PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
MIESIĘCZNIK

ROK XIII
WARSZAWA
PAŹDZIERNIK
1938 R.
ZESZYT 10

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.

ST. SASORSKI — Warszawa

PROBLEMY LEKARSKIE W UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

(Referat wygłoszony na III Międzynarodowym Kongresie Rzeczoznawców ubezpieczeń społecznych w Wiedniu w dniu 18 maja 1938 r.)

1. *Zderzenie dwóch tendencyj liberalno-indywidualistycznej oraz koordynacyjno - społecznej*

Ubezpieczenia społeczne i lecznictwo ubezpieczeniowe są jedną z form przenoszenia wartości cywilizacyjnych do warstw gospodarczo słabszych. Analogiczną formę stanowi ruch spółdzielczy, rozwijająca się w ostatnich czasach akcja organizowania wczasów pracowniczych, budownictwo mieszkań robotniczych, organizacja służby zdrowia na wsi, organizacja pomocy prawnej dla pracowników itd. Cechą charakterystyczną tych wszystkich wysiłków jest wprowadzanie pierwiastków współdziałania i organizacji w dziedziny, w których dotychczas występował, niemal wyłącznie, czynnik indywidualnej inicjatywy i indywidualnych środków finansowych, oraz masowość zainteresowanych jednostek i ich potrzeb, przy niewspółmiernie małych możliwościach finansowych. Powstawanie tych nowych form działania jest nieuniknionym wynikiem postępującej demokratyzacji społeczeństw i wypierania, w związku z tym, pierwiastków współzawodnictwa przez współdziałanie, oraz konsekwencją przekształcania się — według określenia jednego z polskich teoretyków prawa — „liberalnego państwa kapitału na społeczne państwo pracy"[1]).

Rzecz jasna — te przemiany nie mogą odbywać się bez starć i wstrząsów, bez zderzania się idei liberalno-indywidualistycznych z rozwijającymi się co raz silniej dążeniami koordynacyjno-społecznymi. To zderzenie dwóch tendencyj występuje bardzo silnie i widocznie w dziedzinach stosunków, związanych z wiedzą medyczną, tym rodzajem wiedzy o życiu, którego przedmiotem badania i działania jest — w myśl zwrotu prof. dr. J. Okińczyca[2]) — skomplikowana istota, której „stopy opierają się na ziemi, a ramiona i oczy zwrócone są do gwiazd". Rozwijająca się przez stulecia „ars medica" miała i musi mieć na swoim sztandarze wypisane hasło: „salus aegroti suprema lex esto", również wówczas, gdy to hasło zostanie uzupełnione drugim wskazaniem, co raz donośniej rozlegającym się: „salus societatis suprema lex esto". Praca lekarska polega i polegać musi na badaniu indywidualnych zjawisk chorobowych, występujących w indywidualnych organizmach ludzkich, na hipotetycznym przewidywaniu procesów biologicznych i na ryzykowaniu skutków interwencji lekarskiej w konkretnych wypadkach. Kontrola poszczególnych sądów i działań lekarzy w stosunku do poszczególnych jednostek jest możliwa w założeniu, ale technicznie bardzo utrudniona, a w bardzo wielu wypadkach bardzo ryzykowna wobec warunkowego charakteru decyzji lekarskich i związku między szeregiem tych decyzji w stosunku do danych jednostek. Z charakteru pracy lekarskiej wynika przeto, że wypierany z różnych dziedzin życia sztandar liberalizmu i indywidualizmu szuka swego oparcia przede wszystkim wśród wykonawców wskazań Hipokratesa.

Z drugiej strony potrzeby życia są tak duże

[1]) *Prof. dr. W. Makowski:* „Państwo społeczne" Warszawa 1936 r., „Biblioteka Drogi", str. 84.

[2]) *Prof. dr. J. Okińczyc:* „Humanisme et medecine", Paris 1937, Labergerie.

i silne, że nie mogą zatrzymać się przed zaporami, pochodzącymi z historycznych, tradycyjnych nawyków i właściwości psychicznych, dostosowanych do pracy zawodowej, prowadzonej w określonych warunkach. Co raz bardziej rozwija się dążność do rozszerzania opieki lekarskiej na liczniejsze warstwy ludności o niewielkich dochodach, niezdolnych do korzystania z opieki lekarskiej, przynajmniej w szerszym zakresie, przy pomocy własnych, bieżących środków, co raz bardziej rozwija się i pogłębia akcja profilaktyczna, walka z chorobami zakaźnymi i społecznymi, coraz bardziej rozwijają się urządzenia, zapewniające higieniczne warunki pracy robotnika, chroniące go przed chorobami zawodowymi i wypadkami w zatrudnieniu. W wykonywaniu tych nowych, doniosłych zadań lekarz występuje w nowej postaci, z nowym sposobem myślenia, z nową wiedzą, obcą lekarzom klinicystom i występuje już nie jako jednostka, ale zespół, związany z sobą węzłami organizacyjnymi, podporządkowany, podobnie jak reprezentanci innych dyscyplin, ogólnym zadaniom działalności państwa i korporacji publiczno-prawnych.

W nowych warunkach problem przedstawia się w następujący sposób: bez lekarzy nie można wykonać nowych, doniosłych zadań, a lekarze bez przygotowania teoretycznego z zakresu medycyny społecznej i bez psychicznego dostosowania się do nowych potrzeb, nie mogą tych zadań należycie spełnić. Prowadzi się przeto prace w sprawie zmiany programów i sposobów nauczania na wydziałach lekarskich uniwersytetów, powstają zakłady medycyny pracy lub medycyny społecznej, są organizowane liczne kursy, w publicystyce lekarskiej przejawia się wielka praca myśli i wielkie przemiany, którym ulegają lekarze. Przemianom tym towarzyszą inne zmiany, wynikające z powodu silnego rozwoju niektórych nauk przyrodniczych, jak fizyki i chemii, na tle badań laboratoryjnych, oraz współpracy fizyki, chemii i techniki z biologią. Następuje mechanizacja i specjalizacja w medycynie, pogłębiająca obiektywne środki poznawania lekarskiego, ale równocześnie osłabiająca działanie intuicji, jako również jednego ze sposobów ludzkiego poznawania, mającego duże zastosowanie w medycynie, następuje zatrata w świadomości lekarskiej całego organizmu ludzkiego i ocena ze stanowiska tej całości organicznej jego poszczególnych organów. Te dwa procesy powodują powstanie — jak sądzę — t. zw. „kryzysu medycyny", która nie znalazła jeszcze całkowitego wyjścia z nowych trudności.

Nowe zadania stworzyły również duże trudności dla tych czynników lekarskich i nielekarskich, na które spadł ciężar przeprowadzenia organizacji lecznictwa. Nie jest bowiem rzeczą łatwą znaleźć prosty sposób rozwiązania zagadnienia zorganizowania leczenia na rachunek funduszów publicznych w różnych warunkach demograficznych, komunikacyjnych, zdrowotnych, kulturalnych, przy uwzględnieniu zasady związku moralnego między chorym a lekarzem leczącym, charakteru pracy lekarskiej, warunków mieszkania i pracy chorych i ich rodzin itd. W rozwiązywaniu tych zagadnień nie można znaleźć jakiegoś jednego, generalnego, niezawodnego środka. Z tych, zdaje się powodów są stosowane w różnych państwach różne rozwiązania, w niektórych bardzo skomplikowane, w innych proste, ale nie uwzględniające wielu składowych elementów tych problemów. Z tych powodów rozwiązania, wskazywane przez narodowe, czy międzynarodowe korporacje lekarskie, nie wydają się trafne i budzą poważne zastrzeżenia. Zadanie będzie łatwiejsze do rozwiązania, gdy proces przemian w świadomości lekarskiej posunie się jeszcze dalej, kiedy na gruncie określonych idei wyrosną nowe zastępy lekarzy przygotowanych do nowych obowiązków oraz kiedy znikną uprzedzenia między lekarzami o różnych poglądach i pomiędzy zespołami lekarskimi, a czynnikami nielekarskimi, powołanymi do wspólnej pracy dla tych samych celów publicznych.

Jedną z zasad, które muszą być przyjęte, jako podstawa pracy w lecznictwie ubezpieczeniowym, jest zasada koordynacji. Leczenie szerokich mas społecznych powinno odbywać się w formie zorganizowanej, a organizacja polega na koordynacji wysiłków, jedną zaś z form koordynacji jest subordynacja — oczywiście przeprowadzona tak daleko, jak to jest możliwe i wskazane ze względu na charakter danej pracy. Przed kilkudziesięciu laty, w okresie zarysowującej się walki tendencji liberalno-indywidualistycznych z koordynacyjno-społecznymi — jeden z polskich socjologów[3]) rzucił słuszną uwagę: „Ponieważ subordynacja (podporządkowanie) jednych jednostek względem innych jest jedynym stosunkiem, jaki łączyć może członków, tworzących jakąś społeczność, ponieważ nawet koordynacja (uwspółrzędnienie) jest tylko poszczególnym wypadkiem subordynacji, jest subordynacją wzajemną, przeto utrzymywać, że ideałem społeczeństwa jest takie, którego członkowie nie podlegają żadnej subordynacji — znaczy to samo, co twierdzić, iż ideałem społeczeństwa jest aglomerat, trwający na zasadach antyspołecznych; utrzymywać, że subordynacja jednostek jest pozbawieniem ich wolności, jest ich unieszczęśliwieniem, znaczy to znajdować, że wolnymi czuć się one mogą li tylko w warunkach, uniemożliwiających pożycie wspólne, że szczęśliwymi bywają jedynie w okolicznościach życia dzikiego".

2. *Przemiany w stosunku polskich lekarzy do ubezpieczeń społecznych*

Sposób kształtowania się stosunku polskich lekarzy do ubezpieczeń społecznych i do lecznictwa ubezpieczeniowego, w ciągu ostatnich dwudziestu lat, który zamierzam w dalszym ciąg-

[3]) *J. K. Potocki:* „Współzawodnictwo i współdziałanie". Lwów, 1907 r. Nakł. Tow. Wydawn. Warszawa E. Wende i Sp. i Lwów H. Altenberg. — str. 18.

gu ogólnie naszkicować[4]) może być interesujący nie tylko z polskiego punktu widzenia. Ewolucja, jaką przeszła opinia lekarska w Polsce w tym czasie jest olbrzymia i proces ten postępuje nadal. Przemiany te są niewątpliwie bardzo dodatnie i są nie tylko czynnikiem oddziaływującym dodatnio na stosunki w ubezpieczeniach społecznych, ale są źródłem postępu w dziedzinie ogólnej polityki zdrowotnej państwa.

Pierwsze prace przygotowawcze, podjęte w Polsce, jeszcze w okresie wielkiej wojny, nad zorganizowaniem ubezpieczenia chorobowego na tych terenach, na których nie istniało i nad stworzeniem konstrukcji, odpowiadającej polskim warunkom i polskim potrzebom — nie spotkały się z zainteresowaniem czynników lekarskich. Nie można nie stwierdzić, że znaczna część lekarzy, podobnie jak i członków innych zawodów, była wprzęgnięta w szeregi armii, a uwagę tych, którzy pozostali na swoich placówkach zawodowych, absorbowały poważnie inne aktualne problemy natury ogólnej i zdrowotnej. Wkrótce potem, w kwietniu 1919 r., zjazd przedstawicieli zrzeszeń lekarskich wypowiedział się za niewprowadzaniem własnej organizacji lecznictwa przez instytucje ubezpieczeń społecznych, za zastąpieniem świadczeń leczniczych przez zasiłki pieniężne, umożliwiające ubezpieczonym opłacanie lekarzy, wybranych przez nich na podstawie zasady nieograniczonego wyboru.

Kiedy, wbrew tym poglądom, świeżo utworzone kasy chorych wprowadziły organizację lecznictwa — wśród lekarzy powstały ostre zarzuty przeciwko tej idei np. tego rodzaju, że chorzy nie znoszą ubezpieczeń społecznych, że każdy chory domaga się indywidualnego traktowania, czego nie da i dać nie może najlepiej obmyślane ubezpieczenie, że kasy chorych rujnują wolny zawód lekarski, że zbyt mały odcinek chorych pozostał dla praktyki prywatnej, że socjalizacja medycyny grozi zniszczeniem jej wewnętrznej wartości ze szkodą dla osób cierpiących, dla rozwoju nauki i stanowiska zawodu lekarskiego, że administracja ubezpieczeniowa wkracza w sprawy lecznicze, zamiast oddać je w ręce lekarzy. Równocześnie wysuwano postulaty: wolnego wyboru lekarzy i cen jednostkowych za poszczególne porady i zabiegi, oraz prowadzono spory na tle wysokości wynagrodzeń. Tym zarzutom i tym postulatom trudno się dziwić w pierwszym okresie, który był rodzajem rewolucji w stosunkach i przyzwyczajeniach lekarskich. Jest przeto tym bardziej godnym uwagi, że w tym samym czasie ze strony lekarzy padają odpowiedzi zdecydowane i wyraźne. Są potępienia walk prowadzonych o wysokość wynagrodzeń, co powoduje utratę szacunku dla lekarzy, są formułowane poglądy, iż zubożenie jest zjawiskiem powojennym i objęło nie tylko lekarzy, ale całą zawodową inteligencję, że położenie materialne lekarzy byłoby daleko gorsze, gdyby nie istniały kasy chorych, jest kwestionowana opinia, że ceny jednostkowe odgrywają doniosłą rolę dla poziomu wiedzy lekarskiej i są wskazywane przykłady innych zawodów, jak sędziów, nauczycieli itd., w których nie ma systemu jednostkowego, co nie przeszkadza im w dobrej pracy i w doskonaleniu się, są wysuwane tezy, że w okresie demokratyzacji społeczeństw nie może być utrzymany dawny system opieki nad chorymi, oparty na dorywczej i szablonowej pracy lekarzy i na filantropii, są wysuwane argumenty przeciwko zasadzie nieograniczonego wyboru lekarza, jako niemożliwego do utrzymania w organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego, a nie istniejącego, — zdaniem niektórych lekarzy-autorów, — w rzeczywistości w prywatnej praktyce ze względu na rozsiedlenie lekarzy, trudności komunikacyjne, możliwości finansowe pacjentów itd. W żywej i często interesującej polemice lekarskiej powstaje szereg pozytywnych idei, jak np. a) oddanie kierownictwa sprawami leczniczymi w ręce lekarzy ubezpieczeniowych pracujących na podstawie określonych, wyodrębnionych budżetów, b) powołanie przy lekarzach naczelnych opiniodawczych rad lekarskich, c) wprowadzenie systemu rozjemczego dla załatwiania sporów z lekarzami, d) rozwinięcie przez instytucje ubezpieczeń społecznych akcji profilaktycznej, e) wprowadzenie doboru lekarzy za pomocą konkursów, f) systematyczne dokształcanie lekarzy itd.

Powyżej scharakteryzowane poglądy szeregu lekarzy świadczą o tym, że początkowy kierunek negacji lub hiperkrytycyzmu w stosunku do ubezpieczeń społecznych zniknął, a przynajmniej znacznie zmalał — gdyż nieliczne poglądy przeciwne utrzymują się nadal, ale rzadko występują, — że front lekarski przeszedł do affirmacji ubezpieczeń społecznych i szukania rozwiązań, możliwych do przyjęcia przez ubezpieczenia społeczne i odpowiadających świadomości lekarzy. Są już wyraźnie formułowane często powtarzane poglądy, że instytucje ubezpieczeń społecznych są największymi instytucjami lecznictwa zbiorowego, których skuteczna działalność, pomimo braków w organizacji, przyczynia się znacznie do podnoszenia zdrowotności publicznej, że należy znaleźć płaszczyznę współpracy z instytucjami ubezpieczeń społecznych, że gdyby ich nie było, — należałoby, z punktu widzenia lekarskiego, — je powołać, że lecznictwo ubezpieczeniowe może stać się podstawą do zabezpieczenia bytu materialnego lekarzy, że instytucje ubezpieczeń społecznych nie istnieją dla lekarzy, ale lekarze pracują dla tych instytucji i dla ubezpieczonych, których potrzeb powinni być rzecznikami, że ubezpieczenia społeczne powinny objąć szerszy krąg osób, że opierając się o ubezpieczenia społeczne należy przystąpić do uprzystępnienia pomocy i opieki lekarskiej dla całej ludności, zgodnie z liniami dziejowego rozwoju zawodu lekarskiego. Ewolucyjnie rozwija się wśród lekarzy idea powszechnej służby zdrowia, jako przewodnia idea państwowa i lekarska.

[4]) W uwagach niniejszych korzystałem częściowo z materiału zebranego w niepublikowanej na razie pracy lekarza *J. Chrzanowskiego.*

Ze strony lekarzy są co raz częściej wysuwane postulaty reformy uniwersyteckich studiów lekarskich, między innymi w tym kierunku, aby uwzględniono naukę medycyny społecznej w szerokim tego słowa znaczeniu (łącznie z higieną pracy, polityką w zakresie zdrowia publicznego, zagadnieniami sanitarnymi itd.).

Z tym kierunkiem wśród lekarzy, coraz głębszym i szerszym, współdziałają władze państwowe, wykonywujące nadzór nad instytucjami ubezpieczeń społecznych i wykonywujące obowiązki w zakresie publicznej służby zdrowia (oba te działy pracy w Polsce są skupione w jednym ministerstwie). Duże znaczenie dla dalszego rozwoju stosunków miał wielki zjazd lekarzy, z udziałem przedstawicieli instytucji ubezpieczeń społecznych, który z inicjatywy przedstawiciela Rządu odbył się w Warszawie z końcem 1929 r. Na tym zjeździe przeprowadzono krytykę istniejącego stanu rzeczy w ubezpieczeniach społecznych, nie we wszystkich wypadkach ścisłą i obiektywną, i zarysowano ogólne wytyczne dalszej pracy. Uznano za wskazane a) wyraźne określenie stanowiska lekarzy naczelnych kas chorych, b) dążenie do stworzenia korzystniejszych, pod względem prawnym, moralnym i organizacyjnym, warunków pracy lekarskiej i odpowiadających wymaganiom wiedzy lekarskiej, c) przeprowadzenie reorganizacji lecznictwa ubezpieczeniowego przez udostępnienie lecznictwa wszystkim ubezpieczonym, zapewnienie ochrony zdrowia w możliwie najszerszym zakresie, oparcie organizacji lecznictwa na kierowniczych czynnikach lekarskich, lekarzach domowych, poliklinikach, szpitalach i sanatoriach oraz d) powołanie lekarzy do współpracy w zakresie reorganizacji lecznictwa. Znaczna część tego, ogólnikowo zresztą zakreślonego planu, została zrealizowana — nie znaczy to jednak aby wszystkie trudności zostały przełamane. Istnieją one nadal, częściowo w zakresie organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego, głównie zaś w zakresie stosunku prawnego lekarzy do instytucji ubezpieczeń społecznych.

3. *Organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego w Polsce*)*

W zakresie organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego w Polsce można odróżnić dwa okresy: pierwszy, oparty o ustawę z dnia 19 maja 1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa i drugi — związany z wejściem w życie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym. Poza tym istnieje nadal odrębna organizacja lecznictwa, oparta na postanowieniach, w niektórych szczegółach zmodyfikowanych, niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej, obowiązującej w dalszym ciągu na terenie górnośląskiej części województwa śląskiego. Przepisy ustaw nie przesądzają systemu organizacyjnego lecznictwa ubezpieczeniowego, poprzestając jedynie na ogólnych wskazaniach i pozostawiając sposób rozwiązania problemów organizacyjnych samym instytucjom ubezpieczeń społecznych — ewentualnie z udziałem właściwych władz nadzorczych.

Zaznaczone wyżej dwa okresy opierające się na odrębności przepisów prawnych odróżniają się również odrębnością systemów organizacyjnych, wprowadzonych w granicach, dopuszczalnych przez prawo. Pierwszy okres był wypełniony rozwiązywaniem zagadnień organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego według uznania i możliwości poszczególnych kas chorych, przy częściowej pomocy związków tych kas i był oparty na zasadzie t. zw. systemu ambulatoryjnego, o dość różnej treści w poszczególnych kasach chorych, a na części terytorium Polski (w dwóch województwach zachodnich) na podstawie t. zw. systemu gabinetowego. Drugi okres cechuje system t. zw. lekarza domowego, wprowadzony z góry ze strony państwowej władzy nadzorczej. Wprowadzenie drugiego systemu poprzedziły dwie próby organizacyjne, przeprowadzone na terenie dwu największych kas chorych (w Warszawie i w Łodzi) oraz analiza w specjalnych zespołach fachowych, lekarzy i administratorów ubezpieczeniowych, siedmiu różnych projektów, opracowanych przez lekarzy z większym doświadczeniem pracy w instytucjach ubezpieczeń społecznych. System, istniejący na terenie górnośląskiej części województwa śląskiego, pozostał poza nawiasem tych zmian.

Ustawa z 1920 r. formułowała następujące warunki udzielania pomocy lekarskiej:

„Pomoc lekarska udzielana jest przez dyplomowanych lekarzy i lekarzy-dentystów, którzy posiadają przyznane przez polskie władze państwowe prawo praktyki i przyjęli odpowiednie obowiązki drogą pisemnej umowy z kasą. Czynności pomocnicze mogą być wykonywane przez pomocniczy personel lekarski i techników dentystycznych jedynie na zlecenie lekarza kasowego i pod jego kierunkiem, a bez jego wiedzy i zezwolenia — tylko w wypadkach nagłych i przy porodach, jeśli nie może być wezwany lekarz kasowy lub inny lekarz dyplomowany. Członkowie kasy mają prawo wolnego wyboru lekarza spośród tych, z którymi kasa zawarła umowę. Chory może zmienić lekarza w czasie tej samej choroby tylko za zgodą zarządu kasy, udzieloną na skutek umotywowanego żądania zmiany. Zgoda ta winna być udzielona lub odmówiona w ciągu 3 dni".

Na podstawie tych postanowień kasy chorych przystąpiły do organizowania lecznictwa samorzutnie, bez wskazań z góry, starając się dostosować do warunków lokalnych, (do ilości ubezpieczonych oraz podaży i kwalifikacji sił lekarskich i urządzeń lekarskich). W małych skupieniach chorzy zgłaszali się bezpośrednio do lekarza ordynującego, typu ogólnego, z zaświadczeniem pracodawcy, jako dowodem istnienia u-

*) Część rozdziału 3-go dotycząca stosunków do r. 1934 została oparta na pracy dra J. Szumskiego, opublikowanej już po wygłoszeniu referatu w nrze 7 i 8 Przeglądu Ub. Społ.

prawnień świadczeniowych. Lekarze udzielali pomocy w swoich gabinetach i w domu obłożnie chorych. W większych skupieniach tereny kas chorych były podzielone na obwody, te zaś na rejony, obejmujące kilka lub kilkanaście ośrodków leczniczych, czasami również punktów leczniczych, obsadzonych przez sanitariuszki, przy czym do punktów leczniczych lekarze dojeżdżali w określonym czasie. W większych kasach chorych zgłoszenie do lekarza poprzedzało zgłoszenie się chorego do biura kasy chorych, gdzie sprawdzano uprawnienia do świadczeń, wydawano „numerek", a równocześnie przesyłano do lekarza kartę choroby. Do lekarzy specjalistów — pracujących we własnych gabinetach, lub w ambulatoriach, bądź też dojeżdżających do określonych punktów — chorzy zgłaszali się albo bezpośrednio — albo też na skutek skierowania przez lekarzy ogólnych. O niezdolności do pracy, uprawniającej do zasiłków chorobowych orzekali albo uprawnieni do tego lekarze ordynujący, albo lekarze obwodowi lub rewizyjni — albo w końcu komisje lekarskie.

W województwach zachodnich utrzymano odziedziczony system wolnego wyboru spośród lekarzy dopuszczonych do pracy w kasach chorych na podstawie ich porozumienia z zawodową organizacją lekarską. Lekarze przyjmowali we własnych gabinetach i otrzymywali wynagrodzenie według cen jednostkowych za poszczególne porady i zabiegi, t. zw. punktów. O niezdolności do pracy orzekali częściowo ci lekarze, częściowo decydowali lekarze obwodowi lub komisje lekarskie. Lekarze ordynujący kierowali do specjalistów, do których chorzy mogli zgłaszać się również bezpośrednio, następnie kierowali lekarze obwodowi, którzy również kierowali chorych do szpitali. Kasy chorych nie miały własnych szpitali i korzystały ze szpitali samorządowych lub prywatnych, w większości wypadków, zakonnych.

Oba powyższe systemy spotkały się z poważnymi zarzutami. System gabinetowy z jednostkowymi cenami stanowił luźną organizację, utrudniającą planową pracę w zakresie lecznictwa i powodował nadmierne wydatki na wynagrodzenie lekarzy i na leki, które przekraczały możliwości finansowe kas chorych, nawet w najlepszym pod tym względem okresie. Ubezpieczeni przerzucali się od lekarza do lekarza, szukając takich, którzy by dostosowywali się do ich życzeń. Szpitale obce przetrzymywały chorych ponad potrzebę i utrudniały interwencję lekarzy kas chorych. Systemowi ambulatoryjnemu zarzucano utrudnienie dostępu do lekarzy przez pośrednictwo biur administracyjnych, przeciążenie pracą lekarzy, czasami brak odpowiednich pomieszczeń na ambulatoria, brak kontaktu należytego między lekarzami ogólnymi a specjalistami i t. d. Podjęto przeto eksperymentalne próby odmiennego rozwiązania zagadnień organizacyjnych i opracowania systemu nowego lub zmodyfikowanego, w drodze wykorzystania dotychczasowych doświadczeń i rozpatrzenia prób rozwiązań, stosowanych w kilku innych państwach. Taką doświadczalną próbą była organizacja, wprowadzona w 1930 r. w jednej części największej kasy chorych — w Warszawie, a następnie z pewnymi modyfikacjami w drugiej co do wielkości kasie chorych — w Łodzi, przy czym w toku działania tych systemów wprowadzano poprawki, wskazywane przez doświadczenie. Przyjęto zasadę związania lekarzy z terenem, z ubezpieczonymi, których miejsce zamieszkania lub pracy znajduje się na danym obszarze, dopuszczając zmianę przydziału ubezpieczonych do danego podobwodu, na życzenie ubezpieczonych, za zgodą odpowiednich lekarzy administracyjnych. Kierownictwo organizacją lecznictwa spoczywało w rękach lekarza kierownika obwodu, podległego lekarzowi naczelnemu kasy chorych. Obwód dzielił się na podobwody z określoną ilością lekarzy i sanitariuszek, przydzielonych do pomocy lekarzom, podobwody dzieliły się na rejony i w każdym rejonie wspólnie pracował zespół trzech lekarzy, w tym dwóch internistów i jeden pediatra. W każdym rejonie była prowadzona przez sanitariuszkę kartoteka chorobowa. Lekarze specjaliści ordynowali w przychodni specjalistycznej. Chorzy byli kierowani do lekarzy specjalistów przez ogólnych lekarzy rejonowych, mogli jednak również zgłaszać się bezpośrednio.

Ten system okazał się praktyczny, ale również były trudności w jego przeprowadzeniu. Zarzucano mu brak ścisłej ewidencji ubezpieczonych według miejsc zamieszkania oraz duże obciążenie sanitariuszek pracami biurowymi.

Przed dniem 1 stycznia 1934 r. t. j. przed wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r., która między innymi, wprowadziła znaczne zmiany w stosunku przepisów ustawy z 1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa, podjęto prace przygotowawcze nad ustaleniem zasad organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego na podstawie siedmiu projektów lekarzy, dysponujących doświadczeniem w ubezpieczeniach społecznych. Prawie we wszystkich projektach dominował pogląd, że należy przyjąć podział na obwody, a te na rejony z lekarzami rejonowo-domowymi, jako podstawową komórką leczniczą, współdziałającymi z lekarzami specjalistami, pracującymi w przychodniach specjalistycznych, związanych o ile możności, z własnymi szpitalami. Ubezpieczeni, według tych projektów, mieli być związani z danymi lekarzami rejonowymi, z możnością zmiany lekarza, w wyjątkowych wypadkach, na życzenie zainteresowanych ubezpieczonych, za zgodą lekarzy administracyjnych instytucji ubezpieczeń społecznych. Różnice pomiędzy tymi projektami, na ogół, były nieznaczne i sprowadzały się do różnicy w akcentowaniu znaczenia leczenia specjalistycznego i roli ambulatoriów. Poglądów za zasadą wolnego wyboru lekarza, jako zasadą podstawową, nie było. Podkreślano natomiast konieczność rozwinięcia na szerszą skalę akcji profilaktycznej. Zarówno ekspery-

ment warszawski i łódzki jak projekty, o których wspomniałem — świadczą o tym, że tendencja rozwojowa w Polsce zmierza zdecydowanie do wzmocnienia więzów organizacyjnych w lecznictwie na niekorzyść luźnych kontaktów lekarskich. W tym kierunku poszedł dalszy rozwój organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego w oparciu o przepisy nowej ustawy i o system t. zw. lekarza domowego.

Najważniejsza zmiana, jaką wprowadziła ustawa z 1933 r., w zakresie spraw, związanych z organizacją lecznictwa ubezpieczeniowego polega na wyraźnym określeniu stanowiska naczelnego lekarza, który wchodzi, łącznie z dyrektorem i jego zastępcą, do dyrekcji ubezpieczalni, jest zwierzchnikiem zakładów leczniczych oraz wszystkich pracowników, zatrudnionych bezpośrednio w lecznictwie ubezpieczalni (lekarzy, aptekarzy, personelu pomocniczego i in.), jest odpowiedzialny za właściwy dobór tych pracowników pod względem kwalifikacji zawodowych i za należyte wykonywanie ich obowiązków. Do lekarza naczelnego należy układanie leczniczej części preliminarza budżetowego, opracowywanie planów organizacji lecznictwa i planów inwestycji leczniczych, regulaminów dla chorych i dla pracowników podległych lekarzowi naczelnemu. Z tytułu ogólnego kierownictwa i odpowiedzialności za całość gospodarki dyrektorów ubezpieczalni społecznych (dawnych kas chorych) — lekarz naczelny jest obowiązany uzgadniać swoje stanowisko ze stanowiskiem dyrektora w szeregu spraw, przy czym, w razie różnicy zdań, lekarzowi naczelnemu przysługuje prawo przedstawiania swych wniosków przewodniczącemu rady. Przewodniczący rady może oddawać rozstrzygnięcia sporów, w sprawach, dotyczących lecznictwa i profilaktyki, komisji administracyjnej — albo odsyłać do rozstrzygnięcia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, instytucji powołanej, między innymi, do koordynowania i częściowo nadzorowania czynności ubezpieczalni społecznych i w którym sprawy, dotyczące lecznictwa i profilaktyki są załatwiane przez osobny zespół lekarski, z lekarzem, jako jednym z dyrektorów, na czele; w razie zastrzeżeń dyrektora lub lekarza naczelnego w stosunku do decyzji komisji administracyjnej — również przysługuje prawo odwołania się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W ten sposób element lekarski zyskał poważne i wyraźne stanowisko wewnątrz instytucji ubezpieczeń społecznych, w jego ręce oddano całokształt spraw leczniczych i zawarowano mu możność dochodzenia swoich poglądów w trybie o charakterze odwoławczym, czego nie zastrzeżono drugiemu członkowi dyrekcji — wicedyrektorowi. W praktyce to rozwiązanie okazało się wysoce dodatnie, gdyż doprowadziło do wzmocnienia czynności, związanych z lecznictwem i profilaktyką, oraz do sharmonizowania czynnika ogólnej administracji z czynnikiem lekarskim.

Ponadto — w celu wzmocnienia udziału elementu lekarskiego w sprawach lecznictwa ubezpieczeniowego — w statutach ubezpieczalni społecznych przewidziano radę lekarską, jako ciało doradcze przy lekarzu naczelnym. W skład rady lekarskiej wchodzą: a) jeden delegat publicznoprawnej korporacji lekarskiej, (izby lekarskiej), b) delegat miejscowej samorządowej organizacji sanitarnej, c) delegat szpitala publicznego, d) delegat miejscowej instytucji medycyny zapobiegawczej oraz e) czterech lekarzy, wykonywujących praktykę w ubezpieczalni, wybranych na okres trzyletni przez ogół lekarzy ubezpieczalni. Zadaniem rady lekarskiej jest opiniowanie następujących spraw, przedstawionych jej przez lekarza naczelnego: a) projektów preliminarza budżetowego z zakresu lecznictwa i profilaktyki, b) planów organizacji lecznictwa i akcji zapobiegawczej oraz współdziałania z innymi czynnikami, c) projektów racjonalnego stosowania środków i metod leczniczych i zapobiegawczych oraz d) projektów regulaminów i instrukcyj z zakresu działalności leczniczej i profilaktycznej. W 1937 r. utworzono drogą uzupełnienia statutu, Radę Naukowo-Lekarską przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, ciało o charakterze badawczym, opiniodawczym i wnioskodawczym w zakresie lecznictwa ubezpieczeniowego i profilaktyki, do którego Minister Opieki Społecznej powołuje na lat trzy przedstawicieli wydziałów lekarskich wszystkich uniwersytetów — po jednym z każdego, jednego przedstawiciela naczelnej, publiczno-prawnej korporacji lekarskiej (Naczelnej Izby Lekarskiej), jednego przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wojskowych, jednego przedstawiciela Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dwóch lekarzy naczelnych ubezpieczalni społecznych oraz trzech lekarzy, których działalność zaznaczyła się wybitnie na polu medycyny społecznej. W ten sposób wprowadzono element lekarski w różnych formach i z różnych tytułów w orbitę zagadnień lecznictwa ubezpieczeniowego i stworzono duże możliwości oddziaływania na kierunek pracy instytucyj ubezpieczeń społecznych, a tym samym stworzono warunki do zmniejszania odchylenia między elementem lekarskim, a ubezpieczeniami społecznymi.

Co do zasad organizacji lecznictwa, ustawa z 1933 r., podobnie, jak uchylona przez nią ustawa z 1920 r., daje tylko ogólnikowe wskazania, pozostawiając unormowanie spraw w szczegółach instytucjom ubezpieczeń społecznych. Przepisy ustawy podtrzymują zasadę wolnego wyboru lekarzy przez ubezpieczonych spośród lekarzy ubezpieczalni, ale w sposób warunkowy, mianowicie dopuszczają również przychodnie ubezpieczalni społecznych, przeznaczone bądź dla ogółu ubezpieczonych w danej ubezpieczalni, bądź dla pewnych ich kategoryj według zawodów, miejsc zamieszkania, zakładów pracy, wieku i t. d., których powołanie mogłoby ograniczyć tę zasadę, oraz z zastrzeżeniem postanowień statutowych, określających działalność ubezpieczalni w dziedzinie higieny i profilaktyki. Plany wykonania tych zagadnień mogą spowodować ograniczenie zasady wolnego wyboru lekarza. Widoczne

jest przeto, że ustawodawca wahał się co do kierunku organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego, nie uznał za możliwe jeszcze zrezygnowanie całkowite z zasady ograniczonego wyboru lekarza, ale uważał za możliwe i wskazane podporządkowanie jej innym potrzebom publicznym i organizacyjnym, które uznawał za doniosłe i praktyczne.

W praktyce rozwiązanie problemów organizacyjnych poszło w kierunku, wynikającym z dotychczasowych doświadczeń i z analizy tych wyników, przy daniu przewagi następującym założeniom: a) wiązanie pracy lekarzy z określonymi terenami — rejonami, b) dążenie do utrzymania ciągłości leczenia w rękach tych samych lekarzy, c) uwolnienie ubezpieczonych od pośrednictwa biur administracyjnych oraz d) stworzenie warunków do połączenia lekarskich czynności leczniczych i orzeczniczych z działalnością profilaktyczną. Powstała idea lekarza-gospodarza służby zdrowia na określonym terenie w stosunku do tej części ludności, która jest objęta ubezpieczeniem społecznym, gospodarza interesującego się nie tylko zjawiskami chorobowymi w wypadkach zgłoszeń indywidualnych, ale również warunkami pracy, życia, mieszkania, stosunkami rodzinnymi, o ile one mają znaczenie dla stanu zdrowia, dążącego nie tylko do leczenia chorób, ale również do zapobiegania ich powstawaniu. Idea niewątpliwie piękna, ale również niełatwa do pełnej realizacji, która zależy nie tylko od środków techniczno-organizacyjnych, ale również od warunków pracy lekarzy, a przede wszystkim od nasilenia chorych oraz od przygotowania lekarzy pod względem intelektualnym i ideowo-moralnym. Oczywiście usunięcie tych trudności nie jest łatwe i nie da się, w każdym razie, szybko uskutecznić.

Normy organizacji pomocy lekarskiej na podstawie tej idei t. zw. systemu lekarza domowego zostały usystematyzowane i wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w 1937 r., a organizację na tym systemie opartą wprowadzono w ciągu 1935 r. a częściowo jeszcze w 1934 r. Najważniejsze założenia tego systemu można ująć w następujący sposób: a) ubezpieczalnie społeczne dzieli się na rejony o 1.000 do 1.500 ubezpieczonych, b) chorzy zgłaszają się bezpośrednio do lekarzy, przyjmujących w swoich gabinetach, znajdujących się na obszarze danych rejonów lub w najbliższym sąsiedztwie, bez pośrednictwa biur administracyjnych, c) lekarze domowi sprawdzają uprawnienia, leczą, orzekają lub kierują do lekarzy specjalistów, ordynujących również we własnych gabinetach i do zakładów rozpoznawczych, d) lekarze domowi otrzymują sprawozdania od lekarzy specjalistów i zakładów rozpoznawczych i łączą je z kartami zachorowań, e) zadaniem lekarzy domowych jest udzielanie pomocy w formie porad i zabiegów lekarskich, we własnych gabinetach lub w domu obłożnie chorych, nadawanie kierunku leczenia, czuwanie nad higieną mieszkań i pracy i w związku z tym: przepisywanie leków i środków opatrunkowych, przy przestrzeganiu lekospisu, kierowanie do szpitali w nagłych wypadkach, a w innych na podstawie aprobaty lekarzy naczelnych lub obwodowych, kierowanie do leczenia sanatoryjnego lub zdrojowego za aprobatą lekarza naczelnego, obwodowego lub do komisji lekarskich, badanie młodocianych, pobieranie od chorych za porady lekarskie, zabiegi lecznicze, ewentualnie również lekarstwa dopłat, wprowadzonych ustawą z 1934 r. i opartym na niej rozporządzeniem, orzekanie o niezdolności do pracy do 7 dni, prowadzenie akcji zapobiegawczej i społeczno-higienicznej i t. d., e) lekarze specjaliści są również podzieleni na rejony i przyjmują chorych we własnych gabinetach lub odwiedzają w domu obłożnie chorych, na podstawie skierowań przez lekarzy domowych z dopuszczeniem możliwości bezpośredniego zgłaszania się do lekarzy specjalistów chorób dziecięcych, położników, lekarzy, chorób wenerycznych, chirurgów-ortopedów w razie wypadków w zatrudnieniu, oraz lekarzy-dentystów; f) w większych ubezpieczalniach społecznych rejony wchodzą w skład obwodów, na których czele stoją lekarze obwodowi, wykonujący kontrolę orzecznictwa lekarzy domowych i specjalistów, do których należy zwoływanie i przewodniczenie komisjom lekarskim, współdziałanie w opracowaniu preliminarzy budżetowych z zakresu lecznictwa, wydawanie decyzji w sprawie przekazywania do szpitali, organizowanie opieki nad matką i dzieckiem, kolonii i półkolonii dla dzieci, czuwanie nad bezpieczeństwem i higieną pracy zawodowej, rozpatrywanie zażaleń i t. d., g) na czele organizacji lecznictwa w danej ubezpieczalni społecznej stoją lekarze naczelni, do których należy przeprowadzanie organizacji lecznictwa, prowadzenie akcji zapobiegawczej, wykonywanie kierownictwa i nadzoru nad lekarzami administracyjnymi i leczącymi, ustalanie norm organizacji szpitali i własnych zakładów, normowanie sposobu kierowania chorych do szpitali i zakładów leczniczych i kontrola celowości tych skierowań i t. d. Ustalanie zasad organizacji lecznictwa, kontrola, ujednostajnianie i koordynacja czynności w stosunku do wszystkich ubezpieczalni społecznych należy do zespołu lekarskiego, stanowiącego odrębną komórkę organizacyjną w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Naszkicowany wyżej bardzo ogólnikowo system organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego ma zbyt krótką przeszłość, aby można było wydawać o nim sąd. W pewnej części ma on charakter programu niezrealizowanego w całości. W każdym razie należy stwierdzić, że idea lekarza domowego ma wśród lekarzy bardzo gorących zwolenników, że są robione starania, aby go udoskonalić i usunąć zauważone błędy i niedomagania. Równocześnie jednak istnieją wśród lekarzy poglądy, iż organizację lecznictwa należy oprzeć na systemie gabinetowym i na luźnym stosunku prawnym z ubezpieczalniami społecznymi, — albo, że w obecnym systemie należy

wprowadzić zmiany w kierunku pracy zespołowej, a nie indywidualnej, i że system przychodni, mniejszych lub większych ma duże wartości praktyczne. Różnice te występują jednak raczej w formie zastrzeżeń i uwag, aniżeli zdecydowanych i sprecyzowanych poglądów.

4. Problemy personalno-lekarskie w ubezpieczeniach społecznych

Mniej korzystnie przedstawia się sprawa stosunków personalno-lekarskich w instytucjach ubezpieczeń społecznych, a w szczególności stosunku prawnego lekarzy do ubezpieczalni społecznych. Złożyło się na to szereg przyczyn. Ustawy poprzestały na ogólnych sformułowaniach i nie sprecyzowały bardziej szczegółowo zasad. W ustawie z 1920 r. został określony jedynie ogólny warunek wykonywania przez lekarzy czynności ubezpieczeniowych przez przyjęcie obowiązków drogą pisemnej umowy z kasą chorych oraz zostały przewidziane komisje pojednawcze do rozstrzygania, w pierwszej instancji, sporów pomiędzy zarządami kas chorych a lekarzami. Do tworzenia tych komisji w składzie nieokreślonym bliżej była powołana państwowa władza nadzorcza pierwszej instancji, z zastrzeżeniem jednak, że komisje mają charakter parytatywny i mają składać się z przedstawicieli zarządu kasy chorych, oraz z jednego delegata odpowiedniej, zawodowej organizacji lekarskiej (publiczno-prawnej korporacji lekarskiej), a nadto z lekarzy wybranych przez ogół lekarzy danej kasy ze swego grona. Przewodniczącego komisji miały ustalać obie grupy komisji, za wspólnym porozumieniem, a w razie braku porozumienia miała go wyznaczać państwowa władza nadzorcza pierwszej instancji. Ustawa z 1933 r. utrzymała zasadę, wprowadzoną rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej, z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, w myśl której na centralnej instytucji ubezpieczeniowej, powołanej do koordynacji i kontrolowania kas chorych (ubezpieczalni społecznych), obecnie na Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych ciąży obowiązek ustalania, w drodze aktu administracyjnego, wytycznych (zasad ogólnych) umów z lekarzami, mających charakter wiążący dla kas chorych (ubezpieczalni społecznych) oraz przewidziała postępowanie rozjemcze w sprawach spornych o warunki umów. Ustawa przewiduje trzy rodzaje komisji: zwyczajną, jeżeli spór dotyczy lekarzy w jednej ubezpieczalni społecznej, główną, jeżeli spór dotyczy lekarzy, zatrudnionych w kilku ubezpieczalniach lub lekarzy, zatrudnionych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz nadzwyczajną, jeżeli obie strony uchylają się od postępowania rozjemczego. Dwie pierwsze komisje składają się z pięciu osób, z tych dwie mają być delegowane przez organ kolegialny właściwej instytucji ubezpieczeń społecznych, dwie wybrane przez ogół lekarzy właściwej ubezpieczalni społecznej (w komisji zwyczajnej) lub przez delegatów lekarzy właściwych instytucji ubezpieczeń społecznych; przewodniczący, zostaje obrany w drodze porozumienia lub powołany przez Ministra Opieki Społecznej (komisja zwyczajna) albo też zostaje z zasady powołany przez Ministra Opieki Społecznej (komisja główna). Nadzwyczajna Komisja Rozjemcza ma się składać z siedmiu delegatów, w tym dwóch delegatów Ministra Opieki Społecznej, z których jeden ma być przewodniczącym, jednego delegata Ministra Sprawiedliwości, dwóch delegatów organu kolegialnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz dwóch lekarzy, powołanych przez delegatów właściwych instytucji ubezpieczeń społecznych. Komisja może wydawać decyzje w składzie trzech delegatów rządowych, jeżeli obie strony, lub jedna z nich uchyla się od postępowania rozjemczego. Ustawa zastrzega, że Minister Opieki Społecznej może oddawać do rozstrzygnięcia nadzwyczajnej komisji rozjemczej również spory, przewidziane dla komisji zwyczajnej lub głównej, nawet wówczas, kiedy postępowanie rozjemcze zostało przed nim wszczęte. Orzeczenia komisji rozjemczych, zwyczajnych i głównych mają moc wiążącą wówczas, gdy obie strony przed wydaniem orzeczenia zgodzą się na przymusowe rozjemstwo, albo po wydaniu orzeczenia, gdy obie strony oświadczą, że je przyjmują, w razie zaś odrzucenia orzeczenia przez obie, lub jedną ze stron, na skutek decyzji Ministerstwa Opieki Społecznej. Orzeczenia nadzwyczajnej komisji rozjemczej uzyskują moc obowiązującą po zatwierdzeniu przez Ministra Opieki Społecznej. W końcu ustawa przewiduje, że obowiązujące orzeczenia komisji rozjemczych i ustalone w nich warunki umów o pracę wiążą obie strony narówni z umowami indywidualnymi.

Spośród postanowień ustawy najważniejsze znaczenie praktyczne może mieć przepis przewidujący ustalanie zasad ogólnych umów z lekarzami przez jedną centralną instytucję ubezpieczeniową pod warunkiem zatwierdzenia ich przez Ministra Opieki Społecznej. Doświadczenie pierwszych lat istnienia kas chorych wykazało, że umowy indywidualne i umowy zbiorowe, zawierane przez te kasy z prywatno-prawnymi zawodowymi organizacjami lekarskimi lub lekarzami zawierały wiele niedociągnięć prawnych i konstrukcyjnych oraz dużą rozmaitość, co ujemnie oddziaływało w dalszym ciągu na organizację lecznictwa ubezpieczeniowego, na pracę lekarzy, wzajemne stosunki pomiędzy lekarzami, a kasami chorych i były powodem szeregu sporów. Pierwszą próbą unormowania spraw personalnych w sposób możliwie jednolity były ogólne wytyczne, wydane w 1931 r., drugą, wytyczne z 1933 r., którym nie nadano jednak charakteru aktu administracyjnego, zgodnie z postanowieniami przepisów, ale charakter dwustronnej umowy z naczelną, publiczno-prawną korporacją lekarską (Naczelną Izbą lekarską). Pomimo jednak tej formy spotkały się one z wieloma zarzutami ze strony licznych zespołów lekarskich, w rezul-

tacie czego zostały wypowiedziane a dalsze pertraktacje z tą korporacją nie doprowadziły do pozytywnych wyników. Również podjęte w 1936 r. pertraktacje między Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, a prywatno-prawną organizacją lekarską nie doprowadziły do porozumienia i stosunki są ukształtowane na podstawie układów zbiorowych pomiędzy ubezpieczalniami społecznymi a związkami lekarskimi w oparciu o wspomniane wytyczne z 1933 r.

Powodem niemożności dojścia do porozumienia w tych sprawach są różnice w poglądach na trzy grupy zagadnień: a) charakter prawnego stosunku między lekarzami ordynującymi a ubezpieczalniami społecznymi. b) stanowisko w sprawach personalno-lekarskich naczelnych lekarzy, oraz w związku z tym ostatnim problemem c) rola prywatno-prawnych organizacji lekarskich w sprawach personalno-lekarskich. Powyższe różnice nie mają nic wspólnego ze stosunkiem lekarzy do ubezpieczeń społecznych, który — jak wynika z części drugiej niniejszych uwag — ukształtował się pozytywnie i korzystnie. Pochodzą one częściowo z zastrzeżeń do istniejącego systemu organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego tych zespołów lekarskich, które przechylają się do systemu ograniczonego wolnego wyboru lekarza, częściowo z nieufności, jaka się wytworzyła w pierwszych latach działania umów po obu zresztą stronach, a która w dużym stopniu przynajmniej w ostatnich latach zniknęła, a przede wszystkim z powodu domniemania, że administracja ubezpieczeniowa przejawia tendencje do kierowania lekarzami, którzy muszą być w swoich czynnościach niezależni oraz z powodu przekonania, że zespoły lekarskie, tworzone na podstawach zawodowych powinny współuczestniczyć, w pewnym stopniu, w administracji personalnej, w stosunku do lekarzy. W ostatnich latach odbywa się na łamach prasy ubezpieczeniowej i lekarskiej wymiana poglądów na niektóre z tych zagadnień, zwłaszcza na temat stosunku prawnego lekarzy do instytucji ubezpieczeń społecznych, z udziałem lekarzy i prawników, która wprawdzie nie doprowadziła do uzgodnienia poglądów, ale przyczyniła się do usunięcia uprzedzeń oraz do lepszego sprecyzowania opinii. Istnieje podstawa do przypuszczeń, że również w tej dziedzinie nastąpi, po dłuższej wymianie zdań, sharmonizowanie stanowisk, podobnie, jak nastąpiło w stosunku do założeń ubezpieczeniowych, a przynajmniej, jak ukształtowały się stosunki w dziedzinie organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego. Obecny stan rzeczy należy uznać za prowizorium, które pozwala na przetrwanie, ale którego nie można uznać za rozwiązanie. Z tego powodu nie zamierzam charakteryzować istniejących stosunków personalnych, ale przejdę do scharakteryzowania zarysowanej różnicy poglądów.

W zakresie prawnego charakteru stosunku lekarzy ordynujących do ubezpieczalni społecznych różnica poglądów pochodzi z odmiennej wykładni obowiązujących przepisów oraz z różnicy co do punktu widzenia de lege ferenda.[5]) Pominę różnice interpretacyjne, mniej interesujące na tym forum, a przejdę do scharakteryzowania różnic drugiego typu. Wśród lekarzy występujących w imieniu lekarskich organizacji zawodowych zarysowały się dwa poglądy: jeden, według którego lekarza powinien wiązać ten sam typ stosunku prawnego, jaki wiąże lekarza prywatnie ordynującego z pacjentem, w myśl przepisów prawnych, przyjętych w Polsce w zakresie zobowiązań, typ umowy zlecenia, w przeciwieństwie do umowy o pracę, — i drugi, według którego typ stosunku, wiążącego lekarza ordynującego z ubezpieczalnią społeczną nie może być objęty żadnym z trzech typów umów o świadczenia usług — natomiast jest „umową nienazwaną", nieokreśloną w obowiązujących przepisach prawnych, wykluczającą w każdym razie cechy charakterystyczne umowy o pracę, t. j. stosunek zależności i podporządkowania. Równocześnie jednak w imię ogólnych zasad słuszności — do lekarzy powinny mieć zastosowanie przepisy ustawodawstwa ochronnego pracy, a nawet lekarzom powinna być zapewniona stałość stosunku, daleko sięgająca nieusuwalność, stosowana w publiczno-prawnym stosunku służbowym, a w wyjątkowych przypadkach, w ograniczony sposób, w prywatno-prawnym stosunku, opartym na podstawie umowy o pracę. Podstawą jednej i drugiej koncepcji ma być założenie, że praca lekarza ordynującego, w tym, co stanowi jej istotę, musi być niezależna i nie może być oparta na stosunku zależności i podporządkowania. Według poglądów, dominujących wśród prawników i lekarzy administracyjnych instytucyj ubezpieczeń społecznych — pierwsza koncepcja, teoretycznie możliwa, jest ze względów praktycznych — a ich zdaniem — również ze względów prawnych niewskazana, druga natomiast jest w samym swoim założeniu błędna. Skoro organizację lecznictwa złączono integralnie z instytucjami ubezpieczeń społecznych, skoro leczenie ubezpieczonych i członków ich rodzin, a nadto prowadzenie działalności profilaktycznej jest jednym z głównych zadań tych instytucji — nie jest wskazane stwarzanie luźniejszego stosunku z wykonawcami tych zadań, działającymi w imieniu i na rachunek funduszów publicznych, którymi dysponują instytucje ubezpieczeń społecznych. Można by to wykonać przez unormowanie z góry sposobu pracy lekarzy ordynujących i w ten sposób zastąpić dyspozycyjność bieżącą kierowników organizacji lecznictwa, ale zadanie to jest bardzo trudne do wykonania, jeżeli jest w ogóle możliwe. Druga koncepcja jest, według tych poglądów, błędna w założeniu, gdyż pomiędzy zobowiązaniami instytucji ubezpieczeń społecznych, a

[5]) *Adw. E. Sisslé:* „Charakter prawny czynności lekarza". Warszawa 1937 r. Biblioteczka „Przeglądu Ubezpieczeń Społ." Nr. 30.

St. Sasorski: „O podstawę prawną umów z lekarzami w ubezpieczalniach społecznych". Warszawa, 1937 r. Nakł. „Nowin Społeczno Lekarskich" str. 35.

zobowiązaniami lekarzy musi zachodzić równowaga i nie można uważać za możliwe złączyć z sobą luźny stosunek lekarzy z daleko idącymi zobowiązaniami z drugiej strony, obejmującymi nie tylko uprawnienia, przewidziane dla stosunków, opartych na umowie o pracę, ale nawet przewidzianych dla publiczno-prawnego stosunku służbowego. Zasadę względnej niezależności w leczeniu, niekwestionowaną przez nikogo, można powiązać ze stosunkiem, opartym na podstawie umowy o pracę, podobnie, jak to ma zastosowanie do osób, reprezentujących inne dziedziny wiedzy i nauki.

Druga i trzecia różnica dotyczy stanowiska lekarzy naczelnych w sprawach personalnych i granicy dopuszczalnej i możliwej interwencji zawodowych organizacji lekarskich. Prawnicy i lekarze administracyjni instytucyj ubezpieczeń społecznych wychodzą z założenia, że z faktu kierownictwa i odpowiedzialności lekarzy naczelnych wynikają ich uprawnienia i obowiązki do regulowania spraw personalnych (przyjmowania, zwalniania, określania wysokości wynagrodzenia, nadawania specjalnych uprawnień i t. d.), które mogą być ograniczone jedynie faktem ogólnego kierownictwa i ogólnej odpowiedzialności dyrektorów ubezpieczalni społecznych, że natomiast organizacje zawodowe lekarskie mają zadanie odmienne: stania na straży indywidualnych potrzeb swych członków, opracowywania, przedstawiania i obrony projektów norm, regulujących stosunki personalne, a przede wszystkim dbania o słuszne i równomierne, w zależności od zakresu obowiązków, a nawet od indywidualnych potrzeb członków, wynagrodzenie lekarzy. Wkraczanie zawodowych organizacji w sprawy administracji personalnej byłoby zderzeniem dwóch organizacji lekarskich, jednej, utworzonej dla wykonywania zadań publicznych i drugiej dla obrony spraw koleżeńskich, które oddziaływałoby ujemnie na przebieg i wyniki pracy zespołów lekarskich i powodowałoby zamęt we wzajemnych stosunkach.

Natomiast sprawy sposobu i wysokości wynagrodzeń lekarskich nie stanowią przedmiotu zasadniczych sporów. System wynagrodzeń jednostkowych, za poszczególne porady i zabiegi, został zarzucony, wynagrodzenia są określane w kwotach ryczałtowych, a wysuwane od czasu do czasu postulaty o podniesienie wysokości wynagrodzeń, są załatwiane w drodze wzajemnego porozumienia się. Jest natomiast uznawany za niemożliwy do przyjęcia projekt, wysuwany przez niektóre terenowe organizacje lekarskie, wnoszenia należności w globalnej sumie do zawodowych organizacji lekarskich w celu podziału pomiędzy lekarzy. Zdaniem prawników i lekarzy administracyjnych ubezpieczeń społecznych, wypłata wynagrodzeń może nastąpić tylko do rąk zainteresowanych lekarzy, którzy są związani z instytucjami ubezpieczeń społecznych stosunkiem świadczenia usług lub przez nich wskazanym pełnomocnikom. Wpłacanie ogólnej kwoty za całokształt czynności lekarskich byłoby możliwe tylko wówczas, gdyby organizację lecznictwa przejęły z instytucji ubezpieczeń społecznych prawem określone organizacje lub instytucje. To zagadnienie nie ma jednak — jak się zdaje — większego praktycznego znaczenia.

W końcu należy zaznaczyć, że lekarze administracyjni (naczelni, obwodowi, i in.) są związani stosunkiem umowy o pracę na podstawie przepisów, obowiązujących ogół pracowników, a z lekarzami orzekającymi w sprawach, wynikających z ubezpieczeń emerytalnych i wypadkowych są zawarte specjalne umowy typu zlecenia i żadnych trudności w tym zakresie nie ma.

5. *Kierunek rozwoju stosunków*

Ubezpieczenia społeczne wprowadziły czynnik organizacji również w dziedzinę stosunku między chorym a lekarzem, wprowadziły w ten stosunek czynnik trzeci, reprezentujący zadania publiczne, zobowiązania przejęte przez państwo i fundusze publiczne w stosunku do części społeczeństwa w interesie publicznym. Spowodowało to powstanie nowych problemów, przed tym nieznanych. Została zakwestionowana oczywista w poprzednich warunkach zasada wolnego wyboru lekarza i zostały podjęte próby nowego sposobu rozwiązania problemu zaufania chorego do lekarza, niezbędnego pierwiastka w leczeniu. Przeszliśmy od idei „nieograniczonego wyboru lekarza", przez zasadę „wolnego wyboru lekarza zorganizowanych lekarzy" przez zasadę „zorganizowanego wolnego wyboru lekarza" do zasady „zorganizowanej pracy lekarskiej", budzącej zaufanie u chorych sposobem działania z możliwością korektywy indywidualnej w wyjątkowych wypadkach. Od leczenia chorób w wypadkach indywidualnych zgłoszeń do systematycznej, planowej działalności w celu usuwania nie tylko symptomów chorób, ale również ich przyczyn, nie tylko tkwiących w organizmie danych jednostek, ale również w środowiskach ich pracy i życia, od leczenia chorób do zapobiegania powstawaniu i rozwijaniu się chorób. W tych tendencjach rozwojowych spadły lub straciły na ostrości i znaczeniu te sprawy, jakie wysuwano na czoło w pierwszych dziesiątkach lat istnienia ubezpieczeń społecznych. Widzimy to wyraźnie w publicystyce lekarskiej i ubezpieczeniowej.

Kiedy dziś czytamy ankietę, rozpisaną w 1926 r. przez Dr. H. Korkischa[6]) — stwierdzamy, że poszliśmy już naprzód, że obecnego stanu stosunków nie można by już dziś określić, jako walki lekarzy i kas chorych, że sztandarowe, bojowe hasła zorganizowanych lekarzy dziś wyglądają inaczej i mniej bojowo. Tak jest w Polsce, tak w innych państwach, w których przyjęto odmienne sposoby rozwiązania zagadnień. Polska należy do krajów, które poszły daleko w dawa-

[6]) „Die Arztfrage in der Sozialversicherung der einzelnen Staaten" Abhandlungen mehrerer Autoren gesammelt von *dr. Hubert Korkisch.* Prag. 1926 str. 168.

niu zdecydowanej przewagi czynnikowi organizacji pracy lekarskiej nad czynnikiem indywidualnego, swobodnego działania. Przedwcześnie jednak byłoby twierdzić, że mamy poza sobą już rozwiązanie tych trudnych i skomplikowanych problemów — możemy jednak, bez obawy pomyłki, uznać, że weszliśmy w fazę, w której możemy obiektywniej i wszechstronniej badać zagadnienia, przy współudziale elementu prawnego i gospodarczego w ubezpieczeniach społecznych z elementem lekarskim. Powstały warunki dobrej współpracy i spokojnej, nie powierzchownej analizy. Nakłada to na nas nowe obowiązki, stosowania nowych metod pracy i myślenia bez emocji, płynących ze starcia odmiennych dążeń i różnych sposobów myślenia, różnych „światopoglądów".

W kołach lekarskich pogłębia się coraz bardziej świadomość tych faktów i coraz bardziej rozszerza się potrzeba nowych sposobów myślenia i działania. Można by przytoczyć wiele dowodów na poparcie tego twierdzenia. Poprzestanę, na zakończenie, na jednej ogólnej uwadze, rzuconej, wśród wielu innych, przez polskiego lekarza, wybitnego działacza na polu medycyny społecznej[7]): „..... nasuwa mi się myśl, że świat lekarski wydał mężów stanu — polityków ale brak jest mu, szczególnie w chwili obecnej, mężów stanu racji lekarskiej. Racja stanu w życiu społecznym powiada, że nie należy bronić pozycji, skazanej bezwzględnie na zagładę, o wiele korzystniej jest w porę przejść na nowe pozycje i tam wywalczyć sobie to, co jest do zdobycia, w danym razie wpływ decydujący na sprawy, w których lekarze mają wiele do powiedzenia. W wielkim momencie przebudowy społeczeństwa, w którym ochrona zdrowia odgrywa bardzo dużą rolę, lekarze nie powinni być ostatni". Od siebie pragnę dodać, że według mego przekonania — lekarze, dzięki swojej wiedzy i wartości społecznej — po znalezieniu właściwej drogi w nowych warunkach i w stosunku do nowych zadań — wybijają się na czoło z pożytkiem dla społeczeństw, wśród których pracują, i równie z dużym pożytkiem dla ubezpieczeń społecznych, dla których stanowią jeden z głównych filarów.

[7]) *Dr. M. Kacprzak:* „Prądy higieny współczesnej, a lekarz praktyk" Warszawa, 1933 odbitka z „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego".

JERZY GRZEGORZ WENGIEROW — Warszawa

CZY ISTNIEJE ODRĘBNA GAŁĄŹ WIEDZY PRAWNICZEJ — PRAWO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH?

Odpowiedź na pytanie, czy istnieje odrębna gałąź wiedzy — prawo ubezpieczeń społecznych, wymaga wglądu nie tylko w zewnętrzne przejawy norm prawa ubezpieczeniowego, ale również i w treść tego prawa. Teoria prawa stwierdza, że nie ma dokładnych założeń, które by pozwalały na wyodrębnianie poszczególnych dyscyplin prawnych[1]).

Ta niemożność ustalenia kryteriów podziałów prawniczych spowodowana jest okolicznością, że normy prawne są funkcjami zjawisk społecznych i gospodarczych. W istocie więc podział nauk prawnych opiera się na kryteriach znajdujących się poza granicami prawa jako takiego: kryteria te dotyczą przedmiotu grupy norm oraz celu, jakim normy te służą.[2])

O ile istnieje dość obszerna literatura poświęcona wyodrębnieniu t. zw. prawa pracy[3]), czyli zespołowi norm, w jakich wyraża się obrót w dziedzinie stosunków pracy — o tyle prawo ubezpieczeń społecznych nie znajduje w literaturze takiego wyodrębnienia. Można próbować zająć stanowisko, że prawo ubezpieczeń społecznych stanowi jeden z działów prawa pracy, lub też próbować oprzeć systematykę na równorzędnym stosunku prawa pracy i prawa ubezpieczeń społecznych jako dwóch dziedzin szerszego pojęcia, dającego się określić jako prawo społeczne.

Jest niewątpliwym, że współczesny układ stosunków społecznych wyodrębnia tendencje państwa w kierunku przemian w stosunkach społecznych. Państwo dzisiejsze dąży do łagodzenia przeciwieństw społecznych przy pomocy środ-

[1]) Planiol-Traité Elementaire de Droit Civil — Paris 1925. 2 Tomy — t. I. str. 8 pkt. 18: „Il est difficile d'établir une division bien nette entre les differentes branches de droit. Les points de contact sont nombreux; beaucoup de matières ou de questions sont communes à deux ou quelquefois à trois branches differentes...", Kelsen — „Hauptprobleme der Staatsrechtslehre" 1911 str. 611.

[2]) S. Rundstein — „Wykładnia prawa i orzecznictwo, przyczynki metodologiczne", Warszawa 1916 — rozdział „O socjologicznych podstawach wykładni prawa" str. 111 — 115.

[3]) Balela Giovanni — „Lezioni di legislatione del lavore" 1927, Bry-Georges — "Les lois de travail', Tadeusz Brzeski — „Das polnische Arbeitsrecht" — Zeitschrift f. Ostrecht — 1929, — Hecht Hans — „Die Prinzipien des Arbeitsrechts der Gegenwart", Heinrich Herkner — „Die Arbeiterfrage 1922", Hoeniger Georg — Arbeitsrecht, Hueck A. m. Nipperdey — Lehrbuch des Arbeitsrechts — 1928, Kaskel W. „Arbeitsrecht" III Aufl. 1928, Lederer M. n. Suchanek — „Arbeitsrecht" — 1927 Pokorny Richard — „Das gewerbliche und häusliche „Arbeitsrecht" 1929; Fenichel Z. dr. — Zarys polskiego prawa robotniczego; Al. Raczyński — Polskie Prawo Pracy.

ków, które określa się jako urządzenia polityki społecznej.[4])

Polityka społeczna jest dążnością, która realizuje swe cele poprzez urządzenia zarówno prawne jak i pozaprawne. Prawo społeczne nie jest bowiem jedynym środkiem realizowania założeń polityki społecznej, gdyż pewne cele tej polityki osiąga się również w drodze działalności bezpośredniej.[5])

Nie mniej jednak prawo społeczne stanowi najdonioślejsze narzędzie realizacji założeń polityki społecznej, albowiem przez tworzenie nakazów i zakazów o charakterze powszechnym, umożliwia masowe stosowanie zasad, uznanych przez politykę społeczną za właściwe.

Jasnym jest, że istnieje najściślejsze powiązanie nauk społecznych jak: nauki o polityce społecznej, socjologii, ekonomii, statystyki społecznej i prawa społecznego. Niepanowanie nad jedną z tych dziedzin utrudnia pracę na innych odcinkach, nie mniej jednak, pomimo tych powiązań z uwagi na treść, istnieje zasadnicze rozróżnienie tych dziedzin z uwagi na metodę. Tak więc gospodarcze przesłanki polityki społecznej wiążą się wprawdzie z ekonomią społeczną, jednak istnieje zasadnicza różnica w metodzie, sprowadzająca się do tego, iż ekonomia rozpatruje istotę działania gospodarczego ze stanowiska skutków gospodarczych, gdy polityka społeczna, nawet analizując te same zjawiska, czyni to pod kątem skutków, jakie wywołują one w zakresie przemian w strukturze społecznej.

Polityka społeczna opiera się na wynikach badań socjologicznych, które wyjaśniają podłoże biologiczne urządzeń społecznych, warunki zewnętrzne życia, analizują życie społeczne oraz typy i wytwory społeczne. Dyscyplinę pomocniczą w badaniach tych stanowi statystyka społeczna, jako wiedza stosowana.

Przechodząc do prawa społecznego, można je ująć w formułę, iż daje ono przekrój statyczny urządzeń społecznych, zawartych w normach prawnych w przeciwieństwie do polityki społecznej, która obrazuje dynamikę przemian społecznych.

W tych warunkach można sformułować pogląd, że prawem społecznym są wszystkie dziedziny prawa, które normują funkcjonowanie urządzeń realizujących cele polityki społecznej. Prawo społeczne tak, jak i polityka społeczna rozpada się na kilka dziedzin, ściśle ze sobą powiązanych. Prawo pracy stanowi jeden z głównych członów prawa społecznego; prawo ubezpieczeń społecznych może być traktowane albo jako część składowa prawa pracy, albo też jako człon równorzędny do prawa pracy. Większość autorów, omawiających prawo pracy, pozostawia prawo ubezpieczeń społecznych na uboczu, chociaż pomija się przy tym okoliczność, że ubezpieczenia społeczne w ogóle, a w szczególności ubezpieczenia społeczne w Polsce, są oparte ściśle o urządzenia prawa pracy, skoro ubezpieczenia te łagodzą przeciwieństwa społeczne, wynikające ze struktury współczesnego stosunku pracy, przy którym pracownik najemny nie jest dysponentem środków produkcji.

Zagadnienia ubezpieczeń społecznych pozostawiają na uboczu poza granicami prawa pracy niektórzy autorzy niemieccy, z autorów polskich Aleksander Raczyński (Polskie prawo pracy — Warszawa 1930) oraz praca zbiorowa p. t. „Przewodnik dla ławników sądów pracy" (Instytut Spraw Społecznych r. 1938) w rozdziale poświęconym zakresowi prawa pracy — str. 51 itd. Natomiast np. Bronisław Wertheim (Gazeta Sądowa Warszawska Nr 13 i 14 z r. 1938) utrzymuje, że sprawy ubezpieczeń społecznych stanowią część prawa pracy. Dr. Zygmunt Fenichel (Zarys Polskiego Prawa Robotniczego, Kraków 1930) stwierdza, iż „także prawo ubezpieczeniowe stanowi poważny dział prawa robotniczego, jednak dział ten z rozważań naszych wyeliminujemy. Różnica między prawem ochronnym a prawem ubezpieczeniowym polega na tym, że prawo ochronne nakłada na pracodawcę obowiązki prawno-publiczne, prawo zaś ubezpieczeniowe daje podmiotowe prawa publiczne pracownikowi"

Zdaniem Waltera Kaskela (Arbeitsrecht — Berlin 1928 str. 4 i 5) „prawo pracy rozpada się na cztery zasadnicze działy, a mianowicie prawo ochrony pracy, prawo ubezpieczeń pracowniczych, prawo umowy o pracę i prawo o postępowaniu w sprawach pracy". Po rozważeniu celów każdego z tych działów prawa pracy, Kaskel przechodzi do kwestii treści prawnej każdego z nich, stwierdzając między innymi, że ubezpieczenie społeczne rodzi dla pracowników podmiotowe prawa publiczne w razie ziszczenia się wypadku ubezpieczeniowego. Główne części prawa pracy, zdaniem Kaskela, stanowią razem logicznie zamknięty system jednego prawa, wszakże odnośnie ubezpieczenia społecznego, z uwagi na jego technicznie-prawną odrębność powinno być ono wyłączone w odrębny dział zupełnie samodzielny. W odnośniku do tekstu Kaskel podkreśla, że zdaniem niektórych autorów, prawo o ubezpieczeniu społecznym nie stanowi części jednolitego prawa pracy, lecz poza prawem pracy stanowi odrębną dyscyplinę prawa, która dopiero razem z prawem tworzy większą dyscyplinę prawa — „prawo socjalne", rozpadające się na część poświęconą prawu pracy i część poświęconą prawu ubezpieczeń społecznych, z któ-

[4]) Z najnowszych sformułowań pojęcia polityki społecznej — wymienić należy definicję St. Rychlińskiego („Przeobrażenia społeczne w Stanach Zjednoczonych na tle urbanizacji. W-wa 1937 str. 144):" nauka o celowym przeobrażeniu warunków życia jednostek i zbiorowości ludzkich dla sparaliżowania całokształtu bezpośrednich i pośrednich skutków ustroju społecznego". Zaznaczyć trzeba, że definicja ta zbyt silnie wiąże politykę społeczną z objawami patologii społecznej, gdy w istocie polityka społeczna jest dążnością do wywoływania w ogóle celowych zmian w dziedzinie układu stosunków społecznych.

[5]) Tak np. podnoszenie bezpieczeństwa pracy może być osiągane nie tylko w drodze norm prawnych, lecz również poprzez właściwą propagandę; podobnie ostatnio rozwinął się system rozbudowy urządzeń polityki społecznej poprzez układy zbiorowe pracy — a więc prawo umowne.

rymi się łączy dalsza dyscyplina wiedzy prawniczej — prawo opieki społecznej.

Przypomnieć w końcu należy, iż istnieje pogląd, iż prawo ubezpieczeń społecznych stanowi część ogólnej nauki o prawie ubezpieczeniowym.[6])

Nie budzi dziś wątpliwości założenie, że nowoczesny rozwój życia gospodarczego wysunął szereg takich zjawisk prawnych, które jeżeli już i przedtem odgrywały pewną rolę w życiu prawnym i w obrocie prawnym, to jednak nie posiadały takiego znaczenia i nieściągały na siebie bliższej uwagi nauki prawa. Jasnym jest, że dzisiejszy układ stosunków społecznych w szczególności z uwagi na działalność interwencyjną państwa wymaga nowych metod reglamentacji prawnej, aniżeli to miało miejsce przy indywidualistycznym ustroju, socjalizacja bowiem prawa posuwa się powoli, ale stale naprzód. To też przeżywany okres jest dla nowożytnej historii prawa niezwykle brzemienny. Ale ta właśnie okoliczność sprawia, że na ogół poza komentarzami w literaturze prawniczej, nie istnieją prawie wcale systemy prawa, poświęcone całokształtowi urządzeń prawa społeczno-gospodarczego. Przyczyna tego zjawiska polega na tym, iż nauka prawa interesuje się zagadnieniami tradycyjnymi, często drugorzędnego znaczenia, staje zaś przed nowymi kwestiami, jakie nowe prawo przynosi, jak gdyby w osłupieniu, zwłaszcza, że normy prawne, regulujące na nowo życie gospodarczo-społeczne na ogół nie mieszczą się w dotychczasowych systematach naukowych. To też istnieją liczne dziedziny prawa leżące dla nauki jakby odłogiem, zaś praktyka nie posiada tak doniosłego narzędzia pomocniczego, jakim jest nauka prawa.

Cechą podstawową nowoczesnego ustawodawstwa społeczno-gospodarczego jest istotne odsunięcie się od dotychczas stosowanych podstaw kodyfikacyjnych, albowiem normy prawa cywilnego pomieszane są z prawem administracyjnym, a prawo materialne łączy się z postanowieniami proceduralnymi. Taki charakter posiadają np. ustawodawstwa społeczne, agrarne, górnicze, elektryczne, wodne, kolejowe itd., przy czym istotną więzią wszystkich tych norm jest wspólność gospodarcza tematu a nie charakter norm i dlatego przy silnym związku tematycznym pomiędzy poszczególnymi normami zastosowanie podziału według jakiejś innej podstawy nastręczyłoby nieprzezwyciężone trudności.

Obok poglądu, że istnieje *„prawo społeczne"* stanowiące całokształt norm będących odpowiednikiem polityki społecznej, istnieje też pogląd natury gospodarczej — że „nowe" dziedziny prawa dadzą się połączyć we wspólną całość odpowiadającą pojęciu *„prawa gospodarczego"*. Pojęcie prawa gospodarczego w szerokim znaczeniu tego wyrazu jest dorobkiem raczej nauki niemieckiej aniżeli nauki francuskiej, która uznaje istnienie prawa „przemysłowego". Otóż to właśnie „prawo przemysłowe" obejmuje według wykładni francuskiej t. zw. prawo robotnicze łącznie z niektórymi działami przepisów o charakterze ściśle gospodarczym, chociaż trzon pojęcia prawa przemysłowego stanowi t. zw. ustawodawstwo socjalne. Kapitalną pracą w tej dziedzinie jest dzieło profesora uniwersytetu w Lyonie P. Pic'a.[7])

Zdaniem tego autora prawo przemysłowe składa się z prawa robotniczego i z prawa własności przemysłowej.[8])[9])

Nauka niemiecka z okresu poprzedzającego przewrót r. 1933, rozwijała pojęcie nauki prawa gospodarczego, zresztą w różnym zakresie — mniej lub więcej szerokim. Nauka niemiecka wychodziła z założenia, że prawo gospodarcze jest dziedziną wymagającą nowego zupełnie opracowania. Zdaniem jednego z autorów[10]) prawo gospodarcze jest to jak gdyby nowa ziemia prawnicza, przedstawiająca nieograniczone pole pracy. Natomiast inni autorzy stoją na stanowisku, że prawo gospodarcze jest raczej problemem metodologicznym, a mianowicie jest to tylko gospodarczo-prawne pojmowanie prawa, oparte o podstawy ekonomii i socjologii. Z tego stanowiska prawo gospodarcze nie jest nową samodzielną dyscypliną prawną i nie odgranicza się od innych dziedzin prawa.[11])

Według innego z kolei poglądu[12]) odróżnić należy metodę pełnoprawną[13]) traktującą normy prawne w ścisłej łączności z socjalnymi zjawiskami, będącymi ich podstawą — od metody gospodarczo-prawnego badania stosowanego do odcinka przepisów normujących funkcjonowanie urządzeń życia gospodarczego. Pogląd ten zmierza w ostatecznym wyniku do traktowania prawa gospodarczego jako system prawa materialnego, opartego o następujące pięć pojęć — człowiek

---

[6]) Jan Łazowski — Wstęp do nauki o ubezpieczeniach. W-wa 1934, str. 23.

[7]) Paul Pic — Traité elementaire de Legislation industrielle — Les lois ouvrières. Paris 6 wyd. 1933 r. str. 1106 + 42.

[8]) P. Pic. op. cit. str. XIV „La legislation dite ouvriére constitue... une branche de droit autonome, très différente par son esprit (puisqu'elle n'est que de l'economie sociale appliquée) et par ses métodes de toutes les autres branches du droit..." „...la legislation spéciale sur la propriété industrielle .. offre... plus d'affinités avec le droit commercial...".

[9]) Pic traktuje ubezpieczenia społeczne jako część systemu prawa robotniczego, przy czym wylicza pięć dróg, którymi zmierza reforma społeczna, zdążająca do załagodzenia przeciwieństw społecznych, a mianowicie: udział pracowników w gospodarce przedsiębiorstwem, spółdzielczość, urządzenia oszczędnościowo-pożyczkowe, ubezpieczenia społeczne i opieka społeczna. Proporcję zagadnień w umyśle autora obrazuje stosunek miejsca poświęcanego ubezpieczeniom społecznym — na 1087 stron dzieła, ubezpieczeniom autor poświęca 61 stron.

[10]) Düringer — Recht und Wirtschaft 1922 r. 1: „Hier liegt aber auch fast unbegrenztes unübersehbares Arbeitsfeld vor uns-staatsrechtliches und juristisches Neuland, praktische und wirtschaftliche Aufgaben ohne Zahl". Adam Chełmoński „Prawo Gospodarcze" Gazeta Sądowa Warszawa 1924 r.

[11]) Prof. Geiler — „Formen der wirtschaftlischen Konzentration" — „Recht und Wirtschaft" 1922 str. 100.

[12]) M. Rumpf — Der Sinn des Wirtschaftsrechts" — Arch. f. d. Zivil. Prax. 1922 Zesz. 2 — 120 B.

[13]) M. Rumpf op. cit. str. 160 i 161 „...vollrechtliche Auffasung von der Rechtswissenschaft...".

(tu mieści się całe prawo socjalne), ochrona dóbr, umowa, związek, konkurencja.

Istnieje wreszcie pogląd[14]), że prawo gospodarcze jest zbiorem norm, które mają na celu bezpośredni wpływ na gospodarstwo społeczne. Stworzenie odrębnego prawa gospodarczego jest z tego stanowiska palącą koniecznością, gdyż w ramach dotychczasowych gałęzi wiedzy prawniczej prawo gospodarcze nie może znaleźć odpowiedniego potraktowania. Przy tym systemie prawo socjalne jest jednym z 6-ciu działów prawa gospodarczego, obok 1) działu obrotu pieniężnego, 2) działu obrotu towarowego, 3) działu poświęconego działalności gospodarczej czynnika publicznego, 4) działu obrotu nieruchomości oraz 5) działu o ochronie dłużników i ochronie praw naruszonych.

W literaturze polskiej wspomnieć należy o wykładzie Marcelego Lewego p. t. „Prawo przemysłowe i robotnicze":[15]) z uwagi na system układu zasługuje na wymienienie dzieło prof. Buzka[16]) p. t. „Administracja gospodarstwa społecznego". Zdaniem tego autora „Wykład prawa administracyjnego w dziedzinie gospodarstwa społecznego obejmuje z zasady także wszystkie normy prawa karnego, cywilnego i skarbowego, które ze względu na specjalne potrzeby danej gałęzi gospodarstwa społecznego wydano". Spośród 8-miu działów tego dzieła, dział szósty poświęcony jest polityce socjalnej i prawu administracyjno-socjalnemu (prawo robotnicze, ubezpieczenia społeczne, pośrednictwo pracy).

Zwolennicy poglądu, że prawo socjalne jest częścią prawa gospodarczego, uznają celowość wyodrębnienia prawa gospodarczego i zgadzają się na przepracowywanie tego prawa według jego działów rzeczowych, jak również zgadzają się na odrzucenie podziału tego prawa na prawo prywatne i prawo publiczne, a tym samym wypowiadają się za monistycznym pojmowaniem systemu prawa — jednak sprzeciwiają się zbytniemu rozczłonkowywaniu tego prawa gospodarczego i domagają się stworzenia nauki ogólnej prawa gospodarczego. Chodzi im w szczególności o wyłączenie ze wszystkich działów prawa gospodarczego tych przesłanek, które mogłyby być traktowane jako momenty wspólne w prawie gospodarczym, albowiem przez rozbudowę części ogólnej nauki o prawie gospodarczym umożliwi się stworzenie się szerokich podstaw dla wykładni przepisów, które obowiązują i dla kodyfikacji norm, które w przyszłości będą miały być opracowane.

Obok poglądu, że prawo socjalne jest częścią prawa gospodarczego istnieje wreszcie trzeci pogląd, że t. zw. prawo społeczne jest tylko pojęciem z dziedziny filozofii prawa („le droit social") a mianowicie tą częścią prawa, która normuje warunki współżycia ludzkiego pod kątem harmonii i ładu jako niezbędnych reguł nadrzędnych współżycia społeczności — w przeciwieństwie do indywidualistycznego cywilnego prawa materialnego, które raczej opiera się na przeciwieństwie interesów. Tak pojmowane prawo społeczne jest odpowiednikiem przesłanek t. zw. prawa natury itd. i oczywiście nie ma żadnego związku z prawem społecznym jako dyscypliną wiedzy in concreto.

Tak ujęte prawo społeczne jest przedmiotem badań filozofów prawa od bardzo dawna. Dla przykładu przytoczyć tu można pogląd Leibnitza, który wyraźnie odróżnia prawo indywidualne jako negatywne ograniczenie osób równorzędnych, wstępujących w stosunki wzajemne, w którym to prawie interes powszechny nie występuje jako bezpośredni uczestnik; Leibnitz nazywa to prawo indywidualne: „Jus quod statum singulorum conservat per aequivalentia ab iis".[17])

W przeciwieństwie do tego prawa indywidualnego, w którym rodzić się mogą konflikty, istnieje zdaniem Leibnitza inna dziedzina prawa, ustalająca porządek społeczny, które to prawo winno być prawem pokoju i harmonii: „Inter personam et personam.... est jus pacis" nazywane również „jus societatis seu congruentium".

Nie podając tutaj szczegółowej definicji prawa społecznego jako doktryny filozoficznej można ogólnie twierdzić, że w konstrukcji tego pojęcia odgrywają istotne znaczenie dwie podstawowe kwestie.[18])

Pierwszą z nich jest stosunek normy prawnej do życia społecznego, oparty na traktowaniu prawa jako funkcji społecznej, czyli swoistego ujęcia rzeczywistości społecznej. Prawo oczywiście i w tym ujęciu zachowuje swoją rolę konstrukcyjną, albowiem bieg życia społecznego urzeczywistnia założenia prawne. Ale z drugiej strony samo prawo wyłania się z rzeczywistości społecznej, nie jest więc tylko systemem norm abstrakcyjnych fikcyj, teoretycznych „modeli" urządzeń, lecz istotą tego prawa jest jego treść społeczna.

Drugą właściwością tego pojęcia prawa społecznego jest decydujące znaczenie, jakie przyznaje się t. zw. procesowi całkowania. W myśl tej konstrukcji prawo to zmierza do uporządkowania stosunków indywidualnych wewnątrz zbiorowości — w ramach społeczności pod kątem interesów nadrzędnych, wskutek czego ma ono charakter zwany transpersonalnym, a więc dotyczący stosunków społecznych, a nie indywidualnych stosunków materialnych. Ta treść prawa społecznego wynika z jego genezy — źródłem tak pojętego prawa jest ścisła zależność wzajem-

---

[14]) Arthur Nussbaum — Das neue deutsche Wirtschaftsrecht. Ein systematische Übersicht über die Entwicklung des Privatrechts und der benachbarten Rechtsgebiete seit Ausbruch des Weltkrieges Berlin 2 wyd. 1922.

[15]) „Prawo przemysłowe i robotnicze" Warszawa 1918.

[16]) J. Buzek „Administracja gospodarstwa społecznego. Wykłady z zakresu nauki administracji i austriackiego prawa administracyjnego" Lwów 1913.

[17]) Ed. Mollet: „Miettelungen aus Leibnizens ungedruckten Schrifften" 1893.

[18]) Paul Leon — Archives de Philosophie du droit Nr 1 — 2 z r. 1932 str. 294.
G. Gurwitch „L'idée du Droit Social" 1932 prof. Wacław Makowski „O koncepcji prawa społecznego" Ruch Prawniczy r. 1933 t. I. str. 14 — 20.

na człowieka i zbiorowości, źródłem zaś tego stosunku między zbiorowością a człowiekiem jest obiektywnie ustalony fakt społeczny, rozmaicie zresztą nazywany — instytucją, organizacją, zespoleniem itd. W ten sposób prawo społeczne jest swoistym odtworzeniem rzeczywistości społecznej.

We wskazanych przesłankach tkwi istotna przyczyna trudności, na jakie natrafia prawnik dzisiejszy, gdy usiłuje rozgraniczać pojęcia filozofii i polityki, filozofii i prawa oraz prawa i polityki.

Jeżeli będziemy więc traktowali prawo społeczne jako ideę filozoficzną, jasnym jest, że ma ono charakter wszechprzenikający, wobec czego każda norma prawa materialnego np. cywilnego mogłaby być naświetlana pod kątem tej nowej koncepcji.

Jeżeli jednak traktować prawo społeczne jako dyscyplinę in conreto, wówczas część tak pojętego prawa społecznego w szerokim znaczeniu stanowi prawo państwowe oraz prawo o samorządzie, jak również prawo o zrzeszeniach niezarobkowych prawa prywatnego — stowarzyszeniach i związkach zawodowych. Do części tej należałoby również prawo o organizacji instytucyj ubezpieczeniowych. Jednak takie ujęcie prawa społecznego byłoby zbyt szerokie i nie odpowiadałoby przesłankom materialnej części polityki społecznej. Jeżeli bowiem oprzeć się na założeniu, iż prawo społeczne jest odpowiednikiem polityki społecznej, wówczas do prawa społecznego należałyby poza ścisłym prawem pracy prawo ubezpieczeń społecznych, prawo o gospodarce rynkiem pracy łącznie z prawem o emigracji, prawo o reformie rolnej oraz prawo o chałupnictwie. Nie wydaje się możliwym zaliczanie z tego stanowiska do prawa społecznego ani prawa o opiece społecznej, ani prawa sanitarnego, albowiem opieka społeczna i służba zdrowia, spełniając obowiązek społeczny pomocy dla inwalidów, kalek, sierot i innych grup osób wymagających opieki oraz podnosząc zdrowotność powszechną, nie przyczyniają się jednak do przemiany w stosunkach społecznych, co jest celem polityki społecznej.

W konkluzji stwierdzić należy, że prawo ubezpieczeń społecznych, ściśle związane z nauką o ubezpieczaniach społecznych jako takich, winno być uznawane za gałąź prawa społecznego.

Prawo ubezpieczeń społecznych nie jest dotychczas szerzej wykształcone. Jest to prawo jeszcze bardzo „młode". Co więcej — skoro cały system urządzeń ubezpieczeń społecznych oparty jest na przepisach, oddzielenie nauki prawa o ubezpieczeniach społecznych od nauki o ubezpieczeniach jako takich, nastręcza praktycznie bardzo znaczne trudności. Dopiero stworzenie osobnego procesu ubezpieczeniowego poprzez prawo o sądach ubezpieczeniowych oraz wytworzenie judykatury na tle ogólnych pojęć ubezpieczeniowych[19]), pozwoli wykształcić w większym niż dotychczas stopniu samodzielną dyscyplinę wiedzy prawniczej, jaką będzie *prawo ubezpieczeń społecznych.*

Pod względem systematycznym prawo ubezpieczeń społecznych da się rozdzielić na cztery człony, a mianowicie:

1) prawo o organizacji instytucji ubezpieczeniowych,

2) materialne prawo o obowiązkach i uprawnieniach ubezpieczeniowych,

rozpadające się na:

a) dział składek i

b) dział świadczeń,

3) proceduralne prawo o postępowaniu przed instytucjami ubezpieczeń społecznych, a wreszcie

4) spory ubezpieczeniowe, przy czym ten ostatni dział dzielić się będzie na:

a) poddział organizacji sądów ubezpieczeniowych i

b) poddział postępowania spornego.

Na zakończenie parafrazując ujęcie jednego z cytowanych poprzednio autorów, można stwierdzić, że prawo ubezpieczeń społecznych jest jak gdyby niedawno odkrytym nowym lądem wiedzy prawniczej, przedstawiającym nieograniczone pole pracy o niezliczonej ilości zagadnień.

[19]) Dr. Julian Hubert „Prawotwórcza rola Trybunału dla spraw ubezpieczeń społecznych" — Biblioteczka Przegl. Ub. Społ. Nr. 19 — 1935.

MATERIAŁY

TADEUSZ BLUSIEWICZ — Warszawa

WRAŻENIA Z PRAKTYKI WAKACYJNEJ W OŚRODKU ZDROWIA

Cztery godziny koleją z Warszawy na zachód i jestem w Swarzędzu, miasteczku położonym niedaleko Poznania, tam właśnie otrzymałem praktykę wakacyjną w ośrodku zdrowia.

Ośrodek zdrowia w Swarzędzu znajduje się w ładnym jednopiętrowym budynku otoczonym zielenią.

Dom składa się z dwuch skrzydeł — w jednym trzy gabinety lekarskie kompletnie wyposażone i dwie obszerne poczekalnie z materiałami propagandowymi jak afisze, broszury i ulotki z zakresu higieny i chorób społecznych. Jedna poczekalnia przeznaczona jest dla matek z niemowlętami, druga dla chorych na choroby takie jak gruźlica, jaglica i weneryczne. Obie poczekalnie mają zupełnie osobne wejścia i są oddzielone od siebie. Tuż obok znajduje się laboratorium i gabinet dentystyczny.

W drugim skrzydle mieszczą się rentgen, kabiny do naświetlań lampami kwarcowymi i elektryzacji oraz kąpielisko z wannami i natryskami. W suterynach — kuchnia mleczna dla niemowląt, kotłownia i ubikacje gospodarcze. Wszystko utrzymane w wzorowym porządku i świecące czystością.

Po tym pierwszym dodatnim wrażeniu, jakie odniosłem, przyszła kolej na zaznajomienie się ze żmudną pracą codzienną ośrodka zdrowia, w której pierwszymi moimi krokami pokierował, nie szczędząc wskazówek i trudu, kierownik tegoż ośrodka, p. dr Czesław Piekarski. Pracę swą zacząłem od zaznajomienia się z organizacją i działalnością ośrodka, jego administracją itd. Potem przyszła kolej na pracę w terenie, zaznajamianie się ze środowiskiem ludzkim, zbieranie wywiadów domowych, w końcu na zajęcia w poszczególnych poradniach.

Do pracy zabrałem się z całym zapałem, tym bardziej że widoczne były dodatnie jej wyniki i zachętą w niej była nadzwyczajna harmonia pracy całego personelu ośrodka — lekarzy i higienistek,

W ośrodku czynnych jest kilka poradni.

Poradnia dla matki i dziecka, otwarta dwa razy w tygodniu, rozwija się z dnia na dzień, znajdując coraz większe zrozumienie w szerokich masach, czego wyrazem jest liczba około 400 dzieci zarejestrowanych, stale korzystających z poradni. W poradni przyjmuje się nieraz w ciągu godzin przyjęć jednego dnia ponad 30 niemowląt. Kuchnia mleczna dla niemowląt wydaje mieszanki i mleko w składzie i ilości przepisanej przez lekarza poradni dziecięcej. Przeważająca część matek otrzymuje mleko zupełnie bezpłatnie. Ośrodek udziela w ten sposób wydatnej pomocy najbiedniejszym rodzinom robotniczym, których jest wiele w okolicy.

Poradnia przeciwjaglicza czynna jest dwa razy tygodniowo. Jaglicy w obrębie działania ośrodka jest bardzo niewiele, wszystkie zarejestrowane wypadki są w leczeniu i stałej obserwacji. Od czasu do czasu kontroluje się środowiska, w których chorzy na jaglicę żyją, w celu ewentualnego wykrycia wypadków świeżych zakażeń. Prowadzi się propagandę uświadamiającą ludność o sposobach zapobiegania zakażeniu i niezbędnych środkach ostrożności.

Poradnia przeciwweneryczna jest otwarta dwa razy tygodniowo. Chorych wenerycznych ze względu na blizkość dużego miasta jest wielu, przy czym więcej jest chorych na kiłę niż na rzeżączkę. Chorzy leczą się systematycznie, na co kładzie się szczególny nacisk.

Ośrodek zdrowia w Swarzędzu

Poradnia przeciwgruźlicza zbiera wszystkie wypadki gruźlicy z okolicy, umożliwia chorym na gruźlicę leczenie, propaguje zapobieganie i ochronę przed tą straszliwą plagą społeczną. Gruźlicy jest bardzo dużo, walka z nią jest szczególnie trudna, gdyż wymaga wielkich środków materialnych w leczeniu, wiele pracy lekarskiej i pielęgniarskiej i zrozumienia oraz cierpliwości chorych.

Poza tym ośrodek roztacza opiekę lekarsko-higieniczną nad dziećmi przedszkolnymi, zgrupowanymi w liczbie około 100 w miejscowej ochronce Związku Obywatelskiej Pracy Kobiet. Bada się dzieci okresowo, waży, kontroluje ich rozwój fizyczny. Higienistki ośrodka dokonują co jakiś czas przeglądu dzieci. Bezpłatnie kąpie się je w ośrodku.

Poradnia higieny szkolnej obejmuje swą opieką około 2.000 dzieci okolicznych szkół powszechnych. Przeprowadza się okresowe badania lekarskie w ośrodku, higienistki dokonywują przeglądu czystości dzieci w szkołach, wydaje się w zimie tran dostarczany bezpłatnie przez ubezpieczalnię społeczną, wreszcie kąpie się dzieci bezpłatnie w ośrodku. W lecie ośrodek zdrowia zajmuje się urządzaniem półkolonii letnich dla dzieci przedszkolnych i szkolnych. W roku bieżącym w Swarzędzu półkolonie objęły razem 260 dzieci. Brałem udział w badaniach lekarskich przed rozpoczęciem i po skończeniu półkolonii. Badania te wykazały, że prawie wszystkie dzieci znacznie się poprawiły i przybrały na wadze.

Przychodnia sportowo-lekarska przeprowadza badania młodzieży należącej do P. W. i W. F. oraz uczestników licznych klubów sportowych w okolicy.

Gabinet lekarsko-dentystyczny czynny jest trzy razy w tygodniu. Nie tylko leczy się zęby, ale przeprowadza się kontrolę zapobiegawczą stanu uzębienia dzieci szkolnych i poucza się je o konieczności pielęgnacji zębów i jamy ustnej

Kąpielisko ośrodka szerzy czynnie propagandę koniecznego stosowania czystości w życiu codziennym, udzielając kąpieli nie tylko przedszkolnym i szkolnym dzieciom bezpłatnie, ale również dorosłym za groszowymi opłatami.

Jest to jedyne wzorowo urządzone kąpielisko w okolicy. Ilość wanien w domach prywatnych miasteczka jest znikomo mała. W końcu muszę zaznaczyć, że w ośrodku urządza się systematycznie pogadanki i wykłady z zakresu higieny, walki z chorobami zakaźnymi alkoholizmem itd., które cieszą się dużą frekwencją. Urządza się obchody w ośrodku jak choinkę dla dzieci rodzin zarejestrowanych i korzystających z opieki ośrodka, wystawy higieniczne itd. Przeprowadza się szczepienia ochronne przeciw ospie, błonicy i płonicy.

Na szczególną uwagę zasługuje to, że akcja zapobiegawcza w tutejszym ośrodku jest ściśle zespoloną z lecznictwem ponieważ:

1) skuteczne zapobieganie chorobom społecznym musi iść równolegle z ich leczeniem.

2) leczenie niektórych chorób jest jednocześnie zapobieganiem ich szerzeniu się, np. gruźlicy, chorób wenerycznych, jaglicy.

3) w ośrodku zdrowia znajduje się gabinet lekarski lekarza domowego Ubezpieczalni Społecznej w Pozna-

„Kwarcówka"

niu, leczącego ubezpieczonych i ich rodziny zamieszkałe w tym rejonie (ze względu na przemysłowy charakter miasteczka ubezpieczonych jest bardzo dużo).

4) drugi lekarz zamieszkały w Swarzędzu również pracuje w ośrodku prowadząc niektóre poradnie.

Dzięki tej ścisłej współpracy możliwym się staje ujęcie wszystkich wypadków chorób społecznych i zakaźnych w okolicy oraz dokładne zaznajomienie się lekarzy i higienistek ze stanem zdrowotnym i sanitarnym ludności.

Już z tego krótkiego zestawienia wynika, że tak rozbudowany i sprężyście prowadzony ośrodek zdrowia może nie tylko wypełnić nałożone nań zadania, lecz organizować pracę społeczną i wychowawczą na dotychczas zaniedbanych terenach życia. Praca w ośrodku jest różnorodną i ciekawą. Jest pracą zarówno w gabinecie lekarskim, laboratorium jak i pracą w terenie mającą na celu zapobieganie chorobom i realizowanie zasad medycyny społecznej.

Spotkałem się z jednej strony z ciekawymi i niecodziennymi wypadkami przejawów chorobowych, o których tyle słyszałem teoretycznie, z drugiej — stanąłem po raz pierwszy w obliczu prawdziwej nędzy ludzkiej trapionej chorobami.

Tu w terenie jest właściwa praktyka dla przyszłego lekarza społecznika, tu nauczy się języka, z jakim należy iść w szerokie masy, nauczy się tego, czego na uczelni nie wykładają.

Dwumiesięczna praktyka w toku codziennych zajęć przeminęła jak chwila. Wracam w mury Alma Mater zasobny w nową wiedzę praktyczną z zadowoleniem, że mogłem brać udział w pracy ośrodka zdrowia, który powstał dzięki Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu i niestrudzonej pracy jego personelu.

Zostaną wspomnienia pierwszych kroków stawianych samodzielnie w przyszłym zawodzie, jak i chwil wolnych spędzonych w beztroskim nastroju w miłym i sympatycznym towarzystwie nad brzegami pięknego jeziora swarzędzkiego.

Wystawa przeciwalkoholowa

KAZIMIERZ KUCNER — Kutno

PRZEKROCZENIA BUDŻETOWE W WYDATKACH NA ŚWIADCZENIA W UBEZPIECZENIU CHOROBOWYM

Wzrost liczby ubezpieczonych powoduje przekroczenia budżetowe w wydatkach na świadczenia.

Na pierwszy rzut oka zdaje się to nieprawdopodobne, a jednak zjawisko takie obserwujemy na terenie Ubezpieczalni Społecznej w Kutnie, a również daje się ono zaobserwować na terenach innych ubezpieczalni.

Preliminarz budżetowy każdej ubezpieczalni opiera się na wyliczeniach, w których za podstawę bierzemy: przeciętny stan ubezpieczonych z ubiegłego roku operacyjnego oraz przeciętny przypis składek chorobowych.

W Ubezpieczalni Społecznej w Kutnie przy przeciętnej liczbie ubezpieczonych za 1937 rok — 18.735, i przypisie składek za ubezpieczenie chorobowe — zł. 922.674, przeciętna roczna składka na jednego ubezpieczonego wyniosła zł. 49,25.

Z powyższego obliczenia widzimy, że jeden ubezpieczony w roku 1937 wnosił miesięcznie składkę na ubezpieczenie chorobowe w wysokości zł. 4 gr. 10.

Biorąc pod uwagę zwiększenie zatrudnienia, związane z poprawą gospodarczą, przyjęto w preliminarzu budżetowym, że przeciętna liczba ubezpieczonych w Ubezpieczalni Społecznej w Kutnie za rok 1938 wyniesie 23.000, a więc o 25% więcej niż w roku ubiegłym i założono, że przypis składek za ubezpieczenia chorobowe w roku 1938 wzrośnie proporcjonalnie do liczby ubezpieczonych, a więc wyniesie około 1.200.000 zł.

Przyjęto również, że mniejwięcej w tym samym stosunku wzrosną wydatki na świadczenia, a co za tym idzie przypuszczano, że gospodarka finansowa Ubezpieczalni nie powinna ulec większym odchyleniom. Tymczasem jednak w ostatnim miesiącu operacyjnym pierwszego półrocza 1938 r. wydatki na świadczenia

wyniosły 88,9% przypisu składek, tworząc przekroczenie budżetowe w kwocie zł. 19.000.

Nie jest to katastrofą finansową dla tak dobrze postawionej Ubezpieczalni, jaką jest Ubezpieczalnia Społeczna w Kutnie, jednak zjawisko to jest ostrzeżeniem na przyszłość, każącym szukać wyjaśnienia tego stanu rzeczy oraz zabezpieczenia się, jeśli to możliwe przed tego rodzaju niespodziankami.

Stan ubezpieczonych za miesiąc czerwiec w roku ubiegłym, wyraził się liczbą 18.616, w miesiącu czerwcu r. b. wzrasta do 22.533 czyli ponad 21%. W tym samym czasie przypis składek chorobowych w roku ubiegłym (biorąc pod uwagę przypis za 4 tygodnie) wyniósł około 72.000 zł., a w roku bieżącym 83.500 zł., co stanowi wzrost zaledwie o niecałe 15%. Przeciętna więc składka na jednego ubezpieczonego w miesiącu czerwcu 1937 r. wynosiła zł. 3,87, podczas gdy w tym samym czasie w roku bieżącym wyraża się kwotą zł. 3.66.

Jak z tego widać wzrost przypisu składek chorobowych jest słabszy niż wzrost liczby ubezpieczonych Ten stan rzeczy powodują dwa czynniki: 1) niskie stosunkowo płace robotników sezonowych, zatrudnianych masowo przy robotach drogowych, kolejowych itp., 2) chęć zatrudnienia jak największej liczby bezrobotnych kosztem zmniejszania ilości dni pracy w tygodniu

Obok zmniejszenia się wysokości przeciętnej składki wraz z wzrostem liczby ubezpieczonych, obserwujemy również wzrost wydatków na świadczenia, przypadających na jednego ubezpieczonego. Dla wytłumaczenia tego faktu musimy zwrócić przede wszystkim uwagę na to, z jakich ludzi składają się kadry robotników sezonowych.

W pierwszym rzędzie jest to miejski robotnik niewykwalifikowany, pozbawiony przez okres długotrwałego kryzysu jakiejkolwiek pracy, a w związku z tym i zarobków, najczęściej obarczony liczną rodziną, pozbawioną, jak i on sam przez długi czas pomocy i opieki lekarskiej.

Następna kategoria to proletariat wiejski lub właściciele karłowatych (pół- lub jedno-morgowych) gospodarstw rolnych, którzy nigdy nie mieli możności korzystania z porady lekarza. Ta druga kategoria robotników sezonowych również jest najczęściej obarczona dużymi rodzinami (przeciętnie rodzina taka składa się z 5 osób). Ludzie ci od bardzo dawna byli pozbawieni opieki lekarskiej, chociaż nękani są chorobami w nie mniejszym stopniu niż proletariat miejski. Jak u jednych, tak i u drugich stwierdza się fatalne warunki mieszkaniowe (b. często w jednej izbie, w brudzie bez dostępu świeżego powietrza mieszka po 10 i więcej osób), oraz zupełna nieznajomość najważniejszych nawet zasad higieny. Wszystko to stwarza nadzwyczaj pomyślne warunki dla rozwoju wszelkiego rodzaju chorób.

Samorządy, przeznaczając w swych budżetach zaledwie 10% wydatków ogólnych na opiekę społeczną, nie mogą w żadnym wypadku, tak w mieście, jak i na wsi przyjść z pomocą tym ludziom, co również ogromnie źle wpływa na stan zdrowotności ogólnej.

Tacy właśnie ludzie stanowią **przyrost ubezpieczonych** w Ubezpieczalni Społecznej w Kutnie.

Pierwszą troską takiego nowego ubezpieczonego jest otrzymać legitymację ubezpieczeniową, poinformować się dokładnie o adres lekarza, godziny przyjęć i rozpocząć, wraz z całą rodziną leczenie. I słusznie. Ten człowiek pozbawiony pomocy lekarskiej, a niszczony chorobami, jak nikt inny rozumie dobrodziejstwo ustaw ubezpieczeniowych i leczy się, bo przecież za miesiąc, czy dwa będzie pozbawiony pracy, a tym samym i opieki lekarskiej.

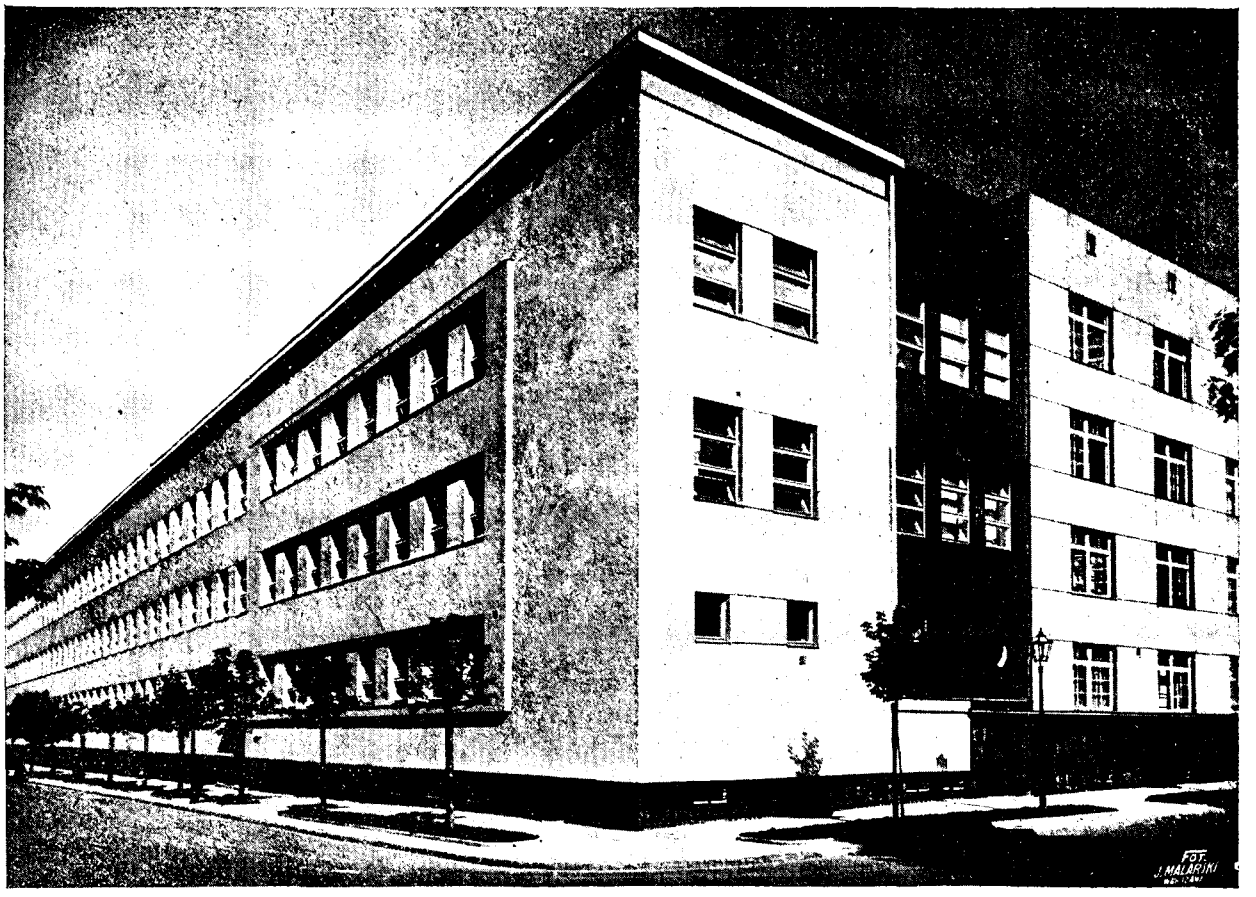
Jakkolwiek ustawa o ubezpieczeniu społecznym zupełnie słusznie nie przewiduje żadnych okresów wyczekiwania dla otrzymania pomocy lekarskiej, to jednak przerzucanie ciężaru leczenia bezrobotnych wyłącznie na ubezpieczalnie społeczne, stanowi niebezpieczeństwo dla stanu równowagi finansowej tych instytucji.

Zapewnienie pomocy i opieki lekarskiej bezrobotnym z funduszów ogólno-społecznych jest sprawą bardziej słuszną i sprawiedliwą, niż przerzucanie tych ciężarów na pewną, niewielką część społeczeństwa, to jest na pozostających stale w zatrudnieniu członków ubezpieczalni.

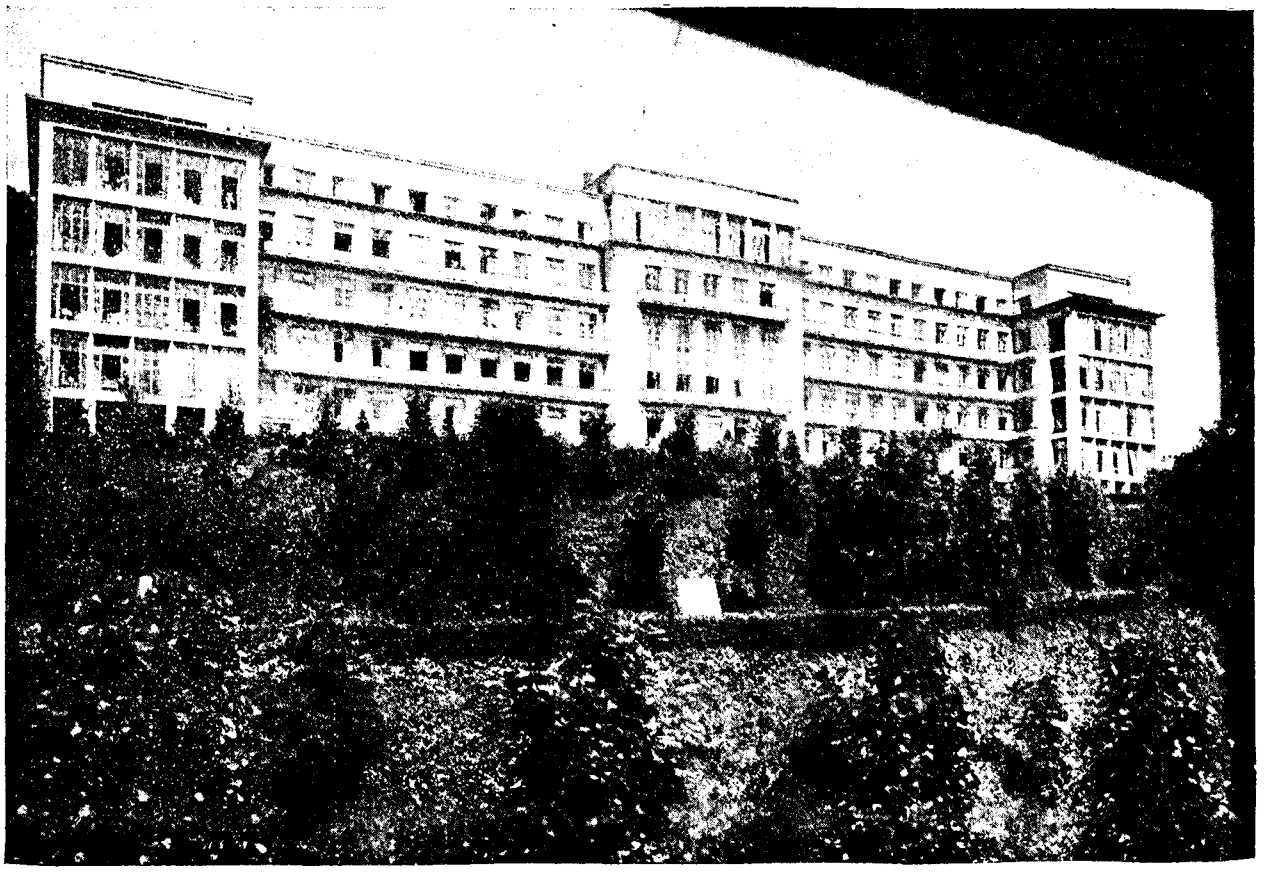
KRONIKA KRAJOWA

Z PIERWSZEJ POLSKIEJ WYSTAWY SZPITALNICTWA.

Pierwsza w Polsce Niepodległej Wystawa Szpitalnictwa, organizowana przez Towarzystwo Szpitalnictwa z prezesem dr. Orzechowskim i przez specjalnie zawiązany w tym celu komitet z płk. dr. Miszewskim na czele, zainteresowała również świat lecznictwa ubezpieczeniowego. Ubezpieczenia Społeczne w Polsce, pracując od lat 18-tu, a w niektórych dzielnicach kraju, jak np. w Wielkopolsce, na Śląsku i Małopolsce — znacznie dłużej — mogą się poszczycić poważnym dorobkiem w dziedzinie lecznictwa szpitalnego, sanatoryjnego i prewencyjnego. Przez budowę nowych lub też modernizację dawnych gmachów, starają się sprawę szpitalnictwa w Polsce podnieść i postawić na wysokim poziomie. Plon w tej dziedzinie demonstrują Ubezpieczenia Społeczne na Wystawie w sposób prosty a przejrzysty. Pokazany jest rozwój szpitalnictwa i leczenia sanatoryjnego za lata 1934 — 1938. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalnie Społeczne zajmują 4 pokoje na II piętrze nowobudującego się szpitala chirurgii urazowej im. Marszałka Piłsudskiego. W pierwszej sali zgromadzone są jednostki szpitalne Ubezpieczeń Społecznych znajdujące się w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Łodzi, Pabianicach, Sosnowcu, Dąbrowie Górniczej. Czeladzi, Zawierciu, Ostrowcu Świętokrzyskim, Starachowicach, Częstochowie, Grudziądzu, Piotrkowie Tryb., Drohobyczu, Rawiczu, Chrzanowie itd. Niektóre z nich, jak szpital warszawski na Solcu, krakowski, lwowski, sosnowiecki i in. imponują swym ogromem i nowoczesnym wyglądem. Stwierdzają to liczne fotografie, makiety budynków szpitalnych oraz plany sytuacyjne. Działalność poszczególnych szpitali zobrazowana jest w tablicach statystycznych prosto ujętych. W pierwszej sali widzimy również rzeźbę, wyobrażającą zdrowie, dłuta art. rzeźbiarza F. Strynkiewicza.



Szpital Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie — *Widok gmachu z ulicy Czerwonego Krzyża*



Szpital Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie — *Widok na główny budynek szpitala*

Druga sala poświęcona jest lecznictwu sanatoryjnemu i uzdrowiskowemu, oraz akcji kolonijnej. Kolonie leczniczo-szkolne i wypoczynkowe zobrazowane są w podobny sposób, jak szpitalnictwo. Wyróżniają się tu wielkością i pięknym wyglądem sanatoria rozmaitych typów: nizinnego, podgórskiego i górskiego, jak: w Bystrej Śląskiej, Worochcie, Zakopanem, Ludwikowie pod Poznaniem, Tuszynku pod Łodzią, Krynicy, Iwoniczu i in. Fotografie demonstrują urządzenia wewnętrzne szpitali i sanatoriów, wyposażone w nowoczesne urządzenia i aparaty lecznicze, w pokoje, sale i korytarze lśniące czystością, w wyszkolony personel lekarski i pomocniczy.

Akcja kolonijna Ubezpieczeń Społecznych w Kiekrzu pod Poznaniem, Busku, Kaliszu, Andrychowie, Jaworzu i Ciechocinku zilustrowana obficie, jest dowodem jak wielki nacisk kładzie się obecnie na działalność profilaktyczną. Wolne przestrzenie w salach zajęte są przez makiety większych objektów szpitalnych, wykonane przez ubezpieczalnie społeczne, na terenie których znajdują się dane szpitale.

Jedna z mniejszych sal poświęcona jest wyrobom Wytwórni Protez Min. Opieki Społecznej oraz produkcji aptecznej Centrali Zaopatrywania Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych, która przedstawia próbki leków, używanych w Ubezpieczalniach. W ostatniej wreszcie sali znajdujemy mapę Polski, na której uwidocznione są szpitale, sanatoria i inne zakłady lecznicze, oraz stałe kolonie dla dzieci.

W sali tej statystyka ogólna wykazuje ruch chorych, zasięg działania ubezpieczeń społecznych, stosunek personelu lekarskiego i pomocniczo-lekarskiego do ilości łóżek, wyzyskanie łóżek, wysokość kosztów leczenia chorych w szpitalach i zakładach, podział na grupy według zachorowań, wysokość świadczeń szpitalnych i sanatoryjnych w stosunku do ogólnych świadczeń ubezpieczeń społecznych itd.

Po raz pierwszy w Polsce zebrano i zrobiono spis prac naukowych i popularyzacyjnych z dziedziny szpitalnictwa i lecznictwa uzdrowiskowego i sanatoryjnego oraz profilaktyki. Liczba tych wydawnictw sięga 300.

Jako dopełnienie wystawy w godzinach popołudniowych demonstrowany jest ciekawy film z życia dzieci na koloniach leczniczo-szkolnych oraz reportaż szpitalno-sanatoryjny. Wielce pocieszający fragment tego filmu stanowi grupa nowo-budujących się sanatoriów i szpitali, które dadzą możność rozszerzenia tej gałęzi działalności Ubezpieczeń Społecznych. Stronę dekoracyjną wystawy wykonał artysta-malarz i grafik p. E. Ernest.

Czas trwania wystawy, wobec jej wybitnego powodzenia został przedłużony do dn. 9 października r. b.

LWOWSKA UBEZPIECZALNIA ROZBUDOWUJE LECZNICĘ MINERALNO-SIARCZANĄ W SZKLE — ZDROJU.

Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie, przystępuje w październiku r. b. do prac nad rozbudową lecznicy mineralno-zdrojowej w Szkle. W przedłożonych już do zatwierdzenia Urzędu Wojewódzkiego planach, sporządzonych przez profesora Politechniki lwowskiej, inż. Jana Bagieńskiego, przewiduje się dobudowę jednopiętrowego skrzydła.

Budowę rozpocznie się bezpośrednio po zamknięciu sezonu leczniczego, który trwa obecnie od czerwca do września, z zamiarem ukończenia jej w takim czasie, aby kuracjusze mogli rozpocząć leczenie w roku następnym już w rozszerzonym i rozbudowanym zakładzie.

Zasadniczą przyczyną podjęcia budowy była niewystarczająca pojemność lecznicy wobec rosnącego z roku na rok zapotrzebowania Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie i innych bratnich Ubezpieczalni. Dotychczasowa ilość 60 łóżek ulegnie zwiększeniu conajmniej o dalszych 40, przy czym zostaną wprowadzone nowe urządzenia lecznicze, zmierzające do ułatwienia opieki leczniczej i zwiększenia wygody ubezpieczonych.

Przy tej sposobności warto przypomnieć, że lecznica w Szkle stosuje kurację przy pomocy zdrojów wody mineralnej i borowiny, z bardzo dodatnim skutkiem w przypadkach rwy kulszowej, reumatyzmu mięśniowego i mniej przewlekłych spraw stawowych. Dzięki obecności wysokowartościowej borowiny i kąpieli ultrapotasowych zakres wskazań rozszerza się obecnie i na choroby kobiece.

Jest nadzieja, że po pewnym czasie Lwowska Ubezpieczalnia Społeczna będzie mogła lecznicę w Szkle zużytkowywać przez przeciąg całego roku.

ROBOTNICZY OBÓZ WYPOCZYNKOWY UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W LUBLINIE.

Ubezpieczalnia Społeczna w Lublinie zorganizowała dla swych ubezpieczonych pracowników fizycznych w okresie od 14.7. do 27.7. b. r. — obóz wypoczynkowy w Wólce Profeckiej koło Puław.

Myślą przewodnią Ubezpieczalni było zapewnienie robotnikom w czasie ich urlopów wypoczynkowych dogodnych warunków pobytu na świeżym powietrzu w okolicy zdrowej i lesistej nad Wisłą, a przez to regeneracji ich sił do dalszej pracy.

Z obozu tego korzystało w wyżej podanym okresie stu robotników mężczyzn, a pozytywne wyniki tej akcji wykazały, że na tej drodze i w przyszłości szukać należy rozwiązania kwestii racjonalnie organizowanych urlopów wypoczynkowych dla robotników.

Ubezpieczalnia dała ze swej strony umundurowanie drelichowe, pasy, berety, pokryła koszty pobytu (wikt, utrzymanie, pomieszczenie, światło itp.) oraz koszty przejazdu z Lublina na obóz i z powrotem.

Nad stanem zdrowia i tężyzną uczestników obozu czuwała Komenda Okręgu P. W. i W. F. przez personel instruktorski i techniczny, oraz Ubezpieczalnia przez swego kierownika obozu.

W latach przyszłych akcja ta będzie prowadzona na większą skalę.

WYSTAWA DZIECKA W WARSZAWIE.

W dniu 2 października została otwarta w gmachu pofabrycznym przy ul. Nowogrodzkiej 76 Wystawa Dziecka, połączona ideowo z Kongresem Dziecka, który rozpoczął się w tymże dniu. Zakład Ubezpieczeń Społecznych bierze w wystawie czynny udział, zajmując narożnik sali na 2-gim piętrze. Tematem głównym wielkiego fotomontażu zajmującego całą prawie wyznaczoną dla Zakładu przestrzeń (14 mtr.), jest unaocznienie, co Ubezpieczalnie Społeczne w Polsce dają dzieciom i młodzieży. Zobrazowana więc została działalność lekarzy i lekarek-pediatrów, higienistek Ubezpieczalni Społecznych oraz stacyj opieki i innych instytucyj, subsydiowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Walka z gruźlicą u

dzieci, dożywianie wszelkiego rodzaju, akcja szczepionkowa, opieka nad niemowlęciem, dzieckiem w wieku przedszkolnym i szkolnym, opieka nad młodzieżą, nad sierotami, wreszcie szeroka działalność profilaktyczna ubezpieczeń społecznych złożyły się na bogatą treść fotomontażu.

Literatura pediatryczna mieści się w specjalnej gablocie, popularna broszura, rozdawana bezpłatnie, będzie pouczać matki, w jaki sposób mogą uzyskiwać świadczenia ubezpieczeniowe dla siebie w okresie ciąży i połogu, oraz dla swych dzieci.

Barwny powiększony numer popularnego wydawnictwa Ubezpieczeń Społecznych „Droga do Zdrowia", specjalnie poświęcony dziecku, jest również bezpłatnie rozdawany na Wystawie.

ZJAZD LEKARZY POWIATOWYCH WOJEWÓDZTWA STANISŁAWOWSKIEGO.

W dniach 26 i 27 sierpnia 1938 r. odbył się w Morszynie zjazd lekarzy powiatowych i naczelnych lekarzy miejskich województwa stanisławowskiego.

Zjazd zagaił wojewoda gen. Pasławski, omawiając obszernie obowiązki, jakie ciężą na lekarzach powiatowych, i wezwał ich do pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego osiedli.

Prof. dr Rencki, jako gospodarz Domu Zdrojowego, w którym Zjazd się odbywał, powitał obecnych i przedstawił po krótce prace i inwestycje na terenie Morszyna, a w szczególności budowę domu zdrojowego.

Inspektor Ministerstwa Opieki Społecznej, Dr M. Zachert, powitał zjazd w imieniu Departamentu Służby Zdrowia, podkreślając jednocześnie znaczenie tego rodzaju zjazdów regionalnych dla podniesienia stanu zdrowotnego kraju.

Dr Borkowski, Naczelnik Wydziału Zdrowia, wygłosił referat p. t. „Stan zdrowotny województwa stanisławowskiego w r. 1937", z którego wynika, że liczba lekarzy w województwie jest niewystarczająca, ponieważ 1 lekarz obsługuje teren 89 km². Trudno jest o pozyskanie lekarzy okręgowych, niektóre powiaty nie mają zupełnie lekarzy okręgowych. Liczba lekarzy dla leczenia rolników jest skąpa. Pomieszczenie w szpitalach jest niewystarczające dla potrzeb ludności, gdyż na 10,000 ludności przypada 7 i 3/10 łóżka. Na terenie całego województwa jest 1,090 łóżek, w tym 146 dla zakaźnych. Stosunek powyższy od 10 lat nie uległ poprawie. Praca w ośrodkach zdrowia nie jest jednolita, a niektóre z nich nie zdołały się wznieść ponad poziom ambulatoriów dla ubogich. Zauważa się wzrost zachorowań na dur plamisty i czerwonkę, przy czym liczba zachorowań na dur plamisty dochodzi do poziomu, jaki był w r. 1935. Na terenie województwa były 2 ekspedycje naukowe, a to w Nadwórnej i Sławsku (p. Stryj). Ekspedycja w Sławsku przeszczepiła ludność w 93%. Zwiększyły się również pokąsania przez psy wściekłe, przy czym były 4 zgony na wściekliznę. Zwiększyła się również liczba zachorowań na nagminne zapalenie opon mózgowych. Natomiast stwierdzić należy spadek zapadalności zachorowań na dur brzuszny.

Akcja kolonijna objęła 16,293 dzieci. Bardzo dodatnio na ogólny rozwój dzieci wpłynęły punkty dożywiania, przy czym w roku sprawozdawczym korzystało z nich 24,839 dzieci.

Dr Lachowicz, kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny, zdał sprawozdanie z działalności filii Państwowego Zakładu Higieny w roku 1937. Stwierdza, że rozpoznanie duru plamistego i brzusznego, potwierdzone badaniami sero-bakteriologicznymi, wzrosło wybitnie. Należy dążyć, by każdy nosiciel duru brzusznego był badany. Szpitale nie dokonywają zupełnie badań ozdrowieńców na nosicielstwo przed wypisaniem ich ze szpitala.

Dr Hickiewicz, naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie, wygłosił referat o działalności Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie za rok 1937. Stwierdził, że Ubezpieczalnia nie otrzymuje sprawozdań z subwencyj udzielanych instytucjom społecznym. Z powodu przepełnienia szpitali chorzy ubezpieczeniowi bronią się przed skierowaniem do nich, a często szpital samowolnie opuszczają. Dążyć należy do tego, by przychodnia gruźlicza w Stanisławowie przyjmowała gruźlików, którym kończy się okres świadczeń ubezpieczeniowych. Należy również dążyć do budowy izolatorium dla gruźlików.

Dr Radło omówił sprawę epidemiologii duru plamistego w Karpatach Wschodnich. Na podstawie obserwacyj i badań stwierdził, że ogniska endemiczne duru plamistego ciągną się od głównego gościńca w powiecie leskim aż do Czeremoszu. W województwie stanisławawskim jest 64 ognisk. Ogniska te mieszczą się w nizinach przytykających do gór i w górach. Mówca omówił żywotność zarazka duru plamistego i zapowiedział przeprowadzenie dezynsekcji nowym gazem, który jest mniej toksyczny od cyjanowodoru, a silniejszy od siarki.

W roku 1939 nastąpią szczepienia całej ludności w ogniskach endemicznych.

Mgr Perkowski z filii Państwowego Zakładu Higieny wygłosił referat „Kontrola okresowa wody".

Mgr Cichowski również z filii P. Z. H. omówił dozór nad artykułami żywności.

W drugim dniu zjazdu pierwszy wygłosił referat dyrektor międzykomunalnego Związku Karpat Wschodnich, J. Miketta, p. t. „Źródła mineralne województwa stanisławowskiego". Na terenie województwa jest ogółem zarejestrowanych 118 źródeł. W roku 1937 zorganizował Związek letniska wywczasowe dla pracowników fizycznych.

Dr Misiński wygłosił referat o walorach leczniczych Morszyna.

Dr Dąbrowski omówił opiekę nad matką i dzieckiem.

Inspektor starostw mgr Rusiński omówił organizowanie pracy lekarzy powiatowych w biurze i w terenie.

Dr Borkowski poruszył usterki w pracy lekarzy powiatowych.

Drugiego dnia uczestnicy zwiedzili szyb Bonifacego i przeróbkę soli morszyńskiej.

Plan działalności na przyszłość przewiduje ukończenie ośrodków zdrowia w Kosmaczu, Hryniawie, Kosowie, Worochcie i w Nadwórnej oraz powołanie do życia Stanisławowskiego Międzykomunalnego Związku Szpitalnictwa.

W obradach zjazdu wziął udział bawiący w Morszynie b. minister zdrowia publicznego, Dr Chodźko.

KRONIKA ZAGRANICZNA

POMOC PRAWNA W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH WE WŁOSZECH.

Czy istnieje potrzeba pomocy prawnej w zakresie ubezpieczeń społecznych? Praktyka i życie odpowiadają na to pytanie twierdząco. Ubezpieczony dla pewnej realizacji swoich praw i właściwej ich oceny powinien mieć możność otrzymania porady prawnej w każdym stadium swojego stosunku ubezpieczeniowego. Powinien mieć także możność otrzymania zastępstwa prawnego wtedy, gdy zgłasza swe roszczenia wobec instytucji ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie społeczne bowiem jest zbyt skomplikowanym a zarazem zbyt ważnym z punktu widzenia ubezpieczonego kompleksem praw, aby pozostawiać go samego wobec wszystkich tych czynności prawnych i oświadczeń, których dokonania wymaga ustawa, aby jego prawo mogło być zrealizowane. Trudno zaś wymagać, aby prawo wynikające z ubezpieczenia społecznego realizowało się samo, bez zupełnie świadomego i czynnego udziału ze strony ubezpieczonego lub jego przedstawiciela.

Gdy potwierdza się potrzebę pomocy prawnej dla ubezpieczonego powstaje drugie pytanie: czy w zakresie ubezpieczeń społecznych pomoc prawna powinna być udzielana na tych samych zasadach, co w innych dziedzinach prawa (cywilnego przede wszystkim), t. j. pomoc prawna odpłatna, wykonywana przez wolnego adwokata, czy też ten dział prawa wymaga innej organizacji pomocy prawnej i innej obsługi potrzeb ubezpieczonych?

Na to pytanie trudno byłoby odpowiedzieć w ramach jednego artykułu. Zagadnienie organizacji pomocy prawnej dla pracowników jest zagadnieniem samym w sobie, zagadnieniem obszernym, co do którego mało panuje zgody wśród uczonych. Chodzi nam tutaj jedynie o stwierdzenie, że pogląd, iż pomoc prawna w zakresie ubezpieczenia społecznego powinna być zorganizowana na innych zasadach, niż to ma miejsce w zakresie prawa cywilnego, znajduje dużo zwolenników nie tylko w Polsce, lecz także i za granicą.

Jakież są racje przytaczane na poparcie tego rodzaju poglądu? Przede wszystkim wskazuje się na to, że instytucje ubezpieczenia społecznego służą ubezpieczonym i ich zasadniczym celem jest realizowanie praw ubezpieczonych w zakresie, objętym danym ubezpieczeniem. Ubezpieczony nie potrzebuje tutaj *walczyć* o swoje prawo. Pomoc prawna jest mu potrzebna głównie po to, aby we właściwy sposób zgłosić roszczenie i aby kontrolować możliwe omyłki lub niewłaściwą wykładnię. Dalej wskazuje się na to, że pomoc prawna jest potrzebna ubezpieczonemu, lub ściślej pracownikowi, podlegającemu obowiązkowi ubezpieczenia, nie tylko w momencie zgłaszania rozszczenia wobec instytucji ubezpieczeniowej. Roszczenie to, lub raczej prawo ubezpieczeniowe jest wynikiem pozostawania w ubezpieczeniu przez dłuższy czas, opłacania składek itd. Gdy brak jest przesłanek, od których ustawa uzależnia prawo do świadczenia, nawet najlepsza pomoc prawna nie pomoże do otrzymania świadczenia. Pomoc prawna w zakresie ubezpieczeń społecznych powinna więc być stała. Powinna ona obejmować także popularyzację ubezpieczeń społecznych i przepisów ubezpieczeniowych. Wreszcie pomoc prawna w zakresie ubezpieczeń społecznych powinna być bezpłatna — oto dalszy argument zwolenników zorganizowania pomocy prawnej na zasadach społecznych.

Wreszcie pozostaje jeszcze jeden argument natury praktycznej: przykład społecznej organizacji pomocy prawnej w zakresie ubezpieczeń społecznych we Włoszech. Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale, posiadający za sobą już długoletnie doświadczenie i poważne wyniki pracy właśnie w zakresie pomocy prawnej dla ubezpieczonych ma wskazywać na to, że inna niż indywidualistyczna organizacja pomocy prawnej w zakresie ubezpieczeń społecznych nie tylko jest możliwa, lecz także pożądana.

Podkreśliwszy w ten sposób na wstępie istnienie pewnego problemu, budzącego dyskusje i wywołującego różnice poglądów, nie będziemy dalej nim się zajmować, pozostawiając go poza nawiasem niniejszego artykułu. Przechodzimy natomiast do jego zasadniczej części, t. j. do opisu organizacji pomocy prawnej w zakresie ubezpieczeń społecznych we Włoszech.

* * *

Patronat Narodowy Pomocy Społecznej (Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale) jest instytucją, która we Włoszech ma wyłączne prawo i obowiązek udzielania ubezpieczonym pomocy prawnej we wszystkich sprawach (sądowych i administracyjnych), wynikających z ubezpieczenia społecznego. Jest to instytucja zorganizowana centralnie, posiadająca swoją siedzibę w Rzymie, lecz działająca na obszarze całego państwa włoskiego za pośrednictwem swoich oddziałów. Genezy tej instytucji należy szukać w przepisach ustawy z dnia 23 sierpnia 1917 r. wprowadzającej obowiązkowe ubezpieczenie wypadkowe przy pracy w rolnictwie oraz ustawy z dnia 23 grudnia 1923 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i starości. Te ustawy przyjęły i uczyniły obowiązującą zasadę, że wykonywanie funkcyj pomocy prawnej w zakresie wymienionych ubezpieczeń należy wyłącznie do społecznych lub komunalnych instytucyj opiekuńczych. Instytucyj tych było bardzo dużo i pierwotnie nie posiadały one żadnej łączności ze sobą ani też z organizacjami zawodowymi pracowników. Dopiero w 1926 r. powołano do życia Patronat Narodowy Pomocy Społecznej jako instytucję jednolitą, wykonującą zadania pomocy prawnej w całym państwie, wiążąc jej organizację i działalność ściśle ze związkami zawodowymi pracowników. Statut Patronatu, zatwierdzony dekretem kierownika rządu (capo del governo) uznaje tę instytucję za organ techniczny konfederacyj syndykalnych pracowniczych w zakresie pomocy medyczno-prawnej dla pracowników w sprawach, wynikających z ubezpieczeń społecznych w ogóle.

Jakkolwiek Patronat został uznany za organ konfederacji pracowniczych, to jednak zachował on samodzielność wyrażającą się w posiadaniu odrębnej osobowości prawnej. Patronat podlega w swojej działalności nadzorowi ze strony Ministra Korporacyj, który mianuje zarząd Patronatu (il consiglio direttivo) z tym jednak, że w skład zarządu wchodzą przewodniczący czterech konfederacyj pracowniczych, przedstawiciel partii faszystowskiej, związku inwalidów wojennych oraz przedstawiciel

Ministerstwa Korporacyj. Jak z tego widać w samej strukturze organizacyjnej Patronatu odnajdujemy szereg elementów publiczno-prawnych, które nadają samej organizacji pomocy prawnej charakter zadania o znaczeniu ogólnym. Udział przedstawicieli związku inwalidów wojennych w zarządzie tłumaczy się tym, że sprawa zaopatrzeń inwalidzkich we Włoszech jest załatwiana przez instytucje ubezpieczenia społecznego.

Naczelne zadanie Patronatu polega — jak o tym już wspominaliśmy — na udzielaniu pomocy medyczno-prawnej (assistenza medico-legale) w zakresie ubezpieczeń społecznych ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczenia wypadkowego. Trzeba wyjaśnić, że przymiotnik: medyczny, użyty dla określenia zadania, ma jedynie oznaczać, że dla udzielenia właściwej pomocy prawnej ubezpieczonemu potrzebna jest również współpraca lekarza. Zadaniem lekarza w tym zakresie jest stwierdzenie, czy ubezpieczony, ubiegający się o świadczenia, odpowiada pod względem fizycznym czy zdrowotnym warunkom, wymaganym przez ustawę.

Działalność Patronatu opiera się na ścisłej współpracy lekarza i prawnika. Zadaniem tego ostatniego jest troska o to, aby ubezpieczony otrzymał od instytucji ubezpieczeniowej wszystkie te świadczenia, do których ma prawo. Prawo do pomocy prawnej przysługuje wszystkim ubezpieczonym, przy czym pomoc ta (obejmująca poradnictwo prawne, badania lekarskie, sporządzanie pism i podań, zastępstwo prawne) jest zupełnie bezpłatna. Ubezpieczeni ponoszą jedynie koszty związane z przeprowadzaniem dowodu.

Przypatrzmy się obecnie organizacji Patronatu, w szczególności zaś tym jego urządzeniom, które wykonują bezpośrednio zadania pomocy. Obok biura centralnego, które składa się z wydziałów administracyjnego oraz techniczno-inspekcyjnego, Patronat posiada 94 biura prowincjonalne. Te biura, posiadające swoje siedziby przeważnie przy związkach zawodowych (uniach prowincjonalnych) wykonują bezpośrednie zadania pomocy prawnej i obsługi potrzeb ubezpieczonych w tym zakresie. Składają się one z ambulatoriów i poradni prawnych. Zadaniem ambulatoriów jest przeprowadzenie badania ubezpieczonego, jeżeli prawo do świadczenia jest uzależnione od stanu fizycznego ubezpieczonego, a zadaniem poradni prawnych jest udzielanie porad, ewentualnie przeprowadzenie wszystkich czynności, związanych z postępowaniem o uzyskanie świadczenia ubezpieczeniowego.

Biura prowincjonalne posiadają swoje przedłużenie lokalne w postaci tz. korespondentów Patronatu. Zadaniem korespondentów, którzy są dobierani z pośród działaczy związków zawodowych, jest przyjmowanie od ubezpieczonych zgłoszeń, akt i podań wyjaśnianie powstających wątpliwości i przekazywanie zebranego materiału do właściwego biura prowincjonalnego. Dzięki instytucji korespondentów patronat dociera nawet do najbardziej oddalonych od siedziby biur prowincjonalnych zakątków.

Właściwą pracę Patronatu wykonują lekarze i prawnicy (adwokaci). Zarówno jedni jak i drudzy są albo stałymi pracownikami Patronatu, związanymi umową o pracę, a w takim przypadku nie wolno im wykonywać wolnej praktyki, albo też są oni zatrudnieni w Patronacie częściowo. Adwokaci pozostający w stosunkach z Patronatem nie mogą przyjmować zleceń ze strony instytucyj ubezpieczeniowych, ani też podejmować obrony pracodawców w przypadku niewypełnienia przez nich obowiązków, wynikających z ustaw ubezpieczeniowych. Nad właściwym funkcjonowaniem biur prowincjonalnych czuwa wydział techniczno-inspekcyjny biura centralnego, który także przeprowadza sprawy przed trybunałem kasacyjnym lub organami centralnymi. Kontrolę społeczną wykonują tz. komitety współpracy (Comitati di coordinamento), składające się z reprezentantów organizacyj pracowniczych.

Duży aparat wykonawczy, jakim rozporządza Patronat, pozwala na objęcie, opracowanie i załatwienie dużej liczby spraw, związanych z dochodzeniem roszczeń o świadczenia ubezpieczeniowe i o odszkodowania z powodu wypadku przy pracy. Według sprawozdania, wydanego z okazji 10-lecia działalności Patronatu, liczba osób, które korzystały z pomocy tej instytucji, wynosiła w latach od 1926 do połowy 1935 r. — 1,771,729. Z każdym rokiem działalności zasięg prac Patronatu zwiększa się. Gdy w 1926 r. liczba osób, którym udzielono pomocy, wynosiła 50,321, to w 1929 r. liczba ta wzrosła do 142,509 osób, a w 1934 r. do 262,775 osób.

Podstawy materialne działalności Patronatu są bardzo szerokie i opierają się na źródłach unormowanych ustawowo. Główny ciężar utrzymania tej instytucji spoczywa na związkach zawodowych. Zostały one zobowiązane do wpłacania na rzecz Patronatu pewnego odsetka swojego wpływu ze składek, którego wysokość ustala Minister Korporacyj. Pewne kwoty wpływają do Patronatu w postaci subwencyj od gmin, które przed powołaniem do życia tej instytucji utrzymywały komunalne biura pomocy społecznej. Wreszcie i instytucje ubezpieczeniowe, w szczególności ubezpieczenia wypadkowego, obowiązane są do wpłat na rzecz Patronatu w wysokości, ustalonej przez Ministra Korporacyj. To ostatnie źródło dochodu Patronatu znajduje swoje uzasadnienie w działalności popularyzacyjnej tej instytucji. Zgodnie z postanowieniami statutu Patronat jest obowiązany nie tylko do udzielania pomocy prawnej ubezpieczonym, lecz także do rozszerzania wśród ubezpieczonych zasad bezpieczeństwa pracy i zapobiegania wypadkom przy pracy a także organizowanie periodycznych badań lekarskich pracowników z punktu widzenia higieny pracy i chorób zawodowych. W tym zakresie ma Patronat również prowadzić działalność badawczą.

Instytucje ubezpieczeń społecznych są zainteresowane w działalności Patronatu jeszcze i o tyle, że ten organ pomocy prawnej czuwa nad właściwym uregulowaniem stosunku ubezpieczeniowego w zakresie obowiązków pracodawców. Czuwa on nad tym, aby pracodawcy zgłaszali swoich pracowników do ubezpieczenia, aby opłacali składki itp. Jeżeli — jak to wynika z cytowanego już sprawozdania — Patronat w 1934 r. interweniował wobec pracodawców i uregulował w 23,571 przypadkach stosunek ubezpieczeniowy, to działalność ta pokrywała się w stu procentach z interesem i korzyścią instytucyj ubezpieczenia społecznego.

Oczywiście tam, gdzie chodzi o uzyskanie świadczenia dla ubezpieczonego, Patronat występuje przeciw instytucji ubezpieczeniowej i nierzadko bywa jej przeciwnikiem wobec organów orzekających. Jednak ocena i tej działalności Patronatu ze strony ubezpieczeniowców włoskich jest naogół pozytywna. Według opinii Prof. B. Biagi prezesa Instytutu Narodowego Ubezpieczeń Społecznych (Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale) wzajemna współpraca Patronatu i instytucyj ubezpie-

czenia społecznego przyczynia się do łatwiejszego, właściwszego i pełniejszego wykonania zadań opieki nad pracownikiem, którym ostatecznie służą obie strony. Wyraził on jednak życzenie, aby „stosunki między Patronatem a instytucjami ubezpieczeń społecznych opierały się przede wszystkim na serdecznej współpracy: obrona jakiegokolwiek punktu widzenia powinna stale brać pod uwagę, że Patronat spełnia ciężki obowiązek opieki, a instytucje ubezpieczeniowe wykonują wobec pracowników służbę, zmierzającą do osiągnięcia najwyższego poziomu narodowej i społecznej solidarności".

Warunki współpracy i współdziałania między Patronatem a instytucjami ubezpieczenia społecznego zostały ustalone na podstawie dwóch układów, zawartych z dwoma głównymi organami centralnymi ubezpieczeń społecznych we Włoszech: z Instytutem Ubezpieczenia Wypadkowego (Istituto d'Assicurazione centro gli Infortuni—układ z dn. 2 kwietnia 1935 r.) oraz z Instytutem Narodowym Ubezpieczenia Społecznego (Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale — układ z września 1936 r.). Na mocy tych układów ustalono zasady postępowania pojednawczego, które w sporach między Patronatem a instytucjami ubezpieczeniowymi powinno poprzedzić wystąpienie na drogę procesu. Wprowadzono więc obowiązek koncyliacji, i nieudanie się próby koncyliacji daje dopiero stronie możność wystąpienia z pretensją przed właściwymi organami orzekającymi. Układ z września 1936 r. przewiduje np. następującą procedurę postępowania w sprawach o renty inwalidzkie: gdy instytucja ubezpieczeniowa sądzi, że roszczenie o świadczenie jest bezzasadne, gdyż nie zostały spełnione warunki dla uzyskania prawa do renty, instytucja ta powinna zawiadomić o tym swoim stanowisku Patronat. Gdy Patronat po przeprowadzeniu dodatkowych badań nie zgodzi się ze stanowiskiem instytucji ubezpieczeniowej, dany przypadek zostaje poddany zbadaniu kolegialnemu (komisja lekarska, w której skład wchodzi lekarz zaufania instytucji ubezpieczeniowej i lekarz zaufania Patronatu). Dopiero gdy wyniki tego badania nie doprowadzą do zgodnego stanowiska, Patronat wszczyna spór.

Dzięki tego rodzaju procedurze większość roszczeń, zgłaszanych przez pracowników, znajduje swoje załatwienie już w fazie postępowania pojednawczego. W każdym razie każde roszczenie o świadczenie podlega bardzo ścisłemu i gruntownemu zbadaniu, skoro wiadomo, że za każdym roszczeniem stoi Patronat z całym aparatem fachowców, gotowym do obrony słusznego i uzasadnionego roszczenia. Jest rzeczą jasną, że w takich warunkach orzecznictwo w szczególności lekarskie posiada jak najlepsze warunki rozwoju. Stoi tu naprzeciw siebie dwóch fachowców, z których każdy reprezentuje zaufanie innej strony.

Jak wynika ze sprawozdania Patronatu złożonego z okazji dziesięciolecia jego istnienia, działalność tej instytucji rozwija się i przybiera coraz większe rozmiary. Już wyżej podaliśmy cyfrę osób, które otrzymały pomoc od Patronatu. Liczba badań lekarskich, dokonanych przez Patronat wyniosła w okresie od 1926 r. do połowy 1935 r. 1,252,548. Liczba procesów przeprowadzonych w tym samym okresie 34,943. Liczba procesów stanowi bardzo nikły odsetek liczby osób, którym udzielono pomocy (2%). Wynika z tego, że przeważna część spraw znajduje swoje załatwienie w postępowaniu pojednawczym.

Zadaniem artykułu niniejszego było jedynie poinformowanie o bardzo ciekawej realizacji, jaką w zakresie pomocy prawnej dla ubezpieczonych przedstawia Patronat Narodowy Pomocy Społecznej. W tym artykule abstrahujemy od wszelkich przesłanek politycznych i ideowych, które wpływają na taki lub inny kształt, na taką lub inną formę rozwiązania problemu. Interesuje nas jedynie, że sprawa pomocy prawnej w zakresie ubezpieczeń społecznych została tutaj wyodrębniona z problemu pomocy prawnej w ogóle, a instytucja pomocy prawnej stanowi jakby uzupełnienie instytucyj ubezpieczeniowych w ich poszukiwaniu za najlepszą i najskuteczniejszą formą pomocy ubezpieczonym.

Władysław Bagiński

SŁUŻBA ZDROWIA w W. BRYTANII I ŚWIADCZENIA SPOŁECZNE.

Na całokształt pracy brytyjskiego Min. Zdrowia rzuca interesujący snop światła, opublikowane świeżo, doroczne sprawozdanie Ministry of Health, obrazujące działalność ministerstwa w ciągu roku 1937 — 1938 w dziedzinie zdrowia publicznego, opieki społecznej, budowy mieszkań i ubezpieczeń.

Na wstępie sprawozdania dorocznego, minister zdrowia W. Elliot, wskazuje na ciągłą poprawę w stanie zdrowia ludności W. Brytanii. Na tysiąc urodzin w Anglii i Walii w ciągu 1937 r. cyfra zgonów matek wynosiła 3.1%, najniższa od wielu lat. Śmiertelność niemowląt wyraziła się zaś cyfrą 59 na tysiąc żywych noworodków.

Ministerstwo zdrowia pozostaje w kontakcie z codziennym życiem „człowieka ulicy" podkreśla w sprawozdaniu minister Elliot. Pawilon min. zdrowia na wystawie imperialnej w Glasgowie obrazuje zadania i prace służby zdrowia. Eksponaty wspomniane, po zamknięciu wystawy szkockiej, pokazane będą w innych połaciach kraju.

W roku sprawozdawczym 1937 — 8 budżet Min. Zdrowia wynosił 147.300.000 funtów szterlingów. Z wydatkowanych w ciągu roku przez ministerstwo Ł 69.800.000 tylko Ł 2.274.136 pochłonęła centrala, a pozostałe sumy przeznaczyło ministerstwo na dotacje dla władz samorządowych i na fundusze ubezpieczeń zdrowia (Health Insurance Funds). Wpływy min. zdrowia ze składek ubezpieczeniowych wynosiły Ł 38.400.000, a świadczenia wypłacone i administracja pochłonęły sumę Ł 35.600 tys. Wpływy w ciągu roku sprawozdawczego 1937/8 ze składek na fundusz emerytalny wynosiły Ł 29.100.000, a suma wydatkowana w ciągu roku na wypłatę emerytur i koszta administracji funduszu pochłonęła Ł 41.900.000.

W dziedzinie służby zdrowia zarejestrować należy w ciągu roku dwie zdobycze o dużym znaczeniu, a mianowicie: ustawowe zabezpieczenie w całym kraju uposażeń akuszerek i obniżenie wieku, w którym osoby niewidome otrzymać mogą emerytury. Z chwilą wejścia w życie ustawy dotyczącej służby akuszerek (Midwives Act) zrealizowane zostało dążenie do zapewnienia pomocy akuszeryjnej wszystkim matkom, bez względu na sytuację materialną kobiet oczekujących rozwiązania.

W dalszym ciągu sprawozdanie zaznacza, iż w Anglii istnieje obecnie 3.145 ośrodków opieki nad niemowlętami. Liczba niemowląt poniżej 1 roku, korzystających ze wspomnianych ośrodków, w ciągu roku osiągnęła rekord,

a mianowicie blisko 63% globalnej cyfry noworodków, a odsetek brzemiennych kobiet, które odwiedziły przychodnie i poradnie dla matek wynosił 54.19% w porównaniu z 48.85% w poprzednim roku. Blisko 240 magistratów i władz samorządowych dostarcza obecnie w W. Brytanii żywności dla kobiet oczekujących rozwiązania. Podobną obsługę pełnią również samorządy w stosunku do karmiacych matek i dzieci poniżej 5 roku życia.

Na 1 milion mieszkańców w Anglii i Walii w ciągu 1937 roku gruźlica pochłonęła 695 ofiar. W ciągu roku przeszło 147 tysięcy osób poddało się po raz pierwszy badaniu w 468 ośrodkach walki z gruźlicą. 138 tysięcy pacjentów poddano prześwietleniu promieniami X. Ministerstwo Zdrowia przyznało dotacje w wysokości pół miliona funtów szterl. w ciągu roku na ulepszenia sanatoriów i szpitali dla suchotników. Przeszło 3 miliony osób korzystało w 1937 r. z poradni dla zagrożonych chorobami wenerycznymi. Badania nowych pacjentów w ciągu roku sprawozdawczego ujawniły, iż 43% zgłoszonych nie cierpiało na weneryczne choroby.

Na zapalenie płuc zapadło w 1937 roku w W. Brytanii 55.896 osób, w porównaniu z 46.167 w poprzednim roku. Min. Zdrowia rozciągnęło również kontrolę i wprowadziło w życie zarządzenia ochronne przeciw zawleczeniu do W. Brytanii zaraźliwych chorób przez pasażerów morskich i lotniczych. W tym celu inspektorzy zdrowia przeprowadzają ścisłe badania pasażerów lądujących na jednym z 25 lotnisk Anglii i Walii, a w porcie londyńskim i innych punktach lądowania podróżników morskich podjęli w pierwszym rzędzie walkę ze szczurami, jako roznosicielami bakcyli chorobotwórczych na okrętach oceanicznych. 540 tysięcy pasażerów - cudzoziemców, którzy w ciągu roku lądowali w Anglii, poddano badaniu lekarskiemu.

W walce z nowotworami, Min. Zdrowia wypracowało plan ścisłej współpracy między władzami samorządowymi i środkami radowymi (Radium Centres) w szpitalach w 8 różnych obszarach w celu udostępnienia leczenia pacjentom z najdalszych połaci kraju, i z terenów położonych zdala od szpitali.

Na podstawie ustawy o niewidomych z 1938 r. (Blind Persons Act) wiek osób niewidomych, uprawnionych do korzystania z emerytur, został obniżony z 50 do 40 roku życia. Anglia i Walia posiadały w roku 1937 zarejestrowanych 69.378 niewidomych, przy czym cyfra ta wykazuje wzrost w grupie niewidomych powyżej 40 roku życia.

Z inicjatywy ministerstwa powołany został również do życia komitet pod przewodnictwem hr Athlone w celu przeszkolenia nowego narybku pielęgniarek.

Min. Zdrowia przyznało dotacje znaczne na otwieranie nowych łaźni publicznych i pływalń w różnych częściach W. Brytanii.

Dalszy postęp wykazują prace Ministerstwa w dziedzinie polepszenia warunków mieszkaniowych. Akcja objęta mianem oczyszczenia „slum'ów", czyli starych ruder, przeznaczonych na zburzenie i delożowanie mieszkańców do nowobudowanych z inicjatywy samorządów bloków mieszkaniowych, dała rezultaty nader pomyślne. Rok sprawozdawczy był ostatnim z oryginalnego programu pięciolecia na usunięcie „slum'ów". Ponad 218 tysięcy starych domów, urągających wymogom higieny, skazano na zburzenie, i w tempie przyspieszonym zbudowano nowe domy mieszkalne. Od roku 1933 do 1938, w ciągu pięciolecia burzenia „slum'ów" przeniesiono blisko 800 tysięcy ludzi do nowych rezydencyj. Od czasu wojny zbudowano w Anglii i Walii przeszło 3 i pół miliona nowych domów, w tym przeszło 1 milion zbudowały samorządy a 2 i pół miliona — inicjatywa prywatna.

W ciągu 1937 roku samorządy wybudowały w różnych stronach Anglii blisko 78 tysięcy domów, w porównaniu z 71 tysiącami domostw w uprzednim roku.

Liczba domów zbudowanych z prywatnej inicjatywy, bez pomocy ze strony Skarbu, wynosiła w roku 1937 ponad 257 tysięcy. Przeciętny koszt budowy domku jednorodzinnego, przy dotacji ze strony Min. Zdrowia, wynosił w ciągu roku sprawozdawczego Ł 355 (około 9 tysięcy złotych).

Ustawa Mieszkaniowa z 1938 r. (Housing Act) przewiduje przyznawanie subsydium w wysokości Ł 10 (260 zł.) przez 40 lat za każdy dom, który wybudują samorządowe władze dla potrzeb ludności wiejskiej zarówno, gdy chodzi o oczyszczenie slum'u, lub położenie kresu przeludnieniu w starym domu. Min. Zdrowia przyjmuje, iż w nowobudowanych domach, dla potrzeb wiejskiej ludności, komorne wynosić będzie niewięcej, jak 3 do 4 szylingów tygodniowo (4 zł. do 5 zł. 20 gr.).

Min. Zdrowia w końcowej części swego sprawozdania za rok 1937 — 8 stwierdza, iż trzy główne źródła dochodu władz samorządowych to: podatki komunalne, dotacje rządowe i wpływy z miejskich przedsiębiorstw użyteczności publicznej. W ciągu ostatniego roku samorząd otrzymał tytułem wpływów z podatków komunalnych sumę Ł 164.914.084, w postaci dotacyj rządowych Ł 132.947.808 a z innych źródeł, włączając wpływy z przedsiębiorstw miejskich (jak gaz, elektryczność, wodociągi i transport) sumę Ł 183.451.443. W ciągu zaś sprawozdawczego roku wydatki samorządu wynosiły w samej tylko pozycji na oświatę 26 proc. globalnego budżetu.

W końcu 1937 roku podlegało ubezpieczeniom społecznym w Anglii i Walii 17.750.000 osób. W ciągu roku sprawozdawczego liczba ubezpieczonych w Anglii wzrosła o 3 i pół proc. i w podobnym stosunku wpływy ze składek. Wydatki globalne na lekarstwa i pomoc medyczną wynosiły w ciągu roku Ł. 9.872.500, w tym ponad 7 milionów funtów szterl. w postaci honorariów lekarskich, a ponad 2 miliony funtów szterl. otrzymały apteki i drogerie za leki i aparaty lecznicze.

L. Ch.

WSPÓLNA TROSKA O NIEZALEŻNĄ PRZYSZŁOŚĆ — TO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

Kurth Kronheim. Doctor iuris utriusque de l'Université de Breslau, ancien magistrat du Tribunal du Travail de Berlin, — „Les Conflits des Lois en Matiére de Contrat de Travail (Zbieg praw w zakresie umowy o pracę) Paryż, 1938, str. 170.

Zagadnienie zbiegu praw, kiedy wynika kwestia, które prawo narodowe należy stosować, zawsze nastręcza dużo trudności, zwłaszcza gdy międzynarodowy obrót gospodarczy posiada duże natężenie; zagadnienie to traci jednak znaczenie, gdy wskutek utrudnień emigracyjnych i wszelkiego rodzaju zagęszczania się barier granicznych obrót w międzynarodowych stosunkach społecznych i gospodarczych ulega zmniejszeniu. Zwłaszcza w stosunkach pracy, gdy prawie powszechnie stosowana jest zasada ochrony krajowego rynku pracy i zapewnienia pracy tylko dla obywateli własnych, obrót międzynarodowy jest w istocie bardzo mały. Poza tym w wielu krajach obowiązuje zasada, że normy prawa pracy są bezwzględnie obowiązujące, a wskutek tego prawo miejsca wykonania pracy uzyskuje w poważnej mierze przewagę nad innymi prawami. Autor zadał sobie trud przeprowadzenia starannych zestawień tego zagadnienia dla kilku krajów europejskich. Autor pozostawił na uboczu problemy międzynarodowych konwencyj pracy normujących warunki zatrudnienia cudzoziemców, uchylił się również od rozpatrzenia prawa właściwego dla oceny wypadków przy pracy. Dokonywując zestawienia zagadnień związanych ze stosunkiem pracy, autor słusznie rozróżnia umowne prawo pracy od administracyjnego prawa pracy, czyli, jak nazywa „reguł policji pracy": jest bowiem oczywiste, że administracyjne prawo ochrony pracy jest normą publiczną i ma zastosowanie do wszystkich stosunków pracy wykonywanej na danym terenie. Oznacza to, że nawet, jeżeli cudzoziemiec pracownik zakładu pracy znajdującego się poza granicami kraju poddał umownie swój stosunek pracy normom innego państwa, to jednak władza właściwa dla miejsc wykonania pracy jest uprawniona do żądania stosowania prawa pracy; np. przedsiębiorstwo amerykańskie wysyła do Polski swego pracownika — Amerykanina, aby zmontował w Polsce maszynę; jasne jest, że pracownika tego w Polsce obowiązuje polska norma czasu pracy, a przekroczenie tej normy pociąga skutki przewidziane w prawie polskim. Niezależnie od tych ustaw ochronnych, które mają charakter bezwzględnie obowiązujący, twierdzi autor, że istnieją pewne zasady porządku publicznego oraz normy prawa bezwzględnie obowiązującego, które nawet w ramach stosunku umownego pracy mają zastosowanie do umów wykonywanych pod rządem danego prawa, chociaż umowy te zawarte były w innym kraju. Poszukując ustawy właściwej dla stosunku pracy, odróżnia autor przypadki, w których decyduje miejsce zawarcia kontraktu; prawo narodowe właściwe dla obu stron, prawo właściwe dla miejsca wykonywania pracy, a wreszcie prawo właściwe dla siedziby zarządu przedsiębiorstwa. Niezależnie od ogólnej zasady, którąby decydowała o prawie właściwym dla danego stosunku pracy, zdaniem autora, należy przeprowadzić staranne rozróżnienie poszczególnych kwestii związanych z zawarciem umowy o pracę. Tak więc inaczej układa się sprawa zdolności prawnej do zawarcia umowy, inne normy mają zastosowanie przy ocenie wad oświadczenia woli i wykładni umowy; specjalne zagadnienia nasuwają się w związku ze wzajemnymi świadczeniami stron, w związku z zaprzestaniem pracy, a wreszcie odnośnie skutków ujawniających się po rozwiązaniu umowy, jak np. w zakresie klauzuli konkurencyjnej zakazującej wykonywania zawodu przez pewien okres czasu albo w zakresie klauzuli kompromisowej, obejmującej zapis na sąd polubowny itd. Dalsze komplikacje w zakresie konfliktów międzynarodowych wynikają na skutek zazębiania się umów zbiorowych. Wreszcie autor omawia sytuację urzędników państwowych zatrudnionych poza granicami kraju a nie posiadających ochrony dyplomatycznej oraz sytuację personelu zatrudnionego przy transporcie międzynarodowym w zakresie stosunków morskich, rzecznych, kolejowych oraz w zakresie lotnictwa. W konkluzji tej interesującej i starannie zestawionej pracy autor podaje wnioski, jak należy zunifikować reguły, według których mają być rozstrzygane kolizje praw w stosunkach pracy najemnej. Reguły te zostały ustalone przez Instytut Prawa Międzynarodowego w sierpniu 1937 r. na sesji w Luksemburgu w postaci projektu konwencji międzynarodowej regulującej to zagadnienie. Nadmienić należy, że w stosunkach polskich zagadnienie to nie posiada tak istotnej wagi, jak w państwach zachodnioeuropejskich, gdzie międzynarodowy obrót emigracyjny jest dość znaczny.

Autor nie przytacza założeń prawa polskiego na tym odcinku. Przypomnijmy za niego, że w myśl ustawy z 2 sierpnia 1926 r. o prawie właściwym dla stosunków prywatnych międzynarodowych (Dz. U. P. R. Nr 101, poz. 581) „strony mogą poddać stosunek obowiązkowy prawu ojczystemu, prawu miejsca zamieszkania, prawu miejsca sporządzenia czynności prawnej, prawu miejsca wypełnienia zobowiązania, lub prawu miejsca położenia rzeczy" (art. 7); „jeżeli strony nie oznaczyły właściwego prawa, natenczas stosuje się:... 7) do umów o pracę, zawieranych z pracownikami przez przedsiębiorców handlowych, przemysłowych i górniczych — prawo miejsca, w którym praca jest wykonywana" (art. 8); „we wszystkich powyższych przypadkach.... strony związane są szczególnymi zasadami ustawowymi, unieważniającymi sprzeczne z nimi czynności prawne, a wydanymi w państwach, w których dłużnik ma miejsce zamieszkania i ma wypełnić zobowiązanie" (art. 10). Jak widzimy rozwiązania ustawowe polskie nie odbiegają od założeń omawianych przez autora.

Nadmieńmy wreszcie, że w literaturze prawniczej polskiej istnieje znakomite opracowanie tego tematu pióra prof. Leona Babińskiego w jego „Zarysie wykładu prawa międzynarodowego prywatnego" Warszawa 1935.

Źródłowa praca dr Kronheima zasługuje na bliższe poznanie, a dla osób, któreby miały praktycznie do czynienia z tymi zagadnieniami, stanowić będzie bardzo poważne źródło informacji.

J. W.

Dr. Jean Coutard. — Les Habitations à bon marché. (Tanie Mieszkania). Paris, Librairie technique et économique, 1938, str. 312.

Liberalizm nie sprzyjał ingerencji państwa w życiu społecznym, jednakże schyłek wieku IX-ego zaznaczył się we Francji takim kryzysem mieszkaniowym, że ustawowe uregulowanie tej kwestii stało się palącą koniecznością. Ustawy z tego okresu (1894 — 1912) odznaczają się brakiem ze strony ustawodawcy odważnego podejścia do przedmiotu i w konsekwencji nie odegrały większej roli.

Wielka wojna rzuciła niezamożną ludność na dno kryzysu mieszkaniowego, pogłębionego ucieczką wieśniaków do miast. W takich warunkach została uchwalona ustawa z dnia 5,12.1922 (uzupełniona ustawą z 13.7.1928 tzw. lex Loucheur), „magna charta" mieszkaniowa Francji, rozwiązująca w znakomity sposób sprawę budownictwa tanich mieszkań. Celem ustawy było umożliwienie klasie robotniczej nabycie lub najem mieszkań hygienicznych i przy tym bardzo tanich. Program budowy tanich mieszkań przy udziale finansowym państwa, polegał na zbudowaniu w ciągu 5 lat — 200.000 mieszkań robotniczych. Termin powyższy przesunięto do dnia 31,12.1937. Nieruchomość, mająca korzystać z ulg przewidzianych dla tanich mieszkań, powinna otrzymać co rok świadectwo Patronatu nad tanimi mieszkaniami, stwierdzające że mieszkanie odpowiada wymogom zdrowotności. Tanie mieszkania dzielą się na trzy typy:

a) mieszkanie najtańsze
b) „ o średniej cenie
c) „ ulepszone.

Mieszkania tanie (a) przeznaczone są dla Francuzów żyjących z własnej pracy. Obywatele Polski, Belgii i Włoch mogą korzystać z tanich mieszkań na podstawie Konwencyj. Dla tego typu mieszkań ustawa nie przewiduje komfortu. Warunkiem sine qua non natomiast jest obszerność, dobra wentylacja i zdrowotność. Mieszkania o cenach średnich (b) przeznaczone są dla zubożałego przez kryzys powojenny mieszczaństwa i niewiele różnią się od mieszkań najtańszych. Mieszkania ulepszone (c) zaopatrzone są w urządzenia natryskowe wodę bieżącą, gaz i elektryczność.

Ceny najtańszych mieszkań:

Pokój kawalerski (o pow. 9 mkw.)	Frs.	545	rocznie
Pokój z kuchnią	„	955	„
2 pokoje z kuchnią	„	1 365	„
3 pokoje z kuchnią	„	1 592	„
4 pokoje z kuchnią	„	1 965	„

Powierzchnia tanich mieszkań:

1 pokój	15 m. kw.	
1 pokój z kuchnią	25 m. kw.	
2 pokoje z kuchnią	35 m. kw.	przy tym

każdy pokój następny zwiększa powierzchnię mieszkania o 9 m. kw.

Budownictwem tanich mieszkań zajmują się Towarzystwa Tanich Mieszkań (Societé d'Habitations à Bon Marché), będące kooperatywami, lub spółkami akcyjnymi. Podlegają one ścisłej kontroli państwa, które w każdej chwili może cofnąć ulgi przewidziane dla tego rodzaju towarzystw. Inicjatywa prywatna jest w tym zakresie uzupełniana przez Publiczne Urzędy Tanich Mieszkań (Offices Publics d'Habitations à bon marché). Realizują one projekty podnoszenia zdrowotności okręgów, zamieszkałych przez ubogą ludność, tworzenie w tych okręgach miast-ogrodów itp.

Obydwa typy instytucyj tanich mieszkań podlegają kontroli Ministrów Skarbu, Robót, Zdrowia Publicznego oraz Caisse de Depôts et des Consignations, jako gwarantki kredytów.

Udział finansowy poszczególnych grup przedstawia się w następujący sposób:

Do dnia 31.12.1935 zbudowano w obwodzie paryskim: 19.824 mieszkań za 639.674.948 frs., przy czym wydatki pokryto w sposób następujący:

państwo	Frs.	58.487.690
pożyczki państwowe	„	500.960.400
subwencje m. Paryża	„	4.262.000
własne fundusze towarzystwa	„	47.777.688
różne pożyczki	„	28.187.170

Poza Francją kwestia mieszkań robotniczych została uregulowana ustawowo w szeregu innych państw europejskich i pozaeuropejskich, przy czym akcja budownictwa mieszkaniowego dała doskonałe rezultaty przede wszystkim w Belgii, Anglii, Niemczech i Holandii.

Na podstawie belgijskiej ustawy z r. 1919, zmodyfikowanej ustawami z r. 1921 oraz z r. 1931, budowa tanich mieszkań została powierzona Societés Nationales des Habitations à Bon Marché. Można rzec, że Belgia wydała wojnę niehigienicznym mieszkaniom, a przede wszystkim ruderom, tworząc specjalną Ligę do walki z ruderami. Rodziny robotnicze są tutaj wizytowane przez inspektorki Ligi, mające za zadanie podniesienie poziomu kultury mieszkaniowej rodziny robotniczej, przy czym Liga ofiarowuje danej rodzinie nowe mieszkanie, przeważnie prowizoryczne, do czasu otrzymania taniego mieszkania. W grudniu 1934 r. zburzono w Belgii 2.558 mieszkań, zamknięto 453 mieszkania zaliczone do kategorii antysanitarnych. Wzamian za to zbudowano 4.491 prowizorycznych mieszkań.

W Anglii zadanie było ułatwione przez istnienie potężnych Buildings Societies, kontrolowanych przez państwo. Zbudowano tutaj 266.622 domów z tego 57.000 — z funduszów państwa, 200.000 z inicjatywy prywatnej, 1.990 z funduszów gmin.

W Niemczech liczba mieszkań zbudowanych w latach 1913 — 1934 przekracza 2.500.000.

W U. S. S. R. zasługuje na uwagę budowa tzw. miast socjalistycznych przemysłowych i rolniczych, konstruowanych jednokierunkowo (miasto, posiadające 50.000 mieszkańców, 5 — 6 km. kw. długości na 2 — 3 km szerokości). Ten nowy typ miast ma na celu wyeliminowanie nierówności pomiędzy warunkami życia na wsi i w mieście.

W Czechosłowacji zbudowano:

w r. 1929 — 25.934 mieszkań
„ „ 1930 — 22.117 „
„ „ 1931 — 28.147 „
„ „ 1932 — 30.758 „

W ten sposób przedstawia się w pobieżnym streszczeniu książka, która ze względu na swą wartość powinna dotrzeć przede wszystkim do rąk ludzi, którzy tworzą polską politykę budowlaną, a również do rąk tych, którzy z racji zajmowanych przez siebie stanowisk społecznych mogliby mieć wpływ na palącą kwestię budowlaną w Polsce. Książka ta bowiem, ujmująca w trzech zwartych częściach (Ustawodawstwo, Statystyka, Konieczne ulepszenia wyczerpująco i wszechstronnie kwestię budownictwa mieszkań robotniczych prawie na całym świecie, może stanowić nietylko pouczającą i interesującą lekturę, lecz również zasługuje na to, by w razie potrzeby stanowiła podstawe do pracy i studiów w dziedzinie budownictwa robotniczego.

W porównaniu z innymi państwami, podana przez Coutarda polska statystyka mieszkaniowa, przedstawia się w sposób nader smutny. Właściwie dotyczy ona nietyle budownictwa mieszkaniowego, ile jego nędzy.

„Deficyt mieszkaniowy w Polsce w r. 1927 wynosił 1 milion mieszkań. 53% mieszkań pozbawionych jest kanalizacji, 12% nie posiada wody, 22% — studni. W Warszawie: 23% mieszkań posiada wyłącznie oświetlenie gazowe, 9% — łazienkę".

Przy rozstrzyganiu kwestii budownictwa robotniczego godny naśladowania jest przede wszystkim punkt wyjścia autora. „Jeżeli rządzić znaczy przewidywać" — kończy swoją pracę Coutard — „to wszelkie dążenie do polepszenia bytu klasy robotniczej jest aktem mądrości. Spokój i dobrobyt państwa zależy od dobrobytu klasy robotniczej i chłopskiej. Ulepszając i upiększając życie klasy robotniczej, Towarzystwa Tanich Mieszkań spełniają funkcje państwowo-wychowawcze „Przyczyniają się one" — dodaje Coutard — „do dania Francji polityki socjalnej godnej jej przeszłości i cywilizacji".

„PRZEGLĄD SPOŁECZNY".

Od dawna, na terenie województwa lubelskiego dawał się odczuwać brak pisma periodycznego, ujmującego całokształt zagadnień społecznych, zarówno z zakresu opieki jak i ubezpieczeń społecznych.

Doroczne sprawozdania poszczególnych urzędów i instytucji, Urzędu Wojewódzkiego, Ubezpieczalni Społecznych, Funduszu Pracy, Inspektoratów Pracy i innych o podobnej działalności, właściwych terenowo dla województwa lubelskiego, nie wyczerpywały potrzeb popularyzacji idei społecznej. Dawał się odczuwać brak wspólnej, zazębiającej się wzajemnie akcji społecznej, właściwie skoordynowanej i dostosowanej do potrzeb terenowych.

Dlatego też z inicjatywy Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie, uchwałą Wojewódzkiej Komisji Opieki Społecznej, powołano do życia miesięcznik, poświęcony sprawom społecznym województwa lubelskiego, pod nazwą „Przegląd Społeczny".

Pierwszy numer tego miesięcznika ukazał się w miesiącu lipcu br.

Zadania, jakie to czasopismo ma na widoku, scharakteryzował w paru słowach wstępu przewodniczący Komitetu Redakcyjnego, Dr. J. Danielski, Naczelnik Wydziału Pracy, Opieki i Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie.

„Przegląd Społeczny" poświęcony ma być sprawom społecznym Województwa lubelskiego, a przede wszystkim regionalnym sprawom opieki społecznej, zdrowia publicznego, ubezpieczeń społecznych, zatrudnienia, samorządowym itp. Równocześnie w Przeglądzie mają być poruszane niektóre ważniejsze aktualne sprawy społeczne z zasięgu potrzeb ogólno-państwowych. W tym ujęciu „Przegląd Społeczny" pozwoli na planowe uzgadnianie wysiłków w kierunku zaspakajania najważniejszych regionalnych potrzeb społecznych".

Dr. Fritz Lang, Die Simulation in der Unfallmedizin, (Symulacja w medycynie wypadkowej). Luzern. 1937. Nakł. Hans Huber, Bern. Stron 75.

Trudności należytego rozpoznania i oceny następstw wypadku, na jakie napotykają lekarze-rzeczoznawcy, zależą w dużej mierze od różnych prób symulacji poszkodowanych z wypadku. Przez to pojęcie autor rozumie cały zespół świadomych lub też nieświadomych prób, już to symulacji w całym tego słowa znaczeniu, już to przesady i agrawacji, twierdząc słusznie, że między tymi pojęciami zachodzą właściwie tylko teoretyczne różnice, gdyż praktycznie granice zacierają sie i dokładne zróżniczkowanie tych pojęć jest często niemożliwe.

Próby symulacji następstw wypadków szerzą się w gwałtowny sposób we wszystkich krajach, w których istnieje przymusowe ubezpieczenie społeczne. Na czasie zatym pojawiła się praca dra Langa, który w zwięzłym ujęciu przedstawił własne i rozproszone w literaturze różne metody rozpoznawania symulacji.

Różne są powody występowania tego zjawiska. Najważniejszą przyczyną są ciężkie warunki gospodarcze i bezrobocie. Liczni ubezpieczeni, dotknięci warunkami losowymi, starają się wykorzystać w sposób jak najbardziej wydatny wszelkie świadczenia ubezpieczeń społecznych i poprawić sobie na tej drodze materialne warunki bytu. Pomagają im w tych oszukańczych działaniach często pokątni doradcy a nawet związki. Indywidualne przyczyny symulacji zależą od stopnia inteligencji poszkodowanych, skłonności do próżniactwa, od czynników konstytucjonalnych a nawet od przynależności rasowej. Lekkie przypadki przesady stwierdza się bardzo często w codziennej pracy orzeczniczej. Poszkodowani przesadzają szczególnie chętnie podmiotowe objawy, w oparciu o istniejące choćby znikome, lecz przedmiotowo dające się stwierdzić zmiany pourazowe, które starają się wyolbrzymiać, ażeby uzyskać jak największy wymiar renty. Ciężkie przypadki symulacji trafiają się rzadko i to przeważnie u osobników obarczonych defektami etycznymi, małowartościowych psychopatów.

Ponieważ ubezpieczenia społeczne żądają od lekarzy, ażeby ci orzekali według najlepszej wiedzy i sumienia, zadaniem lekarza jest zatem w każdym poszczególnym przypadku stwierdzić na podstawie dokładnego badania ewentualne próby symulacji względnie przesady. Próby te muszą być jednak bezwzględnie stwierdzone i nie mogą opierać się jedynie na dowolnych subiektywnych wyczuciach. Zapatrywania lekarzy na kwestię symulacji są różnorodne, zależą niejednokrotnie od niedostatecznej wiedzy, od braku stanowczości w orzekaniu i wynikającej w konsekwencji obawy przed niesłusznym traktowaniem pacjenta, jak też od niedostatecznej znajomości psychologii i umiejętności logicznego myślenia. Doświadczenie uczy, że często bardzo poważni uczeni nie odznaczają się zdolnością jasnego i krytycznego ustosunkowania się do drobnych przejawów codziennego życia. Niektórzy rzeczoznawcy widzą prawie w każdym poszkodowanym symulanta, inni znów przyjmują wszelkie podmiotowe i przedmiotowe próby symulacji z dobrą wiarą za usprawiedliwione i wiarygodne. Lapidarnie w tej kwestii wypowiada się Kühne-Moebius: „Liczba symulantów, którą wykrywa lekarz, stoi zwykle w odwrotnym stosunku do posiadanych wiadomości z dziedziny lekarsko-psychologicznej obserwatora". Rozpoznanie zatem symulacji, tak samo jak każdej choroby musi się opierać na dokładnej znajomości różnych działów patologii i opanowaniu diagnostyki różniczkowej oraz na bystrej zdolności obserwacyjnej.

W części szczegółowej swej pracy zajmuje się autor metodami i sposobami działań oszukańczych poszkodowanych z wypadku w trzech głównych kierunkach. 1) symulacji samego wypadkowego zdarzenia w zatrudnieniu,

2) symulacji związku przyczynowego między wypadkiem a poprzednio już istniejącymi kalectwami i chorobami i 3) symulacji skutków wypadku. Najwięcej miejsca zajmuje w pracy dra Langa opis rozlicznych metod, mających na celu wykrycie symulacji następstw wypadku.

Nie sposób wymieniać na tym miejscu wszystkich metod i sposobów badania bólu, znieczuleń, niedowładów, zaburzeń czynnościowych stawów, ich usztywnień, chodu, chromania, zaburzeń równowagi ciała, drżenia, schorzeń oczu, zaburzeń słuchu itd. Wszystkie sposoby badań przedstawione są w sposób zwięzły i przejrzysty, z którymi powinni zapoznać się wszyscy lekarze rzeczoznawcy i biegli sądowi, ażeby unikać błędów rozpoznawczych, przedmiotowo oceniać skutki wypadków i odróżniać je rzeczowo od stosowanych przez poszkodowanych prób symulacji.

Dr. Kowalewski.

Dr **Ignacy Rosenblüth**, Sędzia Sądu Okręgowego. **„Zarys polskiego prawa pracy"**. Warszawa, 1937 r. str. 173. Osobne odbicie z Encyklopedii Prawa Prywatnego.

Książeczka ta, jest zwartym wykładem polskiego prawa pracy. Autor dzieli Prawo Pracy na prawo materialne oraz na ustrojowe i formalne, przy czym do tej ostatniej grupy zalicza władze dla spraw pracy, sądy pracy, związki pracownicze i problem zatargów zbiorowych. Materialne prawo pracy autor dzieli na umowne, umowę o naukę i ochronne prawo pracy. Spraw ubezpieczeń społecznych autor do prawa pracy nie włącza. Wykład jest treściwy i zwarty, a dzięki temu pożyteczny dla osób, które pragną uzyskać ogólne pojęcie o prawie pracy. Jest to wykład instytucji prawnych z pominięciem ich podłoża społeczno-gospodarczego, taka metoda wykładu ma swoje poważne zalety, ale nie brak jej też i wad. Zasługuje na omówienie tu zwięzła definicja pojęcia samego prawa pracy, które zdaniem autora, reguluje wszelkie stosunki prawne, jakie wynikają z zawarcia umowy o pracę. W odnośniku w dwóch kolejnych zdaniach wyraża autor dwa sprzeczne poglądy „Prawo pracy — twierdzi — stanowi część prawa prywatnego... „Ściśle biorąc jest ono częścią tzw. prawa gospodarczego, w którym pierwiastki publiczno-prawne odgrywają decydującą rolę". Jest oczywiste, że autor w encyklopedycznym wywodzie nie mógł się wdać w analizę teoretyczną prawa pracy jako takiego. Niemniej jednak definicje powyższe wydają się za nadto zwięzłe. Przegląd Prawa Pracy będzie miał sposobność naświetlić bliżej istotę tego zagadnienia. Powyższe zastrzeżenie w niczym nie umniejsza praktycznej wartości opracowanego przez autora zarysu, który uznać można za pracę znacznie szczęśliwszą od innych jego opracowań.

J. W.

Fritz Wittmann — Der Arzt im Spiegelbild der deutschen schöngeistigen Literatur seit dem Beginn des Naturalismus. (Lekarz w świetle niemieckiej literatury pięknej od czasów naturalizmu). Berlin 1936.

Literatura dotycząca zawodu lekarza jest dość bogata, jednakże prace na ten temat posiadają jednostronny charakter, ograniczając się do oświetlania zawodu lekarskiego przeważnie od strony gospodarczej. Niniejsza praca gromadzi materiał do poznania zawodu lekarskiego tak jak został on przedstawiony w literaturze nienaukowej — w powieściach autorów niemieckich na przestrzeni lat, poczynając od zaczątków naturalizmu w literaturze i uwzględniając tak prace o wielkiej europejskiej sławie jak i powieści, które sobie na popularność taką nie zasłużyły i znane są na ograniczonym rynku niemieckim tylko wnikliwym specjalistom zajmującym się literaturą.

W książce, która dla polskiego czytelnika ma pewne znaczenie, tym więcej że jak dotąd nie posiadamy odpowiedniego wydawnictwa któreby ujmowało zawód lekarski tak jak się on przedstawia w powieściach polskich, podany jest na początku wykaz prac, na których autor oparł swoją analizę; znajdujemy w nim 156 tytułów, a więc wykaz bardzo bogaty.

Rozpatrując literaturę powieściową zajmującą sie lekarzem, zwróćmy uwagę na dwie strony zagadnienia: literatura ta bierze z jednej strony pod obserwację lekarza jako człowieka, z drugiej strony zajmuje się nim jako specjalistą w pewnym zawodzie, roztrząsając jego jasne i ciemne strony jako zawodowca. My w naszym przeglądzie postaramy się iść za tym podziałem i uwzględnić tak jedną jak i drugą stronę, składającą się na dzisiejszy typ człowieka — zawodowca.

Problem wielkości ludzkiej poruszany jest u Gerharda Hauptmana w powieści „Atlantis" — gdzie rysują się w świetle dodatnim sylwetki dwuch nieprzeciętnych ludzi — lekarzy, których walory występują wyraźnie w czasie katastrofy tonięcia okrętu: tylko oni dwaj nie zostają ogarnięci paniką. W powieści Holländer'a — „Salomons Schwiegertochter" — przedstawiony typ lekarza wykazuje wielkie braki jeśli chodzi o wiedzę lekarską, w tym wyraźniejszym jednak świetle rysują się jego cechy dodatnie jako człowieka. Tomasz Mann w powieści „Budenbrooks" przedstawia typ lekarza posiadającego duże umiejętności reprezentacyjne, o manierach bez zarzutu, który umie doskonale wygłaszać mowy na bankietach i wznosić toasty, jako lekarz jednak jest bez znaczenia i jako zawodowiec czyni wrażenie raczej ujemne.

W niektórych powieściach autorzy wprowadzają czytelnika w motywy postępowania swych bohaterów, z których widocznem staje się, dla jakich powodów poświęcili się zawodowi lekarskiemu: a więc przede wszystkim w Hostera — „Viele sind berufen" — zaznajamiamy się z historią życia młodego lekarza który, po przez żołnierza frontowego, robotnika obsługi kanałów, wreszcie — posługacza szpitalnego, dochodzi do stanowiska lekarza wyłącznie z najgłębszej wewnętrznej potrzeby i poświęca się pracy badawczej. W całej niemieckiej literaturze powieściowej nie znajdziemy piękniejszej postaci niż ów doktór Kraus, który przypomina z literatury amerykańskiej typ stworzony przez Sinclair Lewisa w „Doctor Arrowsmith". Kraus jest przytym badaczem bez żadnych ambicyj osobistych, w stosunku do otoczenia cechuje go zachowanie pełne rezerwy, nie przyjmuje też żadnej pomocy z zewnątrz i zawdzięcza wszystko osobistej pracy.

W powieści Grete Coellens — „Doctor Fortunoff" — spotykamy się z postacią lekarza, który ze względów religijnych i głębokiej miłości bliźniego idzie na tę drogę. U Thederinga — „Roman eines Landarztes" — spotykamy się z dzieckiem wsi, które, wszedłszy na drogę zawodu lekarskiego i znalazłszy się w wielkiem mieście, postanawia powrócić na wieś, by tam służyć swoją wiedzą lekarską. U Ganghofera — „Der hohe Schein" — spotykamy się znów z typem lekarza który w zapadłej miejscowości górskiej zdobywa się na bezinteresowny wysiłek służenia z zapałem otaczającej go ludności. W takich powieściach jak Katza — „Marionetten der Liebe", T. Kühna „Der In-

sel-doktor", F. Andreas — „Die Sache mit Schorrsiegel"— przedstawione są typy lekarzy naogół ujemne, przeważnie pozbawione woli lub nawet wykolejone pod wpływem przeciwności życiowych, którym się nie mogli przeciwstawić lub w walce z którym ulegli. W. Stefana Zweiga— „Der Amokläufer" — spotykamy się z lekarzem którego załamanie jest wynikiem ciężkiego życia w krajach tropikalnych i skutkiem społecznego odosobnienia. Wymieńmy obecnie szereg powieści, w których autorzy zajmują się stosunkiem lekarza do zawodu lekarskiego, przy czym podkreślają cechy ujemne swych bohaterów uwidaczniając wady te na tle zawodu wykonywanego: a więc np. u Schiekele — „Maria Capponi" — spotykamy się z typem lekarza który posiada „doskonałe" wykształcenie, postanowia jednak zostać „kimś", a więc wybić się za wszelką cenę z pośród szarego tłumu i stworzona przezeń modna klinika ma się stać wyłącznie środkiem do powyższego celu. U Nassauera — „Martyrer" — obserwujemy lekarza, doktora Kimbuskiego, — który w zawodzie swym, jest nastawiony całkowicie merkantylnie. W Simpson — w „Wenn zwei dasselbe lernen" — obserwujemy typ złego lekarza, który traktuje znów swe zajęcie po rzemieślniczemu. U Nassauera — „Das Nessushemd" — występuje typ lekarza który znów nie może nigdzie miejsca zagrzać, w dodatku przerzucając się od jednej do drugiej specjalności. U Meyrinka — w „Walpurgisnacht" — spotykamy się z typem dr. Flugbeila — „lekarza nadwornego cesarza", który łączy brak inteligencji z nieograniczoną dumą. Wzbudza jedynie sympatię ten fakt, że wreszcie dochodzi on sam do przekonania, iż przeżył życie swe w bezsensowny sposób i z tego powodu je zmarnował. U Baumbacha — „Neue Wege" — widzimy typ lekarza — egocentryka, który wykazuje cechy słabej i niepewnej natury, szykanuje i tyranizuje swoją najbliższą rodzinę i otoczenie, na tej drodze poszukując potwierdzenia tego, że należy do natur silnych; widać że tutaj raczej przypadek skierował go na drogę zawodu lekarskiego i między ujemnymi skłonnościami jego charakteru a zawodem lekarskm trudno dopatrzeć się jakichś bardziej pozytywnych związków. W powieści R. Neumana — „Die Macht" — spotykamy się z typem lekarza wiedeńskiego pochodzącego z Galicji, którego tricki handlowe i brak etyki nie uspasabiają doń korzystnie. Dzielność lekarska dr. Rozena jest dlań wyłącznie środkiem do awansu, a jego działalność reklamiarska wśród możnych, która ma mu zapewnić wpływ i stanowisko, budzą niesmak. Spryt, intryga a nawet poniżenie własne są tym repertuarem środków które, odpowiednio użyte, mają przyczynić się do awansu społecznego bohatera powieści, potępiając go jednak w oczach bezstronnego czytelnika.

Do serii powieści w których spotykamy się z podkreśleniem bardziej idealnych cech ludzkich, tak jak one występują i ujawniają się w zawodzie lekarskim zaliczymy przede wszystkim:

Kolbenheyera — „Der Stern des Paracelsus" — jest to nietyle powieść ile biografia wielkiego lekarza. Maartens — w „Heilende Kräfte" — daje nam typ dzielnego lekarza a jednocześnie doskonałego człowieka. Agnes Günther — w bardzo znanej powieści „Die Heilige und ihr Narr" — podobnie przedstawia nam typ wybitnego chirurga a jednocześnie kochanego ogólnie człowieka. Hans Carossa — „Der Arzt Gion" — przedstawia typ lekarza, który całe życie obraca się naokoło jego chorych. Edith Salburg — w „Humanitas" — daje nam przekrój apostolskiej postaci doktora Alflanda, altruisty, który wszystko oddaje chorym. Wendling — „Der Doktor Dutzow" — pokazuje nam typ lekarza który, wykazując szczególne zamiłowanie do pracy badawczej, zmuszony jest zrezygnować z tego i iść pracować na wieś, gdzie zato zdobywa sobie miłość swych pacjentów. Wytrwałością i siłą woli zdobywa wreszcie kierownictwo sanatorium a przez to i możność pracy badawczej.

Stosunek lekarza do pacjentów znajduje szczególny wyraz w niektórych powieściach, przede wszystkim u L. Danöfen — „Scharlatan" — gdzie autorka maluje postać lekarza osiadłego w mieście, który zaczyna się orientować w tym, że całkowicie uczciwe podejście jego do klijentów szkodzi mu tak na „opinii" jak i materialnie. co w konsekwencji prowadzi go do zupełnej zmiany stosunku do chorych, i do ujemnego z punktu widzenia społecznego „dopasowania się", polegającego na nieszczerości i prowadzącego do szarlatanerii, tak niebezpiecznej w zawodzie lekarskim. Zaczyna więc on stawiać świadomie fałszywe diagnozy, aby przedstawić się za takiego, który w krótkim czasie potrafi wyleczyć z bardzo niebezpiecznych chorób. Nie cofa się on naturalnie także przed tym, by w oczach klijentów w złym świetle przedstawić swych kolegów — innych lekarzy, których w ten sposób pragnie unieszkodliwić jako konkurentów. Ciekawym przyczynkiem do psychologii choroby i chorego jest powieść Lisy Menger — „Die Wunderdoktorin" — która przedstawia lekarkę-cudotwórczynię, u której chorzy znajdują wszystkie te „cuda" i nadzwyczajności, których podświadomie pożądają a których są pozbawieni w lecznictwie zwykłym, nie obliczonym na interes. O ile u Hesse'go — „Der Kurgast" — autor kreśli sympatyczny obraz harmonii stosunków między lekarzem zdrojowiskowym a pacjentem, to znów u Schönherr'a — „Narrenspiegel des Lebens" — spotykamy się z typem lekarza dla którego dusza pacjenta pozostaje zamknięta, który traktuje też chorych jak „przypadki" pewnej choroby i w ten sposób zdobywa pieniądze i zasługi, ale zato nie udaje mu się zdobyć podzięki i miłości klijentów, a tylko ich nienawiść. Z czasem staje się zupełnie osamotnionym, pozostaje tylko ze swoją pracą, która mu już dawno przestała dostarczać przyjemności i stała się raczej przekleństwem. Wreszcie doprowadza go ten stan rzeczy do wewnętrznego załamania.

J. Wassermann — „Etzel Andergast" — czyni próbę podziału klijentów z punktu widzenia lekarza, dzieląc ich na łatwiejszych i na trudniejszych, na bardziej i mniej wymagających. Bogaci i biedni, mieszczaństwo i robotnicy — każda z tych grup wykazuje inny stosunek do lekarza, niektórzy podkreślają swe uprzywilejowane stanowisko w odniesieniu do lekarza i leczenia. Vicky Baum w „Zwischenfall in Lohwinkel" — wskazuje na trudy, na jakie narażony jest lekarz praktykujący na wsi. Autorka przedstawia nam sylwetkę dra Persentheima, na którego spadają niebezpieczeństwa coraz to większe i wszystko skłania nas ku temu że lekarz ten nie podoła im i załamie się. W długim repertuarze nieszczęść nic, zdawałoby się, nie zostało oszczędzone dr. Persentheimowi, który tkwi na straconej placówce.

W powieści Karillon — „O Domina Mea" — spotykamy się z lekarzem rozczarowującym się do zawodu lekarskiego, który widocznie inaczej go sobie wyobrażał: gdy i koledzy i klijenci zawiedli go w jego oczach — odwraca się od niewdzięcznego zawodu. To samo znajdujemy w powieści tegoż autora — „Viljo Ronimus" — w której młody doktór podobnie porzuca zawód lekarski. I w powieści Vicki Baum — „stud. chem. Helene Willfuer" — spotyka-

my się z dramatem młodego lekarza, którego rozczarowanie popycha do samobójstwa; w tym wypadku nie może on sprostać trudnościom, jakie stwarza dlań praktyka na wsi, ani cielesnie ani duchowo; praktykę tę dziedziczy po ojcu.

Rzwój lecznictwa ubezpieczeniowego, który tak silnie oddziałuje na dalszą ewolucję zawodu lekarskiego, winien był także odbić się w pewien sposób na literaturze powieściowej mającej za przedmiot zawód lekarski. Ten temat musi szczególnie interesować ubezpieczeniowców. Niestety, spotykamy się w tej literaturze z tematem lekarza w ubezpieczeniach stosunkowo bardzo rzadko, przy czym autorzy nie potrafią umiejętnie przedstawić stosunku lekarza do ubezpieczeń. U Nassauera — w „Fronarbeiter" — spotykamy się z typem dr. Metzlera, który, jako lekarz kasowy, znienawidzony w wielkim mieście, przy systemie pracy masowej i rzemieślniczej, nie ma zapewnionych środków utrzymania. Jak widać jednak z zestawienia pacjent prywatny nie może stać się także podstawą utrzymania dla wymienionego lekarza. W innej powieści Schullerna — „Ärzte" — przedstawiony jest los wrażliwego lekarza, który, narażony jako lekarz kasowy na ciężką walkę fizyczną i duchową, nie dorasta do postawionych przed nim zadań i załamuje się. Powieść Hansa Lungwitza — „Führer der Menschheit" — przenosi nas w początki lecznictwa ubezpieczeniowego, w którym to okresie czasu stan lekarski zaczyna dopiero myśleć korporacyjnie.

Dochodzimy wreszcie do kilku powieści, w których przedstawione są pewne problemy wzięte z życia zawodu lekarskiego. A więc u Maxa Hermanna — „Der Todeskandidat" — autor próbuje w ciekawy sposób przedstawić problem, czy śmiertelnie choremu lekarz może powiedzieć prawdę, czy też winien ją ukryć. Występuje w powieści idealna postać lekarza, który śmiertelnie choremu nie kryje prawdy, jednakże swym potężnym wpływem jednocześnie przygotowuje go do odpowiedniego przyjęcia tej strasznej wiadomości w ten sposób, że pozbawia go zupełnie strachu przed śmiercią; w omawianej powieści autor przedstawia nam jednakże wybitne indywidualności, do których zaliczyć należy tak lekarza jak i chorego, co wszak nie zawsze miewa miejsce.

W powieści Arthura Schnitzlera — „Ruf des Lebens" — przedstawiony jest ostatnio dość modny problem, czy nieuleczalnie chorego można zabić w celu skrócenia jego mąk, o ile w dodatku chory staje się plagą dla otoczenia. W takich powieściach jak Credé — „§ 218", oraz w powieści F. Wolffa — „Cyankali", która zdobyła sobie wielką popularność — autorzy zajmują się stosunkiem lekarza do zagadnienia spędzania płodu. W powieści Arthura Schnitzlera — „Profesor Bernhardi" — przedstawiony jest problem stosunku lekarza do pociechy religijnej dla chorego, o ile ta ma mu odkryć jego tragedię. Opierając się na ludzkim obowiązku, lekarz wzbrania duchownemu dostępu do ciężko chorej, co prowadzi do konfliktu i walki między tymi dwoma przedstawicielami różnych zawodów, z których każdy inaczej pojmuje swoje obowiązki; wreszcie dochodzi do skutku ustępstwo duchownego który uznaje stanowisko lekarza.

Przegląd, choć pobieżny, powieści zajmujących się problemem lekarza, rzuca nam interesujący snop światła na ten problem, widziany nie od strony nauki ale oczami bardziej i mniej wybitnych przedstawicieli literatury powieściowej.

Edward Arnekker.

Jean Elie Tardas. Risque — invalidité dans la législation des assurances sociales. (Ryzyko inwalidzkie w ustawodawstwie ubezpieczeniowym). Paris, Librairie Technique et Economique, 3, rue Soufflot, 1938, str. 228.

Bliskie obcowanie z francuskim ustawodawstwem ubezpieczeniowym, poznanie zarówno jego zasad, jak i funkcjonowania ma dla nas znaczenie nietylko teoretyczne, z uwagi na intensywne współdziałanie międzynarodowe w zakresie urządzeń społecznych, lecz w większej jeszcze mierze — praktyczne. Konieczne jest to ze względu na coraz ściślejszą współpracę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z francuskimi instytucjami ubezpieczeniowymi w dziedzinie pośredniczenia przez Zakład w sprawowaniu kontroli lekarskiej, administracyjnej, jak również w wypłacie świadczeń b. ubezpieczonym we Francji, zamieszkałym obecnie w Polsce, na rachunek i zlecenie tych instytucyj.

Pod tym kątem widzenia książka Tardas stanowi dla naszych stosunków niezastąpiony przewodnik w zakresie ubezpieczenia inwalidzkiego (poza górnictwem). Dotychczas nie wydano we Francji tak wyczerpującego studium z zakresu ubezpieczeń społecznych. Tardas ujął w nim jeden wyłącznie dział ubezpieczenia, wzamian za to jednak naświetlił go wszechstronnie, zarówno z punktu widzenia teoretycznego, jak i praktycznego. Przy tym wykład Tardas jest tak jasny i rzeczowy, że po przeczytaniu jego książki czytelnik zbliża się do przedmiotu i zaczyna poruszać się w tej dziedzinie, jakby w dobrze sobie znanej.

Na wstępie autor daje krótki wykład z zakresu systematyki pojęcia inwalidztwa, które może otrzymać definicję ekonomiczną i fizjologiczną, w zależności od oceny stopnia utraty zdolności do zarobkowania, bądź też w zależności od rodzaju dolegliwości cielesnej i jej wpływu na funkcjonowanie danego organizmu. Tardas wyraża się krytycznie o metodzie drugiej, uważając za słuszne, że mimo teoretycznego przyjęcia przez ustawę francuską drugiej, praktyka ubezpieczeniowa przechyliła szalę na stronę pierwszej metody, przyjętej zresztą również przez wszystkie ustawodawstwa europejskie. Co do ustalenia stopnia niezdolności do zarobkowania autor stwierdza, że większość państw przyjęła jako normę 66⅔% (Niemcy, Austria, Dania, Grecja, Węgry, Włochy, Luksemburg, Holandia, Polska, Rumunia, Czechosłowacja), 50% (Bułgaria i Z. S. R. R.), przy czym we wszystkich państwach stopień uszkodzenia nie ma wpływu na wymiar renty, wyjąwszy Z. S. R. R.

Omawiając warunki przyznania renty inwalidzkiej, Tardas ilustruje rzeczywistość francuską ciekawymi przykładami, zaczerpniętymi z innych ustawodawstw ubezpieczeniowych, np. cytuje przepis o wstrzymaniu wypłaty renty z powodu złego prowadzenia się rencisty, zawarty w ustawodawstwie angielskim, przepis o wstrzymaniu wypłaty renty wobec osiągania przez rencistę większych dochodów, poza pracą, zawarty w ustawodawstwie Luksemburga, Szwecji i Czechosłowacji itp.

Punktem wyjścia szczegółowego omówienia renty inwalidzkiej, do którego autor przystępuje w dalszym ciągu swego studium, jest art. 10 § 1 Ustawy z 28.10.1935, który brzmi: „Ubezpieczony, który po upływie sześciomiesięcznego okresu zasiłków leczniczych lub w razie wypadku nieobjętego ustawą wypadkową po zagojeniu się rany, jest dotknięty chorobą lub kalectwem, zmniejszającym jego zdolność do pracy conajmniej o ⅔, ma prawo do renty inwalidzkiej". Dla uzyskania renty inwalidzkiej ubezpie-

czony powinien zatym wyczerpać bezpośrednio po zaprzestaniu pracy we Francji przysługujący mu maksymalny, sześciomiesięczny okres zasiłków leczniczych. Nawiasem mówiąc, ten skądinąd uzasadniony warunek stanowi trudność w uzyskaniu świadczenia przez robotników polskich, którzy po zachorowaniu we Francji, myślą przede wszystkim o powrocie do kraju, aby „nie umrzeć na obczyźnie". Rzadko który z tych robotników wykorzysta zasiłki lecznicze, nie wiedząc o tym, że w ten sposób pozbawia się prawa do renty inwalidzkiej.

Po wyczerpaniu owego sześciomiesięcznego okresu zasiłków leczniczych, robotnik zostaje poddany badaniu lekarskiemu, przy czym otrzymuje zwrot kosztów podróży do lekarza i spowrotem. Dla ułatwienia ustalenia procentowej utraty zdolności do zarobkowania, w skład Komisji Rentowej wchodzi poza lekarzami — inspektor pracy danego okręgu, którego zadaniem jest poinformowanie, ile stanowi w tej okolicy zarobek człowieka zdrowego o takim samym uzdolnieniu zawadowym.

Zapoznawszy czytelnika pokrótce z zasadami orzecznictwa inwalidzkiego, autor przechodzi do omówienia właściwej procedury rentowej. Pod wpływem uderzająco jasnego stylu Tardas skomplikowany ustrój instytucyj francuskich wydaje się nagle prosty i zrozumiały. Wniosek o rentę inwalidzką ubezpieczony składa do Kasy Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa (Caisse d'Assurance Maladie-Maternité), która udziela mu świadczeń chorobowych. Kasy te mają podobne kompetencje, jak nasze ubezpieczalnie społeczne, a więc wymiar i pobór składek, zgłoszenie i wymeldowanie z ubezpieczenia, kontrola zakładów pracy. Kasy Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa (Caisses — Assurances — Invalidité) wypłacają renty starcze, świadczenia pośmiertne oraz renty inwalidzkie po upływie pierwszego pięciolecia ich otrzymywania. Do tego czasu renty inwalidzkie są wypłacane przez Związki Kas (Unions Régionales), powstałe w r. 1937. Związki wypłacają również świadczenia lecznicze inwalidom. Skompletowane przez siebie akta sprawy Kasa Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa przesyła najpóźniej w ciągu miesiąca Kasie Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa, zawiadamiając jednocześnie o tym Związek Kas poczem następuje badanie lekarskie oraz orzeczenie rentowe.

Z chwilą ukończenia przez rencistę 60 lat życia, traci on prawo do renty inwalidzkiej, nabywając jednocześnie prawo do renty starczej. Kalkulacja tej renty wynika ze składek, wpłaconych przez pracodawcę oraz Kasę Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w okresie otrzymywania przez zainteresowanego renty inwalidzkiej. Renta starcza nie może być wyższa wymiarem od poprzednio otrzymywanej renty inwalidzkiej, jak to ma miejsce we francuskim ubezpieczeniu górniczym.

Pozostałe trzy rozdziały, swej książki Tardas poświęca: sporom w ubezpieczeniu społecznym[1]), statystyce inwalidztwa oraz omówieniu dotychczasowych rezultatów funkcjonowania ubezpieczenia inwalidzkiego.

Tardas — autor daje się poznać czytelnikowi jako znawca omawianego przedmiotu i jako szlachetny zwolennik i propagator ubezpieczeń społecznych, dlatego też „Risque-Invalidité" czyta się z prawdziwą satysfakcją.

Dr. B. Malberg.

[1]) Kwestia procedury została szczegółowo omówiona na łamach „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych," 1937 (nr. 10).

PRZEGLĄD PRASY LEKARSKIEJ.

Dr Jan Stopczyk. Naświetlanie słoneczne jako czynnik obostrzająco uczulający w gruźlicy płuc. **Gruźlica** Nr 2/38. Rocznik XIII.

Na wstępie autor podnosi, że liczne spostrzeżenia wykazują, iż masowe, niczym nieunormowane opalanie się w czasie wywczasów letnich na plażach mórz i rzek — wpływa ujemnie na osobników dotychczas zdrowych lub też ludzi, z nieczynnymi i wygojonymi ogniskami gruźlicy w płucach.

Zwykle po okresie wakacyjnym zgłaszają się do szpitali lub lekarzy ludzie opaleni, dobrze odżywieni, jakby zdrowiem tryskający — a jednak pocący się, bez apetytu, a czasem nawet gorączkujący.

W dokładnie przeprowadzanych wywiadach stwierdza się, że choroba rozpoczęła się po jednorazowym lub dłuższym plażowaniu.

W roku 1936 badacz francuski Dufourt, jako jeden z pierwszych wykazał na podstawie kilkuletniej obserwacji, że u osobników młodych a zwłaszcza u dzieci i kobiet, po powrocie z nad morza, występuje często gruźlica płuc — a zmiany chorobowe są niewspółmierne z dobrym wyglądem zewnętrznym. Są to najczęściej postacie gruźlicy wysiękowe, objawiające się jako nacierania podobojczykowe, okołoskrzelowe oraz płatowe, szybko serowacie jące i ulegające rozpadowi jamistemu.

Podobne spostrzeżenia poczynili badacze niemieccy i polscy, których nazwiska i prace autor b. dokładnie cytuje.

Zdaniem jego nadużycie słońca przez ustrój niewytrenowany, przy współudziale zimnych kąpieli jest dla wielu osobników czynnikiem bardzo szkodliwym. Stąd też wyprowadza wniosek, że należy wprowadzić kontrolne badania i opiekę lekarską, w celu racjonalnego stosowania kąpieli słonecznych.

W przeciwieństwie do gruźlicy — doskonale działają naświetlania słoneczne w gruźlicy chirurgicznej, kostnostawowej i skórnej.

Naświetlania słoneczne były i są stosowane przez niektórych autorów również i w gruźlicy płuc, ale odpowiednio dawkowane. Tę formę leczenia gruźlicy płuc zwalcza włoski autor Isella Angelo, twierdząc, że leczenie słońcem, zwłaszcza w porze wiosennej, chorzy płucni znoszą źle i dlatego zaleca zastąpić je przez leczenie na świeżym powietrzu, wykorzystując rozproszone promieniowanie nieba.

Wytłumaczenie szkodliwego wpływu nasłonecznienia na niektórych osobników jest bardzo trudne.

Badania ostatnich lat zwracają uwagę na tzw. *„przełom wiosenny"*, tzn. przestrojenie organizmu wskutek zmiany ogólnej przemiany materii i zmniejszenia dowozu witamin Za tym idzie mniejsza odporność i większa śmiertelność z powodu gruźlicy, zwłaszcza w miesiącach wiosennych.

Podobnie jak na wiosnę mamy zwiększenie się ilości nacieczeń wczesnych, tak samo stwierdza się w tym czasie nasilenie ocznych odczynów, alergicznych jak również i odczynów skórnych u dzieci skrofulicznych.

Również na wiosnę spostrzega się zwiększenie się ilości wysięków opłucnych, wskutek wzmożonej reaktywności układu wegetatywnego.

Zjawiska te występują szczególnie wyraziście w wieku dziecięcym. U dzieci bowiem, nawet jednorazowe na-

świetlanie słońcem może już wystarczyć dla powstania gruźlicy.

Poza wiosennym przełomem, również i ostre zimy warunkują zawsze wysoką śmiertelność z gruźlicy na wiosnę. Jako przyczyny tego zjawiska dopatrujemy się w ostrych schorzeniach dróg oddechowych, występujących łatwo w zimie i następowym osłabieniu ich odporności na zakażenia. Tej wzmożonej zachorowalności i osłabionej odporności organizmu sprzyja w porze zimowej skupienie się ludności w ciasnych izbach mieszkalnych.

Szkodliwości wiosennego przełomu odbijają się na każdym organizmie ludzkim. Na organizm chory wywierają one wpływ ujemny, bo ten tym szkodliwościom nie jest w stanie przeciwdziałać.

Natomiast organizm zdrowy, po okresie wiosennego przełomu powraca zwykle do normy a więc do stanu równowagi biologicznej i odpornościowej, dzięki czemu późniejsze, nawet silne działanie promieni pozafiołkowych, nie jest dlań szkodliwe.

Klimat morski działa drażniąco na ustrój zdrowy i wskutek tego wzmaga jego odporność.

U osobników chorych lub pozornie zdrowych, nadmierne plażowanie i insolacja — mogą doprowadzić do najwyższego stopnia uczulenia z równoczesnym załamaniem się odporności, a tym samym, do ostrej gruźlicy płuc.

W końcu autor podaje szereg przykładów, na których w sposób jaskrawy udowadnia, że naświetlanie słoneczne sprzyja rozwojowi lub obostrzeniu się gruźlicy płuc. Wywody swoje konkretyzuje wnioskiem, że należy uświadamiać ludność o szkodliwości słońca dla wielu plażujących. Zagadnienie poruszone w artykule autora ma moim zdaniem ogromne znaczenie dla instytucji ubezpieczeń społecznych, które prowadzą na szeroką skalę akcję letnich kolonii wypoczynkowych i półkolonii oraz obozów wypoczynkowych zarówno letnich, jak i zimowych. One bowiem powinny wprowadzić b. dokładne i szczegółowe badania lekarskie, szczególnie u uczestników obozów, którzy w większości wypadków nie są przez lekarzy badani i kwalifikowani przed wyjazdem. Poza tym winny być wprowadzone wstępne badania lekarskie w takich obozach wypoczynkowych, koloniach i półkoloniach, aby osobników chorych o ile możności wyeliminować. Podobne badania lekarskie winny być również przeprowadzane w kąpieliskach i uzdrowiskach, celem wyeliminowania od plażowania osobników na działanie słońca uczulonych wzgl. chorych na gruźlicę lub skłonnych do tego rodzaju zachorzeń.

Hasło bowiem „słońce to zdrowie" używane szeroko do reklamowania różnych plaż czy pensjonatów nie powinno być nadużywane. Należy raczej uświadamiać — jak tego żąda autor — szeroki ogół społeczeństwa, że branie kąpieli słonecznych musi być ordynowane przez lekarza tak samo jak inne środki lecznicze a nie stosowane „l a r g a m a n u", gdyż wówczas przynosi więcej szkody jak zdrowia.

Dr med. Eugeniusz Piotrowski.

PRZEGLĄD CZASOPISM Z ZAKRESU BEZPIECZEŃSTWA PRACY.

Nr. 5 — 6 czasopisma „Bezpieczeństwo i Higiena Pracy" zawiera na wstępie artykuł Inż. M. Rzęckiego, omawiający na tle opracowywanego projektu nowego rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy, w szczególności tych paragrafów, które się odnoszą do sprawy ochrony pracowników przed działaniem substancyj trujących, duszących i żrących, znaczenie poszczególnych przepisów oraz poszczególnych środków zaradczych. Autor podkreśla zwiększoną wagę z jaką w projektowanym rozporządzeniu zagadnienie to zostało potraktowane oraz w zakończeniu zwraca uwagę na korzyści natury gospodarczej dla zakładu pracy oraz korzyści społeczne, jakie wynikną, ze sumiennego przestrzegania tych przepisów.

Dalej znajdujemy obszerny artykuł p. t. „Zapobieganie wypadkom przy pędniach". Wagę zagadnienia najlepiej obrazuje fakt, że wypadki zachodzące przy pędniach powodują 3 — 4-krotnie wyższą liczbę zgonów względnie ciężkich okaleczeń, niż wypadki spowodowane innymi przyczynami. Artykuł omawia po kolei poszczególne rodzaje niebezpieczeństw zagrażające ze strony pędni, oraz środki zapobiegawcze i przepisy ochronne.

Na pierwszy plan co do niebezpieczeństwa wśród ruchomych elementów pędni wysuwa się wał transmisyjny, nawet wówczas, gdy nie znajdują się na nim części wystające, lecz jest zupełnie gładki. Wypadki, najczęściej śmiertelne, zachodzą wskutek pochwycenia pracownika za części odzieży (u kobiet nawet za włosy) i często jedynym ratunkiem jest posiadanie zużytej, łatwo drącej się odzieży. Celem zabezpieczenia pracowników przed tym niebezpieczeństwem, należy uniemożliwić możność bezpośredniego zetknięcia się z wałem, będącym w ruchu. Uzyskuje się to przez osłonięcie wałów za pomocą pochew, futerałów, przez odgrodzenia wałów barierami, najlepiej z siatki drucianej itp. Osłonięte powinny być nawet wystające z łożysk końce wałów. Poszczególne sposoby „separowania" pracownika od wału zależne są każdorazowo od zmieniających się warunków miejscowych. Wystające części sprzęgieł, klinów i pierścieni odsadczych nie dające się wyrównać, winny być również osłonięte.

Osobny ustęp poświęcony jest czyszczeniu wałów i smarowaniu łożysk, które to czynności wykonywane w czasie ruchu pędni są szczególnie niebezpieczne. Zwraca się uwagę na to, by nie czyścić wałów ręką, lecz stosować odpowiednie przyrządy. U smarowników zważać należy na odpowiedni ubiór, który powinien być typu kombinezonu, obcisły, bez luźno zwisających części jak krawat, fartuch, klapa itp.

Duża część artykułu poświęcona jest omawianiu niebezpieczeństw zagrażających ze strony pasów oraz poszczególnych sposobów zabezpieczania się przed nimi. Zabezpieczenia mają na celu wykluczenie możliwości pochwycenia przez pas względnie stworzenia zapory przed uderzeniami rozerwanego pasa. Omówione są również przepisy bezpieczeństwa, mające być przestrzegane przy nakładaniu nowego pasa transmisyjnego w czasie ruchu, przepisy bezpieczeństwa dotyczące zszywania pasów wykonywanego często po zsunięciu jedynie pasa na wał.

Następnie omawiane są przyrządy do zawieszania pasów oraz do zakładania pasów. Zakładanie pasa rękami na koło pędne będące w ruchu nigdy nie powinno mieć miejsca. Do tego celu służą drążki do zakładania pasów. Drążki te, jeżeli mają odpowiadać swemu zadaniu, powinny ściśle odpowiadać pewnym warunkom, w przeciwnym razie nawet ich stosowanie nie uchroni przed ciężkim wypadkiem. Ponieważ drążek z hakiem nie zawsze może być stosowany, zwłaszcza przy zakładaniu szerszych pasów, stosowany jest w tych przypadkach, opisany w artykule, przesuwacz pasa typu Bandvina.

Następnie omawiane są w krótkości urządzenia dla włączania i wyłączania transmisji. Urządzenia te są niezbędne nawet dla maszyn wolnobieżnych. Dla dobrego urządzenia wyłączającego miarodajne są: łatwy dostęp, szybkość działania, oraz zablokowanie przesuwacza pasa mające za zadanie uniemożliwienie niespodziewanego ruszenia maszyny.

Ponadto część techniczna artykułu zawiera jeszcze krótkie omówienie lin transmisyjnych, trybów, oraz odzieży roboczej.

W zakończeniu znajdujemy przepisy bezpieczeństwa dla pędni według tekstu projektowanego rozporządzenia o bezpieczeństwie i higienie pracy.

Poszczególne ustępy artykułu są ilustrowane wymownymi opisami zaszłych wypadków oraz rycinami przedstawiającymi poszczególne zabezpieczenia.

W artykule p. t. „Rzut oka na choroby zawodowe" znajdujemy ugrupowanie chorób zawodowych według, szeroko ujętego, podziału przyczyn ich powstawania. Ogółem wyszczególniono 6 grup schorzeń zawodowych, przy czym pierwsze 3 grupy obejmują schorzenia bezpośrednio związane z wykonywaniem pracy, zaś następne 3 grupy obejmują schorzenia występujące wprawdzie na tle predyspozycji indywidualnej pracownika, ujawniającej się jednak dopiero w czasie wykonywania niektórych zawodów.

Do pierwszej grupy wliczono wszystkie schorzenia powstające wskutek zatruć organizmu, wynikłych z bezpośredniego stykania się z substancjami trującymi, czy to w stanie stałym (naprz. ołów), czy też w stanie ciekłym (naprz. siarczek węgla) lub gazowym i rozpylonym (naprz. chlor, pył ołowiu).

Do drugiej grupy włączono zakażenia powstające w czasie pracy i przybierające często charakter epidemiczny (naprz. wąglik, tężec).

Do trzeciej grupy należą schorzenia wynikłe na tle specyficznych warunków danej pracy, a więc praca w atmosferze pyłu powoduje zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, różne rodzaje pylicy, rozedmę płuc, gruźlicę itp., praca szklarzy powoduje u nich rozedmę płuc, praca w pozycji stojącej powoduje naprz. opuszczenie nerek,, żylaki, itd.

Do czwartej grupy schorzeń (pośrednich) wliczono takie, jak zakażenia reumatyczne, zapalenia nerek, zapalenia płuc.

Do piątej grupy wliczono wszelkie schorzenia powstające na skutek zbyt intensywnej pracy.

Do ostatniej grupy wliczono gruźlicę, będącą często chorobą zawodową u pielęgniarek szpitalnych oraz pracowników zatrudnionych w fabrykach tytoniowych.

W stałej rubryce p. t. „Czego was uczą wypadki przy pracy", znajdujemy opisy następujących wypadków: zatrucie arsenowodorem, skaleczenia przy pracy na pile tarczowej, zaczadzenie przy pracy w studni, wybuch przy spawaniu zbiornika po benzolu, pożary i wybuchy benzyny, oraz upadek do kanału na skutek pozostawienia przy pracy otworu bez ogrodzenia.

Po opisie każdego wypadku następuje wyliczenie przepisów bezpieczeństwa mających być w danym przypadku respektowanych oraz wskazanie przepisu, którego zaniedbanie spowodowało wypadek.

W zakończeniu numeru znajdujemy artykuł omawiający rolę i znaczenie „skrzynki pomysłów" w organizacji służby bezpieczeństwa pracy. Artykuł oparty jest na doświadczeniach uzyskanych w wytwórni prochu w Pionkach.

Nr. 7 — 8 czasopisma „Bezpieczeństwo i Higiena Pracy" w artykule wstępnym podnosi wzrastające w społeczeństwie zrozumienie wartości ogólnych akcji bezpieczeństwa i higieny pracy. Artykuł napisany jest na tle uchwały powziętej przez Związek Przemysłu Włókienniczego o przystąpieniu do akcji przez utworzenie branżowej organizacji bepieczeństwa pracy przy Związku Przemysłu Włókienniczego w Państwie Polskim. Na skutek tej uchwały akcja zostanie rozszerzona na jeden z najważniejszych naszych przemysłów, obejmujący przeszło 70.000 pracowników.

W artykule p. t. „Bezpieczeństwo pracy w sieciach kablowych prądu silnego" wypowiedziano szereg uwag natury ogólnej -o ważności stosowania przy obsłudze i dozorze urządzeń elektrycznych prądu silnego przepisów bezpieczeństwa, oraz przytoczono ważniejsze z tych przepisów.

Artykuł p. t. „Zabezpieczenie pracy przy wyołowieniu zbiorników i naczyń" zawiera obszerniejsze omówienie przepisów bezpieczeństwa, które powinny być stosowane przy poszczególnych czynnościach związanych z tą pracą. Już wstępne czynności bowiem ołowienia t. zw. „wgłębnego" wymagają znacznej uwagi.

Do oczyszczenia podłoża stosuje się najczęściej kwas solny. Dymy kwasu solnego działają szkodliwie na organizm, a ponadto zważać należy aby kwas nie zawierał domieszki arsenu, bo wówczas może powstać przy wytrawianiu niezwykle trujący arsenowodór. W celu usuwania par kwasu stosować należy przewietrzanie.

Następną czynnością jest utworzenie odpowiedniego podłoża dla ołowiu. W tym celu zanurza się daną powierzchnię do roztworu chlorku cynkowego po czym, wyjętą z roztworu powleka się przez ogrzanie posypanej proszkiem cyny powierzchni, warstewką, cyny. Przy tej czynności powstają znowu pary kwasu solnego a prócz tego na skutek domieszki ołowiu w cynie, dym ołowiowy. Chronić się więc również trzeba przed wdychaniem dymów powstających przy bieleniu.

W końcu odbywa się pokrywanie powierzchni warstwą ołowiu na gorąco, mianowicie pałeczkę ołowiową stapia się w płomieniu a ołów stopiony spływając tworzy odpowiednią powłokę. Przy tym stapianiu powstają duże ilości dymu ołowiowego, którego wdychiwanie powoduje t. zw. ołowicę. Na ilość powstającego dymu duży wpływ posiada rodzaj stapiającego płomienia. I tak stwierdzono, że najmniejsze ilości dymu wywiązuje płomień gazu świetlnego, a największe ilości z używanych płomieni, płomień wodorowy. Wpływ posiada tutaj prawdopodobnie temperatura płomienia. W związku z tą zależnością niektóre zakłady do wyołowiania stosują wyłącznie płomień gazu świetlnego. Tym niemniej i w tym przypadku powstają znaczne ilości dymu ołowiowego. Celem ochrony przed nim należy stosować albo odpowiednie przewietrzanie zbiorników w czasie pracy, albo też ochrony indywidualne w postaci masek ochronnych, przy czym w ruchubę wchodzą filtry koloidowe o lekkiej budowie i małym oporze oraz maski izolacyjne z doprowadzaniem świeżego powietrza.

Stosowanie tych ochron napotyka jednak nieraz na opór ze strony robotników skarżących się na ich niewygodę, a pomijając to, ze względów technicznych często nie dają się zastosować. Wynika z tego konieczność do-

boru odpowiednich pracowników do tych robót, praktyka bowiem wykazała, że wrażliwość na ołowicę u różnych jednostek bywa bardzo różną. W tym celu odsunąć należy od tych prac przede wszystkim osoby wątłe i młodociane, a ponadto konieczną jest stała kontrola lekarska stanu zdrowia załogi oraz prowadzenie księgi kontroli. Dopiero łączne stosowanie wszystkich przepisów może dać odpowiednie rezultaty.

W artykule p. t. „Wymagania bezpieczeństwa pracy" przy obróbce metali" omawiane są najważniejsze warunki bezpiecznej pracy na obrabiarkach metali. Mimo, że w nowszych konstrukcjach ruchome części obrabiarek są już przeważnie całkowicie osłonięte, zachodzą jeszcze liczne wypadki. W latach 1926 — 1929 było w Polsce, z wyłączeniem Górnego Śląska i województw zachodnich, 1,122 ciężkich wypadków przy pracy na obrabiarkach, pociągające za sobą wypłatę renty.

Wymienione są w artykule przepisy bezpieczeństwa odnoszące się do pracy na szlifierkach, prasach i tłoczniach, tokarkach, wiertarkach i gryzarkach.

Najważniejsze wypadki przy szlifierkach to skaleczenia oczu odpryskami, skaleczenia rąk przez dotknięcie tarczy będącej w ruchu, oraz skaleczenia spowodowane rozerwaniem tarczy. Najważniejszym zabezpieczeniem jest kaptur ochronny. Celem ochrony przed skaleczeniem oczu stosować należy okulary ochronne względnie ruchome przezroczyste osłony umocowane na kapturze. Skaleczeniom rąk zachodzącym wskutek zbytniego zbliżania ręki do tarczy naprz. przy szlifowaniu predmiotów drobnych, najlepiej zapobiec przez stosowanie odpowiednich uchwytów. Prócz możliwości zachodzenia wypadków, praca na szlifierce powoduje jeszcze powstawanie szkodliwych pyłów. Celem ochrony przed nim szlifierki powinny posiadać urządzenia do odsysania pyłu, przy czym warunkiem koniecznym dobrego urządzenia jest możność odsysania kurzu bezpośrednio w miejscu jego powstawania, tj. przy samej tarczy szlifierskiej.

Do bardzo niebezpiecznych obrabiarek należą prasy i tłocznie, powodujące najczęściej ciężkie wypadki. Stwierdzono, że wypadki zdarzają się przeważnie podczas poprawiania położenia przedmiotów już po uruchomieniu prasy. Chcąc temu zapobiec należy uniemożliwić dostęp ręką w czasie suwu roboczego tłocznika. W tym celu należy posługiwać się kleszczami i innymi narzędziami do zakładania przedmiotów, lub też należy stosować „przyrząd odsuwany", tj. zakładać przedmiot na przyrząd wysunięty, nie będący na trasie ruchu tłocznika. W nowszych konstrukcjach ruch przyrządu do zakładania przedmiotów regulowany jest automatycznie, przy czym, wbrew niektórym twierdzeniom, wydajność pracy bynajmniej nie zostaje zmniejszoną. Prócz stosowania jednak środków zapobiegawczych koniecznym jest odpowiednie instruowanie personelu o zagrażających niebezpieczeństwach i ochronie przed nimi.

Przy pracy na tokarkach najczęściej zdarzają się skaleczenia przez uderzenie lub zahaczenie o wystające części uchwytu względnie obrabianego materiału, skaleczenia oka odpryskami, oraz skaleczenia rąk wiórami. Celem ochrony przed tymi wypadkami należy stosować osłony, a przy odsuwaniu wiórów posługiwać się odpowiednim narzędziem.

Przy pracy na wiertarkach zważać należy na prawidłowe ostrzenie wiertła, na prawidłowe umocowanie przedmiotu wierconego, wreszcie odpowiednie pouczenie pracowników.

Przed wypadkami przy pracy na gryzarkach najlepiej chroni osłona części roboczej freza. Dobór konstrukcji osłony zależy od rodzaju maszyny, obrabianego przedmiotu i sposobu jego zamocowania. Wszystkie te momenty muszą być należycie uwzględnione, jeżeli osłona ma odpowiadać swemu zadaniu.

W artykule p. t. „Wymagania higieny przy budowie ustępów fabrycznych" autor wylicza ważniejsze warunki jakim odpowiadać powinny poszczególne elementy: kabiny, drzwi, podłogi, rurociągi itd., składające się na dobrze urządzony ustęp.

W rubryce p. t. „Czego nas uczą wypadki przy pracy opisane są: wypadek na frezarce, śmierć przy czyszczeniu transformatora, oraz wypadek spowodowany niespodziewanym uruchomieniem maszyny. Po opisie każdego wypadku wymienione są odnośne przepisy bezpieczeństwa których zaniedbanie spowodowało wypadek.

W dziale „Ustawy i Rozporządzenia" znajdujemy tekst orzeczenia Sądu Najwyższego w sprawie o odpowiedzialność cywilną pracodawcy za wypadki przy pracy, oraz obszerny, poruszający to samo zagadnienie artykuł p. t. „Prawo regresu funduszu ubezpieczenia emerytalnego robotników".

W zakończeniu numeru znajdujemy artykuł omawiający organizację bezpieczeństwa i higieny pracy w Widzewskiej Manufakturze Sp Akc. w Łodzi, oraz osiągnięte tam na tym polu duże rezultaty.

Mgr. W. K.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU DER ARBEIT — miesięcznik, Genewa, Nar. 8, sierpień.

Butler H. B.: Wirtschafts- und Arbeitsprobleme in Asien. (Zagadnienia gospodarcze i problemy pracy w Azji).

Richmond N. M.: Arbeiterbildung in Neuseeland. (Akcja kształcenia robotników w Nowej Zelandii).

Nr 9, wrzesień.

Die erzte Tagung des ständigen Landwirtschaftsausschusses. (Wyniki pierwszych narad stałej komisji do spraw gospodarczych wsi).

Burns, M.: Die Arbeitslosenentschädigung in den Vereinigten Staaten von Amerika. (Zabezpieczenie na wypadek bezrobocia w Stanach Zjednoczonych A. P.).

INFORMATIONS SOCIALES — tygodnik, Genewa. z dn. 29 sierpnia.

Assurance-vieillesse obligatoire des ouvriers agricoles en Hongrie. (Ubezpieczenie na starość robotników rolnych na Węgrzech).

z dn. 12 września

Organisation du service médical des assurances sociales en Grèce. (Organizacje opieki lekarskiej w ubezpieczalniach społecznych w Grecji).

Loi sur l'assurance-chômage obligatoire en Norvège. (Przymusowe ubezpieczenie na wypadek bezrobocia w Norwegii).

DIE ORTSKRANKENKASSE — dekada, Berlin. Nr. 25 z dn. 1 września.

Kriel: Die Mehrleistungen der Krankenversicherung. (Świadczenia dodatkowe w niemieckim ubezpieczeniu chorobowym — dok. z poprzedniego numeru).

Nr. 26 z dn. 11 września.

Jaeger, H.: Die Neuregelung des Familienrechts und die Familienwochenhilfe. (Reforma prawa familijnego a zagadnienie pomocy położniczej z ubezpieczenia na wypadek choroby).

Zichner, E.: Familienkrankenpflege und Unfallversicherung. (Pomoc lecznicza dla członków rodzin ubezpieczonych a ubezpieczenie wypadkowe).

Knobelsdorff A.: Sozialpolitische Rundschau des Auslandes. (Przegląd aktualnych zagadnień polityki społecznej zagranicą).

SOZIALE ZUKUNFT — miesięcznik, Berlin. Nr. 8, sierpień.

Sozialpolitische Probleme. (Aktualne zagadnienia polityki społecznej).

Soziale Arbeit in Betrieben. (Akcje społeczne w zakładach pracy).

DEUTSCHES ARBEITSRECHT — miesięcznik, Berlin. Nr. 9, wrzesień.

Zschucke: Neue Vorschriften zur Lenkung des Arbeitseinsatzes. (Nowe przepisy, dotyczące planowego oddziaływania na rynek pracy).

Franke R.: Wichtige Fragen des Urlaubsrechtes. (Ważne zagadnienia prawa urlopowego).

DIE SOZIALVERSICHERUNG — miesięcznik, Wiedeń. Nr 9, wrzesień.

Pavlu, R.: Das Dienstrecht der Sozialversicherungsbediensteten im Altreich und in Österreich. (Przepisy służbowe dla pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych w Niemczech i w Austrii).

Hammer, A.: Der Aufbau der deutschen Sozialversicherung. (Struktura ubezpieczeń społecznych w Niemczech).

Die Entwicklung der gewerblichen Sozialversicherung im ersten Halbjahr 1938. (Rozwój ubezpieczeń Społecznych w Austrii w pierwszym półroczu 1938 — specjalny dodatek do Nr 9 „Sozialversicherung").

LE ASSICURAZIONI SOCIALI — dwumiesięcznik, Rzym. Nr. 3 z 1938 r.

Niceforo A.: Rassegna demografica. Misure varie indicanti il decremento della mortalita italiana. (Przegląd danych demograficznych, wskazujących na zmniejszenie się śmiertelności we Włoszech).

Pergolesi F.: Il lavoro nelle constituzioni contemporance. (Zagadnienia pracy we współczesnych konstytucjach).

Agallopoulo C.: Le assicurazioni sociali in Grecia. (Ubezpieczenia społeczne w Grecji).

Moreira M. V.: L'abitazione operaia nel Portogallo. (Mieszkanie robotnicze w Portugalii).

LE MUSÉE SOCIAL — miesięcznik, Paryż Nr 6 z 1938 r.

Margarot M. J.: Organisation générale de la lutte antivénérienne dans la neuvième circonsciption de la France. (Organizacja walki z chorobami wenerycznymi w jednym z 10 okręgów, na które została podzielona Francja dla celów akcji zwalczania tych chorób).

PRZEGLĄD PRASY CODZIENNEJ.

Ekspress Lubelski z 18 września 1938 r. omawia w artykule p. t. „Wzrosły wpływy i ilość ubezpieczonych" sprawozdanie z działalności Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie za r. 1937. Recenzja podkreśla wzrost ilości ubezpieczonych w ciągu roku sprawozdawczego z 32,271 do 36,239 i wzrost przeciętnej składki ze zł. 4,23 na zł. 4,33 co wskazuje na wzrost przeciętnych zarobków. Sieć lekarzy domowych została zagęszczona przez zwiększenie ich liczby do 47, tj. o 10 osób. Cała działalność lecznicza doznała silnego wzrostu przy czym są rozpatrywane projekty zorganizowania własnego ambulatorium chirurgicznego i przychodni przeciwgruźliczej.

Nowy Kurier (Poznań) z 7 września rb. zawiera artykuł p. t. „Przejęcie Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych". Artykuł omawia w zarysie organizację agend Ubezpieczalni Krajowej w okresie lat 1918 — 1938 i przewidziany przez ustawę z r. 1938 system zrównoważenia ubezpieczenia emerytalnego robotników rolnych, które było pozbawione zdrowych podstaw finansowych.

Głos Narodu (Kraków) z 6 września rb. poświęca uwagę zagadnieniu wyłączenia pracowników samorządowych z powszechnego ubezpieczenia emerytalnego i na wypadek choroby i macierzyństwa. Artykuł zawiera dane z ankiety Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w r. 1937 na temat ilości wyłączeń pracowników samorządowych z ubezpieczenia powszechnego i stwierdza w konkluzji, że z punktu widzenia powszechności i jedności ubezpieczeń zasada dopuszczalności wyłączenia pracowników samorządowych jest niekorzystną.

Kurier Bałtycki (Gdynia) z 14 września 1938 r. omawia w artykule p. t. „Budujemy" rozbudowę Gdyni jako miasta i poświęca przy tym szczególną uwagę projektowanemu gmachowi admnistracyjnemu ubezpieczalni społecznej. Nastąpi skoncentrowanie w jednym miejscu agend ubezpieczalni, rozrzuconych dotychczas w różnych punktach miasta, co będzie z wielką korzyścią dla ubezpieczonych i dla sprawności administracyjnej instytucji.

W Głosie Częstochowskim z 25 sierpnia 1938 r. ogłoszono artykuł p. t. „Pięć milionów złotych przelał ZUS do skarbnicy zdrowia publicznego". Artykuł podkreśla z uznaniem działalność kolonijną Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i organizacyj społecznych, służących wytrwale akcji rozwoju działalności kolonijnej, ale stwierdza zarazem konieczność uświadamiania szerokich mas o podstawowych zasadach higieny, ażeby wysiłki instytucyj nie szły na marne skutkiem braku odpowiedniego nadzoru ze strony domu nad fizycznym i moralnym zdrowiem dziecka w okresie roku szkolnego.

Dobry Wieczór (Warszawa) z 17 września omawia w artykule p. t. „Instytut Medycyny Społecznej powstanie w Warszawie" projekt budowy Instytutu. Wobec wielkich braków szpitalnictwa w Polsce rola Instytutu zarówno ze względu na wielką ilość łóżek (1300), jak również ze względu na powiązanie działalności Instytutu z działalnością innych zakładów leczniczych i orzeczniczo-lekarskich, będzie bardzo wielka. W instytucie skupią się wszelkie prace naukowe z zakresu medycyny społecznej, będzie odbywać się przeszkolenie lekarzy, pielęgniarek i personelu administracyjnego. Będzie to wzorowy warsztat pracy klinicznej i naukowej.

Samorząd (Warszawa) z 11 września podaje w artykule p. t. „Lecznictwo sanatoryjne ubezpieczeń społecznych" dane z akcji sanatoryjnej w r. 1937, podkreślając rozszerzenie akcji w stosunku do lat uprzednich. Zarazem jednak wskazuje na braki, polegające na długim wyczekiwaniu chorych w kolejce na miejsce w sanatorium oraz zbyt krótki — w przypadkach gruźlicy — przeciętny okres pobytu chorych w sanatorium. Braki mają swe źródło w zbyt małej ilości łóżek. Pewną poprawę przyniesie niewątpliwie podjęta przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozbudowa sanatoriów.

Kurier Łódzki z 17 września poświęca krótką notatkę akcji leczniczo-wypoczynkowej dla robotników ubezpieczeń społecznych, prowadzonej często w porozumieniu z innymi czynnikami, która daje bardzo dobre rezultaty i powinna zostać w następnych latach rozbudowana.

Podobne omówienia tej akcji w formie reportażowej znajdujemy w *Głosie Częstochowskim* z 5 września p. t. „Z ogniem!... W takt marsza...", w *Kurierze Bałtyckim* z 11 września p. t. „Robotnicze obozy wypoczynkowe, trzecia fala nad morzem" i w *Ruchu Pracowniczym* z 5 września p. t. „Na obozach i koloniach wypoczynkowych".

Dziennik Bydgoski z 7 września i *Gazeta Pomorska* z 15 września zawierają reportaże z działalności kolonij dziecięcych, wskazując na wielkie korzyści natury sanitarnej i społecznej osiągane z tak pożytecznej akcji ubezpieczeń społecznych.

Kurier Mazowiecki z 6 września w artykule p. t. „Statystyka ubezpieczonych" omawia wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych „Statystyka ubezpieczonych za r. 1935". Po omówieniu kilku cyfr ważniejszych, podkreśla autor artykułu, że wyniki przeprowadzonych badań nad strukturą grup pracowników najemnych posiadają wartość nie tylko dla instytucji ubezpieczeń społecznych, ponieważ rzucają one równocześnie wiele światła na stosunki panujące na naszym rynku pracy.

Dobry Wieczór z 5 września zawiera reportażowy opis gabinetu pediatrycznego Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie na Kole, wskazując na dodatnie rezultaty pracy tego ośrodka dla ludności robotniczej, stanowiącej klientelę gabinetu. Podobny reportaż opisujący działalność poradni eugenicznej Ubezpieczalni Społecznej w Gdyni znajdujemy w *Jutrze Pracy* z 18 września.

Robotnik Polski z 17 września podaje opis działalności Wzorcowni urządzeń ochronnych i Poradni bezpieczeństwa pracy przy Muzeum Techniki i Przemysłu, stanowiącej fundację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Artykuł podkreśla, że powołanie do życia tej instytucji wypełniło dotkliwą lukę w akcji bezpieczeństwa pracy w Polsce, i wyraża nadzieję, że instytucja będzie spełniać w coraz szerszym zakresie powierzone sobie zadania.

RÉSUMÉ DES ARTICLES IMPORTANTS
INHALTSANGABE DER WICHTIGSTEN AUFSÄTZE

ST. SASORSKI.

„PROBLÈMES MÉDICAUX DES ASSURANCES SOCIALES". (RAPPORT, PRONONCÉ AU III-ME CONGRÈS D'EXPERTS DES ASSURANCES SOCIALES A VIENNE, LE 18 MAI 1938).

Une analise de deux tendances, entrant cesnstamment en collision dans le domaine de la thérapeutique d'assurances sociales, l'une portant un caractère libéral et individualiste et l'autre — un caractère coordinateur et social, — font l'objet des considérations préliminaires du rapport. Les bases et les modifications de l'état actuel de la thérapeutique d'assurances sociales en Pologne, la situation légale du corp médical des institutions d'assurances sociales — en constituent la suite. Les assurances sociales et leur activité sanitaire ne présentent qu'une des formes de pénétration des valeurs civilisateurs dans les classes économiquement faibles, agissant analogiquement au mouvement coopératiste, à l'action des loisirs ouvriers, construction des logements ouvriers, organisation du service sanitaire à la campagne, aide juridique aux travailleurs etc.

Les faits suscités prouvent la marche progressive du procès de la démocratisation, l'élimination des éléments de concurrence par ceux de coopération menant à la transformation de „l'état libéral capitaliste" en „état social travailleur".

Des nouveaux besoins et modifications des méthodes du travail sanitaire en relation avec le développement des recherches de laboratoire, de la rationalisation et la spécialisation de la médecine, ont pour conséquense l'expul-

ST. SASORSKI.

DIE ÄRZTLICHEN PROBLEME IN DER SOZIALVERSICHERUNG. (VORGETRAGEN IM DRITTEN INTERNATIONALEN KONGRESS DER SOZIALVERSICHERUNGSFACHLEUTE IN WIEN AM 18 MAI 1938).

Am Anfang führt der Verfasser allgemeine Bemerkungen über das Zusammenprallen zweier Tendenzen im Bereiche des Versicherungsheilverfahrens, an. Diese Tendenzen sind die liberal — individualistische und die koordinierend — sociale Tendenz. Der Ansicht des Verfassers nach, sind die Sozialversicherung und das Versicherungsheilwesen eine der Formen, die zur Übertragung zivilisatorischer Werte auf die wirtschaftlich schwachen Gesellschaftsschichten dienen, analog wie das Genossenschaftswesen, die Aktion für Freizeit und Erholung der Arbeiter, die Bauaktion der Arbeiterwohnungen, die Organisation des ärztlichen Dienstes auf dem Lande, die Organisation der rechtlichen Hilfe für die arbeitenden Massen u. s. w. Diese Erscheinungen sind Konsequenzen des sich entwikkelnden Prozesses der Demokratisation, der Beseitigung der Elemente der Konkurenz durch das Mitwirken und das Umwandeln „des liberalen Kapitalstaates in den Sozialstaat der Arbeit". Neue Bedürfnisse und Umwandlungen in den Methoden der ärztlichen Arbeit, in Verbindung mit der Entwicklung der laboratorischen Untersuchungen, mit der Mechanisation und der Spezialisation in der Medizin, haben die Beseitigung der indiwidualistischen Art der ärztlichen Arbeit zur Folge und führen immer mehr in die ärzt-

sion des méthodes individualistes du travail des médecins et tentent à introduire peu à peu dans ce domaine l'élément de coordination et par conséquent — de subordination.

L'auteur expose ensuite l'évolution, qui s'est produite au cours de 20 années dernières dans les cercles de médecins polonais, dont l'indifférence, ou même négation totale de la thérapeutique d'assurances sociales s'est transformée progressivement. On trouve à présent entre eux des partisans persuadés des assurances sociales, ayant leur propre et large idée du service sanitaire universel. La période de lutte était pleine de discussions chaleureuses qui ont heureusement amené à la conclusion souhaitée et démontrèrent clairement, qu'il y avait toujours en Pologne un groupe de médecins éminents, qui dès le commencement de la discussion, ont pris la défense des assurances sociales et de leur service sanitaire.

Dans la troisième partie de son rapport l'auteur expose l'évolution de l'organisation du service médical d'assurances sociales en Pologne, se fondant sur l'article de M. le dr. J. Szumski, publié dans les N 7 et 8 de la „Revue d'Assurances Sociales" de l'année courante; il décrit les bases légales et tendences générales des assurances. L'auteur évalue le système du médecin domestique, — introduit dernièrement en Pologne, — comme une idée de première importance, mais difficile à réaliser dans les conditions actuelles.

Toutefois on peut trouver un nombre considérable de médecins - adeptes de ces idées organisatrices, ce qui n'exclue point le fait que ces idées sont aussi critiquées par d'autres médecins, qui aimeraient conserver le système de cabinets privés, le principe de choix libre du médecin et de travail collectif dans des dispensaires.

Quant aux relations légales avec les institutions d'assurances sociales trois problèmes litigieux s'y présentent, à savoir: quel type de contrat de services devrait exister pour les médecins des institutions d'assurances sociales — si c'est le contrat de travail, celui de mandat ou bien un contrat „innominé", non prévu dans les dispositions relatives aux services des médecins, quels droits doivent être réservés aux médecins en chef en matière de la normalisation des problèmes personnels et quel doit être le caractère et les limites de l'ingérence des organisations professionnelles.

L'auteur signale, qu'une polémique acharnée est en train de se développer dans certains cercles des médecins, qui met en évidence les opinions et les partis pris, mais n'a pas jusqu'à présent amené à éliminer les différences. Par conséquent les relations du travail entre les médecins et les institutions d'assurances sociales sont normalisés provisoirement à la base des accords collectifs de travail.

L'auteur constate enfin, qu'en Pologne aussi bien qu'en d'autres pays, qui ont résolu la question d'une façon différente, on peut observer une évolution positive, ayant un aspect tout à fait différent de l'état, que l'enquête internationale publiée par le dr. Korkisch en 1926, définissait comme une „lutte des médecins contre les caisses-maladie".

Grâce à cette évolution sérieuse le corps médical se met à la tête des societés travailleuses, en constituant en même temps une des bases principales des assurance sociales.

lichen Verhältnisse die Elemente der Koordination und der Subordination ein.

In weiteren Ausführungen stellt der Verfasser skizzenartig die Evolution, welche in letzten 20 Jahren in den polnischen ärztlichen Kreisen zu Stande kam, dar. Diese Kreise, anfangs neutral, oder sogar feindlich dem Versicherungsheilwesen sich entgegenstellend, gingen zu einer gänzlichen Affirmation der Sozialversicherung und des von ihr organisierten Heilwesens über, und sogar zu einer eigenen Konstruktion der Idee eines allgemeinen Gesundheitsdienstes. Im Laufe dieser Jahre fand in den ärztlichen Kreisen ein heisser Austausch der Ideen statt, wobei sich viele hervorragenden Ärzte gleich vom Anfang an zu Gunsten der Sozialversicherung und ihres Heilwesens aussprachen.

Im dritten Teil des Aufsatzes schildert der Verfasser die Evolution der Organisation des Versicherungsheilwesens in Polen, wobei er seine Ausführungen auf der in den Nummern 7 und 8 l. J. des „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" veröffentlichten Arbeit des dr. J. Szumski stützt, gibt die Charakteristik der rechtlichen Grundlagen und Grundideen dieser Organisation an. Das letztens eingeführte System des s. g. Hausarztes bezeichnet der Verfasser als eine sehr wichtige, aber eine in jetzigen Verhältnissen schwer zu realisierende Idee.

Jedenfalls bestätigt der Verfasser, dass unter den Ärzten viele Anhänger dieses Systems existieren. Zugleich gibt es aber viele Gegner dieses Systems, welche sich für das Kabinett-system, für eine bechränkte Ärztewahl und für die gemeinsame Arbeit in kleineren oder grösseren Ambulatorien aussprechen.

Was das rechtliche Verhältniss der Ärzte zu den Sozialversicherunganstalten anbelangt, existieren, der Ansicht des Verfassers nach, drei strittige Hauptfragen: 1) was für ein Vertragtypus die Ärzte mit den Anstalten verbinden soll, ein Arbeitsvertrag, ein Auftragsvertrag oder aber ein in den Rechtsnormen näher nicht angeführter Dienstvertrag, „contractus innominatus"; 2) welche Rechte den Ihefärzten der Anstalten, was die Regulierung der ärztlichen Personalsachen anbelangt, zustehen sollen, und 3) in Verbindung mit dem unter 2) angeführten Problem wie weit kann die Ingerenz der ärztlichen Berufskörperschaften reichen. Der Verfasser gibt an, dass in diesen Problemen, in der ärztlichen und in der Versicherungspublizistik ein Meinungsaustausch stattfindet, welcher die Stellungnahme einzelner interessierten Faktoren klarmacht, jedoch die Gegenseitigkeiten nicht beseitigt. Infolge dieser Zustände wird das Verhältniss zwischen den Ärzten und den Versicherungsanstalten auf dem Wege provisorischer Verträge geregelt.

Am Ende stellt der Verfasser fest, das nicht nur in Polen, aber auch in anderen Ländern, welche andere Lösungen wie Polen annahmen, eine positive Evolution der Verhältnisse atattfindet. Die Verhältnisse sind schon weit von dem Zustand entfernt, welchen im J. 1926 Dr Korkisch auf Grund einer internationalen Enquete, als einen Kampf der Ärzte gegen die Krankenkassen kennzeichnete. Dank dieser wichtigen Evolution, stellen sich die Ärzte an die Spitze der Gesellschaft, in deren Mitte sie arbeiten, und erfüllen ihre Pflichten mit grossem Nutzen für die Sozialversicherung, für welche sie einen der Hauptpfeiler bilden.

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 czerwca 1937 r.	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]	338 700 [c]	336 000 [c]	2 097 700 [c]
„ „ marca „	466 145	1 963 418	1 627 000 [c]	342 500 [c]	339 700 [c]	2 189 000 [c]
„ „ kwietnia „	466 410	2 038 789	1 696 730	343 419	340 413	2 272 713
„ „ maja „	466 820	2 160 437	1 814 000 [c]	348 000 [c]	345 000 [c]	2 396 700 [c]
„ „ czerwca „	465 747	2 229 702	1 879 100 [c]	352 100 [c]	349 200 [c]	2 468 900 [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.	**325 237**	**119 159**	**69 845**	**59 505**	**19 438**	**57 290**	**48 275 [e]**	**9 015 [e]**
w maju 1937 r.	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
„ marcu „	29 437	9 478	6 494	6 387	1 989	5 089	4 029	1 060
„ kwietniu „	30 895	9 983	7 341	6 559	1 953	5 059	4 357	702
„ maju „	31 588	11 967*	7 129*	5 482	1 797	5 213	4 870*	343
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.	**333 715**	**121 613**	**68 230**	**63 993**	**20 551**	**59 335**	**51 420**	**7 915**
w maju 1937 r.	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
„ marcu „	32 229	10 923	7 070	6 805	2 508	4 923	4 441	482
„ kwietniu „	30 270	10 128	6 943	6 383	1 951	4 865	4 437	428
„ maju „	31 245	11 929	7 002	5 518	1 807	4 989	4 653	336

Patrz uwagi na stronie następnej.

Wyszczególnienie	1937 VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	1938 I	II	III	IV	V	VI
Ubezpieczenie na wypadek choroby [a]	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
1. *Ogółem* [g]	*7 375*	*8 305*	*8 027*	*8 155*	*8 340*	*8 644*	*12 865*	*7 902*	*8 600*	*9 042*	*8 661*	*9 000*	*8 914*
2. opieka lekarska	2 448	2 678	2 666	2 705	2 695	2 688	3 591	2 535	2 700	2 723	2 728	2 762	2 776
3. środki leczn. i pomocn.	1 233	1 284	1 269	1 300	1 413	1 423	1 762	1 337	1 402	1 466	1 476	1 542	1 409
4. szpitale i zakł. leczn.	2 072	2 113	1 973	2 074	2 212	2 459	3 628	2 028	2 612	2 658	2 538	2 626	2 588
5. zasiłki pieniężne	1 249	1 382	1 391	1 449	1 601	1 650	1 796	1 787	1 571	1 733	1 556	1 599	1 551
6. lecz. w bratnich ubezp.	83	86	101	121	108	168	234	57	129	220	174	206	154
7. profilakt. i cele sanit.	290	762	627	506	311	256	1 854	158	186	242	189	265	436
	Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)												
8. Porady lekarskie ogół.	1 508,5	1 515,7	1 513,1	1 578,8	1 664,0	1 677,1	1 659,1	1 664,2	1 618,2	1 843,7	1 622,5	1 835,3	1 650,2
9. „ lekarzy dom.	1 103,7	1 117,6	1 118,8	1 141,9	1 195,0	1 221,6	1 226,1	1 220,9	1 170,2	1 323,4	1 178,6	1 335,3	1 186,4
10. „ „ specjal.	404,8	398,1	394,3	436,9	469,0	455,5	433,0	443,3	448,0	520,3	443,9	500,0	463,8
11. Zabiegi dentystyczne	117,8	106,7	129,8	136,1	143,6	146,1	135,2	138,7	134,7	153,8	123,9	142,6	120,1
12. Leki i środki opatrunk.	1 678,4	1 723,9	1 752,8	1 859,0	1 934,1	1 998,9	2 106,4	1 973,0	1 945,8	2 142,2	1 892,6	2 063,0	1 866,8
13. Zabiegi fizyko-terap.	129,6	100,9	100,5	133,1	170,3	192,0	183,7	210,2	229,0	253,8	184,0	187,6	147,7
14. „ rentgenowskie	38,9	33,8	32,8	37,8	40,2	40,3	38,2	44,6	44,8	52,5	44,6	50,0	46,6
15. Przekazy do szpitali [h]	15,5	16,6	17,3	18,3	17,4	17,0	16,0	16,7	15,2	17,9	15,3	18,4	17,8
16. Przyrost chorych we własnych szpitalach [i]	5,4	5,5	5,6	5,6	5,5	5,4	5,6	6,0	5,5	6,2	5,6	6,4	6,4
17. Dni szpitalne [j]	80,2	76,3	80,8	81,2	83,9	82,0	87,0	90,9	87,7	96,5	86,5	98,9	101,0
18. Dni zasiłkowe [k]	1 055,0	1 118,1	1 060,0	1 202,5	1 314,5	1 217,4	1 445,0	1 337,7	1 142,5	1 291,3	1 128,8	1 189,8	1 117,4
19. Zasiłki pogrzebowe	3,1	3,4	3,3	3,4	3,4	3,2	3,3	2,9	2,5	3,1	3,0	3,2	3,2
Ubezpieczenie emeryt. robotników [l]	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
20. *Ogółem*	*1 741*	*1 753*	*1 639*	*1 764*	*1 821*	*1 908*	*1 928*	*1 890*	*1 834*	*1 862*	*1 958*	*1 981*	*2 020*
21. renty	877	872	822	832	896	1 000	955	1 035	959	972	1 011	1 063	1 113
22. zaopatrzenia	795	816	816	815	855	842	868	854	874	868	884	861	886
23. świadcz. jednorazowe [m]	69	65	1	117	70	66	105	1	1	22	63	57	21
	Liczby wypłaconych świadczeń												
24. Renty	45 919	46 244	46 142	45 914	46 108	46 407	46 700	47 160	47 337	47 759	48 843	50 440	50 843
25. zaopatrzenia	38 468	38 941	39 352	39 776	40 421	40 763	41 248	41 443	41 828	41 931	42 402	42 663	42 953
26. świadcz. jednorazowe [m]	618	575	.	.	.	.	766	21	9	196	.	.	.
Ubezpieczenie pracowników umysłow.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
27. *Ogółem*	*4 396*	*4 370*	*4 342*	*4 383*	*4 608*	*4 471*	*4 638*	*4 437*	*4 589*	*4 678*	*4 669*	*4 546*	*3 960*
28. renty	3 475	3 469	3 493	3 512	3 653	3 586	3 628	3 670	3 693	3 731	3 763	3 645	3 774
29. zaopatrzenia [n]	107	109	124	115	115	113	112	116	116	112	107	118	117
30. świadcz. jednorazowe [o]	150	136	121	96	187	136	125	125	122	97	102	135	69
31. zasiłki bezrobotnych	705	656	604	660	653	636	773	526	658	738	697	648	614
	Liczby wypłaconych świadczeń												
32. Renty	28 286	28 559	28 348	28 742	29 216	29 505	29 875	29 734	30 000	30 563	30 809	31 080	31 301
33. zaopatrzenia [n]	2 198	2 195	2 216	2 217	2 238	2 252	2 256	2 269	2 272	2 264	2 661	2 269	2 271
34. świadcz. jednorazowe [o]	152	114	107	95	201	120	161	139	133	.	127	.	.
35. Zasiłki z powodu braku pracy	9 719	9 072	8 374	9 196	9 281	9 244	11 032	8 062	9 529	10 714	10 180	9 317	8 930
36. Bezrobotni, którym wypłacono zasiłki [p]	8 433	7 787	7 286	7 804	7 985	7 918	9 020	6 829	8 160	9 071	8 855	8 213	7 788
Ubezpiecz. od wypadk.	**Świadczenia** (w tysiącach złotych)												
37. *Ogółem*	*4 140*	*4 082*	*4 116*	*4 220*	*4 022*	*4 132*	*4 436*	*3 756*	*3 964*	*4 397*	*4 415*	*4 400*	*4 125*
38. renty	3 897	3 828	3 928	3 865	3 877	3 846	4 042	3 645	2 821	4 101	4 093	4 074	3 911
39. świadcz. jedn. i rzecz. [r]	243	254	188	355	145	266	394	111	143	296	322	326	214
	Liczby wypłaconych świadczeń												
40. Renty	119845	120193	120581	121477	122309	122648	123291	123992	124412	125831	126302	126264	126560
41. Świadcz. jednoraz. [s]	107	98	65	90	112	83	111	67	84	120	122	78	80

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. *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 — VI 1938

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy [a]	Ubezpieczeni na wypadek choroby		
			Razem	robotnicy	pracownicy umysłowi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Ogółem	**465 747**	**2 229 702**	**1 907 676**	**322 026**
	woj. centralne	*209 690*	*1 111 447*	*953 430*	*158 017*
	woj. warszawskie				
1	Ciechanów	3 660	13 385	11 316	2 069
2	Kutno	4 384	24 213	21 653	2 560
3	Płock	3 839	14 679	12 772	1 907
4	Warszawa	89 843	391 653	312 926	78 727
5	Żyrardów	4 115	23 257	21 102	2 155
	woj. łódzkie				
6	Łódź	29 569	195 355	175 006	20 349
7	Pabianice	4 525	29 623	27 638	1 985
8	Piotrków	3 532	21 135	18 979	2 156
9	Tomaszów Mazowiecki	2 848	24 186	22 193	1 993
	woj. kieleckie				
10	Częstochowa	7 277	51 603	47 715	3 888
11	Kielce	5 623	30 036	25 864	4 172
12	Ostrowiec	2 257	25 104	22 508	2 596
13	Radom	5 483	31 501	27 896	3 605
14	Sosnowiec	11 873	91 402	82 802	8 600
	woj. lubelskie				
15	Lublin	10 159	49 124	41 929	7 195
16	Siedlce	3 178	11 265	8 845	2 420
17	Zamość	3 267	15 557	13 202	2 355
	woj. białostockie				
18	Białystok	6 210	37 098	32 178	4 920
19	Grodno	4 738	19 910	16 951	2 959
20	Łomża	3 310	11 361	9 955	1 406
	woj. wschodnie	*38 307*	*185 949*	*153 387*	*32 562*
	woj. wileńskie				
21	Wilno	13 389	53 074	41 999	11 075
	woj. nowogródzkie				
22	Baranowicze	3 451	15 657	13 014	2 643
23	Lida	3 068	14 489	11 858	2 631
	woj. poleskie				
24	Brześć	4 157	20 494	16 707	3 787
25	Pińsk	1 925	14 215	12 227	1 988
	woj. wołyńskie				
26	Łuck	5 324	23 305	18 816	4 489
27	Równe	6 993	44 715	38 766	5 949

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	*81 153*	*354 171*	*296 530*	*57 641*
	woj. poznańskie				
28	Gniezno	4 475	15 116	13 070	2 046
29	Grodzisk	3 435	11 931	10 414	1 517
30	Kalisz [b]	5 234	19 446	16 908	2 538
31	Leszno	3 539	11 153	9 715	1 438
32	Ostrów	5 459	17 804	15 568	2 236
33	Poznań	17 840	81 652	63 381	18 271
34	Oborniki	4 047	15 410	13 513	1 897
	woj. pomorskie				
35	Bydgoszcz	7 782	42 538	36 331	6 207
36	Gdynia	5 493	35 097	28 893	6 204
37	Grudziądz	6 116	26 192	22 396	3 796
38	Inowrocław	2 824	12 090	10 569	1 521
39	Tczew	5 852	25 117	21 640	3 477
40	Toruń	4 543	20 976	17 015	3 961
41	Włocławek [b]	4 514	19 649	17 117	2 532
	woj. południowe	*129 431*	*532 971*	*463 907*	*69 064*
	woj. krakowskie				
42	Biała	6 165	34 893	31 947	2 946
43	Chrzanów	2 951	25 611	23 809	1 802
44	Kraków	26 786	97 103	83 003	14 100
45	Nowy Sącz	5 875	29 450	26 815	2 635
46	Zakopane	3 264	14 253	12 774	1 479
47	Tarnów	5 497	20 560	17 996	2 564
	woj. lwowskie				
48	Drohobycz	6 028	28 299	24 810	3 489
49	Krosno	3 379	19 706	17 735	1 971
50	Lwów	27 256	91 621	74 370	17 251
51	Przemyśl	6 690	23 677	20 666	3 011
52	Rzeszów	4 180	18 756	16 644	2 112
53	Tarnobrzeg	2 206	20 187	18 272	1 915
	woj. stanisławowskie				
54	Kołomyja	3 681	15 069	13 176	1 893
55	Stanisławów	6 134	23 392	20 571	2 821
56	Stryj	4 869	27 073	24 815	2 258
	woj. tarnoposkie				
57	Brzeżany	2 990	7 251	5 991	1 260
58	Czortków	3 694	12 396	10 300	2 096
59	Tarnopol	4 083	11 900	10 070	1 830
60	Złoczów	3 703	11 774	10 143	1 631
	Śląsk Cieszyński	*7 166*	*45 164*	*40 422*	*4 742*
61	Bielsko	7 166	45 164	40 422	4 742

a Liczba zakładów pracy, których pracownicy są indywidualnie ubezpieczeni w ubezpieczalniach społecznych.
b przed 1. IV. 1938 r. w województwach centralnych.

Źródło. Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Przypis składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w m-cu maju 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	**31 245 157**	**11 967 293**	**7 128 897**	**5 481 425**	**1 797 164**	**4 870 378**
	%	*100,0*	*38,3*	*22,8*	*17,5*	*5,8*	*15,6*
	woj. centralne	*16 707 552*	*6 838 379*	*4 266 846*	*2 666 744*	*857 599*	*2 047 984*
	%	*100,0*	*40,9*	*25,5*	*16,0*	*5,3*	*12,3*
	woj. warszawskie						
1	Ciechanów	103 947	44 136	23 295	19 127	5 955	11 434
2	Kutno	208 152	90 437	55 616	29 138	9 276	23 685
3	Płock	117 423	49 476	25 761	20 752	6 453	14 981
4	Warszawa	7 128 209	2 847 550	1 546 902	1 456 330	490 481	786 946
5	Żyrardów	258 618	113 927	73 713	30 948	9 990	30 040
	woj. łódzkie						
6	Łódź	3 093 687	1 394 666	899 382	369 039	123 224	307 376
7	Pabianice	361 555	167 087	119 179	29 822	9 713	35 754
8	Piotrków	231 411	100 575	61 521	33 331	10 480	25 504
9	Tomaszów Maz.	292 874	130 100	89 698	29 186	9 441	34 449
	woj. kieleckie						
10	Częstochowa	579 465	248 896	175 498	54 947	17 963	82 161
11	Kielce	292 120	120 933	68 092	43 462	13 609	46 024
12	Ostrowiec	601 660	222 750	188 924	77 190	26 124	86 672
13	Radom	513 860	135 296	178 729	79 819	25 770	94 246
14	Sosnowiec	1 586 152	622 704	455 138	156 470	55 033	296 807
	woj. lubelskie						
15	Lublin	457 168	185 324	102 554	85 591	26 955	56 744
16	Siedlce	112 160	46 806	22 014	23 936	7 427	11 977
17	Zamość	134 483	53 863	26 866	27 537	8 659	17 558
	woj. białostockie						
18	Białystok	387 887	162 534	95 066	58 324	18 140	53 823
19	Grodno	168 257	69 132	40 989	27 598	8 529	22 009
20	Łomża	78 464	32 187	17 909	14 197	4 377	9 794
	woj. wschodnie	*1 693 131*	*696 822*	*335 493*	*336 215*	*102 948*	*221 653*
	%	*100,0*	*41,2*	*19,8*	*19,8*	*6,1*	*13,1*
	woj. wileńskie						
21	Wilno	492 429	206 717	94 369	106 718	33 174	51 451
	woj. nowogródzkie						
22	Baranowicze	151 003	60 569	28 908	31 361	9 669	20 496
23	Lida	124 169	50 380	23 420	28 422	7 465	14 482
	woj. poleskie						
24	Brześć	212 557	90 775	48 068	35 044	10 921	27 749
25	Pińsk	124 895	51 384	26 550	22 101	6 869	17 991
	woj. wołyńskie						
26	Łuck	201 325	84 023	36 160	43 479	13 414	24 249
27	Równe	386 753	152 974	78 018	69 090	21 436	65 235

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	*4 445 081*	*1 759 030*	*968 482*	*827 659*	*266 219*	*623 691*
	%	*100,0*	*39,6*	*21,8*	*18,6*	*6,0*	*14,0*
	woj. poznańskie						
28	Gniezno	154 228	58 049	33 008	28 787	9 122	25 262
29	Grodzisk	111 996	44 738	25 244	22 595	7 081	12 338
30	Kalisz	174 083	74 971	41 795	29 184	9 156	18 977
31	Leszno	105 885	35 535	23 841	27 134	8 487	10 888
32	Oborniki	150 265	59 647	33 570	29 569	9 285	18 194
33	Ostrów	196 665	68 199	39 334	29 967	9 306	49 859
34	Poznań	1 197 338	496 996	249 502	244 697	80 475	123 668
	woj. pomorskie						
35	Bydgoszcz	530 821	210 638	127 277	89 881	28 761	74 264
36	Gdynia	713 728	266 342	157 769	127 498	41 334	120 785
37	Grudziądz	258 304	104 110	55 127	45 690	14 497	38 880
38	Inowrocław	159 883	57 050	34 844	29 427	9 463	29 099
39	Tczew	251 362	98 113	51 526	44 078	14 203	43 442
40	Toruń	245 513	99 786	47 923	47 876	15 026	34 902
41	Włocławek	195 010	82 856	47 722	31 276	10 023	23 133
	woj. południowe	*5 738 069*	*2 397 777*	*1 382 130*	*896 104*	*286 801*	*775 257*
	%	*100,0*	*41,8*	*24,1*	*15,6*	*5,0*	*13,5*
	woj. krakowskie						
42	Biała	387 417	164 224	108 203	46 652	14 947	53 391
43	Chrzanów	413 083	162 839	115 981	41 730	14 208	78 325
44	Kraków	1 185 254	518 804	289 925	180 579	57 836	138 110
45	Nowy Sącz	237 792	98 929	64 325	30 462	9 641	34 435
46	Tarnów	232 973	98 987	58 810	34 686	11 322	29 168
47	Zakopane	101 251	41 445	21 853	17 018	4 946	15 989
	woj. lwowskie						
48	Drohobycz	437 951	169 797	102 453	57 790	18 943	88 968
49	Krosno	209 284	86 575	55 686	27 012	8 711	31 300
50	Lwów	1 127 283	481 283	230 846	228 619	74 017	112 518
51	Przemyśl	175 429	70 075	40 575	34 124	10 653	20 002
52	Rzeszów	142 703	59 632	34 355	23 732	7 382	17 602
53	Tarnobrzeg	195 985	78 971	51 159	24 387	7 731	33 737
	woj. stanisławowskie						
54	Kołomyja	102 393	43 138	23 500	18 247	5 594	11 914
55	Stanisławów	198 499	84 736	47 677	30 128	9 444	26 514
56	Stryj	279 702	110 956	73 377	34 608	10 947	49 814
	woj. tarnopolskie						
57	Brzeżany	49 593	20 340	8 655	11 914	3 666	5 018
58	Czortków	85 540	36 201	19 451	16 653	5 135	8 100
59	Tarnopol	90 571	37 260	17 745	19 932	6 142	9 492
60	Złoczów	85 366	33 585	17 554	17 831	5 536	10 860
	woj. śląskie	*2 661 324*	*275 285*	*175 946*	*754 703*	*253 597*	*1 201 793*
	%	*100,0*	*10,3*	*6,6*	*28,4*	*9,5*	*45,2*
61	Bielsko	645 692	275 285	175 946	80 816	26 271	87 374
62	Oddz. Z. U. S. w Chorzowie	2 015 632	—	—	673 887	227 326	1 114 419

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 maju 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 .	**30 908 736**	**11 928 704**	**7 002 128**	**5 518 336**	**1 806 628**	**4 652 940**
	%	*100,0*	*38,6*	*22,6*	*17,9*	*5,8*	*15,0*
	woj. centralne .	*16 733 849*	*6 852 724*	*4 250 350*	*2 707 155*	*906 116*	*2 023 504*
	%	*100,0*	*40,9*	*25,4*	*16,2*	*5,4*	*12,1*
	woj. warszawskie						
1	Ciechanów . . .	99 609	42 379	22 340	18 309	5 706	10 875
2	Kutno	212 433	92 894	56 324	30 149	9 583	23 483
3	Płock	102 742	43 748	22 363	18 017	5 598	13 016
4	Warszawa . . .	7 363 366	2 948 611	1 582 300	1 517 918	509 831	804 706
5	Żyrardów . . .	256 058	112 770	72 881	30 936	9 987	29 484
	woj. łódzkie						
6	Łódź	3 171 367	1 435 439	916 263	380 755	127 135	311 775
7	Pabianice . . .	321 928	127 737	118 398	30 227	9 848	35 718
8	Piotrków . . .	243 441	105 135	64 949	35 343	11 163	26 851
9	Tomaszów Maz. . .	296 823	132 209	91 141	29 751	9 621	34 101
	woj. kieleckie						
10	Częstochowa . .	564 268	242 797	170 754	54 210	17 727	78 780
11	Kielce	280 998	115 794	65 187	42 864	13 419	43 734
12	Ostrowiec . . .	540 765	200 773	170 874	68 144	23 117	77 857
13	Radom . . .	492 462	131 274	171 046	77 203	24 921	88 018
14	Sosnowiec . . .	1 523 488	597 786	436 905	151 074	53 082	284 641
	woj. lubelskie						
15	Lublin	436 595	177 555	97 350	82 526	25 975	53 189
16	Siedlce . . .	93 899	41 143	17 767	19 302	5 989	9 698
17	Zamość . . .	107 067	43 865	21 046	21 528	6 745	13 883
	woj. białostockie						
18	Białystok . . .	389 520	162 737	95 970	58 823	18 297	53 693
19	Grodno . . .	167 057	68 653	40 770	27 632	8 534	21 468
20	Łomża . . .	69 963	29 425	15 722	12 444	3 838	8 534
	woj. wschodnie .	*1 628 811*	*673 469*	*322 888*	*322 549*	*100 050*	*209 855*
	%	*100,0*	*41,3*	*19,8*	*19,8*	*6,2*	*12,9*
	woj. wileńskie						
21	Wilno	506 590	214 863	96 852	109 846	34 142	50 887
	woj. nowogródzkie						
22	Baranowicze . .	113 268	46 541	21 294	22 929	7 065	15 439
23	Lida	107 955	43 862	20 333	23 857	7 362	12 541
	woj. poleskie						
24	Brześć	204 326	87 344	45 916	34 341	10 696	26 029
25	Pińsk	131 663	53 744	28 099	23 655	7 359	18 806
	woj. wołyńskie						
26	Łuck	176 207	74 221	31 400	37 914	11 698	20 974
27	Równe . . .	388 802	152 894	78 994	70 007	21 728	65 179

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	*4 501 913*	*1 775 452*	*954 590*	*831 893*	*266 943*	*673 035*
	%	*100,0*	*39,4*	*21,2*	*18,5*	*5,9*	*15,0*
	woj. poznańskie						
28	Gniezno	160 142	66 818	31 706	28 081	8 898	24 639
29	Grodzisk	111 329	44 842	24 730	22 563	7 019	12 175
30	Kalisz	173 279	75 128	41 385	29 391	9 218	18 157
31	Leszno	113 157	37 904	23 879	27 476	8 592	15 306
32	Ostrów	136 123	54 917	29 963	26 981	8 000	16 262
33	Poznań	184 235	77 569	39 786	32 042	9 952	24 886
34	Oborniki	1 329 329	532 638	263 002	264 969	86 901	181 819
	woj. pomorskie						
35	Bydgoszcz	555 696	205 281	124 189	88 976	28 467	108 783
36	Gdynia	668 566	250 324	147 155	118 926	38 569	113 592
37	Grudziądz	250 510	100 608	53 385	44 626	14 160	37 731
38	Inowrocław	139 537	54 055	32 389	27 338	8 792	16 963
39	Tczew	242 463	93 083	48 582	41 657	13 414	45 727
40	Toruń	246 980	101 572	47 790	48 022	15 078	34 518
41	Włocławek	190 567	80 713	46 649	30 845	9 883	22 477
	woj. południowe	*5 555 108*	*2 356 808*	*1 303 716*	*874 995*	*280 064*	*739 525*
	%	*100,0*	*42,4*	*23,5*	*15,8*	*5,0*	*13,3*
	woj. krakowskie						
42	Biała	429 855	180 977	120 221	52 628	16 838	59 191
43	Chrzanów	396 534	156 592	111 185	40 059	13 637	75 061
44	Kraków	1 133 497	501 007	267 384	176 021	56 389	132 696
45	Nowy Sącz	224 573	94 239	60 330	28 796	9 115	32 093
46	Zakopane	220 772	94 049	55 653	32 884	10 720	27 466
47	Tarnów	100 493	41 474	21 991	16 931	4 917	15 180
	woj. lwowskie						
48	Drohobycz	423 169	164 372	99 334	56 470	18 515	84 478
49	Krosno	188 129	78 980	49 543	23 983	7 727	27 896
50	Lwów	1 075 261	473 290	200 518	223 896	72 503	105 054
51	Przemyśl	194 188	78 071	45 278	37 625	11 709	21 505
52	Rzeszów	140 217	58 224	33 538	24 034	7 571	16 850
53	Tarnobrzeg	169 702	75 032	41 940	18 841	5 982	27 907
	woj. stanisławowskie						
54	Kołomyja	94 917	39 728	21 914	17 114	5 255	10 906
55	Stanisławów	185 746	82 215	43 310	27 522	8 628	24 071
56	Stryj	264 983	106 066	69 099	32 670	10 333	46 815
	woj. tarnopolskie						
57	Brzeżany	46 081	18 816	8 186	11 041	3 397	4 641
58	Czortków	79 157	33 817	17 799	15 465	4 769	7 307
59	Tarnopol	102 606	44 850	19 589	21 416	6 600	10 151
60	Złoczów	85 228	35 009	16 904	17 599	5 459	10 257
	woj. śląskie	*2 459 055*	*270 251*	*170 584*	*781 744*	*259 455*	*1 007 021*
	%	*100,0*	*10,9*	*6,8*	*31,4*	*10,4*	*40,5*
61	Bielsko	630 983	270 251	170 584	78 705	25 581	85 862
62	Oddz. Z. U. S. w Chorzowie	1 858 072	—	—	703 039	233 874	921 159

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

VII 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano [a]			Wypłacono	
	rent, odpraw, zasiłków, zaopatrzeń i zapomóg	na sumę [b] (w złotych)	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I—VII	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem					**1 968 985,71**
I. Z ustawy austr. o urządzeniu stosunków bractw górniczych (z dn. 23.VII 1889 r.) — Renty górników i hutników przejęte przez Z. U. S. z małopolskich Kas Brackich:					
Renty inwalidzkie	14	302,06	25,00 [c]	3 101	78 231,03
„ wdowie	21	282,87	12,50 [c]	1 812	27 597,75
„ sierot niezupełnych	4		6,25 [c]	951	
„ „ zupełnych	17	118,75	12,50 [c]	192	2 900,00
„ wstępnych	—	—		4	25,00
Odprawy wdowie	2	900,00	450,00	2	900,00
Zasiłki pogrzebowe	23	1 150,00	49,69	23	1 150,00
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	250	7 902,20	27,27	23 423	591 329,34
„ starcze	32	587,80	19,38	2 696	54 110,27
„ wdowie	126	1 478,55	10,23	8 972	106 605,86
„ sieroce	88	787,30	6,50	5 797	27 152,18
Odprawy wdowie	1	360,00	13,50	1	360,00
„ sieroce	.	.		—	—
III. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym (z dn. 28 marca 1933 r.):					
Zaopatrzenia inwalidzkie	493	9 847,90	20,00 [c]	39 820	832 899,43
„ wdowie	110	1 279,00	10,00 [c]	3 017	38 649,13
„ sierot niezupełnych	36		4,00 [c]	423	
„ „ zupełnych			7,00 [c]		
Renty inwalidzkie	441	12 114,43	27,52	2 127	104 750,52
„ wdowie	30	1 265,64	.	101	11 121,99
„ sierot niezupełnych	92		.	460	
„ sierot zupełnych			.		
Jednorazowe zapomogi pośmiertne	.	.	.	.	65 534,89
IV. Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego:					
Renty inwalidzkie	1	19,80	14,43	612	12 333,64
„ wdowie	6	71,66	11,05	954	12 634,09
„ sierot niezupełnych				13	
„ „ zupełnych	—	—		86	700,59

[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.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne pracowników umysłowych

VII 1938

Rodzaj świadczenia	Wypłacono	
	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem		**3 947 590,71**
Renty inwalidzkie [a]	12 870	2 133 540,65
„ starcze [a]	4 263	641 195,37
„ wdowie	7 585	873 868,21
„ sieroce	5 538	
Renty z umowy polsko-niemieckiej		
„ inwalidzkie [a]	605	53 626,62
„ starcze [a]	154	11 931,30
„ wdowie	275	13 581,26
„ sierot niezupełnych	153	2 474,10
„ „ zupełnych	18	1 198,60
Zaopatrzenia starcze	1 931	104 525,00
„ wdowie	323	10 480,00
„ sieroce	23	370,00
Jednorazowe odprawy	111	84 032,00
Zasiłki pogrzebowe	54	16 767,60

[a] Łącznie z dodatkami na dzieci i bezradności.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych

VII 1938

Województwa	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki	Liczba wypłaconych zasiłków miesięcznych *a*	Kwoty wypłaconych zasiłków (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość zasiłku I—VII
Ogółem	**7 055**	**8 266**	**577 194,13**	**68,58**
centralne	*3 154*	*3 467*	*267 711,46*	*74,27*
M. st. Warszawa	1 826	1 969	159 817,69	78,49
Warszawskie				
Łódzkie	623	645	50 057,00	75,27
Kieleckie	350	404	31 036,90	68,34
Lubelskie	200	252	15 521,87	58,37
Białostockie	155	197	11 278,00	61,49
wschodnie	*594*	*734*	*47 772,02*	*62,18*
Wileńskie	175	236	14 942,52	58,04
Nowogródzkie	104	132	8 136,40	62,18
Poleskie	124	137	8 588,10	66,00
Wołyńskie	191	229	16 105,00	64,33
zachodnie	*2 228*	*2 548*	*174 767,48*	*69,07*
Poznańskie *b*	848	988	57 345,98	57,46
Pomorskie *b*	777	875	54 407,90	61,10
Śląskie	603	685	63 013,60	91,27
południowe	*1 079*	*1 517*	*86 943,17*	*57,64*
Krakowskie	367	491	32 495,50	62,34
Lwowskie	488	716	38 057,53	56,16
Stanisławowskie	114	165	9 460,54	54,61
Tarnopolskie	110	145	6 929,60	52,41

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. *b* Uwzględniono zmiany w podziale siedzib okręgów ubezpieczalni społecznych wg. grup województw zgodnie z nowym podziałem administracyjnym Państwa.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych

VII 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano *a*	Wypłacono	
	rent, odpraw, zapomóg	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem			**4 305 525,88**
I. Z ustawy austriackiej z dn. 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dn. 11 lipca 1911 r.:			
Renty poszkodowanych	35	66 713	1 629 134,93
„ wdów	4	10 887	457 283,99
„ sierot zupełnych	3	4 792	250 603,37
„ dalszej rodziny	2	918	22 923,09
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	2	1 308,60
II. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28 marca 1933 r.:			
Renty poszkodowanych	1 485	35 633	1 402 677,88
„ wdów	64	2 893	132 793,45
„ sierot	99	4 484	147 129,92
„ dalszej rodziny	9	258	7 073,38
Odprawy i zapomogi pośmiertne	.	79	16 028,16
Koszty protez i lecznictwa	.	.	238 569,11

a Renty tylko *nowoprzyznane*.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie

VI 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano			Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych)[a]	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych) [b]
Ogółem					**2 080 906,65**
Renty inwalidzkie	385	11 834,60	31,92	44 392	1 604 738,45
„ wdowie	181	3 229,70	17,94	16 065	307 328,85
„ sieroce	97	1 881,80	10,01	10 125	165 041,25
„ zaliczkowe	12	180,35	12,74	112	3 798,10

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

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie.

Świadczenia emerytalne Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu

IV, VI, VII 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano						Wypłacono					
	rent			na sumę (w złotych) [a]			ilość osób (rencistów)			na sumę (w złotych) [b]		
	IV	VI	VII	IV	VI	VII	IV	VI	VII	IV	VI	VII
Renty inwalidzkie i chorych	260	359	149	6 013,75	8 436 45	3 680,70	28 839	28 930	29 010	875 138,13	882 650,29	860 767,71
Renty starości	73	88	40	1 153,30	1 426,40	657,90	5 679	5 566	5 550			
Renty wdowie i wdów chorych	153	169	71	1 198,00	1 404,30	631,50	14 722	14 837	14 891			
Renty sieroce	84	144	67	340,40	474,85	288,45	6 404	6 451	6 447			

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 1911 r.

Sprawozdanie za m-c V. 38 r. zostało umieszczone w zeszycie wrześniowym b. r. Przeglądu Ubezp. Społ.

Źródło: Dane Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

Świadczenia emerytalne Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach

IV—VI 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano		Wypłacono	
	rent	na sumę (w złotych)	ilość osób	na sumę (w złotych)
Ogółem				**5 804 516,06**
Renty inwalidów	683	25 738,60	34 101	4 349 071,75
„ inwalidek	36	596,68	1 272	
„ wdów	327	7 580,19	20 901	1 222 399,82
„ sierot niezupełnych	266	1 646,56	7 258	146 749,33
„ „ zupełnych	27	277,92	437	14 789,11
Pogrzebowe po inwalidach	—	—	658	39 926,01
„ „ inwalidkach, żonach inwalidów i wdowach	—	—	631	29 392,01
„ „ dzieciach inwalidów i sierotach	—	—	35	1 188.03

Źródło: Dane Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Kusia Jan	9315284	Bielsk (woj. śl.)
Staszko Zuzanna	9320086	„
Mikuła Anna	9300060	„
Malak Stefan	6130397	Bydgoszcz
Nalewalski Edmund	1626733	„
Fiedler Jan	6095346	„
Bojko Natalia	9084394	Czortków
Olszaniecka Janina	1887550	„
Ksepko Franciszek	5379935	Grodno
Krakowiak Dawid Hersz	1494076	Dubno
Kimel Czesław	6354627	Grodzisk Wlkp.
Malendowski Antoni	6350535	„
Wróbel Leon	6356086	„
Gutkowska Stefania	7137840	Grudziądz
Kosecki Józef	7162543	„
Pinuszewska Małgorzata	7133622	„
Pokorski Franciszek	7143535	„
Wendt Marta	7150355	„
Rath Salomon	1855491	Kołomyja
Szymańska Janina	7673836	Kraków
Wójtowicz Józef	7646300	„
Mostowik Katarzyna	7672899	„
Gasiński Józef	7742098	„
Waśka-Dębska Natalia	7620495	„
Bednarczyk-Trzenadel Anastazja	7621154	„
Paciorek Wawrzyniec	7663146	„
Kwapisz Władysław	7735890	„
Kusek Stanisław	7654105	„
Owide Lazar	7731335	„
Ziobro Emilia	7634571	„
Nosalski Jan	7648905	„
Kleiman Jakub	7645770	„
Lipiarz Kazimierz	7693062	„
Bilski Roman	7704087	„
Sułkiewicz Emilia	9120092	„
Kuwałek Józef	4974451	Lublin
Tomasiak Agnieszka	4951224	„
Kowalski Leon	4966291	„
Mroczkowski Jan	4983971	„
Białkowski Józef	1484060	„
Huk Maria	1404555	„
Piątka Michał	4967362	„
Waryszak Stanisław	4954506	„
Bartłomiejak Wawrzyniec	4966665	„
Bartnicka Sabina	3495175	Łódź
Cieślak Wacław	3611165	„
Bresler Szajna Idesa	3628700	Łódź
Biniak Stefania	3558611	„
Brożek Edward	3447159	„
Bonik Hugo	3576991	„
Bursztyn Moszek	3414452	„
Brodacz Irena	3613444	„
Fidelman Dobra	3648461	„
Ignasiak Aleksandra	3695053	„
Förster Juliusz	1232412	„
Ekler Feliks	1200707	„
Jesiołowska Stanisława	3545840	„
Frydman Chaja	3544105	„
Jasiński Bronisław	3603047	„
Jakubowski Tadeusz	3610392	„
Kubicka Teodozja	3659940	„
Kühler Alfred	3514019	„
Kunowski Robert	3470255	„
Kapelmajster Łaja	3398118	„
Kaczmarzyk Henryk	3559634	„
Krasińska Helena	3638406	„
Kochanowska Stefania	1205545	„
Kwiatkowski Józef	3562634	„
Kliche Władysław	3544814	„
Karpiński Władysław	3638638	„
Kasznia Stanisław	3473863	„
Krakowiak Janina	3548985	„
Lewandowska Zofia	3509495	„
Hajduk Edward	3637158	„
Gadzinowski Michał	3401770	„
Hein Maria	3668323	„
Heluszka Cecylia	3639832	„
Herc Jan	1213373	„
Lewandowski Jan	3610418	„
Gralak Stefania	3466591	„
Lewkowicz Henoch	3608037	„
Gruczka Florentyna	3654970	„
Libner Leokadia	3494017	„
Gojchbarg Izrael	1218561	„
Lewin Łaja	3460477	„
Mauer Bolesław	3539983	„
Osowski Michał	3647850	„
Małek Kazimiera	3412790	„
Mikulska Walentyna	3460300	„
Orzech Krajndla	3584415	„
Nowak Sura	3514425	„
Milnikel Erwin	3565033	„
Majczak Jan	3709300	„
Konieczny Symforian	3488323	„
Stefaniak Helena	3568216	„
Pogodzińska Helena	3610433	„
Strzeliński Julian	3564639	„

Skrętowski Stefan	1233079	Łódź
Pietrzak Stanisław	3541508	„
Sajda Agnieszka	3521496	„
Sliwa Antoni	3415095	„
Sychniak Józef	3693541	„
Zbierkowski Czesław	3606283	„
Radziejewski Wacław	1232934	„
Rychter Elfryda	1233093	„
Zajfert Jan	3428419	„
Zielińska-Małkiewicz Aleksandra	3574782	„
Zawierucha Mieczysław	3643070	„
Widawski Szaja	3665554	„
Wołkowicz Chaskiel	1203519	„
Szulman Cypra	3601708	„
Szychowska Anna	3639304	„
Szczęsny Bolesław	3517910	„
Szerman Ałta	3585959	„
Wieczorkiewicz Zygmunt	3635523	„
Szmajke Lucjan	3574852	„
Włochyński Jan	3681526	„
Winkler Oswald	3615892	„
Wyjadka Eleonora	3681387	„
Sienicki Naum	1219625	Łuck
Grabowiecki Antoni	8241230	Nowy Sącz
Iwański Jan	7933964	„
Błaszczyk Franciszek	7943044	„
Siejko Stefan	4492229	Ostrowiec Kiel.
Berkolc Machel	1270350	Pabianice
Rusak Władysław	4016879	„
Malinowski Józef	4021467	„
Majer Józef	4000694	„
Plewiński Abram Józef	4017908	„
Lider Adam	4015844	„
Brawerman Abram	5810585	Pińsk
Adamczak Stanisława	6109824	Poznań
Bierka Józef	6785306	„
Bladowski Ludwik	6770541	„
Czerniakowska Maria	6065367	„
Derek Łucja	6777634	„
Giera Pelagia	6743841	„
Hoffmann Tadeusz	1612019	„
Jeziorkowski Kazimierz	6800637	„
Jurdziński Kazimierz	1619257	„
Konefał Kazimierz	6762739	„
Kowalski Bolesław	6349468	„
Orun Olga	1685709	„
Patulski Jan	6785610	„
Simachowicz Maria	6758070	„
Sroka Jan	1596100	„
Tarnowski Tadeusz	6753499	„
Szymańska Zofia	2141939	Płock
Nowowiejski Czesław	2145274	„
Ajzenberg Golda	5120029	Siedlce
Mościcki Tadeusz	4198783	Tomaszów Maz.
Lewandowska Tekla	9143348	Tarnopol
Glassgal Salomon	9126578	„
Kaszuba Miron	9124003	„
Czop Józefa	9124467	„
Płaszczuk Aleksandra	9126051	„
Gellman Abraham	9123404	„
Kozicki Piotr	9140415	„
Bergman Leon	1894921	„
Altman Adolf	1892176	„
Karczewicz Stefania	9141080	„
Pelc Tadeusz	1892980	„
Szydłowski Stefan	3222886	Włocławek
Gościński Franciszek	3208568	„
Golasiński Kazimierz	3187932	„
Biedrzycki Feliks	2535866	Warszawa
Bylewska Lina-Stanisława	2851092	„
Brusiewicz Zofia	2839586	„
Bielakow Anatol	5260603	„
Bergson Tadeusz	1024720	„
Cieśliński Mieczysław-Marek	2189419	„
Ciszewski Jakub	1083348	„
Chmielewska Julia	2214898	„
Cendrowska Czesława	2565206	„
Dąbrówka Feliks	2411269	„
Dziewulski Michał	2197357	„
Dunin-Borkowski Sławomir	1055071	„
Dziancit Renata	1096583	„
Elbert Zofia	2480673	„
Falinower Henryk-Ludwik	1028714	„
Fajntuch Jukiel	8769863	„
Grochowska Halina	1097702	„
Głowacka Maria Dorota	2815607	„
Goldman Mieczysław	1128087	„
Gniedziński Stanisław	2234369	„
Gaik Julian	2576590	„
Gurewicz Mojsze	2503508	„
Grad Lejba	2693581	„
Gutsztadt Wolf	2543131	„
Irzykiewicz Czesław	2468431	„
Jabłoński Franciszek	2671443	„
Koźmiński Leopold	2616979	„
Kozerski Stefan Wacław	2791749	„
Krasiuk Sergiusz	2460528	„
Kisiała Maksymilian	2464820	„

Kwiatkowski Stefan	2744224	Warszawa
Kluczyk Henryk	2415780	„
Kalinowski Władysław	2243212	„
Kwiatkowski Konstanty	3493747	„
Krystaszek Kazimiera	2894156	„
Kiljańska Florentyna	2658191	„
Konwerska Helena	2732950	„
Klotz Gustaw	2342946	„
Koziróg Mordka	2357220	„
Klioze Jakub-Dawid	1110888	„
Libhaber Chana	2587144	„
Łyżwiński Eugeniusz	1133891	„
Mączkowski Jan	2383051	„
Madejczyk Henryk	2378473	„
Mikulski Bolesław	2775041	„
Matysiak Zofia	2594884	„
Miszułowicz Bolesław	1044579	„
Malczyk Marian	2411946	„
Majewski Ludwik	2266409	„
Malec Władysław	2589197	„
Maciński Józef	2377925	„
Matusiak Stefan	2515673	„
Nowacki Tadeusz	2554363	„
Ostrych Wacław	2237458	„
Orlikowska Irena	2311083	„
Ostrowski Bolesław	2865640	„
Pancer Władysław	2271923	„
Pachnicki Julian	2794318	„
Pankiewicz Alina	1116494	„
Poławski Bolesław	2670302	„
Prasałówna Pelagia-Halina	1142384	„
Przybysz Stanisław	2427626	„
Pietrzak-Tomaszewska Stanisława	2329091	„
Rosenzweig Kazimierz Józef	2887062	„
Rottenbacher Stefania	1094301	„
Rosicki Wiesław	1077985	„
Rubinkiewicz Władysław	1051818	„
Remiszewski Roman	2638642	„
Rozenman Ajdla	2622844	„
Solecka Janina	2363167	„
Szymanowska Stanisława	2562902	„
Stróżyński Roman	2761235	„
Słowikowski Józef Ludwik	1062817	„
Strauchman Jerzy	2319369	„
Stępień Irena	2673904	„
Sieński Wiesław	1062047	„
Szeląg Janina	2676719	„
Słomiana Rozalia	2316289	Warszawa
Szrajer Jankiel	2563212	„
Terner Feliks	2573928	„
Wiechulski Stanisław	2490025	„
Wolff Wiktoria	1063461	„
Wic Leonard	2320529	„
Wicha Genowefa	2330032	„
Wiśniewski Feliks-Grzegorz	2866609	„
Wereśniak Stefan	2612610	„
Wasiak Stanisław	2648326	„
Walendziak Irena	1140099	„
Zwierzchowska Marianna	2204703	„
Zamkowski Stanisław	2581508	„
Ziemak Maria	2292108	„
Zając Genowefa	2853067	„
Zemel Awigdor	2344709	„
Zajdman Lejb	2620939	„

SPROSTOWANIE.

W artykule „Gospodarka Ubezpieczalni Społecznych w 1937 r.", zamieszczonym w zeszycie 8 z 1938 roku na str. 531 w kolumnie „Składki na 1 ubezpieczonego", powinna figurować dla Ubezpieczalni Społecznej w Obornikach suma 46,10 zł., a nie 36,10 zł.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W LUBLINIE ogłasza

konkurs

na stanowisko dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie.

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

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

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie *w terminie do godziny 12 w południe dnia 15 października 1938 r.* w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie".

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie
Jan Strawiński

CHEMICZNA FABRYKA
DAWNIEJ
SANDOZ
Bazylea, Szwajcaria

Z preparatów SANDOZ:

BELLAFOLIN
BELLERGAL
„CHININ-CALCIUM-SANDOZ"
GYNERGEN
SCILLAREN

RÓWNIEŻ W OPAKOWANIACH KLINICZNYCH

LIT. I PRÓBY:

Inż. Karol Antoni SOMMER
WARSZAWA I.
Hoża 42/8, telefon 8.09.36.

MAGAZYN OPTYCZNY
JÓZEF WIŚNIEWSKI
w WARSZAWIE, KRAK. PRZEDM. 61
POLECA DLA PP. OKULISTÓW:
PRZYRZĄDY LEKARSKIE,
KOMPLETY SZKIEŁ,
WZIERNIKI COMBERG MORTON, SIMON
ELEKTROMAGNESY,
NARZĘDZIA CHIRURGICZNE,
SZKŁA, OKULARY, BINOKLE i t. d.

OPTYK
ST. SŁOWIKOWSKI
WARSZAWA, Ś-TO KRZYSKA 20
TEL. 5.24-20

Administracja „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" uprzejmie prosi o wniesienie prenumeraty za II-gie półrocze 1938 roku.

KOMUNIKAT.

„Kurs dla lekarzy z zakresu organizacji i działalności Ośrodków Zdrowia odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny w czasie od 7 do 26 listopada 1938 r. Zgłoszenia pisemne przyjmuje do dn. 25 października Sekretariat Szkoły, ul. Chocimska 24, Warszawa".

Dr Witold Chodźko
Kierownik Państwowej Szkoły Higieny

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. 5-49-20, wew. 249. Administracji tel. 5-49-20, wew. 229.
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

ANTISTREPTIN

BIOLOGICZNIE CZYNNY P-AMINOBENZENOSULFAMID KRYSTALICZNY

PRZECIW ZAKAŻENIOM PACIORKOWCOWYM i GRONKOWCOWYM

stosuje się LECZNICZO ZAPOBIEGAWCZO 3 × DZIENNIE 1-2 TABL. DZIENNIE 2-3 TABL.

OBSZERNĄ LITERATURĘ WYSYŁA – FABRYKA CHEM-FARM. GEO WARSZAWA

NOWA POSTAĆ:

ANTISTREPTIN SOLUBILE

15% ROZTWÓR W AMPUŁKACH PO 5 cc. i 2 cc. (DLA DZIECI).
DO ZASTRZYKÓW ŚRÓDMIĘŚNIOWYCH LUB DOŻYLNYCH

WYSOKA KONCENTRACJA
ABSOLUTNA NIEBOLESNOŚĆ
DOSKONAŁA TOLERANCJA

1 — 3 AMPUŁEK DZIENNIE

DUŃSKA INSULINA

„NOVO"

NOWE ZAMKNIĘCIE METALOWO-GUMOWE
IDEALNIE SZCZELNE, GWARANTUJE ASEPTYKĘ

Stężenia:

ampułki à 50 jednostek m. w 5 cm³
„ 100 „ „
„ 200 „ „
„ 400 „ „
Opakowanie kliniczne 10/100 jedn. m.
„ „ 10/200 „ „

NAJWYŻSZA CZYSTOŚĆ — NIEZMIENNE DZIAŁANIE — WOLNA OD DZIAŁANIA TOKSYCZNEGO — NIE WYWOŁUJE PODRAŻNIEŃ

GENERALNE PRZEDSTAWICIELSTWO
NA POLSKĘ i W. M. GDAŃSK

Dr. E. PAULIN Sp. z o. o.
WARSZAWA, ul. Hoża 57.

ZAKŁADY PRZEMYSŁOWE

„PODKOWA"

SP. AKC.

ST. PONIATÓW,

POCZTA LEGJONOWO

TEL. W W-IE PODMIEJSKA II LEGJONOWO 67

DZIAŁY PRODUKCJI:

SZKŁA DO OKULARÓW
HACELE DO PODKÓW
NARZYNKI

HENRYK AUDIT

ŁÓDŹ, BANDURSKIEGO 4, TEL. 155-04.

ARTYKUŁY
CHIRURGICZNE
ELEKTROMEDYCZNE
I GUMOWE

KATGUT KUHNA

RĘKAWICZKI
GUMOWE
KANADYJSKIE
INSTRUMENTY
CHIRURGICZNE

Wyłączna sprzedaż na Polskę rękawiczek gumowo-chirurgicznych kanadyjskich „STERLING RUBBER COMPANY LTD"

Nagrodzona medalem na wystawie P. W. K. Poznań 1929 r.

HUTA SZKLANA
PRZYSZŁOŚĆ
w TŁUSZCZU

Telefon fabr. podmiejski: 11 Tłuszcz 3

ZARZĄD:

WARSZAWA, 11-go Listopada 24/26, Tel. 10-20-89

WYROBY:

WSZELKIEGO RODZAJU BUTELKI DO WÓDEK, LIKIERÓW, WIN, PIWA I APTEK

RACHUNKI BIEŻĄCE:

P. K. O. 63245
Bank Gospodarstwa Krajowego 947
Bank Związku Spółek Zarobkowych E. . . 352

HUTA SZKLANA

„PRACA"

SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZ.

W WOŁOMINIE

TELEF. PODM. WOŁOMIN 18
TELEF. W WARSZAWIE 8.20.08
KONTO P. K. O. 144.055

WYROBY

**Szkło apteczne,
butelki do wódek
likierów i t. p.**

WYRÓB KRAJOWY

„ACUSAN"

NAZWA ZASTRZEŻONA

WYTWÓRNIA
IGIEŁ
MEDYCZNYCH
i CHIRURGICZNYCH

J. CZEKALIŃSKI

WARSZAWA
Aleje Jerozolimskie 117
Telefon 6-03-65

PROSIMY ŻĄDAĆ WSZĘDZIE IGIEŁ **„ACUSAN"**

TOWARZYSTWO

„ELEKTRYCZNOŚĆ"

SPÓŁKA AKCYJNA

W WARSZAWIE,

UL. CZACKIEGO 6, TELEFONY 217-82 i 634-94

WYTWARZA

W SWOICH ZAKŁADACH
ELEKTROCHEMICZNYCH
W ZĄBKOWICACH

Chlorek bielący, chlor ciekły, sodę żrącą, karbid, wodę utlenioną skoncentrowaną do celów technicznych i medycznych, nadboran sodu (perborat)

węgle do bateryj i suchego elementu i szczotki do maszyn elektrycznych.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁODZI ogłasza

konkurs

na stanowiska: 1. St. asystenta oddz. chirurgicznego Szpitala im. Prezydenta Mościckiego w Łodzi, 1. Lekarza domowego w Aleksandrowie, 1. Lekarza domowego w Łodzi-Chojnach.

Płace i warunki pracy obowiązują według norm, ustalonych umową zbiorową ze Związkiem Lekarzy P. P. Obwodu Łódzkiego z dnia 17.III.34 r., oraz umową dodatkową z dnia 24.IV.35 r. i regulaminami dla odnośnych lekarzy.

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty w oryginałach lub ich uwierzytelnione odpisy:

1) własnoręcznie napisany życiorys, 2) metryka urodzenia, 3) dowód obywatelstwa polskiego, 4) dyplom lekarski, ważny na terenie Rzplitej Polskiej, 5) prawo na wykonywanie praktyki lekarskiej, 6) świadectwo lekarskie, wystawione przez lekarza urzędowego, 7) stosunek do służby wojskowej (z uwzględnieniem par. 5 p. 2 umowy zbiorowej), 8) świadectwa z dotychczasowej pracy, 9) dowód z przesłuchania kursu przeciwgazowego.

Podania należy składać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, ul. Wólczańska Nr. 225, do *20 października 38 r. do godz. 12-ej*, w zamkniętej kopercie z napisem: Konkurs na stanowisko . . . . . Podania bez dołączenia wyżej podanych dokumentów rozpatrywane nie będą.

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej
w Łodzi.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BYDGOSZCZY

ogłasza KONKURS

na stanowisko 1 lekarza rentgenologa do Zakładu Rentgenowskiego Ubezpieczalni Społecznej w Bydgoszczy
1 lekarza domowego z siedzibą w Bydgoszczy

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

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) świadectwa z poprzedniej pracy, 4) dyplom lekarski, 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 6) dokument wojskowy stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 7) świadectwo przesłuchania kursu obrony przeciwgazowej, 8) własnoręcznie napisany życiorys, 9) świadectwo zdrowia wystawione przez lekarza urzędowego.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych umów z lekarzami w Ubezpieczalniach Społecznych (Kasach Chorych) ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 9. z roku 1933.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawarciu umowy.

Objęcie stanowiska natychmiast po nadaniu.

Podania wraz z dokumentami wyżej wymienionymi, należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Bydgoszczy, przy ul. Warmińskiego nr. 3 w terminie do dnia 14 października 1938 r. godz. 12 w południe, w kopertach zapieczętowanych z napisem:

„konkurs na stanowisko lekarza . . . . . ." z podaniem stanowiska na które kandydat reflektuje.

Podania, które zostaną bez odpowiedzi do dnia 31 października 1938 r. należy uważać za nieuwzględnione.

Osobowe dokumenty złożone przez pp. kandydatów na konkurs zostaną zwrócone na podane przez nich adresy

Lekarz Naczelny
Dr Klikowicz Jerzy

Dyrektor
S. Wolski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PABIANICACH

ogłasza KONKURS

na 1 stanowisko lekarza domowego w Zduńskiej - Woli
„ 1 „ „ „ w Sieradzu

Kandydaci na te stanowiska powinni dołączyć do podań następujące dokumenty w uwierzytelnionych odpisach:

1. dyplom lekarski, 2. dowód odbycia praktyki szpitalno-klinicznej, 3. dowód na prawo wykonywania praktyki lekarskiej, 4. świadectwa z poprzedniej pracy, 5. świadectwa ukończenia kursu O. P. L. — Gaz, 6. metrykę urodzenia, 7. dowód obywatelstwa polskiego, 8. świadectwo zdrowia, 9. dowód, stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 10. życiorys napisany własnoręcznie.

Kandydaci na stanowiska lekarskie winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami w kasach chorych", ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 9 z 1935 r.

Warunki uposażenia:

identyczne w Zduńskiej—Woli i w Sieradzu, a mianowicie:

a) uposażenie zasadnicze zł. 500
b) odszkodowanie za korzystanie z gabinetu lekarskiego zł. 60

Razem zł. 560 miesięcznie

Stanowiska są do objęcia w Zduńskiej - Woli niezwłocznie, w Sieradzu od 1/1-1939 r.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Pabianicach — ul. Kościuszki Nr 25 w terminie do dnia 31 października 1938 r. włącznie.

Naczelny Lekarz
Dr W. Eichler

Dyrektor
P. Goliński

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W SOSNOWCU

ogłasza KONKURS

na stanowisko: 1) lekarza chorób uszu, nosa i gardła w ośrodku leczniczym „Wawel" w Sosnowcu, 2) lekarza domowego rejonu XXI „Bloki Lwowskie" w Sosnowcu (ze znajomością położnictwa) 3) lekarza domowego IX rejonu w Wojkowicach Komornych k/Będzina (ze znajomością położnictwa)

Stanowiska powyższe są do objęcia od dnia 1 kwietnia 1939 r.
Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawarciu umów.
Kandydaci na powyższe stanowiska winni załączyć do podań następujące dokumenty w oryginałach lub odpisach:

1) świadectwo urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dowody studiów i dotychczasowej pracy 4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwo zdrowia, 6) własnoręcznie napisany życiorys oraz winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z r. 1933. Podania z wyżej określonymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu do dnia 30 listopada 1938 r. do godz. 12-ej z napisem na zapieczętowanych kopertach, wymieniając stanowisko na jakie się reflektuje.

Podania nie poparte wymaganymi dokumentami nie będą rozpatrywane.
Podania, które pozostaną bez odpowiedzi w ciągu 30 dni od daty rozstrzygnięcia Konkursu należy uważać za nieuwzględnione.

Dokumenty złożone przez p. p. Kandydatów na Konkurs zostaną pocztą zwrócone na podane przez nich adresy.

Lekarz Naczelny
Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu
Dr B. Niepielski

Dyrektor
Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu
R. Cholewicki

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CZĘSTOCHOWIE ogłasza

konkurs

1) na 5 stanowisk lekarzy domowych w Częstochowie, 2) na 1 stanowisko lekarza domowego w Truskolasach.

Warunki płacy: ad p. 1) 437 zł. miesięcznie + 80 zł. mies. na mieszkanie + 60 + 80 zł. za kolejne dyżury nocne i świąteczne; ad p. 2) 200 zł. miesięcznie + 40 zł. na mieszkanie + zwrot kosztów lokomocji.
Szczegółowe warunki pracy będą ustalone przy zawarciu umów.
Kandydaci na te stanowiska winni dołączyć do podań następujące dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:
a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwa o poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) własnoręcznie napisany życiorys, g) świadectwo ukończenia kursu obrony przeciwgazowej, h) świadectwo zdrowia wydane przez lekarza urzędowego.
Kandydaci na stanowiska lekarskie winni posiadać kwalifikacje i warunki określone dla tego rodzaju stanowisk w § 2 „Wytycznych do umów z lekarzami", ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z 1933 r.
Podania z wyżej wymienionymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Częstochowie, ul. Mickiewicza 12 w terminie do dnia *20 października 1938 r.* włącznie.
Podania bez dołączenia wyżej wymienionych dokumentów, nie będą rozpatrywane, a pozostawione bez odpowiedzi należy uważać za nieuwzględnione.
Objęcie stanowisk od dnia *1-go listopada 1938 r.*

Lekarz Naczelny: *Dr Aleksander Hall*
p. o. Dyrektor: *Mgr Czesław Mańkowski*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TOMASZOWIE MAZ.

ogłasza

konkurs

na stanowiska lekarzy domowych: 1) w Tomaszowie Maz., rejon I; 2) w Brzezinach k/Łodzi; 3) w Ujeździe, pow., brzeziński; 4) w Koluszkach, pow. brzeziński; 5) w Głownie, pow. brzeziński; 6) w Drzewicy, pow. opoczyński.

Kandydaci na wymienione wyżej stanowiska winni posiadać kwalifikacje określone § 2 wytycznych do umów z lekarzami U. S. i winni złożyć podania do Ubezpieczalni Społecznej w Tomaszowie Maz. (ul. św. Tekli 32) w terminie do dnia *15 października 1938 r.*

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty oryginalne lub w uwierzytelnionych odpisach:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski, 4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 4) dokument stwierdzający stosunek do powinności wojskowej, 6) świadectwo z odbytej praktyki, 7) własnoręcznie napisany życiorys i 8) świadectwo o przesłuchaniu kursu ratownictwa przeciwgazowego.

Wynagrodzenia w/g umowy zbiorowej.
Pierwszeństwo objęcia stanowisk przysługuje lekarzom U. S. w Tomaszowie Maz. dotychczas zatrudnionym.

p. o. Lekarza Naczelnego
Dr W. Szyszkowski

Dyrektor
Dr T. Osiński

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PRZEMYŚLU ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego z siedzibą w Pruchniku, pow. Jarosław.

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty, lub ich uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski, 4) dowód wykonywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwa z odbytej praktyki, 6) dokument wojskowy, 7) świadectwo zdrowia, 8) zaświadczenie o ukończeniu kursu przeciwgazowego, 9) własnoręcznie napisany życiorys.

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

Szczegółowe warunki pracy i płacy ustalone będą przy zawieraniu umowy.

Podania, wraz z wymienionymi wyżej załącznikami, należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Przemyślu, ul. Grottgera 4 w terminie do dnia *25 października 1938 r.* godzina 12-ta, w kopertach zamkniętych z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza domowego w Pruchniku pow. Jarosław".

Lekarz Naczelny — *Dr Jan Freundlich*

Dyrektor — *Henryk Zins*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W OSTROWIE WLKP. ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza specjalisty chorób skórnych i wenerycznych z siedzibą w Ostrowie Wlkp.

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

1) metrykę urodzenia,
2) dowód obywatelstwa polskiego,
3) świadectwa o poprzedniej pracy,
4) dyplom lekarski,
5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
6) świadectwo przesłuchania kursu przeciwgazowego,
7) zaświadczenie stwierdzające o 2-letniej pracy w zakresie chorób skórnych i wenerycznych,
8) własnoręcznie napisany życiorys.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy.

Podania wraz z wyżej podanymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowie Wlkp. w terminie do dnia *1 listopada 1938 r.* godziny 12-tej w południe.

Stanowisko to jest do objęcia od dnia *1 listopada 1938 r.*

p. o. Naczelny Lekarz — *Dr T. Michejda*

Dyrektor — *St. Słotwiński*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BIAŁYMSTOKU ogłasza

konkurs

konkurs na 2 stanowiska lekarzy pediatrów rejonowych Ubezpieczalni Społecznej w Białymstoku.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje, określone § 2 wytycznych do umów z lekarzami Ubezpieczalni Społ. i powinni złożyć podanie do Ubezp. Społ. w Białymstoku (ul. Ś-to Jańska Nr 9) w terminie do dnia *20.X.1938 r.* godz. 12.

Do podania należy dołączyć dokumenty oryginalne lub uwierzytelnione odpisy:

1) Metrykę urodzenia. 2) Dowód obywatelstwa polskiego. 3) Dyplom lekarski. 4) Dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej. 5) Dokument wojskowy. 6) Własnoręcznie napisany życiorys. 7) Świadectwo z odbytej praktyki. 8) Świadectwo przesłuchania kursu ratownictwa przeciwgazowego.

Wynagrodzenie wynosi 600 zł. miesięcznie oraz dodatek w wysokości 50 zł. mies. na pokrycie kosztów lokomocji przy załatwianiu wizyt u obłożnie chorych. W razie ordynacji we własnym gabinecie odpowiedni dodatek mieszkaniowy.

Stanowisko jest do objęcia od chwili rozstrzygnięcia konkursu.

Lekarz Naczelny — *Dr K. Ryder*

Dyrektor — *M. Bogdański*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CZORTKOWIE ogłasza

konkurs

na 4 stanowiska lekarzy dentystów a to: 1) w Borszczowie (miasto powiatowe), 2) w Zaleszczykach (miasto powiatowe), 3) w Monasterzyskach, powiat Buczacz, 4) w Jagielnicy, powiat Czortków.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje określone § 2 wytycznych do umów z lekarzami Ubezpieczalni Społecznej i winni składać podania do dnia *15 listopada 1938 r.*

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty w oryginale, lub w uwierzytelnionych odpisach:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski, 4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5) dokument wojskowy, 6) własnoręcznie napisany życiorys, 7) świadectwo odbycia przepisanej prawem praktyki lekarskiej i 8) świadectwo odbycia kursu przeciwgazowego.

Stanowiska powyższe są do objęcia od dnia *1 grudnia 1938 r.*

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną podane przy zawieraniu umowy.

p. o. Lekarza Naczelnego: — *Dr Stefan Barylski*

Dyrektor — *Eustachy Charków*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CHRZANOWIE ogłasza

konkurs

na stanowiska lekarzy-dentystów w Chrzanowie, Jaworznie, Krzeszowicach, Chełmku, Trzebini i Szczakowie.

Kandydaci (kandydatki) na to stanowisko winni dołączyć do podań własnoręcznie napisany życiorys oraz wymagane dokumenty w oryginale lub uwierzytelnionym odpisie, a mianowicie:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski i świadectwa studiów zawodowych, 4) świadectwo zdrowia wystawione przez lekarza powiatowego, 5) świadectwa poprzedniej praktyki, 6) świadectwo przesłuchania kursu przeciwgazowego.

Szczegółowe warunki pracy i wynagrodzenia, będą ustalone przy zawieraniu umów.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie w kopertach zapieczętowanych z napisem: „Konkurs na stanowisko lekarza-dentysty", w terminie do dn. *22 października 1938 r. godz. 12-ta.*

Lekarz Naczelny: *Dr Edward Mróz*

Dyrektor: *Ludwik Piotrowski*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CIECHANOWIE ogłasza

konkurs

na wakujące stanowiska 2-ch lekarzy domowych w Ciechanowie.

Do podań należy dołączyć następujące dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski, 4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwa z odbytej praktyki, 6) dokument wojskowy, 7) świadectwo zdrowia, 8) zaświadczenie o ukończeniu kursu przeciwgazowego, 9) własnoręcznie napisany życiorys.

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

Szczegółowe warunki pracy i płacy ustalone będą przy zawieraniu umowy.

Podania wraz z wymienionymi wyżej załącznikami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie, ul. Warszawska Nr 56, w terminie do dnia *20 padziernika 1938 r.* godzina 12, w kopertach zamkniętych z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza domowego w Ciechanowie".

Dyrektor
Ubezpieczalni Społecznej
R. Pruszkowski

Lekarz Naczelny:
Dr Cz. Lutyński

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ZAMOŚCIU ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Zamościu.

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

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

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

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

Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Zamościu w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza naczelnego" do dnia *20 października 1938 r.* do godziny 12-ej.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Zamościu
A. Niekrasz

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W SIEDLCACH ogłasza

konkurs

na stanowisko dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Siedlcach.

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

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

Podanie wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Siedlcach, w terminie do dnia *10.XI.1938 r.* godz. 12 w południe.

Podania winny być nadesłane w zapieczętowanych, nieprzejrzystych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Siedlcach".

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Siedlcach.
R. Tomczak