiedzone i zdawałoby się z natury tępe dzieci w inteligentną młodzież. Ponadto mali ci obywatele przyzwyczajają się do podstawowych zasad higieny, do kąpeli, do używania szczotki do zębów.

Polonia (Katowice) z 19 marca w artykule p. t. „Lecznictwo dla mas” podkreśla rolę ośrodków zdrowia w małych miasteczkach prowincjonalnych. Organizacja takich ośrodków musi być oparta na współpracy miejscowych instytucji i organizacji społecznych ze względu na ciężary finansowe i ze względu na konieczność koordynacji pracy w terenie.

Przykładem takiej współpracy może być ośrodek zdrowia w Żywcu, utrzymywany wspólnie przez wydział powiatowy i przez Ubezpieczalnię Społeczną w Białej. Ubezpieczalnia daje wyposażenie ośrodka i personel lekarski, wydział powiatowy dotację pieniężną. W ciągu

ostatniego kwartału udzielono np. dla samych chorych na jaglicę 687 porad; pracują poradnie antyweneryczna, przeciwgruźlicza i stacja opieki nad matką i dzieckiem. Ośrodek stanowi dobry przykład zorganizowanego lecznictwa dla mas.

Kurier Bałtycki z 20 marca w artykule p. t. „Nie pozwolimy umierać matkom” zwraca uwagę na gorączkę połogową. Według rocznika statystycznego z roku 1936 miało miejsce 1500 wypadków gorączki połogowej. Przeważną część tych wypadków miała miejsce po wsiach, gdzie pozostaje do wykonania ogrom pracy sanitarnej. Ubezpieczalnie społeczne działając w swoim zakresie zapewniają rodzącom ubezpieczonym pobyt w okresie połogu w szpitalach, gdzie warunki higieniczne i odpowiednia opieka fachowa zapobiegają zaistnieniu gorączki połogowej.

Dzień Pomorza i *Gazeta Gdynińska* z 15 marca podają opisy stanu sanitarnego wsi nadniemeńskich. Stan ten jest bardzo zły, przy czym brak lekarzy wykwalifikowanych higienistek i akuserek daje się dotkliwie we znaki. Na terenie województwa nowogrodzkiego zaledwie 18 gmin utrzymuje własnym kosztem higienistki. Znaczna ilość gmin jest wogóle pozbawiona pomocy akuszerzy i stałej opieki higienicznej. Warunki sanitarne wsi kresowej są fatalne a stan ten uległ pogorszeniu po roku 1933 t. j. od chwili zniesienia obowiązku ubezpieczeń społecznych w gospodarstwach rolnych. Wieś pozostaje w szponach znachorów, czeka coraz niecierpliwiej na lekarzy.

W podobny sposób opisują stesunki sanitarne zwłaszcza w zakresie chorób wenerycznych we wsiach beskidzkich *Dziennik Polski* (Lwów) z 14 marca, *Nowy Kurier* (Poznań) z 15 marca i *Expres Kujawski* z 15 marca.

Ziemia Przemyska z 5 marca podaje reportaż wykazujący ciężką sytuację rodzin rzemieślniczych w wypadku choroby głowy domu, sytuacji wytworząca się skutkiem tego, że skutkiem braku ubezpieczenia środowisko rzemieślnicze jest pozbawione racjonalnej opieki leczniczej.

Polonia (Katowice) z 18 marca, *Dziennik Bydgoski* z 12 marca, *Wiek Nowy* (Lwów) z 11 marca, *Kurier Mazowiecki* (Płock) z 11 marca, *Expres Zagłębia* (Sosnowiec) z 10 marca, *Lech* (Gniezno) z 13 marca i *Expres Lubelski* z 14 marca omawiają zagadnienie walki z gruźlicą na Śląsku podając opisy sanatorium Z. U. S. w Bystrej. 280 łóżek sanatorium zawsze zajęte. Ubezpieczalnie z całego kraju przysyłają tu swych chorych na gruźlicę. Pacjenci sanatorium rekrutują się ze wszystkich klas i zawodów, przeważają jednak pracownicy fizyczni. Sanatorium służy tym wszystkim, których klimat wysokogórski mógłby przyprawić o jeszcze ostrzejszy stan choroby.

Administracja „Przeglądu Ubezp. Społ.” uprzejmie prosi o wniesienie przedpłaty za I-sze półrocze 1938.

RÉSUMÉ DES ARTICLES IMPORTANTS INHALTSANGABE DER WICHTIGSTEN AUFSÄTZE

Dr St. F.

RÉFORME NATIONAL-SOCIALISTE DES ASSURANCES SOCIALES EN ALLEMAGNE.

L'Auteur considère la loi du 21 Décembre 1937 comme la première réforme de la législation allemande, promulguée en esprit national-socialiste. Quoique le point 15 du programme de N. S. D. A. P. prévoit en grandes lignes le développement de l'assurance-invalidité-vieillesse, la politique sociale du III-me Reich en matière des assurances sociales n'était pas tout à fait claire; une impression se dégage quelquefois, que les groupes autoritaires du parti national-socialiste sont plutôt opposés aux assurances sociales. Les changements consistent en premier lieu en réformes de l'administration des institutions d'assurances sociales. Le principe de „Führer“ y règne généralement. L'assainissement financier de l'assurance-invalidité et celle des employés, effectué par la loi du 7 Décembre 1933 ne présentait non plus une base opportune pour juger des tendances de la nouvelle politique allemande des assurances sociales. La loi du 21 Décembre 1937, prouve décidément, que le III-me Reich reconnaît les assurances sociales.

La nouvelle loi allemande se caractérise, d'ailleurs, par certains éléments nouveaux, qu'on peut assurément attribuer à l'influence de l'idée hitlérienne. L'auteur accentue particulièrement les nouveaux traits caractéristiques de la législation d'assurances sociales, après la promulgation de la loi du 21 Décembre 1937, suivants:

1) la repartition des charges d'assurances sociales, réglée à la base d'un large solidarisme entre les groupes particuliers de la population travaillante et les éléments de l'économie, qui se met et évidence par le secours de tous les employeurs et travailleurs allemands, porté à l'assurance minière,

2) la tendance populatrice des assurances sociales, qui devraient dorénavant cesser leur politique individualiste et contribuer à la protection de la famille,

3) l'accentuation du rôle de certaines prescriptions de la législation d'assurances sociales comme moyen pour le développement de la joie de porter les armes,

4) la tendance à l'assurance-invalidité, assurance minière, assurance des employés de bureau, ce qui est au point de vue social d'une signification primordiale,

5) le développement des assurances sociales, servant au bien-être de toute la population, dont l'activité à l'avenir ne devrait se borner seulement aux travailleurs (développement de l'assurance volontaire).

Après avoir fait une analyse des points particuliers de la loi du 21 Décembre 1937, l'auteur s'arrête sur question, de la possibilité de l'influence de cette loi sur la législation polonaise. Il constate, qu'un certain parallélisme

Dr St. F.

DIE NATIONAL-SOCIALISTISCHE REFORM DER DEUTSCHEN SOZIALVERSICHERUNG.

Der Verfasser betrachtet das Gesetz vom 21 Dezember 1937 als die eigentlich erste im Geiste der national-sozialistischen Doktrin durchgeführte Reform der deutschen Sozialversicherung. Er weist darauf hin, dass obwohl der Punkt 15 des Programms der N. S. D. A. P. den „grosszügigen Ausbau der Altersversorgung“ vorsieht, das Verhältnis der Sozialpolitik des III Reiches zur Sozialversicherung in den ersten Jahren nicht ganz unzweideutig und klar war; es konnte sogar manchmal der Eindruck entstehen, dass in den massgebenden Parteikreisen entgegengesetzte Tendenzen in dieser Frage bestanden. Die ersten Abänderungen in der deutschen Sozialversicherungsgesetzgebung nach dem nationalen Umsturz bezogen sich in erster Linie auf die Verwaltung der Sozialversicherungsträger; das Führerprinzip lag allen diesen Abänderungen zugrunde. Die finanzielle Sanierung der Invaliden- und Angestelltenversicherung durch das Gesetz vom 7 Dezember 1933 bildete auch keine geeignete Grundlage für die Beurteilung der Tendenzen der neuen deutschen Sozialversicherungspolitik. Erst das Gesetz vom 21 Dezember 1937 kann als ein Beweis dafür betrachtet werden, dass das III Reich sich entschieden zur Sozialversicherung bekennt. Darüber hinaus zeichnet sich das letzte deutsche Gesetz dadurch aus, dass es gewisse neue Elemente bringt, die zweifellos auf den Einfluss des Nationalsozialismus zurückzuführen sind. Der Verfasser betont insbesondere folgende neue charakteristische Merkmale der deutschen Sozialversicherungsgesetzgebung nach dem Gesetz vom 21 Dezember 1937: 1) die im Geiste eines breiten Solidarismus geregelte Aufteilung der Lasten der Sozialversicherung zwischen einzelne Gruppen der arbeitenden Bevölkerung und einzelne Teile der Wirtschaft, welche ihren besten Ausdruck in der Hilfe aller deutschen Arbeitgeber und Arbeitnehmer an die knappschaftliche Versicherung der Bergleute findet, 2) die bevölkerungspolitische Einstellung der Sozialversicherung, welche unter deren Einfluss ihren bisherigen individualistischen Charakter einbüsst und zur Förderung der Familie beitragen soll, 3) die Betonung der Rolle einzelner Bestimmungen der Sozialversicherungsgesetzgebung als Mittel zur Hebung der Wehrfreudigkeit 4) Tendenzen zur Angleichung der Invaliden- und knappschaftlichen Versicherung an die Angestelltenversicherung, welche vom sozialen Standpunkt einer grundsätzlichen Bedeutung nicht entbehrt 5) Entwicklung der Sozialversicherung als einer dem Gemeinwohl des ganzen Volkes dienenden Einrichtung, deren Wirkungsgebiet in der Zukunft nicht nur auf die Arbeitnehmer eingeschränkt sein soll (Ausbau der Selbstversicherung).

Der Verfasser befasst sich nach einer Analyse einzelner Punkte des Gesetzes vom 21 Dezember 1937 mit der Frage, ob der Einfluss dieses Gesetzes auf die polnische Gesetzgebung möglich ist. Er stellt fest, dass ein gewisser Parallelismus zwischen den Entwicklungstendenzen der polnischen und deutschen Sozialversicherung besteht

des tendances du développement des deux législations polonaise et allemande se fait remarquer quelquefois et qu'il peut ressortir d'une influence directe réciproque.

En face de la future réforme de l'assurance invalidité-vieillesse des mineurs en Haute Silesie il serait assez difficile d'assurer l'équilibre financier à l'assurance sans les subsides d'état, prévus aussi par la dernière loi allemande. Toutefois il reste douteux pour l'auteur si les changements causés par la politique populatrice allemande puissent trouver quelque rentement en Pologne:

1-0 à cause du grand accroissement de sa population,

2-0 vu, que la législation polonaise donne aux membres de famille des assurés des droits plus favorables, que les lois allemandes analogues,

3-0 vu que la dernière réforme d'assurances sociales en Pologne accorde certains privilèges au groupe des assurés militaires.

Il serait admissible aussi en Pologne le développement plus large de l'assurance sociale volontaire. Par contre l'élargissement des prestations n'éveille chez nous qu'un intérêt médiocre, parce qu'en Pologne, même à l'époque de la crise économique, les prescriptions limitatives ne furent introduites qu'en dimensions très restreintes.

Mgr. KAZIMIERZ TEISSEYRE.

ACTIVITÉ DE PLACEMENT DES ASSURANCES À LA LUMIÈRE DE LA PRATIQUE DES INSTITUTIONS POLONAISES D'ASSURANCES SOCIALES.

Rapport, prononcé à la 23-ème Session du Comité International de la Conférence Internationale de la Mutualité et des Assurances Sociales à Paris, en Octobre 1937.

La forme primitive de l'activité de placement des assurances sociales portait un caractère, tendant à utiliser d'une façon suivie les organisations de crédit par la voie des opérations de crédit. Ensuite, des changements essentiels se produisirent, causés par l'évolution de la conception primitive de placement des assurances sociales. Comme suite de ces changements dans la plupart des pays, à côté des placements de crédit on a admis aussi les placements en immeubles et dans certains cas on les privilégiait. L'Évolution de l'idée de placement des assurances sociales a pris élan également dans une autre voie, qui se caractérise par la tendance à augmenter l'opportunité des placements dans le sens social et public. On se proposait d'atteindre ce but à l'aide des placements d'assurances sociales dans toute sorte d'investitions (sanitaires, de logement, du secours de crédit aux institutions sociales et publiques, et. c.).

A la lumière des changements en question on peut distinguer trois directions idéologiques principales de l'action du placement d'assurances sociales: *direction de crédit* — cherchant à porter aux assurances sociales des avantages directs des placements sous la forme des intérêts; *direction des immeubles*, tendant à atteindre le plus grand nombre des immeubles et *direction des buts sociaux*.

abgesehen davon, dass manchmal obwohl selten eine direkte Beeinflussung der einen durch die andere bemerkt werden kann.

Er gibt der Meinung Ausdruck, dass es bei der bevorstehenden Reform der knappschaftlichen Pensionsversicherung in Oberschlesien schwer wäre, ihr das finanzielle Gleichgewicht — ohne Hilfe von aussen — zu sichern, wie es auch das letzte deutsche Gesetz vorsieht. Dagegen scheint es ihm fraglich, ob die bevölkerungspolitisch begründeten Abänderungen der deutschen Gesetzgebung irgend ein Echo in Polen finden können und zwar einerseits im Hinblick auf den grossen Bevölkerungszuwachs in Polen, andererseits aber deswegen, weil die polnische Gesetzgebung in mehreren Punkten den Familien angehörigen der Versicherten weiter gehende Rechte gewährt als die deutsche und zwar sogar nach ihrer letzten Reform; eine weitere Entwicklung der mit dem Militärdienst verbundenen Vorteile auf dem Gebiete der Sozialversicherung scheint auch in Polen möglich. Gewisse Argumente sprechen auch bei uns für den weiteren Ausbau der freiwilligen Sozialversicherung. Dagegen ist die Milderung der bisherigen Einschränkungen beim Zusammenlauf mehrerer Leistungen für die polnische Gesetzgebung schon deswegen wenig interessant, weil in Polen auch in den Jahren der schweren wirtschaftlichen Krise die Ruliers- und Kürzungsvorschriften nur im eingeschränkten Umfang eingeführt worden sind.

Mgr. KAZIMIERZ TEISSEYRE.

DIE PROBLEME DER KAPITALSANLAGE DER RENTENSOZIALVERSICHERUNG IM LICHT DER PRAXIS DER POLNISCHEN VERSICHERUNGSTRÄGER.

Die primäre Form der Lokationstätigkeit der Sozialversicherung bestand in der ständigen Ausnützung — beim Durchführen der Lokationsoperationen — der Kreditinrichtungen auf dem Wege der Ausübung tätiger Kreditoperationen. Mit der Zeit unterlag — infolge einer Evolution der primären Lokationsidee der Sozialversicherung — ihre primäre Form einer weitgehenden Umwandlung. Infolge dieser Umwandlung wurden in überwiegender Mehrzahl der Länder neben den Kreditlokaten auch Lokaten in Immobilien zugelassen. In einzelnen Fällen trachtete man sogar dieser zweiten Form eine privilegierte Stellung zu geben. Die Evolution der Lokationsidee der Sozialversicherung verfolgte noch eine andere Richtung. Diese Richtung zeichnete sich durch das Bestreben, eine Versicherungs-, soziale oder sogar allgemein-staatliche Zweckmässigkeit der Lokaten zu vermehren, aus. Man trachtete dieses Ziel zu erreichen, indem man die Lokaten der Sozialversicherung den Heileinrichtungen, den Mietsbauinvestitionen, der Kredithilfe für die Sozialinstitutionen und für den Staat zuwandte.

Im Lichte dieser Umwandlungen kann man drei grundsätzliche ideologische Richtungen der Lokationstätigkeit der Sozialversicherung unterscheiden: *eine reine Kreditrichtung*, welche trachtet der Versicherung möglichst grosse Rentabilität in Prozentform zu sichern, *eine Immobilienrichtung*, welche eine Sicherheit der Lokationsaktion im Besitz einer möglichst grossen Bautenanzahl sieht, und *eine zwecksoziale Richtung*, welche den richtigen Sinn der Lokationsaktion der Sozialversicherung in den Vorteilen der Volksgemeinschaft sieht,

A côté de ces trois directions idéologiques, dont la première relève le rendement des placements, la deuxième leur sécurité, la troisième leur opportunité, — il se développe un système national de l'activité de placement.

Le point de départ de ce système est une synthèse partielle des directions suscitées et une fixation des trois principes de la politique de placement des assurances sociales. Ce sont les principes de sécurité, rentabilité et liquidité des placements. Pratiquement ces principes, constituant de bonnes qualités de placement, s'excluent réciproquement dans une certaine mesure. On devrait conseiller une répartition des fonds de placement en parties inégales dont chacune répondrait à un des ces principes au dépens de deux autres. De cette façon le danger d'omettre dans l'activité de placement des principes particuliers serait réduit.

On peut trouver toutes les idées suscitées dans l'histoire des assurances sociales polonaises, qui s'occupent de la capitalisation de leurs fonds. Avant la guerre le placement des capitaux en Pologne allait dans deux directions: celle du crédit et celle des immeubles. Dans la période d'après la guerre on prend en considération en premier lieu l'idée de l'opportunité sociale des placements, et on développe argement la pratique des placements mixtes, tendant à répartir le risque par leur diversité. Dernièrement la pratique de placement des institutions polonaises d'assurances sociales revient à la conception de crédit sous la forme d'achat des valeurs.

L'Élaboration d'un système le plus efficace du placement des capitaux d'assurances sociales doit être basée sur l'expérience dans d'autres pays. On devrait effectuer des recherches internationales comparatives, concernant l'activité de placement d'assurances sociales.

Afin de contribuer au développement de ces recherches le rapporteur propose une enquête internationale, ayant pour but de rassembler des rapports et informations sur la pratique de placement d'assurances sociales, ainsi que la législation, concernant ce genre de placement, en tenant compte de l'évolution historique de ces problèmes.

Neben diesen drei grundsätzlichen ideologischen Richtungen, von denen die erste die *Rentabilität*, die zweite die *Sicherheit* und die dritte die *Zweckmässigkeit* betont, entwickelt sich ein sogenanntes *rationelles System der Lokationstätigkeit*. Der Ausgangspunkt dieses Systems besteht in einer teilweisen Syntese der drei obengenannten Richtungen, in der Formulierung von drei Grundsätzen, denen die Lokationstätigkeit der Sozialversicherung entsprechen soll. Diese Grundsätze sind die Sicherheit, die Rentabilität und die Flüssigkeit der Lokaten. Diese Grundsätze, welche in der Praxis als Vorzüge erscheinen, schliessen sich teilweise gegenseitig aus. Darum sollte man anraten die Lokationskapitalien in ungleiche Teile zu teilen, von denen, jeder in erster Linie einen der drei angeführten Grundsätze zum Schaden der zwei anderen realisiert. Auf solche Weise wird die Gefahr der Weglassung einzelner Grundsätze in der Lokationstätigkeit vermieden und verlegt. Solche Anweisung besteht in der Empfehlung einer Teilung der Lokationsverfahren durch eine geordnete Vielfältigkeit der Lokaten.

In der Geschichte der polnischen kapitalisierenden Sozialversicherung treten alle diese Lokationsideen hervor. In der Vorkriegszeit wurde teilweise die Kreditteilweise die Immobilienkonzeption der Lokaten realisiert. In der Nachkriegszeit findet in erster Linie die Zweckmässigkeitsidee ihre Anwendung. Ungeachtet dessen entwickelt sich ziemlich breit die Praxis der gemischten Lokaten. Sie huldigt dem Grundsatz der Gefahrenteilung durch die Vielfältigkeit der Lokaten. In letzten Jahren wendet sich die Lokationspraxis der polnischen Sozialversicherungsanstalten der reinen Kreditkonzeption zu und zwar in ihrer reinsten Form durch den Kauf der Wertpapiere.

Diese Form überwiegt unter den in den letzten Jahren durchgeführten Lokaten.

Die Ausarbeitung eines möglichst richtigen Lokationssystems für Sozialversicherung sollte in grossem Mass in der Benützung der Erfahrungen anderer Länder bestehen. Zu diesem Zweck sollte man internationale Vergleichsstudien in der Domäne der Lokationstätigkeit der Sozialversicherung organisieren. Zwecks Erleichterung der Entwicklung dieser Studien wurde eine internationale Enquete vorgeschlagen. Ihr Text sieht die Angabe grundsätzlicher Informationen über die Praxis der Versicherungsanstalten und über die entsprechende Gesetzgebung mit der Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung dieser Probleme, vor.

KOMUNIKATY

II KURS MEDYCYNY SPOŁECZNEJ W POZNANIU

Spis wykładów II Kursu Medycyny Społecznej w Poznaniu w okresie od 22.I. — 12.IV.1938 r.

22.I.38 r. *Dr Kacprzak*: Racja stanu lekarskiego — 18 — 20.

8.II.38 r. *Dr Wierzbicki*: Bibliografia z zakresu medycyny społecznej i ubezpieczeń społecz. — 18.15 — 19.

8.II.38 r. *Dyr. Baumgarten*: Rozwój form i idei ubez.

społ. Podstawowe wiadomości z zakresu ubezpieczeń społecznych — 20.15 — 21.

11.II.38 r. *Dyr. Baumgarten*: Jak wyżej — ciąg dalszy — 18.30 — 20.

15.II.38 r. *Prof. Gantkowski*: Higiena miast — 18.30 — 20. *Dyr. Baumgarten*: Podstawowe wiadomości z zakresu ubezpieczeń społecznych — 20.15 — 21.

18.II.38 r. *Doc. Godycki*: Higiena szkolna — 18.30 — 20. *Dr Wierzbicki*: Lecznictwo w ubezpieczeniu społecznym — 20.15 — 21.

22.II.38 r. *Prof. Straszynski*: Choroby weneryczne — 18.30 — 21.

25.II.38 r. *Prof. Straszynski*: Orzecznictwo dermatologiczne — 18.30 — 19. Walka z gruźlicą toczniową skóry jako ważne zagadnienie społeczne — 19.15 — 21.

1.III.38 r. *Dr Zaroski*: Alkoholizm i inne narkomanie — 18.30 — 20. *Dr Wierzbicki*: Lecznictwo w ubezpieczeniu społecz. od. — 20.15 — 21.

4.III.38 r. *Dr Zaroski*: Alkoholizm i inne narkomanie (dok.) — 18.30 — 19. *Dyr. Mańkowski*: Budżet ubezpieczenia chorobowego — 19.15 — 20. *Dr Stabrowski*: Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu chorobowym — 20.15 — 21.

8.III.38 r. *Prof. Kowalski*: Ochrona macierzyństwa w ustawodawstwie oraz poronienia jako klęska społeczna — 18.30 — 20. *Dr Stabrowski*: Zasady orzecznictwa lek. w ub. chor. — 20.15 — 21.

11.III.38 r. *Prof. Piasecki*: Nadzór lekarski nad wychowaniem fizycznym i sportowym — 18.30 — 20. *Dr Wierusz*: Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu wypadkowym — 20.15 — 21.

15.III.38 r. *Prof. Kapuściński*: Jaglica i jaskra jako chor. społ. — 18.30 — 20. *Dr Wierusz*: Zasady orzecznictwa lek. w ubezp. wypadk. — 20.15 — 21.

18.III.38 r. *Prof. Jonscher*: Choroby powstałe wskutek nieprawidłowości odżywiania oraz zagadnienie gruźlicy jako klęski społ. — 18.30 — 20. *Dr Wierzbicki*: Lecznictwo w ubezp. społ. (c. d.) — 20.15 — 21.

22.III.38 r. *Prof. Jonscher*: Jak wyżej — ciąg dalszy — 18.30 — 20. *Dr Zaroski*: Ustawodawstwo socjalne — 20.15 — 21.

25.III.38 r. *Prof. Nowakowski*: Higiena pracy (pokaz) — 10 — 12. *Prof. Nowakowski*: Higiena pracy (wykład) — 18.30 — 20. *Dr Bednarek*: Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniach emerytalnych — 20.15 — 21.

29.III.38 r. *Prof. Jonscher*: Jak wyżej — ciąg dalszy — 18.30 — 20. *Dr Bednarek*: Zasady orzeczn. lek. w ub. emer. (dok.) — 20.15 — 21.

1.IV.38 r. Odpowiedzialność prawna lekarza w związku z jego czynnościami zawodowymi — 18.30 — 20. *Dr Konkiewicz*: Zadania i rola samorządu lekarskiego — 20.15 — 21.

5.IV.38 r. *Dyr. Sasorski*: Problemy lekarsko-społeczne w ubezpieczeniu społecznym — 18.30 — 20. *Prof. Jonscher*: Jak wyżej — ciąg dalszy — 20.15 — 21.

8.IV.38 r. *Dr Jankowiak*: Fizjoterapia w ubezpieczeniu krótko i długo terminowym — 18.30 — 20. *Dr Wierzbicki*: Jak wyżej — ciąg dalszy — 20.15 — 21.

12.IV.38 r. *Prof. Jonscher*: Jak wyżej — dokończenie — 18.30 — 19. *Dr Wierzbicki*: Lecznictwo w ubezpieczeniach społecznych (dokończenie) — 19.15 — 21.

Uwaga: Kierownictwo Kursu zastrzega sobie możność zmiany terminów wykładów. Zmiany te będą podawane do wiadomości słuchaczy w odpowiednim czasie.

II. Kurs Medycyny Społecznej zorganizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza odbędzie się w czasie od dnia 25 kwietnia do 31 maja 1938 we Lwowie. W kursie mogą wziąć udział lekarze pracujący w instytucjach ubezpieczeń społecznych, w państwowych lub samorządowych urzędach zdrowia, lekarze wolno praktykujący, oraz odbywający obowiązkową praktykę szpitalną (stażyści). Udział w kursie jest bezpłatny.

Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczornych. Podania o przyjęcie na kurs należy wnosić do kancelarii Dziekanatu Wydziału Lekarskiego U. J. K. Lwów — ul. Marszałkowska 1 w dniach od 7 do 13 kwietnia 1938 z załączeniem dowodów uprawnienia do uczestnictwa w kursie. Wykaz kandydatów przyjętych na kurs będzie ogłoszony w dniu 21 kwietnia 1938 na tablicy ogłoszeń Dziekanatu Wydziału Lekarskiego. Kandydaci zamiejscowi zostaną zawiadomieni za pośrednictwem poczty o wyniku załatwienia podania. Szczegółowy program wraz z rozkładem i miejscem wykładów otrzymają kandydaci w dniu 22 kwietnia b. r. w kancelarii Dziekanatu Wydziału Lekarskiego U. J. K. Lekarze którzy utrzymują świadectwo odbytego kursu będą mieli pierwszeństwo w uzyskaniu stanowisk w ubezpieczalniach społecznych.

PROGRAM KURSU:

25.IV.1938. 1) *Dr. E. Dolński*: Istota i rozwój ubezpieczeń społecznych. 1 godz. 18 — 19. (Sala Kopernika). 2) *Doc. Dr. M. Zimmermann*: Ustawodawstwo z dziedziny ubezpieczeń społecznych. 2 godz. — 19 — 21 (Sala Kopernika).

27.IV.1938. 3) *Dyr. S. Świdorski*: Ogólna organizacja ubezpieczeń społecznych w Polsce. 1 godz. 18 — 19. (Sala Kopernika). 4) *Dr. W. Korski*: Organizacja świadczeń w ubezpieczeniu społecznym. 2 godz. 19 — 21. (Sala Kopernika).

29.IV.1938. 5) *Prof. Dr. K. Bocheński*: a) Opieka nad matką i dzieckiem 1 godz. 18 — 19. (Klinika Położnicza U. J. K. ul. Pijarów 4). b) Poradnictwo wieku niemowlęcego. Wykład ze zwiedzaniem Poradni i dyskusja 1 godz. 18 — 19. (Klinika Położnicza).

2.V.1938. 6) *Dr. T. Falkiewicz*: a) Organizacja leczenia w ubezpieczeniu chorobowym. 1 godz. 18 — 19. (Sala Kopernika). b) zwiedzanie Zakładów Lecznicznych U. S. (szpital U. S., przychodnia przeciwgruźlicza U. S., Zakład leczniczy U. S. w Szkle) w porze ustalonej ze słuchaczami. 7) *Dr St. Büchn*: Zagadnienie profilaktyki w ubezpieczeniu społecznym. 2 godz. 19 — 21 (Sala Kopernika).

4.V.1938. 8) *Dr A. Ćwikliński*: a) Higiena pracy i choroby zawodowe. 2 godz. 18 — 20 (Sala Kopernika). b) Zwiedzanie Zakładów pracy (garbarni, drukarni, fabryki konserw, fabryki tytoniu w Winnikach (w porze ustalonej ze słuchaczami).

6.V.1938. 9) *Prof. Dr. A. Cieszyński*: Choroby zębów ze stanowiska higieny społecznej. 1 godz. 18 — 19. (Sala Kopernika). 10) *Inż. St. Zwoliński*: a) Krótki rys urzędzeń ochrony pracy. 1 godz. 19 — 20 (Sala Kopernika). b) Zwiedzanie zakładów pracy w porze ustalonej ze słuchaczami.

9.V.1938. 11) *Prof. Dr. J. Lenartowicz*: Choroby zawodowe skóry. 2 godz. 18 — 20 — Wykład z pokazami

i dyskusją. (Klinika Chorób Skórnych — ul. Piekar-
ska 1.81).

11.V.1938. 12) *Doc. Dr A. Gruca*: Chirurgia urazowa
jako dział medycyny społecznej, 2 godz. 18 — 20 — wy-
kład z pokazami i dyskusją. (Szpital Ubezpieczalni Spo-
łecznej ul. Kurkowa 1.31. Oddział Chirurgiczny).

13.V.1938. 13) *Dr. H. Stoniewska*: Zasady i metody
badań psychotechnicznych. 2 godz. 18 — 20 — wykład i
ćwiczenia praktyczne (Zakład badań psychotechnicznych
ul. Boularda 1.3. parter).

16.V.1938. 14) *Dr E. Doliński*: a) Choroby społecz-
ne i walka z nimi. 2 godz. 18 — 20 (Sala Kopernika).
b) wraz z *Dr A. Cwiklińskim*: zwiedzanie miejskich zakła-
dów higieny zapobiegawczej w porze ustalonej ze słucha-
czami.

18.V.1938. 15) *Prof. Dr. A. BednarSKI*: Choroby
oczu w medycynie społecznej 2 godz. 18 — 20 — wykład
z pokazami i dyskusją (Klinika Chorób ocznych. Państw.
Szpital. ul. Głowińskiego 7).

20.V.1938. 16) *Prof. Dr E. Artwiński*: Choroby ner-
wowe w medycynie społecznej. 2 godz. 18 — 20 — wy-
kład z pokazami i dyskusją (Klinika Chorób nerwowych
ul. Pijarów 6).

23.V.1938. 17) *Dr St. Bühn*: Orzecznictwo krótko-
terminowe i emerytalne 3 godz. 18 — 21 — wykład z ćwi-
czeniami praktycznymi i dyskusją (Sala Kopernika).

25.V.1938. 18) *Dr W. Dzułyński*: Orzecznictwo wy-
padkowe 3 godz. 18 — 21 — wykład z ćwiczeniami prak-
tycznymi i dyskusją. (Sala Kopernika).

27.V.1938. 19) *Prof. Dr. W. Nowicki*: Praca społecz-
no-lekarska lekarza na wsi. 1 godz. 18 — 19. (Sala Ko-
pernika).

20) *Prof. Dr W. Sieradzki*: Odpowiedzialność karna
i cywilna lekarza w związku z jego czynnością zawodową
1 godz. 18 — 19 (Sala Kopernika).

30.V.1938. Wycieczki.

II KURS MEDYCYNY SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE

Wzorem roku ubiegłego, organizuje Wydział Lekar-
ski U. J. P. w Warszawie przy współdziałaniu Ministerstwa
Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II
Kurs Medycyny Społecznej w czasie od dnia 4.V. —
21.V.1938 r.

Zadaniem Kursu jest wykształcenie lekarzy w zakre-
sie medycyny społecznej w celu przygotowania ich do
pracy lekarskiej w instytucjach ubezpieczeń społecznych,
w administracji publicznej oraz w zakresie higieny pracy.

Słuchacze są całkowicie zwolnieni od opłat.

Podania o przyjęcie na kurs należy kierować do dnia
27.IV. b. r. na ręce Prof. Dra Grzywo-Dąbrowskiego, War-
szawa, ul. Oczuki 1 Zakład Medycyny Sądowej U. J. P.,
doreczając prócz krótkiego życiorysu odpis dyplomu u-
kończenia studiów medycznych.

PROGRAM KURSU

I. Medycyna społeczna.

Dyr. Dr Dyboski: Organizacja nauczania medycyny
społecznej — 1 godz.

Dr Kacprzak: Zarys medycyny społecznej — 4 godz.

Dr Rudzki: Gruźlica jako choroba społeczna — 2
godz.

Red. Szymański: Alkoholizm jako choroba społecz-
na — 2 godz.

Prof. Dr Hirszfeld: Ostre choroby zakaźne z punktu
widzenia społecznego — 1 godz.

Dr Weinert: Nowotwory z punktu widzenia społecz-
nego — 1 godz.

Prof. Dr Grzybowski: Choroby weneryczne z punktu
widzenia społecznego — 1 godz.

Prof. Dr Grzywo-Dąbrowski: Poronienie z punktu wi-
dzenia społecznego i prawnego — 1 godz.

Doc. Dr Heicherówna: Gościec jako choroba społecz-
na — 2 godz.

Doc. Dr Łuniewski: Opieka społeczna nad psychicz-
nie chorymi — 2 godz.

Dr Lubczyński: Opieka nad matką i dzieckiem —
4 godz.

Doc. Dr Szulc: Narkomania — 2 godz.

Prof. Dr Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwo — 1 godz.

Dr Wernic: Poradnie przedślubne — 1 godz.

Dr Wernic: Eugenika — 2 godz.

Dr Wroczyński: Higiena szkolna — 2 godz.

Radca Grabiańska-Wójtowicz: Walka z nierządem —
2 godz.

Dr Hummel: Zarys higieny pracy — 2 godz.

Prof. Dr Grzybowski: Choroby zawodowe skóry —
1 godz.

Prof. Dr Melanowski: Choroby zawodowe oczu —
1 godz.

Prof. Dr Melanowski: Zagadnienia walki ze ślepo-
tą — 2 godz.

Dr Hummel: Otrucia zawodowe — 4 godz.

Dr Cwojdzńska: Choroby narządu oddechowego ja-
ko cierpienia zawodowe — 1 godz.

Prof. Dr Nitsch: Choroby zakaźne jako cierpienia
zawodowe — 1 godz.

Doc. Dr Zenczak: Choroby zawodowe zębów — 1 godz.

Doc. Dr Zuberbier: Choroby zawodowe uszu — 1 godz.

II. Medycyna ubezpieczeniowa.

Mgr. Balcerski: Ubezpieczenia społeczne i ich orga-
nizacja — 4 godz.

Dyr. Lgocki: Rodzaje ubezpieczeń społecznych i ich
organizacja — 2 godz.

Dr Bujalski: Zakres i środki działania w lecznictwie
ubezpieczeniowym — 4 godz.

Dr Rudziński: Ogólne podstawy orzecznictwa lekar-
skiego — 1 godz.

Dyr. Lgocki: Powszechność ubezpieczeń społecznych
— 1 godz.

Dr Zamecki: Zasady orzecznictwa lekarskiego w u-
bezpieczeniu chorobowym — 2 godz.

Dr Rudziński: Zasady orzecznictwa lekarskiego w u-
bezpieczeniu emerytalnym — 2 godz.

Prof. Dr Zembrzusi: Zasady orzecznictwa lekarskie-
go w ubezpieczeniu wypadkowym — 2 godz.

Dyr. Sasorski: Wzajemny prawny stosunek lekarzy i instytucyj ubezpieczeń społecznych — 2 godz.

Dyr. Dr Babecki: Zadanie lekarzy w medycynie społecznej — 1 godz.

II KURS MEDYCYNY SPOŁECZNEJ W WILNIE

Program II kursu Medycyny Społecznej w Wilnie organizowanego przez Wydział Lekarski U. S. B. wspólnie z Ministerstwem Opieki Społecznej i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w czasie od 7.V. — 1.VI.1938 r.

7.V. *Dziekan Prof. Dr K. Pelczar: Zagajenie.* Dyr. Ubezp. Społ. *A. Galiński: Organizacja ubezpieczeń społecznych — 1 godz. Dr W. Prażmowski: Znaczenie społeczne chorób zakaźnych — 2 godz.*

9.V. *Naczelnny lekarz Ub. Społ. Dr S. Szniolis: Zakres i środki działania w lecznictwie ubezpieczeniowym — 3 godz.*

10.V. *Dyr. Min. Op. Społ. Dr Babecki: Systemy organizacji pomocy leczniczej i dane statystyczne ilustrujące działalność leczniczą w ubezpieczeniu chorych — 3 godz.*

11.V. *Prof. Dr Zembrzusi: Orzecznictwo w ubezpieczeniu chorych — 2 godz.*

12.V. *Prof. Dr Zembrzusi: Orzecznictwo w ubezpieczeniu wypadkowym — 2 godz.*

13.V. *Dr S. Rudziński: Orzecznictwo w ubezpieczeniu emerytalnym — 2 godz. Organizacja walki z gruźlicą w ramach lecznictwa społecznego — 2 godz.*

14.V. *Prof. Dr W. Jakowicki: Opieka nad matką — 1 godz. Prof. Dr W. Bujak: Opieka nad dzieckiem — 1 godz.*

16.V. *Prof. Dr M. Reicher: Higiena rasy — 2 godz.*

17.V. *Doc. Dr J. Hurynowiczówna: Higiena pracy umysłowej i opieka nad psychicznie chorymi — 3 godz.*

18.V. *Nacz. Wydz. Zdr. Dr H. Rudziński: Organizacja zwalczania chorób społecznych — 2 godz.*

19.V. *Dr St. Brokowski: Postulaty higieny szkolnej — 2 godz.*

20.V. *Prof. T. Pawlas: O społecznym znaczeniu chorób wenerycznych — 3 godz.*

21.V. *Prof. Pelczar: O znaczeniu gośdca w grupie schorzeń społecznych — 2 godz.*

23.V. *Prof. Pawlas: Choroby zawodowe skóry — 1 godz. Prof. Michejda: Z dziedziny traumatologii — 2 godz.*

24.V. *Doc. Dr Świda: Odpowiedzialność karna i cywilna lekarza — 2 godz.*

25.V. *Prof. Ruebenbauer: O fałszowaniu środków spożywczych — 2 godz.*

27.V. *Prof. E. Leyko: O lekach w lecznictwie społecznym — 2 godz. Prof. Schilling-Siengalewicz: O zaradkach zawodowych — 2 godz.*

28.V. *Dr Rodziewiczowa: Organizacja pracy zawodowej z punktu widzenia higieny pracy — 1 godz. Dr B. Puchowski: O ustalaniu symulacji w przypadkach uszkodzeń ciała — 2 godz.*

30.V. *Prof. B. Nowakowski: Ustawodawstwo z zakresu higieny pracy — 1 godz. Prof. B. Nowakowski: Pojęcie chorób zawodowych — 1 godz.*

31.V. *Dyr. S. Sasorski: Problemy personalno-lekarskie w ubezpieczeniu społecznym i rola lekarza w ubezpieczeniu społecznym — 3 godz.*

1.VI. *Prof. Dr I. Abramowicz: Choroby zawodowe oczu — 2 godz. Dr S. Markiewicz: O społecznym znaczeniu jaglicy — 1 godz. Zwiedzanie fabryk pod kierownictwem okręgowego Inspektora Pracy.*

POLSKIE TOWARZYSTWO HIGIENICZNE.

ogłasza następujące 3 konkursy na prace z dziedziny walki z chorobami zakaźnymi:

1. Konkurs na opracowanie popularnej broszury na temat: „Zwalczanie duru płamistego“.

2. Konkurs na opracowanie popularnej broszury na temat: „Zwalczanie duru brzuszego“.

3. Konkurs na opracowanie popularnej broszury na temat: „Zwalczanie czerwoni“.

Warunki konkursu.

1. Broszura powinna być opracowana przystępnie, tak by mogła być zrozumiana przez najszersze warstwy ludności.

2. Broszura nie powinna przekraczać 8 — 12 stron maszynowego pisma na arkuszach znormalizowanych (bez rysunków).

3. Broszura powinna zawierać oddzielnie ujęte i krótko sformułowane wskazówki, jak ustrzec się opisywanej choroby.

4. Autor winien podać treść i opis rysunków, którymi tekst broszury ma być ilustrowany (pożądane jest dołączenie szkiców rysunków lub podanie źródła, skąd rysunki mogą być zaczerpnięte).

5. Prace należy składać w zamkniętych kopertach, opatrzonych godłem, do Polskiego Towarzystwa Higienicznego Warszawa, ul. Karowa 31 do dnia 1 lipca 1938 r.

Godło wraz z nazwiskiem należy dołączyć do pracy w zamkniętej kopercie.

6. W każdym z konkursów ustanowione są 2 nagrody za najlepsze prace: I — zł. 200; II — zł. 100.

7. Nagrodzone prace stanowią własność Polskiego Towarzystwa Higienicznego, które będzie mogło wydawać je drukiem w całości lub części

W POWSZECHNOŚCI UBEZPIECZEŃ — ICH SIŁA

STATYSTYKA

Zestawienia ogólne

I. Zakłady pracy i ubezpieczeni

1935—1937

Okresy	Zakłady pracy, ^a	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
		których pracownicy ubezpieczeni są	na wypadek choroby	emerytalnemu robotników	emerytalnemu pracowników umysłowych	na wypadek braku pracy
	w ubezpieczalniach społecznych	w całej Polsce				
Przeciętna w 1935 r.	400 884	1 677 634	1 383 206	278 074	277 157	1 888 375
Przeciętna w 1936 r.	410 127	1 761 784	1 465 236	293 328	291 742	1 967 039
Przeciętna w 1937 r.	435 965	1 954 362	1 638 053	316 736	314 349	2 175 228
Stan w końcu grudnia 1936 r.	423 191	1 703 949	1 400 561	300 398	298 298	1 914 588
„ „ stycznia 1937 r.	427 354	1 678 708	1 373 942	302 850	300 705	1 876 216
„ „ lutego „	428 869	1 702 621	1 395 335	305 253	303 061	1 903 848
„ „ marca „	436 250	1 769 381	1 458 879	308 121	305 883	1 975 051
„ „ kwietnia „	439 209	1 884 509	1 572 200	311 051	308 742	2 098 665
„ „ maja „	439 089	1 998 682	1 682 266	315 663	313 311	2 212 734
„ „ czerwca „	435 047	2 058 117	1 740 250	317 974	315 592	2 283 540
„ „ lipca „	433 137	2 087 983	1 769 483	318 909	316 537	2 316 135
„ „ sierpnia „	432 415	2 107 128	1 787 718	321 194	318 778	2 340 653
„ „ września „	434 395	2 123 016	1 801 494	324 247	321 742	2 357 892
„ „ października „	440 679	2 175 024	1 849 389	329 215	326 641	2 411 410
„ „ listopada „	446 543	2 075 337	1 747 869	331 166	328 443	2 311 803
„ „ grudnia „	471 704	1 879 731	1 555 057	329 977	327 215	2 114 600

II. Składki (w tysiącach złotych)

1934—1937

Okresy	Ogółem	na ubezpieczenie						
		na wypadek choroby	emerytalnemu robotników	emerytalne pracowników umysłowych	na wypadek braku pracy	od wypadków w zatrudnieniu		
		w ubezpieczal. społ.		w całej Polsce				
						razem	w przemyśle	w rolnictwie

A. Przypis składek

w 1934 r. ^d	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.	294 419	105 536	62 431	56 924	18 145	51 383	42 612	8 771
w listopadzie 1936 r.	27 820	10 778*	6 330*	4 598	1 491	4 623	4 188*	435
„ grudniu „	24 818	9 259	5 464	4 723	1 535	3 837	3 691	146
„ styczniu 1937 r.	22 945	8 322	4 693	4 789	1 567	3 574	3 326	248
„ lutym „	24 953	9 268*	5 054*	4 762	1 553	4 316	3 630*	686
„ marcu „	23 048	8 084	4 471	4 718	1 539	4 236	3 349	887
„ kwietniu „	24 397	8 599	4 810	4 947	1 627	4 414	3 385	1 029
„ maju „	24 220	8 803	5 021	4 899	1 592	3 905	3 556	349
„ czerwcu „	27 842	10 740*	6 184*	4 928	1 605	4 385	4 112*	273
„ lipcu „	26 771	9 691	5 914	4 993	1 632	4 541	4 107	434
„ sierpniu „	32 367	11 836*	7 057*	5 049	1 635	6 790	4 909*	1 881
w wrześniu „	29 182	10 500	6 399	4 987	1 623	5 673	4 464	1 209
w październiku „	28 901	10 317	6 309	5 146	1 655	5 474	4 270	1 204
„ listopadzie „	32 516	12 592*	7 627*	5 009	1 661	5 537	5 107*	430

B. Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki

w 1934 r.	277 890	105 621	48 776	57 908	20 961	44 624		
w 1935 r.	304 480	101 609	66 398	67 172	22 232	47 069	42 052	5 017
w 1936 r.	294 319	105 649	62 154	59 495	18 963	48 058	41 330	6 728
w listopadzie 1936 r.	27 460	9 931	5 761	4 385	1 422	5 961	5 083	878
„ grudniu „	26 643	9 772	5 727	5 065	1 644	4 435	3 938	497
„ styczniu 1937 r.	23 319	8 284	4 604	4 642	1 483	4 306	3 262	1 044
„ lutym „	23 147	8 932	4 762	4 432	1 438	3 583	3 107	476
„ marcu „	25 088	9 274	5 085	5 288	1 723	3 718	3 258	460
„ kwietniu „	24 556	9 025	4 988	4 995	1 639	3 909	3 466	443
„ maju „	24 275	9 029	4 928	4 811	1 564	3 943	3 534	409
„ czerwcu „	27 043	10 284	5 859	4 978	1 627	4 295	3 985	310
„ lipcu „	27 891	9 913	5 981	5 147	1 675	5 175	4 220	955
„ sierpniu „	28 181	10 677	6 296	4 507	1 481	5 220	4 663	557
w wrześniu „	29 418	10 311	6 195	5 309	1 719	5 884	5 308	576
w październiku „	29 810	10 882	6 508	5 465	1 770	5 185	4 378	807
„ listopadzie „	32 077	12 397	7 400	5 047	1 647	5 586	4 844	742

^a Bez gospodarstw rolnych i leśnych. ^b Bez pracowników rolnych. ^c 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 okres półroczny, wzgl. roczny (za producentów rolnych w województwach zachodnich). ^d 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											
	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XI
Ubezpieczenie na wypadek choroby/													
Świadczenia (w tysiącach złotych)													
1. <i>Ogółem</i>	6 016	6 989	7 187	7 126	6 976	7 375	8 305	8 027	8 155	8 340	8 644	12 865	
2. opieka lekarska	2 288	2 403	2 511	2 441	2 458	2 448	2 678	2 666	2 705	2 695	2 688	3 591	
3. środki leczn. i pomocn.	1 099	1 348	1 266	1 217	1 220	1 233	1 284	1 269	1 300	1 413	1 423	1 762	
4. szpitale i zakł. leczn.	1 466	1 777	1 852	2 078	1 950	2 072	2 113	1 973	2 074	2 212	2 459	3 628	
5. zasiłki pieniężne	1 001	1 258	1 319	1 130	1 052	1 249	1 382	1 391	1 449	1 601	1 650	1 796	
6. lecz. w bratnich ubez.	35	57	67	90	90	83	85	101	121	108	168	234	
7. profilakt. i cele sanit.	127	146	172	170	206	290	762	627	506	311	256	1 854	
Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)													
8. Porady lekarskie ogół.	1 372,2	1 448,3	1 507,2	1 475,8	1 585,6	1 398,6	1 508,5	1 515,7	1 512,3	1 578,8	1 662,1	1 677,1	1 659,1
9. " lekarskie dom.	1 053,2	1 070,5	1 133,9	1 078,8	1 142,0	1 015,4	1 103,7	1 117,6	1 117,9	1 141,9	1 195,0	1 221,6	1 226,1
10. " " specjal.	319,0	377,8	373,3	397,0	443,6	383,2	404,8	398,1	394,3	436,9	467,1	455,5	433,0
11. Zabiegi dentystyczne	108,5	102,5	106,3	116,1	131,5	110,6	117,8	106,7	129,8	136,1	143,6	146,1	135,2
12. Leki i środki opatrunk.	1 737,7	1 773,1	1 893,4	1 725,2	1 814,4	1 597,6	1 678,4	1 723,9	1 752,8	1 859,0	1 934,1	1 998,9	2 106,4
13. Zabiegi fizyko-terap.	190,9	180,9	172,7	197,8	222,7	146,2	129,6	100,9	100,5	133,1	170,3	192,0	183,7
14. " rentgenowskie	32,3	32,1	33,4	37,7	43,4	38,4	38,9	34,9	32,8	37,8	40,2	40,3	38,2
15. Przekazy do szpitali ^h	13,0	14,6	12,9	13,7	15,6	14,6	15,5	16,6	17,3	18,3	17,4	17,0	16,0
16. Przyrost chorych we własnych szpitalach ⁱ	4,9	4,7	4,5	4,6	5,2	5,1	5,4	5,5	5,6	5,6	5,5	5,4	5,6
17. Dni szpitalne ^j	74,2	77,3	72,7	76,8	76,3	79,5	80,2	76,3	80,8	81,2	83,9	82,0	87,0
18. Dni zasiłkowe ^k	1 256,2	973,1	1 085,0	1 179,7	1 099,4	966,8	1 055,0	1 118,1	1 060,0	1 202,5	1 314,5	1 217,4	1 445,0
19. Zasiłki pogrzebowe	3,0	2,5	2,9	2,9	2,9	2,7	3,1	3,4	3,3	3,4	3,4	3,2	3,3
Ubezpieczenie emeryt. robotników^l													
Świadczenia (w tysiącach złotych)													
20. <i>Ogółem</i>	1 645	1 609	1 676	1 696	1 745	1 812	1 741	1 753	1 639	1 764	1 827	1 908	1 928
21. renty	849	832	868	885	905	849	877	872	822	832	896	1 000	955
22. zaopatrzenia	756	776	766	795	790	812	795	816	816	815	855	842	868
23. świadc. jednorazowe ^m	40	1	42	16	50	151	69	65	1	117	70	66	105
Liczby wypłaconych świadczeń													
24. Renty	44 318	44 493	44 858	45 103	45 628	45 699	45 919	46 244	46 142	45 914	46 108	46 407	46 700
25. zaopatrzenia	35 490	36 066	36 378	37 052	37 509	38 082	38 468	38 941	39 352	39 776	40 421	40 763	41 248
26. świadc. jednorazowe ^m	195	11	411	118	391	1 284	618	575					766
Ubezpieczenie pracowników umysłow.													
Świadczenia (w tysiącach złotych)													
27. <i>Ogółem</i>	4 237	4 008	4 260	4 635	4 043	4 154	4 396	4 370	4 342	4 383	4 608	4 471	4 638
28. renty	3 235	3 145	3 276	3 580	3 118	3 277	3 475	3 469	3 493	3 512	3 653	3 586	3 628
29. zaopatrzenia ⁿ	108	112	109	110	111	112	107	109	124	115	115	113	112
30. świadc. jednorazowe ^o	112	52	115	114	89	42	150	136	121	96	187	136	125
31. zasiłki bezrobotnych	782	700	759	830	725	722	705	656	604	660	653	636	773
Liczby wypłaconych świadczeń													
32. Renty	26 553	26 662	26 958	27 404	27 696	27 904	28 286	28 559	28 348	28 742	29 216	29 505	29 875
33. zaopatrzenia ⁿ	2 150	2 146	2 157	2 167	2 167	2 185	2 198	2 195	2 216	2 217	2 238	2 252	2 256
34. świadc. jednorazowe ^o	124	85	93	123	121	45	152	114	107	95	201	120	161
35. Zasiłki z powodu braku pracy	10 605	9 726	10 535	11 534	10 350	9 960	9 719	9 072	8 374	9 196	9 281	9 244	11 032
36. Bezrobotni, którym wypłacono zasiłki ^p	8 787	8 420	9 103	9 579	9 069	8 758	8 433	7 787	7 286	7 804	7 985	7 918	9 020
Ubezpiecz. od wypadk.													
Świadczenia (w tysiącach złotych)													
37. <i>Ogółem</i>	3 955	3 582	3 801	4 134	3 867	3 867	4 140	4 082	4 116	4 220	4 022	4 132	4 436
38. renty	3 596	3 463	3 601	3 864	3 711	3 672	3 897	3 828	3 928	3 865	3 877	3 846	4 042
39. świadc. jedn. irzecz. ^r	359	119	200	270	156	195	243	254	188	355	145	266	394
Liczby wypłaconych świadczeń													
40. Renty	115 367	116 464	117 709	118 717	119 059	119 845	120 193	120 581	121 477	122 509	122 648	123 291	
41. Świadc. jednoraz. ^s	72	78	113	117	62	107	98	65	90	112	83	111	

f Bez Górnego Śląska. g Wydatki na przewóz chorych i lekarzy mieszczą się częściowo w poz. 2 oraz w poz. 4. h Przekazy do obcych szpitali, zakładów położniczych i sanatoriów. i — względnie sanatoriach, j — względnie sanatoryjne we własnych szpitalach i sanatoriach. k Chorobowe, położowe 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 wypłacono 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-ciotygodniowe.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zakłady pracy i obowiązkowo ubezpieczeni w Ubezpieczalniach Społecznych i w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie

Według rodzajów ubezpieczenia "

Stan w końcu miesiąca

XII 1937

L. P.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ubezpieczeni ^b	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników		emerytalnemu pracowników umysłowych	od wypadków w przemyśle
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	razem (6)	w tym górniczy i hutnicy (7)	(8)	(9)
Ogółem		471 704 ^c	2 128 607 ^d	1 879 731	1 555 057	160 853	329 977	2 114 600
<i>woj. centralne . . .</i>		214 835	1 019 187	985 999	835 574	39 995	151 829	1 015 123
<i>woj. warszawskie</i>								
1	Ciechanów	3 366	10 081	9 897	7 719	—	1 670	9 911
2	Kutno	4 239	16 694	16 363	13 561	—	2 258	16 425
3	Płock	3 821	10 028	9 846	7 728	—	1 729	9 855
4	Warszawa	87 814	367 913	359 129	282 495	—	73 785	367 474
5	Włocławek	4 464	15 181	17 321	14 964	—	1 968	17 417
6	Zyrardów	3 910	17 575	14 818	12 023	—	2 350	14 921
<i>woj. łódzkie</i>								
7	Kalisz	5 033	14 447	14 187	11 028	—	2 179	14 229
8	Łódź	29 462	177 005	175 245	154 347	—	18 851	176 977
9	Pabianice	4 124	22 382	22 083	19 907	—	1 885	22 301
10	Piotrków	3 430	18 973	18 751	16 181	—	2 060	18 836
11	Tomaszów Mazowiecki	2 827	20 991	20 826	18 522	205	1 908	20 895
<i>woj. kieleckie</i>								
12	Częstochowa	7 309	43 810	43 339	38 706	6 944	3 683	43 731
13	Kielce	5 448	22 320	21 993	18 025	—	3 369	22 007
14	Ostrowiec	2 136	23 253	22 836	20 317	3 443	2 588	23 106
15	Radom	5 309	36 020	21 522	30 886	—	4 316	35 901
16	Sosnowiec	11 619	82 944	81 992	73 464	29 403	8 089	82 909
<i>woj. lubelskie</i>								
17	Lublin	9 449	37 867	36 921	30 321	—	6 277	37 489
18	Siedlce	3 274	10 749	10 446	7 970	—	2 259	10 468
19	Zamość	3 501	12 875	12 519	9 999	—	2 319	12 574
<i>woj. białostockie</i>								
20	Białystok	5 819	30 663	29 829	25 399	—	4 366	30 468
21	Grodno	4 533	18 114	17 394	14 576	—	2 592	17 996
22	Łomża	3 948	9 302	8 742	7 436	—	1 328	9 233
<i>woj. wschodnie . . .</i>		36 154	154 952	151 880	119 945	—	28 683	152 867
<i>woj. wileńskie</i>								
23	Wilno	12 579	48 228	47 220	36 526	—	9 593	47 829
<i>woj. nowogródzkie</i>								
24	Baranowicze	3 165	12 443	12 127	9 472	—	2 375	12 159
25	Lida	2 819	11 136	10 881	8 632	—	2 058	10 897
<i>woj. poleskie</i>								
26	Brześć	4 137	17 383	17 226	13 453	—	3 260	17 267
27	Pińsk	1 641	11 654	11 468	9 580	—	1 774	11 482
<i>woj. wołyńskie</i>								
28	Łuck	5 163	18 135	17 808	13 115	—	4 024	17 848
29	Równe	6 650	35 973	35 150	29 167	—	5 599	35 385

Patrz uwagi na stronie następnej.

L. P.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ubezpieczeni ^b	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników razem	w tym górniczy i hutnicy	emerytalnemu pracowników umysłowych	od wypadków w przemyśle
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
woj. zachodnie . . .		69 537	266 075	255 743	191 161	650	54 227	261 521
woj. poznańskie								
30	Bydgoszcz	7 250	34 488	32 038	25 829	—	6 564	34 116
31	Gniezno	4 139	12 474	11 698	8 663	—	2 428	12 061
32	Grodzisk	3 254	9 362	8 850	6 511	—	1 884	8 927
33	Inowrocław	3 087	11 184	10 349	8 036	403	2 224	10 881
34	Leszno	3 445	9 658	8 840	6 748	—	1 893	9 223
35	Ostrów	5 210	15 319	14 429	9 968	—	2 847	14 785
36	Poznań	17 671	71 800	70 642	51 370	—	16 280	71 457
37	Szamotuły	4 070	13 014	12 238	9 226	247	2 544	12 399
woj. pomorskie								
38	Gdynia	5 326	31 485	30 841	24 122	—	6 343	31 372
39	Grudziądz	5 999	19 525	19 018	13 622	—	3 792	19 115
40	Tczew	5 429	20 484	19 793	14 651	—	3 675	20 082
41	Toruń	4 457	17 282	17 007	12 415	—	3 753	17 103
woj. południowe . . .		126 836	455 069	448 758	376 629	12 833	62 034	451 848
woj. krakowskie								
42	Biała	5 730	28 422	28 224	24 578	1 855	2 813	28 315
43	Chrzanów	2 598	20 758	20 488	18 477	5 937	1 851	20 706
44	Kraków	27 851	88 097	85 823	73 376	1 029	12 263	88 017
45	Nowy Sącz	5 621	21 241	21 081	18 254	—	2 234	21 166
46	Zakopane	3 380	9 167	8 975	7 406	—	1 397	9 137
47	Tarnów	5 249	19 636	19 397	16 531	397	2 271	19 548
woj. lwowskie								
48	Drohobycz	5 954	24 431	24 011	20 279	939	3 457	24 211
49	Krosno	3 109	16 054	15 863	13 735	317	1 777	15 950
50	Lwów	26 893	87 339	86 666	69 164	—	14 883	86 879
51	Przemyśl	6 663	21 741	21 179	17 667	87	2 872	21 427
52	Rzeszów	3 794	13 551	13 386	11 071	—	1 795	13 417
53	Tarnobrzeg	1 818	9 424	9 204	7 687	—	1 446	9 224
woj. stanisławowskie								
54	Kołomyja	3 679	13 797	13 585	11 513	—	1 765	13 693
55	Stanisławów	6 147	19 980	19 823	16 282	162	2 583	19 862
56	Stryj	4 526	22 371	22 050	19 302	1 942	2 232	22 149
woj. tarnopolskie								
57	Brzeżany	3 015	7 283	7 134	5 805	—	1 214	7 138
58	Czortków	3 067	11 551	11 158	9 249	—	1 933	11 187
59	Tarnopol	4 088	10 641	10 391	8 623	168	1 717	10 448
60	Złoczów	3 654	9 585	9 320	7 630	—	1 531	9 374
woj. śląskie		24 542	233 324	37 351	31 748	1 200	33 204	233 241
61	Bielsko	6 842	37 641	37 351	31 748	1 200	4 597	37 558
62	Oddział Z. U. S. w Chorzowie	17 700 ^c	195 683 ^d	—	—	—	28 607	195 683

a Pracownicy rolni ubezpieczeni od wypadków w zatrudnieniu nie są objęci niniejszym zestawieniem. b Ponieważ ubezpieczeni podlegają równocześnie kilku rodzajom ubezpieczenia, kolumna (4) nie jest sumą kolumn (5), (6), (8), (9). c Liczba gospodarstw domowych w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie szacunkowa (7 000). d Za ogólną liczbę ubezpieczonych w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie przyjęto liczbę ubezpieczonych od wypadków.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zakłady pracy i obowiązkowo ubezpieczeni w Ubezpieczalniach Społecznych i w oddziale Z. U. S. w Chorzowie

w/g rodzajów ubezpieczenia ^a

Przebieg roczna

1937

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ubezpie- pieczeni ^b	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników razem	w tym górników i hutników	emery- talnemu pracowni- ków umysłowych	od wypadków w przemyśle
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Ogółem		453 968	2 188 510 ^d	1 954 362	1 638 053	50 761	316 736	2 175 228
bez Oddz. Z.U.S. w Chorzowie		435 965	2 001 735	1 954 362	1 638 053	50 761	289 375	1 988 453
<i>woj. centralne</i>		<i>203 531</i>	<i>1 048 075</i>	<i>1 018 674</i>	<i>871 064</i>	<i>36 964</i>	<i>145 990</i>	<i>1 044 329</i>
<i>woj. warszawskie</i>								
1	Ciechanów	3 247	12 098	11 927	9 821	—	1 604	11 958
2	Kutno	4 053	19 030	18 735	16 127	—	2 230	18 778
3	Płock	3 722	11 587	11 414	9 354	—	1 635	11 424
4	Warszawa	83 008	361 579	353 004	279 242	—	71 116	361 216
5	Włocławek	4 391	18 211	17 952	15 098	—	2 394	18 066
6	Żyrardów	3 706	19 537	19 195	16 963	—	1 852	19 284
<i>woj. łódzkie</i>								
7	Kalisz	4 940	16 404	16 153	13 086	—	2 122	16 193
8	Łódź	27 690	184 368	182 659	162 373	—	18 132	184 342
9	Pabianice	3 889	25 338	25 163	22 931	—	1 812	25 246
10	Piotrków	3 474	20 270	20 067	17 609	—	1 948	20 144
11	Tomaszów Mazowiecki	2 725	23 090	22 916	20 806	155	1 750	22 985
<i>woj. kieleckie</i>								
12	Częstochowa	7 238	45 248	44 767	40 298	6 298	3 465	45 173
13	Kielce	5 099	25 402	25 108	21 230	—	3 263	25 127
14	Ostrowiec	2 065	21 293	20 959	18 639	3 181	2 343	21 171
15	Radom	4 832	37 133	25 499	32 170	—	4 151	37 016
16	Sosnowiec	10 888	81 841	80 913	72 715	27 330	7 722	81 807
<i>woj. lubelskie</i>								
17	Lublin	8 578	36 775	35 920	29 619	—	5 914	36 416
18	Siedlce	3 161	11 665	11 365	9 075	—	2 105	11 384
19	Zamość	3 426	13 916	13 609	11 001	—	2 268	13 625
<i>woj. białostockie</i>								
20	Białystok	5 264	33 990	32 978	28 808	—	4 248	33 795
21	Grodno	4 382	18 841	18 514	15 436	—	2 492	18 808
22	Łomża	3 753	10 459	9 857	8 663	—	1 424	10 371
<i>woj. wschodnie</i>		<i>33 960</i>	<i>158 088</i>	<i>155 517</i>	<i>124 300</i>	<i>—</i>	<i>27 633</i>	<i>156 089</i>
<i>woj. wileńskie</i>								
23	Wilno	11 723	46 950	46 330	35 766	—	9 086	46 569
<i>woj. nowogródzkie</i>								
24	Baranowicze	2 886	12 958	12 643	10 162	—	2 203	12 665
25	Lida	2 716	14 127	13 841	11 221	—	2 470	13 855
<i>woj. poleskie</i>								
26	Brzesć	3 672	16 725	16 585	13 049	—	3 027	16 621
27	Pińsk	1 609	12 593	12 415	10 600	—	1 687	12 431
<i>woj. wołyńskie</i>								
28	Łuck	4 855	18 355	18 047	13 723	—	3 720	18 090
29	Równe	6 499	36 380	35 656	29 779	—	5 440	35 858

Patrz uwagi na stronie następnej

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy	Ubezpie- czeni ^b	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
				na wypadek choroby	emerytalnemu robotników		emery- talnemu pracowni- ków umysłowych	od wypad- ków w przemyśle
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<i>woj. zachodnie . . .</i>		68 078	286 759	277 337	214 242	700	52 596	282 315
<i>woj. poznańskie</i>								
30	Bydgoszcz	7 194	36 940	34 659	28 595	—	6 317	36 600
31	Gniezno	4 126	14 236	13 429	10 495	—	2 367	13 823
32	Grodzisk	3 261	10 787	10 250	8 015	—	1 809	10 356
33	Inowrocław	3 054	13 455	12 871	10 108	448	2 335	13 152
34	Leszno	3 416	10 655	9 851	7 805	—	1 882	10 238
35	Ostrów	5 118	17 191	16 538	12 011	—	2 800	16 663
36	Poznań	17 089	72 787	71 660	52 900	—	16 117	72 451
37	Szamotuły	4 198	14 190	13 589	10 704	250	2 361	13 608
<i>woj. pomorskie</i>								
38	Gdynia	5 060	32 089	31 498	25 185	—	5 875	31 984
39	Grudziądz	5 942	23 056	22 568	17 329	—	3 677	22 661
40	Tczew	5 285	23 362	22 654	17 753	2	3 495	22 937
41	Toruń	4 335	18 011	17 730	13 342	—	3 541	17 842
<i>woj. południowe . . .</i>		123 710	467 834	462 137	393 340	11 988	58 817	464 823
<i>woj. krakowskie</i>								
42	Biała	5 902	33 199	32 993	29 399	1 699	2 754	33 090
43	Chrzanów	2 607	22 348	22 117	20 164	5 703	1 789	22 290
44	Kraków	26 269	88 982	87 955	74 902	1 021	11 677	88 906
45	Nowy Sącz	5 318	21 001	20 810	18 186	—	2 172	20 910
46	Zakopane	3 175	10 952	10 734	9 205	—	1 309	10 923
47	Tarnów	5 260	21 425	21 204	18 421	387	2 211	21 345
<i>woj. lwowskie</i>								
48	Drohobycz	5 816	27 305	26 941	23 254	817	3 347	27 135
49	Krosno	2 928	16 829	16 732	14 859	142	1 477	16 773
50	Lwów	25 931	85 604	84 880	68 317	2	14 275	85 240
51	Przemyśl	6 718	23 242	22 884	19 617	75	2 657	22 962
52	Rzeszów	3 643	12 400	12 238	10 320	—	1 542	12 257
53	Tarnobrzeg	1 852	9 841	9 586	8 171	—	1 368	9 643
<i>woj. stanisławowskie</i>								
54	Kołomyja	3 817	13 423	13 292	11 280	28	1 644	13 333
55	Stanisławów	5 951	20 291	20 094	16 581	160	2 477	20 134
56	Stryj	4 616	22 391	22 091	19 465	1 801	2 117	22 180
<i>woj. tarnopolskie</i>								
57	Brzeżany	3 057	7 307	7 167	5 791	—	1 157	7 169
58	Czortków	3 127	10 889	10 506	8 754	—	1 784	10 529
59	Tarnopol	4 167	10 554	10 321	8 653	153	1 614	10 369
60	Złoczów	3 556	9 851	9 592	8 001	—	1 446	9 635
<i>woj. śląskie</i>		24 689	227 754	40 697	35 107	1 109	31 700	227 672
61	Bielsko	6 686	40 979	40 697	35 107	1 109	4 339	40 897
62	Oddz. Z. U. S. Chorzów .	18 003 ^b	186 775 ^d	—	—	—	27 361	186 775

^a Pracownicy rolni ubezpieczeni od wypadków nie są objęci niniejszym zestawieniem. ^b Ponieważ ubezpieczeni podlegają równocześnie kilku rodzajom ubezpieczeń kolumna (4) nie jest sumą kolumn (5), (6), (8) i (9). ^c Liczba gospodarstw w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie szacunkowa (7000). ^d Za ogólną liczbę ubezpiecz. w Chorzowie przyjęto liczbę ubezpieczonych od wypadków.

Przypis składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w m-cu listopadzie 1937 r.^a

w złotych

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych	emerytalne	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Ogółem		32 086 569	12 591 869	7 627 241	5 099 058	1 661 140	5 107 261
%		100,0	39,2	23,8	15,9	5,2	15,9
<i>woj. centralne</i>		17 452 580	7 304 312	4 531 173	2 539 590	835 861	2 241 644
%		100,0	41,8	26,0	14,6	4,8	12,8
woj. warszawskie							
1	Ciechanów	129 921	56 811	32 298	19 322	6 034	15 456
2	Kutno	252 157	111 531	70 715	30 001	9 319	30 591
3	Płock	142 061	61 223	35 132	20 137	6 292	19 277
4	Warszawa	7 042 660	2 898 286	1 529 200	1 319 024	438 127	858 023
5	Włocławek	264 917	114 518	70 872	35 730	11 396	32 401
6	Zyrardów	295 579	130 355	89 719	30 118	9 651	35 736
woj. łódzkie							
7	Kalisz	188 688	84 343	47 161	27 660	8 669	20 855
8	Łódź	3 114 074	1 400 716	919 800	351 314	117 819	324 425
9	Pabianice	349 913	161 461	113 888	28 695	9 434	36 435
10	Piotrków	261 844	115 306	75 877	27 983	8 994	33 684
11	Tomaszów Maz.	344 973	154 019	108 790	29 936	9 304	42 924
woj. kieleckie							
12	Częstochowa	609 532	261 901	187 747	54 671	17 859	87 354
13	Kielce	305 302	127 962	74 672	42 095	13 159	47 414
14	Ostrowiec	449 622	187 853	122 276	55 386	18 152	65 955
15	Radom	529 278	141 361	192 474	73 791	23 808	97 844
16	Sosnowiec	1 641 025	651 914	474 257	164 282	56 124	294 448
woj. lubelskie							
17	Lublin	538 487	224 058	130 848	87 654	27 626	68 301
18	Siedlce	121 601	51 187	25 610	24 094	7 464	13 246
19	Zamość	166 184	69 821	39 301	26 826	8 437	21 799
woj. białostockie							
20	Białystok	433 332	186 784	118 855	52 110	16 248	59 335
21	Grodno	196 008	82 525	52 554	26 201	8 078	26 650
22	Łomża	75 422	30 377	19 127	12 560	3 867	9 491
<i>woj. wschodnie</i>		1 750 155	732 575	391 182	292 205	90 657	243 536
%		100,0	41,8	22,4	16,7	5,2	13,9
woj. wileńskie							
23	Wilno	493 422	209 305	111 657	88 797	27 637	56 026
woj. nowogrodzkie							
24	Baranowicze	124 987	52 469	27 549	22 229	6 845	15 895
25	Lida	120 666	51 604	27 964	20 373	6 295	14 430
woj. poleskie							
26	Brześć	245 003	106 131	57 770	35 350	11 024	34 728
27	Pińsk	143 360	59 935	35 286	19 400	6 046	22 693
woj. wołyńskie							
28	Łuck	218 695	92 957	42 074	43 739	13 504	26 421
29	Równa	404 022	160 174	88 882	62 317	19 306	73 343

Patrz uwagi na stronie następniej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników emerytalne	umysłowych na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>woj. zachodnie</i>		4 222 826	1 741 780	985 409	721 980	230 177	543 480
%		100,0	41,2	23,3	17,1	5,5	12,9
<i>woj. poznańskie</i>							
30	Bydgoszcz	539 263	214 261	136 748	84 124	26 529	77 601
31	Gniezno	182 385	73 458	43 580	32 016	10 082	23 249
32	Grodzisk	117 632	46 465	27 521	22 550	7 062	14 034
33	Inowrocław	183 924	74 511	49 553	27 226	8 833	23 801
34	Leszno	111 232	42 772	23 397	24 634	7 707	12 722
35	Ostrów	204 675	84 217	50 882	30 676	9 631	29 269
36	Poznań	1 179 665	510 506	251 347	220 880	70 690	126 242
37	Szamotuły	162 900	65 262	37 086	30 292	9 961	20 299
<i>woj. pomorskie</i>							
38	Gdynia	718 549	282 031	167 845	117 410	38 079	113 184
39	Grudziądz	287 136	122 695	73 235	42 273	13 429	35 504
40	Tezew	265 119	111 129	61 257	44 064	13 811	34 858
41	Toruń	270 346	114 473	62 958	45 835	14 363	32 717
<i>woj. południowe</i>		5 915 982	2 510 533	1 518 049	832 727	265 486	789 187
%		100,0	42,4	25,7	14,1	4,5	13,3
<i>woj. krakowskie</i>							
42	Biała	430 320	185 120	126 635	40 542	12 939	65 084
43	Chrzanów	472 353	186 774	138 045	38 655	12 874	96 005
44	Kraków	1 262 793	545 641	334 320	176 599	56 565	149 668
45	Nowy Sącz	259 627	109 531	70 419	30 991	9 747	38 939
46	Zakopane	89 963	39 194	21 664	14 691	4 537	9 877
47	Tarnów	252 475	108 260	67 929	32 770	10 630	32 886
<i>woj. lwowskie</i>							
48	Drohobycz	443 207	184 880	116 409	58 301	18 080	65 537
49	Krosno	224 544	94 132	61 175	25 882	8 313	35 042
50	Lwów	1 145 080	497 425	255 846	206 420	66 846	118 543
51	Przemyśl	174 993	74 319	46 470	25 701	8 115	20 388
52	Rzeszów	128 227	55 601	32 179	20 840	6 589	13 018
53	Tarnobrzeg	181 112	73 930	49 494	18 565	5 819	33 304
<i>woj. stanisławowskie</i>							
54	Kołomyja	114 960	48 162	27 236	18 144	5 549	15 869
55	Stanisławów	212 496	90 471	53 077	29 760	9 343	29 845
56	Stryj	188 304	78 577	43 764	31 045	9 837	25 081
<i>woj. tarnopolskie</i>							
57	Brzeżany	54 201	21 962	9 943	12 621	3 883	5 792
58	Czortków	94 327	40 275	21 646	17 293	5 316	9 797
59	Tarnopol	112 630	45 965	25 927	19 156	5 906	15 676
60	Złoczów	74 370	30 314	15 871	14 751	4 598	8 836
<i>woj. śląskie</i>		2 745 026	302 669	201 428	712 556	238 959	1 289 414
%		100,0	11,0	7,3	26,0	8,7	47,0
61	Bielsko	709 166	302 669	201 428	79 005	25 769	100 295
62	Oddz. Z. U. S. w Chorzowie	2 035 860	—	—	633 551	213 190	1 189 119

a Zestawienie obejmuje przypis dokonany w Ubezpieczalniach Społecznych oraz w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie (na ubezpieczenie pracown. umysł. i od wypadków), nie obejmuje zaś przypisu na ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu w rolnictwie.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w złotych

w m-cu listopadzie 1937 r. ^a

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników emerytalne	umysłowych na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Ogółem		31 333 589	12 396 453	7 400 167	5 046 653	1 646 779	4 843 537
%		100,0	39,6	23,6	16,1	5,3	15,4
<i>woj. centralne</i>		<i>17 290 732</i>	<i>7 248 447</i>	<i>4 440 539</i>	<i>2 557 426</i>	<i>845 878</i>	<i>2 198 442</i>
%		100,0	41,9	25,7	14,8	4,9	12,7
woj. warszawskie							
1	Ciechanów	115 284	50 150	28 414	17 711	5 534	13 475
2	Kutno	248 723	109 831	69 038	30 759	9 606	29 489
3	Płock	129 703	55 845	31 840	18 795	5 870	17 353
4	Warszawa	7 116 216	2 925 339	1 528 847	1 354 610	449 397	858 023
5	Włocławek	236 657	102 873	62 930	31 908	10 177	28 769
6	Zyrardów	283 590	125 359	85 462	29 436	9 437	33 896
woj. łódzkie							
7	Kalisz	176 122	78 413	43 689	24 467	10 297	19 256
8	Łódź	3 178 574	1 430 644	934 227	364 377	122 158	327 168
9	Pabianice	354 465	162 287	115 637	30 046	9 874	36 621
10	Piotrków	277 858	122 252	79 036	31 752	10 210	34 608
11	Tomaszów Maz.	263 734	120 168	82 252	21 437	6 539	33 338
woj. kieleckie							
12	Częstochowa	560 843	253 319	166 303	47 863	15 629	77 729
13	Kielce	289 861	121 308	69 990	41 349	12 876	44 338
14	Ostrowiec	397 414	167 578	107 919	47 706	15 725	58 486
15	Radom	484 794	131 709	171 741	71 105	22 944	87 295
16	Sosnowiec	1 805 956	708 729	520 189	189 573	65 122	322 343
woj. lubelskie							
17	Lublin	467 952	195 424	113 177	76 312	24 021	59 018
18	Siedlce	102 511	43 167	21 540	20 382	6 313	11 109
19	Zamość	151 215	63 386	35 296	24 527	8 381	19 625
woj. białostockie							
20	Białystok	405 975	177 151	110 101	48 653	15 121	54 949
21	Grodno	169 539	73 758	44 377	22 079	6 808	22 517
22	Łomża	73 746	29 757	18 534	12 579	3 839	9 037
<i>woj. wschodnie</i>		<i>1 668 174</i>	<i>702 271</i>	<i>366 494</i>	<i>286 814</i>	<i>88 971</i>	<i>223 624</i>
%		100,0	42,1	22,0	17,2	5,3	13,4
woj. wileńskie							
23	Wilno	531 466	225 644	117 392	99 391	30 917	58 122
woj. nowogrodzkie							
24	Baranowicze	106 463	45 575	23 034	18 792	5 783	13 279
25	Lida	120 206	50 541	27 060	21 903	6 767	13 935
woj. poleskie							
26	Brześć	218 332	95 004	51 143	31 653	9 871	30 661
27	Pińsk	137 124	57 777	33 239	18 856	5 877	21 375
woj. wołyńskie							
28	Łuck	216 085	91 785	40 886	44 291	13 675	25 448
29	Równe	338 498	135 945	73 740	51 928	16 081	60 804

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>woj. zachodnie</i>		4 057 268	1 690 884	931 288	697 660	222 936	514 500
%		100,0	41,7	23,9	17,2	5,5	12,7
<i>woj. poznańskie</i>							
30	Bydgoszcz	498 776	198 945	124 584	78 466	24 749	72 032
31	Gniezno	195 431	77 980	45 596	35 696	11 254	24 915
32	Grodzisk	120 282	48 581	27 395	23 125	7 234	13 937
33	Inowrocław	175 460	74 653	45 722	25 017	8 117	21 951
34	Leszno	120 108	45 919	24 965	27 200	8 518	13 507
35	Ostrów	182 959	77 936	44 444	26 706	8 342	25 531
36	Poznań	1 172 197	510 199	246 593	220 418	71 152	123 835
37	Szamotuły	142 304	58 749	31 740	25 919	8 523	17 373
<i>woj. pomorskie</i>							
38	Gdynia	677 741	270 754	156 096	109 994	35 694	105 202
39	Grudziądz	287 810	122 416	72 238	43 923	13 952	35 281
40	Tczew	243 094	102 190	56 050	40 352	12 601	31 901
41	Toruń	241 106	102 562	55 865	40 844	12 800	29 035
<i>woj. południowe</i>		5 778 537	2 466 507	1 470 806	815 471	260 510	765 243
%		100,0	42,7	25,5	14,1	4,5	13,2
<i>woj. krakowskie</i>							
42	Biała	437 388	187 370	128 268	42 885	13 191	65 674
43	Chrzanów	533 248	208 793	154 840	47 431	15 853	106 331
44	Kraków	1 193 768	516 031	314 718	168 807	54 070	140 142
45	Nowy Sącz	259 702	112 860	68 688	31 001	9 761	37 392
46	Zakopane	88 237	38 511	21 306	14 370	4 436	9 614
47	Tarnów	232 153	100 165	62 276	29 826	9 675	30 211
<i>woj. lwowskie</i>							
48	Drohobycz	335 596	142 204	87 966	41 527	13 577	50 322
49	Krosno	222 760	92 925	60 428	26 517	8 534	34 356
50	Lwów	1 058 380	462 590	233 188	192 771	62 451	107 380
51	Przemyśl	206 774	89 437	52 415	32 162	10 143	22 617
52	Rzeszów	124 003	53 749	30 289	20 897	6 599	12 469
53	Tarnobrzeg	143 021	58 868	39 523	13 505	4 237	26 888
<i>woj. stanisławowskie</i>							
54	Kołomyja	109 836	45 826	25 977	17 938	5 499	14 596
55	Stanisławów	187 705	82 375	45 790	25 717	8 083	25 740
56	Stryj	308 652	125 561	75 737	47 789	15 153	44 412
<i>woj. tarnopolskie</i>							
57	Brzeżany	50 522	21 631	8 994	11 298	3 478	5 121
58	Czortków	91 855	39 879	20 640	17 064	5 245	9 027
59	Tarnopol	112 942	54 174	22 772	17 120	5 278	13 598
60	Złoczów	81 995	33 558	16 991	16 846	5 247	9 353
<i>woj. śląskie</i>		2 538 878	288 344	191 040	689 282	228 484	1 141 728
%		100,0	11,4	7,5	27,1	9,0	45,0
61	Bielsko	674 179	288 344	191 040	75 197	24 518	95 080
62	Oddz. Z. U. S. w Chorzowie	1 864 699	—	—	614 085	203 966	1 046 648

a Zestawienie obejmuje wpływy w Ubezpieczalniach Społecznych oraz w oddziale Z. U. S. w Chorzowie (na ubezpieczenie pracow. umysł. i od wypadków), nie obejmuje zaś wpływów na ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu w rolnictwie.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Razem świadczenia	Zasiłki pieniężne	Opieka lekarska	Środki lecznicze i pomocnicze	Szpitala i zakłady lecznicze	Leczenie w bratnich ubezpieczalniach i zwroty ubez.	Profilaktyka i cele sanitarne
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Ogółem		96 004 552	16 278 282	31 570 129	15 832 969	25 656 282	1 239 352	5 427 538
		<i>100,0</i>	<i>17,0</i>	<i>32,8</i>	<i>16,5</i>	<i>26,7</i>	<i>1,3</i>	<i>5,7</i>
<i>woj. centralne</i>		<i>56 309 786</i>	<i>9 398 656</i>	<i>19 044 802</i>	<i>9 572 735</i>	<i>14 739 883</i>	<i>663 568</i>	<i>2 890 142</i>
		<i>100,0</i>	<i>16,7</i>	<i>33,8</i>	<i>17,0</i>	<i>26,2</i>	<i>1,2</i>	<i>5,1</i>
<i>woj. warszawskie</i>								
1	Ciechanów	403 781	50 457	142 567	83 872	96 944	7 613	22 328
2	Kutno	648 877	90 669	236 868	147 304	119 715	17 127	37 194
3	Płock	393 346	55 125	133 363	84 312	91 114	6 341	23 091
4	Warszawa	24 377 658	3 522 363	8 674 356	4 195 255	6 732 634	223 745	1 019 305
5	Włocławek	698 600	126 738	235 584	123 937	157 514	13 885	40 942
6	Żyrardów	1 093 826	195 477	341 967	174 299	300 769	14 248	67 066
<i>woj. łódzkie</i>								
7	Kalisz	490 027	76 360	174 772	87 814	107 758	4 719	38 604
8	Łódź	10 183 806	2 024 046	3 305 470	1 566 126	2 672 446	58 461	557 257
9	Pabianice	1 166 400	211 146	378 285	210 038	273 660	9 695	83 576
10	Piotrków	861 519	166 093	244 012	136 286	257 717	8 326	49 085
11	Tomaszów Maz.	1 155 963	239 080	390 982	206 762	231 876	26 152	61 111
<i>woj. kieleckie</i>								
12	Częstochowa	1 821 478	380 766	605 607	312 562	406 990	14 351	101 202
13	Kielce	992 970	131 632	309 323	193 496	229 760	48 819	79 940
14	Ostrowiec	1 155 093	279 826	338 895	197 766	261 377	24 212	53 017
15	Radom	1 317 122	199 812	451 045	246 057	285 400	21 818	112 990
16	Sosnowiec	5 230 449	1 059 334	1 654 975	838 021	1 405 128	50 897	222 094
<i>woj. lubelskie</i>								
17	Lublin	1 321 008	185 171	449 013	200 991	372 275	20 806	92 752
18	Siedlce	375 144	51 578	119 026	85 415	95 043	7 316	16 766
19	Zamość	413 232	38 270	139 930	77 796	112 450	11 638	33 148
<i>woj. białostockie</i>								
20	Białystok	1 242 814	194 587	387 902	232 311	283 064	40 677	104 273
21	Grodno	659 655	85 578	208 497	122 215	168 082	28 765	46 518
22	Łomża	307 018	34 548	122 363	50 100	68 167	3 957	27 883
<i>woj. wschodnie</i>		<i>5 380 174</i>	<i>670 834</i>	<i>1 764 269</i>	<i>1 011 191</i>	<i>1 489 792</i>	<i>117 500</i>	<i>326 588</i>
		<i>100,0</i>	<i>12,5</i>	<i>32,8</i>	<i>18,8</i>	<i>27,7</i>	<i>2,2</i>	<i>6,0</i>
<i>woj. wileńskie</i>								
23	Wilno	1 722 270	229 033	580 200	289 718	511 432	12 968	98 919
<i>woj. nowogródzkie</i>								
24	Baranowicze	346 753	29 680	123 688	74 994	77 111	16 331	24 949
25	Lida	438 325	43 767	123 069	114 153	98 360	29 548	29 428
<i>woj. poleskie</i>								
26	Brześć n/B	633 869	79 715	199 370	108 278	176 585	16 930	52 991
27	Pińsk	427 762	54 316	152 739	69 888	112 601	7 710	30 508
<i>woj. wołyńskie</i>								
28	Łuck	633 605	69 200	217 237	120 978	178 330	15 744	32 116
29	Równe	1 177 590	165 123	367 966	233 182	335 373	18 269	57 677

Patrz uwagi na stronie następnej.

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Razem świadczenia	Zasiłki pieniężne	Opieka lekarska	Środki lecznicze i pomocnicze	Szpitala i zakłady lecznicze	Leczenie w bratnich ubezpieczalniach i zwroty ubez.	Profilaktyka i cele sanitarne
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<i>woj. zachodnie</i>		<i>12 622 625</i>	<i>1 758 241</i>	<i>4 386 695</i>	<i>1 885 088</i>	<i>3 528 472</i>	<i>148 015</i>	<i>916 114</i>
<i>%</i>		<i>100,0</i>	<i>13,9</i>	<i>34,8</i>	<i>14,9</i>	<i>27,9</i>	<i>1,2</i>	<i>7,3</i>
<i>woj. poznańskie</i>								
30	Bydgoszcz	1 450 387	191 004	459 222	231 655	417 356	14 087	137 063
31	Gniezno	497 273	53 414	191 507	66 213	127 502	9 293	49 344
32	Grodzisk	310 503	54 014	129 774	40 320	57 166	6 100	23 129
33	Inowrocław	457 258	68 342	180 520	72 677	100 557	5 452	29 710
34	Leszno	356 100	36 026	144 314	48 137	100 678	3 467	23 478
35	Ostrów	566 868	74 491	224 326	84 849	146 727	3 922	32 553
36	Poznań	3 938 196	553 069	1 293 561	567 110	1 262 682	39 259	222 515
37	Szamotuły	541 415	62 442	205 000	105 919	128 450	5 398	34 206
<i>woj. pomorskie</i>								
38	Gdynia	2 099 967	338 042	721 634	312 541	559 109	24 759	143 882
39	Grudziądz	861 917	120 978	320 516	153 570	174 790	12 117	79 946
40	Tczew	803 044	100 463	267 206	98 537	248 933	9 446	78 946
41	Toruń	739 697	105 956	249 115	103 560	204 522	14 715	61 829
<i>woj. południowe^b</i>		<i>21 691 967</i>	<i>4 450 551</i>	<i>6 374 363</i>	<i>3 363 955</i>	<i>5 898 135</i>	<i>310 269</i>	<i>1 294 694</i>
<i>%</i>		<i>100,0</i>	<i>20,5</i>	<i>29,4</i>	<i>15,5</i>	<i>27,2</i>	<i>1,4</i>	<i>6,0</i>
<i>woj. krakowskie</i>								
42	Biała	1 441 040	431 918	412 147	180 787	305 933	19 677	90 578
43	Chrzanów	1 475 178	445 189	375 251	182 481	382 987	15 915	73 355
44	Kraków	4 820 451	826 401	1 332 720	635 612	1 678 584	41 070	306 064
45	Nowy Sącz	680 950	132 755	206 711	112 006	145 214	28 473	55 791
46	Zakopane	459 736	57 518	144 721	72 415	148 296	8 859	27 927
47	Tarnów	736 805	139 521	252 093	131 484	155 752	11 137	46 818
<i>woj. lwowskie</i>								
48	Drohobycz	1 488 982	358 877	263 517	229 984	352 926	9 435	74 243
49	Krosno	685 996	169 160	189 508	119 033	176 499	10 303	21 493
50	Lwów	3 866 622	640 437	1 104 412	768 003	1 158 053	29 471	166 246
51	Przemyśl	619 247	82 511	235 380	114 365	126 010	8 731	52 250
52	Rzeszów	282 437	41 218	97 886	47 731	64 667	5 428	25 507
53	Tarnobrzeg	285 493	31 622	96 785	41 110	70 553	19 090	26 333
<i>woj. stanisławowskie</i>								
54	Kołomyja	269 712	35 183	93 470	39 279	67 868	4 932	28 980
55	Stanisławów	593 423	77 377	197 311	129 803	136 281	18 335	34 316
56	Stryj	796 119	167 724	234 617	107 451	185 619	25 060	75 648
<i>woj. tarnopolskie</i>								
57	Brzeżany	167 157	16 516	61 880	34 068	44 805	1 468	8 420
58	Czortków	253 766	37 712	94 364	54 772	45 626	2 812	18 480
59	Tarnopol	291 141	39 556	94 647	59 528	75 181	4 136	18 093
60	Złoczów	207 785	20 807	81 797	31 043	52 007	3 065	19 066
<i>Śląsk Cieszyński</i>								
61	Bielsko	2 269 927	698 549	605 146	273 000	525 274	42 872	125 086

^a Zestawienie nie obejmuje wydatków na świadczenia Kas Chorych Górnego Śląska.

^b Łącznie ze Śląskiem Cieszyńskim.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne robotników

I 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano ^a			Wypłacono	
	rent, odpraw, zasiłków, zaopatrzeń i zapomóg	na sumę (w złotych) ^b	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
O g ół e m					1 889 521,58
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	21	525,00	25,00 ^c	3 116	78 863,24
" wdowie	31		12,50 ^c	1 783	
" sierot niepełnych	47	612,60	6,25 ^c	952	27,86614
" " zupełnych	8	68,75	12,50 ^c	187	1 975,00
" wstępnych	—	—	—	2	12,50
Odprawy wdowie	—	—	—	—	—
Zasiłki pogrzebowe	17	850,00	50,00	17	850,00
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	536	13 724,50	25,61	22 698	683 990,32
" starcze	51	991,20	19,44	2 766	63 951,56
" wdowie	242	2 375,35	9,82	8 210	113 408,39
" sieroce	200	1 113,60	5,57	5 640	34 174,25
Odprawy wdowie	3	360,00	120,00	3	360,00
" sieroce	1	35,20	35,20	1	35,20
III Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym (z dn. 28 marca 1933 r.):					
Zaopatrzenia inwalidzkie	501	9 399,80	20,00 ^e	38 557	820 384,88
" wdowie	69		10,00 ^e	2 523	
" sierot niepełnych	7	718,00	4,00 ^e	126	30 358,74
" " zupełnych	10	61,00	7,00 ^e	237	2 833,25
Renty inwalidzkie ^e	16	451,93	28,25	58	3 499,95
" wdowie ^e	—	—	—	6	
" sierot niepełnych ^e	—	—	—	2	167,97
" " zupełnych ^e	—	—	—	16	342,85
Jednorazowe zapomogi pośmiertne
IV. Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego:					
Renty inwalidzkie	2	56,32	28,16	625	12 732,98
" wdowie	1			965	
" sierot niepełnych	—	5,40	5,40	19	12 734,88
" " zupełnych	2	19,00	9,50	115	979,48

^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 na wypadek braku pracy pracowników umysłowych

I 1938

W o j e w ó d z t w a	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki	Liczba wypłaconych zasiłków miesięcznych ^a	Kwoty wypłaconych zasiłków (w złotych)	Przeciętna mie- sięczna wysokość zasiłku
Ogółem	6 829	8 062	526 325,89	65,28
<i>centralne</i>	<i>2 962</i>	<i>3 290</i>	<i>240 365,59</i>	<i>73,06</i>
M. st. Warszawa	1 733	1 938	150 528,99	77,67
Warszawskie				
Łódzkie	541	533	44 563,60	83,61
Kieleckie	363	435	27 353,30	62,88
Lubelskie	211	261	9 178,00	35,16
Białostockie	114	123	8 741,70	71,07
<i>wschodnie</i>	<i>645</i>	<i>821</i>	<i>50 384,90</i>	<i>61,37</i>
Wileńskie	231	309	17 772,50	57,52
Nowogródzkie	94	122	7 242,30	59,36
Poleskie	106	134	8 465,30	63,17
Wołyńskie	214	256	16 904,80	66,03
<i>zachodnie</i>	<i>1 939</i>	<i>2 335</i>	<i>157 500,13</i>	<i>67,45</i>
Poznańskie	799	951	53 115,73	55,85
Pomorskie	455	542	30 048,80	55,44
Śląskie	685	842	74 335,60	88,28
<i>południowe</i>	<i>1 283</i>	<i>1 616</i>	<i>78 075,27</i>	<i>48,31</i>
Krakowskie	386	470	16 405,57	34,91
Lwowskie	630	761	42 213,80	55,47
Stanisławowskie	130	180	9 700,00	53,89
Tarnopolskie	137	205	9 755,90	47,69

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych

I 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano ^a		Wypłacono ^b	
	rent, odpraw, zapomóg	ilość osób ^c	ilość osób ^c	na sumę (w złotych)
Ogółem				3 755 714,63
I. Z ustawy austriackiej z dn. 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dn. 11 lipca 1911 r.:				
Renty poszkodowanych	50	68 138		1 662 324,88
" wdów	2	11 056		456 136,44
" sierot zupełnych	—	5 808		253 592,01
" dalszej rodziny	2	935		24 020,90
Odprawy i zapomogi pośmiertne	—	—		—
II. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28 marca 1933 r.:				
Renty poszkodowanych	1 738	30 999		1 012 492,07
" wdów	85	2 482		109 977,58
" sierot	140	4 365		121 303,95
" dalszej rodziny	15	209		4 845,15
Odprawy i zapomogi pośmiertne	—	67		13 896,33
Koszty protez i lecznictwa	—	—		97 125,32

^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 Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie

XII 1937

Rodzaj świadczenia	Przyznano			Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych) ^a	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I—XII	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych) ^b
Ogółem					2 078 627,25
Renty inwalidzkie	420	13 700,50	31,15	43 541	1 606 429,75
" wdowie	163	2 783,70	17,21	15 379	301 484,25
" sieroce	513	1 756,05	7,69	19 223	167 979,75
" zaliczkowe	6	70,00	7,95	107	2 733,50

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

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie.

Świadczenia emerytalne Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach

I—XII 1937

Rodzaj świadczenia	Przyznano		Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych)	ilość osób	na sumę (w złotych)
Ogółem				22 919 191,84
Renty inwalidów	2 707	112 126,28	33 466	} 17 173 730,64
" inwalidek	92	1 903,07	1 225	
" wdów	1 328	30 840,72	20 575	
" sierot niepełnych	1 125	7 037,92	7 549	
" " zupełnych	79	932,41	469	
Pogrzebowe po inwalidach	—	—	1 226	138 206,84
" " inwalidkach, żonach inwalidów i wdowach	—	—	1 229	116 938,91
" " dzieciach inwalidów i sierotach	—	—	71	3 465,20

Źródło: Dane Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Koryczan Mateusz	7557216	Chrzanów	Szymanek Lydia	6633558	Ostrów Wlkp.
Kita Stanisław	4278238	Częstochowa	Zalcberg Bluma Bela	4013512	Pabjanice
Kobyłkiewicz Bolesław	4254018	"	Kaczka Chana Frajda	4036079	"
Płochocka Tekla	4250197	"	Tomalczyk Janina	4027649	"
Elster Izrael	8808856	Kołomyja	Kozłowicz Józef	3991658	"
Marcinek Franciszek	7754229	Kraków	Majewski Stefan	4019565	"
Molecki Jan	7637613	"	Portkowski Wincenty	2138342	Płock
Trochimczuk Tadeusz	4953851	Lublin	Kleczkowski Władysław	2137440	"
Zywirski Zygmunt	1386516	"	Chojnacka Zofia	4124969	Piotrków Tr.
Jeziernicki Wacław	1404675	"	Blumsztajn Herek	4091346	"
Zyngier Josef	1386140	"	Antczak Władysława	6728759	Poznań
Bryk Jankiel	5930415	Łuck	Blicharz Krystyna	1621833	"
Anuszkiewicz Edward	5944567	"	Gamalska Małgorzata	6421902	"
Wandzaruk Michał	1888786	"	Garczevska Jadwiga	6712036	"
Bednarek Antoni	3513884	Łódź	Gawroński Andrzej	6713258	"
Biskupska Wiktoria	4024850	"	Koczorowski Zdzisław	1611526	"
Bajrach Frajda	3614719	"	Kurasz Stanisław	6743450	"
Ciupiński Tadeusz	3566708	"	Łukaszuk Kazimierz	6774194	"
Bitner Artur	3602903	"	Majewski Wacław	1597264	"
Duda Krystyna	3670220	"	De Ville Bogdan	1611288	"
Jakubowicz Icek	3374088	"	Zalewska Marta	6738806	"
Janiszewski Feliks	3541232	"	Wajnberg Maryla	4594120	Radom
Jakubowicz Chaja	3636749	"	Godek Stefan	4553857	"
Jałmużny Adam	3555749	"	Gołębiowska Helena	4601631	"
Gliński Jan	2134442	"	Ceranek Franciszek	1407148	Siedlce
Gabarski Władysław	3463530	"	Kemon Edward	8776132	Tarnobrzeg
Chudy Lajbuś	3414427	"	Bloch Henryk	8079866	Tarnów
Gąsior Bronisław	3466981	"	Serednicka Emilia	8067002	"
Lieberman Josek	3555937	"	Brzeziński Michał	2463636	Warszawa
Kowalska Stanisława	3418541	"	Cańtkier Gitla	2425098	"
Kromchorn Icchok	1211078	"	Gała Henryk	2544363	"
Kubanowski Mateusz	3450021	"	Goldman Moszek	2801923	"
Merta Eleonora	3396814	"	Hasała Maria	6771857	"
Małykont Abram	3651484	"	Hopfenberg Ruchla	2217376	"
Minor Arno-Adolf	1212090	"	Horenblas Jeszoja	2236382	"
Minc Estera	3526166	"	Jabłoński Feliks	2400718	"
Matusiak Zofia	3475335	"	Karpiński Walerian	2262240	"
Nowakowski Mieczysław	3625160	"	Kaczor Stanisława	2650502	"
Ostrowska Helena	3587380	"	Kałużnyer Izrael Zelman	2608013	"
Miśkiewicz Leokadia	3691679	"	Kozłowski Leon	2573233	"
Pluskota Henryk	3684987	"	Kopczyński Mieczysław	2264313	"
Stefan Olga	3619903	"	Krawczyk Stefania	2471440	"
Suchowolski Jakow	3546120	"	Krzyżanowski Michał	2626410	"
Przybył Władysława	3532410	"	Kuczko Zofia	2596110	"
Pabiański Feliks	3447730	"	Lepa Janina	2272687	"
Skorupa Helena	3505508	"	Oleśniewicz Eugenia	2464702	"
Puszczyński Wacław	3655369	"	Rajewska Eugenia	1102425	"
Sadokierski Jakub	1281953	"	Rozenek Władysław	2537152	"
Toper Rojza	3520981	"	Sokołowska Aleksandra	1112376	"
Kolska Janina	3543304	"	Dr Sandrowski Zygmunt	1086284	"
Rojek Wiesław	3629915	"	Szarek Edward	2598140	"
Wąsik Roman	3542054	"	Surala Stanisław	2451138	"
Wolak Józef	3664943	"	Siennicki Władysław	2305414	"
Wasser Lajbko	1198362	"	Staniczak Tadeusz	2748297	"
Wajnberg Lajb	3674928	"	Saniak Stefan	2287799	"
Szymczyk Ludwik	3469259	"	Salman Jakób	2319922	"
Waser Lajb	3674446	"	Szpigiel Fiszel	2750007	"
Wolf Antoni	3473328	"	Tarczyk Michał	2409493	"
Wajngarten Estera	3561503	"			
Uszerowicz Cywia Łaja	3601921	"			

POLSKIE ZAKŁADY **Rentgen-Meta**

WARSZAWA – Sp. z o. o. – Grzybowska 43^A, Telefon 6-28-84

WYTWÓRNIA APARATÓW RENTGENOWSKICH I ELEKTROMEDYCZNYCH

PRODUKUJE APARATY: diagnostyczne półfalowe, wentylowe, do terapii powierzchownej i głębokiej. Aparaty diatermiczne krótkofalowe lampowe, iskiernikowe i t. d.
STATYWY I ŚCIANKI rentgenowskie wszelkich typów

BUCKY kratki ruchome motorowe i do prześwietleń

AKCESORIA kompletne do urządzeń gabinetów rentgenowskich

Ceny fabryczne – Oferty na żądanie – Wyrób Krajowy

BIBLIOTECZKA „PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH”

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

- | | | | |
|---|----------|--|----------|
| Nr. 16. Wyjaśnienie do schematu ubezpieczeń społecznych scalonych (projekt indywidualny). — Dr. H. Wilczyński | Zł. —.50 | Nr. 24. Współczesne problemy ubezpieczeń społecznych w Polsce. — Stanisław Sasorski | Zł. —.50 |
| Nr. 17. O chorobach zawodowych. — Dr. Bronisław Handelsman | „ 1.— | Nr. 25. Istota zagadnienia kapitalizacyjnego z uwzględnieniem roli ubezpieczeń społecznych. — Mgr. Kazimierz Teisseyre | „ 1.— |
| Nr. 18. Prawo upadłościowe i układowe a ubezpieczenia Społeczne. — Eugeniusz Sisslé | „ 1.— | Nr. 26. Organizacja bezpieczeństwa pracy w związku z odszkodowaniem za wypadki. — Inż. Andrzej Mazurkiewicz | „ —.50 |
| Nr. 19. Prawotwórcza rola trybunału dla spraw ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych. — Dr. Julian Hubert | „ 2.— | Nr. 27. Uwagi o lecznictwie zakładowym o ubezpieczeniu na wypadek choroby. — Dr. Jerzy Bujalski | „ —.50 |
| Nr. 20. Zaniebane zagadnienie w ubezpieczeniach społecznych. — Gustaw Simon | „ —.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. 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. 29. Problem polityki lokacyjnej długoterminowych ubezpieczeń społecznych. — Dr. Stefan Czarnecki | „ 3.— |
| Nr. 22. Walka z gruźlicą a ubezpieczenia społeczne. — Dr. Marcei Staroniewicz | „ 1.— | Poszczególne tomiki Biblioteki „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” są do nabycia w Administracji:
Warszawa, ul. Czerniakowska Nr. 231. | |
| Nr. 23. Rola ubezpieczeń społecznych na tle zagadnienia czynników sztywnych w rozwoju koniunkturalnym. — Bolesław Wścieklica | „ —.50 | ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH. | |

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

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

CENY OGŁOSZEŃ: Na wewnętrznej stronie I okładki, jak również na dwóch 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.

Redakcji tel. 8-31-22, Administracji tel. 5-49-20, wew. 269.

Konto P. K. O. Warszawa Nr. 23-429.

Redakcja: Dr M. MOSKWA, E. WAŚNIEWSKA i Mgr A. KOŹNIEWSKI

Redaktor odpowiedzialny: JAN LAUDYN

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE.

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

W najbliższym czasie ukaże się nakładem

ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

WYDAWNICTWO:

Taryfa składek za ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych

W OPRACOWANIU

ZBIGNIEWA ŁOMNICKIEGO, aktuarusza,
EUGENIUSZA SISSLÉ, adwokata i
MARIANA WISŁOCKIEGO, magistra praw

Wydawnictwo powyższe zawierać będzie przepisy obowiązujące w zakresie ustalania wysokości składek za ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych (odpowiednie postanowienia ustawy o ubezpieczeniu społecznym i rozporządzenia z dnia 28 grudnia 1933 r. o sposobie dokonywania zgłoszeń w zakresie ubezpieczeń społecznych w nowym brzmieniu, rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 31 stycznia 1938 roku o zasadach obliczenia składek wypadkowych, taryfę składek, instrukcję Zakładu). Teksty będą zaopatrzone komentarzem oraz wyjaśnieniami, dotyczącymi konstrukcji taryfy składek i wskazówkami co do jej praktycznego stosowania.

Ukazał się Nr 3 (marcowy) miesięcznika

„Biblioteka Lekarska”

„Biblioteka Lekarska” ukazuje się co miesiąc w zeszytach o objętości 12—13-tu arkuszy (ca. 200 str. dużego formatu); rocznik „Biblioteki Lekarskiej” będzie stanowić zakończoną całość, obejmującą zbiór dzieł, wymienionych poniżej.

W Nr 1—2—3 został rozpoczęty druk dzieł następujących:

1. *Castle N.* i *Minot N.* — „Niedokrwistość — Patologia i Klinika” ca. 240 str.
2. *Stepp W.*, *Kühnau W.*, *Schroeder H.* — „Witaminy i ich zastosowanie w klinice” ca. 240 str.
3. *Ortner N.* — „Bóle brzucha i ich rozpoznanie różnicowe” ca. 450 str.
4. *Bach F.* — „Schorzenia gośćcowe. Rozpoznanie i leczenie” ca. 450 str.
5. *Bray G. W.* — „Allergia i choroby alergiczne” ca. 400 str.
6. *Lepski S.* — „Leczenie fizykalne i jego zastosowanie w praktyce” ca. 550 str.
7. *Leffkowitz M.* — „Opadanie krwinek” ca. 100 str.
8. *Roch M.* — „Nadciśnienie i jego Leczenie” ca. 115 str.

Warunki prenumeraty:

Prenumeratę przyjmuje się wyłącznie roczną.

Opłata kwartalna wynosi 12 zł. Na życzenie możliwa jest opłata miesięczna — 4 zł.

Przesyłka — 50 gr. zeszyt.

Ogólna wartość dzieł, które ukażą się w r. 1938 w „Bibliotece Lekarskiej” w sprzedaży rynkowej będzie wynosić ca. 100 zł; prenumerata roczna stanowi więc połowę tej sumy.

Wydawnictwo Naukowe „WIEDZA”, Warszawa, Złota 48, tel. 6-49-85.

Konto czekowe P. K. O. Nr. 2963.

Ubezpieczalnia Społeczna w Żyrardowie

OGŁASZA KONKURS

1. na stanowisko lekarza administracyjnego (obwodowego) w Żyrardowie,
2. „ „ „ specjalisty-ginekologa w Sochaczewie,
3. „ „ „ domowego w Żyrardowie.

Warunki płacy:

- ad. punktu 1 — zł. 700 miesięcznie,
„ „ 2 — zł. 700 miesięcznie za pracę; jako zwrot kosztów utrzymania lokalu — 50 zł. miesięcznie; jako ryczałt na przejazdy do obłożnie chorych — 150 zł. miesięcznie.
„ „ 3 — zł. 450 miesięcznie za pracę oraz zł. 50 miesięcznie jako zwrot kosztów utrzymania lokalu.

Szczegółowe warunki pracy będą ustalone przy zawarciu umów.

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

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwo o poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) własnoręcznie napisany życiorys, g) świadectwo o ukończeniu kursu obrony przeciwgazowej.

Ponadto kandydat na stanowisko lekarza administracyjnego (obwodowego) winien posiadać wiadomości z zakresu administracji lecznictwa (świadectwa z poprzedniej praktyki w administracji).

Kandydaci ad punkt 2 i 3 winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich w Nr 9 z 1933 r., t. j. 3-letni staż szpitalny.

Podania wraz z wyżej wymienionymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Żyrardowie, ul. Smocza 3 (gmach własny) w terminie do dnia 15 kwietnia 1938 r. godzina 12-ta w południe, w kopertach zapieczętowanych z napisem: „konkurs na stanowisko lekarza w”

Podania pozostawione bez odpowiedzi należy uważać za nieuwzględnione.

Objęcie stanowisk z dniem 1 maja 1938 r.

Lekarz Naczelny

Dr K. Dobrzański

Dyrektor

Er. Samborski

KONKURS

NA STANOWISKA:

Dyrektora Szpitala im. Prezydenta Rzplitej Polskiej Prof. I. Mościckiego w Łodzi (na 750 łóżek) i

1 lekarza urologa z ordynacją w przychodni specjalistycznej.

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty w oryginałach, lub ich uwierzytelnione odpisy:

- 1) własnoręcznie napisany życiorys,
- 2) metrykę urodzenia,
- 3) dowód obywatelstwa polskiego,
- 4) dyplom lekarski, ważny na terenie Rzplitej Polskiej,
- 5) prawo na wykonywanie praktyki lekarskiej,
- 6) świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza urzędowego,
- 7) dowód stwierdzający stosunek do służby wojskowej (z uwzględnieniem par. 5 p. 2 Umowy Zbiorowej ze Związkiem Lekarzy P. P. Obwodu Łódzkiego),
- 8) dowód ukończenia kursu przeciwgazowego,
- 9) świadectwa z dotychczasowej pracy.

Dla Dyrektora szpitala nadto:

- 10) dowód co najmniej 5-letniej praktyki lekarskiej, odbytej w szpitalach lub klinikach,
- 11) dowód co najmniej 3-letniej pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim w jednym z większych szpitali.

Dyrektor Szpitala nie może zajmować żadnego płatnego stanowiska ani pełnić płatnych funkcji poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi. Szczegółowe warunki pracy określa regulamin organizacyjny i instrukcja służbowa. Warunki płacy ustalone będą przy zawarciu umowy.

Płaca i warunki pracy dla lekarza urologa obowiązują według norm, ustalonych umową ze Zw. Lekarzy P. P. Obwodu Łódzkiego z dnia 17.III 1934 r., oraz umową dodatkową z dnia 24.IV 1935 r. i regulaminem.

Podania należy składać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, ul. Wólczańska Nr. 225, do dnia 25 kwietnia r. b. do godz. 12-ej, w zamkniętej kopercie, z napisem: „Konkurs na stanowisko.....”

Podania bez dołączenia wyżej podanych dokumentów rozpatrywane nie będą,

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PIŃSKU ogłasza

konkurs

na stanowiska lekarzy domowych: 1. w Pińsku,
2. w Horodyszczu k/Pińska.

Kandydaci na te stanowiska winni dołączyć do podania następujące dokumenty oryginalne, 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. własnoręcznie napisany życiorys, 7. dowód stwierdzający przesłuchanie ratownictwa przeciwgazowego, 8. świadectwo o stanie zdrowia.

Kandydaci na te stanowiska powinni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w prgf. 2 „Wytucznych do umów z lekarzami”, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z 1933 r.

Szczegółowe warunki pracy i płacy: 1. W Pińsku — będą ustalone przy obejmowaniu stanowiska, 2. W Horodyszczu — uposażenie miesięczne rycz. zł. 180, na gabinet zł. 50, na pom. siłę zł. 50, razem zł. 280.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni ul. Kościuszki Nr 51 w Pińsku w terminie do 15 kwietnia 1938 r.

Kandydaci zakwalifikowani do objęcia stanowisk lekarzy domowych zostaną pisemnie powiadomieni przez Ubezpieczalnię.

Lekarz Naczelny:
Dr W. Orlewski

Dyrektor:
I. Kubecki

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KOŁOMYI ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza dentysty z siedzibą
w Sniatynie.

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

- metrykę urodzenia,
- dowód obywatelstwa polskiego,
- świadectwa z poprzedniej pracy lekarskiej,
- dyplom lekarski,
- dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
- własnoręcznie napisany życiorys,
- dowód ukończenia kursu ratownictwa-sanitarnego i obrony przeciwgazowej.

Warunki pracy i płacy w/g umowy.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Kołomyi w terminie do dnia 10 maja 1938 roku.

Podania pozostawione bez odpowiedzi należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz Naczelny:

Dr K. Kociubiński

Dyrektor:

Mgr Eugeniusz Nieć

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA WE LWOWIE ogłasza

konkurs

na stanowiska lekarskie 1) jednego lekarza specjalisty-roentgenologa, 2) pięciu lekarzy domowych z siedzibą we Lwowie.

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

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

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

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy o pracę, na podstawie wyżej wymienionej umowy.

Podania wraz z wyżej oznaczonymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, ul. Brajerowska 18., w terminie do dnia 20-go kwietnia 1938 r. godzina 12-ta w południe.

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej
we Lwowie

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W LUBLINIE ogłasza

konkurs

na: 1) osiem stanowisk lekarzy domowych, a to: w Lublinie, w Lubartowie, w Janowie Lub., w Kraśniku, pow. Janów Lub., w Anopolu, pow. Janów Lub., w Zaklikowie, pow. Janów Lub., w Opolu, pow. Puławy i w Wojstawicach, pow. Chełm Lub.; 2) jedno stanowisko lekarza ginekologa w Lublinie.

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 wytucznych 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 25 kwietnia 1938 roku, godz. 12.

Stanowiska powyższe są do objęcia od dnia 1 maja 1938 roku.

Naczelny Lekarz
Dr M. Kossowski

Dyrektor
Inż. F. Gadomski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TARNOBRZEGU ogłasza

konkurs

na 3 stanowiska lekarzy domowych a to: 1) w Cyrance powiat Mielec, 2) w Rozalinie powiat Tarnobrzeg, 3) w Tarnobrzegu.

Kandydaci na stanowisko lekarza domowego powinni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

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

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

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Tarnobrzegu w zamkniętych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza domowego w...” do dnia 20 kwietnia 1938 r. godzina 12 w południe.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną ustalone przy zawieraniu umów.

Lekarz Naczelny:
Dr Jan Chruściel

p. o. Dyrektora:
K. Wiszniewski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TARNOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko: 1) lekarza okulisty, 2) lekarza laryngologa z siedzibą w Tarnowie.

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski, 4) dowód wykonywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwa odbytej co najmniej jednorocznej praktyki szpitalnej, 6) świadectwa poprzedniej pracy, 7) zaświadczenie o ukończeniu kursu przeciwgazowego, 8) dokument, stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 9) własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do umów z lekarzami ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich Nr 9 z 1933 r. Objęcie stanowisk z dniem 1.VI.1938.

Szczegółowe warunki pracy i płacy ustalone będą przy zawieraniu umowy.

Oferty należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie w terminie do dnia 10.V. 1938, godz. 12-ta z zaznaczeniem na kopercie „konkurs na stanowisko okulisty—laryngologa — w Tarnowie.

Lekarz Naczelny:
Dr Czesław Kossobudzki

Dyrektor:
Jan Pilarz

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W RADOMIU ogłasza

konkurs

na wakujące stanowiska lekarskie, a mianowicie: 1) na stanowiska dwóch lekarzy pediatrów w Radomiu, 2) dwóch lekarzy ginekologów w Radomiu, 3) lekarza domowego w Końskich, 4) lekarza domowego w Garbatce, 5) lekarza domowego w Skarżysku, 6) lekarza domowego w Kozienicach.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje określone w § 2 wytycznych do umów z lekarzami Ubezpieczalni Społecznej, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich Nr 9 z r. 1933. Do podań należy dołączyć następujące dokumenty lub uwierzytelnione ich odpisy:

1. metrykę urodzenia, 2. dowód obywatelstwa polskiego, 3. dyplom lekarski, 4. dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5. świadectwa z odbytej praktyki, 6. dokument wojskowy, 7. własnoręcznie napisany życiorys, 8. świadectwo przesłuchania kursu gazowego.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną ustalone przy zawieraniu umowy.

Stanowiska są do objęcia od 1 czerwca 1938 r.

Podania wraz z wymienionymi wyżej dokumentami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Radomiu (ul. Piłsudskiego 12) w terminie do dnia 30 kwietnia rb. w zamkniętej kopercie.

Lekarz Naczelny
Dr Stefan Gajdziński

Dyrektor
Wiktor Pietrusiewicz

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PŁOCKU ogłasza

konkurs

na stanowisko kierownika apteki Ubezpieczalni Społecznej w Płocku.

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

1. Metrykę urodzenia. 2. Dowód obywatelstwa polskiego. 3. Dyplom magistra farmacji. 4. Świadectwo z poprzedniej pracy. 5. Świadectwo z przesłuchania kursu przeciwgazowego. 6. Własnoręcznie napisany życiorys.

Ponieważ do stanowiska kierownika apteki przywiązane jest samodzielne prowadzenie referatu aptekarskiego, kandydaci winni posiadać nadto praktykę administracyjną w dziale aptecznym Ubezpieczalni.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Płocku, w zamkniętych kopertach, z napisem: „Konkurs na stanowisko kierownika apteki U. S. w Płocku” do dnia 15.IV. 1938 r., godz. 12-a.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną ustalone przy zawieraniu umowy.

Stanowisko jest do objęcia od dn. 1-go maja 1938 r.

Lekarz Naczelny:
Dr W. Kirszenstein

Dyrektor:
M. Pawlicki

TOWARZYSTWO
ZAKŁADÓW
CHEMICZNYCH

„STREM” Sp. Akc.

ZARZĄD:

WARSZAWA, UL. MAZOWIECKA Nr. 7

Telefony: 635-36, 584-30, 303-20

Fabryki: w STRZEMIESZYCACH, ŁODZI,
TARCHOMINIE i LWOWIE.

KLEJ KOSTNY, KLEJ SKÓRNY w perłkach, tabliczkach i proszku najwyższej jakości, KLEJ SKÓRNY BURSZTYNOWY, ELASTICOL — specjalny klej do fabrykacji gumy, TUCOL — specjalny wodoodporny klej do formierowania w prasach hydraulicznych na gorąco, KLEJ do PASÓW, ŻELATYNY TECHNICZNE, SPUMOL — środek przeciwko pienieniu się kleju, GLICERYNA farmaceutyczna, destylowana i dynami-towa, OLEINA, ACIDUM OLEINICUM REDESTLLATUM, STEARYNA, STERACID — do mieszanek gumowych, STEARYNA kosmetyczna, STEARYNIA-NY: CYNKU techniczny i kosmetyczny, MAGNE-ZU kosmetyczny, GLINU, WAPNIA, OŁOWIU, OLEJ KOPYTKOWY, OLEJ KOSTNY, MACZKI KOSTNE nawozowe.

HIGIENA — TO ZDROWIE!

HIGIENICZNE

KAPSUŁKI

SAMOOTWIERAJĄCE SIĘ

PATENT 17751

UŁATWIAJĄ PRACĘ

OSZCZĘDZAJĄ CZAS

LABORATORIUM CHEMICZNE

D-ra KUGLERA

BRZEZINY ŚL.

WYTWÓRNIA
SKRZYŃ KOLEJOWYCH,
POCZTOWYCH
I BECZEK

ST. ZIELIŃSKI,
Z. KOWALSKI

WARSZAWA, MŁYNARSKA 20

TEL. 629-27

DOM HANDLOWY

„CHEMKOL”

WARSZAWA, UL. ZIELNA 31

TEL. 6.48-03

adr. telegr. „CHEMKOL” — Warszawa

CHEMIKALIA — ZIOŁA LECZNICZE.

TOWARY KOLONIALNE

OLIWA NICEJSKA MARKI

„LA NISSARDA”

ANTISTREPTIN

BIOLOGICZNIE CZYNNY P-AMINOBENZENOSULFAMID KRYSTALICZNY

Wznany

w KRAJU
i ZAGRANICĄ

za NAJSILNIEJSZY
i zupełnie NIESZKODLIWY

s.z.

swoisty lek

PRZECIW ZAKAŻENIOM PACIORKOWCOWYM I GRONKOWCOWYM

stosuje się

**LECZNICZO
ZAPOBIEGAWCZO**

3^{*} DZIENNIE 1-2 TABL.
DZIENNIE 2-3 TABL.

OBSZERNA, LITERATURE, WYSYŁA - FABRYKA CHEM-FARM-

GEO

WARSZAWA

NOWA POSTAĆ:

ANTISTREPTIN SOLUBILE

15% ROZTWÓR W AMPULKACH PO 5 cc. i 2 cc. (DLA DZIECI).
DO ZASTRZYKÓW ŚRÓDMIĘŚNIOWYCH LUB DOŻYLNÝCH

WYSOKA KONCENTRACJA
ABSOLUTNA NIEBOLESNOŚĆ
DOSKONAŁA TOLERANCJA

1 - 3 AMPULEK DZIENNIE