PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
MIESIĘCZNIK

ROK XIII
WARSZAWA
LIPIEC
1938 R.
ZESZYT 7

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.

Dr JAN SZUMSKI

KIERUNKI ROZWOJOWE LECZNICTWA W POLSKIM UBEZPIECZENIU CHOROBOWYM

(Rzut oka na podstawie własnych spostrzeżeń i prac związanych z wprowadzeniem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym)

Niekorzystne warunki organizacji kas chorych.

Organizowanie kas chorych na podstawie ustawy z maja 1920 r. odbywało się w wyjątkowo niekorzystnych warunkach tak dla nowo powstających instytucji, jak i dla interesów ogólno-państwowych. Wiele przyczyn złożyło się na ten stan rzeczy, że wymienię tylko nienormalne warunki, spowodowane wielką wojną, a następnie wojną o niepodległość, toczoną z Rosją Sowiecką i Ukraińcami. Najbardziej wartościowy i wysoce ideowy, oddany całą duszą dla państwa, element lekarski, był jeszcze w szeregach armii czynnej, bądź też pochłonięty był całkowicie zwalczaniem skutków wojny w postaci rozlicznych epidemii, które w niektórych ośrodkach dziesiątkowały ludność. (Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami Prof. Godlewskiego, akcja repatrjacyjna i t. p.). Czerwonka, dury brzuszny, a szczególnie plamisty pochłonęły paręset ofiar z pośród najbardziej poświęcających się w swoim zawodzie lekarzy, pozbawiając przez to w znacznym stopniu stan lekarski elementu najbardziej ideowego i uspołecznionego. Stosunkowo niezbyt liczna rzesza lekarzy starszych wiekiem zajęta była praktyką prywatną, stojąc na usługach wyłącznie ludności cywilnej. Lekarze ci materialnie, — wskutek braku wszelkiej konkurencji, bardzo dobrze sytuowani odnosili się do powstających kas chorych z wielką nieufnością i wcale się nie ubiegali o zajęcie w nich stanowisk.

Wśród tak niekorzystnych warunków kształtowała się lekarska obsada personalna kas chorych. Kierownicze czynniki u góry myślały zbyt mało podówczas o racjonalnym doborze elementu lekarskiego, a jedynie zdrowa zasada konkursów na posady nie obowiązywała prawie nigdzie. Również nie unormowano zasadniczo sprawy stosunków pracy i polityki personalnej lekarskiej. Z braku kandydatów o wysokich ideowych kwalifikacjach przyjmowano często przygodnie każdego kto się zgłosił, lub kto miał odpowiednie poparcie u władz autonomicznych kas chorych, przy czym nierzadko odgrywały rolę względy przynależności partyjnej. W związku z tym wszystkim trzeba stwierdzić otwarcie, że pierwotna obsada personalna nie zawsze była szczęśliwa, że posady w kasach chorych zajęli w bardzo dużej liczbie lekarze z dyplomami zagranicznymi, nabytymi w państwach neutralnych, którzy nie przyjmowali udziału w pracach i walkach o odzyskanie niepodległości bytu państwowego Polski. W latach późniejszych dopiero zaczął napływać do kas chorych element bardziej ideowy i zasłużony dla państwa, jednakże ilość tego rodzaju jednostek była na ogół niezbyt duża i stale majoryzowana przez grupę

pierwszą. Istniały w państwie województwa, w których liczba lekarzy kasowych, przynależnych do mniejszości narodowych, wynosiła do 80%.

Dalszym momentem, który bardzo ujemnie wpłynął na kształtowanie się życia i działalności świeżo powstałych kas chorych, był *brak wszelkich norm organizacyjnych* w zakresie lecznictwa, a w szczególności brak *ujednostajnienia sposobów udzielania pomocy* lekarskiej, oraz brak wszelkich *wytycznych* normujących personalja lekarskie i regulujących zasadnicze warunki ich pracy i płacy.

Każda oddzielna powiatowa kasa chorych regulowała na swój sposób tok życia wewnętrznego, normowała w swoim zakresie sprawy zasadnicze mniej lub więcej udatnie, zależnie od tego czy na jej czele stała jednostka o większej inicjatywie i *doświadczeniu*, czy też nie. Organizacyjnie przedstawiały kasy chorych w całem państwie *barwną mozajkę* i marnowały czas na sprawy, które winny być zgóry jednolicie unormowane dla terenu całego państwa. Przy braku zaś norm w sprawach zasadniczych, organizowano w swoim zakresie na własną rękę i kładziono często zupełnie niewłaściwe i wadliwe podwaliny, *utrwalając niedomagania i błędy aktami prawnymi, których następstwa nie pozwalały potem często na celową i racjonalną reformę.* O poziomie i charakterze wielu świadczeń nie miano właściwego pojęcia wskutek braku dokładnej i ścisłej statystyki chorobowej, brak było wszelkich wytycznych do racjonalnej i celowej polityki świadczeniowej i zdrowej kalkulacji ubezpieczeniowej. Twierdzono nawet często, że przy nigdy niewiadomym ryzyku chorobowym, trudno jest gospodarować w ramach ustalonego zgóry preliminarza budżetowego.

Nie starano się zupełnie wyszkolić i odpowiednio do swego specjalnego zawodu przygotować administracyjny personel lekarski, który w większości wypadków nie dorósł do swego zadania i *ulegał* administracji kasowej. Byli naczelni lekarze powiatowych kas chorych *pozostawali w całkowitej zależności* od dyrektorów, co było następstwem braku sprecyzowania i rozgraniczenia zasadniczych kompetencji.

Oto kilka najważniejszych momentów przyczynowych, jakie wpłynęły na kształtowanie się życia powstających kas chorych, stwarzając fakty, które w następstwie zaciężyły na działalności późniejszej.

Sprawą usprawnienia organizacji lecznictwa zajęły się z czasem władze i instytucje centralne tak autonomiczne, jak i nadzorcze, (głównie okręgowe związki kas chorych), które licznymi zarządzeniami starały się usunąć najważniejsze braki i niedomagania.

Zagadnienie reorganizacji stało się bardzo aktualne w chwili ogólnego kryzysu gospodarczego i związanego z tym ściśle załamywania się budżetów kas chorych (od 1929 r. do 1932 r. z 307 milionów spadł dochód na 160 milionów). Poraz pierwszy zaczęto sobie zdawać sprawę z zakresu i rodzaju świadczeń, z wadliwości związanych z tym pewnych systemów organizacji i uczono się doraźnie wprowadzać racjonalne oszczędności. Przekonano się przy tej okazji, jak rozrzutnie i niecelowo szafowano często świadczeniami (leki) i jak duże oszczędności poczynić można w różnych dziedzinach bez żadnej zgoła krzywdy dla ubezpieczonych. Zaczęto ujmować w *racjonalne normy gospodarkę lekami, lecznictwo klimatyczno-zdrojowe i sanatoryjne* i starano się *znormalizować wszelkie dziedziny świadczeń, podając periodycznie do wiadomości wszystkich kas chorych poszczególne pozycje wykonywanych budżetów w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego.* Skala rozpiętości liczb okazała się ogromną i unaoczniła dobitnie jak różnie traktowani są ubezpieczeni, również w zasadzie w obliczu ustawy i płynących z niej dobrodziejstw. Prócz ogólnych niedomagań w organizacji lecznictwa niski poziom świadczeń *w słabych finansowo kasach* wyraził się niemożnością udzielania pełnowartościowej pomocy lekarskiej wskutek *braku odpowiednich urządzeń rozpoznawczych i pomocniczo-leczniczych, braku specjalistów* o pełnych kwalifikacjach, *niedostatecznego kierowania chorych do szpitali* i t. p. i t. p.

Sprawa organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego nabrała specjalnie ważnego znaczenia w związku z *pracami przygotowawczymi do wprowadzenia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznem.* Znacznie zmniejszone dochody przyszłych ubezpieczalni społecznych (o około 34%) kazały dokładnie analizować popełniane błędy i szukać dróg w kierunku jaknajbardziej celowej i ekonomicznej organizacji lecznictwa. Należało wybrać i zaprojektować taki system organizacji, który przy możliwie najniższych kosztach administracji zapewniłby możliwie wysoką pomoc lekarską ubezpieczonym w chorobie, należało znieść wszelkie wybujałości w świadczeniach jako sięgające ponad możliwości finansowe instytucji.

Minister Pracy i Opieki Społecznej, zdając sobie sprawę z licznych niedomagań organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego, jeszcze na kilka lat przed reorganizacją podał w zarządzeniu (okólnikiem z 20.XII.1929 roku) nowe wytyczne, jak należy usprawnić lecznictwo, uwzględniając przytem czynnik zupełnie nowy: *profilaktykę.* Zażądano od kas chorych, by zagwarantowały *łatwą dostępność, szybkość i ciągłość pomocy* lekarskiej, udzielanej w miarę możności przez t. zw. *lekarzy domowych,* opiekujących się stale zdrowiem pewnej grupy powierzonych ich pieczy ubezpieczonych. Okólnik Nr 638 starał się wprowadzić na zupełnie nowe tory lecznictwo ubezpieczeniowe, zalecając jego reorganizację w myśl najnowszych kierunków medycyny zapobiegawczej.

Dziwić się należy, że zdrowa i racjonalna matematyczna kalkulacja ubezpieczeniowa, uznana przez wszystkie prawie towarzystwa prywatne (szczególnie w Ameryce), nie nakazała kasom chorych iść raczej po linii zapobiegawczej, ma-

jąc za główną zasadę hasło, że im więcej zdrowych, tym mniej wydatków na świadczenia chorobowe.

Z przykrością jednakże trzeba stwierdzić, że większość tez okólnika Nr 638 nie została przez b. powiat. kasy chorych wprowadzona w życie i poza nielicznymi eksperymentami naogół niezbyt udanymi, bądźteż niedokończonymi, — pozostały one martwą literą. A wielka szkoda, gdyż w okresie późniejszych prac reorganizacyjnych w związku z ustawą o ubezpieczeniu społecznym, nie dysponowano zakończonymi i konsekwentnie przeprowadzonymi eksperymentami, na podstawie których możnaby opierać ostateczne wnioski i plany. Często wskutek tego musiano uciekać się do wzorców zagranicznych, które przeniesione żywcem na polski teren o zupełnie odmiennym charakterze mogły okazać się całkiem nieodpowiednimi.

Stan organizacji lecznictwa w b. Powiatowych kasach chorych na terenie całego państwa i próba jego krytyki.

Trójzaborowe różnice. Organizacja lecznictwa kasowego kształtowała się po wprowadzeniu w życie ustawy z maja 1920 roku odmiennie w trzech byłych zaborach. Punktem wyjścia były stosunki panujące w okresie przed wprowadzeniem w życie ustawy oraz pewne tradycje i doświadczenia dzielnicowe. Jedynie w byłej Kongresówce i na kresach wschodnich, gdzie instytucja ubezpieczeń chorobowych w sensie ustawy z 1920 roku nie istniała, tworzono rzęczy nowe, posiłkując się wzorami z innych dzielnic. W byłej Galicji istniały poprzednio kasy chorych, aczkolwiek o bardzo ścieśnionym zakresie działania. Posiadano już nieliczne kadry wyrobionych pracowników administracyjnych i lekarskich i własne niemałe doświadczenie. Głównie były to *kasy fabryczne i zakładowe, w których istniały korzystne warunki dla stworzenia ambulatoryjnego systemu lecznictwa.* Organizując kasy chorych w byłej Kongresówce, *oparto się głównie na wzorach małopolskich,* tworząc organizację bardzo pekrewną i w ogólnych zasadach nie odbiegającą zbyt daleko.

Przeciwieństwiem do tego było *Poznańskie i Pomorze, oraz Górny Śląsk, które w swej organizacji przejęły system niemiecki,* panujący tamże w uprzednim okresie. Cechą podstawową tego systemu było *lecznictwo gabinetowe* oparte przede wszystkim o gabinety prywatne lekarzy.

Przedstawię więc przede wszystkim oddzielnie stan organizacji lecznictwa w Małopolsce, byłej Kongresówce i na Kresach wschodnich, jako oparty na bardzo zbliżonych do siebie zasadach. Odrębnego omówienia wymagać będzie jedynie organizacja lecznictwa w Kasie Chorych *w Warszawie i Łodzi,* gdzie podjęto przeprowadzenie próby z *instytucją lekarzy domowych.* W końcu naszkicuję system organizacji lecznictwa w byłym *zaborze pruskim.*

Dokładnie i wyczerpująco postaram się przedstawić stosunki na terenie b. Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie obejmującego swoją działalnością województwa: lwowskie, stanisławowskie, tarnopolskie, wołyńskie i część lubelskiego), jako najlepiej i najwszechstronniej mi znane na podstawie szczegółowych osobistych obserwacji. Teren działalności byłego Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie obejmował prócz województw małopolskich, również województwa na obszarze byłego zaboru rosyjskiego, co umożliwiło zapoznanie się z tym nieco odmiennym systemem i pozwala na uogólnienie wniosków na teren całego zaboru rosyjskiego (prócz Warszawy i Łodzi).

Organizacja lecznictwa w Małopolsce w województwach centralnych i wschodnich.

Do końca 1931 roku istniał w powiatowych kasach chorych system organizacji lecznictwa zaprowadzony w chwili ich formowania. Dopiero w związku z pierwszym scaleniem kas chorych przeprowadzonym z *końcem 1931* r. poczyniono *pewne zmiany organizacyjne,* które, o ile szło o lecznictwo, były *raczej formalnej, niż istotnej* natury. W większości kas chorych nie nastąpiło właściwie scalenie lecznictwa, które na obszarach dawnych powiatowych kas chorych odbywało się w swoim dawnym trybie. Preliminarze budżetowe, które były wyrazem udzielanych świadczeń, były właściwie sumą dawnych preliminarzy powiatowych kas chorych, z ich zupełnie odmienną skalą rozpiętości świadczeń, udzielanych systemem podobnym, jak w czasach istnienia samodzielnych powiatowych kas chorych, (np. Drohobycz i Sambor). Zmiana nastąpiła jedynie tam, gdzie wysoko rozbudowany i postawiony *aparat specjalistyczny i pomocniczo-leczniczy centrali scalonej kasy chorych, pozwolił na udostępnienie go mniejszym scalonym powiatowym kasom chorych.* Gdzie jednakże centrala nie różniła się niczym od bratnich przyłączonych kas, tam wszystko pozostało *zupełnie po staremu.* Pogorszenie nawet istniejącego dotąd stanu nastąpiło tam, gdzie nowa centrala kasy, chcąc odegrać właściwą rolę wobec kas scalonych wysilała się na stworzenie własnego aparatu pseudospecjalistycznego, obsadzając często stanowiska lekarzami o niepełnych kwalifikacjach i każąc im być autorytetem na terenie całej kasy. W następstwie tego poziom lecznictwa obniżył się znacznie, gdyż licząc na własne wyłącznie siły *przestano opierać się o pełnowartościowy aparat specjalistyczny sąsiednich dużych kas i miast uniwersyteckich.* Wprawdzie Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych unormował w swoim czasie *kwalifikacje specjalistów, jednak przy braku wszelkich rygorów* kasy chorych niezawsze stosowały się do jego wytycznych.

Organizacja lecznictwa i lecznictwo obłożnie chorych.

Na terenie Małopolski i byłego zaboru rosyjskiego przeważał wszędzie *system lecznictwa ambulatoryjnego i praca zespołów lekarskich.* W

najmniejszych ośrodkach prowincjonalnych udzielali pomocy *lekarze „wszech nauk lekarskich" typu ogólnego*, którzy stali może najbliżej ideału, przedstawionego w okólniku *Min. Pr. i Op. Społ. Nr. 638.* Udzielali oni pomocy we wszystkich podstawowych cierpieniach, znając na wylot swoich ubezpieczonych (bo mieli ich mało), ich stan majątkowy i całą *genealogię rodzinną. Postulat ciągłości leczenia* był zagwarantowany w całej rozciągłości, *niezawsze tylko istniało nastawienie zapobiegawcze.* W niektórych większych kasach typu miejskiego istniała *instytucja lekarzy rejonowych*, których praca ograniczała się do ściśle wydzielonego rejonu, przy czym *lekarz udzielał pomocy w ambulatorium i w domu u obłożnie* chorych. Zakres i rodzaj pracy lekarzy rejonowych zbliżał się do pracy t. zw. „lekarza domowego". *Brak było tylko zazwyczaj w tym systemie powiązania pracy lekarza rejonowego z pracą lekarza specjalisty, do którego ubezpieczeni mieli nieograniczony dostęp* bez pośrednictwa lekarzy rejonowych.

Istniały liczne niedomagania systemu ambulatoryjnego, które nie zawsze pozwalały wyrobić sobie właściwe pojęcie o jego istotnej wartości.

Główne z tych niedomagań były następujące:

1) trudny dostęp ubezpieczonego do lekarza wskutek *pośrednictwa biur administracyjnych,*

2) *przeciążenie pracą lekarzy i brak ograniczenia ilości przyjęć w jednostce czasu,* a wskutek tego ogólne *obniżenie poziomu lecznictwa,*

3) *nieodpowiednie często lokale.*

Gdzie potrafiono zaradzić tym niedomaganiom, — organizacja ambulatoryjnej pomocy spełniała całkowicie swoje zadanie. Spotykało się to jednakże dość rzadko.

Organizacyjnie teren kasy chorych podzielony był *na obwody*, te zaś *na rejony* (duże miasta, przeważnie), które składały się *z ośrodków leczniczych.* Gdzieniegdzie wyróżniano też *punkty lecznicze*, w których przebywały *stale sanitariuszki, felczerzy, bądźteż akuszerki, a lekarz* dojeżdżał tylko w oznaczonej porze.

Organizacja była zasadniczo *różna*, zależnie od tego, czy obejmowała ona *małe* osiedla i skupiska ludzkie, czy też dotyczyła miast i *większych skupień* o dużej aglomeracji ludności. W ośrodkach małych przeważał, jak to wyżej zaznaczono, *typ lekarza ogólnego, który był lekarzem* domowym w najogólniejszym znaczeniu tego słowa i posiadał zakres działania jaknajbardziej wszechstronny, zależnie od walorów i zasięgu wiedzy indywidualnej, oraz miejscowych warunków komunikacyjnych.

Pomoc specjalistyczna udzielana w bardzo skromnych granicach opierała się *o własny aparat centrali kasy*, bądź też *o aparat kas obcych*, miast uniwersyteckich i t. p.

W dużych ośrodkach udzielali pomocy narówni z lekarzami ogólnymi *lekarze specjaliści*, przy czym tak dostęp chorych do specjalistów jak też i stosunek ilości wizyt ogólnych do specjalistycznych ulegał dużym wahaniom miejscowym. Były kasy chorych znajdujące się prawie w identycznych warunkach, które *obchodziły się wogóle bez specjalistów*, w przeciwieństwie do kas, których aparat specjalistyczny był bardzo rozbudowany. To też w tej *barwnej mozajce*, gdzie każda niemal kasa miała coś odmiennego w swym lecznictwie, — *trudno byłoby silić się na przedstawianie jakiegoś ogólnego jednego schematu organizacyjnego*, który w rzeczywistości przeważnie wogóle nie istniał.

Lekarze udzielali porad *w swych gabinetach prywatnych* (dotyczyło to przeważnie głębokiej prowincji), bądź też w *ambulatoriach mieszczących się w budynku kasowym własnym*, lub wynajętym.

Niektóre kasy *wyodrębniały* w swej organizacji zasadniczo 2 szczeble:

1) *lekarze* ogólni, domowi,

2) *lekarze specjaliści.*

Jednakże wszędzie prawie istniał zwyczaj, że *specjaliści* przyjmowali i leczyli chorych, skierowanych do nich przez lekarzy ogólnych, bądźteż zgłaszających się wprost bez ich pośrednictwa. Tylko w nielicznych kasach obowiązywały zarządzenia, *by lekarz specjalista z chwilą podjęcia się leczenia chorego pozostawał w kontakcie z lekarzem domowym* danego chorego, przesyłając mu zawiadomienie o podjęciu się leczenia, a po skończonym leczeniu *podając mu przebieg tegoż i wyniki badań pomocniczych.*

Specjaliści ordynowali w ambulatoriach danego obwodu, w niektórych kasach *dojeżdżali do innych obwodów* i ośrodków w ustalonych dniach i godzinach *(t. zw. specjaliści objazdowi)*, a nadto w miarę potrzeby *odwiedzali obłożnie chorych* w ich mieszkaniach prywatnych przeważnie już na wezwanie lekarza ogólnego (domowego) w charakterze konsulentów.

Szczegóły procedury dotyczące *dostępu chorego do lekarza* były bardzo różnorodne. W małych ośrodkach prowincjonalnych, gdzie lekarze przyjmowali w swoich prywatnych gabinetach, względnie gdzie nie było biur administracyjnych, chorzy zgłaszali się *wprost do lekarzy z zaświadczeniem pracodawcy*, bez żadnych pośredników administracyjnych. W większych ośrodkach, gdzie istniały biura administracyjne, w siedzibach obwodów i central większości Kas Chorych, chorzy zgłaszali się *z zaświadczeniem pracodawcy, lub z legitymacją członkowską w biurze administracyjnym*, skąd dopiero byli skierowywani wraz *z numerkiem kolejności* (nie wszędzie) do lekarza, któremu *dostarczano równocześnie kartę choroby.* Po zbadaniu chorego lekarze obowiązani byli wypełnić odpowiednie pozycje w *karcie choroby*, których wzór i układ był bardzo różnoraki. Procedura z wizytami powtórnymi była w większości kas chorych analogiczna. Tylko w nielicznych kasach chorych starano się ułatwić dostęp do lekarza chorym przyjętym już do leczenia w ten sposób, że zaopatrywano ich *w bloczek z liczbą kolejności zgłoszenia i z datą następnej wizyty i pouczano*, że mają się zgłosić już wprost do lekarza, a jedynie w razie niedotrzymania terminów chory będzie

uważany *za zgłaszającego* się poraz pierwszy. Równocześnie wpisywał lekarz *do terminarza numer karty choroby,* regulując w ten sposób ilość następnych wizyt w poszczególnych dniach.

W kasach typu mniejszego wypełniali lekarze codzień *„dziennik czynności"*, który po ukończeniu miesiąca odsyłali *do lekarzy obwodowych,* lub wprost do *lekarza naczelnego* celem sporządzenia miesięcznej statystyki ruchu chorych i kwartalnej chorobowej.

Orzekanie o niezdolności do pracy.

Poszczególne kasy chorych dawały *duże prawa lekarzom ordynującym,* którzy mogli zwalniać ubezpieczonych od pracy na nieograniczoną ilość czasu, zwracając się do *II instancji z własnej woli jedynie w wątpliwych przypadkach.* W razie stwierdzenia niezdolności do pracy istniał w większości kas chorych system, że *lekarz wystawiał świadectwo niezdolności do pracy,* wypełniając jednocześnie *raport „zasiłkowców"* dla lekarza obwodowego, względnie rewizyjnego, który otrzymując periodycznie te materiały, mógł według swego uznania zawezwać chorego do zbadania kontrolnego, lub też udać się do niego do mieszkania w wypadku obłożnej choroby.

W innych kasach chorych prawo lekarzy ordynujących do przyznawania niezdolności *było ograniczone w czasie (np. do 7 dni),* poczem należało chorego przedstawić lekarzowi *rewizyjnemu, lub obwodowemu, względnie specjalnej komisji lekarskiej.*

Wobec często stwierdzanej rozrzutności w szafowaniu zasiłkami chorobowymi dość liczne kasy chorych zorganizowały w ostatnich latach swego istnienia *specjalne orzecznicze komisje lekarskie,* uzależniając od ich opinii przyznanie zasiłku. W swoim czasie, przy koniecznych ograniczeniach budżetowych w związku ze spadkiem dochodów, osiągnięto tym sposobem pożądany efekt.

Orzecznictwu lekarzy obwodowych, rewizyjnych bądźteż komisji lekarskich podlegały w większości kas chorych, prócz sprawy związanych z ustaleniem niezdolności do pracy, sprawy związane z *leczeniem specjalnym, szpitalnym, zdrojowiskowym i klimatycznym.*

Gospodarka lekami i system zaopatrywania chorych w środki lecznicze i pomocnicze zależał od tego, czy kasa posiadała *własną aptekę,* czyteż nie; w wypadku drugim zaś funkcje apteki własnej, naturalnie w znacznie ścieśnionym zakresie, spełniała *Centrala Zakupów* dla Kas Chorych, oraz jej *filialne apteki w Krakowie,* Lwowie i Wilnie.

Tendencją wszystkich kas chorych było, by jaknajwięcej leków *wydać odręcznie we własnych punktach rozdzielczych, prowadzonych pod osobistą odpowiedzialnością lekarzy.* Lekarz uskuteczniał zamówienia leków i środków opatrunkowych i pomocniczych za pomocą *arkuszy* zamówień, wypisanych w 2 egzemplarzach przez kalkę. Jeden arkusz przechowywał u siebie, zaś drugi przesyłał lekarzowi obwodowemu (jeśli ten prowadził magazyn leków dla swoich ośrodków), bądź też wprost lekarzowi naczelnemu. *Leki zużyte rozchodował* lekarz co miesiąc w specjalnym wykazie. Niektóre kasy chorych określały stały *kontyngent leków dla swoich lekarzy* w ośrodkach, uzupełniając go co miesiąc po otrzymaniu dowodów rozchodu.

W większych ośrodkach, *gdzie istniały własne apteki, — istnienie punktów rozdzielczych leków u lekarzy było zbędne.*

Dla orjentacji podaję parę liczb przeciętnych celem uzmysłowienia *korzyści materialnych płynących dla kas chorych z istnienia własnych aptek.*

1. Kasy chorych nie posiadające własnych aptek

Nazwa Kasy	% wydatku na leki w stosunku do wpływów	Uwaga
Toruń	21	zobacz Kasę Chorych w Stryju w wykazie pod 2
Bydgoszcz	17,4	
Szamotuły	18,9	
Razem wojew. zachodnie . . .	15,7	
Rzeszów	17,9	

2. Kasy chorych posiadające własne apteki:

Nazwa kasy	% wydatku na leki w stosunku do wpływów	Uwaga
Drohobycz	10,6	zobacz Kasa Chorych w Toruniu w wykazie pod 1.
Krosno	12,3	
Lwów	11,3	
Stanisławów . . .	11,5	
Stryj	7,6	
Województwa południowe przeciętnie	11,4	

Organizacja akcji zapobiegawczej.

Na specjalne omówienie zasługuje sprawa organizacji akcji zapobiegawczej prowadzonej przez niektóre kasy dość intensywnie w związku z inicjatywą, rzuconą okólnikiem Min. Pr. i Op. Społ. Nr. 638 z grudnia 1929 r. Czynniki nadzorcze, a nadewszystko byłe Okręgowe Związki Kas Chorych i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, a ostatnio Zakład Ubezpieczenia na wypadek choroby dokładały wszelkich starań, by nowe hasła i dążenia nie zostały martwą literą.

Były Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie zaangażował w listopadzie 1931 roku fachową siłę, dyplomowaną higienistkę ze studiami zagranicznymi, która objęła specjalny referat dla spraw profilaktyki i propagandy. Przeprowadzono systematyczną inspekcję organizacji

i stanu akcji zapobiegawczej w kasach chorych, należących do byłego Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie, uzyskując pierwszorzędny materiał do ogólnej oceny i syntezy.

Ogólna ocena akcji zapobiegawczej przedstawiała się w krótkości następująco:

1. Inicjatywa własna kas chorych.

1. *Choroby weneryczne:* walkę z niemi prowadziła większość kas chorych za pośrednictwem *własnych ambulatoriów* specjalistycznych (istniały nie wszędzie). Z małymi wyjątkami choroby weneryczne nie były jednak traktowane jako choroby t. zw. społeczne i na stronę społeczną kładziono zbyt mały nacisk.

Powodem tego były: za duża ilość chorych i przeciążenie lekarzy pracą, gdzie niegdzie brak personelu pomocniczego, który mógłby wykonywać czynności obciążające obecnie lekarzy, brak nastawienia społecznego ze strony wielu lekarzy, brak wogóle wyszkolonego fachowo i społecznie personelu.

2. *Walka z jaglicą:* nie była zorganizowana i prowadzona według jednolitego systemu. Niektóre kasy chorych leczyły jaglicę w *własnych ambulatoriach,* tylko jako oczne schorzenia, nie roztaczając zgoła żadnej opieki nad otoczeniem chorego (środowiskiem). Inne kasy chorych leczyły chorych jagliczych ambulatoryjnie, przekazując równocześnie ich *rodziny pod opiekę przychodni przeciwjagliczych przy ośrodkach zdrowia.* Wreszcie były i takie kasy, które wszystkich chorych jagliczych skierowywały *na leczenie do ośrodków zdrowia,* subwencjonując je.

3. *Opieka nad ciężarnymi:* większość kas chorych nie prowadziła żadnej własnej akcji w tym kierunku, niektóre opierały swoją akcję o *poradnie obce,* bardzo nieliczne miały swoje własne poradnie (i szkoły matek).

4. *Opieka nad dzieckiem:* kasy chorych przyłączyły się w swej akcji w przeważnej części do poradni istniejących przy ośrodkach zdrowia współpracując z nimi mniej, lub więcej czynnie. Niektóre kasy dostarczały do poradni lekarzy pedjatrów, inne udzielały własnych lokali.

Często poradnie, subwencjonowane przez kasy, nie stały na wysokości zadania, uniemożliwiając tym współpracę.

5. *Walka z gruźlicą:* na tym polu zarysowała się najlepiej współpraca kas chorych z ogólną akcją przeciwgruźliczą. Na terenie całego państwa akcja prowadzona była przez *przychodnie przeciwgruźlicze powiatowych ośrodków zdrowia* wspólnie z *Towarzystwami* przeciwgruźliczymi.

W akcji przeciwgruźliczej kasy chorych były najbardziej zainteresowane i prawie wszystkie brały w niej udział. *Subwencje,* udzielane przez kasy, przychodniom przeciwgruźliczym stanowiły częstokroć główną podstawę ich bytu. Współpraca ułożyła się rozmaicie. Przeważnie kasy udzielały subwencji miejscowym przychodniom, które obejmowały w stałą opiekę ubezpieczeniowych gruźliczych skierowywanych do przychodni przez kasę. W niektórych miejscowościach kasy *przydzielały do przychodni swych lekarzy,* którzy ordynowali wyłącznie dla ubezpieczonych. W innych lekarze kasowi ordynowali bez różnicy dla ubezpieczonych i nieubezpieczonych. Nieliczne naogół kasy wykazywały brak należytego *zrozumienia dla połączonej wspólnej akcji przeciwgruźliczej:* niechętnie, lub wcale nie kierowały chorych do przychodni, pozwalając, by element gruźliczy, niebezpieczny dla otoczenia, przebywał w ogólnych poczekalniach z innymi chorymi i był źródłem zakażenia zdrowych. Rodziny tych chorych często były pozbawione tej opieki, jaką daje należycie prowadzona przychodnia.

6. Działem profilaktyki pominiętym prawie zupełnie przez kasy chorych był współudział *w opiece nad dzieckiem szkolnym* (higiena szkolna). Było to z jednej strony następstwem zaniedbania tego, tak ważnego działu higieny zapobiegawczej w ogólnym programie działalności władz zdrowotnych samorządowych (redukcje lekarzy szkolnych, brak higienistek szkolnych), z drugiej strony, tam, gdzie organizacja higieny szkolnej istniała, brak było zainteresowania ze strony kas chorych.

Na skutek zaleceń Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych w sprawie profilaktyki dentystycznej wśród dzieci szkolnych, niektóre kasy wyznaczyły na ten cel oddzielne godziny w swoich ambulatriach dentystycznych, bądź też nawet w niektórych zakładach naukowych.

2. Inicjatywa lekarzy ordynujących w kasach chorych.

Powodzenie akcji zapobiegawczej i przestrojenie całego lecznictwa ubezpieczeniowego w tym jedynie racjonalnym i zdrowym kierunku zależało od umiejętności zajmowania się tymi sprawami i przygotowania fachowego ze strony wszystkich lekarzy.

W latach powojennych byliśmy świadkami szybkiego rozwoju nowych kierunków medycyny zapobiegawczej i społecznej, z którym często nie szło w parze przestrojenie umysłów lekarskich i zrozumienie doniosłości akcji.

Z pośród personelu lekarskiego b. powiat. kas chorych jedynie nieliczne jednostki opanowały nowe kierunki i były przygotowane do właściwej pracy w terenie. Ogół lekarzy naogół nie zmienił się wiele w swej mentalności i ciągle jeszcze traktował jednostkę w zupełnym oderwaniu od zbiorowości ludzkiej. Dziwić się temu nie należy, skoro *system kształcenia lekarzy w klinikach i zakładach na ogół bardzo wolno ulegał zmianom,* a studium medycyny społecznej było w Polsce dostępne jedynie w jednej tylko Państwowej Szkole Higieny w Warszawie.

Z faktu tego należało zdać sobie sprawę, gdy przeprowadzano studia na nowymi planami organizacji lecznictwa kasowego i systemem lekarzy domowych, których główną wytyczną działania miała być profilaktyka lekarska.

Analizując ogólnie akcję zapobiegawczą i jej organizację w powiat. kasach chorych, należało wyprowadzić następujące wnioski:

1. *Brak było jednolitego programu i planowości w działalności zapobiegawczej kas chorych i innych instytucji.*

2. *Brak było zrozumienia potrzeby akcji zapobiegawczej, którą liczne kasy chorych traktowały jako rzecz do pewnego stopnia narzuconą.*

3. *Brak było współpracy z instytucjami oraz celowej koordynacji wzajemnych wysiłków i funduszów.*

4. *Dysponowano często nieekonomicznie i niepraktycznie funduszami przeznaczonymi na akcję zapobiegawczą.*

Personel administracyjno-lekarski.

W hierarchii administracyjnych władz lekarskich w b. kasach chorych panował duży chaos, gdyż *brak było podziału i szczegółowego sprecyzowania kompetencji.* Podczas dokonywania czynności lustracyjnych starali się lekarze-lustratorzy normować pewne rzeczy na terenie poszczególnych kas chorych i obwodów lekarskich, lecz były to tylko paljatywy przy *braku norm ogólnych z góry.* Istniały kasy chorych, w których cały ciężar pracy administracyjno-lekarskiej spoczywał *na barkach lekarzy naczelnych, gdyż lekarze obwodowi, nie zdawali sobie często sprawy,* co należy do ich obowiązków, a czynności czysto administracyjne, uważali za przykry i zbyteczny obowiązek. W innych znów kasach było przeciwnie: *władza naczelnego lekarza była ograniczona de facto do minimum,* natomiast *większość czynności spełniali pełni inicjatywy lekarze obwodowi,* szczególnie ci z nich, którzy mieli za sobą długie lata pracy i doświadczenia w ubezpieczeniach.

O ile trudno było przy braku jednolitego systemu organizacji lecznictwa przedstawiać jego strukturę w szczegółach, o tyle łatwiej będzie poddać go ogólnej krytyce, wskazując zjawiska ujemne bardziej charakterystyczne i dostępne dla kontroli podczas dokonywania lustracji. Tą drogą idąc uzupełni się niektóre braki części opisowej organizacji lecznictwa.

Systematyczne i bardzo szczegółowe lustracje lecznictwa prowadzone intensywnie w ostatnich latach przez byłe Okręgowe Związki Kas Chorych i następnie przez ogólno państwowy Związek Kas Chorych i jego Oddziały pozwoliły zbadać i wniknąć we wszelkie niedomagania ówczesnej organizacji lecznictwa. Zebrany z wielkim trudem i przy znacznym nakładzie pracy ogromny materiał przedstawiał bardzo duży zapas spostrzeżeń, który mógł być wszechstronnie spożytkowany.

Opierając się na własnym doświadczeniu nabytym podczas dokonywania lustracji lecznictwa licznych kas chorych w ciągu czteroletniego okresu, jak też na doświadczeniu innych lekarzy-lustratorów, postaram się przedstawić najważniejsze i najbardziej istotne zagadnienia organizacyjne.

Sprawą decydującą w dobrym i sprawnym funkcjonowaniu Kas Chorych była *właściwa obsada personalna administracji lekarskiej.* Otóż trzeba stwierdzić, że personel administracyjno-lekarski zaczynał się konsolidować i tężeć dopiero w ostatnich paru latach istnienia kas chorych. Przyczyniły się do tego w znacznym stopniu lustracje lekarskie o charakterze instruktywnym, rozdzielenie zarządzeniem Ministra Opieki Społecznej kompetencji naczelnego lekarza kasy, od kompetencji dyrektora, i włożenie na barki lekarzy naczelnych konkretnej odpowiedzialności za opracowanie i wykonywanie budżetu działu lecznictwa kas chorych. Ponieważ z początku ujęcie takie tych spraw było zupełnie nowe, — nic dziwnego, że istniały jeszcze liczne niedomagania i braki.

Przede wszystkim często raczej formalnym, niż faktycznym było jeszcze w wielu kasach chorych wyodrębnienie wszelkich agend nowo stworzonych wydziałów lecznictwa.

Lekarze naczelni.

Na czele wydziałów lecznictwa stali naczelni lekarze, którzy jeszcze w większości wypadków nie zdołali się wyrobić pod względem administracyjnym i nie zżyli się z nową organizacją. W dodatku trzeba stwierdzić, że nowa obsada stanowisk naczelnych lekarzy przeprowadzona w związku ze scaleniem kas chorych niezawsze była właściwą.

Na czele licznych kas chorych stali jako naczelni lekarze — zgrzybiali i niedołężni starcy, bądź też jednostki pozbawione wszelkiej inicjatywy i myśli twórczej i o zupełnie aspołecznym nastawieniu. Dziwić się nie należało, że w tych warunkach chromać musiało całe lecznictwo i z konieczności, niejako ex vacuo, szereg agend wchodzących w zakres kompetencji wydziałów lecznictwa musiał spełniać czynnik administracyjny. W przeciwieństwie do tego stanu rzeczy w tych kasach chorych, które otrzymały pełnych energii, inicjatywy i twórczego zapału do pracy naczelnych lekarzy, nastąpiła w krótkim czasie ogromna poprawa i usprawnienie lecznictwa wprost nie do poznania. Dobitnie mogą to potwierdzić sprawozdania lustracji lecznictwa z lat 1930 — 1933.

Nieodzownym warunkiem normalnej i owocnej pracy była konieczność istnienia harmonii i wzajemnego *zaufania między czynnikiem administracyjnym, a lekarskim,* zyskującym dopiero w ostatnich latach całkowite prawo obywatelstwa w kasach chorych. Gdzie tej harmonii nie było, poczynania organizacyjne administracji kasowej szły wbrew poczynaniom lekarskim, a każdy ostry konflikt kompetencyjny u góry we władzach kasy *znajdował* zaraz oddźwięk na dole u całego personelu administracyjnego i lekarskiego.

Lekarze obwodowi.

Władzą II instancji w kasach chorych był aparat administracyjny *lekarzy obwodowych,* o których naogół dałoby się jeszcze w wyższym

stopniu to powiedzieć, co o wielu lekarzach naczelnych. Stanowiska te były niestety często tylko tytularne i niejeden lekarz obwodowy poza komisjami lekarskimi, w których brał stale udział, nie interesował się prawie zupełnie administracją lekarską, uważając ją za „malum necessarium". Że taki stan rzeczy istniał w tych kasach, gdzie za swoje czynności administracyjne otrzymywał lekarz obwodowy ryczałt miesięczny w wysokości od 50 — 100 zł., dziwić się temu nie należy. Winę w tym wypadku ponoszą władze kas chorych. Tylko nieliczne kasy chorych sprecyzowały i rozdzieliły kompetencje wydziałów lecznictwa (lekarzy naczelnych) i lekarzy obwodowych w formie regulaminów.

W ogólności zakres czynności lekarzy obwodowych dałby się streścić w następujących punktach:

1. Nadzór i kontrola nad kasowymi rejonami i ośrodkami.

2. Orzekanie o konieczności leczenia zakładowego i specjalistycznego, kontrola celowości i czasu pobytu chorych, umieszczonych w szpitalach i innych zakładach.

3. Kontrola świadczeń przyznawanych przez lekarzy ordynujących (niezdolność do pracy), celem zaś pogodzenia względów leczniczych z zasadami oszczędnościowymi i obowiązującymi przepisami kontrola comiesięczna wszystkich recept z aptek prywatnych przed odesłaniem ich do retaksacji z zaznaczeniem uwag i spostrzeżeń dla lekarza naczelnego.

4. Załatwianie zażaleń chorych w sprawach lecznictwa w zakresie oznaczonym przez naczelnego lekarza, z jednoczesnym informowaniem o tym w miarę potrzeby naczelnego lekarza.

5. Wykonywanie czynności zleconych przez naczelnego lekarza, w razie potrzeby rozdział wyjazdów do obłożnie chorych pomiędzy lekarzy swego obwodu, kontrola i przechowywanie kart badania stanu zdrowia chorych zakwalifikowanych do leczenia sanatoryjno-zdrojowego, kontrola zleceń lekarzy na wizyty domowe, oraz kwitariuszy do badań i zabiegów pomocniczych.

6. W wypadkach posiadania w swoim obwodzie magazynu leków do wydawania w ośrodkach przez lekarzy, prowadzenie księgi magazynu leków i apteczek podręcznych, oraz ich rozchodu, nadzór nad apteczkami podręcznymi pod względem należytego przechowywania środków leczniczych, tudzież racjonalnego i ekonomicznego ich stosowania.

7. Nadzór nad kontrolą chorych przez odnośne organa (administracyjne).

8. Wydawanie opinii i opracowywanie wniosków dla naczelnego lekarza we wszystkich sprawach dotyczących lecznictwa, higieny i profilaktyki w obrębie swego obwodu.

W niektórych kasach lekarze obwodowi byli obowiązani prowadzić szczegółowy dziennik swoich czynności.

O ile w siedzibie obwodu leczniczego istniał również oddział administracyjny, ważną było rzeczą *rozdzielenie kompetencji między lekarzem obwodowym, a kierownikiem oddziału*, na co niestety zwracano tylko wyjątkowo uwagę.

W większości kas chorych lekarze obwodowi pełnili swoje funkcje administracyjne jedynie dodatkowo, będąc poza tym lekarzami ordynującymi. Jako tacy, byli oni objęci zbiorowymi umowami, jako członkowie organizacji lekarskich. Stwierdzałem fakty, gdzie lekarz obwodowy był zarazem zastępcą lekarza naczelnego Kasy i prezesem miejscowej organizacji lekarskiej, z którą miał prowadzić pertraktacje jako mąż zaufania kasy.

Personel lekarski i organizacje lekarskie.

Sprawę personelu lekarskiego kas chorych omówiłem ogólnie we wstępie, uważając ją za rzecz zasadniczej wagi, od której w wysokim stopniu zależał los i funkcjonowanie instytucji. Tu musimy z przykrością stwierdzić powtórnie, że błędy popełnione i silnie utrwalone w pierwszych latach istnienia kas chorych działających na podstawie ustawy z maja 1920 r., ciężyły na strukturze scalonych i reorganizowanych kas chorych, uniemożliwiając niejedną zdrowo pomyślaną i racjonalną reformę.

Brak lekarzy specjalistów.

Na terenie całego państwa dawał się odczuwać dotkliwy *brak specjalistów o pełnych kwalifikacjach* (okólnik Og. P. Z. K. CH. z 1929 roku L : 4412). Brak było szczególnie *urologów, laryngologów, a nadewszystko roentgenologów i analityków lekarskich.* W szeregu kas chorych powiatowych, a następnie scalonych pełnili obowiązki specjalistów, będących nieraz najwyższą i jedyną instancją — lekarze posiadający tylko bardzo dorywcze i niedostateczne przygotowanie. Istnieli roentgenoolodzy, na orzeczeniach których opierały się często najzawilsze rozpoznania chorobowe, którzy nabyli swą wiedzę na parotygodniowych kursach zagranicą; pracownie analityczne prowadzili często chemicy nie lekarze, lub lekarze nie przeszkoleni specjalnie.

Swego czasu przeprowadziłem dokładną ankietę na terenie byłego Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie, poddając sprawdzeniu na podstawie oryginalnych świadectw kwalifikacje specjalistów. Okazało się, że poza miastami wojewódzkimi i Drohobyczem, gdzie był znowu anormalny przerost lecznictwa specjalistycznego nad ogólnym, — pracowało na całym terenie zaledwie kilkunastu specjalistów z pełnymi kwalifikacjami. Stan ten miał swoje źródło w niechęci lekarzy specjalistów do osiedlania się na prowincji, gdzie brak było zrozumienia wśród ludności co do ich wartości, a same kasy chorych nie były w możności zabezpieczyć odnośnym lekarzom minimum egzystencji.

Personel pomocniczo-lekarski.

Na ogół *kwalifikacje jego były bardzo niskie*[1]) i zaledwie nieliczne kasy chorych posiada-

[1]) Szczegółową ankietę dla całego państwa opracował w swoim czasie Dr Bujalski Jerzy.

ły personel o dostatecznych kwalifikacjach. W latach formowania się lecznictwa kasowego sprawa profilaktyki lekarskiej leżała w kasach chorych odłogiem i nikt na nią nie zwracał uwagi. To też kasy nie kładły bynajmniej nacisku na to, by angażować personel pomocniczo-lekarski odpowiednio wysoko ukwalifikowany. W późniejszych latach wzrosło znacznie zapotrzebowanie na higienistki społeczne w związku z nowymi kierunkami lecznictwa kasowego. Niestety, istniejące warunki, konieczność płacenia dużych odpraw nie pozwalały na szybką wymianę personelu pomocniczo-lekarskiego, na stojący na wysokości zadania, a zresztą często zachodził brak kandydatów.

Organizacja lecznictwa w zakładach zamkniętych.

Nieliczne kasy chorych miały *własne szpitale* i mogły organizować tę dziedzinę lecznictwa ściśle według swoich upodobań i wymogów. Większość kas była zdana na *szpitale obce*, z którymi współpraca nie zawsze była uregulowana. Istniał dobry modus vivendi tam, gdzie stworzono rodzaj unii personalnej i zaangażowano dyrektorów, bądź też ordynatorów szpitali, na lekarzy kasowych. System ten stosowały przeważnie z dobrym wynikiem małe kasy prowincjonalne. Największe trudności jednakże miały większe kasy chorych, posługujące się dużymi szpitalami. Stosunkowo inaczej kształtowała się polityka szpitalna kas chorych na terenie Małopolski, a inaczej w byłym zaborze rosyjskim. Niska taksa szpitalna w Małopolsce nakazywała kasom umieszczać w stan chorych ubezpieczonych o wysokich grupach zarobkowych, pobierających wysokie zasiłki. Również szerszą ręką skierowywano tu na *obserwację* wszelkie wypadki wątpliwe, podejrzanych o symulację i t. p. Liczne przypadki umieszczano w szpitalach tylko *celem ustalenia rozpoznania*, a czyniły to przeważnie te kasy, które nie miały własnych urządzeń rozpoznawczych.

W byłym zaborze rosyjskim, przy na ogół znacznie wyższej taksie szpitalnej, musiano zająć odmienne stanowisko i często *ograniczać bardzo ilość* osób kierowanych do szpitali.

dok. nastąpi.

MARIAN WISŁOCKI — Warszawa.

PRACOWNIK ROLNY W ROZUMIENIU USTAWODAWSTWA UBEZPIECZENIOWEGO

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym przewiduje dla poszczególnych rodzai ubezpieczeń szereg wyłączeń z pod obowiązku ubezpieczenia.

Wyłączenia te zostały spowodowane różnymi przyczynami, wśród których specyficzny charakter zatrudnienia pracowników odgrywał rolę decydującą.

Najliczniejszą grupą osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia w ograniczonym zakresie, jest grupa pracowników, określanych przez ustawę o ubezpieczeniu społecznym — mianem „pracowników rolnych".

Grupa ta podlega tylko ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych, — wyłączona jest więc z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, oraz z ubezpieczenia emerytalnego robotników, — przy czym pewnego rodzaju ekwiwalentem za wyłączenie jej z ubezpieczenia chorobowego jest nałożenie na pracodawców obowiązku zapewnienia swym kosztem pomocy leczniczej pracownikom, w ramach zbliżonych do udzielanej przez ubezpieczalnie społeczne.

Wprowadzenie tak znacznego wyłączenia z jednej strony, nałożenie zaś na pracodawców zatrudniających pracowników rolnych obowiązku zapewnienia udzielania świadczeń, nie ciążących na innych pracodawcach (organizacja pomocy leczniczej), wymagały w konsekwencji dokładnego zdefiniowania pojęcia „pracownika rolnego".

Zdefiniowanie pojęcia pracownika rolnego było z tego też powodu koniecznym, że termin „pracownik rolny" — jest terminem bardzo popularnym, i przypisuje się mu wiele znaczeń. Z uwagi na to, że wynikiem zdefiniowania pojęcia „pracownika rolnego" miało być ustalenie dla pewnej grupy pracowników odmiennego zakresu ubezpieczania musiała na pierwszy plan — przy tworzeniu definicji — wystąpić zasada jaknajbardziej jednolitego uregulowania zakresu ubezpieczenia, a więc i zakresu uprawnień, — grupy osób związanych wspólnym terenem pracy. Chcąc wypełnić ten postulat, musiano przyjąć w definiowaniu pojęcia pracownika za podstawę wyjścia, nie cechy związane z osobą pracownika, ale cechy związane z terenem jego pracy, z jego warsztatem pracy. Przy stosowaniu obu tych, bezwzględnie słusznych i nie budzących zastrzeżeń zasad, napotkać musiano jednak na pewne, niekiedy bardzo duże trudności. Każda dziedzina pracy bowiem, oprócz centralnego terenu, który wyodrębnia się największym nasileniem cech charakterystycznych dla danej dziedziny, — obejmuje z reguły ponadto duży teren, na którym jej cechy specjalne bądź zanikają, bądź też występują narówni z cechami wspólnymi innym dziedzinom. I tak np. rozstrzygnięcie pytania, czy w pracy kowala zatrudnionego w gospodarstwie rolnym przeważa raczej charakter robotnika rolnego, czy też robotnika z przemysłu metalowego — jakkolwiek na pozór ła-

twe — wymaga zbadania licznych, a przy tym różnorodnych elementów.

Terenem pracy pracowników rolnych jest gospodarstwo rolne. Zdawaćby się mogło, że najprostszym zdefiniowaniem pojęcia pracownika rolnego byłoby określenie go jako „pracownika zatrudnionego w gospodarstwie rolnym". Definicja taka nie odpowiada jednak warunkom wymaganym w konsekwencji przyjęcia przedstawionej wyżej zasady, — a to z dwóch powodów:

Po pierwsze — pojęcie gospodarstwa rolnego ma dwa znaczenia: szersze — obejmujące ogół gospodarstw związanych z ziemią, a więc również gospodarstwo leśne, hodowlane i rybne, oraz węższe — obejmujące wyłącznie gospodarkę rolną. Po drugie — z prowadzeniem gospodarstwa łączy się z reguły prowadzenie pewnych zakładów ubocznych oraz prac, mających pośredni związek z gospodarstwem — jak np. prace mające na celu zwiększenie wydajności ziemi: nawadnianie, odwadnianie i t. p. Skoro się przy tym uwzględni, iż nie każdy z podniesionych momentów może być ściśle zdefiniowany — jasnymi stają się trudności, na jakie natrafić musiał ustawodawca przy definiowaniu pojęcia pracownika rolnego.

Ustawodawca ustalił definicję pracownika rolnego, przez wyliczenie jakich pracowników uważa za pracowników rolnych, dzieląc całą grupę pracowników rolnych na trzy podgrupy, w zależności od bezpośredniości i ścisłości związku danej podgrupy pracowników z gospodarstwem rolnym.

Do pierwszej pogrupy należą pracownicy zatrudnieni w gospodarstwach rolnych, leśnych, ogrodowych, hodowlanych i rybnych. Są to więc pracownicy, których warsztaty pracy, mają dużo cech wspólnych, a niekiedy nawet ściśle się nawzajem uzupełniają i dopełniają. To łączne wyliczenie gospodarstw rolnych, leśnych, ogrodowych, hodowlanych i rybnych w definicji jest b. trafne. Trudno byłoby bowiem zdefiniować naprzykład kiedy gospodarstwo obejmujące zarówno gospodarkę rolną jak i leśną, jest gospodarstwem rolnym, a kiedy leśnym, względnie kiedy należy je uznać za gospodarstwo rolno-leśne. Przyjęcie pewnego ścisłego klucza stosunku powierzchni, zyskowności czy też wartości byłoby bardzo niedogodnym. Podobnie ma się rzecz ze zdefiniowaniem ścisłej różnicy, pomiędzy gospodarstwem rolnym a ogrodowym, skoro się zważy, iż w tym przypadku rozstrzygać muszą tak indywidualne momenty, jak przemysłowy lub rolny charakter miejscowości, od nich bowiem zależeć będzie niekiedy czy dane gospodarstwo uznać należy za gospodarstwo rolne, czy też za gospodarstwo ogrodowe. Skoro zaś wszystkie rodzaje gospodarstw zostały przez ustawodawcę jednolicie potraktowane — odpada ustalanie szczegółowego charakteru gospodarstwa. O tem zaś czy pewien zakład pracy może być uznany za jedno z wyżej wymienionych gospodarstw, decydować będą już nie przepisy ubezpieczeniowe, ale przepisy specjalne, definicje tych gospodarstw zawierające. Tak szerokie ujęcie warsztatów pracy o charakterze bezspornie rolnym w najszerszym tego słowa znaczeniu — zapewnia jednolite traktowanie zatrudnionych w nich pracowników, tworzących podgrupę pierwszą o najwyraźniejszym rolnym charakterze.

Drugą podgrupę tworzą pracownicy zatrudnieni nie w samych gospodarstwach rolnych i t. p. lecz w zakładach ubocznych ściśle z tymi gospodarstwami związanych.

Gospodarstwa rolne — w szerszym tego słowa znaczeniu — jako produkujące surowce podlegające dalszej kolejnej przeróbce, mają większą możność niż inne zakłady pracy, do tworzenia zakładów ubocznych. Ponieważ zakłady uboczne przy gospodarstwach rolnych, nierzadko charakterem swym (rodzaj pracy, element pracowniczy) nie wiele różnią się od samego gospodarstwa, z którym są związane, ustawodawca utworzył z pracowników tych zakładów ubocznych drugą podgrupę w grupie pracowników rolnych. Ponieważ zakłady uboczne, w zależności od całego szeregu momentów mają w większym lub mniejszym stopniu cechy rolnego zakładu pracy, ustawodawca nie objął mianem pracowników rolnych, pracowników wszystkich zakładów ubocznych przy gospodarstwach rolnych, a tylko pracowników zakładów ubocznych ściśle z rolnictwem związanych, a nie posiadających przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego. Ustawodawca wyłączył więc bezwzględnie z grupy „pracowników rolnych" pracowników tych zakładów ubocznych, które ze względu na swój charakter nie mogą być uznane za „zakłady uboczne ściśle z rolnictwem związane". Są to więc zakłady, których więź z „rolnictwem" jest tylko zewnętrzna, i prowadzenie których nie wynika z istoty lub charakteru danego gospodarstwa. Do takich zakładów pracy zaliczyć należy np. fabrykę konserw mięsnych przy gospodarstwie hodowlanym, fabrykę olejku sosnowego przy gospodarstwie leśnym i t. p.

Ponieważ jednak nawet zakłady uboczne, ściśle z rolnictwem związane mają niekiedy charakter wybitnie przemysłowy, a więź ich z rolnictwem polega jedynie na tym, że używany w tych zakładach surowiec jest pochodzenia rolnego, — ustawodawca stanął na słusznym stanowisku przyznania charakteru pracownika rolnego pracownikom tylko tych zakładów, które nie nabrały przeważających cech zakładów przemysłowych wzgl. handlowych, nie utraciły więc cech zakładów rolnych.

O tym, które z pośród zakładów ściśle z rolnictwem związanych nie mają przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, a pracownicy ich — w konsekwencji — są pracownikami rolnymi, decyduje rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dn. 24 lutego 1937 r.[1]) Wylicza ono szczegółowo, jakie zakłady uboczn-

[1]) Szczegółowe omówienie zagadnienia charakteru zakładów ubocznych ściśle z rolnictwem związanych zawiera artykuł ogłoszony w P. U. S. Nr. 5 z 1937 r. str. 301 i nast. pod tytułem „Rozporządzenie o zakładach ubocznych ściśle z rolnictwem związanych".

ne mogą być uznane za rolne, a następnie podaje cztery warunki — jakim zakłady te muszą odpowiadać.

Warunki te są następujące:

1) Położenie zakładu na obszarze gospodarstwa rolnego, leśnego, ogrodowego, hodowlanego lub rybnego.

2) Prowadzenie zakładu na rachunek właściciela, dzierżawcy lub użytkownika gospodarstwa, na którego terenie jest położony.

3) Przerabianie przez zakład wyłącznie produktów gospodarstw o których mowa w punkcie 1), a przy tym w przeważającej mierze produktów gospodarstwa, na którego obszarze zakład jest położony.

4) Nie wpisanie zakładu do rejestru handlowego.

Nadto jeżeli chodzi o tartaki i cegielnie, to muszą one spełniać jeszcze warunek dodatkowy — nie zatrudniać przeciętnie w roku więcej niż 20 pracowników.

Jak z powyższego widać, pracownik zatrudniony w zakładzie ubocznym może nie zmieniając swego warsztatu nabywać lub tracić charakter pracownika rolnego. Fakt ten wydaje się napozór przeczyć przyjętej zasadzie jednolitości w postępowaniu, oraz zasadzie jednolitości w obrębie grupy. Rozwiązanie to staje się jasnym i zrozumiałym z chwilą, gdy się uwzględni iż stałe traktowanie pracowników pewnego zakładu ubocznego jako pracowników rolnych lub nierolnych, bez względu na zmiany zachodzące w charakterze danego zakładu pracy, pociągnąć by musiało również niejednolitość w traktowaniu pracowników dwóch identycznych — co do charakteru — zakładów pracy, gdy jeden z tych zakładów upodobnił się charakterem swym do drugiego zakładu, dopiero w wyniku przeprowadzonych zmian. Mieć przy tym trzeba na uwadze również i ten moment, że zakłady pracy ściśle z gospodarstwem rolnym związane, w większości przypadków zachowują swój charakter rolny, podczas gdy zakłady związane z innymi gospodarstwami, a w szczególności z gospodarstwami leśnymi, w większości przypadków nabierają przeważającego charakteru przemysłowego względnie handlowego [2]).

Omówione wyżej dwie podgrupy pracowników rolnych, zdają się wyczerpywać całą grupę osób, które z uwagi na charakter zakładów pracy w których pracują, mogą być uznane za „pracowników rolnych".

Oprócz jednak prac w gospodarstwach rolnych, leśnych i t. p. oraz w zakładach pracy ściśle z nimi związanych, a nie posiadających przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego, istnieje grupa prac, które jako związane z terenem rolnym nadają — zatrudnionym przy ich wykonywaniu pracownikom — charakter pracowników rolnych. Są to prace melioracyjne oraz regulacyjno-agrarne. Prace te, mając charakter prac okresowych i niestałych, oraz jako prowadzone z reguły na terenie gospodarstw rolnych i z nimi terenowo ściśle związane, muszą być w przeważnej większości wykonywane przez osoby zasadniczo zatrudnione bądź w gospodarstwach rolnych, bądź w zakładach ubocznych — i mające z tego tytułu charakter pracowników rolnych.

Te momenty mając na uwadze — określił ustawodawca podgrupę trzecią w grupie „pracowników rolnych", w sposób następujący:

„Kategorie pracowników, zatrudnionych przy melioracjach i wykonywanych przez Państwo pracach regulacyjno-agrarnych, które określą rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej".

Nie wszyscy więc pracownicy zatrudnieni przy omawianych pracach, a tylko pewne ich kategorie, mogą być uznane za „pracowników rolnych".

Kategorie te ustaliło rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 20.I.1938 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych [3]).

Kategorie pracowników określone są pozytywnie przez wyliczenie zatrudnień, które wykonywującym je pracownikom nadają charakter pracowników rolnych. Są to następujące rodzaje zatrudnień:

1) melioracje, wykonywane w związku z przebudową ustroju rolnego — przez które rozumieć należy:

a) melioracje techniczne (drenowanie, nawadnianie, odwadnianie),

b) budowę lub wiercenie studni,

c) związane z melioracjami regulacje i obwałowania wód niespławnych (zarówno więc rzek i kanałów jak stawów i jezior),

d) konserwacje robót i urządzeń, wymienionych od a) do c)

— a dokonywane przy przebudowie ustroju rolnego — zarówno gdy prace te przeprowadzane są we własnym zarządzie przez wojewódzkie lub powiatowe władze administracji ogólnej, jak i przez osoby lub instytucje, którym władze te wykonanie robót tych powierzą.

2) Melioracje o charakterze lokalnym — za które uważa się melioracje techniczne (drenowanie, nawadnianie, odwadnianie) nie związane z przebudową ustroju rolnego — nie objęte więc punktem poprzednim — a mające charakter robót szczegółowych i obejmujące w zasadzie obszar tylko jednej gminy wiejskiej.

3) Prace regulacyjno-agrarne, przeprowadzane przez Państwo w związku z przebudową ustroju rolnego — przez które rozumieć należy prace pomiarowe i związane z nimi prace ziemne (kopanie kopców i t. p., oznaczanie parcel majątkowych) dokonywane przy przebudowie ustroju rolnego.

Wyliczenie to wskazuje, iż prace melioracyjne nawet w większym zakresie, o ile dokonywane są przy przebudowie ustroju rolnego, nadają zatrudnionym przy nich pracownikom charakter pracowników rolnych. Prace melioracyjne, wy-

[2]) Porównaj ob. cit. str. 303.

[3]) Ogłoszone w Dz. Ust. R. P. Nr. 10, poz. 65 z dn. 18.II.1938 r.

konywane nie w związku z przebudową ustroju rolnego, nadają zatrudnionym przy nich pracownikom charakter pracowników rolnych, o ile mają lokalny charakter.

Podane wyżej określenia zawierają szereg terminów o charakterze technicznym, które naogół pokrywają się z określeniami spotykanymi w języku potocznym. Bliższego omówienia wymagają jedynie trzy pojęcia, a to: pojęcie melioracji, pojęcie przebudowy ustroju rolnego, oraz pojęcie regulacji wód niespławnych.

Przez melioracje rolne rozumie się te wszystkie zabiegi wodno-melioracyjne, które mają na celu podniesienie użytkowności roli. Takie też znaczenie mają pojęcia melioracji użyte zarówno w ustawie o ubezpieczeniu społecznym jak w omawianym rozporządzeniu z dnia 20 stycznia 1938 r. Zarazem zaznaczyć należy, że pojęcie „melioracje techniczne" użyte w pkt. 1 ust. (1) § 2 wspomnianego rozporządzenia jest pojęciem węższym i dotyczy tylko pewnego działu prac melioracyjnych.

Pod pojęciem przebudowy ustroju rozumieć należy komasację gruntów, czyli ich scalenie (t. zw. zniesienie szachownic), parcelację gruntów i osadnictwo, jak również związane z tym znoszenie służebności i wspólnot.

Wreszcie jeżeli chodzi o pojęcie regulacji wód niespławnych, — to w myśl przepisów ustawy wodnej z dnia 19.IX.1922 r. (Dz. U. R. P. z 1928 r. Nr 62, poz. 574) rozumieć przez nie należy prace i ulepszenia wychodzące poza zakres utrzymania wolnego odpływu wody (art. 76) dokonywane na wodach niespławnych, przez które uważa się wody niezaliczone ani do wód żeglownych (art. 261) ani też do wód spławnych.

Ograniczenia w pkt. 1 (lit. c), iż jako prace melioracyjne uważa się związane z melioracjami, regulacje i obwałowania tylko wód niespławnych, uzasadnione jest następującymi względami: regulacja i obwałowanie wód pozostają z reguły w większej lub mniejszej łączności z pracami melioracyjnymi. Zarówno bowiem przy regulacji wód, musi się uwzględniać potrzeby melioracyjne, jak i przy przeprowadzaniu melioracji muszą być uwzględnione sprawy regulacji wód. Praca przy regulacji wód niespławnych, charakterem swym wcale lub tylko nieznacznie odbiega od melioracyj technicznych i niekiedy regulacja wód niespławnych jest zarazem melioracją techniczną. Natomiast jeżeli chodzi o regulację wód spławnych, to są to z reguły poważne prace o charakterze przemysłowym ,a nie rolnym, jeżeli więc one nawet pozostają w związku z melioracjami, to związek ten nie nadaje im cech prac rolnych.

Rozporządzenie z dnia 20 stycznia 1938 r. nie objęło jednak mianem „pracowników rolnych" wszystkich pracowników zatrudnionych przy omówionych wyżej zatrudnieniach. Przewidziało ono bowiem pewne wyjątki. Wyjątki te dotyczą kategorii osób określanych już nie według zatrudnień, ale według indywidualnych cech pracowników. Wyjątki te dotyczą tych pracowników, których związek z pracami nierolnymi jest tak ścisły, że uznanie ich za pracowników rolnych stałoby w sprzeczności ze stanem faktycznym.

Kategorie osób, które w razie zatrudniania ich przy omawianych pracach nie są uważane za pracowników rolnych, są następujące:

1) pracownicy zatrudniani w biurach i urzędach (chodzi tu z reguły o pracowników zatrudnionych przy pracach regulacyjno-agrarnych),

2) pracownicy wykwalifikowani jako to: kamieniarze, betoniarze, brukarze, układacze sążków i t. p. kategorie pracowników, których zarówno kwalifikacje jak i rodzaj pracy najzupełniej odbiegają od prac rolnych i noszą wszystkie cechy wspólne z tego rodzaju pracami, wykonywanymi poza terenem gospodarstw rolnych, — mającymi bezsporny charakter robót nierolnych,

3) wszyscy pracownicy przedsiębiorstw o charakterze zarobkowym. Wyjątek ten uzasadniony jest tym, iż z jednej strony przedsiębiorca, prowadząc prace, o których jest mowa w omawianym rozporządzeniu, jest z terenem — na którym prace te są wykonywane — zupełnie nie związany i nałożenie nań obowiązków wymagających łączności z terenem (np. organizacja pomocy lekarskiej) stanowiłoby dlań znaczne utrudnienie, — z drugiej zaś strony, przy pracach prowadzonych przez przedsiębiorcę zatrudniony jest w przeważającej mierze element nierolny, dla którego traktowanie go jako „pracowników rolnych" nie tylko oznaczałoby pozbawienie uprawnień przysługujących pracownikom nierolnym, ale ponadto byłoby rzeczą niezrozumiałą i sztuczną.

Wreszcie pamiętać należy o tem, iż pracodawca zatrudniający „pracowników rolnych" określany jest przez ustawę „jako pracodawca rolny", — uznanie zaś przedsiębiorcy bezspornie przemysłowego — jakim jest przedsiębiorca prowadzący zarobkowo roboty melioracyjne — za „pracodawcę rolnego" wywołałoby zrozumiałe zastrzeżenia i wątpliwości.

Określenie omawianej wyżej trzeciej podgrupy w grupie pracowników rolnych jest świeże, powstało bowiem dopiero 18 lutego 1938 r. t. j. w dniu wejścia w życie omawianego rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 20 stycznia 1938 r. Skoro bowiem ustawa pozostawiła określenie — omówionej wyżej — trzeciej podgrupy pracowników rolnych, przepisom rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej, to należy stanąć na stanowisku, iż do chwili, w której to rozporządzenie zaczęło obowiązywać, nie można było kategorii pracowników zatrudnionych przy melioracjach i wykonywanych przez Państwo pracach melioracyjno-agrarnych, traktować jako pracowników rolnych.

Objęcie pojęciem „pracowników rolnych" tak obszernej grupy osób, musi mieć zarówno swoje dobre jak złe strony. Niesposób jest bowiem tak ująć jakąś grupę osób, która ma mieć inne prawa od reszty, aby stanowiła ona jednolitą i zwartą całość, oraz aby w stosunku do pewnych,

znajdujących się w niej lub poza nią, osób nie można było wysuwać szeregu słusznych i uzasadnionych motywów, które wskazywałyby na inne możliwości rozwiązań.

Dobrą stroną tak szerokiego ujęcia jest jednolity zakres ubezpieczenia pracowników zatrudnionych w dziale rolnym, co występuje najwyraźniej w przypadkach przechodzenia pracownika z jednego działu pracy do drugiego, bez równoczesnej zmiany jego charakteru. Czyż byłoby rzeczą zrozumiałą dla niewykwalifikowanego pracownika, zatrudnionego w gospodarstwie rolnym w charakterze dziennie płatnego pracownika, — dlaczego, mimo zatrudniania go przez tego samego pracodawcę, na tym samym terenie i za tym samym wynagrodzeniem, gdy pracuje przy kopaniu rowów odwadniających ma prawo do pomocy leczniczej zorganizowanej przez ubezpieczenia społeczne, — zaś z chwilą przydzielenia go do kopania takiego samego rowu, przeznaczonego jednak do regulowania stanu wody w stawach rybnych (gospod. rybne), — pomoc leczniczą otrzymuje od pracodawcy?

Jednolitość ta zapobiega również rozlicznym sporom jakieby bezwątpienia powstawały, gdyby granica pomiędzy pracownikami rolnymi, a nierolnymi nie była tak konsekwentnie przeprowadzona.

Do ujemnych cech należy zaliczyć:

1) wymiary świadczeń w ubezpieczeniu wypadkowym w większości według zarobków zryczałtowanych (art. 16 ust. 2), które z reguły są niższe, od zarobków minimalnych, ustalanych przez inspektorów pracy na zasadzie art. 139 ust. (6) [4]),

2) pozbawienie pracowników zatrudnionych krócej niż 25 dni, pomocy leczniczej, a który to przepis wobec stałości zatrudnienia w gospodarstwach rolnych, ma w nich wyjątkowe znaczenie — zaś w zakładach ubocznych i pracach melioracyjnych, gdzie przerwy kilkodniowe nie odgrywają roli, może być przez pracodawców stosowane celem ograniczenia liczby osób, posiadających prawo do tej pomocy.

Mimo tych pewnych ujemnych cech, od których zresztą żaden podział nie jest wolny — stwierdzić można, że ostateczne ustalenie zakresu pojęcia „robotnika rolnego", dokonane przez wspomniane rozporządzenie, ułatwi w terenie wykonywanie ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych w zakresie ustalania obowiązku ubezpieczenia i udzielania świadczeń.

[4]) Porównaj artykuł p. t. Minimum zarobkowe dla wymiaru rent wypadkowych ogłoszony w P. U. S. nr. 5 str. 376 z 1936 r.

Dr ZBIGNIEW OSZAST — Kraków

O POTRZEBIE STWORZENIA OŚRODKA DLA WALKI Z GRUŹLICĄ SKÓRY

„Należy we wszystkich krajach ziemi dążyć do tego, aby, podobnie jak u nas w Danii, rozpoznawano wcześnie tocznia i leczono chorego odpowiednio, bez względu na to, czy jest zamożny, czy bez środków, — aż do zupełnego wyleczenia".

Axel Reyn.

I.

Zagadnienie walki z gruźlicą skóry, a szczególnie z jedną z jej najczęstszych postaci — toczniem jest ze stanowiska higieny społecznej zagadnieniem niezwykle ważnym. Przy bliższym rozpatrzeniu istoty tego zagadnienia uderza przede wszystkim jeden zasadniczy rys: toczeń jest niebezpieczeństwem społecznym. Toczeń nie leczony wogóle lub leczony nieodpowiednio goi się rzadko samoczynnie, zwykle posuwa się niepowstrzymanie naprzód, tak, że powstaje choroba nieuleczalna, której już potem nie sposób opanować żadnym środkiem z rozległego arsenału współczesnych metod przeciwtoczniowych. Powstałych zniszczeń skóry, części miękkich i kości, procesów zanikowych i przerostowych z następowymi zniekształceniami i potwornymi oszpeceniami — nie udaje się już potem opanować. Chorzy, dotknięci tak daleko posuniętymi zmianami chorobowymi, nie mogą się, — w przeciwstawieniu np. do chorych na gruźlicę płuc, — poruszać swobodnie wśród swego otoczenia, gdyż wyglądem swym zwracają powszechną uwagę, budząc przy tym odrazę i strach. Z tych samych powodów nie mogą znaleźć pracy. Poza tym nie mogą często nawet pracować, gdyż przeszkadza temu zniszczenie palców, słoniowacizna kończyn w wyniku wtórnych zaburzeń w krążeniu i odżywianiu i t. d. Wreszcie jeszcze jedno: toczeń atakuje przede wszystkim ludzi młodych. Zacząwszy się w dzieciństwie, sprawia, że dotknięci nim z powodu zewnętrznego wyglądu nie mogą chodzić do szkoły, a jako dorośli z tego samego powodu nie mogą znaleźć pracy. Cierpienie prowadzi w końcu do inwalidztwa i kalectwa, które komplikuje, jak wykazują ostatnie statystyki, — rak.

Temu nieszczęściu można zapobiec tym ła-

twiej, że uleczalność tocznia jest faktem stwierdzonym i opartym na szeroko rozbudowanej współczesnej metodyce leczniczej tego schorzenia. Wyniki lecznicze poprawiają się z roku na rok. Oczywiście, im chory później zgłosi się do leczenia, tym mniej korzystne jest rokowanie, tym trudniej opanować chorobę, tym więcej potrzeba na to czasu i pieniędzy. W początkowym, wczesnym okresie jest leczenie dużo prostsze i tańsze.

Z powyżej podanych ogólnych stwierdzeń, wysuwają się pewne praktyczne uwagi, na podstawie których pragnę podać plan walki z toczniem na terenie ubezpieczalni społecznych w Polsce. Realizacja planu mogłaby na początek objąć jedną odpowiednio wybraną do tego celu ubezpieczalnię, np. Ubezpieczalnię Społeczną w Krakowie.

Walka z toczniem w Polsce nie była nigdy docenianą, mimo pewnych odosobnionych usiłowań w tym kierunku (Bruner, Walter, Kauczyński). W tej dziedzinie nie zrobiono u nas w Polsce nic prawie, pozostajemy w tyle w porównaniu do innych krajów Europy (Danii, Austrii, Niemiec, Holandii i in.), w których walka z toczniem jest problemem zorganizowanym od lat, ześrodkowanym w odpowiednich organizacjach i w specjalnych zakładach, poświęconych wyłącznie leczeniu tocznia. Dopiero w 1935 roku podniósł tę sprawę u nas w Polsce obecny dyrektor departamentu ubezpieczeń społecznych w Ministerstwie Opieki Społecznej, dr Tadeusz Dyboski, pragnąc w ramach działalności Fundacji im. Jakuba Potockiego stworzyć odpowiedni ośrodek leczniczy i naukowy dla tego celu. Z ramienia Fundacji odbyłem specjalną podróż naukową za granicę dla przestudiowania tego problemu i na podstawie pewnych obserwacyj naszego życia i doświadczenia zdobytego na studiach za granicą przedstawiam poniżej skreślony plan.

Odsetek toczniowców na oddziałach dermatologicznych w Polsce wzrasta z miesiąca na miesiąc w szybki sposób. Równocześnie rośnie armia chorych nieleczonych i nie mających się gdzie leczyć. Przybliżone obliczenia podają ilość tych chorych w Polsce na 40.000! Jest to szacunek nieprzesadzony, jeśli się uwzględni jego partogenezę, fakt, że toczeń nie jest schorzeniem czysto miejscowym, lecz objawem zewnętrznym ogólnego zakażenia gruźliczego, oraz ogólną liczbę chorych na gruźlicę w Polsce. Z tych i wyżej na samym początku wymienionych względów, należy wreszcie przystąpić do jakiejś planowej akcji.

Proponuję zatem stworzenie przychodni dla chorych na tocznia. Zadaniem tej przychodni będzie:

1. ujęcie chorych toczniowych,
2. leczenie,
3. opieka społeczna nad nimi.

II.

Nie posiadamy do dzisiaj wyczerpującej statystyki przypadków tocznia w Polsce, w dużej mierze dlatego, iż brak nam odpowiednio zorganizowanych ośrodków leczniczych. Zadaniem przychodni powinno być cyfrowe uchwycenie przypadków tocznia i prowadzenie stałej ewidencji chorych. Trzeba zacząć od wychwytywania chorych w początkowych okresach, w dzieciństwie. Z przychodnią muszą współpracować pediatrzy, skierowując do niej podejrzane przypadki. Tutaj grzeszy się, niestety, sporo i w ręce dermatologa dostają się w końcu przypadki już zaniedbane. Dalej trzeba zwrócić uwagę opiekukom zdrowia, działającym z ramienia przychodni przeciwgruźliczych i opieki nad dzieckiem, aby bacznie obserwowały dzieci z otoczenia osób chorych na gruźlicę płuc. Nieraz drobne, pozornie błahe dolegliwości, niezauważone przez otoczenie, mogą być początkiem tocznia (np. uporczywe katary nosa u dzieci, zołzy).

Wreszcie przy sposobności wychwytywania przypadków tocznia można czasem wykryć czynną gruźlicę płuc. Każdy przypadek tocznia należy traktować jako nosiciela gruźlicy — stąd przychodnia przeciwtoczniowa będzie w pewnych razach współdziałać z poradnią przeciwgruźliczą w wychwytywaniu przypadków gruźlicy płuc. Zapobieganie toczniowi łączy się ściśle z zagadnieniem zapobiegania gruźlicy. Są to fakty klinicznie znane: toczeń rozwija się zwykle w otoczeniu chorych na gruźlicę płuc. Nieraz przypadkowo przy badaniu toczniowca znajduje się rozległe zmiany w płucach i to niekiedy czynne. Widziałem przypadki, że toczniowiec dopiero od dermatologa dowiadywał się, że prątkuje!

III.

Toczeń jest jedną z najcięższych chorób. Małe początkowo ognisko — lub też pojedyńcze ogniska rozsiane można opanować środkami ambulatoryjnymi jak:

1. lampa Finsena-Lomholta (oszczędzi kosztów leczenia w klinice),
2. igła diatermokoagulacyjna,
3. nóż zwykły do drobnych zabiegów z następowym zeszyciem brzegów rany,
4. lampa Kromayera,
5. lampa kwarcowa do naświetlań ogólnych,
6. lampa „Sollux" do leczenia kombinowanego w przypadkach np. *lymphomata colli*,
7. leczenie farmakologiczne.

Są to środki leczenia miejscowego i ogólnego. Nie można się bowiem zadowolić usunięciem ogniska toczniowego i odesłaniem chorego do domu. Trzeba go podleczyć ogólnie w tym stopniu, aby zwalczył zakażenie, nabył dostatecznej odporności i w ten sposób ustrzegł się i zabezpieczył przed nawrotami choroby.

IV.

Dobrze zorganizowana przychodnia, roztaczająca sprawną opiekę nad chorymi na toczeń, posiada duże znaczenie społeczne, współdziała bowiem w podniesieniu ogólnej zdrowotności i przez wczesne leczenie oszczędza kosztów Ubezpieczalni Społecznej na leczenie zaniedbanych chorych. Ale też z drugiej strony taka opieka, jak to wynika z właściwości chorobowych tocznia, musi być rozciągnięta na lata. Chory, raz zarejestrowany w przychodni, musi się do niej stale zgłaszać do kontroli w pewnych określonych kilkumiesięcznych odstępach czasu. W ten sposób zapobiega się nawrotom, których często chorzy nie dostrzegają, bagatelizują je i przez to mnożą koszty leczenia choroby zaniedbanej. Zgłoszenie się wczesne sprawi, że wystarczy zabieg ambulatoryjny, szybki, tani, prosty i nie przerywający pracy zarobkowej. W tym celu chory, pozostający w opiece przychodni, będzie otrzymywał kartki z wypisanymi datami okresowego zgłaszania się do kontroli. W razie niezgłoszenia się do kontroli, będzie wzywany drogą korespondencyjną do zjawienia się lub do opisania listownego swego stanu zdrowia lub wreszcie może go odwiedzić wydelegowana higienistka.

Postępując w ten sposób można być z góry przygotowanym na to, że na początek tych chorych nie będzie dużo. Ale doświadczenie, uzyskane z podobnych prób, przeprowadzanych na innych terenach, — wykazuje, że właśnie taki początek jest celowy. Chorzy toczniowi są materiałem, który wychodzi na jaw dopiero w miarę postępu poszukiwań w tym kierunku. Gruźlica płuc jest zapewne niebezpieczeństwem groźniejszym, jak o tym świadczy roczna liczba zgonów, ale właśnie w związku z rozpowszechnieniem gruźlicy w Polsce i toczeń również jest groźnym zjawiskiem społecznym, rozwija się bowiem niepostrzeżenie, bez bólu, atakuje przede wszystkim ludzi młodych, uniemożliwia zarobkowanie, obarcza społeczeństwo kosztami leczenia przypadków zaniedbanych i wreszcie, co najgroźniejsze, stwarza podatne warunki dla rozwoju raka!

V.

Pracę w projektowanej przychodni wyobrażam sobie w ogólnych zarysach w następujący sposób: chory toczniowy zgłasza się po raz pierwszy do lekarza domowego. Ten kieruje go do przychodni przeciwtoczniowej. A zatem tylko lekarz przychodni będzie miał w swojej opiece chorych na gruźlicę skóry, i w ten sposób można będzie przeprowadzić odpowiednią ewidencję i założyć kartotekę.

Przychodnia przeciwtoczniowa obejmuje zatem leczenie i zajmuje się dalszym losem toczniowca. Gdy schorzenie jest rozległe i wymaga leczenia szpitalnego, — przychodnia kieruje chorego do szpitala lub do kliniki dermatologicznej.

Przeważnie jednak będzie można chorych leczyć ambulatoryjnie. Podany przezemnie powyżej schemat środków wystarczy w zupełności do tego celu. Chory będzie mógł dalsze leczenie odbywać w domu.

Opieka nad dalszym losem chorego wyleczonego ambulatoryjnie, polegać będzie na poleceniu zgłaszania się osobiście do kontroli lub w razie niemożności wykonania tego, przysłania opisu stanu zdrowia, na ułożeniu choremu trybu życia z podaniem sposobu odżywiania się, przy czym chodzi tu głównie o dietę bezsolną, przestrzeganie urlopów i t. p.

Przy tej sposobności należałoby zastanowić się także i nad losem toczniowca, którego zasadnicze cierpienie jest tak rozległe, że na wyleczenie go nie starczy czasu w którym przysługują mu świadczenia z tytułu ubezpieczenia. Dla takich chorych i dla bezrobotnych należałoby pomyśleć o stworzeniu jakiegoś funduszu, w którym partycypowałby Zakład Ubezpieczeń Społecznych (z funduszów na zwalczanie gruźlicy), Towarzystwo Przeciwgruźlicze, Fundacja im. Jakuba hr. Potockiego i t. p. Oczywiście nawiązanie tych kontaktów zabierze sporo czasu i wysiłków, ale to się opłaci. *Chodzi o zrobienie pierwszego kroku!*

Z wyłuszczonych powyżej powodów uważam *stworzenie ośrodka do walki z toczniem* na terenie agend ubezpieczeń społecznych za *konieczne*. Powstanie rzecz, która zapoczątkuje w Polsce nową erę leczenia tocznia, przyczyni się do zniszczenia nędzy fizycznej tych nieszczęśliwych chorych i przyniesie im odrobinę szczęścia wzamian za dotychczasowy ból i odosobnienie. Dzięki takiej placówce zaczniemy wreszcie docierać do źródeł tej klęski społecznej drogą zapobiegania, wczesnego wychwytywania tocznia, zanim powstaną rozległe zniszczenia, oszczędzając w ten sposób wiele grosza publicznego i zapobiegając uszczuplaniu społeczeństwa o pełnowartościowych obywateli. *Przez ujęcie tocznia w jego zaczątkach i wczesne leczenie spełni się główne zadanie zwalczania tej choroby.* I wreszcie w ten sposób przyczynimy się do realizacji jeszcze jednego odcinka drogi, wiodącej do celu wielkiego dzieła społecznego, jakim jest *zdrowie publiczne!*

Dziś płacisz ty—jutro płacą tobie

MATERIAŁY

Dr BRONISŁAWA MALBERG

UBEZPIECZENIE OD RYZYKA CIĘŻARÓW RODZINNYCH

Dodatki rodzinne do płac pracowniczych, o ile przyznawanie ich jest praktykowane jedynie w niektórych przedsiębiorstwach, stwarzają nierównomierne rozłożenie kosztów produkcji, a co zatem idzie — konkurencję na rynku zbytu. Stworzenie z dodatków rodzinnych odrębnego rodzaju ubezpieczenia przy jednoczesnym ich upowszechnieniu, usuwa wady systemu, rozciągając na cały świat pracy jego korzyści.

Wspomniane ubezpieczenie obejmuje ryzyko rozmaitego obciążenia budżetu wydatków przedsiębiorstwa z tytułu wypłacanych dodatków rodzinnych. Przejęcie tego ryzyka przez instytucję quasi-ubezpieczeniową, wytwarza równomierne obciążenie dodatkami rodzinnymi przedsiębiorstw tej samej gałęzi produkcji. Ten rodzaj ryzyka różni się tym od innych ryzyk ubezpieczeniowych, że nie jest on zależnym od wypadku losowego. Ulega coprawda pewnym wahaniom, nie można go jednak porównać np. z ryzykiem ubezpieczenia inwalidzkiego, czy też wypadkowego.

Instytucja dodatków rodzinnych osiągnęła specjalny rozwój we Francji i w Belgji. Cechą oryginalną ubezpieczenia od ryzyka ciężarów rodzinnych w tych krajach jest pochodzenie jego ze swobodnej inicjatywy pracodawców i prawne jego usankcjonowanie przez państwo dopiero po trzech bez mała dziesiątkach lat wspaniałego rozwoju.

Pierwszy ślad w służbie rządowej dodatków rodzinnych do uposażeń marynarzy, w kwocie 0,10 frs. dziennie na każde dziecko spotykamy po raz pierwszy we Francji w roku 1860. W roku 1897 i 1899 system dodatków rodzinnych został rozciągnięty na urzędników podatkowych i celnych. (30 — 60 frs. rocznie na każde dziecko). W dalszej ewolucji etapem szczególnie ważnym była ustawa z r. 1913, przyznająca Ministerstwom Wojny i Kolonij kredyt w kwocie 3.000,000 frs. na wypłatę oficerom do stopnia majora dodatku rocznego w kwocie 200 frs. na każde dziecko poniżej lat 16, począwszy od drugiego. Tendencja do rozpowszechnienia systemu znalazła swój wyraz ostateczny w ustawie z r. 1918, przyznającej dodatki rodzinne wszystkim funkcjonariuszom państwowym. Obecnie dodatek ten wynosi rocznie:

660 frs. dla pierwszego dziecka
960 „ „ drugiego „
1 560 „ „ trzeciego „
1 920 „ „ każdego następnego dziecka.

Co się tyczy przedsiębiorstw prywatnych, pierwsze dodatki rodzinne wprowadziły Twa Kolei Żelaznych (1890). W r. 1919 wprowadzono dodatki dla wszystkich bez wyjątku urzędników i robotników kolejowych. Obecnie system ten przewiduje:

1. dodatek urodzin, wynoszący

150 frs,. jeżeli niema drugiego dziecka
225 „ na drugie dziecko
300 „ na troje dzieci.

2. dodatek na utrzymanie dziecka. Wysokość tego dodatku stosownie do miejsca zamieszkania wynosi rocznie:

720 i 1 005 fr dla każdego z dwojga pierwszych dzieci
1 470 i 2 040 fr dla trzeciego dziecka
1 590 i 2 160 fr dla czwartego dziecka i każdego z następnych.

Pierwsze dodatki w przemyśle górniczym ukazują się w r. 1913. Konwencje węglowe z r. 1917 rozszerzyły system dodatków rodzinnych na całą społeczność górniczą. Obecnie dodatki te wynoszą dziennie:

Na pierwsze dziecko	Frs. 0,50 — 1.30
„ drugie „	1.— — 2.—
„ trzecie i następne	1.10 — 2.50

Jednakże dodatki te przyjęte w niektórych tylko przedsiębiorstwach powodowały różnicę w kosztach produkcji i skończyło się na tym, że pracodawcy zatrudniali kawalerów chętniej, aniżeli żonatych. W ten sposób instytucja dodatków rodzinnych miała zwrócić się przeciwko idei, które przyświecały jej powstaniu. Wówczas na skutek **inicjatywy prywatnej** powstał rodzaj kas ubezpieczeń wzajemnych od ryzyka nierówności ciężarów rodzinnych. Pierwsza Kasa Kompensacyjna (Caisse de Compensation des Mécaniciens, Chaudronniers et Fondeurs) powstała w r. 1918. Od tej chwili kasy kompensacyjne powstają z szybkością nienotowaną w historii instytucyj społecznych, częstokroć z inicjatywy ośrodków, nie pozostających w żadnym kontakcie wzajemnym.

W drugiej fazie swego rozwoju kasy kompensacyjne utworzyły wspólnym wysiłkiem biuro studiów, któremu powierzyły ustalenie przepisów wewnętrznych kas kompensacyjnych, ich stronę dokumentalno-historyczną, jak również propagandę, mającą na celu rozpowszechnienie pośród pracodawców nowej instytucji społecznej.

W obawie, aby kryzys ekonomiczny nie zrujnował tego systemu państwo pospieszyło nadać mu prawną podstawę. Pomost stanowiło wprowadzenie ustawą z r. 1922 zasady, że do przetargów na roboty publiczne mogą być dopuszczone wyłącznie przedsiębiorstwa, wypłacające swoim pracownikom dodatki rodzinne. Ustawa z r. 1932 wprowadziła w całej Francji obowiązek należenia wszystkich bez wyjątku przedsiębiorstw prywatnych do kas kompensacyjnych. W ten sposób systemem dodatków rodzinnych zostali objęci wszyscy pracownicy, za wyjątkiem funkcjonariuszów państwowych oraz pracowników, zatrudnionych w kolejnictwie i górnictwie, a uwzględnionych w odrębnych systemach.

Nowe ustawodawstwo zostało przyjęte nader przychylnie. Znaczna część pracodawców praktykowała je w swoich przedsiębiorstwach już od dłuższego czasu i była — rzecz zrozumiała — za tym, aby je uczynić po-

wszechnym, wprowadzając je do przedsiębiorstw konkurencyjnych.

Dodatki rodzinne nie pozostają w swej istocie w żadnym stosunku do płacy pracownika; wysokość ich jest uzależniona od ilości dzieci oraz od kolejności przyjścia dzieci na świat. Dzielą się one na dwie zasadnicze grupy: tzw. premie oraz właściwe dodatki rodzinne. Premie stworzyła wyłącznie inicjatywa prywatna, gdyż system dodatków urzędniczych nie zna ich wcale. Premie mają na celu pokrycie kosztów, związanych z narodzinami dziecka. Wysokość premii urodzin wynosi od 100 — 300 frs. Premie są wypłacane jednorazowo lub w dwóch ratach: przed i po urodzeniu dziecka. Stawki premii są jednolite (bez względu na kolejność urodzin dziecka), progresywne lub degresywne. Zwolennicy degresji argumentują, że koszty, związane z urodzeniem pierwszego dziecka są największe.

Stawki dodatków rodzinnych są ustalane w drodze rozporządzeń Ministra Pracy, odrębnie dla każdego departamentu. Większość dodatków wynosi Frs. 17.50 na pierwsze dziecko — do frs. 80 na czwarte dziecko i każde następne. Dodatki wypłacane są na dzieci do lat 13 wzgl. do lat 16, o ile chodzą do szkół, lub jeśli są ułomne.

Duża ilość kas kompensacyjnych (93) wypłaca dodatki rodzinne również podczas bezrobocia lub przerwy w pracy, spowodowanej chorobą. Jest to niezmiernie doniosłe z punktu widzenia społecznego, gdyż w ten sposób dodatki rodzinne dają podstawę do bytowania rodzinie, gdy głowa jej nie ma żadnego dochodu. Robotnicy obcych narodowości otrzymują również dodatki rodzinne, pod warunkiem, że dzieci ich zamieszkują we Francji.

Organizacja kas kompensacyjnych jest niezmiernie prosta. Kierunek działalności nadaje kasom Centralny Komitet Dodatków Rodzinnych (rodzaj Związku kas kompensacyjnych), który z kolei otrzymuje dyrektywy od Walnego Zgromadzenia, w którym biorą udział dyrektorowie Kas. Walne zgromadzenie zwołuje się co rocznie, po odbyciu kongresu kas kompensacyjnych. Mniejsze kasy kompensacyjne, nie chcąc się obarczać kosztami administracyjnymi, powierzają wypłatę dodatków rodzinnych samym pracodawcom, po czym ma miejsce rozliczenie. Jest to bardziej kłopotliwe dla pracodawcy, który zmuszony jest prowadzić odrębną rachunkowość. Jedna kasa obejmuje zakresem działania okręg administracyjny, częściej okręg przemysłowy (Caissé des Allocations Familiales de Lyon et de la Region, Caisse de Compensation de l'Industrie Textile dans la Region Normande itp. itp.). Kompensacja odbywa się przy zastosowaniu jednego z czterech następujących kryteriów:

1. wg. kryterium hektarowego (stosowanego do gospodarstw rolnych) kwotę należnych składek oblicza się od ilości hektarów, należących do danego gospodarstwa.

2. wg. kryterium efektywnego kwotę składek ustala się w zależności od ilości osób zatrudnionych w danym przedsiębiorstwie „ubezpieczonym".

3. przy zastosowaniu kryterium ilości dni pracy repartycja ciężarów ma miejsce w zależności od ilości dni przepracowanych przez personel danego przedsiębiorstwa.

4. wg. kryterium płacy repartycja odbywa się na podstawie kwoty płac. Ten system jest przyjęty przez większość Kas. Przemawia za nim to, że przy obecnym ruchu personelu jest on najpewniejszy.

Składka, która obciąża wyłącznie pracodawcę, bywa stała i zmienna. Za składką stałą przemawia to, że przy tym systemie wydatki mogą być na przyszłość przewidywane zarówno przez kasę, jak przez pracodawcę.

Kasy kompensacyjne rozpoczęły swą działalność od roztoczenia opieki nad zdrowiem przyszłych rodziców. Wypowiedziały wojnę dwóm wrogom rodzin robotniczych: gruźlicy i syfilisowi, przezwyciężając przede wszystkim niechęć i brak zaufania, żywione do medycyny i lekarza przez klasę robotniczą. Dla umożliwienia obserwacji nad przyszłą matką wypłata premii urodzin została uzależniona:

1) od zawiadomienia kasy przez przyszłą matkę przy końcu piątego miesiąca ciąży,

2) od poddania się po raz pierwszy przez przyszłą matkę badaniu lekarskiemu bezpośrednio po zawiadomieniu Kasy i po raz drugi przy końcu ósmego miesiąca ciąży. Jedną z form premii urodzin jest ofiarowanie matce przez Kasę całkowitej wyprawki dziecięcej.

Skutkiem działalności Kas kompensacyjnych śmiertelność noworodków we Francji w (latach 1926 — 1929) zmniejszyła się z ogólnej liczby 3,77% do 2,09%. Śmiertelność zaś niemowląt w wieku 0 — 1 rok zmniejszyła się (w tym samym okresie czasu) z 9,7% do 8,3%.

Wprowadzenie w r. 1930 we Francji ubezpieczenia społecznego postawiło pod znakiem zapytania przyszłość kas kompensacyjnych. Wkrótce jednak stało się jasnym, że ubezpieczenie społeczne nie może zapewnić pracownikowi tych korzyści, jakie wynikają dla niego z działalności tych instytucyj oraz, że świadczenia udzielane przez nie uzupełniają w znakomity sposób świadczenia ubezpieczeniowe, w zakresie profilaktyki i hygieny. Zatrudniając cały szereg pielęgniarek - wizytatorek, pomyślanych jako łącznik między społeczeństwem a instytucjami dodatków rodzinnych, Kasy kompensacyjne sięgają głęboko w życie rodziny robotniczej. Wizytatorka odwiedza rodzinę robotniczą z własnej inicjatywy, tj. „z urzędu" lub też na skutek zawiadomienia Kasy przez przyszłą matkę. Zarówno przed, jak i po urodzeniu dziecka wizytatorka ułatwia interwencję lekarską oraz w razie potrzeby — umieszczenie matki w klinice. Jednocześnie przyczynia się ona do należytego wykonania zaleceń lekarza. Wizytatorka spełnia jeszcze cały szereg bardzo oryginalnych funkcyj. Daje pracę robotnicom w domu lub poza domem, zajmuje się wynalezieniem mieszkań dla rodzin robotniczych. Np. Kasa kompensacyjna obwodu paryskiego ulokowała w ciągu jednego roku 400 rodzin robotniczych, które zamieszkiwały w złych warunkach sanitarnych. Wizytatorka, zdobywając taktem swoim i łagodnością zaufanie rodziny robotniczej, staje się jej mądrym doradcą, zaś przez bezpośredni kontakt z „ubezpieczonymi" stanowi jeden z najważniejszych środków do osiągnięcia celów kas kompensacyjnych.

Inicjatywa kas kompensacyjnych jest zresztą niezmiernie bogata i idzie wciąż naprzód. Otwierają one coraz to nowe przychodnie w dzielnicach robotniczych, uruchomiły już do chwili obecnej szereg prewentoriów nadmorskich, domów wypoczynkowych dla dzieci słabych, ośrodków dla dzieci, których matki są zatrudnione poza domem, organizują kolonie letnie nad morzem i w górach, wreszcie fundują tzw. domy społecz-

ne w dzielnicach robotniczych (maisons sociales), dokąd robotnik może przyjść po radę, zarówno dla ciała, jak i dla duszy. Młodzi otrzymują tutaj wskazania, jakiemu zawodowi mają się poświęcić itp. Tego rodzaju dom społeczny ma na celu skoncentrowanie świadczeń kasy. W ostatnich czasach staraniem kas kompensacyjnych zostały zorganizowane kursy gospodarstwa i higieny życia codziennego dla robotnic. Ponadto wobec braku specjalnego organu prasowego, przystosowanego do poziomu umysłowego robotnika, kasy kompensacyjne wydają „Przegląd rodzinny" (Revue de la famille), którego ogromny nakład daje dowód wielkiej popularności.

Rozwój instytucji dodatków rodzinnych w Belgii idzie po linii równoległej do jej rozwoju we Francji. Pierwsza belgijska kasa kompensacyjna, wzorując się na doskonałym już wówczas systemie francuskim, powstała w r. 1921. W r. 1922 zostaje utworzone „Biuro Studiów", które z czasem przetwarza się na Związek Kas (L'association des Caisses d'Allocations Familiales en Belgique"). Przy końcu 1929 r. 44 Kasy grupowały już 3 852 przedsiębiorstwa, zatrudniające 581,601 robotników. W ciągu tegoż roku 1929 Kasy rozdzieliły tytułem dodatków rodzinnych 92 630 511 frs. belg.

Usankcjonowanie prawne instytucji dodatków rodzinnych w Belgii miało miejsce wcześniej, aniżeli we Francji. Już w roku 1930 ustawa rozciągnęła obowiązek należenia do kas kompensacyjnych na wszystkich bez wyjątku pracodawców, stwarzając jednocześnie, w przeciwieństwie do systemu francuskiego, jednolitą wysokość dodatków rodzinnych, a mianowicie:

pierwsze dziecko	— 15	frs. belg.
drugie	— 20	„ „
trzecie	— 45	„ „
czwarte	— 70	„ „
piąte i każde następne	— 100	„ „

Składka pracodawcy wynosi:

0,65 frs. belg. dziennie za pracownika
0,35 „ „ „ „ pracownicę

Oddzielnie pracodawca opłaca składkę na koszty administracyjne, związane z wypłatą dodatków rodzinnych.

Wobec stałej składki pracodawców, kasy pracują z zyskiem lub z deficytem. W wypadku, gdy wpływy z tytułu składek przekraczają wypłaty, kasa przekazuje do Narodowej Kasy dodatków rodzinnych 50% swojej nadwyżki, pozostawiając 50% na podwyższenie dodatku rodzinnego. W razie deficytu Narodowa Kasa pokrywa niedobór, jednocześnie zaś kasa kompensacyjna obniża wysokość wypłacanych dodatków rodzinnych.

Z dodatków korzystają dzieci do lat 14; jeżeli uczą się, wypłata dodatku zostaje przedłużona do 18 roku życia. Dzieci ułomne otrzymują dodatki przez całe życie.

Geneza dodatków rodzinnych do płac pracowniczych we Włoszech wypływa ze specjalnej koncepcji pracy, mającej prawo obywatelstwa w państwie faszystowskim. Praca stanowi we Włoszech w swym założeniu „obowiązek społeczny", zadaniem państwa jest przetworzyć go na „twórczą radość" (una gioia creatrice), mającą na celu uszlachetnienie egzystencji ludzkiej. W tym systemie pracownik winien być wynagradzany nie w myśl zasady „płaca proporcjonalna do pracy", lecz „według normalnych wymagań życia".

Bezpośrednią przyczyną wprowadzenia instytucji dodatków rodzinnych było zastosowanie 40-to godzinnego tygodnia pracy i wynikająca stąd konieczność podwyższenia zarobków ojców rodzin. To też z początku (r. 1929) dodatki rodzinne otrzymywali tylko robotnicy, pracujący 40 godzin tygodniowo. Rozporządzenie jednak z r. 1936 rozszerzyło system dodatków rodzinnych na wszystkich ojców rodzin. Wysokość dodatków nie jest stała. Ustala ją w zależności od koniunktury na każdy rok bieżący Narodowa Kasa Kompensacyjna, funkcjonująca przy Faszystowskim Instytucie Narodowym. W roku 1935 dodatek rodzinny wynosił 4 liry miesięcznie na każde dziecko. W przeciwieństwie do systemu francuskiego i belgijskiego — składkę ponoszą w Italii po połowie pracownik i pracodawca. Robotnicy pracujący tygodniowo 40 godzin, opłacają składkę w wysokości 1% — inni robotnicy płacą składkę w wysokości 5% tygodniowo. Dodatki rodzinne wypłacają pracownikom sami pracodawcy, rozliczając się z Kasą Narodową, która ewentualnie deficyt wyrównywa z własnych funduszów.

Włoscy funkcjonariusze państwowi otrzymują na podstawie ustawy z r. 1929 dodatek rodzinny w wysokości 10 — 30 lirów miesięcznie. Dodatek rodzinny otrzymują w podwójnej wysokości urzędnicy, posiadający ponad troje dzieci. Ponadto urzędnicy żonaci otrzymują dodatek na utrzymanie rodziny w kwocie 61 — 121 lirów. Od r. 1935 istnieje w Italii premia urodzin:

400 lirów na pierwsze dziecko
600 „ „ drugie dziecko
800 „ „ trzecie dziecko
1 000 „ czwarte i każde następne.

W Niemczech dodatki rodzinne zostały wprowadzone po wojnie światowej i rozkwit ich ogranicza się do okresu lat 1921 — 1924; po stablizacji stosunków ekonomicznych tracą one rację bytu i wykazują tendencję zanikową. Zostały one natomiast zachowane w przedsiębiorstwach państwowych na podstawie ustawy z r. 1927 (znowelizowanej w r. 1931), gdzie każdy urzędnik otrzymuje dodatek miesięczny w kwocie RM 10 na każde dziecko poniżej lat 16, RM 20 dla drugiego dziecka, RM 25 dla trzeciego oraz RM. 30 dla czwartego dziecka i każdego następnego. Dodatek ten jest wypłacany do ukończenia przez dziecko 21 lat życia, jeżeli dziecko uczy się lub terminuje, względnie, jeżeli pracą swoją zarabia miesięcznie mniej niż 30 RM. Urzędnicy samorządowi oraz zatrudnieni w przedsiębiorstwach Rzeszy korzystają z tych samych uprawnień.

Urzędnicy przedsiębiorstw prywatnych w zawieranych umowach zbiorowych nie stawiali żadnych wymagań odnośnie dodatków rodzinnych, to też w umowach tych spotyka się je stosunkowo bardzo rzadko. Inaczej przedstawia się kwestia powyższa w zastosowaniu do robotników. W umowach zbiorowych, zawieranych w przemyśle odzieżowym, chemicznym, metalowym, włókienniczym, papierniczym oraz w przedsiębiorstwach transportowych dodatki rodzinne są prawie powszechne, nie stanowiąc jednak zasady. Dodatki te wypłacane są na dzieci do lat 14, względnie na czas kształcenia. W górnictwie dodatki rodzinne są powszechne.

Rozwój, jaki dodatki rodzinne osiągnęły we Francji, Belgii oraz w Italii, stając się w tych krajach formą świadczeń socjalnych, pośrednią między ubezpieczeniem a opieką społeczną, nie daje się zaobserwować w żadnym innym państwie europejskim, a także poza kontynentem. Większość państw w ogóle nie zna dodatków rodzinnych (Stany Zjednoczone Ameryki, Anglia, Jugosławia, Finlandia), niektóre zaś wprowadziły u siebie dodatki rodzinne wyłącznie w zastosowaniu do funkcjonariuszy państwowych (Holandia). Natomiast w tych państwach, w których dodatki rodzinne istnieją, nie posiadają one tej głębokiej ideologii społecznej, jaką nacechowane są one we Francji lub w Belgii, gdyż genezą ich powstania była wyłącznie dążność do umożliwienia bytowania w okresie przejściowym ojcom rodzin, których budżety, wskutek powojennej zwyżki cen, zostały zachwiane.

W POLSCE dodatki rodzinne do płac występują w niektórych gałęziach przemysłu.

Rodzaj przemysłu	Przedsiębiorstwo	Forma dodatku	wysokość dodatku
Przemysł mineralny	Cementownia „Wysoka" w Wysokiej	dodatek szkolny	4.50 zł. mies. na każde dziecko
„ „	Fabryka Portland - Cementu „Wołyń"	dodatek szkolny	15 zł. kwartalnie na każde dziecko
„ „	Cegielnia „Kaszewy Spójnia" w Kaszewach	dodatek rodzinny	0,30 do 0,32 zł. za godzinę pracy
Przemysł metalowy	Górnośląskie Huty Żelaza	dodatek tzw. dziecinny	na każde dziecko do lat 14 0,20 zł. za godz.
„ „	Odlewnie metalowe na G. Śląsku	dodatek rodzinny dodatek na dzieci	15% płacy mies. 0,03 na godz. dla każdego dziecka
Przemysł chemiczny	Fabryka Wyrobów Gumowych „Wolbrom"	dodatek szkolny (dla dzieci nieuczęszczających do szkoły fabr.	10 zł. kwartalnie bez względu na ilość dzieci
„ „	Górnośląskie Huty Żelaza. Przetwórnie	dodatek domowy dodatek na każde dziecko	0,16 zł. dziennie 0,27 zł dziennie
Przemysł papierniczy	Górnośląska Fabryka Celulozy i Papieru w Czułowie	dodatek domowy dodatek na dziecko	0,14 zł. dziennie 0,23 zł. dziennie
„ „	Fabryka Miazgi Drzewnej i Tektur „Kostuchna" w Kostuchnie (G. Śląsk).	dodatek domowy dodatek na każde dziecko do lat 14	0,17 zł. dziennie 0,26 dziennie
„ „	Papiernia Dittrich Mikołów (G. Śląsk)	„	„
Przemysł drzewny	Związek koksowy w Chełmie Wielkim	dodatek domowy na każde dziecko	0,16 zł. dziennie 0,27 zł. „
Przemysł spożywczy	Związek Cukrowni polskich b. Król. Pol. Małopolski, Śląska i Wołynia	deputat spożywczy pomoc szkolna	—
„ „	Związek Cukrownictwa na Wielkopolskę	dla dzieci począwszy od trzeciego poniżej lat 14	0,02 zł. za godzinę pracy

W polskim przemyśle górniczym dodatki rodzinne do płac istnieją jako zasada. Umowa o warunkach pracy i płacy w kopalniach węgla w Zagłębiu Dąbrowskim i Krakowskim, zawarta w r. 1931 przewiduje dodatki do zarobku, jaki wypadnie z obliczenia wynagrodzenia za powszednie dni oraz godziny niedzielne i świąteczne:

	w Zagłębiu Dąbrowskim	w Zagłębiu Krakowskim
a) dla robotników i robotnic samotnych w wysokości	6%	5%
b) dla robotników żonatych bezdzietnych oraz żonatych, wdowców, wdów z jednym dzieckiem	12%	10%
c) dla robotników żonatych i wdów z dwojgiem i trojgiem dzieci	19%	17%
d) dla robotników żonatych, wdowców i wdów z czworgiem i więcej dzieci dodatki przysługują na dzieci do lat 15	29%	25%

Na podstawie porządku płac dla robotników kopalń węgla na Górnym Śląsku (obow. od 1929 r.) dodatek socjalny składa się z dodatku domowego i z dodatku na dzieci. Robotnicy żonaci otrzymują dodatek domowy w wysokości 0,18 zł. za każdą odrobioną dniówkę roboczą. Rozwiedzeni i wdowcy, którzy udowodnią prowadzenie własnego gospodarstwa domowego są traktowani na równi z żonatymi. Dodatek otrzymują również robotnicy nieżonaci oraz niezamężne robotnice, uznani za „żywicieli". Dla dzieci niezdolnych do pracy dodatek wynosi zł. 0,28 za każdą przepracowaną dniówkę.

Robotnicy kopalni minerałów i cynku na Górnym Śląsku otrzymują dodatek na żonę w wysokości zł. 0.17 dziennie oraz na każde dziecko do lat 14 — 0.18 zł. dziennie. Ponadto żonaci otrzymują podwójny deputat węglowy. Robotnicy zatrudnieni w kopalniach soli potasowych otrzymują dodatki rodzinne w formie premii za regularność pracy. Wysokość tych dodatków wynosi dla robotników żonatych 20% (15% dla kawalerów, wdowców i wdów) za jedno dziecko, 25% — za dwoje dzieci, 30% dla trojga dzieci i więcej do lat 15. Robotnicy kopalni soli (Wieliczka, Bochnia, Bolechów, Dolina, Drohobycz, Kosów) mają przyznawane dodatki rodzinne z tytułu premii za regularne stawianie się do pracy. Wysokość dodatków wynosi od 5% do 25%, w zależności od ilości dzieci. Żonaci robotnicy kopalni soli w Inowrocławiu otrzymują dodatek rodzinny w kwocie 0,02 zł. za godzinę pracy. Robotnicy fabryki tytoniu oraz rozlewni spirytusowych otrzymują za godzinę pracy 0,05 zł. dodatku na każde dziecko do lat 16 oraz na uczące się dziecko do lat 24.

Pracownicy umysłowi przedsiębiorstw górniczych i metalurgicznych otrzymują dodatek rodzinny w kwocie zł. 13,15 miesięcznie na każde dziecko do lat 14, oraz do lat 18, jeżeli dziecko to uczy się lub terminuje, względnie, jeżeli będąc zatrudnionym, nie zarabia miesięcznie powyższej kwoty. Ponadto pracownicy żonaci otrzymują bezpłatne mieszkanie lub jego równowartość, oraz węgiel.

Funkcjonariusze państwowi, którzy na podstawie ustawy uposażeniowej z r. 1923 otrzymywali dodatek rodzinny, dodatku tego od r. 1934 nie otrzymują (nowa ustawa uposażeniowa z r. 1933). To samo odnosi się do nauczycieli szkół państwowych oraz pracowników kolejowych. Pracownicy samorządowi zatrudnieni w większych miastach oraz pracownicy instytucyj użyteczności publicznych tych miast, otrzymują dodatek rodzinny. I tak exempli modo: w Warszawskim Zarządzie Miejskim dodatek rodzinny wynosi 44 punkty po 43 grosze, czyli przeciętnie około zł. 19 miesięcznie. Pracownicy Zarządu Miejskiego w Tarnowskich Górach (G. Śląsk) otrzymują dodatek na żonę w kwocie zł. 0,20 i dla każdego dziecka zł. 0,35 dziennie. Pracownicy Zarządu Miejskiego w Katowicach otrzymują tytułem dodatku domowego zł. 0,20 dziennie. Pracownicy Zarządu Miejskiego m. Lwowa otrzymują we wszystkich kategoriach zł. 20 miesięcznie na każde dziecko. Dodatek ten nie może przekraczać zł. 80. miesięcznie. Ponadto dla osób posiadających rodziny przysługuje wyższy dodatek mieszkaniowy.

Pracownicy Monopoli otrzymują dodatki rodzinne (zł. 0,50 dziennie) na podstawie regulaminów płac pracowników monopoli. Bank Polski wypłaca swym pracownikom dodatki rodzinne, których wysokość zależna jest od należenia danego pracownika do jednej z grup, na które pracownicy Banku są podzieleni (A — pracownicy o wyższym wykształceniu, B — o średnim, C — woźni). Pocztowa Kasa Oszczędności wypłaca procentowo w stosunku do płacy dodatek mieszkaniowy, bez względu na ilość dzieci. Komunalne Kasy Oszczędności wypłacają zazwyczaj tytułem dodatku rodzinnego 10% poborów pracownika na dzieci lub żonę — pod warunkiem, że ta nie jest zatrudniona zarobkowo. Zarówno Bank Rolny, jak i Bank Gospodarstwa Krajowego dodatków rodzinnych nie przyznają. W Banku Rolnym urzędnicy otrzymują jedynie zwrot opłaty szkolnej w 100% jeżeli chodzi o szkoły państwowe, 75% — w szkołach prywatnych.

Przepisy służbowe pracowników b. kas chorych i innych zakładów ubezpieczeń społecznych przewidywały dodatek rodzinny wg. tabeli w zależności od grupy uposażenia, osobno na żonę i dziecko. Dodatek ten wynosił w okresie od 1929 — 1933 75 zł. na żonę i 25 zł. na dziecko w l. 1933 — 1936 zł. 20 — 60 na żonę i zł. 10 — 30 na każde dziecko od lat 18 oraz do lat 24 w razie dalszego kształcenia się w zależności od grup uposażeniowych. Obecnie przepisy służbowe pracowników instytucyj ubezpieczeń społecznych przewidują jednolity dodatek rodzinny dla wszystkich grup uposażenia, a mianowicie zł. 30.— na żonę, zł. 15 — na dziecko do lat 18, względnie do ukończenia 24 lat życia. Ponadto przepisy dawne, jak i obecne przewidują zwrot opłat szkolnych w 50%.

Jak wywnioskować można z tego przeglądu, dodatki rodzinne do płac w Polsce nie mają charakteru powszechnego. Upowszechnienie dodatków rodzinnych oraz ich rozwój, oparty na wzorach francuskim i belgijskim mógłby oddać bezwątpienia doniosłe usługi na polu wychowawczym, lecznictwa, hygieny i profilaktyki. Kto wie, czy nie mógłby okazać się najskuteczniejszą bronią do walki z chorobami zakaźnymi, największymi wrogami rodziny robotniczej.

ŹRÓDŁA:

C. Bonvoisin, G. Maignan. Allocations Familiales et Caisses de Compensation, Paris, 1930.

Claire Hoffner. La généralisation de Allocations Familales en Belgique, en France et en Italie, Revue Internationale du Travail, 1933, vol. XXXII, n. 4.

Bruno Biagi. Les Allocations familiales en Italie, Revue Internationale du Travail, 1935, vol. XXXV, n. 4.

P. Goldschmidt. Les allocations familiales en Belgique, Revue Internationale du Travail, 1936, vol, XXXIV, n. 2.

Informations Sociales, Bureau International du Travail, (1930 — 1937).

Services sociaux en 1933, Bureau International du Travail, 1936, vol. II,

Umowy zbiorowe w polskim przemyśle przetwórczym, G. U. S. 1933.

Umowa o warunkach pracy i płacy na kopalniach węgla w Zagłębiu Dąbrowskim i Krakowskim (1931).

Umowa taryfowa dla kopalń węgla koksowni kopalnianych i fabryk brykietów na Polskim Górnym Śląsku (1929).

Porządek płac dla robotników kopalń węgla na Górnym Śląsku (1929).

MIECZYSŁAW CZYŻEWSKI i JÓZEF OLSZEWSKI

WYKONANIE USTALONEGO PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH PLANU LECZNICTWA SANATORYJNEGO ORAZ DZIAŁALNOŚĆ SANATORIÓW I KOLONIJ LECZNICZYCH ZUS W 1937 ROKU

Sprawozdanie niniejsze jest kolejnym sprawozdaniem rocznym; sprawozdania te są drukowane co roku w Przeglądzie Ubezp. Społ. (patrz zeszyt wrześniowy P.U.S.—1937 r.)

I. PLAN LECZNICTWA SANATORYJNEGO.

Od pierwszego roku swego istnienia, t. j. od r. 1935, Zakład Ubezpieczeń Społecznych organizuje, na każdy rok kalendarzowy, jednolity dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych plan lecznictwa sanatoryjnego — wykonywany następnie, częściowo przez ubezpieczalnie społeczne, częściowo przez Zakład. Wytyczną tego planu jest prowadzenie racjonalnej i możliwie szeroko ujętej walki z chorobami społecznymi, — w pierwszym rzędzie z gruźlicą płuc, — stanowiącymi groźby zarówno w skali społeczno-państwowej, jak i dla interesów finansowych funduszów ubezpieczeń społecznych.

Plan lecznictwa sanatoryjnego na r. 1937 cechuje, w porównaniu z planami na okresy poprzednie, dalsze rozwinięcie myśli scalenia lecznictwa sanatoryjnego na rzecz wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych i jak największego jego zracjonalizowania i usprawnienia. Znalazło to swój wyraz w dokonaniu następujących zmian organizacyjnych:

a) zniesiono przyznawanie na terenie poznańsko-pomorskim leczenia w sanatoriach przeciwgruźliczych na rachunek FUER (funduszu ubezpieczenia emerytalnego robotników) przez Oddział ZUS w Poznaniu i przekazano je ubezpieczalniom społecznym tak, jak to ma miejsce w pozostałych dzielnicach kraju; tak więc począwszy od 1.I.1937 r. całe lecznictwo przeciwgruźlicze (sanatoryjne, szpitalne, ambulatoryjne i akcja zapobiegawcza), zostało skoncentrowane w ubezpieczalniach społecznych;

b) jakkolwiek przyznawanie leczenia zdrojowiskowego ubezpieczonym w FUEPU (funduszu ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych) na rachunek tego funduszu pozostawione zostało jeszcze w roku sprawozdawczym — zakładowi i jego oddziałom, tym nie mniej, przez oparcie decyzji w tych sprawach przede wszystkim o nadsyłane przez ubezpieczalnie społeczne wnioski, rola tych ostatnich w przyznawaniu leczenia zdrojowiskowego ubezpieczonym w FUEPU znacznie wzrosła; stanowi to przejście do całkowitego skoncentrowania w ubezpieczalniach społecznych decyzji o przyznawaniu lecznictwa zdrojowiskowego na rachunek wszystkich funduszów ubezpieczeniowych (analogicznie do dziedziny lecznictwa przeciwgruźliczego), co też nastąpiło z dniem 1.I.1938 r.;

c) zakres lecznictwa zapobiegawczego, wykonywanego na rachunek funduszów ubezpieczenia emerytalnego i ubezpieczenia od wypadków w ramach postanowień § 61 Rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych i art. 173 ustawy o ubezpieczeniu społ., został zwiększony przez objęcie nim poza lecznictwem sanatoryjnym również i leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego w stosunku do tych ubezpieczonych, którzy wyczerpali przysługujący im z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby okres świadczeń, a którym grozi powstanie niezdolności do wykonywania zawodu względnie zarobkowania; leczenie to jest udzielane przez ubezpieczalnie społeczne na rachunek odpowiedniego funduszu ubezpieczenia długoterminowego, przy czym nie jest tutaj wymagane przebycie przez ubezpieczonego okresu wyczekiwania;

d) trudno jest nie wspomnieć tutaj o dwu posunięciach organizacyjnych, które nie mieszczą się właściwie w ramach planu lecznictwa sanatoryjnego, ale zasługują na krótką wzmiankę ze względu na swoje duże znaczenie dla wykonywania tego planu; są to — szkolenie praktyczne w sanatoriach społecznych i rozbudowa przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych własnych sanatoriów przeciwgruźliczych; szkolenie ftizjologów nasunęło się jako konieczność, wypływająca z potrzeby usprawnienia w ubezpieczalniach społecznych kwalifikowania ubezpieczonych do sanatoriów przeciwgruźliczych, gdyż dotychczasowy dobór chorych w tych sanatoriach ciągle jeszcze pozostawia sporo do życzenia; rozbudowa przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych własnych sanatoriów przeciwgruźliczych została podyktowana koniecznością zaspokojenia ostrego głodu łóżek sanatoryjnych w ubezpieczalniach i będzie bliżej omówiona w dalszym ciągu niniejszego sprawozdania.

W ramach planu lecznictwa sanatoryjnego na 1937 r. przewidziano stosowanie następujących typów tego lecznictwa:

a) leczenie sanatoryjne dorosłych chorych na gruźlicę płuc (w sanatoriach własnych ZUS i obcych),

b) leczenie sanatoryjne dzieci od lat 14 chorych na gruźlicę płuc (w specjalnych sanatoriach obcych,

c) izolacyjne leczenie chorych na gruźlicę płuc, nie rokujących poprawy (w obcych szpitalach i sanatoriach),

d) zdrojowiskowe (kąpielowe) leczenie dorosłych) (w sanatoriach własnych ZUS i obcych),

e) klimatyczne (prewentoryjne) i zdrojowiskowe leczenie dzieci od lat 14 w koloniach leczniczych (własnych ZUS i obcych),

f) zapobiegawcze leczenie ambulatoryjne i szpitalne ubezpieczonych, którzy wyczerpali prawo do świadczeń z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby (leczenie na rachunek funduszów długoterminowych).

Planem lecznictwa objęte zostały następujące sanatoria i kolonie lecznicze dla dzieci:

A. Zakłady lecznicze, będące własnością instytucji ubezpieczeń społecznych.

1) Sanatorium Z. U. S. w Bystrej Śląskiej.	sanatorium dla chorych (dorosłych) na gruźlicę płuc, czynne cały rok.
2) Sanatorium Z. U. S. „Staszycówka" w Ludwikowie pod Poznaniem.	„ „ „
3) Sanatorium Z. U. S. „Warszawianka" w Zakopanem.	„ „ „
4) Sanatorium Z. U. S. w Worochcie.	„ „ „
5) Sanatorium w Tuszynku pod Łodzią (Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi).	„ „ „
6) Lecznica pod Obornikami ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.	„ „
7) Sanatorium Z. U. S. „Excelsior" w Iwoniczu-Zdroju.	zdrojowisko kąpielowe czynne cały rok.
8) Sanatorium Z. U. S. „Lwigród" w Krynicy.	„ „ „
9) Sanatorium Z. U. S. w Busku-Zdroju.	zdrojowisko kąpielowe, czynne od 1.V. do 31.X.
10) Sanatorium Z. U. S. „Grażyna" w Truskawcu.	„ „ „
11) Uzdrowisko w Inowrocławiu Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.	zdrojowisko kąpielowe czynne cały rok.
12) Sanatorium w Szkle Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.	zdrojowisko kąpielowe czynne w sezonie letnim.
13) Kolonia Leczniczo-Szkolna dla dzieci w Andrychowie Ubezpieczalni Społecznej w Białej.	prewentorium dla dzieci od lat 7 do 14, czynne cały rok.
14) Kolonia Leczniczo-Szkolna dla dzieci Z. U. S. w Kiekrzu pod Poznaniem.	prewentorium dla dzieci od lat 7 do 14, czynne cały rok.
15) Kolonia Leczniczo-Szkolna dla dzieci w Sokołówce pod Kaliszem Ubezpieczalni Społecznej w Kaliszu),	„ „ „
16) Kolonia lecznicza Z. U. S. dla dzieci w Ciechocinku.	zdrojowisko kąpielowe dla dzieci od 7 do 14, czynne od 15.V. do 15.IX.

B. Zakłady lecznicze, będące własnością instytucji nieubezpieczeniowych.

1) Sanatorium w Małorycie pod Brześciem (wł. Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego)	dla chorych (dorosłych) na gruźlicę płuc, czynne cały rok.
2) Sanatorium Sejmiku Powiatu Warsz. im. Starosty Okulicza w Otwocku.	„ „ „
3) Sanatorium Lwowskiego Tow. Walki z gruźlicą w Hołosku pod Lwowem.	„ „ „
4) Wojewódzkie Sanatorium dla piersiowo chorych w Smukale pod Bydgoszczą.	oddział dla dorosłych chorych na gruźlicę płuc i specjalny pawilon dla dzieci do lat 14, chorych na gruźlicę płuc — czynne cały rok.
5) Sanatorium Ligi Szolnej Przeciwgruźliczej w Otwocku.	pawilon dla dzieci do lat 14, chorych na gruźlicę płuc czynne cały rok.
6) Kolonia Lecznicza Szkolna Górka w Busku-Zdroju.	zdrojowisko kąpielowe dla dzieci do lat 14, czynne cały rok.

Ubezpieczalnie społeczne otrzymały do swej dyspozycji w powyższych sanatoriach i koloniach leczniczych dla dzieci określone kontyngenty dni leczenia; niezależnie zaś od tego otrzymały od Zakładu Ub. Społ. ryczałty gotówkowe na leczenie sanatoryjne pozakontyngentowe — to jest nie mieszczące się w ramach przyznanych ubezpieczalniom kontyngentów dni leczenia w ustalonych z początkiem roku sanatoriach i koloniach. Ryczałty te są wydatkowane przez ubezpieczalnie zależnie od indywidualnych i trudnych z góry do przewidzenia potrzeb ubezpieczonych. Przydzielenie ubezpieczalniom ryczałtów gotówkowych na lecznictwo sanatoryjne zapewnia mu większą elastyczność i umożliwia przystosowanie jego zakresu do nieprzewidzianych i pilnych nieraz potrzeb poszczególnych ubezpieczonych.

Przyznawanie leczenia w ramach powyższego planu lecznictwa sanatoryjnego uregulowane zostało przez Z. U. S. specjalną instrukcją dla ubezpieczalni społecznych. Instrukcja ta, poza podaniem kryteriów fachowo-lekarskich, według których powinno się odbywać kwalifikowanie chorych do poszczególnych sanatoriów i i zdrojowisk kąpielowych, udziela ubezpieczalniom pewnych wytycznych o charakterze społecznym, którymi mają się kierować przy przyznawaniu leczenia sanatoryjnego, a mianowicie:

a) uwzględniać przede wszystkim chorych z ośrodków masowego skupienia ubezpieczonych, gdzie ogólne warunki sanitarne i warunki pracy ułatwiają szerzenie się chorób społecznych, np. osady fabryczne, kopalnie, specjalne gałęzie przemysłu i t. p.,

b) przy przyznawaniu leczenia dawać pierwszeństwo osobom z pośród gorzej uposażonych grup ubezpieczeniowych.

Poza tym, powyższa instrukcja wyjaśnia ubezpieczalniom społecznym, że wykonywane w ramach ustalonego przez Z. U. S. planu lecznictwo sanatoryjne nie podlega ustawowym ani statutowym ograniczeniom co do kresu stosowania tego leczenia u poszczególnych chorych, więc zasadniczo w każdym przypadku ubezpieczalnia może kontynuować to leczenie aż do wyleczenia chorego lub do powzięcia przekonania o niemożności wyleczenia. Co się tyczy chorych na gruźlicę płuc, to ubezpieczalnie społeczne obowiązane są dołożyć wszelkich wysiłków, by po wypisaniu ich z sanatoriów zapewnić im nadal wystarczającą i racjonalną opiekę leczniczą w przychodniach przeciwgruźliczych, znajdujących się na ich terenie.

Koszty leczenia, udzielanego w ramach niniejszego planu, są pokrywane przez Zakład, bez obciążenia nimi poszczególnych ubezpieczalni społecznych (poza wpłatami na fundusz z art. 239 ustawy o ubezpieczeniu społecznym); te ostatnie pokrywają z własnych budżetów jedynie opłaty klimatyczne i koszty przejazdu chorych, skierowanych przez nie do sanatoriów i kolonii.

II. WYKONANIE PLANU LECZNICTWA SANATORYJNEGO

Na akcję lecznictwa sanatoryjnego ubezpieczonych i członków rodzin ubezpieczonych — Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeznaczył w budżetach funduszów ubezpieczeniowych na rok 1937 następujące kredyty:

1) w budżecie Fund. Ub. Em. Pr. Um.	zł.	1.400.000.—
2) w budżecie Fund. Ub. Em. Rob.	„	1.100.000.—
3) w budżecie Og. Fund. Ub na Wyp. Chor. i Macierzyństwa (fund. z art. 239)	„	2.150.000.—
razem	zł.	4.650.000.—

Kredyty te, w porównaniu z kredytami poprzedniego okresu (r. 1936 — zł. 3.665.000.—) zwiększone o około 27%, dały możność rozszerzenie w roku sprawozdawczym akcji lecznictwa sanatoryjnego, a przede wszystkim — przeciwgruźliczego. W ramach wymienionych wyżej kredytów Zakład Ubezpieczeń Społecznych, podobnie jak w roku ubiegłym, przydzielił ubezpieczalniom społecznym kontyngenty dni leczenia w sanatoriach własnych oraz przez Zakład zakontraktowanych, objętych planem lecznictwa sanatoryjnego, a także kwoty ryczałtowe na leczenie w tych sanatoriach, do których ubezpieczalnie nie otrzymały przydziału kontyngentu, a w których przeprowadzenie leczenia mogło być niezbędne ze względu na wskazania lekarskie.

Nakreślony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych plan lecznictwa sanatoryjnego na r. 1937 został całkowicie zrealizowany, niewielka różnica między kwotą preliminowaną, a kwotą wykonania, nie przekraczająca 1½%, jest całkowicie uzasadniona.

Wynik realizacji planu lecznictwa sanatoryjnego przedstawia zestawienie na stronie następnej.

III. DZIAŁALNOŚĆ SANATORIÓW I KOLONII LECZNICZYCH ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

A. Część lecznicza

Sanatoria przeciwgruźlicze. Zakład prowadził w roku sprawozdawczym następujące własne sanatoria dla chorych na gruźlicę płuc:

1) Sanatorium w Bystrej Śląskiej — typu podgórskiego na 290 łóżek, czynne cały rok;

2) Sanatorium Staszycówka w Ludwikowie pod Poznaniem — typu nizinnego, na 205 łóżek, czynne cały rok;

3) Sanatorium Warszawianka w Zakopanem — typu górskiego, na 10 łóżek, czynne cały rok;

4) Sanatorium w Worochcie — typu górskiego, na 72 łóżka czynne zasadniczo cały rok (w roku sprawozdawczym było unieruchomione przez okres kilku miesięcy w związku z jego rozbudową).

Ogólna liczba łóżek w powyższych sanatoriach wynosiła około **667 łóżek.**

W sanatoriach tych leczyło się w roku sprawozdawczym 4.181 chorych (liczba mężczyzn i liczba kobiet — mniej więcej równa). Przeciętny czas leczenia jednego chorego wynosił **od 43 dni** (Zakopane do 61 dni (Bystra); okresów leczenia w sanatorium w Worochcie nie brano tutaj pod uwagę, ze względu na przerwy w jego działalności.

Bliższe dane na ten temat zawiera część administracyjno-finansowa niniejszego sprawozdania.

W owej ogólnej liczbie chorych — olbrzymią większość 3.896 stanowią chorzy w wieku 20 — 40 lat (ca 80%). Stosunek liczbowy pracowników fizycznych do umysłowych wśród chorych wynosi: w Zakopanem i

Wykonanie finansowe planu lecznictwa sanatoryjnego w 1937 roku.

	Preliminowano			Wykonano		
	na leczenie kontyngentowe	na leczenie pozakontyngentowe	Razem	na leczenie kontyngentowe	na leczenie pozakontyngentowe	Razem
		z ł o t y c h				
I. Leczenie zdrojowiskowe						
1. San. „Excelsior" w Iwoniczu .	315 000,—	—	315 000,—	315 000,—	103 063,25	418 063,25
2. „ „Lwigród" w Krynicy . .	440 000,—	—	440 000,—	440 000,—	95 326,50	535 326,50
3. „ „Grażyna" w Truskawcu	122 800,—	—	122 800,—	122 800,—	6 414,05	129 214,05
4. „ w Busku Zdroju	126 000,—	—	126 000,—	126 000,—	14 221,88	140 221,88
5. „ w Inowrocławiu	82 500,—	—	82 500,—	82 500,—	51 569,40	134 069,40
6. „ w Szkle	41 664,—	—	41 664,—	41 664,—	7 195,20	48 859,20
	1 127 964,—	—	1 127 964,—	1 127 964,—	277 790,28	1 405 754,28
II. Leczenie przeciwgruźlicze						
1. San. w Bystrej Sl.	534 300,—	—	534 300,—	529 122,49	—	529 122,49
2. „ „Staszycówka" w Ludwikowie	414 000,—	—	414 000,—	412 286,10	—	412 286,10
3. „ „Warszawianka" w Zakopanem	260 000,—	—	260 000,—	260 000,—	10 482,60	270 482,60
4. w Worochcie	142 000,—	—	142 000,—	65 328,—	—	65 328,—
5. w Tuszynku	222 000,—	—	222 000,—	222 000,—	37 152,—	259 152,—
6. w Małorycie	110 000,—	—	110 000,—	89 824,50	—	89 824,50
7. w Otwocku (Sejmikowe) . .	90 000,—	—	90 000,—	85 224,—	—	85 224,—
8. w Smukale	37 960,—	—	37 960,—	37 960,—	28 955,60	66 915,60
9. w Obornikach	109 200,—	—	109 200,—	109 200,—	113 967,—	223 167,—
10. w Hołosku	65 000,—	—	65 000,—	65 000,—	69 912,—	134 912,—
	1 984 460,—	—	1 984 460,—	1 875 945,09	260 469,20	2 136 414,29
III. Leczenie sanatoryjne dzieci						
1. Kol. lecznicza w Kiekrzu . .	90 640,—	—	90 640,—	89 842,50	—	89 842,50
2. „ „ w Ciechocinku	63 360,—	—	63 360,—	58 872,—	—	58 872,—
3. „ „ Górka w Busku	217 000,—	—	217 000,—	212 755,68	—	212 755,68
4. „ „ w Andrychowie	157 500,—	—	157 500,—	156 475,80	—	156 475,80
5. „ „ „Sokółka" . .	54 000,—	—	54 000,—	48 029,95	—	48 029,95
6. „ „ w Smukale . .	54 000,—	—	54 000,—	54 000,—	—	54 000,—
7. „ „ w Otwocku . .	55 200,—	—	55 200,—	55 200,—	3 151,—	58 351,—
	691 700,—	—	691 700,—	675 175,93	3 151,—	678 326,93
Ryczałty na leczenie pozakontyngentowe						
na leczenie w sanatoriach **nieobjętych** planem lecznictwa	—	845 876,—	845 876,—	—	372 244,92	372 244,92
	—	845 876,—	845 786,—	—	372 244,92	372 244,92
Zestawienie						
I. Leczenie zdrojowiskowe . .	1 127 964,—	—	1 127 964,—	1 127 964,—	277 790,28	1 405 754,28
II. Leczenie przeciwgruźlicze .	1 984 460,—	—	1 984 460,—	1 875 945,09	260 469,20	2 136 414,29
III. Leczenie sanatoryjne dzieci .	691 700,—	—	691 700,—	675 175,93	3 151,—	678 326,93
IV. Leczenie pozakontyngentowe	—	845 876,—	845 876,—	—	372 244,92	372 244,92
Ogółem: . .	**3 804 124,—**	**3 804 124,—**	**4 650 000,—**	**3 679 085,02**	**913 655,40**	**4 592 740,42**

Worochcie — po 50%, w Ludwikowie — 78% pracowników fizycznych, **w Bystrej 68% pracowników fizycznych.**

Leczenie chorych w sanatoriach polegało przede wszystkim na stosowaniu dwu zasadniczych sposobów: leczenia klimatyczno-spoczynkowego (werandowanie do 6 godzin dziennie, spanie przy otwartych oknach, odpowiednio intensywne odżywianie i t. p.) i leczenia chirurgicznego (odma piersiowa, wyrwanie nerwu przeponowego, torakoplastyka). Inne sposoby leczenia miały tylko charakter pomocniczy lub objawowy.

Wyniki leczenia przedstawiają się następująco: **wyraźną poprawę stanu zdrowia** osiągnięto w **67 — 85% wszystkich chorych**; odsetek śmiertelności wahał się od 0 (Zakopane) do 0.9% (Ludwikowo). W grupie chorych, którzy w dniu przybycia do sanatorium mieli prątki gruźlicze w plwocinie (chorzy w stanie zaraźliwym **dla otoczenia**), **12 — 47% nie wykazywało tych prątków przy wypisywaniu z sanatoriów**, co ma, oczywiście, poważne znaczenie dla społecznej strony walki z gruźlicą.

Jeśli porównać wyniki lecznicze, osiągnięte w roku sprawozdawczym, z wynikami w latach ubiegłych, to można tutaj stwierdzić wyraźną zmianę na lepsze. Znajduje to swoje wytłumaczenie przede wszystkim w lepszej selekcji w ubezpieczalniach społecznych chorych do leczenia w sanatoriach przeciwgruźliczych. Zmniejsza się liczba beznadziejnych przypadków suchot wrzodziejących, jamistych i suchot serowato-włóknistych rozwiniętych — na korzyść przypadków mniej zaawan-

sowanych, rokujących uzyskanie wyleczenia, lub istotnej trwałej poprawy. Są to prawdopodobnie pierwsze owoce prowadzonej od 2 lat przez Zakład akcji usprawniania pomocy leczniczej dla chorych na gruźlicę płuc na terenie ubezpieczalni społecznych i usprawniania działających tam przychodni przeciwgruźliczych (zaopatrzenie w urządzenia rozpoznawcze, przeszkalanie lekarzy przychodzi w sanatoriach Z. U. S., normowanie umów ubezpieczalni społecznych obcymi przychodniami i t. p.).

Na marginesie sprawozdania z działalności sanatoriów przeciwgruźliczych należy poruszyć dwie sprawy, które mają wysoce niepomyślny wpływ na ostateczne wyniki tej działalności; są to: a) wyczekiwania chorych na gruźlicę płuc w ubezpieczalniach społecznych miesiącami w kolejce na miejsce w sanatorium (z ujemnymi następstwami tego wyczekiwania dla zdrowia tych chorych); b) zbyt krótki przeciętny okres przebywania w sanatorium 1 chorego, **wynoszący 43 — 61 dni,** wówczas, kiedy norma kliniczna wynosi 6 — 12 miesięcy.

Oba te fakty pozostają w trwałym ze sobą związku i oba znajdują swoje całkowite wytłumaczenie w znacznym braku łóżek sanatoryjnych przeciwgruźliczych, dającym się odczuwać na terenie ubezpieczeniowym. Dla zaspokojenia tego braku Zakład rozpoczął rozbudowę własnych sanatoriów przeciwgruźliczych; planem rozbudowy zostały objęte następujące sanatoria:

1) Sanatorium w Bystrej Śląskiej — budowa nowego pawilonu na 180 łóżek
2) Sanatorium w Worochcie — powiększenie o 94 łóżka
3) Sanatorium w Nowojelni (pod Nowogródkiem) budowa nowego sanatorium na 120 łóżek
4) Sanatorium w Kruku (pod Gostyninem) budowa nowego sanatorium na 424 łóżka

Niezależnie od tego Ubezpieczalnia Społeczna w Łodzi prowadzi rozbudowę swego sanatorium w Tuszynku, w którym przybędą 2 nowe pawilony po 200 łóżek.

Po wykończeniu tych nowych sanatoriów **przybędzie** ubezpieczonym **1218 łóżek** w sanatoriach przeciwgruźliczych, co — wobec posiadanych w r. b. (1938) 1.900 łóżek w sanatoriach przeciwgruźliczych własnych i obcych zakontraktowanych i prewentoriach dla dzieci — będzie stanowiło przyrost liczby łóżek o 64%.

Sanatoria zdrojowiskowe. Zakład prowadził w roku sprawozdawczym następujące własne sanatoria zdrojowiskowe (kąpielowe):

1) Sanatorium Excelsior w Iwoniczu — na 230 łóżek, czynne cały rok;

2) Sanatorium Lwigród w Krynicy — na 250 łóżek, czynne cały rok z wyjątkiem miesiąca kwietnia;

3) Sanatorium w Busku — na 120 łóżek, czynne od 1.V. do 31.X;

4) Sanatorium Grażyna w Truskawcu — na 80 łóżek, czynne od 15.V. do 15.X.

Ogólna liczba łóżek w tych sanatoriach (w stosunku **rocznym)** wynosiła **około 565 łóżek.**

W sanatoriach powyższych leczyło się w roku sprawozdawczym **6.462 chorych** (z nieznaczną przewagą w Iwoniczu i Busku liczby mężczyzn nad liczbą kobiet); liczba ta jest o 8,3% wyższa od analogicznej liczby z roku poprzedniego. Bliższe dane na ten temat zawiera część administracyjno-finansowa sprawozdania.

Przeciętny okres leczenia 1 chorego wynosił **27 — 29 dni.** Zwraca tutaj uwagę fakt stałego wzrastania z roku na rok liczby ubezpieczonych, leczących się na własny rachunek, za stosunkowo niską opłatą, w sanatoriach zdrojowiskowych Z. U. S. W Iwoniczu było takich ubezpieczonych — na ogólną liczbę chorych w roku sprawozdawczym 2.915 — 417, w Krynicy — na ogólną liczbę chorych 2.524 — 200. Są to prawie wyłącznie pracownicy umysłowi. Stałe zwiększenie się liczby ubezpieczonych, leczących się na własny rachunek, jest objawem bardzo korzystnym dla interesów lecznictwa ubezpieczeniowego, gdyż umożliwia objęcie sanatoryjnym lecznictwem zdrojowiskowym szerszych rzesz ubezpieczonych, ze szczególnym uwzględnieniem słabszych ekonomicznie grup.

Podział chorych wg zasadniczych typów chorobowych przedstawiał się następująco:

Krynica	— choroby nerwowe	— 29%	ogólnej liczby chorych	
	„ układu krążenia	— 16%	„	„
	„ kobiece	— 10%	„	„
	„ przewodu pokarmowego	12%	„	„
	„ inne	— 33%	„	„
Iwonicz	— choroby narządu ruchu	— 30%	ogólnej liczby chorych	
	„ układu krążenia	— 14%	„	„
	„ układu nerwowego	— 14%	„	„
	„ kobiece	— 6%	„	„
	„ inne	— 36%	„	„
Busk	— choroby narządu ruchu	— 77%	ogólnej liczby chorych	
	„ nerwowe	— 22%	„	„
	„ inne	— 1%	„	„
Truskawiec	— choroby nerek i pęcherza	— 45%	ogólnej liczby chorych	
	„ wątroby i dróg żółciowych	22%	„	„
	„ inne	— 33%	„	„

Ogólny wynik leczenia chorych: **wyleczenie lub wyraźną poprawę uzyskało 50 — 96% wszystkich chorych.**

W celu nawiązania bliższego kontaktu kierownictwa sanatoriów z chorymi, wprowadzono w roku sprawozdawczym odbywanie w odstępach miesięcznych wspólnych konferencji dla omówienia zauważonych przez chorych niedociągnięć ze strony sanatoriów, ich specjalnych życzeń i dezyderatów i t. p. Konferencje te spot-

kały się z dużym uznaniem ze strony chorych i przyczyniły się wydatnie do pogłębienia wzajemnego zaufania i wytworzenia atmosfery harmonii, tak niezbędnej w zakładzie leczniczym (Konferencje takie były organizowane również i w sanatoriach przeciwgruźliczych — jedynie tylko w rzadszych terminach).

Kolonie lecznicze dla dzieci. Zakład prowadził w roku sprawozdawczym 2 własne kolonie lecznicze:

1) Kolonia Leczniczo-Szkolna dla dzieci w Kiekrzu pod Poznaniem — prewentorium dla dzieci, zagrożonych gruźlicą, na 76 łóżek (latem 90 łóżek), czynne cały rok;

2) Kolonia lecznicza dla dzieci w Ciechocinku — sanatorium zdrojowiskowe na 160 łóżek, czynne od 15.V. do 15.IX.

W Kolonii w Kiekrzu leczyło się w roku sprawozdawczym **302 zagrożonych gruźlicą dzieci,** wśród nich 80% — to dzieci robotników, z przewagą robotników niewykwalifikowanych. Przeciętny wiek dzieci — 10 lat (równa liczba chłopców i dziewczynek). Przeciętny czas pobytu 1 dziecka w Kolonii ulega z roku na rok stałemu przedłużaniu: w r. 1935 wynosił 50 dni, w r. 1936 — 74 dni, w roku sprawozdawczym — **91 dni.** Z punktu widzenia celowości i wyników leczenia jest to objaw bardzo korzystny.

Koło 60% wszystkich leczonych w kolonii dzieci było zakażonych gruźlicą (dodatni odczyn Pirqueta); u pozostałych dzieci zasadnicze rozpoznanie brzmiało: niedożywienie, niedorozwój fizyczny, niedokrwistość.

Wszystkie dzieci, przed przyjęciem do kolonii, **przeszły 3 — 5 dniowe badanie kontrolne w klinice chorób dziecięcych Uniwersytetu Poznańskiego,** na podstawie którego dzieci, nie kwalifikujące się do kolonii (dzieci, niezakażone gruźlicą, bądź też dzieci zaraźliwe dla otoczenia), zostały odesłane z powrotem do poszczególnych ubezpieczalni społecznych.

Leczenie dzieci w kolonii polegało na zapewnieniu im dobrych warunków mieszkaniowych i klimatycznych, intensywnego odżywiania, leżakowania na otwartym powietrzu, leków, naświetlań leczniczych i stałej opieki lekarskiej.

W roku sprawozdawczym została wprowadzona gimnastyka lecznicza, mająca na celu poprawę wadliwej postawy dziecka (zapadnięta klatka piersiowa, odstające łopatki, wypchnięty brzuch i t. p.), którą się często swierdzało u dzieci, przysyłanych do Kiekrza; wadliwa postawa ma duży wpływ na ogólny stan zdrowia dziecka.

W czasie pobytu swego w kolonii dzieci przechodziły pod kierunkiem wykwalifikowanych nauczycielek kurs 7-klasowej szkoły powszechnej, co umożliwiało im — po powrocie do szkoły macierzystej — kontynuowanie nauki bez utraty roku szkolnego. Nauka odbywała się, ze względów leczniczych, na otwartym powietrzu — o ile tylko pozwalały na to warunki atmosferyczne. Obok właściwej nauki szkolnej, z należytą uwagą i naciskiem była potraktowana i strona wychowawcza.

Dzieci, przyjeżdżające do kolonii, pochodzą przeważnie ze środowisk o niskiej kulturze i wykazują często brak wychowania i złe nawyki. W czasie pobytu w kolonii starano się im wpoić jak najwięcej kultury życia codziennego tak, aby im to wystarczyło na dalsze lata życia. Poza tym starano się wychowywać je pod kątem użyteczności społecznej, wpajając w nie przekonanie o ich wartości i użyteczności. Dużą pomocą przy tym był samorząd dziecięcy z ich władzami, własną gazetką i t. p.

Ukończyło szkołę z wynikami bardzo dobrymi i dobrymi — 33%, z wynikami dostatecznymi — 57%, z wynikami niedostatecznymi — 10%.

Wyniki leczenia były na ogół dobre, czego dowodzą, między innymi, następujące dane:

a) przyrost wagi dziecka od 1,7 kg do 5 kg (zależnie od wieku);

b) niedokrwistość poniżej 80% hemoglobiny stwierdzono przy przyjęciu u 52 dzieci, przy wypisaniu z kolonii tylko u 4;

c) szybkość opadania krwinek (będąca wykładnikiem nasilenia procesu gruźliczego w organiźmie) powyżej 10 mm na godzinę stwierdzono przy przyjęciu u 119 dzieci, przy wypisaniu z kolonii tylko u 41.

W kolonii w Ciechocinku leczyło się w okresie sprawozdawczym **481 dzieci,** potrzebujących leczenia zdrojowiskowego (chłopcy i dziewczynki — w równych liczbach), każde przez okres 40 dni. Przeciętny wiek dzieci — 9, 8 lat. Dzieci robotników stanowiły 80% ogólnej liczby dzieci, leczonych w kolonii.

Dzieci kierowano na leczenie do kolonii w Ciechocinku w wypadkach następujących: gruźlica pozapłucna, gościec, schorzenia gruczołowe, niedorozwój fizyczny, niedokrwistość i inne.

Leczenie dzieci polegało, poza intensywnym odżywianiem i zapewnieniem dobrych warunków mieszkaniowych i klimatycznych, na stosowaniu kąpieli solankowych, borowinowych, inhalacji, masażów, naświetlań lampą kwarcową i piciu solanek ciechocińskich — pod kontrolą stałego lekarza kolonijnego. Na 1 dziecko, leczone zabiegami zdrojowiskowymi, wypadło przeciętnie: 11 kąpieli solankowych, 4 zabiegi borowinowe i 10 inhalacji.

Wyniki lecznicze były dobre. Końcowy przybytek na wadze dziecka wyniósł 1,1 — 1,6 kg.

Sanatoria Z. U. S., poza działalnością leczniczą, prowadzą również pracę naukową (kliniczną, doświadczalną i sprawozdawczą). W roku sprawozdawczym ukazały się w druku następujące prace:

Dr Bokser (Sanatorium Excelsior w Iwoniczu): „Leczenie przewlekłego gośćca sercowego lekami przeciwgośćcowymi i metodami fizykalnymi." (Polska Gazeta Lekarska Nr 39/1937 r.).

Tenże: „Istota i wywód chorobowy schorzeń gośćcowych" — referat wygłoszony na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy we Lwowie w lipcu 1937 r.

Dr Bokser i Dr Szubarga (Sanatorium Excelsior w Iwoniczu): „Badania porównawcze odczynów gośćcowych" (Polska Gazeta Lekarska Nr 18/1938 r.).

B. Część administracyjno-finansowa

Liczba własnych sanatoriów, a zwłaszcza sanatoriów przeciwgruźliczych, jest — jak już wspomniano — niewystarczająca, jeśli chodzi o zaspokojenie zapotrzebowania na miejsca ze strony ubezpieczalni społecznych. Okoliczność ta zmusza do realizowania planu lecznictwa sanatoryjnego nie tylko we własnych zakładach leczniczych, lecz też i w sanatoriach obcych zakontraktowanych przez Zakład. To też w obecnych warunkach sanatoria nasze są przepełnione, gdyż bywają wykorzystywane w pełnej pojemności, bez uwzględniania ko-

Tablica nr 1. Aktywa i pasywa zakładów leczniczych ZUS wg zamknięć rachunkowych za rok 1937.

Wyszczególnienie zakładu	Aktywa					Pasywa				
	place	budynki	urządzenie i ruchomości	pozostałe aktywa (r-ki bieżące)	razem	kapitały inwestowane	fundusze amortyzacyjne	inne fundusze	pozostałe pasywa (r-ki obrotowe)	razem
Sanatorium „Excelsior" w Iwoniczu	407 704,31	4 109 676,35	456 067,82	281 828,02	5 255 276,50	4 973 448,48	156 713,55	70 396,70	54 717,77	5 255 276,50
Sanatorium „Lwigród" w Krynicy	—	4 662 417,34	947 195,62	114 074,42	5 723 687,38	5 138 183,57	471 429,39	—	114 074,42	5 723 687,38
Sanatorium w Busku Zdr.	74 734,—	126 216,38	46 733,41	77 738,23	325 422,02	247 683,79	3 991,12	72 438,96	1 308,15	325 422,02
Sanatorium „Grażyna" w Truskawcu	—	590 058,35	112 311,25	9 399,65	711 769,25	594 231,03	108 138,57	—	9 399,65	711 769,25
Sanatorium w Bystrej Śl.	—	3 316 551,26	462 642,17	438 730,17	4 217 923,60	3 779 193,43	154 021,13	225 413,14	59 295,90	4 217 923,60
Sanatorium „Staszycówka" w Ludwikowie	385 456,40	2 609 080,39	322 500,20	249 926,40	3 566 963,39	3 317 036,99	85 638,63	140 671,52	23 616 25	3 566 963,39
Sanatorium „Warszawianka" w Zakopanem	—	820 701,37	179 682,56	61 313,77	1 061 697,70	875 856,69	124 527,24	—	61 313,77	1 061 697,70
Sanatorium w Worochcie	—	270 832,82	62 680,64	26 329,85	359 843,31	333 513,46	7 433,92	13 538,16	5 357,77	359 843,31
Kolonia leczniczo-szkolna w Kiekrzu	64 000,—	241 347,90	55 977,04	63 896,05	425 220,99	361 324,94	26 880,63	30 067,32	6 948,10	425 220,99
Kolonia lecznicza w Ciechocinku	—	141 334,30	27 991,63	20 920,78	190,246,71	169 325,93	5 193,51	15 396,07	331,20	190 246,71
	931 894,71	16 888 216,46	2 673 782,34	1 344 157,34	21 838 055,85	19 789 798,31	1 143 967,69	567 921,87	336 362,98	21 838 050,85

Tablica nr 2. Rachunki działalności zakładów leczniczych za rok 1937.

Wyszczególnienie zakładu	Wpływy			Wydatki					
	za leczenie	inne	razem	osobowe	rzeczowe	specjalne	odpisy	razem	Nadwyżka
Sanatorium „Excelsior" w Iwoniczu	588 893 —	31 105,43	619 998,43	231 134,79	317 427,40	9 557,24	61 879 —	619 998,43	—
Sanatorium „Lwigród" w Krynicy	696 075,23	10 423 34	706 498,57	200 763,03	313 273,74	50 503,84	94 897 —	659 437,61	47 060,96
Sanatorium w Busku Zdr.	138 428 —	819,36	139 247,36	28 765,94	80 315,50	2 997,68	4 846 —	116 925,12	22 322,24
Sanatorium „Grażyna" w Truskawcu	119 490 —	1 513,27	121 003,27	21 822,48	67 140,47	1 519,82	21 880 —	112 362 77	8 640,50
Sanatorium w Bystrej Śl.	636 539,96	34 300,20	670 840,16	241 076,21	367 174,88	12 588,07	50 001 —	670 840 16	—
Sanatorium „Staszycówka" w Ludwikowie	435 716,20	24 263,96	459,980,16	186 237,75	227 932,15	6 275,26	39 535 —	459 980,16	—
Sanatorium „Warszawianka" w Zakopanem	271 417,50	5 179,24	276 596,74	81 816,21	107 376,18	11 943,11	21 215 —	222 350,50	54 246,24
Sanatorium w Worochcie	70 827 —	19 976,44	90 803,44	41 432,89	40 595,99	896,69	7 877,87	90 803,44	—
Kolonia leczn. szkolna w Kiekrzu	90 627,90	11 603,97	102 231,87	47 899,65	42 769,78	5 877.44	5 685 —	102 231,87	—
Kolonia lecznicza w Ciechocinku	58 872 —	953 —	59 825 —	18 453,09	35 709,12	1 386,28	2 419 —	57 967,49	1 857,51
	3 106 886,79	140 138,21	3 247 025 —	1 099,402,04	1 599 715,21	103 545 43	310 234,87	3 112 897,55	134 127,45
								3 247 025 —	

Tablica nr 3.

a) Wykorzystanie sanatoriów i kolonii leczniczych w 1937 r.

Wyszczególnienie zakładu	Liczby dni leczenia			Etatowa liczba łóżek	liczba osób przebywających w r. 1937	przeciętna liczba dni pobytu chorego	Uwagi
	preliminowane	osiągnięte	różnica %				
1	2	3	4	5	6	7	8
Sanatorium „Excelsior" w Iwoniczu	70 000	78 247	+ 11,7	230	2 915	26,8	
Sanatorium „Lwigród" w Krynicy	67 900	67 217	— 0,9	250	2 524	26,6	
Sanatorium w Busku Zdroju	18 000	19 786	+ 10	120	680	29	
Sanatorium „Grażyna" w Truskawcu	9 750	9 777	+ 0,3	80	343	28,5	
Sanatorium w Bystrej Śląskiej	98 550	104 506	+ 6	290	1 724	60,6	
Sanat. „Staszycówka" w Ludwikowie	72 000	72 462	+ 0,6	205	1 315	55,1	
Sanat. „Warszawianka" w Zakopanem	34 675	36 189	+ 4,3	100	840	43	
Sanatorium w Worochcie	11 905	11 458	— 3	72	302	37,9	
Kolonia leczn. szkolna w Kiekrzu	27 375	27 463	+ 0,3	76	302	90,9	
Kolonia lecznicza w Ciechocinku	19 200	17 567	— 8	160	481	36,5	
	429 355	444 672	—	1 583	11 426		

b) Podział osiągniętej liczby dni leczenia (rubr. 3) wg kat. ubezpieczenia.

Kategoria ubezpieczenia	sanat. Excelsior	sanat. Lwigród	sanat. w Busku Zdroju	sanat. Grażyna	sanat. w Bystrej Sl.	sanat. Staszycówka	sanat. Warszawianka	sanat. w Worochcie	kol. lecznicza w Kiekrzu	kol. lecznicza w Ciechocinku	Ogółem
	Liczby dni leczenia										
Kat. ub. „U"	39 142	44 151	9 356	8 187	26 385	15 717	15 113	3 211	—	—	161 262
Kat. ub. „R"	11 103	1 612	8 636	1 068	43 093	35 845	13 489	4 147	—	—	118 993
Kat. ub. „Ch" obejmująca pozostałe kateg. ubezp. i członków rodzin ubezpieczonych w fund. chorob.	4 288	2 931	1 764	522	19 570	17 764	7 587	3 644	27 463	17 567	103 100
Inni (ubezp. leczący się na koszt własny i chorzy leczący się na koszt innych instytucji)	23 714	18 523	30	—	15 458	3 136	—	456	—	—	61 317
	78 247	67 217	19 786	9 777	104 506	72 462	36 189	11 458	27 463	17 567	444 672

Tablica nr 4.

Zestawienie opłat dziennych za leczenie ubezpieczonych w sanatoriach i koloniach leczniczych ZUS w latach poprzednich i w roku sprawozdawczym

Wyszczególnienie zakładu	Opłaty za leczenie ubezpieczonych w latach			
	1934	1935	1936	1937
Sanatorium „Excelsior" w Iwoniczu	10	10	8	7
Sanatorium „Lwigród" w Krynicy	13,50	11	10,50	10
Sanatorium w Busku Zdr.	8,50	8	7,50	7
Sanatorium „Grażyna" w Truskawcu	14	12	11	10,50
Sanatorium w Bystrej Sl.	8	7,25	6,50	6
Sanatorium „Staszycówka" w Ludwikowie	7,50	7,25	6,50	6
Sanatorium „Warszawianka" w Zakopanem	9,50	9,25	8,70	7,50
Sanatorium w Worochcie	—	=	6	6
Kolonia leczniczo-szkolna w Kiekrzu	4	3,50	3,20	3,30
Kolonia lecznicza w Ciechocinku	3	3	3	3,30

Tablica nr 5. Szczegółowy podział wydatków w sanatoriach całorocznych dla dorosłych

I. Nazwa sanatorium	Excelsior w Iwoniczu		Lwigród w Krynicy		Sanatorium w Bystrej		Staszycówka w Ludwikowie		Warszawianka w Zakopanem		Sanatorium w Worochcie		razem	
II. Opłata dzienna	zł 7,—		zł 10,—		zł 6,—		zł 6,—		zł 7,50		zł 6,—			
	złotych	%	złotych	%	złotych	%	złotych	%	złotych	%	złotych	%	złotych	%
III. Ogólna kwota wydatków	619 998,43	100	706 498,57	100	670 840,16	100	459 980.16	100	276 596,74	105	90 803,44	100	2 824 717,50	100
IV. W tym:														
a) wydatki osobowe	231 134,79	37,3	200 763,03	28,4	241 076,21	35,9	186 237,75	40,5	81 816,21	29,6	41 432,89	45,7	982 460,88	34,7
b) wydatki rzeczowe	317 427,40	51,2	313 273,74	44,3	367 174,88	54,7	227 932,15	49,6	107 371.18	38,8	40 595,99	44,7	1 373 780,34	48,8
c) wydatki specjalne	9 557,24	1,5	50 503,84	7,2	12 588,07	1,9	6 275,26	1,3	11 943,11	4,3	896,69	1	91 764,21	3,2
d) odpisy	61 879,—	10	141 957,96	20,1	50 001,—	7,5	39 535,—	8,6	75 461,24	26,3	7 877,87	8,6	376 712,07	13,3
V. W stosunku do opłaty dziennej:														
a) wydatki osobowe	2,61	37,3	2,84	28,4	2,15	35,9	2.43	40,5	2,22	29,6	2,74	45,7		
b) wydatki rzeczowe	3,58	51,2	4,73	44,3	3,28	54,7	2,97	49,6	2,91	38,8	2,68	44,7		
c) wydatki specjalne	0,11	1,5	0,72	7,1	0,12	1,9	0,08	1,3	0,32	4,3	0,06	1		
d) odpisy	0,70	10	2,01	20,1	0,45	7.5	0,52	8,6	2,05	27,3	0,52	8,6		
VI. W pozycji wydatków rzeczowych (Vb) stanowi:														
a) koszt artykułów spożywczych	1,87		2,29		2,22		2,17		2,—		1,81			
b) leków i środków opatrunkowych	0,33		0,32		0,13		0,13		0,13		0,21			
c) zabiegów leczniczych	0,75		0,68		—		—		0,18		—			

Tablica nr 6. Liczba łóżek przypadających na 1 osobę personelu w sanatoriach i koloniach ZUS w g wykonania

Wyszczególnienie zakładu	Etatowa liczba łóżek	Liczby zatrudnionego personelu							Liczby łóżek przypadających na 1 osobę personelu						
		lekarskiego	pielęgniarskiego	administracyjnego	nauczycielsko-wychowawczego	technicznego	pracownicy fizyczni	razem	lekarskiego	pielęgniarskiego	administracyjnego	nauczycielsko-wychowawczego	technicznego	pracownicy fizyczni	razem
I. Sanatoria zdrojowiskowe															
Sanat. „Excelsior" w Iwoniczu	230	6	6	6	—	7	65	90	38,3	38,3	38,3	—	33	3,5	2,5
„ „Lwigród" w Krynicy	250	7	7	8	—	4	49	75	35,7	35,7	31,3	—	62,5	5,1	3,3
„ w Busku Zdroju	120	2	4	2	—	—	16	24	60	30	60	—	—	7,5	5
„ „Grażyna" w Truskawcu	80	1	2	2	—	—	15	20	80	40	40	—	—	5,3	4
II. Sanatoria przeciwgruźlicze															
Sanat. w Bystrej Śląskiej	290	8	10	9	—	4	51	82	36,2	29	32,2	—	72,5	5,7	3,5
„ „Staszycówka" w Ludwikowie	205	7	6	7	—	7	36	63	29,2	34,1	29,2	—	29,2	5,7	3,2
„ „Warszawianka" w Zakopanem	100	2	3	3	—	2	24	34	50	33,3	33,3	—	50	4,1	3
„ w Worochcie	72	2	1	3	—	1	14	21	30	72	24	—	72	5,1	3,4
III. Kolonie lecznicze															
Kolonia lecznicza w Kiekrzu	76	2	2	3	3	1	8	19	38	38	25,3	25,3	76	9,5	4
„ „ w Ciechocinku	160	1	2	2	8	—	15	28	160	80	80	20	—	10,6	5,7

niecznych rezerw. Stan też z chwilą zrealizowania planu rozbudowy sanatoriów Zakładu bezwątpienia ulegnie poprawie.

Stosunek wydatków na leczenie sanatoryjne w sanatoriach własnych i obcych w r. 1937 wyrażał się w następujących kwotach:

Ogólna kwota wydatków na leczenie sanatoryjne w r. 1937 wyniosła		zł 4.592.740,42
z tego:		
a) leczenie w sanatoriach własnych	zł 2,648.759,37	
b) leczenie w sanatoriach obcych	zł 1.943.981,05	**4.592.740.42**

Gospodarka finansowo-materiałowa sanatoriów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych prowadzona jest na podstawie budżetów poszczególnych sanatoriów, zatwierdzanych przez władze nadzorcze. Zasady samowystarczalności finansowej sanatoriów oraz podstawy gospodarki materiałowej ustalone przez Zakład i stosowane w latach poprzednich (patrz zeszyt 9 z r. 1937 Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych — sprawozdanie za r. 1936), znalazły swój wyraz przy eksploatacji sanatoriów Zakładu i w roku sprawozdawczym 1937. Wszystkie wydatki sanatoriów, dokonywane w ramach budżetu, miały pokrycie w wpływach za leczenie, natomiast wydatki nadzwyczajne jak: odpisy na podatek specjalny i pomoc zimową, znalazły pokrycie w funduszu specjalnym, utworzonym z nadwyżek działalności w latach poprzednich. W ten sposób zostały zrównoważone wpływy i wydatki sanatoriów: „Excelsior" w Iwoniczu, w Bystrej Śląskiej, „Staszycówka" w Ludwikowie, w Worochcie i kolonii leczniczo-szkolnej w Kiekrzu.

Nadwyżki z rachunku działalności kolonii leczniczej w Ciechocinku i Sanatorium w Busku Zdroju (własność funduszu chorobowego) zarachowane zostały na fundusz specjalny, natomiast nadwyżki z rachunku działalności sanatoriów „Lwigród" w Krynicy, „Grażyna" w Truskawcu i „Warszawianka w Zakopanem" (własność F. U. E. P. U.) zostały przekazane właściwemu funduszowi, jako oprocentowanie zainwestowanego w wymienionych sanatoriach kapitału.

Ogólną działalność sanatoriów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za rok 1937 przedstawiają poniżej podane zestawienia, które poza stanem majątkowym i rachunkami działalności (tablica nr 1 i 2) uwzględniają:

1) wykorzystanie sanatoriów w r. 1937 z podziałem osiągniętej liczby dni leczenia wg kategorii ubezpieczeniowych (tablica nr 3a i b),

2) opłaty dzienne w sanatoriach (tablica nr 4),

3) szczegółowy podział wydatków (tablica nr 5),

4) liczbowe zestawienie personelu i stosunek liczby personelu do liczby łóżek (tablica nr 6).

KRONIKA KRAJOWA

ŚP. DR ROMAN SZCZECHURA.

Dnia 16 kwietnia b r zmarł przeżywszy 51 lat dr Roman Szczechura b. lekarz 1 p.p 1 Brygady Leg. Pol. kpt. lek. rez. członek Koła Lekarzy b. Leg., ostatnio inspektor Działu Lecznictwa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Śp. Dr Roman Szczechura ur. w 1887 r. w Klimontowie pow. Miechowskiego, do gimnazjum uczęszczał w Pinczowie, a następnie w Kielcach, gdzie w 1905 r. z 7 klasy zostaje wydalony za czynny udział w strajku szkolnym. Studia lekarskie ukończył na Uniwersytecie Jagiellońskim. W czasie studiów był czynnym członkiem Strzelca na terenie Krakowa. W chwili mobilizacji Strzelca w dn. 5 sierpnia 1914 r. wyrusza z I Brygadą w pole i zostaje przydzielony pod bezpośrednie rozkazy szefa sanitarnego Brygady Dr Roupperta — biorąc udział w walkach Brygady. Po przebyciu ciężkiej choroby nerek nabytej na froncie zostaje przydzielony do walki z epidemią duru plamistego na terenie powiatu jędrzejowskiego. W 1920 r. jako lekarz pułkowy bierze udział w walkach na Wołyniu, a następnie jako lekarz szpitala polowego odbywa całą kampanię kijowską. Od 1922 roku pracuje w Wolbromiu jako lekarz domowy Ubezpieczalni Społecznej w Olkuszu, Sosnowcu i Krakowie, a następnie jako lekarz naczelny U. S. w Chrzanowie. Powołany w 1937 r. na stanowisko inspektora lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych prowadził dział profilaktyki w ubezpieczalniach społecznych i na tym polu położył duże zasługi, wykazując niepospolite zdolności organizacyjne i fachowe.

Jako lekarz o dużym doświadczeniu i wiedzy fachowej, gorący zwolennik idei ubezpieczeń społecznych, zabierał często głos w obronie i propagandzie tej idei na łamach prasy lekarskiej i społecznej oraz w odczytach w środowiskach robotniczych.

Od lat młodzieńczych marzył o wolnej Ojczyźnie i nie tylko słowem, ale i czynem z bronią w ręku walczył o Jej Niepodległość.

Umiłowanie pracy i młodzieńczy zapał do niej, stawiał go w rzędzie tych lekarzy, którzy swą bogatą wiedzę i siły poświęcili dla dobra kraju. Spieszył się jak gdyby przeczuwając, że bliska śmierć nie pozwoli mu wykonać ogromu tej pracy, jaki sobie przeznaczył w życiu do odrobienia. Czując się źle, w gorączce trwał na posterunku i tylko rozkaz przełożonych zmusił go do przerwania zajęć. Pogodny uśmiech nigdy nie schodził z jego łagodnej twarzy, a w jego poczciwych oczach czytało się jakoby żal wewnętrzny, że nie może się podwoić i potroić w pracy.

Jako kolega szybko zjednywał sobie serca tych, którzy się z nim codziennie stykali.

Nieubłagana śmierć wyrwała go z naszego grona, pozostawiając szczery żal, że już go więcej nigdy nie ujrzymy.

Dr Józef Bellert.

RUCH SŁUŻBOWY.

I. Zmiany na stanowiskach delegatów Ministra Opieki Społecznej do instytucyj ubezpieczeń społecznych.

DAGNAN Kazimierz — odwołany z dniem 31 maja 1938 r. ze stanowiska delegata Ministra Opieki Społecznej do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Mgr. KROGULSKI Bolesław — odwołany z dniem 31 maja 1938 r. ze stanowiska delegata Ministra Opieki Społecznej do Ubezpieczalni Społecznej w Wilnie.

MICHALSKI Witalis — odwołany z dniem 31 maja 1938 r. ze stanowiska delegata Ministra Opieki Społecznej do Centralnej Komisji Oszczędnościowo-Oddłużeniowej dla Samorządów.

Mgr SZULC Jan — odwołany z dniem 31 maja 1938 r. ze stanowiska delegata Ministra Opieki Społecznej do Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu.

DAGNAN Kazimierz — powołany z dniem 1 czerwca 1938 r. na stanowisko delegata Ministra Opieki Społecznej do Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu.

Mgr KROGULSKI Bolesław — powołany z dniem 1 czerwca 1938 r. na stanowisko delegata Ministra Opieki Społecznej do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

MICHALSKI Witalis — powołany z dniem 1 czerwca 1938 r. na stanowisko delegata do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do spraw finansowych.

SZULC Jan — powołany z dniem 1 czerwca 1938 r. na stanowisko delegata Ministra Opieki Społecznej do Ubezpieczalni Społecznej w Wilnie.

II. Zmiany na stanowiskach komisarzy w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

CIEŚLIKOWSKI Adam — odwołany z dniem 31 maja 1938 r. ze stanowiska komisarza Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie i ustanowiony z dniem 1 czerwca 1938 r. komisarzem Ubezpieczalni Społecznej w Rzeszowie.

TOMASZKIEWICZ Leon — odwołany z dniem 31 maja 1938 r. ze stanowiska komisarza Ubezpieczalni Społecznej w Rzeszowie i ustanowiony z dniem 1 czerwca 1938 r. komisarzem Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie.

SOCHA Wojciech — odwołany z dniem 31 maja 1938 r. ze stanowiska komisarza Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie i ustanowiony z dniem 1 czerwca 1938 r. komisarzem Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie.

III. Zmiany na stanowiskach dyrektorów Ubezpieczalni Społecznych.

CZACHOWSKI Kazimierz — dotychczas wicedyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Toruniu, powołany z dniem 1 czerwca 1938 r. na stanowisko p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Lidzie — z powodu choroby dotychczasowego dyrektora tej Ubezpieczalni.

GALICKI Ignacy — dotychczas wicedyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie, powołany z dniem 1 czerwca 1938 r. na stanowisko p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Baranowiczach.

KOZŁOWSKI Jan — dotychczas p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Zamościu, powołany z dniem 1 maja 1938 r., w wyniku konkursu, na stanowisko dyrektora tej Ubezpieczalni.

KUBIK Antoni — dotychczas p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Gnieźnie, powołany z dniem 1 kwietnia 1938 r., w wyniku konkursu, na stanowisko dyrektora tej Ubezpieczalni.

RZEPECKI Aleksander — dotychczas dyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Baranowiczach, zwolniony z tego stanowiska z dniem 31 maja 1938 r.

IV. Zmiany na stanowiskach naczelnych lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Dr KUNICKI Ryszard — dotychczas naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie, zwolniony z tego stanowiska z dniem 15 kwietnia 1938 r.

Dr MORASIEWICZ Wład. — dotychczas p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Brzeżanach, powołany z dniem 1 czerwca 1938 r., w wyniku konkursu, na stanowisko naczelnego lekarza tej Ubezpieczalni.

Dr MRÓZ Edward — dotychczas p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie, powołany z dniem 1 marca 1938 r., w wyniku konkursu, na stanowisko naczelnego lekarza tej Ubezpieczalni.

Lek. NOWICKI Jarosław — powołany z dniem 1 maja 1938 r. na stanowisko p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu n/B.

Dr SŁUPECKI Zygmunt — dotychczas naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Piotrkowie Trybunalskim, zwolniony z tego stanowiska z dniem 31 maja 1938 r.

Dr SZYBERNA Stefan — dotychczas naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu Kieleckim, powołany z dniem 1 maja 1938 r. na stanowisko p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Tczewie.

Dr SZYMKIEWICZ Zygm. — dotychczas naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Tczewie, powołany z dniem 16 kwietnia 1938 r. na stanowisko p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie.

Dr WASILEWSKI Antoni — dotychczas naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu n/Bugiem, powołany z dniem 1 maja 1938 r. na stanowisko p. o. naczelnego lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu Kieleckim.

V. Zmiany na innych stanowiskach Ubezpieczalni Społecznych.

TOMICKI Stanisław — dotychczas wicedyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu Kieleckim, powołany z dniem 1 czerwca 1938 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie.

WIERONSKI Daniel — dotychczas kierownik wydziału Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, powołany z dniem 1 czerwca 1938 r. na stanowisko p. o. wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Toruniu.

ORGANIZACJA URLOPÓW PRACOWNICZYCH.

Prawo do dorocznego wypoczynku w formie płatnego urlopu zostało w Polsce zagwarantowane dla świata pracy już w r. 1922 drogą ustawy. Myliłby się jednak ten, ktoby przypuszczał, że w ciągu 16 lat, które minęły od tego czasu, nastąpiło istotne upowszechnienie i udostępnienie wypoczynku na rzecz szerokich mas pracowniczych.

Już sama ustawa zawiera pewne ograniczenia, które pozbawiają prawa do urlopu wielu pracowników; przede wszystkim jednak wykonanie jej napotyka w praktyce na różnorodne opory, które hamują względnie wypaczają zastosowanie jej w życiu.

Jest to niewątpliwie bardzo ważna, niemniej jednak tylko jedna z przyczyn istniejących braków. Źródła innych przyczyn tkwią w tym, że czynniki polityki społecznej nie doceniały u nas w dostatecznej mierze roli dorocznego wypoczynku jako elementu w akcji profilaktycznej i kulturalnej. Skutkiem tego, po za dorywczymi i fragmentarycznymi próbami i doświadczeniami — nie zostały podjęte skoordynowane i planowe wysiłki na szerszą skalę, mające na celu umożliwienie pracownikom racjonalnego spożytkowania urlopu — to znaczy — spędzenia go w sposób zapewniający odbudowę sił fizycznych i duchowych oraz zdobycie nowych wartości.

Potrzeba specjalnej akcji społecznej w tym zakresie nie ulega żadnej wątpliwości, gdyż ogólne warunki naszego społecznego i ekonomicznego życia są takie, że dziś tylko sfery zamożniejsze mogą celowo wypoczywać, natomiast masy robotników i pracowników o niższych zarobkach nie mają ani nawyku w tym kierunku, ani też odpowiedniej sposobności, którąby zachęcała czy stwarzała ułatwienia organizacyjne, dostępne dla wszystkich.

Dążąc do naświetlenia tych problemów oraz wysunięcia sposobów ich rozwiązania, Instytut Spraw Społecznych w Warszawie zorganizował wspólnie ze Zrzeszeniem Organizacji Oświatowo-Kulturalnych specjalną konferencję w sprawie organizacji urlopów. Miała ona charakter narady technicznej, i odbyła się w dniach 1 i 2 kwietnia przy udziale ok. 130 przedstawicieli różnych zainteresowanych czynników: Ministerstwa Opieki Społecznej, oświecenia Publicznego, Komunikacji, Zarządu Ubezpieczeń Społecznych, Samorządu Terytorialnego, Ligi Popierania Turystyki, Związków Zawodowych, Organizacji Spółdzielczych, Oświatowych i innych.

Konferencję zagaił p. K. Korniłowicz, dyrektor Instytutu Spraw Społecznych. Imieniem Ministerstwa Opieki Społecznej powitał konferencję dr T. Dyboski, dyrektor departamentu ubezpieczeń społecznych, który w dłuższym przemówieniu scharakteryzował ważniejsze potrzeby polskiego robotnika i na tle tych potrzeb rolę i zadania akcji wczasów.

1½ dniowe obrady, którym przewodniczyli m. in. dr. W. Chodźko, dyr. S. Sasorski — członkowie Rady Zarządzającej ISS, wypełnione były szeregiem referatów, poruszających konkretne problemy akcji spożytkowania urlopów pracowniczych w opracowaniu p. p. K. Korniłowicza, S. Smolca, W. Prażmowskiej-Ivanka, J. Miedzińskiej, E. Hryniewicza, Z. Kobylińskiego, M. Błaszczykowej i A. Moraczewskiej.

Pierwszy referat nakreślił w generalnych liniach ogólną koncepcję organizacyjną, w myśl której, akcja spożytkowania urlopów pracowniczych, traktowana jako wielkiej wagi czynnik profilaktyczny, powinna zdążać do powszechności, osiągając tą drogą oparcie na zasadach samopomocy społecznej przy poparciu z funduszów publicznych, unikanie pierwiastków opiekuńczo-filantropijnych, uniezależnienie od doraźnych celów politycznych, rozwoju zbiorowych form organizacji urlopów jak kolonie itd. ze szczególnym uwzględnieniem i poparciem sprawy tworzenia nowych form w postaci „letnisk robotniczych", umożliwiających robotnikom wyjazd na urlop łącznie z rodziną, koordynację wysiłków i współdziałanie zainteresowanych tą akcją czynników na terenie Zrzeszenia Organizacji Oświatowo-Kulturalnych i jego organów — Rady Wczasów i Centralnego Biura Wczasów.

Następne referaty obejmowały rozważanie roli i znaczenia masowego ruchu letniskowego w podnoszeniu gospodarczym i kulturalnym wsi, rozważenie sprawy dostosowania zniżek komunikacyjnych do potrzeb organizacji urlopów pracowniczych i możliwości płatniczych sfer niezamożnych, rozważenie obecnego stanu akcji urlopowej z szeregiem postulatów, dotyczących planowej pomocy na rzecz tej akcji ze strony państwowych czynników jak: utworzenie międzyministerialnej komisji dla tych spraw, rozwój planowej akcji inwestycyjnej państwa i samorządów, właściwe zorganizowanie pomocy lekarskiej i higienicznej itp.

Tematem dalszych 4 referatów były sprawy przygotowania robotników do akcji urlopowej i rozważenie zadań, jakie w tym zakresie mają do spełnienia zrzeszenia samych pracowników, sprawy przygotowania wsi do współdziałania z akcją organizacji urlopów oraz roli organizacji wiejskich i samorządu terytorialnego, zagadnienia racjonalnej organizacji wypoczynku i życia kulturalnego na obszarze, koloniach i letniskach przez uwzględnienie różnorodnych potrzeb każdej grupy ludzkiej i jej poszczególnych członków, oraz przez zastosowanie zmiany wrażeń i przeżyć, ich nowość i niecodzienność, sprawy pracowników akcji urlopowej i potrzeby właściwego doboru oraz planowego szkolenia: organizatorów akcji, kierowników placówek, instruktorów, przodowników i sił pomocniczych.

W dyskusji, która się wywiązała po referatach ujawniło się duże zainteresowanie poruszanymi problemami, zwłaszcza sprawy zniżek komunikacyjnych były przedmiotem żywej wymiany poglądów, stwierdzających konieczność pozytywnego rozwiązania wysuniętych postulatów. Wszystkie wypowiedzi uczestników konferencji wskazywały, że znaczenie i doniosłość akcji spożytkowania urlopów jest wielka i że konferencja w tej sprawie była bardzo potrzebna i na czasie.

Pełny tekst referatów i dyskusji zostanie przez Instytut Spraw Społecznych wydany drukiem, będzie więc dostępny dla wszystkich, którzy nie brali udziału w Konferencji.

A. Moraczewska.

I KURS UBEZPIECZENIOWY W KRAKOWIE

Staraniem związku zawodowego pracowników inst. ubezpieczeń społecznych Oddział I i II w Krakowie — zorganizowano w dniach od 14 do 31 marca 1938 r. pierwszy kurs ubezpieczeniowy dla działaczy związków zawodowych w Krakowie.

Kurs poprzedziło uroczyste otwarcie w niedzielę dnia 13 marca 1938 r., w którym wzięli udział przedstawiciele władz państwowych i komunalnych, dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej i Oddziału Z. U. S. w Krakowie, uczestnicy kursu, i liczne grono członków Zw. Zaw. P. I. U. S. Głównym punktem otwarcia była prelekcja prof. U. J. Dra Jerzego Langroda, Członka Rady Ubezpieczeń Społecznych przy Ministrze O. S., na temat: „Podstawy ustawodawstwa społecznego w Polsce".

W następnym dniu rozpoczęły się wykłady, które trwały do dnia 31/3 1938. Przedmiotem wykładów były:

1) Historia ubezpieczeń społecznych,
2) Obowiązek ubezpieczenia i składki, kontynuowanie ubezpieczenia i ubezpieczenia dobrowolne,
3) Świadczenia chorobowe, wypadkowe, emerytalne robotnicze i na wypadek braku pracy robotników,
4) Praca lekarza domowego,
5) Ochrona praw reemigrantów,
6) Załatwianie sporów ubezpieczeniowych,

Ogółem odbyło się 23 godzin wykładów, na których przeciętna frekwencja wynosiła 36 osób.

Po zakończeniu wykładów odbył się z końcem marca b r. egzamin-repetycja głównie z zakresu wszelkiego rodzaju świadczeń ubezpieczeniowych, przed komisją kwalifikacyjną, której przewodniczył prof. U. J. Dr Jerzy Langrod. W wyniku egzaminu uznano, że 23 uczestników kursu ukończyło go z wynikiem dodatnim, na dowód czego rozdzielono pomiędzy absolwentów kursu odpowiednie świadectwa.

Kurs został przyjęty b. przychylnie przez związki zawodowe z terenu krakowskiego, a znaczna i stała frekwencja na Kursie dowodziła wielkiego zainteresowania tak ze strony słuchaczy, jak i ich władz związkowych.

Dodatnie wyniki kursu w kierunku zbliżenia pomiędzy aparatem ubezpieczeniowym a ubezpieczonymi i wzajemnego zrozumienia i życzliwości — nie dadzą zapewne długo na siebie czekać.

Zaznaczyć należy, że delegatura oddziału krakowskiego Z. Z. P. I. U. S. w Olkuszu urządziła podobny kurs dla powiatu olkuskiego, który jeszcze trwa. Jego wyniki podamy do wiadomości po zakończeniu Kursu.

Moskal Ignacy

Z ŻYCIA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W PIŃSKU.

Kurs dokształceniowy dla pracowników.

W marcu r. b. Oddział Związku Zawodowego Pracowników Instytucji Ubezpieczeń Społecznych w Pińsku zorganizował kilkutygodniowy kurs dokształceniowy dla pracowników Ubezpieczalni.

Prelekcje wygłosili p. p. Dyrektor Kubecki, Naczelny Lekarz Dr W. Orlewski, lekarz domowy Dr Paczkowski oraz Inspektor Pracy.

Na tematy ubezpieczeniowe, ściśle z pracą biurową związane, wygłosili wykłady kierownicy poszczególnych referatów.

W kursie dokształceniowym brali udział wszyscy pracownicy Ubezpieczalni.

Kurs zakończony został rozdaniem świadectw i wspólną herbatką.

Uroczyste rozdanie dyplomów na Brązowe Medale za Długoletnią Służbę.

Dnia 23 maja r. b. o godz. 18-ej w Ubezpieczalni Społecznej w Pińsku odbyła się uroczystość rozdania dyplomów pracownikom Ubezpieczalni na Brązowe Medale Za Długoletnią Służbę, nadane przez Pana Ministra Opieki Społecznej.

Po okolicznościowym przemówieniu dyplomy rozdał komisarz Ubezpieczalni p. Ludwik Tom w obecności p. Jana Rakowieckiego adwokata, Prezesa Komisji Rozjemczej Ubezpieczalni i p. Stefana Bednarskiego, Prezesa Komisji Rewizyjnej Ubezpieczalni.

Dyplomy otrzymało 37 osób.

DEKORACJA PRACOWNIKA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ WE LWOWIE PODCZAS ZJAZDU ZOR.

W czasie uroczystości otwarcia Zjazdu Oficerów Rezerwy, który się odbył we Lwowie w dniach 26 — 28 maja br., Marszałek Rydz Śmigły własnoręcznie udekorował srebrnym krzyżem zasługi pracownika Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie p. Zbigniewa Mauera za długoletnią ofiarną pracę w Związku Oficerów Rezerwy.

Zaznaczyć należy, że zaszczytu dekoracji przez Pana Marszałka doznało jedynie trzech najbardziej zasłużonych oficerów rezerwy na kilkudziesięciu w tym dniu odznaczonych.

CYKL WYKŁADÓW ZE STATYSTYKI PRZY INSTYTUCIE SPRAW SPOŁECZNYCH.

W dn. 4 — 9 kwietnia prof. dr J. Neyman, znany polski uczony, na zaproszenie Instytutu Spraw Społecznych, wygłosił szereg wykładów z zakresu teorii i zastosowania statystyki.

W numerze 12 Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych z 1937 r. w notatce zapowiadającej omawiany cykl wykładów znaleźć można uzasadnienie potrzeby podniesienia „kultury statystycznej" w Polsce. Instytut Spraw Społecznych pragnąc osobom pracującym w biurach statystycznych instytucji państwowych, publicznych i prywatnych, czy też posługującym się materiałem statystycznym w swoich własnych pracach badawczych — ułatwić zapoznanie się z aktualnym stanem wiedzy w zakresie statystyki — zorganizował tygodniowy cykl wykładów z tego zakresu. Inicjatywa Instytutu Spraw Społecznych okazała się b. pożyteczna. Na kurs zapisało się przeszło 60 osób.

Cykl wykładów przyczynił się niewątpliwie do pogłębienia wiedzy słuchaczy w zakresie statystyki. Obejmował on część teoretyczną — problematykę i część opisową nazwaną przez prelegenta „tematyką". W ramach tematyki prelegent przedstawił szereg zagadnień, które były przedmiotem udanych lub nieudanych badań statystycznych. Część czasu została również poświęcona na ćwiczenia praktyczne i na dyskusje.

Oczywiście tygodniowy kurs nie może zastąpić studiów teoretycznych, ani nie może stanowić jedynego przygotowania słuchaczów do praktycznego stosowania przedstawionych metod. Nie było to zresztą zadaniem wykładów zorganizowanych przez Instytut Spraw Społecznych, chodziło raczej o zaznajomienie słuchaczy z najważniejszymi problemami nowoczesnych badań statystycznych, o wskazanie kierunków rozwoju statystyki oraz jej znaczenia i miejsca wśród innych gałęzi wiedzy i umiejętności. Wśród omawianych zagadnień statystycznych na czoło wysuwa się sprawa stosowania w badaniach statystycznych t. zw. metody reprezentacyjnej. Polega ona na ograniczeniu badania statystycznego tylko do odpowiednio dobranej części posiadanego już materiału statystycznego lub też, co zdarza się częściej, na zbieraniu danych statystycznych tylko dla niektórych jednostek (w zasadzie wybranych przez losowanie) badanej zbiorowości i rozciągnięcie otrzymanych wyników na całą zbiorowość. Stosowanie metody reprezentacyjnej pozwala na wielkie zaoszczędzenie pracy, czasu i kosztów w badaniach statystycznych. W dzisiejszych warunkach szybkich zmian gospodarczych i technicznych wartość całego badania uzależniona często bywa od możności otrzymania wyników w krótkim czasie. Stosowanie i zrozumienie celowości metody reprezentacyjnej wymaga znajomości niektórych bardziej skomplikowanych pojęć wchodzących w zakres statystyki matematycznej. Prelegent starał się w sposób przystępny przedstawić elementy tej dziedziny wiedzy, która jedynie może być podstawą praktycznych poczynań statystycznych, jeżeli wyniki ich mają przedstawiać rzetelną wartość.

Prelegent przytoczył szereg ciekawych przykładów i wyników badań statystycznych, a wśród nich również wiele takich, które przeprowadzone bez zachowania dostatecznej ostrożności lub niewłaściwą metodą, doprowadziły do zgoła mylnych wniosków. Przykłady takie są bardzo pouczające i wskazują, że dla umiejętnego grupowania materiału i operowania zestawianiami statystycznymi wymagana jest nie tylko znajomość metod statystycznych, ale również głęboka znajomość badanego przedmiotu.

Wykłady prof. Neymana mogą służyć za przykład wartości bezpośredniego szerzenia wiedzy żywym słowem także i poza murami uczelni. Ta forma wykładów może oddać bardzo duże usługi właśnie osobom, które nie mają możności ani dostatecznie wiele czasu dla zaznajamiania się z bieżącą literaturą naukową. Jeżeli dodać, że omawiane wykłady zostały powierzone takiemu znawcy statystyki, jakim jest prof. Neyman, to dopiero w pełni zrozumieć można korzyść, jaką odnieśli słuchacze wykładów. Należy mieć nadzieję, że Instytut Spraw Społecznych nie poprzestanie jedynie na tym jednym kursie i zorganizuje podobne wykłady z innych dziedzin, związanych z działalnością Instytutu. Będzie to pożyteczne uzupełnianie coraz szerzej rozwijającej się akcji wydawniczej tej instytucji.

ZJAZD LEKARZY POWIATOWYCH WOJEWÓDZTWA WOŁYŃSKIEGO

Dnia 18 i 19 marca 1938 r. odbył się w Łucku zjazd lekarzy powiatowych i samorządowych województwa wołyńskiego.

Na zjazd przybyli: inspektor służby zdrowia w Ministerstwie Opieki społecznej dr M. Zachert, szef sanitarny D. O. K. II płk. dr B. Błażejewski, dowódca obrony przeciwlotniczej O. K. II płk. L. Ruszczewski i prezes wołyńskiego Tow. Lekarskiego dr Jasiński.

W zjeździe wzięli udział również, poza lekarzami powiatowymi i samorządowymi, naczelni lekarze Ubezpieczalni Społecznych w Łucku i Równem, oraz Kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny w Łucku dr H. Walecki wraz z personelem.

Zjazd zagaił p. wicewojewoda S. Konopacki, podkreślając ważny moment historyczny, w jakim obecnie zjazd odbywa się (sprawa litewska), zaznaczając przy tym, że każdy z uczestników zjazdu może być w każdej chwili powołany do zdania egzaminu wobec przyszłych pokoleń ze swych wartości moralnych i z tego, co stanowi o dalszym bycie narodu.

Po przywitaniu uczestników dr Habich, Kierownik Oddziału Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim Wołyńskim, objął przewodnictwo zjazdu. Zjazd uchwalił na wstępie wysłanie hołdowniczej depeszy do Marszałka Śmigłego Rydza z racji przypadających w dniu tym Jego imienin.

Inspektor Zachert we wstępnym przemówieniu podkreślił widoki lepszej koniunktury na przyszłość w związku z ustawą o publicznej służbie zdrowia, nad którą prace są już na ukończeniu w komisji sejmowej.

Ustawa między innymi przewiduje powołanie lekarzy gminnych i okręgowych. Opracowywana jest również ustawa o zwalczaniu gruźlicy, oraz chorób wenerycznych w związku ze zwalczaniem nierządu.

Ośrodki zdrowia, których w chwili obecnej w całej Rzeczypospolitej jest ponad 400, istnieją bez właściwych podstaw prawnych. Projekt nowej ustawy przewiduje zakładanie ośrodków w każdej gminie, względnie 2 — 3 gminy będą łączyć się dla stworzenia wspólnego ośrodka zdrowia.

Dr Habich złożył sprawozdanie ze stanu sanitarnego województwa wołyńskiego za rok 1936/37, z którego wynika, że okres sprawozdawczy pod względem chorób zakaźnych był naogół pomyślny, co zaznaczyło się w zmniejszeniu zachorowań na dur brzuszny (o 113) i na dur plamisty (o 44 przypadki). Pozostaje to w związku z energiczną akcją sanitarno-porządkową utrzymania w należytym stanie studzien i ustępów, izolowania chorych w szpitalach, dezynfekcji mieszkań, oraz masowego kąpania ludności itp. W akcji tej pomoc oddaje kolumna epidemiczna utrzymywana przez związki samorządowe i Ministerstwo Opieki Społecznej.

Stan sanitarny miast i wsi pod wpływem energicznej akcji komisji sanitarno-porządkowej na terenie całego województwa uległ znacznej poprawie.

Z większych inwestycji sanitarnych należy wymienić wybudowanie wodociągu w Łucku, który w sposób zdecydowany podniósł stan sanitarny miasta.

W roku sprawozdawczym na terenie województwa czynnych było dziesięć ośrodków zdrowia, w tym dwa wiejskie, oraz 66 przychodni rejonowych. Chorzy na jagli-

cę i choroby weneryczne mają możność leczenia się bezpłatnie we wszystkich przychodniach rejonowych.

Z przychodni zapobiegawczych zasługuje na uwagę działalność stacji opieki nad matką i dzieckiem, pod opieką których pozostawało 4 632 dzieci i 342 matek, udzielono 9 722 porad dzieciom i wydano 95 321 litrów mleka.

Na zdrowie publiczne preliminowały samorządy 1.377.357 zł, co stanowi w stosunku do ogólnego ich budżetu 12%, budżet ten został wykonany z małymi odchyleniami.

Naturalny przyrost ludności wynosi 15,5 pro mille, umieralność ogólna 13 na 1000 mieszkańców, liczba urodzin na 1000 mieszkańców wynosiła 29,4, przyrost zmniejszył się o 0,4, umieralność zwiększyła się o 0,8.

Dr Żytyński i dr Jeśman, Naczelni lekarze Ubezpieczalni Społecznych wygłosili krótkie referaty o zapobiegawczej i leczniczej działalności Ubezpieczalni Społecznych na Wołyniu.

Na terenie Ubezpieczalni łuckiej akcja profilaktyczna znalazła duże zrozumienie wśród ubezpieczonych. W akcji tej Ubezpieczalnia współpracowała ze wszystkimi instytucjami, prowadzącymi akcję zapobiegawczą.

Rok sprawozdawczy dał o wiele szersze możliwości rozwinięcia akcji profilaktycznej dzięki przyznaniu większych sum przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Na kolonie i półkolonie letnie Ubezpieczalnia Społeczna w Łucku wydała kwotę 15.642.21 zł., na całą akcję profilaktyczną 43.690.48 zł.

Poza tym Ubezpieczalnia Społeczna uczestniczyła w akcji dożywiania dzieci, oraz wydała w charakterze subwencji 1.868 litrów tranu.

Ubezpieczalnia Społeczna w Równem uważa za najbardziej aktualne i palące zagadnienie budowę szpitala powiatowego w Równem, którą zainicjował tamt. wydział powiatowy przy finansowym udziale Ubezpieczalni Społecznej.

Akcja profilaktyczna na terenie Ubezpieczalni Równieńskiej kosztowała 65.000 zł. tj. 4,2% od przypisu składek; w powyższej kwocie mieści się także 18.000 zł., wpłaconych przez Ubezpieczalnię Głównemu Komitetowi Pomocy Zimowej dla Bezrobotnych.

W roku sprawozdawczym skierowano na kolonie i półkolonie 744 dzieci.

Akcja profilaktyczna obejmowała również kolonię wypoczynkową dla 40 robotników pod Krzemieńcem, subwencjonowanie powiatowych komitetów pomocy dzieciom i młodzieży, oraz instytucji zapobiegawczych.

Dr Skokowska-Rudolfowa wygłosiła referat p. t. „Akcja zwalczania gruźlicy na Wołyniu", w którym wykazała stan obecny prac poradni przeciwgruźliczych na Wołyniu, ich braki, oraz sposoby usunięcia tych braków. Referat był ilustrowany wykresami stanu walki gruźlicy w całej Polsce, oraz na Wołyniu.

W końcu prelegentka zaznajomiła zebranych z projektem ustawy przeciwgruźliczej.

Dr A. Tarpiński wygłosił referat „Dur plamisty na Wołyniu w latch 1923 — 1937". Referat ilustrowany był licznymi wykresami.

P. J. Masiewiczówna, Kierowniczka Letniej Stacji nad Matką i Dzieckiem w Krzemieńcu wygłosiła referat p. t. *„Organizacja i działalność letniej stacji opieki nad matką i dzieckiem"*.

Dr chemii, p. M. Wróbel, odiunkt Państwowego Zakładu Higieny, wygłosił referat p. t. „Technika pobierania i przesyłania prób artykułów spożywczych do badania".

Lekarz wet. Darski wygłosił referat p. t. *„Choroby zaraźliwe i pasożytnicze zwierząt*, przenoszone na ludzi, w świetle najnowszych badań". W referacie omówiono 1) choroby pasożytnicze, jak choroba bąblowcowa, wągrzyca trzody chlewnej, bydła rogatego i ryb, trychinoza, oraz choroby skórne, 2) paratyfusy i zatruwacze mięsne, w tym omawiano doniosłość znaczenia siewców i nosicieli, 3) choroby zakaźne, jak gruźlica i wąglik, nosacizna, pryszczyca, wścieklizna, pomór i różyca świń, grypa koni, 4) z ostatnio opracowanych chorób, jak np. tuleremia, itp. W referacie zwrócono uwagę na to, że prace lekarzy medycyny i lekarzy weterynarii zazębiają się, wobec czego prace te winny iść wspólnie naprzód dla dobra państwa i społeczeństwa. Szczególną uwagę zwrócono na sposób zakażania się ludzi, bądź to przez spożycie mięsa, lub przetworów mięsnych, względnie przez obcowanie z chorym zwierzęciem. Podano szczegółowe objawy u zwierząt, jak też u ludzi. W dyskusji zwrócono uwagę na pryszczycę jako chorobę mogącą przynieść duże straty materialne państwu, b. szczegółowo omawiano sposoby zwalczania tejże choroby u nas, oraz w Niemczech.

Mgr. Juchniewicz insp. farm. wygłosił referat pt. *„Zaopatrzenie i przystosowanie aptek dla celów O. P. L."*. W związku z wygłoszonym referatem — referent obrony przeciwlotniczej p. T. Wodziński omówił ustawy i rozporządzenia, dotyczące przygotowań obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej, oraz naświetlił metody organizacji tej brony w miastach, a także zasady budownictwa odpornego przeciw napadom z powietrza.

Po zamknięciu Zjazdu odbyło się zwiedzenie filii Państwowego Zakładu Higieny w Łucku, wodociągów miejskich i zabytków miasta.

Reasumując przebieg obrad, należy stwierdzić, że sprawy sanitarne, akcja zapobiegawcza, lecznictwo i szpitalnictwo osiągnęły dość poważne rezultaty, dzięki zrozumieniu przez samorządy terytorialne ważkości podniesienia stanu sanitarnego miast i wsi i roztoczenia należytej opieki nad zdrowiem ludności miejskiej i wiejskiej przez zwiększenie ilości placówek samorządowej służby zdrowia.

Plan działalności na przyszłość przewiduje budowę nowych szpitali w Łucku, Krzemieńcu i Kostopolu, uruchomienie lotnych stacji opieki nad matką i dzieckiem, otwarcie wiejskich ośrodków zdrowia, budowę studni publicznych, kąpielisk itp.

W POWSZECHNOŚCI UBEZPIECZEŃ — ICH SIŁA

KRONIKA ZAGRANICZNA

ŚWIATOWE WSKAŹNIKI ZATRUDNIENIA I BEZROBOCIA.

Poniżej podane zestawienia i wykresy przedstawiają 3 wskaźniki światowe zatrudnienia i bezrobocia, odnoszące się do okresu 1929 — 1937. (Podstawa 1929 r. = 100):

A. Światowy wskaźnik liczby zatrudnionych pracowników.
B. „ „ stopnia zatrudnienia.
C. „ „ nasilenia bezrobocia.

Te trzy wskaźniki stanowiące podstawę pomiaru wahań na rynku pracy, zostały obliczone przez Międzynarodowe Biuro Pracy na podstawie statystyk poszczególnych państw, przedstawiających poziom ogólny zatrudnienia i bezrobocia. Dane te obejmują państwa, których przemysł osiągnął pewien poziom,[1]) przy tym w wymienionych 3 wskaźnikach występują niekoniecznie te same państwa. Również podstawa statystyk poszczególnych państw nie jest jednolita; najczęściej obejmuje ona górnictwo i przemysł, w niektórych wypadkach komunikację i wyjątkowo handel; rolnictwo jest uwzględnione tylko w kilku wypadkach. Mimo, że te wskaźniki światowe stanowią jedynie próbę przedstawienia badanych zjawisk i są tylko przybliżeniem, są one mniej uzależnione od przypadkowych okoliczności niż szeregi statystyczne poszczególnych państw, które stanowiły podstawę budowy tych wskaźników. Jest to oczywiste, jeżeli się zważy, że okoliczności o których mowa, powodują, że przypadkowe odchylenia mają tendencję wzajemnego kompensowania się.

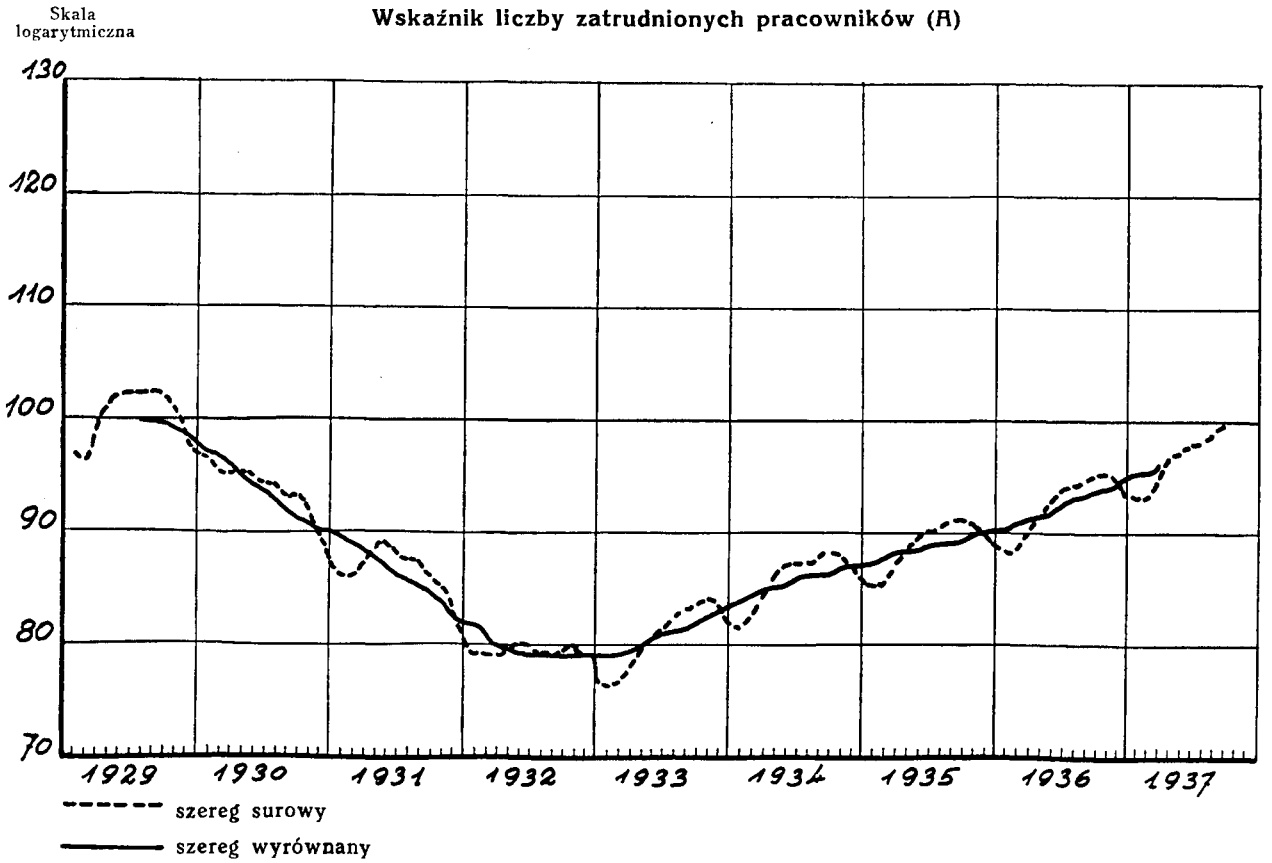
Wskaźniki światowe zostały otrzymane jako przeciętna geometryczna ważona wskaźników poszczególnych państw przy podstawie roku 1929 — 100; użyte do obliczeń wagi są w przybliżeniu proporcjonalne do liczebności ludności przemysłowej danego kraju, obliczonej na podstawie spisów ludności z lat 1930 i 1931, lub w okresie niezbyt oddalonym od tych dat.[2]) Dla każdego wskaźnika obliczono pozatem szereg wyrównany w którym wyeliminowane zostały wahania sezonowe i inne krótkotrwałe odchylenia. Odpowiednie krzywe ilustrujące te wskaźniki przedstawiono na wykresach.

A. *Wskaźnik światowy liczby zatrudnionych pracowników.*

Wskaźnik ten przedstawia zmiany liczby bezwzględnej pracowników zatrudnionych w różnych latach. Opiera on się w zasadzie na 2 rodzajach statystyki: statystyki ubezpieczeń społecznych i statystykach zakładów pracy. Odnosi się on do 16 krajów posiadających około 490

[1]) Z wyjątkiem ZSSR. dla wszystkich 3 wskaźników i Francji dla wskaźnika C.

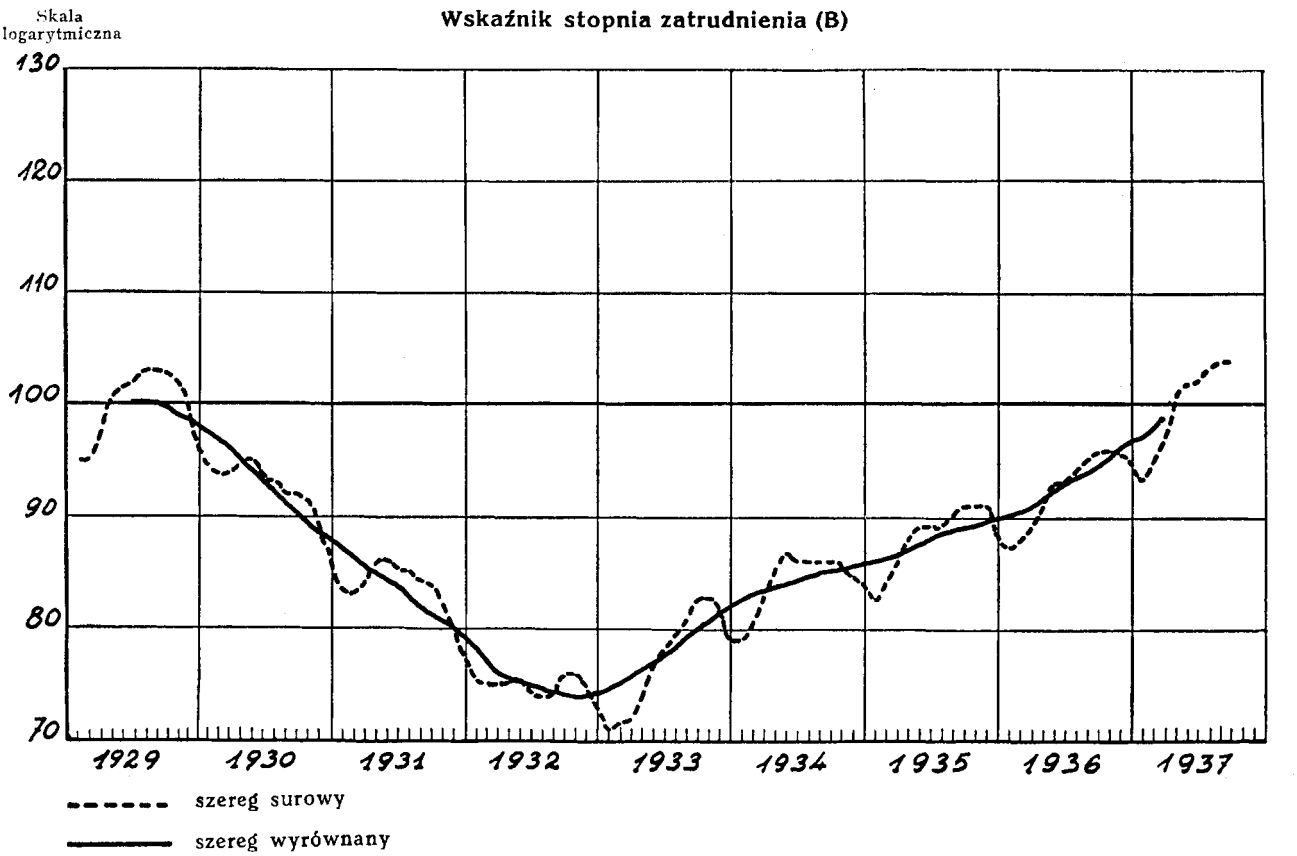
[2]) Wskaźnik światowy natężenia bezrobocia został obliczony za pomocą wskazanego ważenia dopiero od r. 1933; dla lat poprzednich wagi były oparte na spisach ludności dokonanych w 1920 r. lub w latach sąsiednich. Biuro międzynarodowe pracy nie uważało za konieczne przeliczanie wskaźników dla okresu 1929 — 1932, gdyż przy obliczeniach kontrolnych okazało się, że ten wskaźnik pozostaje w badanym okresie praktycznie na tym samym poziomie przy obu sposobach ważenia średnich geometrycznych.



milionów mieszkańców i 65 milionów ludności przemysłowej (ludności aktywnej w górnictwie, przemyśle i rzemiośle). Wskaźnik ten może wzrastać, chociaż jednocześnie wskutek pewnego wzrostu liczby ludności stopień zatrudnienia, t. j. procent osób zatrudnionych, może maleć. Wskaźnik oparty na liczbie osób zatrudnionych w określonej dacie, nie uwzględnia wahań ilości pracy pochodzących ze zmian liczby godzin pracy przypadającej przeciętnie na jednego pracownika i wahań dni pracy w tygodniu i tygodni w roku.

B. *Światowy wskaźnik stopnia zatrudnienia.*

Wskaźnik ten przedstawia wahania stosunku liczby pracowników zatrudnionych do liczby pracowników mogących być zatrudnionymi (objętych statystyką). Opiera się on przede wszystkim na statystykach przedstawiających procent bezrobotnych (statystyki ubezpieczeń społecznych, syndykatów lub kas syndykalnych, biur pośrednictwa pracy itd.), z których wyprowadzono procent osób zatrudnionych i które wyrażono we wskaźnikach przy podstawie 100 dla r. 1929. W 3 krajach, w których brak było takich liczb procentowych, wykorzystano statystykę zakładów pracy, ujmującej wahania zatrudnienia, ale ustaloną w ten sposób, że może być ona uważana jako dająca przybliżoną miarę wahań stopnia zatrudnienia. Ten wskaźnik, opierający się tak jak i poprzedni wskaźnik A na liczbie indywiduów, nie uwzględnia wahań w liczbie godzin przepracowanych rzeczywiście przez zatrudnionych robotników; częściowo bezrobotni, którzy nie



są zresztą uwzględniani w statystykach naogół sporządzanych, są tutaj liczeni tak jak pracownicy zatrudnieni całkowicie.

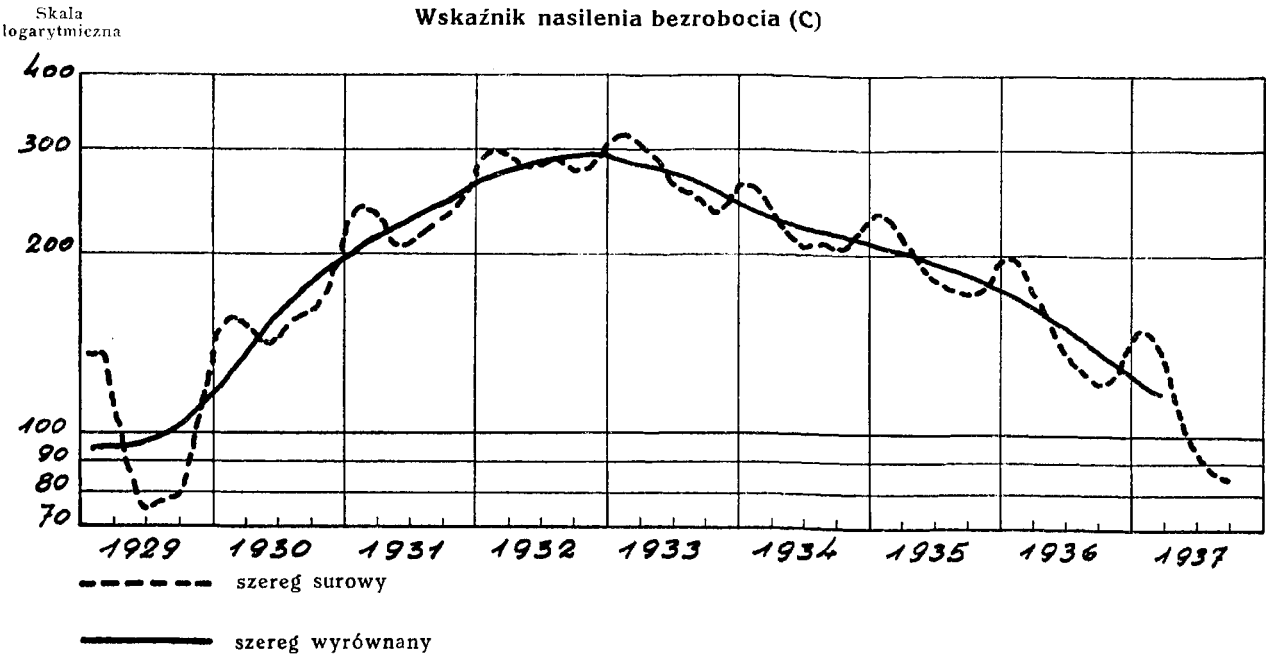
Wskaźnik obejmuje 17 krajów posiadających około 500 milionów mieszkańców i 69 milionów ludności przemysłowej czynnej.

Wskaźnik B przedstawia zatem inną miarę wahań zatrudnienia niż wskaźnik A. Wskaźnik B będąc niezależnym od wzrostu ludności osiąga maksimum z chwilą gdy wszyscy pracownicy objęci statystykami poszczególnych krajów są zatrudnieni, co naturalnie nie jest jednoznaczne z tym, że bezwzględne liczba zatrudnionych osiągnęła maksimum. Wskaźnik B różni się pozatem od wskaźnika A swoim zakresem: nie wszystkie te same państwa występują bowiem w obu wskaźnikach i szeregi wykorzystane w każdym z państw nie odnosiły się dokładnie do tych samych gałęzi gospodarstwa. Niektóre rozbieżności w wahaniach obu wskaźników są właśnie spowodowane odmiennością podstaw na których oparto ich budowę

C. *Światowy wskaźnik nasilenia bezrobocia.*

Wskaźnik ten przedstawia wahania procentowego stosunku bezrobotnych do wszystkich pracowników mogących być zatrudnionymi a objętych statystykami. Nie odnosi się on w żadnej mierze do wahań bezwzględnej liczby bezrobotnych i nie uwzględnia częściowo bezrobotnych. Opiera się on na stosunku procentowym bezrobotnych,[3]) wyprowadzonym ze statystyk tych samych, które służyły do obliczenia wskaźnika stopnia zatrudnienia (z wyjątkiem jednego kraju); oba wskaźniki zmieniają się w sposób odwrotny, ale wychylenia ich wahań nie są oczywiście takie same. Wskaźnik C opiera się na 16 krajach posiadających około 450 milionów mieszkańców i 62 miliony czynnej ludności przemysłowej. *(B. I. T. Revue internationale du travail, styczeń 1938 r.).*

[3]) Dla jednego kraju, mianowicie Italii, wykorzystana statystyka opiera się na bezwzględnej liczbie całkowicie bezrobotnych.



Powyższe wykresy podane w dziale statystycznym Międzynarodowego Przeglądu Pracy można uzupełnić jeszcze paroma uwagami. Jak widać z załączonych wykresów rok 1932 był w skali światowej dnem kryzysu gospodarczego. Od tego roku obserwujemy wzrost wskaźnika stopnia zatrudnienia, który w 1937 zbliżył się już do poziomu z roku 1929, a jednocześnie obserwujemy spadek wskaźnika natężenia bezrobocia. Oczywiście krzywe wskaźników dla różnych, uwzględnionych w światowej statystyce krajów, mają różne przebiegi i wykazywać mogą nawet znaczne przesunięcia wzajemne punktów extremalnych.

Przytoczone krzywe potwierdzają, że mimo coraz wyraźniej zarysowujących się formalnych barier gospodarczych, można jednak i nadal operować pojęciem koniunktury w skali światowej.

EWOLUCJA ANGIELSKIEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NA WYPADEK BRAKU PRACY

Rok bieżący jest siódmym z rzędu rokiem prosperity dla brytyjskiego ubezpieczenia społecznego na wypadek braku pracy. Na półkach księgarskich Londynu pojawiło się obecnie obszerne studium poświęcone systemowi ubezpieczeń i organizacji niesienia pomocy na rzecz bezrobotnych w W. Brytanii [1]), ze szczególnym uwzględnieniem zmian, które zaszły od roku 1932 po chwilę obecną.

Sprawozdanie finansowe za rok 1938 brytyjskiego funduszu ubezpieczeń od bezrobocia wykazało pokaźną nadwyżkę w wysokości ponad 21 milionów funtów, co łącznie z nadwyżkami w poprzednich paru latach podniosło fundusz rezerwowy do sumy z górą 60 milionów funtów. W opinii zaś sir Williama Beveridge'a, przewodniczącego komitetu ubezpieczeń na wypadek braku pracy, oczekiwać należy, iż w ciągu bieżącego roku nadwyżka wpływów nad wydatkami Funduszu wzrośnie o dalszych 20 milionów funtów. Większa część Funduszu stanowi nienaruszalną rezerwę przeznaczoną na świadczenia w razie ponownej depresji, którą zapowiadają eksperci ekonomiczni po zakończeniu obecnego programu dozbrojeń brytyjskich, natomiast część sum przeznacza zarząd Funduszu na krótkoterminowe inwestycje oprocentowaniem w wysokości 1⅜% lub maksimum 1¾%, podczas gdy sam płaci 3⅛% od starego długu Funduszu Bezrobocia z lat kryzysowych, wynoszącego nadal około stu milionów funtów.

Autor analizuje ewolucje ubezpieczenia społecznego na wypadek braku pracy w W. Brytanii i wyróżnia przytym trzy etapy, a mianowicie 1) okres eksperymentalny od 1911 do 1920, gdy pierwsza ustawa o narodowem ubezpieczeniu (National Insurance Act) objęła nieco ponad 2 miliony robotników przemysłowych, zatrudnionych w stoczniach, hutach i przemyśle maszynowym i która ustaliła wysokość stawki zarówno dla pracodawców jak i robotników na 2 i pół pensa (30 gr) za każdy tydzień ubezpieczonego zatrudnienia. Państwo płaciło jedną trzecią wspólnych składek, a świadczenia wynosiły dla ubezpieczonych, którzy przekroczyli 18-ty rok życia — siedem szylingów tygodniowo, przy czym jedna osoba pobierać mogła zasiłek w roku kalendarzowym maksymalnie przez 15 tygodni („rok ubezpieczeniowy" rozpoczynał się w lipcu). W ciągu wojny światowej objęto ubezpieczeniem pracowników w zakładach amunicji, którym groziło bezrobocie z chwilą zawarcia pokoju i liczba ubezpieczonych osób wzrosła do blisko 4 milionów. Fundusz ubezpieczeń od bezrobocia, z chwilą zawieszenia broni w 1918 roku, wykazywał już dużą nadwyżkę w wysokości 15 milionów funtów.

Okres drugi od 1920 do 1931 pozostawał pod znakiem kryzysów i dwóch depresyj gospodarczych, które wywarły ujemny wpływ na kształtowanie się finansów ubezpieczeń społecznych. Ustawa z 1920 r. rozszerzyła ubezpieczenia na 12 milionów osób, a „Act of 1920" uchodzi za ojca dzisiejszego narodowego systemu ubezpieczeń od bezrobocia w W. Brytanii. Wysokość nowych zasiłków ustalono na 15 szyl. tygodniowo dla pracowników i 12 szyl. dla pracownic, a składki wynosiły dla pracodawców i pracowników po 4 pensy tygodniowo. Ustawa weszła w życie niemal w chwili, gdy pojawiły się pierwsze oznaki zała-

[1]) *C. Percy: „Unemployment insurance and assistance in Britain". (Harrap 1938).*

mania koniunktury gospodarczej. W latach następnych wzrastało zadłużenie funduszu bezrobocia i z końcem 1923 roku finanse ubezpieczeń brytyjskich wykazywały już deficyt blisko 125 mil. funtów.

Pierwszy rząd stronnictwa pracy w 1924 r. zapoczątkował serię reform w ubezpieczeniu na wypadek braku pracy. Fundusz początkowo wykazywał poprawę, albowiem dług spadł z końcem roku do 5 milionów funtów, mimo iż bezrobocie utrzymywało się na wysokim poziomie 1.274 tys. ludzi. Zmiana rządu w następnym roku 1925, gdy doszedł do władzy gabinet konserwatywny, przyniosła zapowiedź rozpatrzenia sytuacji pracowników rolnych z myślą objęcia ich systemem ubezpieczeń. Rok 1926 stał pod znakiem wielkiego strajku, a bezrobocie osiągnęło wysoki poziom 1.650 tys. ludzi. Fundusz bezrobocia, w związku z ogromnie zwiększonemi świadczeniami, wykazał w końcu roku deficyt w wysokości 22,6 mil. funtów. W następnym roku stworzono nową klasę ubezpieczonych w wieku 18 do 21 lat. Nowy system świadczeń zapewniał mężczyznom zasiłki w wysokości 17 szyl. a pracownicom 15 szylingów tygodniowo. Dług funduszu ubezpieczeń wykazywał z końcem 1927 r. zadłużenie w wysokości ponad 23 miliony funtów, a w ciągu 1928 zwiększył się do 31 milionów funtów. W następnych dwu latach rządu partii pracy sytuacja gospodarcza pozostawała pod znakiem depresji światowej i rosnącego bezrobocia. Zasiłki dla młodocianych bezrobotnych, pomiędzy 17 i 19 rokiem życia, podwyższono. Pod koniec 1930 r. zadłużenie funduszu ubezpieczeń na wypadek braku pracy wzrosło do 60 milionów funtów.

W ciągu roku świadczenia na rzecz bezrobotnych pochłonęły sumę 110 milionów funtów w tym 80 mil. funtów dał Skarb Państwa. Wreszcie 1931 r. zamknął okres kryzysowych lat ubezpieczenia społecznego W. Brytanii, gdy dług funduszu bezrobocia wzrósł do blisko stu milionów funtów.

Okres prosperity ubezpieczeń społecznych zapoczątkował rok 1932, mimo iż Anglia po dojściu do władzy rządu narodowego znajdowała się jeszcze czas pewien w depresji gospodarczej. Do pracy przystąpiła komisja królewska, i w raporcie swym zaleciła objęcie ubezpieczeniem pracowników umysłowych pobierających uposażenia od 250 do 350 funtów rocznie. Komisja zaleciła przeniesienie na osobne konto starego długu funduszu bezrobocia i jego stopniową amortyzację na przestrzeni 65 lat w drodze płacenia co roku 4 i pół miliona funtów, przy czym dwie - trzecie ponosić miał Skarb, a jedną trzecią fundusz.

W 1933 r., poraz pierwszy od wielu lat z uzyskanych nadwyżek, fundusz ubezpieczeń rozpoczął spłatę swego rekordowego długu. W następnym roku Sir H. Betterton (późniejszy lord Rushcliffe) opuścił gabinet i objął godność przewodniczącego Rady pomocy na rzecz bezrobotnych. Nowa ustawa ubezpieczeniowa przywróciła zredukowane w dobie kryzysu świadczenia, i postanowiła, iż ubezpieczenie w W. Brytanii rozpoczyna się z chwilą opuszczenia szkoły, przy czym składka dla młodocianych poniżej 16 roku wynosi po dwa pensy (24 gr) tygodniowo zarówno dla ubezpieczonego, jak dla pracodawcy i Skarbu.

System ubezpieczeń społecznych obejmuje obecnie w W. Brytanii przeszło 14 milionów osób. Autor w zakończeniu podkreśla, iż z wielkich trudności wybrnął fundusz bezrbocia, przy czym odegrał ważką rolę instynkt angielski zachowania społecznego dziedzictwa (preserving the social heritage) i zdolności administracyjne. Bezrobocie jest obecnie ryzykiem ubezpieczonym i objęło również pracowników rolnych i leśników, jakoteż pokaźną armię 150 tysięcy prywatnych ogrodników.

Znowelizowana ustawa ubezpieczeniowa zapewnia również cudzoziemcom zatrudnionym w W. Brytanii w zajęciach ubezpieczonych te same przywileje i korzyści co poddanym brytyjskim, zaś w drodze umów międzynarodowych ze Szwajcarią i Niemcami przysługuje Anglikom prawo do korzystania z zasiłków w obu wspomnianych krajach na warunkach i w wysokości ustalonej dla obywateli Szwajcarii i Trzeciej Rzeszy. Obecnie prowadzone są rokowania o zawarcie podobnego porozumienia na zasadzie wzajemności z Francją.

L. Charap.

ZASADY LOKACYJNE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W PIŚMIENNICTWIE ZAGRANICZNYM

W marcowym numerze „Revue Internationale du Travail", ukazał się artykuł p. Cyryla Dechamp na temat lokat ubezpieczeń społecznych. Artykuł pozostaje w związku z podjęciem ostatnio przez Międzynarodowe Biuro Pracy prac badawczych w tej dziedzinie, zapoczątkowanych zebraniem rzeczoznawców w grudniu ubiegłego roku, na którym p. Dechamp dał się poznać jako nieprzeciętny znawca problemu.

Zagadnienie lokat ubezpieczeń społecznych rozpatrywane może być z punktu widzenia celów i zadań ubezpieczeń społecznych w sposób mniej lub więcej wyczerpujący. P. Dechamp w artykule swym starał się dać — o ile możności kompletny, lecz krótki przegląd zasad, rządzących akcją lokacyjną ubezpieczeń społecznych. Trzeba przyznać, że z zadania tego wywiązał się w sposób poprawny, co w połączeniu z jasnością wykładu i ścisłością definicji stawia artykuł p. Dechamp na czołowym miejscu wśród tego rodzaju opracowań, ostatnio coraz częstszych w literaturze fachowej. Osobom, interesującym się problemem należałoby doradzać przeczytanie artykułu p. Dechamp. Dla tych zainteresowanych, którzy nie mieli by do tego sposobności podajemy poniżej streszczenie ar-artykułu.

Rozpatrując na wstępie zasady, którym winna odpowiadać akcja lokacyjna ubezpieczeń społecznych, autor wymienia znane zasady bezpieczeństwa, płynności i rentowności, a obok nich omawianą ostatnio coraz częściej zasadę celowości społecznej i ekonomicznej lokat.

Bezpieczeństwo lokat może być formalne lub materialne. Bezpieczeństwo formalne polega na mocy zobowiązania dłużnika do zwrotu waluty lokaty i opłaty odsetek od lokaty w nominalnej wartości pieniądza. Jako gwarancje bezpieczeństwa formalnego wchodzą w rachubę osobiste zobowiązanie dłużnika, wartość zastawu, zabezpieczającego lokatę i przywilej pierwszeństwa pokrycia waluty lokaty z majątku dłużnika przed innymi wierzycielami. Za najpewniejszych dłużników uważa autor ciała publiczne, mające ustawowe prawo pobierania podatków. Bezpieczeństwo materialne lokat upatruje autor w stałości siły nabywczej waluty lokaty. Autor zadaje pytanie, czy jest rzeczą ubezpieczeń społecznych dążyć do zapewnienia takiego bezpieczeństwa lokat, to znaczy dążyć do takiego sformowania portfelu lokacyjnego, któreby zapewniło wzrost dochodu w nomi-

nalnych jednostkach pieniądza w razie spadku siły nabywczej pieniądza? Na pytanie to autor odpowiada raczej negatywnie. Lokaty, zdolne zapewnić bezpieczeństwo materialne (nieruchomości, akcje przedsiębiorstw) połączone są z dużymi ryzykami, dotyczącymi bądź to poziomu dochodu z tych lokat, bądź też ich bezpieczeństwa. Doświadczenie powojenne wykazało, że ubezpieczenia społeczne wyszły zwycięsko z gwałtownych zaburzeń walutowych, a to dzięki pomocy państwa. Na pomoc tę zawsze można liczyć, o ile ubezpieczenie społeczne poniosło straty wskutek spadku wartości pieniądza. Natomiast straty, spowodowane nieudałą akcją lokacyjną w nieruchomościach lub innych walorach o zmiennym oprocentowaniu zdaniem autora, nie dawałyby ubezpieczeniom dostatecznej podstawy do domagania się pomocy ze strony państwa.

Omawiając zasadę płynności odróżnia autor wymogi płynności rezerw bezpieczeństwa (na nieprzewidziane wydatki) i rezerw technicznych ubezpieczeń społecznych. Słusznie autor zastanawia się nad problematycznym znaczeniem zasady płynności w ubezpieczeniu długoterminowym, mogącym przy dużym portfelu lokacyjnym zawsze liczyć na pewną naturalną łatwość upłynnienia części portfelu, a z drugiej strony z zasady nie potrzebującym sięgać do tego rodzaju środków. Nie podkreślił tylko autor, jaki związek mogłaby mieć zasada płynności z zasadą bezpieczeństwa lub zasadą rentowności lokat w tych wypadkach, gdy pewne lokaty przestają odpowiadać warunkom tych zasad i należałoby je dlatego upłynnić. A bodajże na tej płaszczyźnie przede wszystkim należałoby rozpatrywać znaczenie zasady płynności lokat społecznych ubezpieczeń długoterminowych.

Omawiając zasadę rentowności lokat podkreśla autor znaną regułę, że dochodowość lokat powinna być zasadniczo wyższą od stopy technicznej ubezpieczenia, przy czym autor czyni ciekawe porównanie pomiędzy zastosowaniem zasady rentowności w ubezpieczeniach dobrowolnych, a zastosowaniem tej zasady w ubezpieczeniach społecznych, opartych na przymusie ubezpieczeniowym. Zdaniem autora te ostatnie ubezpieczenia nie muszą poszukiwać bardzo wysokiej rentowności lokat, bo nie mają konkurencji, tak jak ubezpieczenia dobrowolne, które osiągając wysoką dochodowość lokat mogą obniżać premie.

Omawiając dążenia i możliwości osiągnięcia przy pomocy akcji lokacyjnej ubezpieczeń społecznych korzyści społecznych i ekonomicznych, słusznie podkreśla autor, że już sama akumulacja kapitałów przez ubezpieczenia społeczne stwarza tę korzyść społeczną i gospodarczą, iż jest źródłem finansowania inwestycji ze środków, któreby w razie nie istnienia ubezpieczeń społecznych w większości obrócone zostały na cele konsumpcyjne. Kapitały ubezpieczeń społecznych, jako źródło inwestycji są mniej czułe od innych kapitałów na zmiany gospodarcze. Celowość społeczna i gospodarcza lokaty zależy od ostatecznego zużycia jej waluty. Chcąc wpływać na stopień tej celowości ubezpieczenia społeczne winny sobie zdać sprawę z tego, że nie ma tu żadnych reguł. Ubezpieczeni, pracodawcy, państwo, w końcu organy instytucji ubezpieczeń społecznych, kierujące akcją lokacyjną, mogą mieć różne zdania co do tego jakie lokaty i w jakich warunkach są społecznie i gospodarczo celowe. Również zasada terytorialnego lub ewentualnie nawet zawodowego rozdziału lokat stosownie do wysokości pobieranych składek ubezpieczeniowych, jakkolwiek ma wszelkie pozory słuszności, nie może być uznana za bezwzględnie i w każdych warunkach słuszną. Zasada ta wobec trudności objektywnego ustalenia kryterium społecznej i gospodarczej celowości lokat, może uchodzić za ogólną regułę. Dalszą ogólną regułą winno być dążenie do zapewnienia przy pomocy akcji lokacyjnej ubezpieczeń społecznych korzyści dla warstw pracujących (budowa domów mieszkalnych o tanich mieszkaniach, budowa szpitali ludowych itp.).

Omówiwszy w ten sposób ogólne zasady, rządzące akcją lokacyjną ubezpieczeń społecznych, przechodzi autor do przedstawienia możliwości lokacyjnych ubezpieczeń społecznych. Autor dzieli lokaty na lokaty o stałej i na lokaty o zmiennej dochodowości i zastanawia się nad tym, które z nich są bardziej odpowiednie dla ubezpieczeń społecznych. Świadczenia ubezpieczeń społecznych długoterminowych winny mieć stałą mniej więcej siłę nabywczą. Stałość taką zapewnić może albo stałość stosunków ekonomicznych i monetarnych, albo też posiadanie takich lokat, z których dochód pozwala na wyrównywanie poziomu świadczeń do wysokości stałej ich siły nabywczej. Oczywiście dochód tego rodzaju musi być dochodem zmiennym w stosunku do nominalnej wartości pieniądza, niezmiennym natomiast w jednostkach siły nabywczej. Tego rodzaju dochodu dostarczać mogą nieruchomości, udziały w przedsiębiorstwach (np. akcje), pożyczki z klauzulą złota lub z klauzulą waluty według wyboru wierzyciela, jako typowe lokaty o zmiennej dochodowości. Wobec konieczności liczenia się z niestałością w stosunkach monetarnych należałoby właściwie zalecać dla ubezpieczeń społecznych te właśnie lokaty. Tymczasem tego rodzaju lokaty, połączone są zwykle z bardzo poważnymi ryzykami, odpadającymi prawie zupełnie przy lokatach o stałej dochodowości (jak np. papiery wartościowe, pożyczki hipoteczne, wkłady w bankach), a polegającymi właśnie głównie na zmienności i niepewności dochodu. Z tego powodu zalecać można lokaty o zmiennej dochodowości tylko w ograniczonej mierze i tylko niektóre z nich, jak na przykład tylko akcje towarzystw poważniejszych, zwłaszcza opierających swą działalność na przywileju eksploatacyjnym o charakterze monopolowym, nieruchomości mieszkalne, zakłady lecznicze, o ile istnieje pewność ich pełnego wyzyskania. Lokaty kredytowe, a więc lokaty o stałej dochodowości, powinny pozostać lokatami typowymi ubezpieczeń społecznych. W razie deprecjacji waluty, lub ustawowej zniżki oprocentowania lokat o stałej dochodowości, lokaty takie przynoszą wprawdzie straty, doświadczenie jednak wykazało, że straty te pokrywane są przez zbiorowość, ponoszącą ciężary ubezpieczeniowe, względnie drogą dotacji państwowej. Jeżeli straty wynikły na przykład wskutek lokaty funduszów ubezpieczenia w walorach państwowych, ubezpieczenie ma moralne prawo domagania się pomocy ze strony państwa. Autor przytacza przykłady udzielenia przez państwo takiej pomocy po okresie dewaluacyjnym (Niemcy).

Dodać należy, że autor szczegółowo omawia charakter i korzyści poszczególnych rodzajów lokat.

Praca p. Dechamp jest owocem sumiennych studiów i stanowić może wstęp do właściwych badań porównawczych, opartych na praktyce lokacyjnej poszczególnych instytucji ubezpieczeń społecznych.

K. T.

ZAOPATRZENIA PAŃSTWOWE I UBEZPIECZENIE NA STAROŚĆ W STANACH ZJEDNOCZONYCH AMERYKI PÓŁNOCNEJ

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym uchwalona przez Kongres St. Zj. A. P. dnia 14 sierpnia 1935 r. zleciła Rządowi Związkowemu cztery następujące zadania w dziedzinie polityki społecznej:

1. Wspomaganie finansowe tych państw związkowych, które w formie zaopatrzenia państwowego obywateli zapewniać będą bezskładkowe renty starcom, ślepym, oraz udzielać będą zapomóg na dzieci małoletnie rodzinom niezamożnym;

2. Rozbudowę obejmującego całe państwo systemu ubezpieczenia na starość osób zatrudnionych w przemyśle i handlu;

3. Wspomaganie finansowe (dopłaty) państw związkowych wprowadzających w życie zaopatrzenia na wypadek bezrobocia;

4. Wspomaganie finansowe akcji państw związkowych (poszczególnych stanów), zmierzającej do rozbudowy publicznej służby zdrowia, ochrony matki i dziecka i opieki nad b. więźniami.

Zadania te, tak ważkiego znaczenia, dla słabszej ekonomicznie części ludności ogromnego państwa, wywołały konieczność utworzenia urzędu państwowego dla ubezpieczeń społecznych w Waszyngtonie. Nowy ten Urząd Państwowy ogłosił niedawno drugie już roczne sprawozdanie ze swej działalności. Ze sprawozdania tego podamy bardziej ciekawe dane, dotyczące tylko zaopatrzeń państwowych i ubezpieczenia na starość, o ubezpieczeniu bowiem na wypadek bezrobocia w St. Zj. Ameryki Północnej dane uprzednio podał już „Przegląd Ubezp. Społ" (Nr 3/1938, str. 172, 173).

I. *Zaopatrzenia państwowe*

We wszystkich już prawie państwach związkowych (stanach) Ameryki Północnej, dostosowano bezskładkowe kasy zaopatrzeń dla starców, ślepców i nieletnich dzieci do wymogów ustawy o ubezp .społ. z 1935 r., co z kolei spowodowało, że państwa te nabyły prawo do otrzymywania finansowej pomocy od Rządu Związkowego.

Liczba osób, które korzystają z zapomóg Rządu Centralnego wzrosła z 930 tysięcy osób w dniu 30/6 1936 r. do liczby przekraczającej dwa miliony (2.045.000) w końcu października 1937 r.

Liczbą ostatnią objęto 1.508.000 rencistów, pobierających zaopatrzenie starcze w 49 stanach, 41.000 ślepców, pobierających zaopatrzenie w 37 stanach, oraz wreszcie 496.000 małoletnich dzieci, otrzymujących zapomogi w 40 stanach.

Renty bezskładkowe (zaopatrzenia) są stosunkowo nieduże (jak na stosunki amerykańskie) i wahają się, zależnie od finansowych możliwości danego stanu, w granicach od 5 do 40 dolarów miesięcznie (25 — 200 zł.). Przeciętne zaopatrzenie starcze we wszystkich stanach wynosiło w październiku 1936 r. kwotę 18.49 dolarów miesięcznie, a po roku (X, 1937) 19.04 dolary. Renty (zaopatrzenia) wypłacane osobom ociemniałym (ślepym) są nieco wyższe, w październiku bowiem 1937 roku zaopatrzenie przeciętne tej kategorii rencistów wynosiło kwotę 25.40 dolarów miesięcznie.

Zapomogi dla małoletnich dzieci pobierało 200.000 rodzin, przy czym zapomoga dla jednej rodziny wynosiła przeciętnie 31.07 dolarów miesięcznie.

Pomimo tego, że zaopatrzenia te nie są wygórowane, lecz przeciwnie w niektórych stanach — niskie (np. 5 dolarów) to jednak wydatki na te cele w czasokresie od stycznia 1936 r. do października (włącznie) 1937 roku wyniosły kwotę poważną 470,4 milionów dolarów. W kwocie powyższej wydatków Rząd Związkowy Centralny partycypował w 46,1%, poszczególne stany w 41,5%, a 12,4% wydatków pokryły inne miejscowe organizacje.

II. *Ubezpieczenie na starość*

Zakres ubezpieczenia na starość obejmuje tylko pracowników, zatrudnionych w przemyśle i handlu. Nie podlegają temu ubezpieczeniu robotnicy rolni, robotnicy i pracownicy zatrudnieni jedynie dorywczo, służba domowa, nauczyciele, pracownicy i robotnicy publicznych instytucyj i władz. Odrębnie uregulowano zabezpieczenie starości służbie kolejowej (pracownikom kolei). Ustawa przewiduje w tym celu płacenie specjalnego podatku od zarobków przez osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia. Opłata ta wynosi w latach 1937, 1938 i 1939 po 2% od zarobku, nieprzekraczającego rocznie 3000 dolarów, zarobki wyższe ponad 3000 dol. rocznie opodatkowane są tylko do kwoty 3000 dolarów. Opłaty te ponoszą po połowie pracodawcy i pracownicy tj. płacą po 1%. W następnych 9 latach tj. od r. 1940 — 1948 (włącznie) co trzy lata wzrasta stopa procentowa o 1%, tak iż od 1949 roku począwszy na cele ubezpieczenia na starość składka wynosić będzie na stałe 6% płac, z czego 3% zapłacą ubezpieczeni i 3% ich pracodawcy. Pracodawcy są zobowiązani co miesiąc przekazywać należne kwoty za ubezpieczenie do Urzędów Skarbowych.

Z uzasadnienia finansowego do ustawy o ubezpieczeniu społ. wynika, że wg. obliczeń w roku budżetowym 1937/1938 (rok budżetowy w St. Zj. A. Pół. liczy się od 1 lipca każdego roku) wpływ ze składek (podatku zarobkowego) da kwotę 560 milionów dolarów, a w roku budżetowym 1949/1950 wpływ ten osiągnie kwotę 1877 milionów. W rzeczywistości jednak do Urzędu Skarbowego Związku wpłynęła w czasie od 1/1 1937 — 30/9 1937 kwota 415,9 milionów dolarów, czyli stosunkowo nieznacznie mniejsza. Zauważyć przy tym trzeba, że renty starcze będą wypłacane z ogólnych dochodów podatkowych państwa Związkowego, a nie tylko z dochodów z tego wyłącznie podatku zarobkowego. Z obliczeń amerykańskich matematyków ubezpieczeniowych wynika, że wypłaty na renty starcze wyniosą w roku budżetowym 1941/1942 około 52,8 milionów dolarów (stosunkowo mała suma, faktycznie obejmuje tylko pierwsze półrocze 1942 roku, ponieważ ustawa daje prawo do rent dopiero po pięcioletnim okresie ubezpieczenia — opłacania składek tj. od 1/1 1942 roku). Obliczono również, że w roku budżetowym 1949/1950 tj. w 8 lat później wypłaty na renty starcze osiągną już kwotę 505 milionów dolarów, a w roku budżetowym 1979/1980, tj. po 38 latach działalności świadczeniowo-rentowej ustawy wydatki na renty starcze osiągną olbrzymią kwotę 3,5 miliarda dolarów.

Z nadwyżek w pierwszych 30 latach ubezpieczenia utworzony zostanie fundusz rezerwowy z odsetek którego będą pokrywane w późniejszych latach niedobory.

Ten fundusz rezerwowy będzie wynosił w roku budżetowym 1949/1950 kwotę 14 miliardów dolarów i 30 lat później kwotę 46,9 miliardów dolarów.

Obliczenia powyższe matematyków ubezpieczeniowych wychodzą z założeń, że liczba ubezpieczonych po-

całkowo wynosić będzie 25,8 milionów osób, którą to liczbę wyprowadzono na podstawie danych amerykańskiego spisu ludności w 1930 roku tj. podczas kryzysu. W rzeczywistości jednak do końca października 1937 roku zgłoszono do ubezpieczenia już 35,4 milionów osób. Nie są również zupełnie pewne i ścisłe inne wyniki, wzięte za podstawę obliczeń matematycznych, jak przyszły rozwój wysokości zarobków, wysokości stopy procentowej od lokat, jednym słowem niezupełnie pewne są obliczenia, dotyczące przyszłych dochodów ubezpieczenia.

Do rent starczych płatnych od 1/1 1942 roku będą mieli prawo ubezpieczeni, którzy ukończyli 65 lat życia, w czasie od 1/1 1937 r. najmniej pięć lat byli zatrudnieni i w tym czasokresie otrzymali tytułem zarobków najmniej kwotę 2000 dolarów.

Sposób wymiaru rent starczych naogół różni się od takiegoż wymiaru przyjętego zazwyczaj w większości ustawodawstw państw europejskich; wymiar bowiem renty starczej zależy od wszytskich kwot zarobowych ubezpieczonego pobranych po 1/1 1937 aż do chwili ukończenia 65 lat życia, a nie jak w Europie ma to miejsce, że wysokość renty zależna jest od liczby i wysokości uiszczonych składek.

Miesięczna renta starcza wynosi: ½% od kwoty zarobionych pierwszych 3000 dolarów, ½% od kwoty 42000 dolarów zarobków w następnych latach, $^1/_{24}$% kwoty zarobków późniejszych (ostatnich).

Najniższa kwota renty starczej wynosi 10 dolarów miesięcznie, najwyższa zaś nie może przekroczyć kwoty 85 dolarów miesięcznie (425 zł.).

Ustawa nie stwarza pewnych specjalnych przywilejów dla zatrudnionych i ubezpieczonych pracowników umysłowych (jak to ma miejsce w Europie), mających zwłaszcza duże płace, co w Ameryce Północnej nie należy przecież do rzadkości. Wszystkie osoby zatrudnione w przemyśle i handlu są bez różnicy ubezpieczone, z zarobkami jednak nie przekraczającymi kwoty 3000 dolarów rocznie. Analizując jednak procentowy wymiar renty dochodzimy do wniosku, że niskie zarobki, a więc osoby słabsze ekonomicznie, są uprzywilejowane, wymiar bowiem renty od pierwszej kwoty 3000 dolarów jest sześciokrotnie wyższy od wymiaru następnych kwot zarobkowych w ogólnej sumie 42000 dolarów, a 12-krotnie wyższy od wymiaru renty od kwot zarobków w późniejszych latach (ostatnich). Przykładowo obliczenie renty starczej tak się przedstawia: osoba mająca 22 lata w 1937 roku ma zarobek roczny 4.000 dolarów, ubezpieczona więc będzie od 1/I 1937 roku z kwotą 3.000 dolarów rocznie i ta kwota nawet przy wyższych zarobkach będzie podczas całego okresu ubezpieczenia (o ile zarobek nie spadnie niżej 3000 dol.) brana do ubezpieczenia. Ponieważ renta starcza należy się dopiero po ukończeniu 65 lat, osoba ta byłaby ubezpieczona 43 lata i zarobek jej wzięty całkowicie do wymiaru renty wyniósłby 43 × 3000 dol. = 129000 dolarów. Od tej kwoty więc obliczonoby rentę starczą miesięczną i to w sposób następujący: za pierwszą kwotę 3000 dolarów należy się ½% tej kwoty tj. 15 dolarów miesięcznie, za następne 14 lat ubezpieczenia tj. od kwoty 42.000 dolarów bierze się $^1/_{12}$%, co stanowi 35 dolarów miesięcznie i wreszcie za ostatnie 28 lat ubezpieczenia tj. od kwoty 84.000 dolarów należy się $^1/_{24}$% tj. 35 dolarów miesięcznie. Ogółem tedy renta wyniosłaby miesięcznie 85 dolarów, co stanowi zresztą maksymalną granicę rent starczych.

Dla ubezpieczonych przez 30 lat renta wyniesie przy zarobku 50 dolarów miesięcznie 27.50 dolarów miesięcznie tj. 55% przeciętnego zarobku miesięcznego, przy zarobku 100 dolarów miesięcznie renta wyniesie 42.4 dolarów miesięcznie tj. 42,4% zarobku, przy zarobku 200 dolarów miesięcznie, renta po 30 latach wyniesie 61,25 dolarów miesięcznie tj. 30,62% zarobku. Widzimy więc (p. wyżej), że w miarę wzrostu płac, renta (w %) nie narasta w tym samym stosunku.

W razie śmierci ubezpieczonego przed ukończeniem 65 roku życia, otrzymują pozostali po nim odprawę w wysokości 3½% zarobków ubezpieczonego, jakie otrzymał w czasie od 1/1 1937 r. do śmierci. O ile jednak zmarły był już rencistą (tj. miał ponad 65 lat), pozostali po nim otrzymują jako odprawę kwotę równą 3½% całkowitego jego zarobku branego do ubezpieczenia przy obliczaniu renty starczej, mniej pobrane kwoty rentowe. Odprawy wypłacane są już po 1/1 1937 roku tj. po zaistnieniu obowiązku ubezpieczenia (renty starcze będą wypłacone dopiero od 1/1 1942).

By można było z dniem 1/1 1942 ustalać wysokość należnych rent starczych Związkowy Urząd Ubezp Społ. (Social Security Board) w końcu 1936 roku, przy pomocy urzędów pocztowych, zajął się stworzeniem ewidencii osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia i w tym celu dla 35,4 miliona osób zgłoszonych do ubezpieczenia założono odrębne dla każdego ubezpieczonego konto zarobkowe. Kartoteka ta stanowi podstawę dla rachunkowości Związkowego Urzędu dla rent starczych. Godne jest uwagi, że w Waszyngtonie nie można było znaleźć lokalu dla umieszczenia tej kartoteki. Zbudowano więc specjalny gmach dla kartoteki i dla Zw. Urzędu rent starczych w Baltimore kosztem 12,4 milionów dolarów. Związkowy Urząd dla rent starczych wyposażono w najnowsze maszyny biurowe i inne środki pomocnicze; obecnie przy prowadzeniu tylko kont ubezpieczonych na podstawie kwartalnych zgłoszeń przez pracodawców jest zatrudnionych w tym urzędzie 2500 pracowników. Urząd ten pracuje w ścisłym porozumieniu ze Związkowym Urzędem Skarbowym, który ściąga należne składki za ubezpieczenie co miesiąc od pracodawców i otrzymuje kwartalne wykazy zarobków wypłaconych poszczególnym pracownikom. Urząd Związkowy dla rent starczych celem nawiązania łączności z pracodawcami i ubezpieczonymi utworzył 324 biura okręgowe w całym państwie, które podlegają nadzorowi państwowemu, wykonywanemu przez 12 okręgowych urzędów (biur) Związkowego Urzędu dla ubezp. społecznych.

Ze sprawozdania Związkowego Urzędu dla ubezp. społ. okazuje się, że w roku budżetowym 1936/1937 (drugi rok budżetowy) dochody Urzędu wyniosły 475,3 milionów dolarów (w pierwszym roku budżetowym 28,4 miliona). Z tej sumy kwotę 265 milionów dolarów przelano do Kasy rezerwowej rent starczych Związkowego Urzędu Skarbowego, zapomogi wypłacane państwom związkowym (p. wyżej) wyniosły 142,2 milj. dolarów, udział Urzędu Związkowego w kosztach administracyjnych państw związkowych spowodowanych przeprowadzeniem ubezpieczenia na wypadek bezrobocia wyniósł kwotę 29 milionów, koszty administracyjne wreszcie ogółem Urzędu Związkowego dla ubezp. społ. wyniosły kwotę 30,8 milj. dolarów (w tej kwocie mieszczą się koszty i Urzędu rentowego w Baltimore).

W końcu nadmienić trzeba, że 10 maja 1937 roku została utworzona przy wym. wyżej Urzędzie Związko-

wym, Rada ubezp. społ. (Social Security Advisory Council) składająca się z sześciu przedstawicieli ubezpieczonych, tyluż przedstawicieli pracodawców, oraz 12 fachowców. Rada ta ma zadanie zbadać możliwości wszelkiej dalszej rozbudowy ubezpieczeń społecznych w Ameryce Północnej (ubezp. inwalidzkie, ubezp. pozostałych, rozszerzenie obowiązku ubezp. na robotników rolnych i służbę domową itp.).

Jan Zawadzki

Źródło: Ortskrankenkasse Nr 5/1938. Arykuł Dra Otto Paula p. t. „Zwei Jahre Sozialversicherung in U. S. A.".

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE W GRECJI.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym w Grecji z dnia 10 października 1934 r. weszła niedawno w życie po długotrwałych pracach przygotowawczych. Wprowadzono ustawę w życie początkowo jedynie w trzech największych miastach Grecji: w Atenach i Pireusie z dniem 1/12 1937 r., w Salonikach z d. 1/1 1938 r.

Początkowo ustawa nie objęła wszystkich pracowników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia; w miastach trzech wymienionych wyżej objęła ona z początku jedynie pracowników przedsiębiorstw mających siedzibę w tych miastach, i zatrudniających ponad 5 pracowników. Według prowizorycznych obliczeń, przeprowadzonych przez władze rządowe, początkowo to ubezpieczenie objęło w Atenach i Pireusie 26 980 przedsiębiorstw, zatrudniających 201 778 robotników, w Salonikach 45 000 robotników, początkowo więc liczba osób ubezpieczonych wyniosła około 250,000.

Dalsze objęcie ustawą pozostałych pracowników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, miało nastąpić w Atenach i Pireusie z dniem 1 kwietnia 1938 r., w Salonikach z dniem 1 maja b. r. Później nastąpi dalsze objęcie obowiązkiem ubezpieczenia pracowników zatrudnionych w innych miastach i osiedlach Grecji. Dzisiaj więc nie można jeszcze stwierdzić, ile będzie wogóle osób ubezpieczonych, liczą jednak szacunkowo liczbę ubezpieczonych na 500,000.

Na podstawie danych statystycznego rocznika Grecji za rok 1936 okazuje się, że w tym roku istniało w Grecji 98 instytucyj ubezpieczeniowych, w tej liczbie było 71 kas rentowych, 20 kas chorych, 3 kasy dla ubezp. bezrobotnych, jedna kasa pokrywała ryzyka chorób zawodowych, trzy wreszcie kasy obejmowały równocześnie wszystkie ryzyka ubezpieczeniowe (chorobę, macierzyństwo, inwalidztwo, starość, śmierć i bezrobocie). Trudno jest ustalić na podstawie omawianych danych statystycznych liczbę prawdziwą ubezpieczonych w 1936 r., gdyż niektóre osoby były ubezpieczone w kilku naraz kasach. Atoli rzeczywista liczba ubezpieczonych wynosiła prawdopodobnie do 250,000 osób. Większość tych kas przestaje istnieć w związku z wejściem w życie omawianej ustawy o ubezpieczeniu społecznym, niektóre zaś być może będą działały nadal. Dochody tych kas ubezpieczeniowych tworzyły zazwyczaj składki ubezpieczonych i ich pracodawców. Kasa robotników górniczych dochody swe czerpała jedynie z wpłat pracodawców, inne znów kasy, zwłaszcza kasy samodzielnych ekonomicznie jednostek — członków kas; korzystały nieraz z różnych dopłat z funduszów publicznych itp. Dochody tych kas w 1936 roku wyniosły ogółem 1,186 milionów drachm, wydatki zaś 829 milionów drachm (nadwyżka dochodów wyniosła 375 milionów). Majątek kas wynosił w roku omawianym 375.5 milionów i był ulokowany przeważnie w pożyczkach państwowych i pożyczkach ubezpieczonym itp. Taki w ogólnych zarysach był stan ubezp. społ. w Grecji przed wejściem w życie ustawy z 1934 roku.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznem, która już weszła w życie (p. wyżej) obejmuje zakresem swego działania wszystkich pracowników z wyjątkiem robotników rolnych (wiejskich) i służby domowej.

Ustawa ustala ubezpieczenie na wypadek choroby, macierzyństwa, inwalidztwa, starości i śmierci (ubezpieczenie pozostałej rodziny). Ustawa nie przewiduje odrębnego ubezpieczenia wypadkowego. Twórcą technicznym ustawy był znany matematyk i dyrektor czechosłowackiego Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych; profesor Dr Schönbaum.

Na wypadek choroby ubezpieczeni są również i członkowie rodziny, jak również i renciści, pobierający renty z ubezpieczenia społecznego. Renta inwalidzka przysługuje w razie niezdolności do pracy, przy czym niezdolność określono wzorem niemieckiego ustawodawstwa (utrata ⅔ zdolności do pracy). Renta starcza przysługuje mężczyznom po ukończeniu 65 lat życia, dla kobiet po ukończeniu 60 lat. W wypadku śmierci ubezpieczonego ustawa przewiduje renty wdowie i sieroce (do 16 lat).

Świadczenia ubezpieczeniowe uzależnione są od przebycia pewnego okresu wyczekiwania: do świadczeń chorobowych 50 dni ubezpieczenia, do świadczeń rentowych (inwalidztwo, starość, śmierć) 750 dni ubezpieczenia, z których 300 powinno przypadać na ostatnie 3 lata. Zasiłki chorobowe w razie niezdolności do pracy, są płatne od szóstego dnia niezdolności do pracy w ciągu 180 dni choroby, powodującej niezdolność do pracy. Wysokość zasiłków chorobowych waha się, zależnie od grupy zarobkowej, w granicach od 6 — 108 drachm (30 gr. — 5.30 zł.) dziennie (przeciętnie 40% zarobku). Zasiłki połogowe płatne są w ciągu okresu sześciotygodniowego przed połogiem i za takiż okres po połogu, w wysokści ⅓ dziennej płacy. Zasiłki dla karmiących należą się ponadto położnicom za dalsze 60 dni karmienia w wysokości zasiłku połogowego.

Renty inwalidzkie i starcze składają się z kwoty zasadniczej renty w kwocie 3.000 drachm (około 156 zł.) rocznie, kwoty wzrostu rent zależnej od liczby i wysokości składek (w I kl. zarobkowej za każdą składkę dzienną 0.15), renty te nie mogą przekraczać zarobku z ostatnich 12 miesięcy zatrudnienia i ubezpieczenia. Renty wdowie wynoszą 40%, renty sieroce 20% renty inwalidzkiej i łącznie nie mogą przekraczać renty zmarłego.

W razie choroby wskutek wypadku przy pracy zasiłek chorobowy podwyższa się o połowę (do 60% zarobku) i może być wypłacany przez 750 dni. Jeżeli wypadek spowoduje niezdolność do pracy w rozumieniu ustawy (utrata ⅔ zdolności) ubezpieczony ma prawo do renty inwalidzkiej bez względu na długość okresu wyczekiwania.

Składki płacą ubezpieczeni i pracodawcy: ⅔ składki płacą ubezpieczeni, a ⅓ pracodawcy. Ubezpieczeni są podzieleni na 8 klas zarobkowych, w zależności od wysokości dziennego zarobku, przy czym do klasy pierwszej zaliczeni są ubezpieczeni z zarobkiem do 29.95 drachm (1.50 ł.) dziennie, do najwyższej klasy zarobkowej — ósmej, ubezpieczeni z zarobkiem dziennym 250 drachm

(12.50 zł.) dziennie. Dla każdej klasy ustalony jest zarobek podstawowy, stanowiący przeciętną między dolną i górną granicą klasy zarobkowej.

Składka dla pierwszej klasy wynosi dziennie 1.15 drachm (około 6 groszy), dla ósmej 20,60 drachm (1 zł. z groszami), przeciętna składka wynosi 7,7% zarobku podstawowego. Ze składki tej przypada 4% na ubezpieczenie chorobowe i 3,7% na ubezpieczenie emerytalne.

Składka na ubezpieczenie chorobowe może być podwyższona przez Radę Ministrów do 4,8% płacy podstawowej, składka zaś na ubezpieczenie emerytalne ma wzrastać stopniowo i ma wynieść w d. 1/1 1940 zł. 4,8%, a w 1951 roku 8% zarobków.

Ubezpieczenie przeprowadza centralny Zakład Ubezpieczeń w Atenach; w większych miastach mają być oddziały. Tworzenie nowych kas przy przedsiębiorstwach i kas zawodowych nie jest przewidziane ustawą. Zakładem zarządza Rada Administracyjna składająca się z 11 członków: 3 fachowców mianowanych przez Rząd (znawcy spraw społecznych i gospodarczych) i po 4 przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców. Nadzór nad Zakładem należy do ministra gospodarki narodowej.

Wszelkie spory z tytułu ubezpieczeń społecznych rozstrzygają sądy ubezpieczeniowe I i II instancji. Sądy pierwszej instancji, w siedzibach oddziałów Zakładu, składać się będą z przewodniczącego, wyznaczonego z pośród sędziów sądu cywilnego pierwszej instancji, albo z pośród sędziów pokoju, oraz 2 asesorów, wyznaczonych przez organizacje zawodowe pracodawców i robotników.

Sąd drugiej instancji z siedzibą w Atenach będzie się składać z przewodniczącego, wyznaczonego z pośród sędziów sądu apelacyjnego w Atenach, 2 członków wyznaczonych z pośród wyższych urzędników Ministerstwa Gospodarstwa Narodowego, posiadających wyższe studia prawne, oraz po jednym przedstawicielu pracodawców i ubezpieczonych, wydelegowanych przez odpowiednie organizacje.

Źródła: „Internationale Rundschau der Arbeit" Nr. 2 (luty 1938, str. 159 — 160) oraz Nr. 5 tegoż miesięcznika z maja 1938 r. str. 466 — 468.

PROJEKT WĘGIERSKIEJ USTAWY UBEZPIECZENIA ROBOTNIKÓW ROLNYCH NA STAROŚĆ.

Ostatnio przedłożył rząd węgierski parlamentowi projekt ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na starość robotników wiejskich i czeladzi domowej.

Zauważyć przy tym należy, że na Węgrzech robotnicy i przemysłowi i handlowi podlegają już od 1929 r. obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego (inwalidztwo, starość i śmierć), a pracownicy umysłowi, zatrudnieni w rolnictwie podlegają ubezpieczeniu na starość w myśl przepisów specjalnej dla nich wydanej ustawy z d. 23/12 1936 roku.

Wniesiony projekt rządowy nie przewiduje wogóle granicy zarobkowej osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, atoli zakres ubezpieczenia ubejmuje jedynie robotników, którzy nie są posiadaczami własnych gospodarstw rolnych (mogą mieć jedynie małe działki ziemi). Liczbę przyszłych ubezpieczonych ocenia się szacunkowo na 613 000 osób. Projekt ustawy nie obejmuje przejściowo również robotnic, co do ubezpieczenia których mają być wniesione odrębne projekty.

Ubezpieczenie przeprowadzać będzie Zakład Ubezpieczeń Społecznych w rolnictwie, który będzie również administrował istniejącym już ubezpieczeniem wypadkowem robotników wiejskich. Zainteresowanym czynnikom tj. ubezpieczonym i pracodawcom zapewniony jest udział w samorządzie instytucji ubezpieczeniowej.

Prawo do renty starczej przysługiwać będzie po ukończeniu 65 lat życia, przy czym warunkiem jest przebycie 15-letniego okresu wyczekiwania (15 lat ubezpieczenia i w każdym roku najmniej 15 składek tygodniowych). Robotnicy, którzy, w chwili wejścia w życie ustawy, przekroczyli już 50 lat życia, nie mają obowiązku przebycia okresu wyczekiwania.

Kwota zasadnicza renty starczej wynosi 60 pengö [1]) rocznie, do tej kwoty dolicza się dodatkowo pewna kwota za każdy rok ubezpieczenia, w którym było zaliczonych więcej niż 25 tygodni składkowych. Kwota wzrostu renty wynosi 20% ogólnej sumy uiszczonych składek. Przeciętna renta wynosić będzie kwotę 177 pengów rocznie dla robotników wiejskich (dniówkowych) i 227 pengów dla t. zw. pomocników domowych (Hausgehilfe), dla których zresztą, o ile przekroczyli 65 lat życia, w chwili wejścia w życie ustawy, przewidziane są specjalne przepisy przejściowe, które poza tym normują też uzupełnienie rent tym ubezpieczonym, co przekroczyli w chwili początku obowiązywania ustawy 50 lat życia.

Projekt ustawy przewiduje poza tym (prócz rent starczych) zasiłki pogrzebowe, w razie śmierci ubezpieconego, w granicach 30 — 60 pengö.

Składki na to ubezpieczenie uiszczać mają ubezpieczeni i pracodawcy; przewidziane są również dopłaty funduszów publicznych.

Ubezpieczeni płacą wszyscy, nie uwzględniając różnicy wysokości wynagrodzenia i liczby dni pracy w tygodniu, jednolitą składkę tygodniową w wysokości 0,20 pengö (prawie 20 groszy). Pracodawcy znów, niezależnie od sumy wypłaconych zarobków i liczby zatrudnionych robotników, płacą 10 — 15% podatku gruntowego tytułem należnych składek, przy czym gospodarstwa rolne drobne są zwolnione z obowiązku płacenia tego podatku.

Projekt przewiduje (uzasadnienie), że w pierwszych latach działania ustawy składki ubezpieczeniowe i dopłaty wynosić będą ogółem rocznie kwotę 10 milionów pengö, z czego 3 miliony przypadnie na składki tygodniowe ubezpieczonych, a 7 milionów na pracodawców i dopłaty funduszów publicznych.

Jak widać z powyższego krótkiego streszczenia projektu ustawy, zawiera on wiele przepisów oryginalnych, nie spotykanych w obecnie działających analogicznych ustawach, dotyczących robotników wiejskich (dotyczy to przede wszystkim przepisów składkowych).

Źródło: „Internationale Rundschau der Arbeit" Nr. 4/1938. str. 374 — 5.

[1]) Pengö równa się mniej więcej złotemu.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

Włodzimierz Missiuro: „Fizjologia pracy", wydawn. Inst. Spr. Społ. Warszawa, 1938 r., str. 307.

W skąpej i mało jeszcze rozwiniętej u nas dziedzinie medycyny pracy przybyło nowe dzieło tym cenniejsze, że zupełnie oryginalne i pierwsze w Polsce. Jest nim „Fizjologia pracy", opracowana przez docenta fizjologii U. J. P. i kierownika Zakł. Fizjologii C. I. W. F. w Warszawie, dra Missiury, wydana nakładem Instytutu Spraw Społecznych w Warszawie.

Autor, zapalony badacz i jeden z bardzo nielicznych w Polsce znawców tej specjalnej dziedziny nauki lekarskiej, zaznacza na wstępie, że opracowując dzieło, kierował się przede wszystkim stroną praktyczną, pragnąc ruszyć z miejsca na terenie naszego państwa szereg niezmiernej wagi zagadnień, leżących dotąd całkowicie odłogiem z istotną krzywdą dla rodzimej wytwórczości i całego świata pracy. Fizjologia pracy, jako nowa gałęź wiedzy lekarskiej, jest właściwie nauką stosowaną, która rozwija się szybko w związku z koniecznością dostosowywania norm pracy do zmienionych zasadniczo warunków bytu mas pracujących w epoce po wojnie światowej. Konieczność wynalezienia najwłaściwszych norm gospodarki materiałem ludzkim wysunęła szereg nowych zagadnień, będących tematem studiów i badań w licznych już dzisiaj instytutach i zakładach. Zagadnienie znużenia, bezpieczeństwa pracy, chorób zawodowych, wynalezienie i określenie optimum warunków pracy organizmu ludzkiego — oto najważniejsze z nich.

W oddzielnych rozdziałach omawia doc. dr Missiuro 1) zagadnienie czynności mięśni, zatrzymując się obszernie nad bardzo dokładną analizą funkcjonalnego ich znużenia, 2) zagadnienie oddychania i pracy, oraz 3) krążenia krwi.

W rozdziale IV porusza autor specjalnie zagadnienie wpływu systematycznej pracy fizycznej na narządy i funkcje.

O ile poprzednie trzy rozdziały ujmują wszelkie problemy przede wszystkim z punktu widzenia naukowo-lekarskiego, opierając się na fizjologiczno-biologicznych obserwacjach, — w rozdziale następnym stara się autor podać pewną syntezę praktyczną, której szczegółowe studium winno zainteresować zarówno lekarza, jak i technika i w ogóle każdą osobę, zajmującą się analizą warunków pracy ludzkiej, odbywanej w różnych miejscach i okolicznościach. (Procesy przystosowania się ustroju do pracy, mechanizmy opanowywania nowych czynności ruchowych, wpływ pracy fizycznej zawodowej, a następstwa treningu).

Przy omawianiu poszczególnych tematów autor podaje bogato obcą i polską literaturę, podnosząc tym wartość dzieła.

W dziele Dr Missiury znajdą wszyscy lekarze wykonujący swój zawód w dziedzinie medycyny pracy (przemysłowi, fabryczni), jak niemniej i personel inspekcyjny i techniczny, zajmujący się na terenie warsztatów pracy jej ochroną i higieną, — cenny materiał, którego poznanie umożliwi im w wysokim stopniu wykonywanie ich tak odpowiedzialnego i ważnego zawodu.

Również i lekarze, zatrudnieni w ubezpieczeniu chorobowym, a szczególnie zajmujący się badaniem młodocianych robotników, znajdą w dziele Dr Missiury wiele cennych wiadomości, których poznanie będzie z jaknajwiększym pożytkiem dla pogłębienia wartości ich dalszej pracy. Nie zapominajmy o tym, że wykonywana obecnie ustawa o ubezpieczeniach społecznych z marca 1933 r. zaleca ubezpieczalniom społecznym, między innymi, czuwanie nad bezpieczeństwem i higieną pracy w warsztatach.

W tym krótkim sprawozdaniu z dzieła doc. dr Missiury pragnę zachęcić wszystkie wymienione wyżej osoby, by się tą pracą szczerze zainteresowały i ją jak najrychlej przestudiowały.

Dr Szumski Jan.

Käthe Truhel — Sozialbeamte. Ein Beitrag zur Sozialanalyse der Bürokratie. Sagan 1934. (Urzędnicy instytucji społecznych. Przyczynek do socjologicznej analizy biurokracji).

Praca p. Truhel powinna zainteresować pracowników ubezpieczeń społecznych, pomimo, że do literatury przedmiotu nie wnosi ona nic szczególnie nowego. Oprócz części historycznego charakteru, ogranicza się właściwie do obserwacji zebranych z terenu pracy urzędnika miejskiego oraz opiekunki społecznej, jednakże w przystępnej formie podaje wszelkie te zarzuty skierowane przeciw biurokratyzmowi, które w innych podstawowych i bardziej wyczerpujących pracach podane zostały w sposób może mniej przystępny.

Liczba urzędników ubezpieczeniowych w Polsce jest dzisiaj bardzo poważna i liczy się na tysiące; są wśród nich ludzie którzy pracują w ubezpieczeniach już bardzo wiele lat, są zaś tacy którzy wchodzą jako młody narybek; jednakże tak jedni jak i drudzy są narażeni na tę chorobę, którą powszechnie nazywany zbiurokratyzowaniem. Ponieważ stan zbiurokratyzowania kadr urzędniczych jest tak szkodliwy a biurokracja tak bardzo znienawidzona, warto bliżej omówić te cechy, które składają się na zbiurokratyzowanie, by umożliwić każdemu zainteresowanemu śledzenie za najbardziej rozpowszechnionymi objawami choroby biurokratyzmu. Gdy to nastąpi, prawdopodobnym jest, iż w przyszłości zbiurokratyzowanie nie będzie tak rozpowszechnione i można będzie przejść nad nim do porządku dziennego.

Aby przystąpić do samego przedmiotu zdać sobie trzeba sprawę z różnicy pojęć; odróżniamy pojęcie *biurokracji* od pojęcia *zbiurokratyzowania:* o ile pierwsza jest synonimem kadr urzędniczych, które w państwie nowoczesnym istnieć muszą i w miarę jak rozszerzają się funkcje publiczne, kadry te muszą rosnąć, o tyle zjawisko drugie charakteryzuje się pewną *postawą* urzędnika przyjętą w stosunku do szerokich sfer obywateli oraz poglądem tegoż urzędnika na rolę jaką w społeczeństwie spełnia.

Postawa ta jest niewątpliwie szkodliwa, wymaga wobec tego zmiany. Wraz ze zmianą postawy biurokratycznej, czyli zmiany kulturalno-społecznej, następuje zanik biurokratyzmu, chociaż liczba urzędników może pozostać niezmieniona, a nawet wzrosnąć. Postawę biurokratyczną cechuje przerost w zakresie odczuwanej potrzeby prestiżu, i przesadnej dążności do zachowania znaczenia z domaganiem się takich objawów ze strony publiczności jak oddawanie czci, akcentowanie czołobitności i t. p. Stosunek biurokratyczny wyraża się u urzędnika nieusprawiedliwioną tajemniczością, nieprzystępnością, brakiem zaufania, okazywaniem na każdym kroku swej wyższo-

ści, uważaniem wyłącznie siebie za posiadającego znajomość sprawy i wiedzę — tak w zakresie przepisów jak ich interpretowania, a oprócz tego — zachowanie wyrażające się w zupełnej obojętności na losy załatwianego, nieliczenie się z jego czasem, nieułatwianie mu w trudnościach jakie wynikły z braku przepisów czy też ze złego zapoczątkowania sprawy, nieinformowanie go o sprawach dlań najistotniejszych, przypatrywanie się obojętnie błędom i czynom dokonywanym przez zainteresowanego a nieprowadzącym do celu, wszystko to w dodatku przy stałym marnotrawstwie środków materialnych pochodzących z podatków i kieszeni szerokich sfer obywateli.

Biurokratyzm jest chorobą na którą chorują przede wszystkim ci którzy nie mają kontaktu bezpośredniego z życiem, nie czują potrzeby takiego kontaktu, lub się go obawiają, ponieważ wyczuwają, że w bezpośrednim kontakcie z zainteresowanymi trudno im będzie zachować dotychczasowy prestiż, który wszak o tyle łatwiej zachować w sytuacji sztucznego izolowania się i niedostępności. Prawnicze wykształcenie — i wynikająca często zeń skłonność do wyłącznie formalnego traktowania spraw są glebą, na której najczęściej pleni się duch biurokratyzmu wśród urzędników. Zupełny brak wykształcenia lub wykształcenie nieodpowiednie często pchają mniej społecznie uświadomionych i wyrobionych na drogę biurokratycznego załatwiania spraw, zarówno jak i zbyt jednostronne wykształcenie, zbyt wąski światopogląd, załatwianie spraw nie ze swej specjalności. Szczególnie rzuca się w oczy, że niżsi urzędnicy, sekretarki „osobiste" a często funkcjonariusze niżsi jak woźni — stają się nosicielami ducha biurokratycznego, w szczególności — tej jego formy najbardziej znienawidzonej przez szerokie sfery obywateli, którzy zmuszeni są swe sprawy załatwiać, wystając godzinami po urzędach, przy okienkach, w korytarzach, w których niema gdzie odpocząć (zapomniano postawić krzesła jeżeli — co gorzej — nie zapomniano zapalić światła). Urzędnik — biurokrata nie widzi interesanta z którym rozmawia, nie podsunie mu krzesła i gotów jest wyrazić niezadowolenie gdy ten usiądzie nieproszony, usunie go z pokoju do którego wszedł niezameldowany, pomimo, że ten znajdzie wytłumaczenie (na korytarzu niema woźnego), skieruje go niewłaściwie na inne piętro, tak że będzie on wędrował czas dłuższy zanim znajdzie właściwą komórkę, nie poinformuje go o niczym co nie dotyczy bezpośrednio spraw, które sam załatwia. Jednocześnie jednak wykaże bardzo wiele uprzejmości w stosunku do osób utytułowanych, ustosunkowanych czy poleconych.

Przepisy, które stosuje urzędnik-biurokrata powstają bez jego udziału, — mówi Truhel, — a wykształcenie jego predysponuje go do pracy w urzędzie w ogóle, właściwie nie dając mu żadnej specjalności, jest więc zastosowalny wszędzie.

Zapytany dla czego tak a nie inaczej coś załatwia, biurokrata odpowie, że to „zawsze tak się robiło" i wobec tego i on to tak załatwia. Rozpatrując podania — nie uzasadnia, zachowuje „tajemnicę urzędową", ale przede wszystkim dlatego, że jest mu to potrzebne do zachowania nimbu, którym się otacza i który próbuje sztucznie koło swej osoby wytworzyć. W rozmowie i w korespondencji zachowuje „styl urzędowy", przy czym wykazuje tendencje do zachowywania słów pełnych enigmatycznego znaczenia; mówi więc: „wyrażać zgodę" zamiast: „zgadzać się"; nie „pańska prośba o pożyczkę musi być odrzucona" ale „pańska prośba o *udzielenie* pożyczki musi być odrzucona". Do słowa bardzo wymownego „niestety" dodaje zwykle „ku *naszemu żalowi*". Nie mówi „sprawa została skierowana dalej" ale „sprawie nadany został *dalszy bieg*" (str. 25).

Biurokrata posiada szczególną łatwość myślową obracania się wewnątrz czysto biurokratycznej — to jest papierowej — sfery spraw, a więc z nadzwyczajną łatwością odszukuje i cytuje paragrafy prawne, natomiast wykazuje zupełną bezradność w obliczu wszystkich takich spraw, które wychodzą poza utarty codzienny szemat. Stąd typowe powiedzenie „nie jestem w możności". Coś nowego, co jeszcze się nie powtarzało jest dla biurokraty sferą nieznaną i najniebezpieczniejszą wobec, której nie wie co począć; na ogół też nie jest w jego mocy sytuacje wyczuwać intuicyjnie, tworzyć nowe drogi i stosunki nadchodzące przygotowywać. To też to co nowe, jest dla biurokraty czymś nieoczekiwanym, zaskakującym (str. 30).

Biurokrata jest wszędzie obcy terenowi, nie jest grzeczny ani uprzejmy, jest przeważnie pedantem, każe długo na siebie czekać, publiczność uważa — zupełnie słusznie — za swego wroga. W tych warunkach przepaść między biurokratą a publicznością coraz bardziej się powiększa. Nie potrafi podchodzić do załatwianych spraw ani do osób jako do indywidualności wymagających różnicowania zabiegów i pewnego indywidualizowania. W zetknięciu biurokraty z obywatelem ten ostatni nie może oprzeć się wrażeniu, że jest dla biurokraty tylko widowiskiem pewnego rodzaju, nie może więc liczyć na ludzkie podejście i zajęcie się szczere jego losem. Nie posiada też biurokrata wrażliwości na walory ludzkie, nie mówiąc o tym, że nie zwróci na nie uwagi gdy są one ukryte pod zewnętrznie akcentującymi się słabościami i niedoskonałościami. Słusznie prof. Klumker mówi, że do pewnych zajęć urzędniczego charakteru trzeba móc umieć odczuwać i przeżywać radości innych (str. 62).

Szczególne znaczenie posiada odpowiedni stosunek urzędnika do takich osób, jak chorzy; tutaj przechodzimy do sfery interesującej nas bezpośrednio, do sfery wiążącej się z ubezpieczeniem chorobowym. Chory musi odczuwać i mieć pewność, że w danej chwili jest on jedyną osobą, którą lekarz się interesuje, co wytworzy całkowite jego zaufanie do lekarza, które inaczej nie powstanie. Takie elementy jak zniecierpliwienie, brak czasu, okazywane zmęczenie, jeżeli nawet jest wynikiem długiej rozmowy, bardzo przeszkadzają w wytworzeniu się nastawienia pełnego zaufania chorego do lekarza-urzędnika (str. 67).

Kończąc omówienie pracy p. Truhel, tych których interesuje problem biurokracji od strony naukowej, możemy odesłać do pewnych prac, które ukazały się wcześniej i ułatwiają zaznajomienia się z tym ciekawym z punktu ubezpieczeń społecznych problemem, co wobec częstych i coraz częstszych zarzutów biurokratyzowania się ubezpieczeń społecznych nabiera szczególnej wagi. W języku polskim mamy bardzo interesującą choć dawno już wydaną pracę J. Olszewskiego — Biurokracja. Lwów 1903, którego poglądy na początku niniejszej recenzji częściowo pokrótce streściliśmy.

H. Conrad: Beamtencharakter und Beamtenrecht in ihren Wechselbeziehungen 1927, Giese-Volkserzieher Statt Bürokrat. 1924. Poza tym wskazać można: Couvé-Beamte und Publikum 1930; Simons Gerda-Bürokratie und Demokratie 1931.

Edward Arnekker.

Instytut Gospodarstwa Społecznego — Ludwik Krzywicki. Wwa. 1938.

Instytut Gospodarstwa Społecznego wydał tom, stanowiący pracę zbiorową, dającą wyczerpujące oświetlenie działalności naukowej i pedagogicznej profesora Ludwika Krzywickiego, który zbliża się obecnie do 80 lat życia i którego działalność w ciągu lat kilkudziesięciu zaznaczyła się tak bogato w dziedzinie nauki o społeczeństwie oraz w zakresie nauk pokrewnych, przy czym rezultaty te częściowo osiągnięte zostały w czasach zupełnie różnych od dzisiejszych, które nie sprzyjały zarówno działalności naukowej, ani w ogóle systematycznej pracy pedagogicznego charakteru. Profesor Krzywicki, który przeszedł do historii jako nauczyciel w zakresie nauk społecznych, które popularyzować umiał jak nikt inny, zdobył sobie szczególne stanowisko w okresie t. zw. uniwersytetów latających, na których był wykładowcą i jako taki stał się właściwie wychowawcą całego pokolenia ostatniej doby z okresu przedwojennego. Jakimi środkami oddziaływał, na czym polegała jego metoda pracy naukowej oraz jego oddziaływanie na uczniów, na szerokie sfery pracujących robotników, jaką była jego rola jako teoretyka materializmu ekonomicznego etnografa, antropologa, ekonomisty, socjologa — mówi nam 18 autorów w obszernych artykułach, przy czym praca zaopatrzona jest w obszerny życiorys pióra prof. Krzeczkowskiego. Na końcu pracy znajdujemy wyczerpującą bibibliografię wszystkich prac profesora Krzywickiego, przy czym bibliografia ta obejmuje przeszło 3 arkusze druku. W bibliografii znajdujemy między innymi także pewne artykuły, które profesor Krzywicki poświęcił ubezpieczeniom społecznym, (str. 287). Żałować należy że w książce, którą omawiamy, nie znalazł się także choćby krótki artykuł, któryby omówił prace profesora Krzywickiego w zakresie ubezpieczeń społecznych wśród których znajdujemy takie, które pisane były lat temu kilkadziesiąt.

Edward Arnekker

Dr. Wilhelm Butschek. Die Arbeitslosenversicherung. Probleme und Lösungen-Ihre Regelungen in den einzelnen Staaten der Welt. Verlag Rudolf M. Rohrer-Brünn-Wien-Leipzig. (str. 116). (Ubezpieczenie na wypadek braku pracy. Problemy i rozwiązania. Jego unormowanie w poszczególnych państwach).

Wydana niedawno temu praca dr Butschka o ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia jest poważnym wkładem do literatury ubezpieczeniowej w dziedzinie bezrobocia w szczególności.

Autor-działacz ubezpieczeniowy w Czechosłowacji — daje krótki historyczny zarys rozwoju ustawodawstwa o zabezpieczeniu od bezrobocia i ubezpieczeniu na wypadek braku pracy, szczegółowo zaznajamiając czytelnika z pierwszymi formami przeciwdziałania skutkom tej klęski pracowników w postaci kas wzajemnej pomocy związków zawodowych robotniczych w pierwszej połowie XIX stulecia i z następnym rozwojem tej formy dobrowolnego samoubezpieczenia, które następnie, z inicjatywy belgijskiego inspektora pracy Varleza, przekształciło się w system gandawski i wyjaśnia w jaki sposób ta forma dzięki Lloyd George'owi przybrała w 1911 roku postać przymusowego ubezpieczenia od bezrobocia w Anglji (National Insurance Act.). Po wstępie tym autor poświęca cały rozdział definicji ubezpieczenia społecznego w ogóle, a ubezpieczenia od bezrobocia w szczególności. Jak wiadomo, w literaturze fachowej istnieją dwa kierunki co do charakteru prawnego ubezpieczenia społecznego: jeden uważa je za opiekę społeczną, drugi określa je, jako ubezpieczenie. Dr Butschek, nie przychylając się do żadnego z tych kierunków, uważa, że ubezpieczenia społeczne nie są ani właściwym ubezpieczeniem ani też czystą formą zabezpieczenia, lecz że jest to będące wciąż jeszcze w rozwoju prawo specjalne, mające wiele cech wspólnych z ubezpieczeniem i z zabezpieczeniem (opieką społeczną).

Stanowisko swoje autor uzasadnia rzeczowo, analizując przytem pojęcia „odszkodowania" w ubezpieczeniu prywatnym i „świadczeń" w ubezpieczeniu publiczno-prawnym. Dr Butschek w konkluzji wyprowadza własną definicję, która brzmi: „Pod nazwą ubezpieczeń społecznych należy rozumieć kompleks społeczno-politycznych instytucji administracyjnych, opartych przeważnie na przymusie ustawowym, które same pokrywają pracownikom szkody, powstałe dla nich w okresie pracy zawodowej lub też szkody te łagodzi, a po śmierci pracownika przyznaje zabezpieczenie pozostałym członkom rodziny". Następnie autor charakteryzuje przymus ubezpieczeniowy i przymusowe ubezpieczenie, określając pierwszy jako przymusowy, z ustaw wynikający, obowiązek wykonania ubezpieczenia w należycie zrozumiałym interesie ogółu, rozkładający ryzyko na wszystkie osoby, podlegające ubezpieczeniu i równomiernie obciążający przedsiębiorstwa, podczas gdy przymusowe ubezpieczenie polega na istnieniu organizacji przymusowych t. zn. instytucji ubezpieczenia o charakterze osób prawnych prawa publicznego, które wyłącznie są uprawnione i obowiązane do wykonania ubezpieczenia. Pierwszy system ubezpieczenia, w odróżnieniu od ubezpieczenia prywatnego, polegającego na stosunku umownym, nie przewiduje wyrażenia woli stron w formie umowy, lecz, z mocy samego prawa, nakłada obowiązek ubezpieczenia z chwilą zawarcia umowy o pracę i rozwiązuje ten stosunek po wygaśnięciu tej umowy albo automatycznie, albo też przez zgłoszenie. Co do tego systemu autor przytacza ciekawą opinię socjologa amerykańskiego T. M. Rubinow'a: „warstwy, którym ubezpieczenie było potrzebne, nie są w stanie sfinansować go, te zaś warstwy, które mogą płacić, nie potrzebują go". Omawiając sposób rozkładania ciężarów Dr Butschek zaznacza m. in., że „składka pracodawcy jest jedynie niezbędnym uzupełnieniem płacy".

Co do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, to podług autora na pierwszy plan wysuwa się teorie zabezpieczenia. Problemat ubezpieczenia w tej dziedzinie jest prawie nie do rozwiązania, gdyż równowaga pomiędzy wpływami, a wydatkami jest niemożliwa, ponieważ oszacowanie mającej nastąpić szkody społecznej, spowodowanej bezrobociem, nie jest możliwe. Definicja autora ubezpieczenia na wypadek bezrobocia nie różni się w zasadzie od przyjętej przez Międzynarodowe Biuro Pracy, a ustalonej przez Międzynarodową Konferencję Pracy w Waszyngtonie, aczkolwiek Dr Butschek zwraca uwagę na to, że obecnie istnieje tendencja do zaliczania do świadczeń przede wszystkim działalności, mających na celu zakończenie bezrobocia przez dostarczenie pracy przy robotach publicznych. Z tym poglądem, traktującym dostarczenie pracy przy robotach publicznych na warunkach nota bene gorszych od zwyczajowo obowiązujących na rynku pracy, za świadczenia ubezpieczeniowe, trudno się zgodzić.

W następnych rozdziałach swej pracy autor omawia kolejne elementy ubezpieczenia na wypadek bezrobocia (zakres ubezpieczenia, zajście wypadku ubezpieczeniowe-

go, świadczenia pieniężne i w innej postaci, jak pośrednictwo pracy i dostarczanie pracy, środki finansowe, systemy pokrycia, instytucje ubezpieczenia, pobór składek, wypłata zasiłków, kontrola bezrobotnych i środki prawne), system ubezpieczeń w różnych krajach i podstawy prawne tych systemów, dzieląc je na kraje o dobrowolnym ubezpieczeniu i na kraje o ubezpieczeniu przymusowym i wreszcie przytacza dane, dotyczące międzynarodowej organizacji pracy, statystyki bezrobocia, sprawy bezrobocia wśród młodocianych, służby pracy i skrócenia czasu pracy, jako środka walki z bezrobociem.

Żywy i jasny sposób pisania, treściwy wykład i rzeczowe referowanie czynią z książki Dr Butschka cenną pracę w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, której literatura, na ogół dość obszerna, nie obfituje jednak w dzieła syntetycznie ujmujące zagadnienie bezrobocia.

Em. Wn.

Cicala, Bassi, Bianchi, Coronedi, Marsili, Libelli, Corsanego, Papini. La Moralità e le Professioni. Florencka Księgarnia Wydawnicza, Florencja, 1934. (Moralność a zawody).

Wydana w roku 1934 we Florencji książka autorów włoskich, zatytułowana „Moralność a zawody", stanowi formalnie cykl prelekcyj, wygłoszonych z okazji „tygodnia studiów" na powyższy temat, zorganizowanego przez Florenckie Towarzystwo Akcji Katolickiej.

Naukowe ujęcie stosunku praw moralnych do wykonywanego zawodu i odwrotnie jest zagadnieniem pierwszorzędnej wagi w dziedzinie socjologii. Problem ten dotychczas nie znalazł teoretyków i dlatego „Moralità e le professioni" otwiera szerokie pole do studiów nad tematem tak żywotnym dla dzisiejszego życia społecznego. Niestety, książka zbiorowa autorów włoskich nie może być uważana jako kamień węgielny zagadnienia. Mimo, że wygłoszone przed uczonym forum, prelekcje nie wychodzą z ram szablonu, uświęconego w zakresie etyki tradycjonalnej.

Z kolejno poruszanych tematów, składających się na całość książki, a zatem: Cicala — Moralność w postępkach ludzkich, Bassi — obowiązki nauczyciela, Bianchi — Sztuka a moralność, Coronedi — Lekarz a moralność, Libelli — Moralność w działalności gospodarczej, Corsanego — Moralność zawodowa adwokata, Papini — Moralność w literaturze, jedynie punkt przedostatni zasługuje na omówienie.

Punktem wyjścia prelekcji wygłoszonej na temat moralności w zawodzie adwokackim przez uczonego prawnika włoskiego, Corsanego, jest stwierdzenie, że zawód ten już w samej swojej istocie zawiera ziarna zła; zawód ów, jak żaden inny w świecie może być polem do nadużyć moralnych wszelkiego rodzaju. Każdy zawód nakłada na swego wykonawcę obowiązki, wynikające: 1) z zapasu wiedzy, jaką dany osobnik zdobył, przygotowując się do wykonywania swego zawodu 2) z przesłanek par excellence subjektywnych: t. zw. sumienia.

Jest rzeczą powszechnie znaną, że studia uniwersyteckie przygotowują ludzi raczej do dalszego zdobywania wiedzy, aniżeli do sprostania wymogom obranego zawodu. Zawód adwokacki wymaga długoletniej praktyki po ukończeniu studiów teoretycznych. Mimo to „zazwyczaj — pisze Corsanego — pchani żądzą natychmiastowego zarobku lub też zmuszeni do tego warunkami materialnymi młodzi prawnicy stają się zawodowcami, nie będąc jeszcze praktykami w swoim zawodzie. Corsanego jest zdania, że w sprawach sobie powierzanych adwokat musi uznawać rzymką zasadę „diligentia boni patris familias". Istotnemi w zawodzie adwokackim są dwie następujące kwestie: 1) czy zgodnie z sumieniem adwokat może przyjąć każdą sprawę? 2) jakie są środki godziwe, których adwokat może użyć dla wygrania sprawy?

W tym zakresie należy przede wszystkim oddzielić sprawy karne od spraw cywilnych. Jeżeli chodzi o sprawy karne, adwokat musi przyjąć każdą sprawę. Jednostka musi być broniona w interesie całego społeczeństwa. W odniesieniu do spraw cywilnych oraz spraw z oskarżenia prywatnego, adwokat powinien odmówić przyjęcia sprawy „nieczystej", rzecznikiem powództwa może być we wszystkich sprawach, wyjąwszy te, w których strona skarżąca powoduje się niską chęcią zemsty lub odwetu.

Na drugie pytanie dotyczące środków dozwolonych, Corsanego odpowiada w sposób następujący: adwokat jest rzecznikiem oskarżonego — a zatem może mówić wszystko to, co on sam powiedziałby na swoją obronę. Dozwolone są zatem wszystkie argumenty, które, w rozumieniu obrońcy, mogą uratować oskarżonego od kary, a zgodnie z zasadą „nemo presumitur malus nisi probetur", tak długo może przekonywać sąd o niewinności oskarżonego, dopóki wina nie zostanie mu przypisana.

Sprawa przedstawia się inaczej, gdy chodzi o sprawy cywilne. W tych wypadkach zasadą winno być: przedstawienie faktu w sposób uczciwy, choć najbardziej korzystny dla klienta. Rzecz prosta — zakazane jest wszelkie oszustwo i posługiwanie się fałszowanymi dokumentami.

W dalszym ciągu swej rozprawki, poprzez ustalenie etyczne, dotyczące kwestii świadków, honorariów adwokackich, Corsanego kończy swoją prelekcję słowami, zmierzającymi do obrony zawodu adwokackiego, tak niesłusznie, jego zdaniem, cieszącego się od wieków złą opinią.

Na zakończenie stwierdzę, że „Moralità e le professioni" rozczarują każdego, kto pod obiecującym tytułem będzie szukał bogatej treści. Jednakże, zdaniem moim, rzucenie idei myślowego pogłębienia kwestii etyki działalności zawodowej ma samo przez się duże znaczenie, a idea sama powinna odnieść sukces w sensie stworzenia naśladowców. I dlatego książka autorów włoskich ma znaczenie nie przez swoją treść, lecz przez samo postawienie zagadnienia, które ma znaczenie nie tylko w stosunku do zawodów w książce wymienionych.

Dr B. M.

Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.

Wyszedł z druku II zeszyt „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego" za rok 1938. Na treść zeszytu składają się: Artykuły: Doc. A. Mycielski: „O nadrzędności polskiej ustawy kwietniowej"; prof. A. Ohanowicz: „Uchylenie się od skutków prawnych oświadczenia woli w kodeksie zobowiązań"; prof. Br. Stelmachowski: „Egzekucja w sprawach spadkowych na ziemiach mocy obow. niem. k. c."; prof. Wł. Wolter: „Przepisy karne dekretu dewizowego"; prof. T. Brzeski: „Publicystyka gospodarcza"; prof. Ig. Czuma: „O skarbowości Polski w dobie rozbiorów"; prof. A. Roszkowski: „Faszyzm a ekonomika"; doc. K. Stojanowski: „Z antroposocjologii Uniwersytetu Poznańskiego i W. S. H." — Przegląd piśmiennictwa: 62 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa, ekonomii, nauk handlowych i socjologii oraz bogata bibliografia literatury polskiej i obcej — Przegląd prawa skarbowego przez J. Zdzito-

wieckiego. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego i Najwyższego Trybunału Administracyjnego dla wszystkich ziem polskich, orzecznictwo Najwyższego Sądu Wojskowego. — Kronika gospodarcza, socjalna i samorządowa — Miscellanea.

„Statystyka w Przedsiębiorstwie", biuletyn Sekcji Statystyki w Przedsiębiorswie Polskiego Towarzyswa Statystycznego, nr 1, luty — marzec 1938 r.

Powstałe przed rokiem i przejawiające już żywą działalność Polskie Towarzystwo Statystyczne, wyłoniło cztery sekcje: Statystyki Ludności, Matematyczną, Statystyki Gospodarczej i Społecznej oraz Statystyki w Przedsiębiorstwie.

Ostatnia z wymienionych sekcji zajęła się dziedziną, mało dotychczas uwzględnianą w polskiej literaturze fachowej. Zagadnienie statystyki w przedsiębiorstwach zasługuje na baczną uwagę teoretyków i praktyków. Kierownik przedsiębiorstwa, w obecnych złożonych warunkach życia gospodarczego, musi dla powzięcia decyzji posiadać dane cyfrowe charakteryzujące stan wewnętrzny i działalność przedsiębiorstwa, jak również zjawiska zachodzące poza przedsiębiorstwem. Rozpowszechnienie znajomości metod statystycznych w zastosowaniu do potrzeb przedsiębiorstw przemysłowych, handlowych, bankowych i innych — może mieć doniosłe znaczenie dla sprawności zarządzania warsztatami pracy w Polsce.

Z zadowoleniem należy powitać zarówno powstanie Sekcji Statystyki w Przedsiębiorstwie, jak i ukazanie się pierwszego zeszytu biuletynu tej sekcji. Zeszyt ten zawiera interesujące artykuły: K. Romaniuk — „Rola statystyki w gospodarstwie przedsiębiorstw", K. Domosławski — „Codzienny barometr finansowy przedsiębiorstwa". Ponadto — kronika oraz bibliografia, obejmująca przeszło 200 dzieł i rozpraw w językach angielskim i niemieckim, dotyczących zagadnienia statystyki w przedsiębiorstwie.

mgr K. B.

SPROSTOWANIE.

Do zestawienia przytoczonego na str. 325 Nr 5 PUS z 1938 r. w recenzji książki „Kompendium społecznej medycyny ubezpieczeniowej", wkradła się pomyłka. Mianowicie w ostatniej kolumnie zestawienia (przeciętny czas trwania) w pozycji ostrego i przewlekłego gośćca stawowego u kobiet pomieszczono liczbę 68,0 zamiast 13,9.

PRZEGLĄD CZASOPISM W ZAKRESIE BEZPIECZEŃSTWA PRACY

Nr 5 Przeglądu Bezpieczeństwa Pracy zawiera na wstępie sprawozdanie z przebiegu i wyników Kongresu Bezpieczeństwa Pracy, który odbył się w dniach 9 — 11 kwietnia r. b. w Warszawie.

W następnym artykule p. t.: „Pierwsze próby wciągnięcia dziatwy do akcji bezpieczeństwa pracy znajdujemy omówienie wyników konkursu rysunkowego ogłoszonego przez Instytut Spraw Społecznych w „Kalendarzu Bezpieczeństwa Pracy na rok 1938". Konkurs ten, z tej dziedziny bodaj pierwszy na świecie, dał bardzo dobre rezultaty. O żywym zainteresowaniu się dzieci podanym tematem świadczy nadesłanie około tysiąca prac, z których cały szereg odznaczył się oryginalnym ujęciem tematu oraz starannością technicznego wykonania rysunków. Nagrodzono 42 prace z których część znalazła miejsce na wystawie urządzonej w ramach Kongresu Bezpieczeństwa Pracy.

Dalej znajdujemy sprawozdanie z wyników zorganizowanej przez Instytut Spraw Społecznych ruchomej wystawy uzupełnionej odczytami. Ta akcja wystawowo-odczytowa miała za zadanie zainteresowanie młodzieży szkolnej i robotników akcją bezpieczeństwa pracy. Ogółem urządzono w szkołach zawodowych i ogólno-kształcących 37 odczytów. Sprawozdanie podkreśla żywe zainteresowanie młodzieży szkolnej i robotników poruszonymi sprawami, oraz stwierdza w konkluzji, że odpowiednio opracowane „żywe słowo" jest w wielu wypadkach nie do zastąpienia i zawsze może liczyć na powodzenie.

Na marginesie obu powyższych artykułów, poruszających zagadnienia pokrewne sobie mianowicie zagadnienie oddziaływania w kierunku bezpieczeństwa i higieny pracy już na dzieci i młodzież szkolną, zauważyć można, że myśl ta powinna być potraktowana w szerszej płaszczyźnie. Nie ulega bowiem wątpliwości, że na to aby postulaty bezpieczeństwa pracy były przez wszystkich zawsze i należycie respektowane i wykonywane, powinny one stać się nawykiem, przyzwyczajeniem. Wytwarzanie takiego nawyku z natury rzeczy jest najłatwiejszym u dzieci i młodzieży szkolnej.

Z kolei znajdujemy artykuł opisujący dwa urządzenia zabezpieczające manipulującego przy traku w podziemiu. Urządzenia te otrzymały IV i VI nagrodę w konkursie urządzonym na ten temat przez Komisję Bezpieczeństwa Pracy Rady Naczelnej Związków Drzewnych w Polsce. Artykuł opisuje szczegółowo zasady konstrukcyjne tych urządzeń oraz omawia ich zalety i wady.

Dalej z dziedziny zabezpieczeń maszyn do obróbki drewna znajdujemy tłumaczenie artykułu inż. H. J. Scholtego p. t.: Skuteczna osłona pił tarczowych". Artykuł ten obrazuje historię powolnego powstawania konstrukcji takich zabezpieczeń, jak klin rozszczepiający i kaptur ochronny. Konstrukcje te zawdzięczamy niemal wyłącznie pracy Szwajcarskiego Zakładu Ubezpieczeń od Wypadków w Lucernie (S. U. V. A.), przy czym za pierwowzór służyła konstrukcja z 1889 r. niemieckiej firmy „A. Goede". Autor obrazuje opory z jakimi spotykało się wprowadzanie tych urządzeń zarówno u przedsiębiorców jak i robotników. Na podkreślenie zasługuje kilkunastoletnia praca i doświadczenia praktyczne, które złożyły się w rezultacie na wykrystalizowanie się tych urządzeń w formie w jakiej obecnie są stosowane. W związku z tym autor uważa, że dalsze prace nad ulepszeniem osłony S. U. V. A. nie rokują nadziei i wprowadzają jedynie zamęt. Wreszcie autor podkreśla ważność i konieczność stosowania jednolitego standaryzowanego typu osłony. Występujące z natury rzeczy u producentów tych osłon dążenie do ich modyfikowania zahamowano w Holandii przez cofanie urzędowej aprobaty Inspekcji Pracy dla modyfikowanych typów. W końcu 1933 r. zainstalowanych było w Holandii 1.400 osłon piły tarczowej typu SUVA przez co zrealizowano w zupełności postulat wprowadzenia w danym kraju jednolitego typu osłony dla danej maszyny. Produkcją osłon piły tarczowej typu SUVA zajmowało się w Holandii w końcu 1933 r. z aprobatą Głównego Inspektoratu Pracy 9 firm.

W artykule p. t.: „Bezpieczeństwo Pracy w kesonach a choroby kesonowe" znajdujemy podział na poszczególne grupy stanów chorobowych wywołanych pracą w kesonach wraz z typowymi przykładami takich zachorowań.

Wszystkie te stany chorobowe, mimo ich niezwykłej różnorodności posiadają wspólną przyczynę. Praca w kesonach odbywa się pod ciśnieniem dochodzącym niekiedy do 4 atmosfer. W tych warunkach azot powietrza rozpuszcza się w płynach i tkankach organizmu ludzkiego i w razie zbyt szybkiej dekompresji zostaje uwolniony w postaci pęcherzyków gazu w różnych miejscach organizmu powodując stany chorobowe znane pod nazwą choroby kesonowej. Autor omawia polskie „Przepisy sanitarne przy robotach kesonowych wydane 18 grudnia 1934 r. Przepisy te uwzględniają należyty dobór personelu pracowniczego, regulują okresy przebywania robotników w komorze kesonowej, regulują czasy „śluzowania" wejściowego i co najważniejsze (dekompresja) z komory kesonowej. Ponadto przepisy ustalają rozkład czasu pracy, warunki wentylacyjne komory kesonowej, wreszcie urządzenia zabezpieczające techniczne. Należy zauważyć, że według statystyk zagranicznych (krajowych nie posiadamy) stosunek schorzeń kesonowych do ilości pracowników wynosi około 50%! I to mimo stosowania wszystkich przepisów ochronnych. W konkluzji autor stwierdza, że mimo rozpoznania przyczyn schorzeń kesonowych żadne przepisy nie gwarantują bezpieczeństwa pracy w kesonach i stosowane dotychczas środki ochronne nie są wystarczające wobec czego należałoby schorzenia zawodowe zaliczyć do rzędu chorób zawodowych, jako nierozłącznie związane z wykonywaniem danego zawodu.

W Nr 5 Przeglądu Bezpieczeństwa Pracy znajdujemy ponadto artykuł p. t.: Organizacja warsztatu i robót naprawczych", będący odbitką referatu wygłoszonego na I-ym Zjeździe kierowników akcji bezpieczeństwa pracy w przemyśle papierniczym. Referat na pierwszym miejscu walki o bezpieczeństwo pracy stawia problem odpowiedniej organizacji warsztatów pracy. W związku z tym szczegółowe omówienie znajdują sprawy związane z odpowiednim kierownictwem warsztatów, doborem materiału ludzkiego robotniczego, należytym stanem narzędzi. Autor analizuje te elementy organizacji warsztatów po uprzednim podziale na rodzaje poszczególnych prac warsztatowych i naprawczych.

Do periodyków zamieszczających na swych łamach stały dział poświęcony bezpieczeństwu i higienie pracy należy czasopismo *„Poradnik Przedsiębiorcy"* wydawane w Poznaniu i będące organem sfer przemysłowo-handlowych. W odstępach dwumiesięcznych ukazuje się w tym czasopiśmie stały dodatek p. n.: „Poradnik Bezpieczeństwa Pracy".

W Nr 3. Poradnika Przedsiębiorcy znajdujemy między innymi artykuł omawiający i wyjaśniający zainteresowanym sferom kwestię odpowiedzialności cywilnej pracodawcy za wypadki przy pracy z przytoczeniem odpowiedniego materiału prawodawczego. Następnie znajdujemy krótkie omówienie niektórych technicznych środków zabezpieczających, oraz dział recenzyjny wydawnictw z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

W Nr 7 Poradnika Przedsiębiorcy znajdujemy obszerniejszy artykuł omawiający sprawę odpowiedniej organizacji i prowadzenia akcji bezpieczeństwa pracy. Artykuł podaje schemat podziału wypadków według ogólnych grup przyczynowych. W zależności od tego schematu podziałowego następują ogólne porady co do środków walki z wypadkami i źródeł pomocniczych. Wreszcie znajdujemy w artykule szkic planu zapobiegania wypadkom oraz krótkie omówienie organizacji akcji bezpieczeństwa pracy na terenie zakładów pracy t. j. służb względnie kół bezpieczeństwa pracy.

Ponadto w Nr 7 znajdujemy dział recenzyjny najnowszych wydawnictw z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

PRZEGLĄD PRASY LEKARSKIEJ

Krótkie fale i ich zastosowanie w lecznictwie — Dr Konrad Kosieradzki — Wiedza Lekarska Nr III/38.

Dzięki rozwojowi radiotechniki doszło zdaniem autora do zastosowania w lecznictwie fal krótkich.. Na wstępie autor wyjaśnia, że używane w lecznictwie krótkofalowym fale krótkie są właściwie dłuższe od innych, używanych w lecznictwie drgań elektromagnetycznych. Jako najkrótsze promienie uważa promienie γ o długości fali $0.01A^0$. Następnie wg długości fali idą twarde i miękkie promienie Roentgena, dalej promienie graniczne (Bucky), promienie ultrafioletowe, świetlne i podczerwone. Te ostatnie mają długość 1 mm. Z falami podczerwonymi sąsiadują już fale elektryczne, spośród których najwięcej zastosowania posiadają w medycynie fale o długości 3 — 15 m.

Z kolei tłumaczy autor, że wszystkie fale elektromagnetyczne powstają wskutek szybkiego wahadłowego ruchu ładunków elektrycznych. Takie fale elektromagnetyczne rozprzestrzenieją się w eterze jako drgania jego z szybkością 300 milionów metrów na sekundę, to jest z szybkością światła.

Fale ultraczerwone, optyczne oraz krótsze od nich fale mają za przyczynę szybko przebiegające procesy wewnątrzatomowe. Natomiast wytwarzane sztucznie fale elektryczne powstają w otoczeniu przewodnika, po którym przebiega prąd szybko zmienny. Dla celów lecznictwa działanie prądów szybkozmiennych a więc działanie towarzyszącego tym prądom szybkozmiennego pola elektrycznego wykorzystał poraz pierwszy *d'Arsonval*, w ostatnim dziesiątku lat ubiegłego stulecia. On to bowiem stwierdził, że prąd zmienny o bardzo dużej częstotliwości działa rozszerzająco na naczynia krwionośne, że wywiera działanie bakteriobójcze na niektóre drobnoustroje oraz obniża wzgl. nawet znosi toksyczność jadu błoniczego, jadu kobry i żmij.

Ówczesna jednak technika nie pozwalała jeszcze na uzyskanie dostatecznych energii przy użyciu prądów o bardzo wielkiej częstotliwości, odpowiadających falom krótkim. Toteż lecznictwo fizykalne ograniczało się początkowo do użytkowania prądów, odpowiadających falom kilkuset metrowym. Rozwój radiotechniki pchnął biologów w stronę fal krótkich. Dla otrzymania odpowiedniej energii używali badacze *pola kondensatorowego fal krótkich.*

W marcu 1929 r. badacz amerykański *Schliephake* wykonał na sobie pierwszy eksperyment leczniczy, poddając w ciągu 5 minut bolesny czyrak na nosie działaniu pola kondensatorowego i bezpośrednio po tym odczuł ustąpienie bolesnego i przykrego uczucia napięcia a po dwóch dniach stwierdził całkowite wessanie się nasięku zapalnego. To było zapoczątkowaniem lecznictwa krótkofalowego, które b. szybko znalazło zastosowanie we wszystkich niemal działach medycyny.

W dalszej części swojego artykułu tłumaczy autor bardzo szczegółowo różnicę między *diatermią a działaniem fal krótkich*, którą można streścić w ten sposób, że

przy diatermii przykładamy bezpośrednio do skóry elektrody metalowe i stosujemy *prąd przewodzony*, zaś przy falach krótkich trzymamy je zdala od skóry w odległości kilkanaście i więcej centymetrów i stosujemy *szybkozmienne pole elektromagnetyczne* czyli drgania elektromagnetyczne, które w ciele pacjenta przeistaczają się w szybkozmienny prąd przewodzony a ten z kolei w ciepło *Joule'a*. Na tym właśnie efekcie cieplnym polega fizyczne podobieństwo między działaniem diatermii i fal krótkich, z tym, że prąd produkowany przez aparat diatermiczny ma mniejszą *częstotliwość* od prądu, przebiegającego po kablach do elektrod aparatu krótkofalowego.

Prąd diatermii, przebiegający przez ciało ludzkie wybiera drogę najmniejszą oporu, to jest biegnie przede wszystkim przez krew naczyń krwionośnych tkanki podskórnej, którą głównie nagrzewa. Tkanki głębiej położonej, jak powięzie kości itp. stawiające większy opór, prąd taki omija.

Natomiast prąd, powstający w odcinku ciała, umieszczonego w polu — fal krótkich — z szybkością światła przenika nawskroś, przetwarzając się w napotykanych komórkach tkanek w szybkozmienny prąd a z kolei w ciepło , powodując równomierne nagrzewanie tkanek głębiej położonych, z zupełnym niemal ominięciem skóry a więc tkanek położonych powierzchownie.

W rozdziale traktującym *o działaniu fal krótkich* na człowieka i na inne ustroje żywe, przeprowadza autor zróżnicowanie działania fal krótkich na a) *fale krótkie przestrzenne*, wypromieniowane przez nadajniki wzgl. antenę oraz b) na działanie *krótkofalowe pola kondensatorowego*.

Działanie fal przestrzennych, z którym spotykamy się u obsługi nadawczych stacji krótkofalowych na statkach oceanicznych — polega na powstawaniu uczucia zmęczenia, senności, apatii wzgl. bezsenności i wzmożonej pobudliwości oraz szeregu innych sensacji jak ściskania w skórze czoła czy nawet całej głowy, opasującego ucisku w nadbrzuczu, w kończynach górnych i dolnych itp. Nasilenie tych objawów zależy od długości fali; im fala jest krótsza, tym objawy są silniejsze.

Dla ochrony od tego wpływu fal krótkich służą aparaty ochronne tj. metalowe osłony, izolujące aparaturę nadawczą i zapobiegające rozprzestrzenianiu się jej promieniowania.

Podobne osłony posiadają lecznicze stacje krótkofalowe, których obsługa jest narażona tylko na promieniowanie kabli i elektrod, co niema jednak większego praktycznego znaczenia.

Działanie pola kondensatorowego wywołuje działanie nasenne. Przy stosowaniu zwykłych dawek leczniczych chory miejscowo nie odczuwa nic. Przy większych dawkach odczuwa przyjemne ciepło, zaś przy dalszym zwiększaniu dawek, występuje uczucie ucisku a nawet bólu.

Zwierzęta drobne wzgl. owady jak np. muchy giną momentalnie pod wpływem drobnych nawet dawek fal krótkich a śmierć następuje z powodu *przegrzania*.

Drobnoustroje giną pod wpływem fal krótkich a działanie lecznicze fal krótkich w ostrych stanach zapalnych— polega właśnie na ich działaniu bakteriobójczym.

Działaniu fal krótkich, przypisujemy również wpływ wzgl. właściwość rozszerzania naczyń krwionośnych, dalej wpływ na krew i tkanki ustroju zarówno ludzkiego jak i zwierzęcego— co dało właśnie podstawę do zastosowania fal krótkich w lecznictwie całego szeregu chorób.

Dla leczenia falami krótkimi używa się aparatów *iskiernikowych i lampowych*.

Aparaty iskiernikowe są zbudowane w podobny sposób jak aparaty diatermiczne a obliczone jedynie na większą częstotliwość prądu doprowadzanego do elektrod.

Wydajność takich aparatów jest nieduża i stąd też zarzucone one zostały w Ameryce i na zachodzie Europy a są używane jeszcze w Niemczech i u nas.

Aparaty iskiernikowe otrzymały nazwę *diatermi krótkofalowych*.

Aparaty lampowe są pod względem konstrukcji swojej zbliżone do zwykłych radiowych stacji nadawczych.

Zdobyły one sobie większe zastosowanie w praktyce lekarskiej, dzięki swojej większej tzw. *sprawności*.

Jeżeli chodzi o *sposoby leczniczego stosowania* fal krótkich, to zdaniem autora, stosować je można o g ó l n i e tj. na całe ciało lub m i e j s c o w o a więc tylko na pewne odcinki.

Ogólne stosowanie fal krótkich rozpowszechniło się pod nazwą tzw. *hyperpyreksji, elektropyreksji* lub *radiotermii*, używanej dla wywołania sztucznej gorączki np. przy leczeniu paralysis progressiva (paraliżu postępującego).

Miejscowo stosuje się fale krótkie przy pomocy pola kondensatorowego wzgl. jego modyfikacji tj. pola cewnikowego lub pierścieniowego.

Odnośnie *dawkowania*, podnosi autor, że niema jeszcze wypracowanych ściśle metod mierzenia dawek i że dawkowanie jest właściwie pozostawione osobistemu doświadczeniu lekarza, obsługującego aparat i chorego.

Wskazania do leczenia krótkimi falami są bardzo szerokie, tymbardziej, że ten rodzaj leczenia jest zarówno modny jakoteż w wynikach swoich dość efektowny. Ogólnie mówiąc, zdaniem autora wskazanym jest lecznictwo krótkofalowe w ostrych stanach zapalnych oraz w skurczowych stanach mięśniówki gładkiej.

Przy sprawach zapalnych przewlekłych — wyniki lecznicze są mniej efektowne.

Autor wymienia szczegółowo stany chorobowe, w których leczenia falami krótkimi jest szczególnie wskazane.

Na uwagę zasługują tu następujące schorzenia:

1) Zapalenia gardła i migdałów, nieżyty górnych dróg oddechowych, zapalenia zatok przynosowych, przewlekłe nieżyty oskrzeli z towarzyszącą im rozedmą płuc, przeciągające się zapalenia płuc, ropnie i zgorzele płuc, ropne zapalenie opłucnej, rozstrzenie oskrzeli itp.

2) Poza tym czynione są próby leczenia falami krótkimi gruźlicy płuc, oraz dychawicy oskrzelowej.

3) Z chorób przewodu pokarmowego i narządów jamy brzusznej — próbuje się leczyć krótkimi falami różne stany skurczowe mięśniówki gładkiej, nieżyty żołądka, stany zapalne pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, żółtaczki nieżytowe itp.

4) Z chorób narządu krążenia leczy się krótkimi falami stany naczyniowo-kurczowe (choroba Raynauda, chromanie przystankowe, dusznica bolesna, hypertonia, zakrzepowe zapalenia żył).

5) Ponadto stosuje się fale krótkie w ostrym kłębuszkowym zapaleniu nerek, odruchowym bezmoczu, wiewiórowym zapaleniu najądrza, stercza, w stanach zapalnych przydatków oraz w sprawach ropnych w obrębie skóry i tkanki podskórnej (czyraki, ropowice, zapalenia gruczołów itp.).

6) Miejscowe leczenie krótkimi falami ma zastosowanie w leczeniu chorób stawów różnego pochodzenia, w leczeniu zapalenia ścięgien, wiązadeł, dalej w leczeniu *gośćca mięśniowego (lumbago itp.), przy uszkodzeniach* porentgenowskich (oparzeniach), w róży, półpaśćcu, przy chorobach o wewnętrznym wydzielaniu (np. nadczynność tarczycy itp.) oraz w chorobach systemu nerwowego.

Jak z powyższego widać — domena lecznictwa krótkofalowego jest b. duża.

Przeciwskazań do lecznictwa krótkofalowego właściwie zdaniem autora niema, co jednak nie znaczy, że fale krótkie są środkiem niewinnym i nieszkodliwym. Mogą one bowiem jak wspomina autor, spowodować cały szereg uszkodzeń b. poważnych np. uszkodzenie mózgu czy opon mózgowych w postaci ostrego ich zapalenia lub tp. — przy stosowaniu ich na czaszkę.

Uniknąć tego może tylko lekarz doświadczony w tej dziedzinie, znający dokładnie aparat którym pracuje a poza tym obznajomiony dokładnie z nauką fizyki oraz techniki stosowania fal krótkich.

Lekarz, zajmujący się lecznictwem krótkofalowym musi śledzić bacznie postęp w dziedzinie radiotechniki i umieć często improwizować tam, gdzie nauka nie przychodzi mu jeszcze z pomocą a czynić to musi ostrożnie i uważnie, bo eksperymentuje na żywym człowieku.

Niespodzianki zaś są możliwe na każdym kroku. Autor np. nie uważa ciąży za przeciwskazanie do podejmowania leczenia krótkimi falami schorzeń w jamie brzusznej wzgl. miednicy małej. Tymczasem spotkałem się kilkakrotnie z uwagami lekarzy, zajmującymi się lecznictwem krótkofalowym, że jako powikłanie przy tego rodzaju próbach leczenia, spotykali poronienia, zwłaszcza w początkowych miesiącach ciąży.

Z uwagi na to, że lecznictwo fizykalne ma b. szerokie zastosowanie w ubezpieczalniach społecznych, które zakłady swoje wyposażają chętnie w aparaturę, przeznaczoną do lecznictwa krótkofalowego — uważałem za wskazane streszczenie tego artykułu dla czytelników Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych i zapoznanie ich chociaż w krótkim zarysie z tą nową dziedziną lecznictwa krótkofalowego.

Dr med. Eugeniusz Piotrowski

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ.

INFORMATIONS SOCIALES — tygodnik, Genewa.

Nr 8 z dn. 23 maja 1938

Assurance facultative sur la vie des travailleurs en U. R. S. S. (Dobrowolne ubezpieczenie na życie pracowników w Z. S. R. R.).

Nr 9 z dn. 30 maja

Modifications au régime de retraites des ouvriers mineurs en France. (Zmiany w ubezpieczeniu górniczym we Francji).

Nr 10 z dn. 6 czerwca

Budget des assurances sociales de l'U. R. S. S. pour 1938). (Budżet ubezpieczeń społecznych w Z. S. R. R. na rok 1938).

DIE ORTSKRANKENKASSE — dekada, Berlin.

Nr 13 z dn. 1 maja

Strebel, H.: Die neuen Vermögensanlegungsvorschriften für die Reichsversicherungsträger. (Nowe przepisy o lokowaniu rezerw przez instytucje ubezpieczeń społecznych — rozporządzenie z dn. 14 kwietnia 1938) — dok. w nast. numerze.

Köbke, G.: Zweifelsfragen auf dem Gebiet der Wochenhilfe. (Zagadnienie sporne z dziedziny pomocy położniczej).

Nr 14 z dn. 11 maja.

Doerner, K.: Das neue deutsche Personenstandsgesetz. (Nowe prawo o stanie cywilnym w Niemczech — ustawa z dn. 3 listopada 1937).

Ferber dr: Orthopädisches Turnen als Kassenleitung. (Gimnastyka ortopedyczna jako świadczenie kas chorych).

Nr 15 z dn. 21 maja

Zielke dr: Krankenkasse, Krankheit und Betriebsunfall. (Choroba a wypadek przy pracy).

Weigelt, dr.: Ortskrankenkassen und neues Strassenverkehrsrecht. (Miejscowe kasy chorych a nowe przepisy o ruchu ulicznym).

MONATSCHRIFT FÜR ARBEITER — UND ANGESTELLTEN — VERSICHERUNG — miesięcznik, Berlin.

Nr 6, czerwiec

Steinbach, Fr.: Grundzüge der österreichischen Sozialversicherung. (Zasady austriackiego systemu ubezpieczeń społecznych).

Peters, H. dr.: Der weitere Aufbau des vertrauensärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung. (Dalsza rozbudowa służby lekarzy zaufania w ubezpieczeniu na wypadek choroby).

DEUTSCHE INVALIDEN - VERSICHERUNG — miesięcznik, Berlin.

Nr 5, maj

Koester, Fr.: Heilverfahren für schwangere Tuberkulöse. (Leczenie kobiet ciężarnych chorych na gruźlicę).

Nr 6, czerwiec

Kolbov: Selbstverwaltung und Staatsaufsicht in der Sozialversicherung. (Samorząd a nadzór państwa w ubezpieczeniach społecznych).

Braun: Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Landesversicherungsanstalt. (Współpraca kas chorych z zakładami ubezpieczenia inwalidzkiego).

ZENTRALLBLATT FÜR REICHSVERSICHERUNG UND REICHSVERSORGUNG — dwutygodnik, Berlin.

Nr 10, maj

Reguadt, H. W.: Die Steigerung der Zahl der Arbeitsunfähigen in der Krankenversicherung und die Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes. (Wzrost liczby niezdolnych do pracy w ubezpieczeniu na wypadek choroby a zadania służby lekarzy zaufania).

DEUTSCHES ARBEITSRECHT — miesięcznik, Berlin.

Nr 5, maj

Kremer, dr: Das neue Jugendschutzgezetz. (Nowa ustawa o ochronie pracy dzieci i młodocianych).

Hueck, A. dr: Der Rechtsanspruch auf Ruhegeld. (Roszczenie prawne do emerytury).

SOZIALE PRAXIS — dwutygodnik, Berlin.

Nr 11, 1 czerwca

Adam dr.: Die zwischenberufliche Arbeitsvermittlung. (Międzyzawodowe pośrednictwo pracy: zawód po-

boczny i podwójny zawód, przeszkalanie do innego zawodu).

Rocholl, A. dr: Klarheit in der betrieblichen Altersicherung. (Potrzeba jasnego stawiania sprawy w zakresie zaopatrzeń starczych, przyznawanych przez pracodawców).

SOZIALE ZUKUNFT — miesięcznik, Berlin.

Nr 5/6; maj — czerwiec

Sektionen in der Krankenversicherung. (Sekcje w ramach ubezpieczenia na wypadek choroby — dla pewnych grup ubezpieczeniowych).

DIE SOZIALVERSICHERUNG — miesięcznik, Wiedeń.

Nr 6, czerwiec

Eisenzopf, A. dr: Hilfsmassnahmen für die Arbeitslosen im Rahmen des Vierjahresplanes in Österreich. (Środki pomocy dla bezrobotnych w ramach czteroletniego planu w Austrii).

Schnatenberg, W.: Der Grundsatz der Solidarität in der reichsgesetzlichen Krankenversicherung. (Zasada solidarości w niemieckim ubezpieczeniu na wypadek choroby).

SUPPLÉMENT DE LA REVUE DES ASSURANCES SOCIALES — dwumiesięcznik, Rzym.

Nr 1 z r. 1938

Lantini, F.: Directives de la prévoyance sociale en Régime fasciste. (Zasady polityki społecznej w ustroju faszystowskim).

Altmeyer, A. J.: The social Security Program in the United States. (Program zabezpieczenia społecznego w Stanach Zjednoczonych A. P.).

PRZEGLĄD PRASY CODZIENNEJ

Gazeta Handlowa (Warszawa) z 18 maja rb. omawia w artykule pt. „Kontynuowanie ubezpieczenia społecznego" techniczne zasady dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia na podstawie wydanego rozporządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej i przypomina warunki, od których zależy możność kontynuowania.

Ekspress wileński z 6 maja rb. omawia pracę więźniów zatrudnionych w warsztatach więziennych i przypomina, że ta kategoria więźniów jest ubezpieczona od wypadków. Ogółem ubezpieczonych w Polsce więźniów, zatrudnionych w warsztatach rzemieślniczych, gospodarstwach rolnych i tp., jest 19,143. W razie wypadku więźniowie otrzymują renty, zapewniające im po opuszczeniu więzienia minimum egzystencji i powrót do normalnego życia.

Nowy Kurier (Poznań) z 7 maja rb. w artykule pt. „Zdrowi z urojenia" zwraca uwagę na dość rozpowszechnioną w niższych warstwach społeczeństwa lekceważenie pierwszych objawów chorobowych. Są one leczone częstokroć różnymi domowymi środkami, a dopiero, gdy to nie pomaga, gdy chory już wstać nie może, wzywa się lekarza ubezpieczalni. Często takie zaniedbania prowadzą do przedwczesnego inwalidztwa. Zdaniem autora ubezpieczalnia więcej traci na tym, że chorzy zgłaszają się za późno, niż na tym, że zgłaszają się z dolegliwością, która wydaje im się „nieważną". Środki zapobiegawcze zastosowane dość wcześnie kosztują mniej niż leczenie zadawnionej choroby.

Na marginesie tego artykułu należy zaznaczyć, że teza autora zasługuje na oświetlenie „z drugiej strony okienka". Doświadczenie instytucyj ubezpieczenia chorobowego uczy, że jednakowoż ubezpieczeni zwłaszcza przy uprzednim systemie ambulatoryjnym wykorzystywali możność porady lekarskiej częstokroć właśnie drobnemi, nieważnemi dolegliwościami. Zdaje się, że autor wyraził w sposób niewłaściwy swą myśl, która powinna uzewnętrzniać się w tym, że nie należy zaniedbywać chociażby drobnych objawów chorobowych, jeżeli trwają one czas dłuższy, niżby tego należało się spodziewać w związku z ich naturą.

Kurier Czerwony (Warszawa) z 10 maja rb. podaje reportaż pt. „Przez lekarza domowego do specjalisty", w którym omawia chęć ubezpieczonych zwracania się wprost do specjalistów bez pośrednictwa lekarza domowego. Reportaż wskazuje na rolę lekarzy domowych jako czynnika ogólnej kontroli nad stanem zdrowia ubezpieczonych w rejonach lekarskich, zaznaczając, że są kategorie specjalistów, do których ubezpieczeni mają bezpośredni dostęp. Należą do nich wenerolodzy, ginekolodzy i chirurdzy.

Dziennik Bydgoski z 12 maja w artykule pt. „O ciągłość i przymus leczenia" podkreśla, że ciągłość leczenia jest pierwszym warunkiem do odzyskania zdrowia. Są choroby, których groza, jak np. rak, powoduje poddanie się pacjenta bezwzględnie nakazom lekarza. Są jednakowoż choroby, lekceważone przez chorych; należą do nich choroby weneryczne. Niedocenianie społecznego charakteru tych chorób spada ciężarem na całe społeczeństwo we formie zdegenerowanych dzieci syfilityków.

Zagadnieniu chorób skórnych poświęca artykuł *Kurier Czerwony* (Warszawa) z 17 maja, wskazując na świerzbę, jako zajmującą jedno z pierwszych miejsc na liście chorób skórnych, ze względu na znaczną jej zaraźliwość i smutny u nas stan czystości. To też z wiosną, gdy warunki cieplne sprzyjają rozwojowi tej choroby, zwiększają się zastępy pacjentów odwiedzających urządzenia światłolecznicze w ubezpieczalniach społecznych. Np. w ubezpieczalni społecznej w Warszawie przewija się ponad 300 pacjentów dziennie na Woli przez gabinety 7 lekarzy.

Krakowski Kurier Wieczorny z 13 maja zwraca uwagę na skórne choroby zawodowe, których istnienie rozszerza się coraz bardziej skutkiem zwiększającego się rozwoju wytwórczości zwłaszcza chemicznej. Dolegliwości skórne są nieraz gorsze i bardziej utrudniające pracę od wewnętrznych. Wpływ ma na to i ta okoliczność, że w niewielu tylko wypadkach robotnik, który uległ chorobie tego rodzaju, jest przenoszony do innego działu pracy, co przyspiesza natychmiast wyleczenie.

Gruźlica była przedmiotem większego zainteresowania prasy. *Ziemia Przemyska* z 30 kwietnia omawia rolę sanatoriów zakopiańskich, pełnych nieczynnych ofiar gruźlicy płuc. Poważny odsetek pacjentów sanatoryjnych stanowią ubezpieczeni, którzy nie tylko zapełniają sanatoria, stanowiące własność instytucyj ubezpieczeń społecznych, ale również korzystają z innych stojących do dyspozycji zakładów leczniczych. *Katolik Polski* (Katowice) opisuje w reportażu z 24 maja pracę komitetu szczepień przeciwgruźliczych w Gdyni, mieszczącego się w lokalu poradni dla schorzeń płucnych ubezpieczalni społecznej. Szczepienia dają bardzo korzystne rezultaty. Na 3.500 dzieci uodpornionych szczepionką przeciwgruźliczą zmarło tylko 3%, podczas gdy śmiertelność dzieci nieszcze-

pionych dochodzi 8%. Działalność komitetu gdyńskiego pozwala na zbliżenie się poziomu odporności gruźliczej rejonu gdyńskiego do poziomu krajów, postawionych najwyżej w zakresie organizacji sanitarnej. *Głos Częstochowski* z 22 maja w artykule pt. „Jak Lwów walczy z gruźlicą" podaje opis urządzeń ubezpieczalni społecznej we Lwowie w zakresie leczenia gruźlicy. Przychodnia udziela około 70 porad dziennie. W r. 1937 dokonano 9.538 prześwietlań i fotografii. Przeszkodą w akcji leczniczej jest tylko to, że gruźlica wymaga długiego i ciągłego leczenia, a ubezpieczeni mają czasu do leczenia się tylko przez 26 tygodni w ciągu roku.

Urządzenia ubezpieczalni lwowskiej były tematem dwu jeszcze innych artykułów. *Głos Narodu* (Kraków) z 17 maja omawia pracę 13 dyplomowanych pielęgniarek, zatrudnionych we lwowskiej ubezpieczalni, a przydzielanych do pomocy lekarzom domowym i specjalistom. Spełniają one czynności pomocnicze, doglądają chorych pozostających w domu, wykonują polecone zabiegi itp. Zajmują się również niemowlętami, udzielają matkom pouczeń, jak obchodzić się z dzieckiem, propagują jak najracjonalniejsze karmienie. Dziennik stwierdza, że „białe panienki" zdobyły całkowite zaufanie swojej klienteli, a zwłaszcza matek. *Dzienik Kresowy* (Grodno) z 27 maja w artykule pt. „Za ścianami z ołowiu" opisuje zakład rentgenowski ubezpieczalni społecznej we Lwowie zwracając uwagę m. i. na szkodliwe oddziaływanie pomieszczeń na personel lekarski zatrudniony przy aparatach Roentgena. Promienie ujarzmione przez naukę dla walki o zdrowie człowieka szkodzą równocześnie tym, co je obsługują. Z tych względów personel roentgenologiczny korzysta z dłuższych urlopów, podzielonych na dwie raty w ciągu roku.

Dzień Dobry (Warszawa) z 14 maja omawia pracę zakładów specjalistycznych ubezpieczalni społecznej w Warszawie. Ubezpieczalnia posiada trzy zakłady rentgenowskie oraz trzy zakłady przyrodoleczniczе. Te ostatnie dokonały w ubiegłym roku przeszło 372,000 zabiegów. Dział ten wykazuje systematyczny wzrost lecznictwa z roku na rok. Z artykułów o działalności ubezpieczeń społecznych na terenie prowincjonalnym zwraca uwagę reportaż *Głosu Częstochowskiego* z 16 maja p. t. „Kiedy będzie lepiej?". Reportaż podaje opis nędznych warunków życia robotniczego w Końskich stwierdzając, że lecznictwo ubezpieczeniowe boryka się tutaj z najróżnorodniejszymi trudnościami i nie będzie miało widomych rezultatów dotąd, dopóki nie podniesie się stan płac a w szczególności poziom życia robotniczego.

Gazeta Stryjska z 15 maja omawia odbyty ostatnio zjazd kierowników okręgowych bezpieczeństwa pracy w rolnictwie. Na zjeździe zwrócono uwagę na ustosunkowanie się chłopów do wypadków przy pracy. Uzyskanie renty wypadkowej stanowi dużą przynętę, natomiast utrata palca czy nawet ręki w warunkach życia wiejskiego nie stanowi takiej katastrofy życiowej, jak u robotników przemysłowych. To też daje się zauważyć, tu i tam tendencję do powodowania wypadków. W toku opracowania jest odnowienie wygasającej umowy Związku Izb Rolniczych z Zakładem Ub. Społ., dotyczącej finansowego poparcia przez Z. U. S. akcji bezpieczeństwa pracy w rolnictwie.

Dobry Wieczór (Warszawa) z 6 maja opisuje budowę gmachu administracyjnego ubezpieczalni społecznej we Wilnie. Nowa budowa, stanowiąca ozdobę architektoniczną miasta pozwoli na wspólne pomieszczenie wszystkich części aparatu administracyjnego i leczniczego ubezpieczalni, które były dotychczas rozproszkowane w różnych częściach miasta.

Dziennik Kujawski (Inowrocław) z 24 maja zamieścił sprawozdanie z poświęcenia nowego gmachu administracyjnego ubezpieczalni społecznej we Włocławku. Poświęcenie odbyło się z udziałem wojewody pomorskiego, p. Wł. Raczkiewicza.

Głos Częstochowski z 27 maja, *Express Poranny* (Warszawa) z 6 maja i *Dziennik Kujawski* z 12 maja podają informacje o obozach wypoczynkowych dla młodzieży, organizowanych przez ubezpieczalnie społeczne we Wilnie i w Kaliszu. Dzienniki podkreślają dodatnie wyniki zdrowotne tej akcji i jej znaczenie ogólno-państwowe.

Urządzona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi wystawa higieniczna wzbudziła szerokie zainteresowanie społeczeństwa miejscowego i prasy. Przez pawilony przesunęło się dotychczas około pół miliona osób. *Kurier Łódzki* z 10 maja *Dzień Pomorski* (Toruń) z 27 maja, *Głos Poranny* (Warszawa) z 23 maja, *Dziennik Białostocki* z 18 maja *Nowy Dziennik* (Kraków) z 21 maja, *Kurier Powszechny* (Wilno) z 21 maja, zamieściły artykuły opisowe, przy czym zwrócono szczególną uwagę na pawilon przeciwweneryczny wystawy, podkreślając społeczne skutki niedbałego leczenia chorób wenerycznych i znaczenie propagandowe wystawy w tej mierze.

RÉSUMÉ DES ARTICLES IMPORTANTS
INHALTSANGABE DER WICHTIGSTEN ÄUFSATZE

MARIAN WISŁOCKI.

TRAVAILLEUR AGRICOLE AU SENS DE LA LEGISLATION D'ASSURANCES SOCIALES.

La loi sur les assurances sociales prévoit des exceptions en fait de l'obligation d'assurance. En premier lieu ce sont les travailleurs agricoles qui présentent le plus nombreux groupe de travailleurs assurés d'une manière limitée. Notamment ils ne sont soumis qu'à l'assurance d'accidents et de maladies professionnelles. En dehors

MARIAN WISŁOCKI.

DER LANDARBEITER IM SINNE DER SOZIALVERSICHERUNGSGESETZGEBUNG.

Das Gesetz über die Sozialversicherung sieht Ausnahmen von der Versicherungspflicht vor. Die grösste Gruppe, die der Versicherungspflicht in einem nur beschränkten Bereiche unterliegt, bilden die „Landarbeiter". Sie wurden nur gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Die Arbeitsgeber sind ausserdem verpflichtet

des assurances précitées les employeurs sont obligés d'assurer à leurs travailleurs l'assistance médicale à la place de l'assurance-maladie obligatoire. La situation pareille demande la précision de la définition du „travailleur agricole" notion populaire qui possède plusieurs significations.

L'économie agraire présente le domaine du travail des travailleurs agricoles, c'est pourquoi la notion „travailleurs occupés dans des économies agraires" parait la plus simple. Mais le sens de la notion „une économie agraire" est assez large et assez vague, et peut comprendre: 1° l'ensemble des économies agraires, commes les forêts, élévages d'animaux domestiques et de poissons etc., et 2° les économies agraires particulières, on y joint habituellement encore drainage, irrigation des champs etc. Voilà les difficultés qui se posent, si l'on veut définir exactement la notion du travailleur agricole.

Le legislateur a partagé l'ensemble des travailleurs agricoles en 3 groupes ayant un rapport direct et bien étroit avec l'économie agraire.

Le premier — ce sont les travailleurs occupés dans les économies agricoles de forêts, de jardins, d'élevage des animaux domestiques et de poissons.

Le deuxième—ce sont les travailleurs ocupés dans les établissements agricoles auxiliaires, liés étroitement à l'économie agraire, n'ayant pourtant acquis des traits principaux des établissements industriels ou commerciaux. Du caractère de ces derniers décide l'arrêté du Ministère de l'Assistance Sociale du 24.II.1937, en enumérant d'une manière détaillée les établissements auxiliaires, qui peuvent être traités comme agricoles.

Le troisième groupe est déterminé par la loi comme suit: „les catégories de travailleurs, occupés aux travaux de mélioration et travaux publics de régulation et agraires, mentionnés dans l'arrêté du Ministre de l'Assistance Sociale". Ces catégories sont établies dans l'arrêté du Ministre de l'Assistance Sociale du 20.I.1938. Le procédé de fixation d'un cercle uniforme des travailleurs agricoles au sens de la législation d'assurances sociales fut terminé par l'arrêté en question. Par conséquent les assurances - accidents — et maladies professionnelles pourront être exercées dans des limites strictement tracées en ce qui concerne la fixation d'obligation d'assurance et la repartition des prestations.

ihnen die Heilungshilfe anstatt der obligatorischen Krankenversicherung zu sichern. Diese rechtliche Situation rief die Notwendigkeit einer Definition des Begriffes „der Landarbeiter" hervor. Dieser Begriff ist ziemlich populär und besitzt viele Bedeutungen.

Die Landarbeiter sind in der Landwirtschaft angestellt. Die leichteste Definition wäre also der Begriff „eines in der Landwirtschaft angestellten Arbeiters". Jedoch der Begriff der Landwirtschaft hat zwei Bedeutungen: eine breitere, die das Gesamte der mit der Erde verbundenen Wirtschaften, also auch der Först-Vieh Viehzucht zuch-und Fischereiwirtschaften, umfasst, und eine engere, welche nur reine Bauernwirtschaften umfasst. Ausserdem finden wir hier verschiedene Nebenunternahmen: Abwässerungswerke, Bewässerungseinrichtungen u. s. w. Alles das schafft Schwierigkeiten bei der Definition des Landarbeiters.

Der Gesetzgeber hat die Landarbeiter in drei Gruppen geteilt, je nachdem sie enger und unmittelbarer oder weiter mit der Landwirtschaft verbunden sind.

Die erste Gruppe bilden die in den Ackerbau-Forst-Gartenbau-Viehzucht-und Fischereiwirtschaften angestellten Arbeiter.

Zu der zweiten Gruppe gehören die in den nebengeordneten Unternehmen angestellten Arbeiter, wenn diese Unternehmen eng mit der Ackerbauwirtschaft verbunden sind und keine überwiegenden Gewerbe, oder Handelsmerkmale aufweisen. Ueber diese Einzelheiten entscheidet die Verordnung des Ministers für soziale Fürsorge vom 24.II.1937. Die Verordnung zählt genau auf, welche Unternehmen landwirtschaftlichen Charakter tragen und gibt die Bedingungen an, denen solche Unternehmen entsprechen müssen.

Die dritte Gruppe wurde folgendermassen von der Gesetzgebung umrissen: „Kategorien von Arbeitern, welche bei Meliorationsarbeiten und den vom Staat geführten Agrar-und Regulationsarbeiten (die in der Verordnung des Ministers für soziale Fürsorge festgelegt sind), — beschäftigt sind". Diese Kategorie wurden in der Verordnung des Ministers für soziale Fürsorge vom 20.I.1938 festgelegt.

Diese Verordnung hat den Prozess der Festlegung eines einheitlichen Bereiches der im Sinne der Sozialversicherung, in der Landwirtschaft angestellten Arbeiter beendet. Auf diese Weise wird die Ausübung der Unfallversicherung auf dem Gebiet der Feststellung der Versicherungspflicht und der Administration der Leistungen in genau festgesetzten Grenzen vor sich gehen können.

Dr ZBIGNIEW OSZAST.

LA NÉCESSITÉ DE CRÉER UN CENTRE MÉDICAL POUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DE LA PEAU.

La lutte contre la tuberculose de la peau est un problème d'hygiène sociale et un grand danger social.

La tuberculose de la peau non soignée devient une maladie sociale. Les dévastations de la peau sont très difficiles à soigner; les gens, atteints de cette maladie, vu leur aspect, eveillent une aversion profonde, et ne peuvent pas trouver du travail. La tuberculose de la peau attaque

Dr ZBIGNIEW OSZAST.

UEBER DIE NOTWENDIGKEIT EINE HEILSTÄTTE ZUM KAMPFE MIT DER HAUTTUBERKULOSE ZU SCHAFFEN.

Der Kampf mit der Hauttuberkulose ist sehr wichtig vom Standpunkt der sozialen Higiene. Die Hauttuberkulose ist eine soziale Gefahr. Nicht vom Anfang an behandelt, entwickelt sie sich und wird mit der Zeit unheilbar. Die entstandenen Beschädigungen der Haut sind nicht mehr wieder gutzumachen; die von solchen Krankheitsveränderungen betroffenen Kranken können sich nicht

en premier lieu les organismes jeunes. La maladie est pourtant guérissable, ce qui est un fait indubitable.

La lutte contre ce mal n'était jusqu'ici en Pologne suffisamment appréciée. Les dernières années ont apporté de l'intérêt grandissant à ce problème.

L'auteur propose la création d'un réseau de dispensaires pour les malades atteints de cette forme de la tuberculose. Les dispensaires, à côté des problèmes purement médicaux, pourraient aussi effectuer des recherches statistiques, pour prendre en considération tous les malades et les tenir en évidence constante. Les dispensaires pourraient devenir un facteur puissant pour élever le niveau général de la salubrité publique et pourraient économiser des frais à la Caisse d'Assurances Sociales en cas où le traitement serait effectué assez tôt. Il faut aussi tenir compte, que la tuberculose de la peau avancée demande un traitement prolongé, dépassant de beaucoup, la période de prestations de l'assurance-maladie. Pour ces malades il faudrait créer un fonds spécial, où toutes les institutions d'assurances sociales pourraient participer, la Société Polonaise pour la Lutte contre la Tuberculose y compris.

Le diagnostic de la tuberculose de la peau et son traitement, effectué dès le commencement, permettrait atteindre le but principal de la lutte contre ce mal et contribuerait d'une manière efficace à la réalisation de la grande oeuvre sociale — la salubrité publique.

mehr unbefangen in ihrer Umgebung bewegen, weil sie einen Ekel hervorrufen und können aus diesem Grunde keine Anstellung finden. Die Hauttuberkulose greift in erster Linie junge Leute an. Ihre Heilbarkeit ist bewiesen.

Der Kampf mit der Hauttuberkulose wurde bis jetzt in Polen unterschätzt. Erst in den letzten Jahren begann man sich mit diesem Problem bu befassen.

Der Verfasser schlägt vor ein Netz der *Heilstätten* zum Kampfe mit der Hauttuberkulose zu schaffen. *Die Heilstätten* sollen, ausser den eigentlichen Kuraufgaben, statistische Aufgaben verrichten. Man muss die Kranken an der Hauttuberkulose in Ziffern fassen und eine genaue Ewidenz führen. *Die Heilstäten* wären ein Faktor zur Hebung der allgemeinen Gesundheit und könnten den Versicherungskassen viel Geld sparen. Man muss immerhin beachten, dass die Behandlung einer entwickelten Hauttuberculose viel mehr Zeit braucht als es die Periode der Leistungen der Krankenversicherung erlaubt. Man müsste für diese Kategorie von Kranken einen Sonderfonds schaffen, an dem die Versicherungsanstalten und die Gesellschaften zur Bekämpfung der Tuberkulose teilnehmen sollten. Durch ein frühes Behandeln der Hauttuberkulose in ihren Anfängen wird man die Hauptaufgabe des Kampfes mit dieser Krankheit erfüllen und wirksam zur Durchführung des grossen sozialen Werkes d. i. der öffentlichen Gesundheit beitragen.

KOMUNIKATY

ZWIĄZEK PRZECIWWENERYCZNY W POLSCE

ogłasza konkurs na broszurę propagandową z dziedziny chorób wenerycznych.

Warunki konkursu.

1. Broszura nie powinna przekraczać 120 stron druku formatu 1/8.

2. Broszura przeznaczona jest dla szerokich rzesz społeczeństwa na poziomie intelektualnym ludzi z średnim wykształceniem.

3. Broszura zawierać powinna wytłumaczenie istoty chorób wenerycznych, z uwzględnieniem specjalnym osobniczego i społecznego niebezpieczeństwa tych chorób.

4. Broszura nie powinna zawierać danych ułatwiających laikom leczenie i rozpoznawanie chorób wenerycznych.

5. Pożądanym jest dołączenie do pracy rysunków i wykresów.

6. Termin składnia pracy upływa z dniem 15 grudnia 1938 r. Pracę należy składać w sekretariacie Związku Przeciwwenerycznego Warszawa ul. Karowa 31.

7. Praca uznana przez jury konkursowe za najlepszą będzie nagrodzona kwotą zł. 1.000 (tysiąc). Sąd konkursowy zastrzega sobie prawo podziału niniejszej kwoty w wypadku kilku (trzech) wyróżnionych prac.

8. Praca winna być złożona w kopercie zapieczętowanej opatrzonej godłem, druga koperta oznaczona tym samym godłem winna zawierać imię nazwisko i dokładny adres autora.

9. Nagrodzona praca przechodzi na własność Związku Przeciwwenerycznego.

10. Praca winna być przedstawiona w maszynopisie.

Związek Zawodowy Pracowników Instytucji Ubezpieczeń Społecznych Oddział I we Lwowie zawiadamia, że dnia 1 czerwca 1938 r. otworzył sezon w swoim pensjonacie *„Lwowianka"* w Kamieniu Dobosza gm. Jamna obok Jaremcza. Przystanek kolejowy tuż obok pensjonatu. Poczta, telefon i telegraf w Jamnej, odległej o 1 km.

Pensjonat składa się z 2 will jednopiętrowych oraz 5 will parterowych *z instalacją elektryczną i wodociągową*. Jadalnia wspólna, przy oddzielnych stolikach. Własna plaża, kort tenisowy, radio, fortepian, bilard ameryk., kręgielnie itp. Mimo zainstalowania w bieżącym sezonie światła elektrycznego koszty pobytu utrzymane są na poziomie zeszłorocznym i wynoszą:

W miesiącu czerwcu
dla członków Związku 3 zł. 50 gr dziennie,
dla niecłonków 5 zł. dziennie.
W miesiącu lipcu i sierpniu
dla członków Związku 4 zł. 50 gr. dziennie,
dla niecłonków 6 zł. dziennie.

Dalszy ciąg komunikatów patrz str. 502

STATYSTYKA

Zestawienia ogólne

I. Zakłady pracy i ubezpieczeni

1935—1938

Okresy	Zakłady pracy, [a] których pracownicy ubezpieczeni są	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu: na wypadek choroby	emerytalnemu robotników	emerytalnemu pracowników umysłowych	na wypadek braku pracy pracowników umysłowych	od wypadków w zatrudnieniu [b]
	w ubezpieczalniach społecznych			w całej Polsce		
Przeciętna w 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 marca 1937 r.	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 „	454 004	1 879 731	1 555 057	329 977	327 215	2 114 600
„ „ stycznia 1938 r.	453 626	1 845 281	1 516 700 [c]	333 500 [c]	330 700 [c]	2 075 500 [c]
„ „ lutego „	458 816	1 875 978	1 542 400 [c]	338 500 [c]	335 800 [c]	2 097 700 [c]
„ „ marca „	466 145	1 963 418	1 627 000 [c]	341 700 [c]	339 000 [c]	2 185 500 [c]

II. Składki (w tysiącach złotych)

1935—1938

Okresy	Ogółem	na ubezpieczenie: na wypadek choroby	emerytalne robotników	emerytalne pracowników umysłowych	na wypadek braku pracy pracowników umysłowych	od wypadków w zatrudnieniu: razem	w przemyśle	w rolnictwie
		w ubezpieczal. społ.		w całej Polsce				
A. Przypis składek [d]								
w 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 1937 r. [e]	325 315	119 143	69 858	59 588	19 434	57 292	.	.
w lutym 1937 r.	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
we 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*	5 099	1 661	5 537	5 107*	430
„ grudniu „	31 957	10 390	6 330	5 224	1 716	4 563	4 201	362
„ styczniu 1938 r.	27 179	9 897	5 830	5 355	1 749	4 348	4 168	180
„ lutym „	30 967	10 610*	7 270*	6 180	1 855	5 052	4 607*	445
B. Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki								
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 1937 r. [e]	326 660	121 281	68 190	60 647	19 792	56 750	.	.
w lutym 1937 r.	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
we 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
„ grudniu „	32 898	12 293	7 140	6 105	1 999	5 363	4 720	643
„ styczniu 1938 r.	28 385	10 029	5 758	5 367	1 759	5 472	4 187	1 285
„ lutym „	28 636	9 913	6 607	5 625	1 737	4 754	4 248	506

a Bez gospodarstw rolnych i leśnych. *b* Bez pracowników rolnych. *c* Dane szacunkowe. *d* Przypis składek w danym miesiącu obejmuje zasadniczo przypis składek za miesiąc poprzedni z wyjątkiem przypisu na ubezpieczenie od wypadków w rolnictwie, w którym przypis składek dokonywany jest za okresy półroczne, wzgl. roczne (za producentów rolnych w województwach zachodnich). *e* Dane tymczasowe.

Wyszczególnienie	1937										1938		
	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
Ubezpieczenie na wypadek choroby *f*	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
1. *Ogółem* *g*	*7 187*	*7 126*	*6 976*	*7 375*	*8 305*	*8 027*	*8 155*	*8 340*	*8 644*	*12 865*	*7 902*	*8 600*	*9 042*
2. opieka lekarska	2 511	2 441	2 458	2 448	2 678	2 666	2 705	2 695	2 688	3 591	2 535	2 700	2 723
3. środki leczn. i pomocn.	1 266	1 217	1 220	1 233	1 284	1 269	1 300	1 413	1 423	1 762	1 337	1 402	1 466
4. szpitale i zakł. leczn.	1 852	2 078	1 950	2 072	2 113	1 973	2 074	2 212	2 459	3 628	2 028	2 612	2 658
5. zasiłki pieniężne	1 319	1 130	1 052	1 249	1 382	1 391	1 449	1 601	1 650	1 796	1 787	1 571	1 733
6. lecz. w bratnich ubezp.	67	90	90	83	86	101	121	108	168	234	57	129	220
7. profilakt. i cele sanit.	172	170	206	290	762	627	506	311	256	1 854	158	186	242
	Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)												
8. Porady lekarskie ogół.	1 475,8	1 585,6	1 398,6	1 508,5	1 515,7	1 513,1	1 578,8	1 664,0	1 677,1	1 659,1	1 664,0	1 618,2	1 843,7
9. „ lekarzy dom.	1 078,8	1 142,0	1 015,4	1 103,7	1 117,6	1 118,8	1 141,9	1 195,0	1 221,6	1 226,1	1 220,7	1 170,2	1 323,4
10. „ „ specjal.	397,0	443,6	383,2	404,8	398,1	394,3	436,9	469,0	455,5	433,0	443,3	448,0	520,3
11. Zabiegi dentystyczne	116,1	131,5	110,6	117,8	106,7	129,8	136,1	143,6	146,1	135,2	138,7	134,7	153,8
12. Leki i środki opatrunk.	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	1 973,9	1 945,8	2 142,2
13. Zabiegi fizyko-terap.	197,8	222,7	146,2	129,6	100,9	100,5	133,1	170,3	192,0	183,7	202,3	229,0	253,8
14. „ rentgenowskie	37,7	43,4	38,4	38,9	33,8	32,8	37,8	40,2	40,3	38,2	44,6	44,8	52,5
15. Przekazy do szpitali *h*	13,7	15,6	14,6	15,5	16,6	17,3	18,3	17,4	17,0	16,0	16,7	15,2	17,9
16. Przyrost chorych we własnych szpitalach *i*	4,6	5,2	5,1	5,4	5,5	5,6	5,6	5,5	5,4	5,6	6,0	5,5	6,2
17. Dni szpitalne *j*	76,8	76,3	79,5	80,2	76,3	80,8	81,2	83,9	82,0	87,0	91,3	88,4	96,5
18. Dni zasiłkowe *k*	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	1 390,6	1 142,5	1 291,3
19. Zasiłki pogrzebowe	2,9	2,9	2,7	3,1	3,4	3,3	3,4	3,4	3,2	3,3	2,9	2,5	3,1
Ubezpieczenie emeryt. robotników *l*	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
20. *Ogółem*	*1 696*	*1 745*	*1 812*	*1 741*	*1 753*	*1 639*	*1 764*	*1 821*	*1 908*	*1 928*	*1 890*	*1 834*	*1 862*
21. renty	885	905	849	877	872	822	832	896	1 000	955	1 035	959	972
22. zaopatrzenia	795	790	812	795	816	816	815	855	842	868	854	874	868
23. świadcz. jednorazowe *m*	16	50	151	69	65	1	117	70	66	105	1	1	22
	Liczby wypłaconych świadczeń												
24. Renty	45 103	45 628	45 699	45 919	46 244	46 142	45 914	46 108	46 407	46 700	47 160	47 337	47 759
25. zaopatrzenia	37 052	37 509	38 082	38 468	38 941	39 352	39 776	40 421	40 763	41 248	41 443	41 828	41 931
26. świadcz. jednorazowe *m*	118	391	1 284	618	575	.	.	.	.	766	21	9	196
Ubezpieczenie pracowników umysłow.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
27. *Ogółem*	*4 635*	*4 043*	*4 154*	*4 396*	*4 370*	*4 342*	*4 383*	*4 608*	*4 471*	*4 638*	4 437	4 589	.
28. renty	3 580	3 118	3 277	3 475	3 469	3 493	3 512	3 653	3 586	3 628	3 670	3 693	.
29. zaopatrzenia *n*	110	111	112	107	109	124	115	115	113	112	116	116	.
30. świadcz. jednorazowe *o*	114	89	42	150	136	121	96	187	136	125	125	122	.
31. zasiłki bezrobotnych	830	725	722	705	656	604	660	653	636	773	526	658	738
	Liczby wypłaconych świadczeń												
32. Renty	27 404	27 696	27 904	28 286	28 559	28 348	28 742	29 216	29 505	29 875	29 734	30 000	.
33. zaopatrzenia *n*	2 167	2 167	2 185	2 198	2 195	2 216	2 217	2 238	2 252	2 256	2 269	2 272	.
34. świadcz. jednorazowe *o*	123	121	45	152	114	107	95	201	120	161	139	133	.
35. Zasiłki z powodu braku pracy	11 534	10 350	9 960	9 719	9 072	8 374	9 196	9 281	9 244	11 032	8 062	9 529	10 714
36. Bezrobotni, którym wypłacono zasiłki *p*	9 579	9 069	8 758	8 433	7 787	7 286	7 804	7 985	7 918	9 020	6 829	8 160	9 071
Ubezpiecz. od wypadk.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
37. *Ogółem*	*4 134*	*3 867*	*3 867*	*4 140*	*4 082*	*4 116*	*4 220*	*4 022*	*4 132*	*4 436*	*3 756*	*3 964*	*4 397*
38. renty	3 864	3 711	3 672	3 897	3 828	3 928	3 865	3 877	3 846	4 042	3 645	2 821	4 101
39. świadcz. jedn. i rzecz. *r*	270	156	195	243	254	188	355	145	266	394	111	143	296
	Liczby wypłaconych świadczeń												
40. Renty	117709	118717	119099	119845	120193	120581	121477	122309	122648	123291	123992	124412	125831
41. Świadcz. jednoraz. *s*	113	117	62	107	98	65	90	112	83	111	67	84	120

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, połogowe i dla karmiących. *l* Świadczenia funduszu ubezpieczenia emerytalnego robotników Z. U. S. *m* Odprawy wdowie i sieroce, zasiłki pogrzebowe i zapomogi pośmiertne. *n* Na rachunek Skarbu Państwa. *o* Jednorazowe odprawy inwalidzkie i pośmiertne oraz zasiłki pogrzebowe. *p* Liczba bezrobotnych, którym wypłaca się zasiłki, jest mniejsza od liczby wypłaconych zasiłków w danym miesiącu, ponieważ niejednokrotnie bezrobotny otrzymuje *łącznie* zasiłki za okres dłuższy niż jeden miesiąc. *r* Zapomogi pośmiertne, odprawy wdowie oraz koszty protez i lecznictwa. *s* Odprawy i zapomogi pośmiertne.

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zakłady pracy i obowiązkowo ubezpieczeni na wypadek choroby i macierzyństwa w ubezpieczalniach społecznych

Stan w końcu miesiąca — III 1938

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy[a]	Ubezpieczeni na wypadek choroby		
			Razem	robotnicy	pracownicy umysłowi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Ogółem	**466 145**	**1 963 418**	**1 649 945**	**313 473**
	woj. centralne	*220 520*	*1 031 533*	*871 940*	*159 593*
	woj. warszawskie				
1	Ciechanów	3 438	10 718	8 833	1 885
2	Kutno	4 299	17 846	15 575	2 271
3	Płock	3 762	10 593	8 807	1 786
4	Warszawa	90 527	366 152	288 162	77 990
5	Włocławek	4 583	14 894	12 505	2 389
6	Żyrardów	4 093	19 288	17 268	2 020
	woj. łódzkie				
7	Kalisz	5 145	15 654	13 221	2 433
8	Łódź	30 687	188 487	168 284	20 203
9	Pabianice	4 458	26 627	24 670	1 957
10	Piotrków	3 552	19 975	17 828	2 147
11	Tomaszów Mazowiecki	2 849	21 613	19 624	1 989
	woj. kieleckie				
12	Częstochowa	7 380	45 454	41 539	3 915
13	Kielce	5 755	22 922	18 957	3 965
14	Ostrowiec	2 239	24 499	21 979	2 520
15	Radom	5 493	25 213	21 839	3 374
16	Sosnowiec	12 010	84 126	76 059	8 067
	woj. lubelskie				
17	Lublin	9 813	36 971	30 057	6 914
18	Siedlce	3 224	10 697	8 299	2 398
19	Zamość	3 239	12 790	10 353	2 437
	woj. białostockie				
20	Białystok	5 848	30 684	26 049	4 635
21	Grodno	4 656	17 032	14 168	2 864
22	Łomża	3 470	9 298	7 864	1 434
	woj. wschodnie	*37 847*	*155 801*	*124 441*	*31 360*
	woj. wileńskie				
23	Wilno	13 342	47 950	37 102	10 848
	woj. nowogródzkie				
24	Baranowicze	3 359	13 576	10 944	2 632
25	Lida	2 957	12 657	10 442	2 215
	woj. poleskie				
26	Brześć	4 234	16 847	13 206	3 641
27	Pińsk	1 838	11 082	9 234	1 848
	woj. wołyńskie				
28	Łuck	5 211	18 575	14 127	4 448
29	Równe	6 906	35 114	29 386	5 728

Patrz uwagi na stronie następnej.

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy [a]	Ubezpieczeni na wypadek choroby		
			razem	robotnicy	pracownicy umysłowi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	woj. zachodnie	*70 706*	*273 132*	*222 170*	*50 962*
	woj. poznańskie				
30	Bydgoszcz	7 628	36 961	30 798	6 163
31	Gniezno	4 365	13 066	11 093	1 973
32	Grodzisk	3 407	10 889	9 396	1 493
33	Inowrocław	3 047	11 219	9 386	1 833
34	Leszno	3 489	9 366	7 976	1 390
35	Ostrów	5 278	15 636	13 360	2 276
36	Poznań	17 934	73 639	56 799	16 840
37	Oborniki	4 224	13 919	11 885	2 034
	woj. pomorskie				
38	Gdynia	5 365	31 970	25 879	6 091
39	Grudziądz	6 059	19 543	15 890	3 653
40	Tczew	5 452	19 849	16 390	3 459
41	Toruń	4 458	17 075	13 318	3 757
	woj. południowe	*129 971*	*463 806*	*396 946*	*66 860*
	woj. krakowskie				
42	Biała	5 975	29 008	26 127	2 881
43	Chrzanów	2 759	21 546	19 797	1 749
44	Kraków	28 055	88 740	75 320	13 420
45	Nowy Sącz	5 837	22 259	19 795	2 464
46	Zakopane	3 279	8 478	7 070	1 408
47	Tarnów	5 467	19 751	17 430	2 321
	woj lwowskie				
48	Drohobycz	6 014	23 681	20 304	3 377
49	Krosno	3 324	17 552	15 746	1 805
50	Lwów	27 718	91 500	74 214	17 286
51	Przemyśl	6 835	20 870	17 805	3 065
52	Rzeszów	3 879	14 605	12 696	1 909
53	Tarnobrzeg	2 057	12 967	11 251	1 716
	woj. stanisławowskie				
54	Kołomyja	3 768	11 128	9 279	1 849
55	Stanisławów	6 148	20 050	17 245	2 805
56	Stryj	4 820	23 535	21 299	2 236
	woj. tarnoposkie				
57	Brzeżany	3 042	6 702	5 419	1 283
58	Czortków	3 205	11 020	9 137	1 883
59	Tarnopol	4 111	10 407	8 590	1 817
60	Złoczów	3 678	10 007	8 422	1 585
	Śląsk Cieszyński				
61	Bielsko	7 101	39 146	34 448	4 698

a Liczba zakładów pracy, których pracownicy są indywidualnie ubezpieczeni w ubezpieczalniach społecznych.

Źródło. Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Przypis składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w m-cu lutym 1938 r.[a]

w złotych

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków w przemyśle
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Ogółem	**30 521 876**	**10 609 494**	**7 270 071**	**6 180 052**	**1 855 254**	**4 607 005**
	%	*100,0*	*34,8*	*23,8*	*20,2*	*6,1*	*15,1*
	woj. centralne	*16 652 003*	*6 256 558*	*4 424 973*	*3 082 758*	*907 024*	*1 980 690*
	%	*100,0*	*37,6*	*26,6*	*18,5*	*5,4*	*11,9*
	woj. warszawskie						
1	Ciechanów	104 420	40 090	22 919	23 588	7 363	10 460
2	Kutno	190 569	75 067	51 708	33 115	10 347	20 332
3	Płock	101 032	39 144	20 761	23 399	7 326	10 402
4	Warszawa	7 222 590	2 652 444	1 620 129	1 674 265	449 327	826 425
5	Włocławek	204 145	77 261	50 574	41 076	13 081	22 153
6	Żyrardów	258 688	103 437	80 981	34 539	11 086	28 645
	woj. łódzkie						
7	Kalisz	159 174	63 774	38 105	31 521	9 885	15 889
8	Łódź	2 893 959	1 175 196	898 113	409 746	135 354	275 550
9	Pabianice	290 846	120 373	101 794	31 262	10 230	27 187
10	Piotrków	208 084	83 278	57 920	32 808	10 516	23 562
11	Tomaszów Maz.	293 762	118 081	97 800	34 432	11 060	32 389
	woj. kieleckie						
12	Częstochowa	591 311	229 587	195 956	65 669	21 319	78 780
13	Kielce	251 821	96 148	58 601	50 099	15 609	31 364
14	Ostrowiec	362 851	143 243	95 262	55 924	18 663	49 759
15	Radom	508 414	106 328	191 181	96 448	31 383	83 074
16	Sosnowiec	1 701 598	619 736	537 668	182 139	62 647	299 408
	woj. lubelskie						
17	Lublin	428 951	162 932	98 730	95 748	29 977	41 564
18	Siedlce	120 046	47 194	24 918	27 130	8 393	12 411
19	Zamość	141 644	51 759	28 847	32 879	10 278	17 881
	woj. białostockie						
20	Białystok	358 253	136 952	93 335	61 821	19 250	46 895
21	Grodno	185 670	86 712	42 381	28 987	8 940	18 650
22	Łomża	74 175	27 822	17 290	16 163	4 990	7 910
	woj. wschodnie	*1 564 888*	*610 717*	*309 024*	*359 886*	*111 278*	*173 983*
	%	*100,0*	*39,0*	*19,8*	*23,0*	*7,1*	*11,1*
	woj. wileńskie						
23	Wilno	496 394	196 733	97 654	118 634	35 709	46 664
	woj. nowogródzkie						
24	Baranowicze	116 613	43 071	24 193	26 761	8 248	14 340
25	Lida	107 801	39 527	20 246	28 396	8 764	10 868
	woj. poleskie						
26	Brześć	205 646	79 673	44 585	44 553	13 819	23 016
27	Pińsk	116 115	42 985	25 603	24 058	7 475	15 994
	woj. wołyńskie						
28	Łuck	213 069	95 433	33 216	48 817	15 057	20 546
29	Równe	309 250	113 295	63 527	68 667	21 206	42 555

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków w przemyśle
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	woj. zachodnie	*3 879 123*	*1 412 565*	*878 831*	*870 299*	*275 889*	*441 539*
	%	*100,0*	*36,4*	*22,7*	*22,4*	*7,1*	*11,4*
	woj. poznańskie						
30	Bydgoszcz	497 043	172 285	126 021	102 345	32 459	63 933
31	Gniezno	145 980	55 370	30 870	33 610	10 586	15 544
32	Grodzisk	105 256	37 278	23 392	26 099	8 187	10 300
33	Inowrocław	139 284	48 667	33 523	31 609	10 104	15 381
34	Leszno	96 180	32 314	20 434	26 025	8 127	9 280
35	Ostrów	153 267	53 434	33 117	36 599	11 234	18 883
36	Poznań	1 222 316	459 286	269 212	284 566	90 867	118 385
37	Oborniki	138 052	48 467	31 393	33 266	10 408	14 518
	woj. pomorskie						
38	Gdynia	677 512	239 217	158 933	134 956	43 342	101 064
39	Grudziądz	232 632	88 166	49 768	53 660	17 017	24 021
40	Tczew	234 014	88 512	52 461	50 905	15 863	26 273
41	Toruń	237 587	89 569	49 707	56 659	17 695	23 957
	woj. południowe	*5 514 258*	*2 084 792*	*1 472 471*	*974 680*	*311 093*	*671 222*
	%	*100,0*	*37,8*	*26,7*	*17,7*	*5,6*	*12,2*
	woj. krakowskie						
42	Biała	376 592	146 646	116 689	45 844	14 641	52 772
43	Chrzanów	425 145	151 982	131 841	46 685	15 375	79 262
44	Kraków	1 151 901	401 156	339 729	213 157	68 323	129 536
45	Nowy Sącz	235 318	93 786	70 761	30 368	9 592	30 811
46	Zakopane	93 252	39 552	22 150	17 624	5 472	8 454
47	Tarnów	225 493	91 600	56 368	37 783	12 236	27 506
	woj. lwowskie						
48	Drohobycz	415 855	163 675	117 949	67 598	21 967	44 666
49	Krosno	206 975	78 192	59 585	29 746	9 490	29 962
50	Lwów	1 121 965	441 221	253 024	243 562	78 763	105 395
51	Przemyśl	164 672	66 466	37 702	32 510	10 170	17 824
52	Rzeszów	99 879	39 763	22 382	19 783	6 268	11 683
53	Tarnobrzeg	103 405	35 245	20 292	26 251	7 806	13 811
	woj. stanisławowskie						
54	Kołomyja	132 821	51 889	34 617	20 634	6 428	19 253
55	Stanisławów	201 149	77 850	52 265	34 187	10 709	26 138
56	Stryj	242 949	86 487	66 025	36 876	11 630	41 931
	woj. tarnopolskie						
57	Brzeżany	50 632	18 614	9 840	12 966	3 989	5 223
58	Czortków	90 002	34 782	22 638	19 262	5 924	7 396
59	Tarnopol	96 526	36 695	21 753	21 154	6 518	10 406
60	Złoczów	79 727	29 191	16 861	18 690	5 792	9 193
	woj. śląskie	*2 911 604*	*244 862*	*184 772*	*892 429*	*249 970*	*1 339 571*
	%	*100,0*	*8,4*	*6,3*	*30,7*	*8,6*	*46,0*
61	Bielsko	630 090	244 862	184 772	93 929	29 830	76 697
62	Oddz. Z. U. S. w Chorzowie	2 281 514	—	—	798 500	220 140	1 262 874

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 lutym 1938 r. [a]

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków w przemyśle
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Ogółem	**28 129 005**	**9 912 969**	**6 607 141**	**5 624 475**	**1 736 637**	**4 247 783**
	%	*100,0*	*35,2*	*23,5*	*20,0*	*6,2*	*15,1*
	woj. centralne	*15 587 515*	*5 909 488*	*4 115 428*	*2 880 605*	*845 797*	*1 836 197*
	%	*100,0*	*37,9*	*26,4*	*18,5*	*5,4*	*11,8*
	woj. warszawskie						
1	Ciechanów	99 704	40 104	21 658	21 411	6 688	9 843
2	Kutno	176 482	74 385	45 705	29 268	9 148	17 976
3	Płock	86 442	34 411	17 387	19 744	6 180	8 720
4	Warszawa	6 889 040	2 534 321	1 541 788	1 597 945	428 788	786 198
5	Włocławek	163 181	62 194	40 052	32 972	10 495	17 468
6	Żyrardów	238 911	97 068	73 920	31 594	10 163	26 166
	woj. łódzkie						
7	Kalisz	133 902	53 453	32 102	26 694	8 367	13 286
8	Łódź	2 813 185	1 176 734	854 917	389 964	128 815	262 755
9	Pabianice	295 314	122 418	102 884	32 088	10 505	27 419
10	Piotrków	209 577	86 608	57 058	32 349	10 384	23 178
11	Tomaszów Maz.	267 912	108 444	88 775	31 289	10 050	29 354
	woj. kieleckie						
12	Częstochowa	523 282	205 047	172 663	57 499	18 658	69 415
13	Kielce	226 339	86 889	52 455	44 838	13 983	28 174
14	Ostrowiec	343 025	135 592	89 883	52 922	17 643	46 985
15	Radom	492 436	106 185	181 185	94 088	30 639	80 339
16	Sosnowiec	1 476 832	538 401	470 998	154 304	53 155	259 974
	woj. lubelskie						
17	Lublin	376 237	145 142	85 719	83 172	26 034	36 170
18	Siedlce	95 997	38 128	19 794	21 538	6 661	9 876
19	Zamość	117 359	43 507	23 671	27 034	8 449	14 698
	woj. białostockie						
20	Białystok	318 850	122 890	82 549	54 874	17 103	41 434
21	Grodno	179 083	72 955	45 365	31 188	9 618	19 957
22	Łomża	64 425	24 612	14 900	13 830	4 271	6 812
	woj. wschodnie	*1 396 852*	*521 524*	*283 521*	*329 581*	*101 875*	*160 351*
	%	*100,0*	*37,3*	*20,3*	*23,6*	*7,3*	*11,5*
	woj. wileńskie						
23	Wilno	440 282	158 497	91 834	111 642	34 470	43 839
	woj. nowogródzkie						
24	Baranowicze	92 870	34 843	19 098	21 090	6 500	11 339
25	Lida	97 731	35 942	18 399	25 636	7 912	9 842
	woj. poleskie						
26	Brześć	182 877	71 238	39 352	39 690	12 349	20 248
27	Pińsk	91 296	33 951	20 080	18 908	5 869	12 488
	woj. wołyńskie						
28	Łuck	186 657	73 863	32 069	46 706	14 402	19 617
29	Równe	305 139	113 190	62 689	65 909	20 373	42 978

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków w przemyśle
					emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	woj. zachodnie	*3 383 146*	*1 248 009*	*769 912*	*754 353*	*249 055*	*361 817*
	%	*100,0*	*36,9*	*22,8*	*22,3*	*7,4*	*10,6*
	woj. poznańskie						
30	Bydgoszcz	424 667	146 957	108 515	87 209	27 645	54 341
31	Gniezno	129 563	49 786	27 183	29 616	9 327	13 651
32	Grodzisk	87 034	31 715	19 081	21 267	6 694	8 277
33	Inowrocław	121 187	43 086	28 916	27 315	8 727	13 143
34	Leszno	81 319	27 443	17 267	22 011	6 854	7 744
35	Ostrów	130 400	46 261	28 083	30 687	9 513	15 856
36	Poznań	1 023 177	383 968	225 186	232 609	84 132	97 282
37	Oborniki	107 376	38 297	24 384	25 631	8 015	11 049
	woj. pomorskie						
38	Gdynia	615 602	218 613	143 947	122 234	39 260	91 548
39	Grudziądz	219 358	92 242	52 014	55 537	17 616	1 949
40	Tczew	218 599	84 509	48 337	46 930	14 623	24 200
41	Toruń	224 864	85 132	46 299	53 307	16 649	22 777
	woj. południowe	*5 021 194*	*2 004 820*	*1 264 960*	*859 189*	*278 288*	*603 937*
	%	*100,0*	*39,9*	*25,2*	*17,3*	*5,6*	*12,0*
	woj. krakowskie						
42	Biała	361 733	141 396	111 647	44 237	14 134	50 319
43	Chrzanów	419 344	149 922	129 662	46 377	15 207	78 176
44	Kraków	1 131 522	479 672	276 444	194 697	62 401	118 308
45	Nowy Sącz	203 165	81 374	61 058	25 992	8 209	26 532
46	Zakopane	96 587	41 013	23 169	17 886	5 519	9 000
47	Tarnów	207 412	83 552	51 675	34 681	12 223	25 281
	woj. lwowskie						
48	Drohobycz	365 177	143 841	103 830	59 418	19 295	38 793
49	Krosno	169 312	65 247	48 494	23 760	7 545	24 266
50	Lwów	921 066	377 813	186 537	203 001	65 587	88 128
51	Przemyśl	163 731	66 926	37 506	31 906	9 990	17 403
52	Rzeszów	88 716	35 696	19 781	17 521	5 542	10 176
53	Tarnobrzeg	112 847	39 448	22 772	27 520	8 443	14 664
	woj. stanisławowskie						
54	Kołomyja	85 451	33 293	22 688	12 578	3 834	13 058
55	Stanisławów	173 330	67 550	44 840	29 326	9 194	22 420
56	Stryj	213 709	76 307	57 924	32 392	10 211	36 875
	woj. tarnopolskie						
57	Brzeżany	45 066	16 967	8 697	11 332	3 487	4 583
58	Czortków	78 418	32 189	18 904	16 162	4 968	6 195
59	Tarnopol	110 216	43 473	24 269	23 631	7 283	11 560
60	Złoczów	74 392	29 141	15 063	16 772	5 216	8 200
	woj. śląskie	*2 740 298*	*229 128*	*173 320*	*790 747*	*261 622*	*1 285 481*
	%	*100,0*	*8,4*	*6,3*	*28,9*	*9,5*	*46,9*
61	Bielsko	590 725	229 128	173 320	88 530	28 089	71 658
62	Oddz. Z. U. S. w Chorzowie	2 149 573	—	—	702 217	233 533	1 213 823

a Zestawienie obejmuje wpływy w ubezpieczalniach społecznych oraz w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie (na ubezpieczenie pracown. umysł. i od wypadków), nie obejmuje zaś wpływów na ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu w rolnictwie.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne robotników

IV 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]			Wypłacono	
	rent, odpraw, zasiłków, zaopatrzeń i zapomóg	na sumę (w złotych) [b]	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I—IV	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem					**1 957 945,52**
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	25	539,41	25,00 [c]	3 103	80 546,25
„ wdowie	85	1 356,66	12,50 [c]	1 775	29 926,78
„ sierot niezupełnych	25		6,25 [c]	1 117	
„ „ zupełnych			12,50 [c]		
„ wstępnych	—	—	—	3	18,75
Odprawy wdowie	2	900,00	450,00	2	900,00
Zasiłki pogrzebowe	12	600,00	49,71	12	600,00
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	474	12 996,95	26,25	23 090	627 740,72
„ starcze	63	1 309,75	19,44	2 743	57 930,96
„ wdowie	224	2 161,70	10,07	8 600	106 297,50
„ sieroce	239	1 295,65	6,30	5 728	32 883,71
Odprawy wdowie	1	130,20	120,64	1	130,20
„ sieroce	—	—	—	—	—
III Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym (z dn. 28 marca 1933 r.):					
Zaopatrzenia inwalidzkie	598	11 881,71	20,00 [c]	39 255	847 416,13
„ wdowie	128	1 529,00	10,00 [c]	2 769	36 567,06
„ sierot niezupełnych	113		4,00 [c]	378	
„ „ zupełnych			7,00 [c]		
Renty inwalidzkie [e]	375	11 129,67	27,66	820	41 157,40
„ wdowie [e]	14	543,04	.	34	6 633,91
„ sierot niezupełnych [e]	113			150	
„ „ zupełnych [e]					
Jednorazowe zapomogi pośmiertne	.	.	.	.	61 702,82
IV. Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego:					
Renty inwalidzkie	2	23,98	15,94	619	12 868,83
„ wdowie	42	496,28	.	961	13 781,88
„ sierot niezupełnych	2			17	
„ „ zupełnych	6	60,90	9,99	83	842,62

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne pracowników umysłowych

IV 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano			Wypłacono	
	rent, odpraw, zaopatrzeń	na sumę [a] (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość świadczenia	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem					**3 972 466,99**
Renty inwalidzkie	194	50 394,60	259,77	12 649	2 168 202,73
„ starcze	53	12 988,47	245,07	4 171	644,454,21
„ wdowie	108	17 162,22	.	7 400	864 967,11
sieroce	112			5 397	
Renty z umowy polsko-niemieckiej					
„ inwalidzkie	10	1 698,60	169,86	598	55 732,29
„ starcze	1	48,60	48,60	160	12 371,30
„ wdowie	6	290,30	.	269	16 702,55
„ sierot niezupełnych	4			153	
„ „ zupełnych	—	—	—	12	274,20
Zaopatrzenia starcze	12	650,00	50,00[b]	1 937	97 100,00
„ wdowie	2	60,00	30,00[b]	312	10 030,00
„ sieroce	1	10,00	10,00[bc]	12	320,00
Jednorazowe odprawy	73	87 614,30	1 200,20	73	87 614,30
Zasiłki pogrzebowe	54	14 698,30	272,19	54	14 698,30

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych

IV 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]	Wypłacono [b]	
	rent, odpraw, zapomóg	ilość osób[c] (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem			**4 415 120,42**
I. Z ustawy austriackiej z dn. 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dn. 11 lipca 1911 r.:			
Renty poszkodowanych	55	67 517	1 683 332,54
„ wdów	6	10 965	456 006,05
„ sierot zupełnych	2	5 178	245 435,77
„ dalszej rodziny	2	932	23 962,26
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	1	75,00
II. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28 marca 1933 r.:			
Renty poszkodowanych	2 349	34 137	1 412 437,81
„ wdów	96	2 697	121 125,39
„ sierot	152	4 637	142 493,12
„ dalszej rodziny	19	239	7 982,96
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	121	20 107,86
Koszty protez i lecznictwa	.	.	302 161,66

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 na wypadek braku pracy pracowników umysłowych IV 1938

Województwa	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki	Liczba wypłaconych zasiłków miesięcznych *a*	Kwoty wypłaconych zasiłków (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość zasiłku I—IV
Ogółem	**8 855**	**10 180**	**697 051,60**	**68,04**
centralne	*4 128*	*4 560*	*335 917,01*	*73,69*
M. st. Warszawa	2 427	2 608	204 287,51	77,99
Warszawskie				
Łódzkie	740	766	57 053,18	75,50
Kieleckie	484	620	39 095,58	66,04
Lubelskie	275	328	20 082,54	56,68
Białostockie	202	238	15 398,20	64,02
wschodnie	*802*	*962*	*59 334,91*	*61,54*
Wileńskie	258	316	18 358,91	56,82
Nowogródzkie	117	135	7 913,40	61,42
Poleskie	184	207	13 776,30	67,48
Wołyńskie	243	304	19 286,30	63,14
zachodnie	*2 470*	*2 860*	*194 548,13*	*68,50*
Poznańskie	1 201	1 367	78 655,50	56,69
Pomorskie	552	640	40 863,93	59,99
Śląskie	717	853	75 028,70	90,34
południowe	*1 455*	*1 798*	*107 251,55*	*57,46*
Krakowskie	526	604	39 363,70	60,94
Lwowskie	653	835	49 618,80	57,09
Stanisławowskie	146	202	9 563,35	54,68
Tarnopolskie	130	157	8 705,70	51,95

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 emerytalne Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu

II i III 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano rent		Przyznano na sumę (w złotych) *a*		Wypłacono ilość osób (rencistów)		Wypłacono na sumę (w złotych) *b*	
	II	III	II	III	II	III	II	III
Renty inwalidzkie i chorych	273	247	5 993,30	5 588,35	28 783	28 705	888 889,60	885 140,15
„ starości	115	91	2 833,20	1 476,80	5 739	5 712		
„ wdowie i wdów chorych	148	194	1 169,80	1 479,35	14 581	14 625		
„ sieroce	143	105	537,45	365,95	6 456	6 436		

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

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

Źródło: Dane Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

Świadczenia emerytalne Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach

I—III 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano rent	Przyznano na sumę (w złotych)	Wypłacono ilość osób	Wypłacono na sumę (w złotych)
Ogółem				**5 680 191,17**
Renty inwalidów	685	22 530,50	33 766	4 241 675,80
„ inwalidek	27	356,43	1 245	
„ wdów	404	9 808,41	20 755	1 208 747,88
„ sierot niezupełnych	289	1 758,13	7 366	146 687,19
„ „ zupełnych	21	221,76	441	13 216,91
Pogrzebowe po inwalidach	—	—	349	37 636,06
„ „ inwalidkach, żonach inwalidów i wdowach	—	—	352	31 786,25
„ „ dzieciach inwalidów i sierotach	—	—	17	441,08

Źródło: Dane Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

Początek komunikatów patrz str. 490

Dla korzystających z pościeli pensjonatu dopłata wynosi 20 wzgl. 30 gr. dziennie. Dla dzieci oraz dla rodzin o większej liczbie członków stosuje się odpowiednie zniżki cen.

Z uwagi na rychłe otwarcie sezonu i znaczny napływ gości, P. T. reflektanci zechcą łaskawie wcześnie nadsyłać zgłoszenia pod adresem: Związek Zawodowy Pracowników Intsytucji Ubezpieczeń Społecznych Oddział I we Lwowie ul. Brajerowska 16 tel. 207-98.

Dnia 2 — 3 — 4 października r. b. odbędzie się Pierwszy Ogólno — Polski Zjazd Szpitalników w Warszawie z następującymi tematami głównymi.

I. Naukowa, kulturalna i społeczna rola szpitala.
II. Zagadnienia budownictwa i wyposażenia szpitali.
III. Podstawy finansowe szpitali.

Zgłoszenia prac przyjmuje sekretariat Towarzystwa do dnia 15 lipca r. b. krótkie zaś streszczenia (do 10 wierszy drukiem) do dnia 15 sierpnia r. b. (adres sekretariatu — Warszawa — Koszykowa 37).

W czterdziestolecie Polskiego Towarzystwa Higienicznego w dniach 29 — 30 czerwca 1938 roku pod protektoratem Pana Prezesa Rady Ministrów Generała Doktora Felicjana Sławoja Składkowskiego, odbędzie się w Lublinie XI ZJAZD HIGIENISTÓW POLSKICH poświęcony zagadnieniom zdrowotnym wsi.

Program Zjazdu.

Dn. 28 czerwca godz. 20 — 22 Zebranie towarzyskie — zapoznawcze w salach Resursy Kupieckiej — Krakowskie Przedmieście 62.

Dn. 29 czerwca godz. 9 — 9 m. 30 Nabożeństwo w Katedrze. 9 m. 30 — 10 Otwarcie Zjazdu: (w sali głównej Domu Żołnierza — pl. Żwirki i Wigury Nr 6). a. Przemówienie Prezesa P. T. H. Podsekretarza Stanu Dr *Eugeniusza Piestrzyńskiego*. b. Wybór Prezydium Zjazdu. c. Przemówienia powitalne. 10 — 10 m. 45 1-szy referat główny — Dr *Jan Danielski:* „Pomoc lecznicza na wsi (lekarze, personel pomocniczy, szpitale i t. p.)". 10 m. 45 — 11 Przerwa. 11 — 14 Koreferaty i komunikaty do 1-go referatu głównego: 1. Dr *Odrzywolski Witold:* „Szkolenie personelu lekarskiego do pracy na wsi". 2. *Makowska Halina:* „Pielęgniarka wiejska". 3. *Dmochowska Jadwiga:* „Pomoc dentystyczna na wsi". 4. Dr *Łabęcki Wiktor:* „O pomocy położniczej na wsi". 5. Dr *Skokowska-Rudolfowa Maria:* (Komunikat) — „Pomoc położnicza na wsi według danych ankiety". 6. Dr *Babecki Jerzy* — „Możliwość rozciągnięcia ubezpieczenia powszechnego od choroby na ludność wiejską". 7. Dr *Ciekot Władysław* — „Spółdzielnia zdrowia". 8. *Wyszomirski Kazimierz* — „Spółdzielnia zdrowia w walce o zdrowie wsi". 9. Dr *Węgrzynowska Janina* — „Samopomoc społeczeństwa wiejskiego, rola organizacji społecznych". 10. Dyskusja i wnioski. 14 — 15 Otwarcie wystawy higienicznej. 15 — 16 m. 15 Przerwa obiadowa. 16 m. 15 — 20 Dalszy ciąg obrad. 16 m. 15 — 17 2-gi referat główny — Dr *Kacprzak Marcin:* „Medycyna zapobiegawcza na wsi (zwalczanie chorób zakaźnych i społecznych)". 17 — 20 Koreferaty i komunikaty do 2-go referatu głównego: 1. Dr *Tyczkowski Julian* — „Praca rejonowych (wiejskich) ośrodków zdrowia w ramach powiatowej organizacji służby zdrowia". 2. Dr *Grzegorzewski Edward* (komunikat) — „Wzajemny wpływ miasta i okolicznych wsi pod względem epidemiologicznym" (dane m. Warszawy). 3. Dr *Łabęcki Wiktor* — „Zwalczanie duru brzusznego na wsi". 4. Dr *Chromiński Marian* — „Znaczenie badań diagnostycznych i kontrolnych w zwalczaniu duru brzusznego". 5. Dr *Tobiczyk Władysław* — „Walka z czerwonką". 6. Doc. Dr *Bier Leonard* — „Choroby zakaźne w Polsce, a obronność Państwa". 7. Dr *Leśniewski Włodzimierz* i Dr *Kołaczyńska Maria* — „Walka z gruźlicą na wsi". 8. Dr *Łabęcki Wiktor* — „Badania nad szerzeniem się gruźlicy na wsi". 9. Dr *Skokowska-Rudolfowa Maria* — „Zagruźliczenie wsi w Polsce". 10. Dr *Narolewski Jan* — „Zapobieganie chorobom społecznym na terenie wsi kresowej". 11. Red. *Szymański Jan* — „Zwalczanie alkoholizmu i zapobieganie alkoholizmowi na wsi". 12. Dyskusja i wnioski. godz. 21. Raut w salach Kasyna Garnizonowego wydany przez Zarząd Miejski m. Lublina dla uczestników Zjazdu.

Dr. 30 czerwca godz. 8 — 9 Zwiedzanie miasta. 9 — 13 Dalszy ciąg obrad. 9 — 9m. 45 3-ci referat główny — Dr *Salak Bolesław:* „Sprawy sanitarno-porządkowe na wsi (budownictwo wiejskie, zaopatrywanie w wodę, usuwanie nieczystości i t. p.)". 9 m. 45 — 13 Koreferaty i komunikaty do 3-go referatu głównego: 1. Prof. *Turczynowicz Stanisław* — „Racjonalne planowanie wsi". 2. Mgr. Inż. *Rudolf Zygmunt* (komunikat) — „Planowanie wsi jako zagadnienie zdrowia". 3. Inż. *Piaścik Franciszek* — „Warunki mieszkaniowe na wsi". 4. Mgr. Inż. *Rudolf Zygmunt* — „Urządzenia techniczno-sanitarne i inwestycje użyteczności publicznej na wsi". 5. Mjr. Dr *Cybulski Aleksader* (komunikat) — „Zaopatrzenie ludności wiejskiej w wodę pod kątem widzenia potrzeb wojska". 6. Kpt. Dr *Buczek Tadeusz* — „Wychowanie fizyczne młodzieży wiejskiej". 7. Dr *Morozowa Janina* — „Sprawy higieny szkół wiejskich". 8. Dr *Grzegorzewski Edward* — „Przemiany gospodarcze a zdrowie ludności wiejskiej". 9. Dr *Domżalski Józef* — „Racjonalna gospodarka mleczarska na wsi a higiena społeczna". 10. Dyskusja i wnioski. godz. 13 — 14 m. 30 Przerwa obiadowa. 14 m. 30 — 17 Wycieczki: do Zemborzyc — celem zwiedzenia fermy mlecznej i do Bełżyc — celem zwiedzenia rejonowego ośrodka zdrowia. 17 — 19 Dalszy ciąg obrad: 1. Dr *Klukowski Zygmunt* — „Warunki higieniczne i medycyna zapobiegawcza na wsi w Zamojszczyźnie w 1-ej połowie XIX stulecia". 2. Odczytanie wniosków przez przewodniczącego sekcji wniosków; dyskusja i uchwały Zjazdu. 3. Zamknięcie obrad Zjazdu. godz. 20 Przedstawienie w teatrze miejskim.

Dn. 1 lipca godz. 8 Wycieczki: 1. do Zamościa (krajoznawcza), 2. do Nałęczowa i Kazimierza (krajoznawcza i zwiedzenie zdrojowiska Nałęczowa), 3. do Lubartowa, Suchowoli i Tuchowicza — celem zapoznania się z terenową akcją zdrowotną na wsi (ośrodki zdrowia).

Warunki uczestnictwa w Zjeździe.

1. Zgłoszenia uczestnictwa kierować należy do Biura Zjazdu w Lublinie, które do dn. 25 czerwca 1938 r. mieścić się będzie w lokalu miejscowego Oddziału Polskiego Towarzystwa Higienicznego przy ul. Krakowskie

Przedmieście 20, a od dn. 26 czerwca 1938 r. w „Domu Żołnierza" plac Żwirki i Wigury Nr 6, gdzie również odbywać się będą obrady Zjazdu.

2. Opłata od uczestników Zjazdu wynosi zł. 15, od osób towarzyszących zł. 10. Od członków Polskiego T-wa Higienicznego i jego Oddziałów prowincjonalnych opłaty te wynoszą 10 i 5 złotych. Powyższe opłaty wnosić należy do P. K. O. na konto 1888 „Polskie Towarzystwo Higieniczne".

3. Biuro Zjazdu będzie się starało zapewnić uczestnikom mieszkania. W tym celu w zgłoszeniach uczestnictwa należy zaznaczyć, czy pożądany pokój na 1 lub 2 osoby.

4. Osobom, które zgłoszą uczestnictwo w Zjeździe do dn. 20 czerwca 1938 r., Biuro Zjazdu wysyłać będzie karty uczestnictwa z przydziałem żądanego lokalu.

5. Osoby posiadające karty uczestnictwa korzystać będą z przewidzianych ulg przy przejazdach kolejowych.

6. Za wymienione w programie wycieczki krajoznawcze pobierana będzie opłata, jako zwrot kosztów przejazdu i wspólnego obiadu. Udział w wycieczkach w dn. 1 lipca należy zgłaszać równocześnie ze zgłoszeniem uczestnictwa w Zjeździe.

Regulamin obrad.

1. Referaty główne trwać mogą do 45 minut, referaty zwykłe i koreferaty — do 15 minut. Zabieranie głosu w dyskusji nie może trwać dłużej niż 5 minut. Każdy członek może najwyżej 2 razy zabierać głos w dyskusji na ten sam temat. Referenci w ostatnim przemówieniu mogą przemawiać do 10 minut.

2. Członkowie Zjazdu, życzący sobie zabrać głos w dyskusji, zgłaszają pisemnie swój udział sekretarzowi, a po dyskusji pisemnie podają treść swego przemówienia celem umieszczenia w pamiętniku Zjazdu. Wszelkie wnioski winny być zgłaszane na piśmie.

3. Referenci i koreferenci obowiązani są dostarczyć odpisy swych referatów sekretarzowi generalnemu Zjazdu, o ile nie przeszlą ich przed Zjazdem do Biura Polskiego T-wa Higienicznego (Warszawa, ul. Karowa 31) celem ogłoszenia ich drukiem w pamiętniku Zjazdu.

4. Pamiętnik Zjazdu będzie rozesłany uczestnikom Zjazdu bezpłatnie po wyjściu z druku.

Za komitet Wykonawczy
Przewodniczący Komitetu.
Dr J. Adamski.

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Placuch Stanisław	7414305	Biała Krak.
Górny Andrzej	9221001	„
Kania Franciszek	9308225	Bielsk Śl.
Kochman Icek	1299111	Częstochowa
Kliks Władysław	5362180	Grodno
Żukowska Julia	5371549	„
Młynczyk Bronisław	1439459	„
Truszczyńska Stefania	7135252	Grudziądz
Cieślewicz Stanisław	6266856	Gniezno
Kostyszyk Jakub	8827183	Kołomyja
Janusz Katarzyna	8300417	Krosno
Barówna Helena	8315767	„
Skok Jan	8295252	„
Woźniak Helena	1389134	Lublin
Dębski Antoni	5137657	„
Wasser Leib	4965032	„
Gajda (Cymbalista) Antonina	3588794	Łódź
Bisiorek Stefania	3603421	„
Baf Szyfra	3649703	„
Cukier Izrael-Hersz	3395903	„
Brzeziński Stefan	3544063	„
Bendet Szaja	3598840	„
Biderman Ber	3595833	„
Benke Marta	3585733	„
Dobrski Michał	3412917	„
Fortuniak Helena	3518054	„
Dominiak Maria	3532343	„
Domań Janina	3592275	„
Jędrasiak Konrad	3648508	Łódź
Dutkiewicz Bronisław	3411532	„
Firus Erwin	3629967	„
Drabik Jadwiga	3624086	„
Hofses Oskar	3418982	„
Liberman Rojza	3667473	„
Garbarczyk Jan	3402875	„
Herman Willibald	1202289	„
Grzelak Kazimiera	3494735	„
Goldkorn Hilel	1229219	„
Goldberg Mindla	3531964	„
Gałczyńska Bronisława	3623524	„
Goldfarb Chil-Dawid	1223021	„
Gąsiorkiewicz Zygmunt	3618943	„
Lerner Tobiasz	3600303	„
Chodyński Edmund	1201057	„
Karpiński Szczepan	3653114	„
Kaźmierczak Helena	3537802	„
Klauze Leokadia	3604061	„
Kamińska Helena	3549651	„
Kasprzycka Walentyna	3410511	„
Grindwald Brunon	3531434	„
Kopa Maria	3412528	„
Kołodziejczyk Konstanty	3457101	„
Kozanecki Edward	3411665	„
Kacperski Józef	3450043	„
Kędzierzawski Henryk	1201343	„
Malinowski Zygmunt	3428147	„
Napora Mieczysław	3651241	„

Motug Władysław	1444817	Łódź
Łysio Stanisław	1203047	„
Malińska Józefa	3414725	„
Stolarczyk Jan	7691050	„
Podolska Chaja	3404542	„
Płyta Jan	3655632	„
Smoleń Aniela	7657439	„
Sieruga Zofia	3665819	„
Pańszczyk Leokadia	3684776	„
Pawlak Ryszard	3624250	„
Perle Ruchla	3700796	„
Pinkowski Wilhelm	1218982	„
Pinkus Gerszon	3657221	„
Strykowski Majlech	3535601	„
Piątek Władysława	3580523	„
Cymerman Rywen Lajb	3595833	„
Zasada Władysław	3462149	„
Rynia Anna	3586239	„
Rzymski Alfons	3428670	„
Rygielska Natalia	3410103	„
Tęgos Maria	3428437	„
Rafałowicz Bina	3499625	„
Röder Edward	3533047	„
Welsandt Edyta	3597344	„
Szurzfalak Zofia	3652874	„
Wilk Władysław	3488419	„
Szostek Jan	3589799	„
Wasiak Józefa	1209707	„
Waks Mindla	3635104	„
Szczepaniak Bolesław	1208723	„
Wróblewski Mieczysław	3626186	„
Walczak Anna	3492791	„
Wojciechowska Cecylia	3438296	„
Włodarska Aleksandra	3473112	„
Gładysz Roman	4490372	Ostrowiec
Suchorski Józef	6613610	Ostrów Wlkp.
Stasiuk Mikołaj	5810513	Pińsk
Margolin Chaja Gitla	1489367	„
Gendera Jadwiga	6784385	Poznań
Kaczmarek Kazimierz	6799144	„
Kaźmierczak Monika	1608509	„
Łęgowska Leokadia	6727802	„
Magdziak Stanisław	6720153	„
Olszewska Eleonora	6750045	„
Parysek Maria	6754846	„
Pawelski Michał	6681062	„
Pięta Felicja	1600556	„
Pięta Stefan	6690441	„
Tomas Władysław	1613125	„
Walczak Kazimiera	6690993	„
Watman Naftuli	6791952	„
Buczek Józef	6032554	Równe
Kaczorowski Zygmunt	1337291	Radom
Kaczor Jan	4575362	„
Stanisławek Jan	4602815	Radom
Olszewski Stanisław	5129048	Siedlce
Młynarczyk Jan	5130130	„
Klein Filomena	1671854	Toruń
Płoszczak Aleksandra	9126051	Tarnopol
Gartner Izrael	8072585	Tarnów
Kowal Franciszek	8056304	„
Wiśniewski Franciszek	8050377	„
Witek Jan	8053669	„
Sztupska Zofia	7277458	Toruń
Kędzierski Lucjan	1175964	Włocławek
Arnfeld Rojza	1022861	Warszawa
Abramski Herman-Hern	1104284	„
Bereda Ignacy	2186156	„
Borys Franciszek	2208803	„
Czubkowski Kazimierz	2606613	„
Cieślak Czesław	2403609	„
Cielecka Janina	2679402	„
Chudzik Zofia	2824543	„
Domek Kazimiera	2345390	„
Dudelzak Rachmil	2495411	„
Dolat Maria	2233010	„
Dąbrowski Marcin	2220096	„
Dąbrowski Bernard-Andrzej	2491305	„
Frojdenrojch Frymet	2639787	„
Gajewski Antoni	2393014	„
Górska Zofia	2635351	„
Gutracht Perla	2627957	„
Grenda Emilian	2340403	„
Goldblatt Józef	1096555	„
Iwański Edward	2760620	„
Jóźwiak Stefan	1104002	„
Janisławski Antoni	2221606	„
Jankowska Janina	2254010	„
Kubicki Stanisław	2611690	„
Kostrzewa Kazimierz	2722016	„
Kozłowski Bronisław	2277195	„
Kobylski Wiktor	2605477	„
Konicki Aleksander	2377658	„
Kenigsberg Estera	2680520	„
Kiemel Janina	2249505	„
Kluczna Antonina	2769678	„
Krasnodębska Zofia	2801965	„
Kubis Stanisława	2267125	„
Libiszowski Antoni	1114332	„
Leśnikowski Wiktor	1414405	„
Lemke Wilhelm	2272493	„
Lewi Aron	2730821	„
Lerman Srul	2751326	„
Lemińska Zofia	2619630	„
Literat Frajda	2533153	„
Milke Paulina	2856967	„
Mestenhauser Ludwika	1075863	„

Nisenbaum Adolf	1087920	Warszawa	Rozenwajn Perla	2697131	Warszawa
Olszewska Stefania	2294451	„	Skorupka Józef	2296954	„
Orensztajn Wygdor	2367880	„	Satur Józef	2328160	„
Orłowski Nikodem	2311232	„	Szomańska Stanisława	1058495	„
Pokrzywnicki Jan	2680577	„	Szpigelglas Salomon	1151371	„
Pawlak Władysław	2321073	„	Szyf Hersz-Lejb	2580363	„
Pszczółkowski Aleksander	2604269	„	Tyblewski Kazimierz	2335133	„
Perzanowski Wacław	2802552	„	Twardo Janusz	2700637	„
Piotrowski Witold-Stanisław	1154864	„	Uryszkiewicz Janina	2498573	„
Pądzik Stanisława	2271410	„	Uszerowicz Szmul	2499269	„
Pless Marian	2309338	„	Węgliński Stefan	2320373	„
Pałgan Józef	2667475	„	Wąsik Władysław	2311704	„
Połeć Celestyn-Czesław	2386243	„	Wojciechowski Stanisław	1060105	„
Pitkówna Józefa	2873488	„	Wilczyński Stanisław	1054691	„
Pfeferkorn Matla	2461499	„	Wysokińska Stefania	1091441	„
Pytel Helena	2651181	„	Wódka Fajga	2337675	„
Razniak Marcin	2357234	„	Zamencki Wincenty	2201609	„
Redlicki Stefan	2298504	„	Żakowski Waldemar	2739162	„
Redlik Aniela	2298508	„	Korzenny Lewk	3265687	Żyrardów

Administracja „Przeglądu Ubezp. Społ." uprzejmie prosi o wniesienie przedpłaty za II-gie półrocze 1938.

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

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

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

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

Redakcja i Administracja: Czerniakowska **231.**
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.

BIBLIOTECZKA „PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Poszczególne tomiki Biblioteki „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" są do nabycia w Administracji:

Warszawa, ul. Czerniakowska Nr. 231.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CHRZANOWIE

ogłasza KONKURS

NA STANOWISKA 6-CIU LEKARZY DOMOWYCH:

1)	w rejonie	Nr.	9	z siedzibą	w Trzebini
2)	„	„	10	„	w Trzebini
3)	„	„	13	„	w Chełmku
4)	„	„	16	„	w Krzeszowicach
5)	„	„	17	„	w Krzeszowicach i Miękini
6)	„	„	18	„	w Pieczyskach k Szczakowej

Kandydaci na stanowisko lekarza domowego winni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub 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 powinni 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 w 1933 r.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie w kopertach zamkniętych z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza domowego w rejonie Nr . . . w . . ." do dnia 15 sierpnia 1938 r godz. 12-ta w południe.

Lekarz Naczelny:
Dr Mróz Edward

Dyrektor:
Piotrowski Ludwik