

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.

CHRZANOWSKI JAKUB — Warszawa

lekarz

ANALIZA POJĘĆ „INWALIDZTWA” I „NIEZDOLNOŚCI DO PRACY” — A PROBLEMY KOORDYNACJI ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH UBEZPIECZENIA INWALIDZKIEGO I CHOROBOWEGO

Opracowanie niniejsze jest poświęcone dwu zagadnieniom z zakresu ubezpieczenia społecznego, wyraźnie odrębnym z teoretycznego punktu widzenia. Inwalidztwo i niezdolność do pracy należą bowiem do objętych ubezpieczeniem emerytalnym (inwalidzkim) i chorobowym ryzyk pracy najemnej, których zajście (przy spełnieniu innych warunków) daje prawo do otrzymania określonych świadczeń leczniczych i pieniężnych. Analiza tych pojęć jest teoretycznym zagadnieniem z zakresu orzecznictwa lekarskiego, interesującym przede wszystkim lekarzy orzekających w zakresie ubezpieczenia inwalidzkiego i chorobowego. Natomiast koordynacja świadczeń pieniężnych ubezpieczenia inwalidzkiego i chorobowego, t. j. najważniejsze i najsprawiedliwsze powiązanie zaspakajania materialnych potrzeb ludzkich, wynikających z zajścia inwalidztwa lub niezdolności do pracy, przez udzielanie bądź zasiłków chorobowych bądź rent inwalidzkich (bo tylko tymi dwoma świadczeniami zajmujemy się) — jest czysto praktycznym zagadnieniem usprawnienia działalności świadczeniowej, jakie musi rozwiązać administracja ubezpieczeń społecznych. Wyrazem tej odrębności jest zarówno tytuł pracy jak i podział jej na dwie części.

Jednakże przy dokładnym rozważeniu tych dwóch — pozornie zupełnie różnych — zagadnień staje się widoczny łączący je ze sobą ściśle związek: oto najważniejszym problemem w

sprawie koordynacji świadczeń jest właściwe ustalanie uprawnień do tych świadczeń, a więc prawidłowe orzekanie lekarskie o zajściu bądź inwalidztwa bądź niezdolności do pracy, oraz organizacyjne powiązanie orzecznictwa inwalidzkiego i chorobowego. W ten sposób analiza istoty i elementów składowych pojęć inwalidztwa i niezdolności do pracy oraz wynikającego stąd charakteru organizacji orzecznictwa inwalidzkiego i chorobowego staje się punktem wyjścia dla rozważań nad istotą, założeniami i trudnościami koordynacji w udzielaniu rent inwalidzkich i zasiłków chorobowych, a wnioski, wysnute na zakończenie w sprawie praktycznego usunięcia stwierdzonych braków i osiągnięcia najlepszej koordynacji, wynikają z całokształtu rozważań zarówno pierwszej jak i drugiej części pracy. Sądzę, że łączne omówienie w jednym opracowaniu tych zagadnień winno przynieść korzyść zarówno lekarzom, orzekającym w zakresie tych ubezpieczeń, jak i czynnikom (głównie administracji lekarskiej ubezpieczenia) organizującym i nadzorującym orzecznictwo lekarskie oraz rozwiązującym zagadnienia koordynacji działalności świadczeniowej.

Dla wyjaśnienia charakteru niniejszego opracowania, zwłaszcza jego pierwszej części, zaznaczę jeszcze, że w polskiej literaturze lekarsko-ubezpieczeniowej problemy orzecznictwa lekarskiego są wysuwane stosunkowo rzadko. Przełomowym pod tym względem zdarzeniem

było wydanie przez Instytut Spraw Społecznych na początku 1938 r. zbiorowego dzieła-podręcznika pod redakcją dr St. Rudzińskiego, p. t. „Orzecznictwo lekarskie inwalidzkie w ubezpieczeniu społecznym”. Dzieło to jest przeznaczone do użytku lekarzy orzekających w instytucjach ubezpieczenia społecznego, głównie w zakresie ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych i robotników. Wśród całości kształtu przedstawionych w tym podręczniku zagadnień orzecznictwa lekarskiego omówiono również lekarsko-ubezpieczeniowe pojęcia „inwalidztwa” (niezdolności do zarobkowania i do wykonywania zawodu) i „niezdolności do pracy” (Pasternak i Rudziński, 6), — jednakże ze względu na dydaktyczny charakter dzieła uwzględniono je tylko w zakresie, niezbędnym lekarzowi przy orzekaniu, a pojęcie niezdolności do pracy, jako nie związane bezpośrednio z głównym tematem pracy i stanowiące właściwie raczej zagadnienie z zakresu lecznictwa społecznego, przedstawiono w zarysie. W opracowaniu niniejszym rozszerzono analizę pojęcia niezdolności do pracy — a w pewnej mierze również pojęcia inwalidztwa — oraz rozważono te zagadnienia, wykorzystując dostępną literaturę i judykaturę ubezpieczeniową, raczej z punktu widzenia badawczego niż dydaktycznego.

Poza tym, rozumiejąc praktyczną doniosłość ustalenia terminologii w orzecznictwie lekarskim, starałem się przyczynić — w możliwym dla charakteru pracy zakresie — do spopularyzowania i utrwalenia terminów, przyjętych we wspomnianym wyżej podręczniku. Tak więc przez „ubezpieczenie inwalidzkie” określam tę część ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych i robotników, która obejmuje ryzyko inwalidztwa, przy czym terminu „inwalidztwa” lub „niezdolności zarobkowej” używam w tych przypadkach, w których nie ma potrzeby rozróżniania, czy inwalidztwo jest „niezdolnością do wykonywania zawodu” („niezdolnością zawodową”, „inwalidztwem zawodowym”) w rozumieniu ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych, czy też „niezdolnością do zarobkowania” („inwalidztwem robotniczym”) w rozumieniu ubezpieczenia emerytalnego robotników. Natomiast termin „niezdolność do pracy” lub „niezdolność chorobowa” przyjąłem wyłącznie do określenia niezdolności do pracy w rozumieniu ubezpieczenia chorobowego itd.

Po tych wyjaśnieniach przedstawiających przedmiot, cel i charakter pracy, przechodzę do rozważań nad pojęciami inwalidztwa i niezdolności do pracy w ubezpieczeniu społecznym.

I.

Inwalidztwo i niezdolność do pracy.

Pojęcia inwalidztwa i niezdolności do pracy należy uważać za pewnego rodzaju odmiany pojęć tego samego ryzyka fizjologicznego: utraty lub zmniejszenia zdolności uzyskania zarobku z pracy z powodu zaburzeń

zdrowia organizmu ludzkiego, przedstawiających się jako choroba, upadek sił fizycznych i umysłowych, kalectwo itd. Do ujętego w tak syntetyczny sposób ryzyka fizjologicznego należy również przyjęte w ubezpieczeniu w wypadkowym pojęcie niezdolności do zarobkowania, wyodrębnione ze wspólnego ryzyka na zasadzie przyczyn i niezdolności — wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej — oraz na zasadzie specjalnego charakteru i genezy świadczeń ubezpieczenia wypadkowego, wpływających z cywilnej odpowiedzialności pracodawców.

Wobec częściowego pokrywania się przyczyn inwalidztwa i niezdolności do pracy należy do rozróżnienia tych pojęć przyjąć za podstawę inne kryteria: natężenie (stopień), trwałość, znaczenie strony lekarskiej i gospodarczo-społecznej niezdolności itp., które rozpatrzmy szczegółowo przy dalszym omawianiu tych pojęć. Narazie zaznaczę tylko, że o ile przy rozróżnianiu inwalidztwa i niezdolności do pracy decydującą rolę odgrywa strona zdrowotna tych zagadnień, o tyle dla podziału inwalidztwa na niezdolność zawodową i niezdolność do zarobkowania zasadnicze znaczenie przedstawia charakter sytuacji społeczno-gospodarczej, w jakiej znajduje się inwalida. W każdym bądź razie ustawowy podział ryzyka fizjologicznego (na niezdolność do pracy i inwalidztwo itd.) według rodzajów ubezpieczenia społecznego nie znajduje bezwzględnie i czystego odpowiednika w określonych rodzajach zaburzeń stanu zdrowia, i ma charakter tylko umowny, zwłaszcza, że zajście tego samego ryzyka może dawać uprawnienia do świadczeń z różnych rodzajów ubezpieczeń (np. niezdolność do pracy daje prawo w pewnych warunkach zarówno do renty inwalidzkiej jak i do zasiłków chorobowych).

Powyższe uwagi, przytoczone na wstępie rozważań nad istotą, cechami itd. pojęć inwalidztwa i niezdolności do pracy, pozwalają nam na zasadnicze stwierdzenie, że zarówno przy analizowaniu jak i przy praktycznym stosowaniu omawianych pojęć należy przede wszystkim mieć na uwadze żywego człowieka, poszkodowanego wskutek zajścia wypadku losowego, oraz intencję ustawodawcy: możliwie najpełniejszego i najtrwalszego zaspokojenia wynikających z zajścia tych wypadków potrzeb ludzkich przez świadczenia ubezpieczeniowe. Pojęcia inwalidztwa i niezdolności do pracy tracą w tym ujęciu cechy czegoś abstrakcyjnie samodzielnych, a stają się tylko określonymi ustawą wytycznymi, pomocniczymi konstrukcjami myślowymi — sprawdzianami istnienia konkretnej sytuacji życiowej poszkodowanego, stwarzającej uprawnienia do określonych ustawami świadczeń ubezpieczenia społecznego.

Pojęcie niezdolności do pracy.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie podaje ścisłego określenia tego pojęcia, wskazuje tylko, że chodzi tu o „niezdolność do pracy

wskutek choroby" (art. 95 ustawy). Ścisły związek niezdolności z chorobą podkreśla definicja Adama (1), według którego o niezdolności do pracy (nazywanej przez niego „niezdolnością bezwzględna”) możemy mówić wówczas, kiedy „mamy do czynienia z organizmem chorym, ale chorym w ten sposób, że ubezpieczony nie może podjąć żadnej pracy bądź umysłowej bądź fizycznej”. Definicja ta, właściwa tylko w przypadku niezdolności do pracy wskutek obłożnej choroby, nie może być uznana za odpowiednią w innych przypadkach tej niezdolności. Natomiast wyczerpujące określenie niezdolności do pracy wskutek choroby znajdujemy u Pasternaka i Rudzińskiego (6), według których „niezdolność do pracy w ubezpieczeniu chorobowym zachodzi nie tylko wówczas, gdy ubezpieczony jest obłożnie chory, lecz i wtedy gdy dalsze wykonywanie dotychczasowych czynności może wywołać pogorszenie się stanu danego narządu lub całego organizmu. Niezdolność w okresie rekonwalescencji mogłaby spowodować nawrót choroby lub pogorszenie stanu zdrowia”. Poza tym Rudziński (7) podkreśla jako charakterystyczne cechy niezdolności do pracy w rozumieniu ubezpieczenia chorobowego: — 1. konieczność natychmiastowego wstrzymania się od pracy i ewent. poddania się leczeniu, 2. krótkotrwałość, przejściowość niezdolności, która zasadniczo po krótkim okresie czasu (najwyżej po kilku miesiącach) wstrzymania się od pracy i ewentualnego leczenia powinna ustąpić, 3. niemożność uznania częściowej niezdolności do pracy, — ze względu na swój charakter jest to niezdolność całkowita.

Z innego punktu widzenia ujęte jest pojęcie niezdolności do pracy w reskrypcie Ministerstwa Pr. i Op. Społ. z 3.II.1927 r. Nr 5592) U. III (cytowane za Frankowską, 3): „O tym czy zachodzi niezdolność do pracy, uzasadniająca zasiłek pieniężny... decyduje orzeczenie lekarza (względnie komisji lekarskiej) kasy chorych, przy czym mogą być niekiedy wzięte pod uwagę obiektywne warunki wykonywania danego zawodu (np. matka chora na kiłę lub niańka na jaglicę powinna być uznana za niezdolną do pracy w swoim zawodzie)... Zaznacza się przy tym, że przy stwierdzeniu niezdolności do pracy w ubezpieczeniu na wypadek choroby należy brać pod uwagę pracę w tym zawodzie, na zasadzie której powstał dla danego członka kasy obowiązek ubezpieczenia”.

Ta gospodarczo-społeczna strona zażądania niezdolności do pracy uwzględniona jest w podobny sposób w definicji Pasternaka i Rudzińskiego (6): „Niezdolność do pracy w ubezpieczeniu chorobowym jest równoznaczna z niezdolnością wykonywania tych czynności, jakie spełniał pracownik w swoim ostatnim zatrudnieniu przed zachorowaniem i z tytułu których był zgłoszony do ubezpieczenia... Niezdolność do pracy w tym rozumieniu istnieje również wówczas, gdy ubezpieczony może wykonywać, choćby nawet z całkowitą wydajnością inne prace”.

Jak z powyższego wynika, z pojęciem niezdolności do pracy wskutek choroby związane są czynniki zarówno charakteru lekarskiego (z drowotnego) jak i gospodarczo-społecznego, — przy tym z góry zaznaczamy, że decydującym dla wyznaczenia pojęcia jest czynnik lekarski: stan zdrowia organizmu ludzkiego i utrata zdolności do pracy wskutek choroby.

Rozważmy przede wszystkim pojęcie choroby, jako istotnej przyczyny i niezbędnego (z pewnymi omówieniami, o których niżej) warunku do stwierdzenia niezdolności do pracy w rozumieniu ubezpieczenia chorobowego, — stąd zresztą nazywa się tę niezdolność również „niezdolnością chorobową”.

Lekarskie i prawno - ubezpieczeniowe pojęcia choroby muszą znacznie różnić się ze sobą, ponieważ — jak słusznie podkreśla Ziemke (9) — nie można ubezpieczyć się przeciwko chorobie w rozumieniu wiedzy lekarskiej, a tylko przeciwko gospodarczym skutkom choroby, polegającym na konieczności korzystania z pomocy leczniczej lub na przymusie wstrzymania się od pracy i na wynikającej z tego utraty zarobku.

Definicję choroby podaje reskrypt Min. Pr. i Op. Społ. z dnia 6.VI.1924 r. Nr 1818/VI (cytowane za Frankowską, 3): „Przez chorobę rozumieć należy nie tylko chorobę w ścisłym znaczeniu nauki lekarskiej, ale każdy anormalny stan ciała i ducha, wymagający opieki lekarskiej lub powodujący niezdolność do pracy”. Przytoczę tu również definicję choroby według niemieckiego orzecznictwa ubezpieczeniowego, odnoszącą się do przypadków chorób przewlekłych (cytowane za Tröschere, 8), których „nie należy uważać za choroby w rozumieniu ubezpieczenia już wówczas, kiedy wywołują one tylko zmniejszenie się zdolności zarobkowej, lecz dopiero wtedy, kiedy w trwałym stanie tych chorób wystąpi jakaś zmiana, wymagająca leczenia lub powodująca niezdolność”. Uznanie zaś konieczności leczenia... „wymaga raczej takiego chorobowego stanu ciała lub duszy, którego poprawa jest niemożliwa, lub którego pogorszenia należy spodziewać się, o ile przerwiemy leczenie lub dostarczanie leków”.

Jak z powyższego wynika „chorobą” w rozumieniu ubezpieczenia chorobowego mogą być zarówno choroby ostre i przewlekłe oraz stany chorobowe, objawy choroby i jej skutki itp., skoro tylko wymagają leczenia i wywołują niezdolność do pracy, — przy tym jako wytyczne możemy przyjąć, że niezdolność do pracy będą wywoływały raczej choroby niż stany chorobowe, raczej schorzenia zapalne i ostre niż zwyrodnieniowe i przewlekłe. Zaznaczymy tutaj, że istnieje cały szereg schorzeń, które ze względu na swój charakter nie wywołują w ogóle niezdolności do pracy. Poza tym należy podkreślić za Tröschere (8), że „chory na przewlekłe zmiany często mo-

że wydatnie pracować właśnie dlatego, że ubezpieczenie chorobowe daje mu możliwość korzystania z licznych środków leczniczych, łągodzących jego dolegliwości”.

Zarówno nasza jak i niemiecka praktyka ubezpieczeniowa uznaje za wypadki ubezpieczeniowe, uzasadniające prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, przypadki chorób, w których występuje niezdolność do pracy, chociaż leczenie zostało zakończone lub w ogóle nie jest wymagane stosowania środków leczniczych (nieuleczalne choroby np. umysłowe, kalectwa i zniekształcenia powypadkowe itd.) Z naszej praktyki ubezpieczeniowej przytoczymy wyjaśnienie Min. Pr. i Op. Społ. z dn. 9.IV.1926 r. (według okólnika Okr. Urz. Ub. Lwów — Nr 42/26), które — na zapytanie jednej z kas chorych, czy członkowi kasy chorych, którego leczenie zostało zakończone, gdyż stał się inwalidą niezdolnym do pracy (oslepił z powodu jaglicy), należy wypłacać zasiłki chorobowe aż do wyczerpania statutowego okresu, — stwierdziło, że „ubezpieczony, niezdolny do pracy wskutek choroby (pojętej według podanej wyżej definicji choroby w reskrypcie Ministerstwa z dnia 6.IV.1924 r.) ma prawo do zasiłku aż do wyczerpania przewidzianego okresu zasiłkowego, chociaż w danym okresie choroby potrzeba pomocy lekarskiej nie zachodzi”.

Natomiast nie będą „chorobą” stany fizjologiczne jak miesiączka, ciąża, poród (chyba że występują przy nich objawy, wymagające pomocy leczniczej — zresztą sprawa ciąży i położu jest uwzględniona w osobnych przepisach ubezpieczeniowych), ani ułomności cielesne, ani starczość i chroniczne stany anormalne (jąkanie się, krótkowzroczność itd.) — dopóki nie będą wymagały zastosowania leczenia lub uznania niezdolności do pracy. Z rzadkich na ogół przykładów naszej praktyki ubezpieczeniowej przytoczymy określenie prawa do leczenia z powodu wady wymowy ubezpieczonego (według reskryptu Min. Pr. i Op. Społ. z dn. 28.III.1929 r. — 407/U-III — cytowane za Frankowską, 3), która „nie może być uważana za chorobę w znaczeniu ustawy... o ile nie powoduje niezdolności do wykonywania jego zawodu względnie nie grozi w dalszym swym rozwoju spowodowaniem tej niezdolności, oraz o ile nie wpływa poważnie na ogólny stan jego zdrowia... Poza powyższymi wypadkami kasa chorych nie jest obowiązana do udzielania pomocy lekarskiej ubezpieczonym tą wadą dotkniętym”. Według Ziembkego (9) — takiego stanu jak np. upicia się do utraty zmysłów nie uważa się z reguły za chorobę w rozumieniu ubezpieczenia chorobowego, chyba że stan pijanego wymaga pomocy lekarskiej.

Różnice między lekarskimi i prawno-ubezpieczeniowymi pojęciami choroby zaznaczają się szczególnie wyraźnie przy rozważaniu takich terminów prawnoubezpieczeniowych jak „koniec choroby”, „nowa choroba” itd. Jeżeli np. gruźlik został uznany w pewnym okresie leczenia w ubezpieczalni za zdolnego do

pracy („koniec choroby” w rozumieniu ustawy mimo tego, że w lekarskim pojmowaniu jest nadal chory), to w razie pogorszenia się jego stanu zdrowia będzie to „nowa choroba” w rozumieniu ustawy, natomiast przy obliczaniu czasokresu należnych ubezpieczonemu świadczeń choroba ta będzie uznawana za dalszy ciąg poprzedniego schorzenia (zgodnie z lekarskim punktem widzenia).

Strona lekarska zagadnienia niezdolności i ścisłe powiązanie niezdolności z chorobą stanowi zasadniczy czynnik, w zależności od którego układają się wtórnie skutki gospodarczo-społeczne i stopień niezdolności, znaczenie zawodu, termin powstania i czas trwania niezdolności itd.; czynnik lekarski pojęcia niezdolności decyduje również o charakterze i zasadach metodyki i organizacji orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu chorobowym.

Niezdolność chorobowa albo pokrywa się z fizjologiczną niemożnością wykonywania dotychczasowych czynności (np. w przypadku obłożnej choroby), albo jest warunkowana koniecznością wstrzymania się od pracy pod groźbą szybkiego nasilenia się zaburzeń chorobowych lub (w okresie rekonwalescencji) pogorszenia się stanu zdrowia i nawrotu choroby. Jak widzimy zatem, niezdolność może zachodzić zarówno (z punktu widzenia klinicznego) w okresie przedchorobowym, w okresie rozwoju i trwania choroby jak i w okresie rekonwalescencji itd., nabierając różnego charakteru (niemożność albo konieczność lub wskazanie do wstrzymania się od pracy itd) w zależności od rodzaju i okresu zaburzeń w stanie zdrowia i wyrażając niejako dynamiką cierpienia, — tak jak inwalidztwo jest związane z trwałymi stanami (statyką) schorzeń, upadku sił, ułomności fizycznych i psychicznych.

Sporna jest tylko sprawa uznawania niezdolności chorobowej w okresie leczenia i zapobiegawczego. Według autorów niemieckich — w czasie stosowania środków zapobiegawczych celem uniknięcia pogorszenia się stanu zdrowia (np. w przebiegu gruźlicy), należy uważać ubezpieczonego za niezdolnego do pracy. Natomiast według naszej praktyki ubezpieczeniowej — stosowanie przez instytucje ubezpieczenia emerytalnego leczenia zapobiegawczego wobec ubezpieczonych, będących równocześnie członkami funduszu ubezpieczenia chorobowego, nie może przesądzać samo przez się o istnieniu niezdolności do pracy i prawach leczącego zapobiegawczo do zasiłków chorobowych, chyba, że przeprowadzone przez instytucje ubezpieczenia chorobowego badanie wykaże niezdolność do pracy (według reskryptu Min. Pr. i Op. Społ. z dn. 7.XI.1928 r. Nr 5773) U. III — cytowane za Frankowską, 3).

Rozważmy z kolei, co oznacza słowo „praca” w ustawowym pojęciu niezdolności chorobowej. Wspomnieliśmy już wyżej, podając definicje

niezdolności do pracy, że chodzi tu o niezdolność do dalszego pełnienia tych czynności, które ubezpieczony wykonywał przed rozpoczęciem leczenia i które warunkowały obowiązek ubezpieczenia. W praktyce ubezpieczeniowej jednak u robotników niewykwalifikowanych, podejmujących przygodnie różne czynności, którzy wskutek choroby nie mogą pełnić chwilowo podjętej pracy (np. w przypadku czyraka na plecach u robotnika noszącego worki), nie stwierdza się niezdolności do pracy, jeżeli poza tym są zdolni do wykonywania innych robót dorywczych. Jednakże jeżeli niewykwalifikowany robotnik wykonywuje te same czynności przez czas dłuższy, praca ta staje się poniekąd jego „zawodem” w rozumieniu ubezpieczenia chorobowego — i w przypadku choroby przy stwierdzeniu ewentualnego istnienia niezdolności do pracy ocenia się możliwość powrotu ubezpieczonego do ostatnio wykonywanego zajęcia.

Jak wynika z powyższego, można doszukać się w ubezpieczeniu chorobowym — analogicznie do ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych — kryterium jak gdyby niezdolności zawodowej, jednakże pojęcie „zawodu” w obydwóch rodzajach ubezpieczenia ma różne znaczenie.

Przy ocenie zawodu w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych bierze się pod uwagę różnorodne czynności, wchodzące w zakres poszczególnych zawodów (np. czynności kasjera, kancelisty, inkasenta itp. — w zawodzie pracownika biurowego). kwalifikacje pracownika, czynnik finansowy (jeżeli z wykonywaniem dotychczasowych czynności wiązały się korzyści finansowe) czas, w ciągu którego pracownik wykonywał dane czynności itd.; poza tym przy orzekaniu o inwalidztwie zawodowym w ocenie charakteru czynności zawodowych z punktu widzenia lekarskiego dla celów orzeczniczych — zwraca się przede wszystkim uwagę na cechy fizyczne i psychiczne, niezbędne do wykonywania danego zawodu, stopień wysiłku fizycznego itd. oraz na te zmiany w ustroju, które uniemożliwiają lub przeszkadzają w wykonywaniu czynności zawodowych.

Tymczasem w ubezpieczeniu chorobowym pojęcie „zawodu” nabiera różnego płynnego charakteru. „Zawodem” jest praca, wykonywana przez czas dłuższy przed powstaniem niezdolności, warunkująca obowiązek ubezpieczenia, — przy tym nie bierze się pod uwagę ani kwalifikacji pracownika, ani znaczenia czynnika finansowego itd. Przy takim założeniu „zawód” sprowadza się często do wąskiego zakresu ostatnio wykonywanych, wyspecjalizowanych czynności: praczka z zanokcicą palca, wydymacz szkła ze skaleczeniem wargi, piekarz z nieszkodliwą chorobą skóry rak — są niezdolni do pracy w rozumieniu ubezpieczenia chorobowego, chociaż mogliby podjąć inne czynności

zarobkowe. W ten sposób ustawa — przyjmując jednocześnie założenie krótkotrwałości stanu niezdolności chorobowej — chroni pracownika przed deklasacją zawodową i umożliwia mu powrót do swojej pracy po przywróceniu zdolności.

Poza tym przy orzekaniu o niezdolności chorobowej inaczej się podchodzi do zagadnienia wykonywanej dotychczas pracy i różnie ocenia się jej znaczenie w zależności od stanu zdrowia badanego i okresu choroby, w którym wydaje się orzeczenie. W okresie obłożnej choroby i fizjologicznej niemożności podjęcia jakiegokolwiek pracy charakter ostatnio wykonywanych czynności nie przedstawia właściwie żadnego znaczenia dla oceny niezdolności. Natomiast w innych okresach choroby oraz w okresie przedchorobowym i rekonwalescencji bierze się pod uwagę charakter tych czynności i ocenia się, czy podjęcie danej pracy (z uwzględnieniem warunków pracy i niebezpieczeństw zawodowych) może wywołać szybkie pogorszenie się stanu zdrowia lub nawrót choroby. Wreszcie w niektórych cierpieniach (zwłaszcza w schorzeniach lokalnych, w chorobach zawodowych oraz w takich przypadkach chorób przewlekłych, które mogą być zarówno przyczyną inwalidztwa zawodowego jak i niezdolności do pracy) zwraca się uwagę — jak w orzecznictwie inwalidzkim — na cechy psychiczne i fizyczne, niezbędne do wykonywania danego zawodu i ocenia się, czy istniejąca choroba nie uniemożliwia wykonywania określonych (zawodowych) czynności; w tych przypadkach właściwości danego zawodu mogą zdecydować o stwierdzeniu niezdolności do pracy w przypadkach zupełnie nieszkodliwych cierpień (np. skaleczenie palca przy pracy z kwasami, potliwość rąk u manicurzystki itd.), albo w przypadku tej samej choroby i przy jednakowym jej przebiegu będą miały różny wpływ na uznanie niezdolności do wykonywania różnych zawodów (np. choroba skórna rąk wywoła niezdolność do pracy fryzjera, rzeźnika itd., natomiast może nie wywołać niezdolności do wykonywania zawodu kowala lub pracy robotnika niewykwalifikowanego). W cytowanym wyżej reskrypcie Ministerstwa właściwości zawodu i взгляд na bezpieczeństwo publiczne decydują o uznaniu mamki chorej na kiłę i nianki chorej na jaglicę za niezdolne do pracy.

Z dominującego charakteru czynnika lekarskiego w pojęciu niezdolności chorobowej i jej związku z chorobą wynika, że *jest to niezdolność całkowita*: chory albo jest zupełnie zdolny do wykonywania dotychczasowej pracy, albo całkowicie niezdolny wobec niemożności podjęcia pracy ze względu na zdrowotnych (niezależnie od tego, czy choroba jest lekka czy obłożna). Nie możemy zatem mówić o niezdolności chorobowej do prac lekkich, średnio ciężkich itd. ani określać stopnia niezdolności, jak w ubezpieczeniu inwalidzkim czy wypadkowym, które w kryteriach niezdolności

biorą pod uwagę obok czynnika fizjologicznego — gospodarczo-społeczne skutki upośledzenia sprawności zarobkowej (niemożność zarobienia określonego ustawa minimum lub obniżenie zdolności konkurencyjnej). Ta cecha — zupełność niezdolności chorobowej — najwyraźniej świadczy o znaczeniu strony zdrowotnej w zagadnieniu niezdolności w ubezpieczeniu chorobowym.

Praktyczne znaczenie będzie miała uwaga, że ubezpieczenia inwalidzkie i wypadkowe mają stany chorobowe, których zajście daje uprawnienia do określonych świadczeń, a które są analogiczne z całkowitą niezdolnością chorobową: 1. w ubezpieczeniu wypadkowym całkowita (100%) niezdolność do zarobkowania u poszkodowanych w okresie leczenia anatomicznego, dająca prawo do najwyższego wymiaru renty, 2. w ubezpieczeniu inwalidzkim pracowników umysłowych stan niedołęstwa, wymagający stałej pomocy i opieki, dający prawo do otrzymania dodatku do renty, 3. całkowita niezdolność do zarobkowania u sierot powstała przed 17 lub 18 rokiem życia, uzasadniająca prawo do renty sieroczej z ubezpieczenia wypadkowego lub inwalidzkiego (robotniczego) niezależnie od wieku. Poza tym warto zaznaczyć, że w przypadkach chorób zawodowych tego rodzaju i w tym stanie zdrowia, że od nawrotów ich chroni tylko zaprzestanie wykonywania danego zajęcia, mamy do czynienia — niezależnie od stopnia zmniejszenia zdolności do zarobkowania i wynikającego stąd prawa do świadczeń wypadkowych — z trwałą niezdolnością do pracy (w rozumieniu ubezpieczenia chorobowego) i z trwałym inwalidztwem zawodowym (w rozumieniu ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych).

Nieuwzględnienie skutków gospodarczo-społecznych w zagadnieniu niezdolności chorobowej sprawia, że *na uznanie niezdolności do pracy nie wpływa* w zasadzie fakt, że *ubezpieczony* podczas choroby *pracuje* (zwłaszcza, jeżeli wykonywa inne niż dotychczas czynności), chociaż z oczywistą szkodą dla stanu swojego zdro-

wia. Jest to naturalnie niepożądane z punktu widzenia interesów i celów świadczeń chorobowych, które służą najszybszemu przywróceniu zdolności do pracy ubezpieczonego, dlatego też instytucje ubezpieczeniowe stosują kontrolę chorych itd. Niemniej sytuacja tutaj jest zupełnie inna niż w ubezpieczeniu inwalidzkim, gdzie fakt wykonywania pracy zarobkowej przez uznanego orzeczeniem lekarskim za inwalidę może *pozbawić* go prawa do renty (jeżeli swoją pracą osiąga ustawowe minimum zarobku: $\frac{1}{3}$ na ogólnym rynku pracy — w ubezp. emer. robotn., połowę zarobku w swoim zawodzie — w ubezp. emer. pracown. umysł.).

Ubezpieczenie chorobowe, jako ubezpieczenie krótkoterminowe przyjmuje *krótkotrwały, przejściowy charakter niezdolności* chorobowej, ograniczając ustawą czasokres świadczeń do 26 tygodni. Niezdolność do pracy uważa się za stan wtórny, niejako objaw choroby, który przy odpowiednim postępowaniu leczniczym i wstrzymaniu się od pracy powinien ustąpić wraz z chorobą. Natomiast — w odróżnieniu od niezdolności chorobowej — inwalidztwo może powstać w zasadzie jedynie wskutek zmian głębszych o trwalszym charakterze, chociaż trwałość tego stanu nie jest koniecznym warunkiem dla stwierdzenia inwalidztwa; z drugiej strony wspomnieliśmy powyżej o przykładzie trwałej niezdolności chorobowej w przypadkach choroby zawodowej z koniecznością zmiany zawodu.

Oceny czasokresu niezdolności dokonujemy w każdym przypadku stwierdzenia niezdolności chorobowej, określając czas przypuszczalnego utrzymywania się niezdolności — w ścisłej łączności z klinicznym rokowaniem w cierpieniu. Bierzemy tu pod uwagę stwierdzony stan zdrowia, charakter i okres choroby, konstytucję i wiek badanego, jego zawód, warunki bytu, plan leczenia, w którym uznanie chorego za niezdolnego do pracy i niepodejmowanie przez niego pracy w określonym czasokresie będzie jednym z czynników leczniczych itd.

W. Z. — Warszawa

NOWE POROZUMIENIE POLSKO-NIEMIECKIE W SPRAWIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Umowa polsko-niemiecka o ubezpieczeniu społecznym jest wyjątkowo żywotną międzynarodową umową socjalną. Postanowienia umowy rozstrzygają bardzo różnorodne i ilościowo swym przedmiotowym zasięgiem obszerne stosunki ubezpieczeniowe, związane z nabyciem uprawnień społeczno-ubezpieczeniowych w Polsce i w Niemczech i na przemian w obydwóch

tych państwach. Nic więc dziwnego, że w ślad za stosunkowo częstymi i sięgającymi głęboko zmianami, dokonywanymi w tej dziedzinie ustawodawstwa społecznego, ulegać musi z kolei daleko idącym zmianom treść samej umowy polsko-niemieckiej, jeżeli nie ma ona być skazana na to, by stać się martwą literą. Z tych względów możliwie dokładne dostosowywanie postano-

wień umowy do norm ustawodawstwa oraz rozstrzygnięcie trudności interpretacyjnych, które z natury rzeczy powstawać muszą przy stosowaniu międzynarodowego prawa ubezpieczeniowego polsko-niemieckiego musi być uważane za konieczny warunek sprawnego funkcjonowania umowy. Wszelki konserwatyzm byłby w tej dziedzinie zgubny.

Toteż dobrze się stało, że nr 85 Dz. U. R. P. z 7 listopada 1938 r. przyniósł (w poz. 574 jako załącznik do rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z 18 października 1938 r.) nowe porozumienie polsko-niemieckie, zawarte w Berlinie w wyniku konferencji ukończonej w dniu 9 sierpnia 1938 r. Jeżeli do tekstu porozumienia, ogłoszonego urzędowo i rewidującego umowę oraz cztery porozumienia międzyresortowe (nowelizujące dotychczasowe jej sformułowanie), dodamy zawarty równocześnie i niepodlegający urzędowej publikacji protokół interpretacyjny oraz porozumienie w sprawie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, to uzyskamy pełny obraz ważnego tego osiągnięcia w zakresie reglamentacji ubezpieczeń społecznych w stosunkach między Polską a Rzeszą Niemiecką. Nie wchodząc w tym miejscu bliżej w ocenę znaczenia tekstów podpisanych w dniu 9 sierpnia 1938 r. pod kątem widzenia zasadniczych socjalnych i finansowych interesów polskich, należy podkreślić, że ostatnia konferencja berlińska osiągnęła w każdym razie swój cel, usuwając wszystkie bez wyjątku rozbieżności zapatrywań obydwóch stron na wykładnię umowy i innych aktów prawno-międzynarodowych normujących tę dziedzinę, które dotąd hamowały stosowanie umowy wzajemnościowej.

Przechodząc do oceny umów berlińskich należy rozgraniczyć przede wszystkim dwa różne choć związane z sobą pewną współzależnością wewnętrzną działy reglamentacji umownej. *Pierwszy* z nich stanowiło ustalenie ostateczne granicy między zobowiązaniami w zakresie ubezpieczeń społecznych, przejętymi przez Polskę a obciążającymi nadal Niemcy. *Drugi* dział to ustalenie wzajemności między rozgraniczonymi w ten sposób pod względem kompetencji zobowiązań systemami ubezpieczeń obu krajów.

Interpretacja decyzji Rady Ligi Narodów z 17 lipca 1922 r. co do sukcesji na obszarze Poznańskiego i Pomorza w zakresie ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych przyjęta na konferencji berlińskiej zakończy — należy oczekiwać — spór, który trwał między Polską a Niemcami blisko lat 20. Znajomienie się z trudnościami, jakie napotyka wytyczenie — w następstwie cesji terytorialnej — linii demarkacyjnej w tak zawiłej i skomplikowanej dziedzinie, jaką stanowią ubezpieczenia społeczne (zwłaszcza emerytalne) ma dla nas w chwili obecnej posmak szczególnej aktualności w obliczu umownej reglamentacji podziału zobowiązań społeczno-ubezpieczeniowych między Polską a Czechosłowacją w związku z powrotem do Polski Śląska Zaolziańskiego.

Główną trudność przy ustalaniu tej ubezpieczeniowej granicy między Polską a Niemcami stanowił negatywny spór kompetencyjny między ubezpieczeniem inwalidzkim i ubezpieczeniem pracowników umysłowych polskim i niemieckim co do losu ekspektatyw robotników i pracowników umysłowych, którzy po terminie przełomowym (1 stycznia 1919 i 1 stycznia 1920 r.) przeszli z zatrudnienia w Polsce do zatrudnienia w Niemczech i odwrotnie.

Par. 18 wspomnianej wyżej decyzji, dotyczący ubezpieczenia inwalidzkiego (oraz niemal równobrzmiący par. 25 dotyczący ubezpieczenia pracowników umysłowych) regulował sytuację pracowników reemigrujących z jednego państwa do państwa drugiego po terminie przełomowym, uzupełniając w ten sposób zasadniczy podział ekspektatyw, dokonany według kryterium zatrudnienia w terminie przełomowym. Par. 18 stanowi mianowicie, że osoby, które po terminie przełomowym przenoszą swe miejsce pracy lub zamieszkania z jednego państwa do drugiego, mogą domagać się uwzględnienia przez ubezpieczenie państwa, na którego obszar imigrowały, okresów składkowych przebytych przed terminem przełomowym w ubezpieczeniu państwa, z którego emigrowały. Okresy składkowe następujące po terminie przełomowym a przebyte w ubezpieczeniu państwa emigracji nie uzasadniają roszczeń w stosunku do ubezpieczenia państwa imigracji: tylko okresy przebyte przed 10 stycznia 1923 r. w państwie poprzedniego ubezpieczenia miały być zaliczane na wypełnienie czasu wyczekiwania i zachowania ekspektatywy przez państwo następnego ubezpieczenia w stosunku do osób, które objęte były ubezpieczeniem w terminie przełomowym.

Postanowienia paragrafów 18 i 25 stwarzające zasadę ruchomej ekspektatywy, która przechodziła w ślad za emigrantem z jednego państwa do państwa drugiego bez jakiegokolwiek rozrachunku z tego tytułu między państwem emigracji a państwem imigracji, stanowiły surogat brakującej w chwili wydania decyzji umowy o wzajemności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Reglamentacja taka miała faktyczną i moralną rację bytu tylko pod warunkiem, że ciężary spadające z tego tytułu na jedno i drugie państwo równoważyły się z sobą chociażby w ogólnych zarysach. Rzeczywisty stan rzeczy nie odpowiadał jednak temu założeniu; podczas gdy bowiem w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych emigracja z Polski do Niemiec przekraczała ruch emigracyjny w przeciwnym kierunku, to natomiast w zakresie ubezpieczenia inwalidzkiego robotników, odgrywającego w ogólnym bilansie zysków i strat rolę znacznie bardziej doniosłą, wykonywanie par. 18 nakładało na Polskę wobec dużej fali reemigracji robotniczej z Zachodu na Wschód jednostronne i bardzo dotkliwe ciężary. Przed zawarciem umowy sytuacja nie przedstawiała się pod tym względem tak krytycznie, ponieważ z uwagi na ograniczony tylko czasowo obowiązek uwzględniania na zachowanie ekspektatywy okresów

przebytych po terminie przełomowym nakaz uwzględniania ekspektatywy przebytej przed terminem przełomowym stał się niebawem teoretyczny; ekspektatywa z tytułu okresów przedprzełomowych musiała być bowiem na ogół uważana przez polskie ubezpieczenie emerytalne w stosunku do osób, które reemigrowały w ciągu kilkunastu lat ostatnich, za wygasłą.

Sytuacja zmieniła się jednak gruntownie z chwilą, gdy weszła w życie umowa polsko-niemiecka, która nakazała zaliczanie na zachowanie ekspektatywy wszystkich przebytych przed jej wejściem w życie okresów ubezpieczeniowych. Toteż ze strony polskiej podjęto akcję zmierzającą do zwolnienia polskich ubezpieczeń społecznych z formalnie tylko dwustronnych, faktycznie jednak jednostronnych ciężarów, jakie nakładał na nie par. 18 decyzji. Sam tekst umowy w art. 48 ust. 4 ograniczył stosowanie postanowień wzajemnościowych decyzji do rent przyznanych już poprzednio z uwzględnieniem wszystkich, polskich i niemieckich okresów ubezpieczeniowych; nie rozstrzygnął jednak w sposób jasny i niedwuznaczny losów par. 18 decyzji. Zadanie to rozwiązało dopiero porozumienie z 3 października 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 101, poz. 773), które stwierdziło, że postanowienia par. 18 i 25 decyzji Rady Ligi Narodów z 17 lipca 1922 r. zastąpione są postanowieniami umowy z zastrzeżeniem postanowień art. 48 ust. 4. Zakres wspomnianego tu ostatnio wyjątku od zasady uchylecia paragrafów 18 i 25 decyzji jako zastąpionych umową sprecyzowało porozumienie z 26 maja 1935 r., które w pkt. 14 ustaliło, że nie należy rewidować orzeczeń rentowych wydanych w zastosowaniu postanowień decyzji tylko pod warunkiem, że przy ustaleniu renty uwzględniono okresy polskie i niemieckie, a wypadek ubezpieczeniowy nastąpił przed 1 stycznia 1923 r.; w przeciwnym wypadku należy obliczyć na nowo rentę w myśl ogólnych postanowień umowy o między państwowym ubezpieczeniu przechodnim.

Stan prawny stworzony powyższymi przepisami rozumiany był przez kilka pierwszych lat obowiązywania umowy w ten sposób, że przepisy wzajemnościowe decyzji zawarte w jej paragrafach 18 i 25 zastąpione zostały w całej rozciągłości postanowieniami umowy i że według przepisów obu tych paragrafów mają być regulowane uprawnienia ubezpieczeniowe jedynie i wyłącznie tych osób, u których w myśl porozumienia z 26 maja 1935 r. zaszedł wypadek ubezpieczeniowy przed 1 stycznia 1923 r. Wszystkie inne sprawy podlegały rewizji, przy której nie były uwzględniane postanowienia decyzji o zaliczaniu okresów przebytych w ubezpieczeniu państwa emigracyjnego przez ubezpieczenie emerytalne państwa imigracyjnego.

Z biegiem czasu, nieprędko jednak, bo po wydaniu przez instytucje ubezpieczeniowe niemieckie około 10 tysięcy orzeczeń zgodnych z powyższym prawnym punktem widzenia, strona niemiecka doszła do wniosku, że uchYLENIE w tak szerokim okresie mocy obowiązującej powyż-

szych przepisów decyzyjnych odciąża ubezpieczenie emerytalne polskie, (które w przeciwnym wypadku przejmowałoby ekspektatywy przysługujące reemigrantom), a natomiast obciąża ubezpieczenie emerytalne niemieckie. Strona niemiecka uświadomiła sobie dalej, że porozumienia z r. 1933 i 1935 pozostają w pewnej sprzeczności z ogólną tendencją niemiecką, zmierzającą do zwolnienia się z obowiązku udzielania świadczeń niemieckich pracownikom polskim, którzy przenieśli się do Polski, winni by odciążyć — według opinii rządu niemieckiego — o trzymywać niższe renty polskie dostosowane do całokształtu zewnętrznych warunków ich egzystencji, a nie wyższe renty niemieckie. Z realizacją tego postulatu, (zresztą połowiczną tylko, bo okupioną odszkodowaniem, przyznanych z tego tytułu polskiemu ubezpieczeniu społecznemu przez niemieckie), dokonana w artykułach 33, 33a i 35 umowy, pozostawało w sprzeczności organicznej uchylecie przejmowania przez Polskę ekspektatyw osób, które reemigrowały z Niemiec do Polski. Biorąc to wszystko pod uwagę, najwyższe władze ubezpieczeniowe zarówno administracyjne, jak i sądowe, zgrane z sobą pod tym względem całkowicie, nakazały z góry zainteresowanym instytucjom (zresztą tylko w ubezpieczeniu inwalidzkim, a nie w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, gdzie — wobec przeciwnego kierunku reemigracji — praktyka taka byłaby dla Niemiec niekorzystna...) jednostronnie zmienić stosowaną dotąd przez nie spontanicznie wykładnię i przyjąć nową, bardziej uwzględniającą finansowe interesy niemieckich ubezpieczeń społecznych. Wykładnia ta opierała się na założeniu, że porozumienie z 3 października 1933 r. nie mogło działać wstecz. Miało by więc ono usunąć regulowanie kompetencji polskiego i niemieckiego ubezpieczenia społecznego tylko na przyszłość, uchylając przejmowanie nabytej poprzednio ekspektatywy wyłącznie w stosunku do osób emigrujących po wejściu w życie umowy, a więc po 1 września 1933 r. Natomiast w stosunku do osób, które emigrowały przed 1 września 1933 r. kompetencja pozostałaby nadal niezmienną tak, jak ją ustaliła decyzja Rady Ligi Narodów z 17 lipca 1922 r.

Strona polska przeciwstawiła się jak najmocniej niczym nieuzasadnionej prawnie i podyktowanej jedynie względem na materialne interesy ubezpieczeniowych i skarbowych funduszy niemieckich zmianie wykładni decyzji. Polski punkt widzenia w tej sprawie opierał się na założeniu, że ze sformułowania porozumienia z 3 października 1933 r. wynika już ponad wszelką wątpliwość, że miało ono stosować się nie tylko do skutków ubezpieczeniowych emigracji przyszłej, lecz również przeszłej. Wynika to już w sposób oczywisty z zastrzeżenia, że mają być zachowane jako nienaruszone postanowienia art. 48 ust. 4; powyższy ustęp umowy dotyczy, jak już wspomnieliśmy, rent przyznanych poprzednio na mocy decyzji z uwzględnieniem okresów przebytych w ubezpieczeniu drugiej strony, a więc dawnych wypadków ubezpieczeniowych. Jeżeli po-

rozumienie musiało zastrzec zachowanie nawet rent przyznanych już z tytułu zasłużonych poprzednio wypadków ubezpieczeniowych, to tym samym musiało retroaktywnie objąć stosunki ubezpieczeniowe z tytułu ruchów migracyjnych poprzedzających wejście w życie umowy. Jeżeli porozumienie nie zawiera wyraźnego przepisu, stanowiącego, że ma działać wstecz, to stało się to jedynie i wyłącznie dlatego, że moc retroaktywną na dawne wypadki ubezpieczeniowe i dawne okresy ubezpieczeniowe (a więc i na fakty poprzedniej zmiany zatrudnienia, czy zamieszkania) przypisała sobie sama umowa w art. 48. Zresztą strona niemiecka, twierdząc jakoby po 1 września 1933 r. miał działać par. 18, wpadła w zupełną sprzeczność, ponieważ, domagając się utrzymania jego ust. 1 nie mogła — czego wymagałaby konsekwencja — żądać uznania za zachowany jego ust. 2, który wyłącza zaliczanie okresów ubezpieczeniowych przebytych w terminie przełomowym na przebycie czasu wyczekiwania i zachowanie ekspektatywy; byłoby to bowiem zbyt już dotkliwym pozbawieniem korzyści umowy szerokich kół pracowniczych, stanowiących w istocie rzeczy główną klientelę umowy.

Wydaje się już w chwili obecnej zbędne rozważanie wszystkich proceduralnych i merytorycznych możliwości rozwiązania powyższego negatywnego sporu kompetencyjnego, które tu mogły wchodzić w grę i rekapitulowanie ciekawej zresztą i postawionej na wysokim poziomie dyskusji, którą w tej sprawie przeprowadzono na konferencji. Wystarczy zatrzymać się na ostatecznym rozwiązaniu tego sporu, niewątpliwie najważniejszego sporu interpretacyjnego, jaki w ciągu 5 lat jej obowiązywania nasunęła umowa z 11 czerwca 1931 r. i podkreślić, że polubowne rozwiązanie jego stanowi duży sukces w umownych stosunkach socjalnych między Polską a Niemcami.

Rozwiązanie sporu co do wykładni paragrafów 18 i 25 decyzji Rady Ligi Narodów z 17 lipca 1922 r. zawiera pkt. 2 porozumienia. Opiera się ono w zasadzie na tezie interpretacyjnej polskiej, uchylając punkt widzenia, jakoby w stosunku do osób, które reemigrowały przed 1 września 1933 r. miały nadal postanowienia paragrafów 18 i 25 stanowić bez jakichkolwiek ograniczeń w czasie co do tego, czy właściwe jest ubezpieczenie polskie lub niemieckie. Jedyne ustępstwo na rzecz stanowiska niemieckiego stanowi przyjęcie zasady, że przy ocenie właściwości polskiego lub niemieckiego ubezpieczenia społecznego mają być nadal stosowane przepisy decyzji w razie, gdy wypadek ubezpieczeniowy zaszedł przed 1 września 1933 r. A więc już nie wcześniejsza emigracja, lecz wcześniejszy wypadek ubezpieczeniowy ma uchylać zastosowanie porozumienia z 3 października 1933 r. anulującego w tym zakresie decyzję. Innymi słowy w uzupełnieniu pkt. 14 porozumienia z 26 maja 1935 r. zrezygnowano z rewizji rent przyznanych (która miała na celu przekreślenie dokonanego już poprzednio zastosowania paragrafów 18 i 25

decyzji i powtórne przerwienie na Niemcy ekspektatyw pracowników, którzy emigrowali z Niemiec do Polski) w stosunku do rencistów, których wypadek ubezpieczeniowy zaszedł między 1 stycznia 1923 r. a 1 września 1933 r. Przyjęty w porozumieniu wyjątku od tego wyjątku stanowiącego ustępstwo na rzecz stanowiska niemieckiego polega na tym, że nawet w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego przed 1 września 1933 r. renta nie będzie ponownie przeliczona w myśl decyzji, jeżeli została już poprzednio zrewidowana w duchu wykładni jej, stosowanej dotąd zgodnie z tezą polską. Tak więc zmiana dotychczasowej praktyki zalegalizowana obecnie dwustronnie w drodze porozumienia polsko-niemieckiego nie objęła zbyt szerokiego zakresu działania; wszystkie inne odchylenia od tej praktyki, wynikające z nowej interpretacji niemieckiej, będą musiały być obecnie sprostowane przez instytucje niemieckie bez względu na przeciwnie orzeczenia sądów ubezpieczeniowych niemieckich, które sankcjonowały praktykę nakazaną z góry.

Treścią swą wiąże się ściśle z omówionym powyżej sporem kompetencyjnym między polskimi a niemieckimi ubezpieczeniami społecznymi sprawa rozstrzygniętej już poprzednio umownie rozbieżności zapatrywań między stroną polską a niemiecką co do tego, kogo (polskie czy niemieckie) ubezpieczenie inwalidzkie obciążają ekspektatywy ubezpieczenia inwalidzkiego osób, które w terminie przełomowym nie były zatrudnione, ale mieszkały na obszarach odstąpionych Polsce przez Niemcy. W stosunku do Górnego Śląska spór ten — na tle wykładni art. 186 konwencji genewskiej — rozstrzygnęła umowa w art. 33, a w stosunku do Poznańskiego i Pomorza — na tle wykładni par. 15 decyzji Rady Ligi Narodów z 17 lipca 1922 r. — umowa w art. 33a (opartym na porozumieniu z 20 stycznia 1937 r.). Konferencja berlińska musiała rozstrzygnąć pewne wątpliwości co do stosowania kompromisowych rozwiązań zawartych w art. 33 i 33a. Trudności związane z wykładnią art. 33 nie zasługują na bliższą uwagę. Większe stosunkowo znaczenie miały natomiast różnice poglądów na sposób wykonywania art. 33a przyjętego dopiero w porozumieniu z 20 stycznia 1937 r. Główne trudności nastroczała tu wykładnia pojęcia „mieszkania” w rozumieniu art. 33a, ponieważ od zamieszkiwania w terminie przełomowym na obszarach bezpośrednio odstąpionych przez Niemcy Polsce na mocy Traktatu Wersalskiego uzależniono dodatkowo przejęcie przez Polskę — za określonym odszkodowaniem — ciężarów z tytułu ekspektatyw osób niezainteresowanych w powyższym terminie. Ustalenie tego, co należy rozumieć przez „mieszkanie” — „wohnen” w rozumieniu porozumienia polsko-niemieckiego nie było proste, ani jasne, tym bardziej, że nie można było uzależnić oceny zobowiązań przejmowanych w tym zakresie na podstawie tytułu prawnomiędzynarodowego od sposobu określenia tego pojęcia w prawie wewnętrznym (ubezpieczeniowym czy innym) jednej z dwóch układają-

cych się stron. Rezygnując z forsowania zasadniczej tezy prawnej, wysuniętej w tej mierze przez obydwie strony (polskiej wykładni — zwięzającej i niemieckiej wykładni — rozszerzającej) ustalono że: 1) przyjmować się będzie, że osoby, które w terminie przełomowym znajdowały się na obszarze Rzeszy lub poza obszarem Rzeszy i Polski pełniąc służbę wojskową, nie mieszkali na obszarach odstąpionych Polsce przez Niemcy w rozumieniu art. 33 umowy, 2) że osoby, które w terminie przełomowym znajdowały się w Polsce, pełniąc służbę wojskową czy to na obszarach odzyskanych, czy też w pozostałych częściach Państwa, mieszkali na obszarach odstąpionych Polsce przez Niemcy w rozumieniu powyższych przepisów umownych, przy czym za służbę wojskową uważać się będzie również pełnienie służby obywatelskiej (pkt. 3 Protokołu interpretacyjnego stanowiącego załącznik 2 do Protokołu konferencji berlińskiej).

Obraz rozstrzygnięć przyjętych przez konferencję berlińską w sprawach o charakterze przejściowym nie byłby pełny, gdybyśmy nie zwrócili uwagi na sprawę wykładni art. 38 umowy, który przewiduje przywrócenie uprawnień ekspektatywowych nabytych w ubezpieczeniu emerytalnym jednej strony, jeżeli wygasły one podczas pobytu na obszarze strony drugiej w czasie od zakończenia wojny do wejścia w życie umowy. Generalna ta amnestia ubezpieczeniowa w myśl art. 38 miała działać wyłącznie „na krzyż”, nie nakazując restytucji uprawnień ubezpieczenia emerytalnego wygasłych podczas pobytu na obszarze tego państwa, w którego ubezpieczeniu zostały nabyte. Szczególne to i wyjątkowo daleko idące rozwiązanie opierało się na tym założeniu, że trudności przekazowe z jednej strony a ogólna niepewność co do losów uprawnień w okresie powojennym usprawiedliwiają zaniedbania ubezpieczonych, zamieszkałych w Polsce, którzy w tych warunkach nie uczynili wszystkiego, co mogli, by utrzymać nabyte przez nich w Niemczech uprawnienia ekspektatywowe odwrotnie. W czwartym roku stosowania umowy ze strony niemieckiej podjęto — skoordynowaną między instytucjami, sądami i władzami ubezpieczeń społecznych — akcję, mającą na celu ograniczenie ciężarów, jakie z tytułu stosowania powyższej amnestii ubezpieczeniowej spadły na niemieckie ubezpieczenia społeczne. Cel ten miało osiągnąć wysunięcie całkowicie nowego i nieprzyjętego dotąd rozróżnienia między sytuacjami objętymi normą art. 38 umowy a sytuacjami, które miałyby być wyłączone z zakresu jej stosowania. Wystąpiono mianowicie z twierdzeniem, że jeżeli np. robotnik ubezpieczony poprzednio w Niemczech, przeniósłszy następnie swe miejsce zamieszkania do Polski objęty był z kolei polskim społecznym ubezpieczeniem emerytalnym, i utracił ekspektatywę niemiecką po przebyciu okresu ubezpieczenia w Polsce, to nie podpada pod amnestię, ponieważ nie utracił swych praw w bezpośrednim związku z emigracją z Niemiec do Polski, a utrata nabytej poprzednio ekspektatywy niemieckiej była skut-

kiem utraty nabytej później ekspektatywy polskiej. Rozumowanie to pozbawione było jakichkolwiek podstaw w samym tekście art. 38 umowy. Pomijało ono poza tym okoliczność, że w czasie przed wejściem w życie umowy okresy ubezpieczeniowe jednej strony nie odgrywały roli, o ile chodzi o zachowanie ekspektatywy nabytej w ubezpieczeniu strony drugiej; utrata w przedstawionej powyżej sytuacji praw w stosunku do niemieckiej instytucji ubezpieczeń społecznych nie była więc w zupełności uchylona przez podjęcie w Polsce ubezpieczenia w analogicznej instytucji polskiej ubezpieczeń społecznych. Trudno zrozumieć stanowisko zajęte w tej sprawie przez stronę niemiecką bez zdania sobie sprawy z tego, co w stosowaniu art. 38 wydawało jej się najbardziej sztuczne i niesprawiedliwe. Dopatrywała się ona mianowicie paradoksu w tym, że amnestia ubezpieczeniowa ma działać na zewnątrz, nie skutkując na wewnątrz, a więc nie uzasadniając równoczesnego przywrócenia uprawnień z tytułu ubezpieczenia w państwie imigracji, na którego obszarze mieszkał później ubezpieczony. Toteż, porzucając w toku dyskusji powyższe rozwiązanie skrajnie negatywne, strona niemiecka przerzuciła się ku rozwiązaniu skrajnie pozytywnemu; wystąpiła ona mianowicie z tezą, że późniejsze ubezpieczenie w państwie imigracji nie wyłącza przywrócenia uprawnień wygasłych w stosunku do ubezpieczenia państwa emigracji, że jednak przywrócenie praw utraconych w państwie emigracji musi również pociągać za sobą przywrócenie praw wygasłych w państwie imigracji. Delegacja polska stanęła na gruncie dotychczasowej wykładni art. 38 umowy, występując zarówno przeciw pierwotnej tezie niemieckiej: skrajnie restryktywnej, jak i przeciw następnej tezie niemieckiej: skrajnie liberalnej. Stanowisko to utrzymało się ostatecznie w ogniu dyskusji, co znalazło wyraz w pkt. 8 Porozumienia z 9 sierpnia 1938 r. skierowanym zresztą polemicznie przeciw tezie pierwszej jako uwzględnionej w całym szeregu decyzji i orzeczeń wydanych poprzednio.

Ważne osiągnięcie rokowań berlińskich stanowi częściowe rozstrzygnięcie długotrwałego sporu między stroną polską a niemiecką co do tego, czy na mocy art. 38 muszą być przywrócone przez Niemcy uprawnienia niemieckiego pensyjnego ubezpieczenia górniczego, utracone przez górników polskich, którzy z Niemiec wyemigrowali do Polski, a z Polski na obszar jednego z państw trzecich. W istocie rzeczy chodziło o to, czy uprawnienia te należy uważać za wygasłe podczas pobytu w Polsce, czy też za utrzymane w tym czasie — z uwagi na porozumienia tymczasowe zawierane między polską a niemiecką instytucją ubezpieczenia górniczego — a więc za wygasłe dopiero po wyemigrowaniu np. do Francji lub Belgii (co już nie uzasadniałoby w świetle art. 38 przywrócenia uprawnień). Wstępne uzgodnienia osiągnięte w tej sprawie na konferencji berlińskiej nie zostały dotąd podane do wiadomości publicznej.

Niezależnie od zmiany we wszystkich tych punktach przepisów przejściowych, uzupełniających sukcesję między polskimi a niemieckimi ubezpieczeniami społecznymi dokonaną w związku z cesją terytorialną, opartą na traktatach pokojowych, konferencja berlińska podjęła kroki zmierzające do dalszej rozbudowy systemu wzajemności umownej w stosunkach między polskimi a niemieckimi ubezpieczeniami społecznymi. Jedną z głównych luk systemu wzajemności, przyjętego w umowie z 11 czerwca 1931 r. było pominięcie przez nią zaliczania okresów bezrobocia przebytych w jednym państwie na zachowanie okresów ubezpieczenia emerytalnego przebytych w państwie drugim. Tak więc umowa zachowywała uprawnienia emerytalne pracownikom którzy nabyli uprawnienia w stosunku do ubezpieczenia strony jednej, a wyemigrowali na obszar strony drugiej tylko tak długo, jak długo pozostawali oni w stosunku zatrudnienia uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia w państwie drugim lub dobrowolnie kontynuowali w nim ubezpieczenie. Utrata pracy pociągała w tej sytuacji utratę praw nabytych w ubezpieczeniu pierwszej strony nawet w sytuacji, gdy w myśl ustawodawstwa miarodajnego dla strony drugiej uprawnienia nabyte w instytucjach ubezpieczeń społecznych tego państwa zachowane były dzięki zaliczeniu na utrzymanie ekspektatywy okresów, w których pracownik z powodu utraty pracy pozostawał bez zatrudnienia jako bezrobotny. Toteż od dawna rozważano sprawę rozszerzenia wzajemnego zaliczania okresów ubezpieczeniowych przez uzupełnienie go wzajemnym zaliczaniem na utrzymanie praw również i okresów bezrobocia. Wprowadzenie w życie tego postulatu nasuwało jednak duże trudności. Wynikały one zwłaszcza: 1) z braku faktycznej wzajemności (mniejsza liczba w Niemczech osób, które podlegały w Polsce ubezpieczeniom społecznym niż odwrotnej), 2) ze zmniejszenia się liczby bezrobotnych w Niemczech w stosunkowo większym stopniu niż w Polsce, 3) z niemożliwości zapewnienia niemieckiemu ubezpieczeniu emerytalnemu odpowiedniego ekwiwalentu finansowego za zachowanie uprawnień w okresie bezrobocia w Polsce (ekwiwalent taki przewidziany był w stosunkach między niemieckim ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia a niemieckim ubezpieczeniem emerytalnym) i — co najważniejsze — 4) z trudności zrównania świadczeń otrzymywanych w Polsce przez bezrobotnego z Funduszu Pracy (po wyczerpaniu świadczeń ustawowych) ze świadczeniami przysługującymi w analogicznej sytuacji bezrobotnemu w Niemczech.

Mimo wszystkich tych trudności udało się jednak w toku konferencji berlińskiej osiągnąć w tej sprawie porozumienie, które znajdujemy w nowym art. 32a umowy (pkt. 7 Porozumienia). Art. 32a stwierdza, że okres czasu, za który ubezpieczony w polskim ubezpieczeniu emerytalnym korzystał w Niemczech jako bezrobotny z zasiłków ubezpieczenia na wypadek braku pracy uważa się za okres utrzymujący ekspektatywę nabytą w jednym z trzech działów polskiego

społecznego ubezpieczenia emerytalnego. W zamian za to okresy czasu, za który ubezpieczony w niemieckich ubezpieczeniach emerytalnych korzystał w Polsce jako bezrobotny z bieżących świadczeń gotówkowych lub rzeczowych ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych lub zabezpieczenia na wypadek bezrobocia robotników lub też — poza pomocą ubezpieczeniowej natury — z Funduszu Pracy uważa się za okres zachowujący ekspektatywę nabytą w jednym z trzech działów niemieckiego społecznego ubezpieczenia emerytalnego.

Osobny przedmiot rokowań stanowiła sprawa rozciągnięcia umowy o ubezpieczeniu społecznym na ubezpieczenia społeczne austriackie. Wbrew zobowiązaniom przewidzianym w traktacie handlowym polsko-austriackim nie doszło do zawarcia między Polską a Austrią umowy o wzajemności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Niemniej jednak okoliczność ta nie stanowiła przeszkody w wypłacie rent ubezpieczeń społecznych z jednej strony, dokonywanej dotąd bez jakichkolwiek ograniczeń i wyjątków również na rzecz uprawnionych obywateli strony drugiej. Z chwilą przyłączenia Austrii do Niemiec wszystkie zobowiązania prawno-międzynarodowe Rzeszy Niemieckiej, a więc również i wynikające z umów społecznych zawartych między Polską a Rzeszą Niemiecką musiałyby się właściwie rozciągnąć w myśl zasad prawa narodów automatycznie również i na nowy kraj, wchodzący odtąd w skład Rzeszy Niemieckiej. Z drugiej strony jednak nie może ulegać wątpliwości, że zastosowanie umowy do odrębnego dotąd ustawodawstwa austriackiego (które zostało na razie utrzymane i ma być dopiero teraz zastąpione ogólnym ustawodawstwem obowiązującym w Niemczech) musiało by wymagać dostosowania umowy do odrębnych warunków społecznego ustawodawstwa austriackiego — zwłaszcza już w zakresie międzypaństwowego ubezpieczenia przechodniego przy zastosowaniu go do ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych. Toteż w punkcie 4 protokołu końcowego uzgodniono, że w możliwie najbliższym terminie ma być ustalone, w jaki sposób umowa polsko-niemiecka o ubezpieczeniu społecznym ma stosować się do ubezpieczeń społecznych Austrii jako jednego z krajów Rzeszy. Sprawa rozciągnięcia umowy na nowe terytoria Rzeszy była już aktualna po przyłączeniu do niej Zagłębia Saary (pkt. 3 Porozumienia z 26 maja 1935 r.) i staje się znowu aktualna z chwilą przyłączenia do Rzeszy Niemieckiej obszarów wchodzących poprzednio w skład Republiki Czesko-słowackiej.

Należy zaznaczyć z całym naciskiem, że założeniem odroczenia — zgodnie z życzeniem niemieckim — sprawy umownej reglamentacji ubezpieczeń społecznych austriackich do przyszłych rokowań było złożenie przez obydwie strony deklaracji co do utrzymania nadal status quo ante w zakresie wypłaty rent. Do tej chwili nie udało się jeszcze ustalić ostatecznie, czy zobowiązania te będą dotrzymane przez stronę niemiecką w całej rozciągłości; w ciągu ostatnich kilku mie-

sięcy uległa bowiem zawieszeniu wypłata rent austriackich do Polski przy czym zarządzenia wydane w tej sprawie uzasadniono częściowo względami polityki rasowej, a częściowo polityki dewizowej. Sprawa ta będzie musiała być wyjaśniona natychmiast, jeżeli miałyby być utrzymane w dalszym ciągu wypłaty z tytułu ubezpieczeń społecznych z Polski do Austrii.

Główne, zupełnie niewątpliwe i bezsprzeczne ustępstwo strony polskiej na rzecz interesu i stanowiska strony niemieckiej zawiera pkt. 4 (nowy art. 26a) porozumienia berlińskiego, który dokonuje obniżki kwot wzrostu pensyjnego ubezpieczenia górniczego na rzecz górników (zarówno robotników, jak i pracowników umysłowych) którzy kolejno podlegali tej gałęzi ubezpieczeń społecznych w Polsce i Niemczech. Obniżka dokonana w tym zakresie nie jest nowością. Stanowi bowiem ona dalszy ciąg analogicznej obniżki przeprowadzonej w zakresie ubezpieczenia inwalidzkiego i ubezpieczenia pracowników umysłowych w porozumieniu z 26 maja 1935 r. (pkt. 4 — nowy ust. 4a) art. 19 i pkt. 8 nowy ust. 1a) art. 23 — Dz. U. R. P. Nr 68 poz. 426). Nie może ulegać wątpliwości, że zmiana wymiaru świadczeń dla szczególnej kategorii ubezpieczonych, opierających swe świadczenia na kolejnym podleganiu ubezpieczeniom społecznym w dwóch państwach, nie jest niczym innym, jak tylko próbą zrównoważenia związanych z umową interesów polskich i niemieckich, w których, zdaniem strony niemieckiej, bez tego rodzaju korektury bilans korzyści i strat wypadalby ujemnie dla ubezpieczeń społecznych niemieckich. Niemieckie postulaty w zakresie obniżki świadczeń pensyjnego ubezpieczenia górniczego szły bardzo daleko; miały one bowiem zmniejszyć o 25% wymiar kwot wzrostu pensyjnego ubezpieczenia górniczego zawartych w świadczeniach należnych górnikom, którzy pracowali w górnictwie polskim i niemieckim.

Wypada zwrócić uwagę na to, w jaki sposób ze strony niemieckiej uzasadniano tę bądź co bądź niezwykłą w stosunkach międzynarodowych propozycję co do rewizji normalnego, przewidzianego w prawie wewnętrznym systemu obliczania świadczeń rentowych. Propozycje niemieckie opierały się na trzech założeniach. Pierwsze z nich związane było jak najściślej z oparciem tej gałęzi ubezpieczeń społecznych na systemie aktuarialnym, określanym przez Niemców jako „Anwartschaftsdeckungsverfahren”; w chwili zawarcia umowy niemieckie pensyjne ubezpieczenie górnicze rządziło się bowiem w praktyce zwykłą repartycją. Drugie założenie polegało na tym, że z biegiem czasu środki finansowe tej gałęzi ubezpieczeń społecznych uległy zmianie, z której wynika, że składki ubezpieczeniowe zostały wydatnie obniżone stosunkowo w porównaniu z subwencjami publicznymi w różnej zresztą formie, które bardzo wzrosły. W chwili obecnej dopłaty poza świadczeniami pracodawców i pracowników produkcji górniczej stanowią bowiem już w Niemczech nie mniej, jak 60% zasobów pensyjnego ubezpieczenia górni-

czego. Trzecią wreszcie i decydującą podstawą postulatów niemieckich była zmiana wzajemnego stosunku między dwoma zasadniczymi elementami świadczeń pensyjnych. Składają one się bowiem — jak zresztą na ogół świadczenia ubezpieczeniowe systemów środkowo-europejskich — z części stałej o charakterze socjalno-wyrównawczym i indywidualnej części zmiennej, zależnej od długości ubezpieczenia i zarobku ubezpieczonego. Przyjęty w umowie system wymiaru świadczeń na rzecz osób ubezpieczonych kolejno w dwóch państwach (międzypaństwowe ubezpieczenie wędrowne) polega na tym, że część stała świadczeń ulega podziałowi między poszczególne państwa pro rata parte temporis, że natomiast każde z państw ponosi ciężar części zmiennej: kwot wzrostu, przebytych w ubezpieczeniu danego państwa. Zmniejszenie części stałej (podlegającej umownej redukcji pro rata parte temporis), a zwiększenie natomiast części zmiennej świadczenia musi pociągać za sobą w zakresie międzypaństwowego ubezpieczenia wędrownego zupełnie niespodziewane następstwa. Powoduje mianowicie, że zmiana ustawodawstwa, która na zewnątrz sprawia, że świadczenie ulega obniżce, daje w odniesieniu do międzypaństwowego ubezpieczenia wędrownego rezultat wręcz przeciwny zamierzonemu: podwyżkę świadczenia, lub w każdym razie nieobniżenie go w tym stopniu, w jakim mają być zredukowane renty na rzecz innych kategorii ubezpieczonych. Wychodząc z założenia, że po zmianach ustawodawstwa, dokonanych w tym kierunku w Niemczech kwoty wzrostu przypadające w udziale osobom ubezpieczonym kolejno w Polsce i w Niemczech byłyby częściowo wyższe, a częściowo tylko w nieproporcjonalnym stosunku niższe niż poprzednio — podczas gdy zamierzona była obniżka ogólna o więcej niż 25% — w stosunku do stanu obowiązującego w chwili zawarcia umowy, delegacja niemiecka domagała się dokonania takiej umownej redukcji kwot wzrostu tego dziłu ubezpieczeń społecznych, by mogła ona równoważyć te niezamierzone i niepożądane dla niemieckich finansów ubezpieczeniowych skutki wewnętrznej nowelizacji niemieckiej.

Biorąc pod uwagę całokształt interesów obydwóch stron, strona polska nie mogła przeciwstawić się całkowicie postulatowi niemieckim w tym kierunku; realizacja ich dokonana jednak została tylko w pewnej mierze i w ograniczonym stopniu. Kwoty wzrostu obniżono bowiem tylko o 17 — 20%. Poza tym z obniżki tej wyłączono świadczenia należne z tytułu wypadków ubezpieczeniowych zaszłych przed 1 października 1938 r. Również i w razie przyszłej śmierci inwalidów pobierających obecnie świadczenia odceniać się będzie przyszłe uprawnienia wdów i sierot według prawa obowiązującego dotychczas, bez zastosowania nowej obniżki umownej. Poza tym i w razie zajścia zdarzenia losowego w rozumieniu Księgi IV Ordynacji Ubezpieczeniowej traktować się będzie roszczenia osób, których wypadek ubezpieczeniowy w rozumieniu Reichs-

knappschaftsgesetz zaszedł przed dniem 1 października 1938 r., bez uwzględnienia obniżki świadczeń dokonanej ostatnio. Tak więc obniżka nie odbije się jeszcze na obecnych świadczeniach.

Na koniec nie pozbawiono osób kolejno ubezpieczonych w tej dziedzinie prawa do minimum kwoty wzrostu, które ma być tylko z natury rzeczy zredukowane pro rata parte temporis.

W każdym razie obecna obniżka świadczeń górniczych (związana z redukcją kwot wzrostu) jest mniej dotkliwa niż obniżka świadczeń ubezpieczenia emerytalnego robotników i pracowników umysłowych (również dokonana w drodze redukcji kwot wzrostu), która musiała być uwzględniona trzy lata temu.

Osobny, najpokaźniejszy swymi rozmiarami dział porozumienia z 9 sierpnia 1938 r. stanowią nowe przepisy umowne, normujące wzajemny stosunek między poszczególnymi działami ubezpieczeń społecznych. Nowe przepisy o zbiegu prawa do świadczeń z kilku działów ubezpieczeń społecznych, regulujące równocześnie w sposób systematycznie bardzo ciekawy i nieznanym dotąd międzynarodowym umowom społecz-

nym, skutki przechodzenia z jednego do drugiego działu ubezpieczenia emerytalnego, przy równoczesnym przechodzeniu z jednego państwa do państwa drugiego, zasługują na analizę bardziej szczegółową i dokładną; będzie więc ona dokonana osobno.

Rekapitulując omówienie wyników konferencji, należy podkreślić, że wszystkie zagadnienia sporne zostały rozwiązane lub wyjaśnione interpretacyjnie w toku obrad, które nie przekroczyły trzech tygodni, a w których po stronie polskiej współdziałała delegacja z Dyrektorem Naczelnym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych drem Tadeuszem Dyboskim, jako Przewodniczącym, radcą drem St. Fischlowitzem jako jego zastępcą i referendarzem R. Szymanką przy współudziale rzeczoznawców z ramienia zainteresowanych instytucji ubezpieczeń społecznych: Dyr. Potyki i Naczelnika Śmiatka ze Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach, p. kierownika Haselbacha, oraz pp.: Luchowskiego i Chojana z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, p. radcy mgr. Wyżnikiewiczza z Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie oraz p. Buszy z Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

FR. KLAS — Warszawa

SUKCESJA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym reguluje sukcesję nie podjętych świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego robotników i ubezpieczenia od wypadków w art. 182, który brzmi: „W razie śmierci uprawnionego do świadczeń pieniężnych prawa jego do świadczeń zgłoszone, a w chwili śmierci nie zrealizowane przechodzą na osoby, uprawnione po nim do świadczeń. Osoby te mają również prawo dalszego prowadzenia nie ukończonego jeszcze postępowania celem ustalenia świadczeń”. Analogiczne brzmienie ma art. 126 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, regulujący sukcesję nie podjętych świadczeń w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych.

Na tle brzmienia tych przepisów nasuwają się następujące wątpliwości:

a) czy przytoczone przepisy wyłączają sukcesję według zasad prawa cywilnego (spadkowego) w stosunku do wszystkich rodzajów świadczeń ubezpieczeniowych;

b) w stosunku do których rodzajów świadczeń ma zastosowanie sukcesja specjalna według przepisów art. 182 ustawy i 126 rozporządzenia;

c) które osoby i pod jakimi warunkami należy uważać za uprawnione do otrzymania świadczeń, nie podjętych przez zmarłego.

Postanowienia art. 182 ustawy o ubezpieczeniu społecznym i art. 126 rozporządzenia o ubez-

pieczeniu pracowników umysłowych jako przepisy ustaw specjalnych wyłączają niewątpliwie w myśl ogólnej zasady prawnej: *lex posterior derogat legi priori* — sukcesję według prawa spadkowego w stosunku do świadczeń, które tymi przepisami są objęte. Wątpliwości mogą istnieć tylko co do kwestii, czy postanowienia art. 182 ustawy i 126 rozporządzenia wyłączają sukcesję według prawa ogólnego (spadkowego) w stosunku do wszystkich rodzajów świadczeń, czy tylko w stosunku do niektórych z nich. Niektórzy komentatorzy ustawy o ubezpieczeniu społecznym wyrażają pogląd, że art. 182 ustawy reguluje sukcesję prawa tylko do świadczeń rentowych pierwotnych, t. j. do renty inwalidzkiej z ubezpieczenia emerytalnego robotników i do renty wypadkowej i tylko w zakresie tych świadczeń wyłącza sukcesję wg prawa ogólnego. W myśl tego poglądu inne rodzaje świadczeń, a w szczególności świadczenia rentowe pochodne (renty wdowie, sieroce, dalszych członków rodziny), jako nie objęte art. 182 przechodzą w drodze sukcesji ogólnej na spadkobierców zmarłego. Pogląd, że postanowienia art. 182 ustawy, a tym samym i art. 126 rozporządzenia wobec jednakowego ich brzmienia, wyłączają sukcesję według prawa ogólnego jedynie w stosunku do świadczeń rentowych pierwotnych, tj. w stosunku do rent, należnych samym ubezpieczonym, nie zaś w stosunku do wszystkich rodzajów

świadczeń ubezpieczeniowych nie wydaje się jednak przekonywującym, gdyż:

1^o omawiane przepisy mówią w sposób ogólny o sukcesji *praw do świadczeń* zgłoszonych, a w chwili śmierci nie zrealizowanych, a nie o sukcesji *prawa do renty inwalidzkiej i wypadkowej* („W razie śmierci uprawnionego do świadczeń pieniężnych prawa jego do świadczeń zgłoszone.....” itd.);

2^o wyłączenie sukcesji wg prawa ogólnego w zakresie jednego rodzaju świadczeń ubezpieczeniowych, utrzymywanie jej zaś w zakresie innych rodzajów świadczeń, byłoby pozbawione logicznego i rzeczowego uzasadnienia;

3^o gdyby ustawodawca, wprowadzając sukcesję specjalną w stosunku do jednego rodzaju świadczeń, zamierzał dopuścić sukcesję wg prawa cywilnego w stosunku do innych rodzajów świadczeń, byłby to wyraźnie stwierdził w odnośnych przepisach ustawowych, bądź nadał im brzmienie, nie nasuwające żadnych co do tego wątpliwości.

Z powyższych względów można — wydaje się — uznać za mającą pełne uzasadnienie tezę, że w stosunku do nie podjętych świadczeń ubezpieczeniowych sukcesja według prawa cywilnego jest, bez względu na rodzaj świadczenia, wyłączona.

Druga kwestia, jaka się wyłania na tle przepisów art. 182 ustawy i 126 rozporządzenia, dotyczy zagadnienia, czy w myśl tych przepisów przedmiotem sukcesji mogą być tylko świadczenia rentowe pierwotne (renty inwalidzkie, wypadkowe), czy też i świadczenia pochodne (renty wdowie, sieroce, renty dalszej rodziny w ubezpieczeniu wypadkowym). Literalna wykładnia powyższych przepisów dawałaby oparcie dla tezy, że w zakresie świadczeń pochodnych, t. j. świadczeń dla członków rodziny ubezpieczonego, sukcesja jest w ogóle wykluczona, jeżeli w myśl tego co powiedziano wyżej przyjąć, że sukcesja ogólna wg prawa spadkowego nie może wchodzić w rachubę w stosunku do świadczeń ubezpieczeniowych. Przepisy art. 182 ustawy i 126 rozporządzenia postanawiają bowiem, że zgłoszone, lecz nie zrealizowane przez uprawnionego prawa do świadczeń „przechodzą na osoby, uprawnione po nim do świadczeń”. Ponieważ po członkach rodziny, mających prawo do świadczeń pochodnych, nie ma osób, uprawnionych do świadczeń, przeto z brzmienia tych przepisów można by wyprowadzać wniosek, że świadczenia pochodne w ogóle nie mogą być przedmiotem sukcesji. Można jednak mieć poważne wątpliwości, czy ustawodawca istotnie zamierzał całkowicie wyłączyć sukcesję w zakresie wszystkich innych rodzajów świadczeń, poza rentą inwalidzką i wypadkową, czy też raczej nie miał tego zamiaru i tylko wyraził swoją myśl w sposób niedostatecznie jasny. Wydaje się, że zachodzi tu ta druga ewentualność, a przemawiałyby zatem następujące względy:

1^o Jeżeli — jak powiedziano wyżej — wprowadzanie sukcesji specjalnej w zakresie świadczeń rentowych pierwotnych, zachowywa-

nie zaś sukcesji wg prawa ogólnego w stosunku do pozostałych rodzajów świadczeń, nie miałoby rzeczowego i logicznego uzasadnienia, to z drugiej strony brak byłoby uzasadnienia dla zupełnego wyłączenia sukcesji w zakresie świadczeń rentowych pochodnych, jeżeli dopuszcza się sukcesję w zakresie świadczeń rentowych pierwotnych.

2^o Art. 126 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych w pierwotnym swym brzmieniu wprowadzał sukcesję wg prawa cywilnego w stosunku do *wszystkich rodzajów świadczeń rentowych*, postanawiał bowiem, że „w razie śmierci osoby, uprawnionej do świadczeń, po zgłoszeniu przez nią swoich roszczeń, prawo do odbioru sum, należnych od dnia śmierci uprawnionego, przechodzi na prawnych jego spadkobierców”. Nowela z dnia 15.III.1934 r. nadała art. 126 rozporządzenia inne brzmienie, odpowiadające przytoczonemu na wstępie brzmieniu art. 182 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, zważając przez to krąg osób, mających prawo od odbioru świadczeń, nie podjętych przez uprawnionego. W miejsce poprzedniego b. szerokiego koła osób (spadkobiercy) nowela dopuszcza do sukcesji tylko osoby, uprawnione do świadczeń po zmarłym. Zwężenie zbyt szerokiego poprzednio koła osób, uprawnionych do uzyskania nie podjętych przez zmarłego świadczeń (według K. C. N. prawo dziedziczenia mają krewni spadkobiercy aż do 12-go stopnia włącznie) było wskazane i uzasadnione ze względu na charakter świadczeń ubezpieczeniowych, jako należności, przysługujących na podstawie prawa publicznego, jak również ze względu na niecelowość uzależniania wypłaty niewielkich na ogół kwot od wykazania się przez osoby uprawnione legitymacją praw, do spadku i stopniem udziału w spadku każdej z nich. Dlatego można — wydaje się — uznać za prawidłową tezę, że ustawodawca, nowelizując przepis art. 126 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, nie zamierzał ograniczać przedmiotowego zakresu sukcesji świadczeń ubezpieczeniowych, lecz tylko jej zakres osobowy, za czym przemawiałoby i to, że art. 126 rozporządzenia i 182 ustawy mówią ogólnie o nie zrealizowanych prawach do świadczeń jako objętych sukcesją, a nie o nie zrealizowanym prawie do renty inwalidzkiej i wypadkowej. Jeżeli tę tezę uznać za trafną, wówczas postanowienia omawianych przepisów, że zgłoszone, lecz nie zrealizowane przez uprawnionego prawa do świadczeń „przechodzą na osoby uprawnione po nim do świadczeń”, należałoby rozumieć w tym znaczeniu, że nie podjęte świadczenia rentowe mogą w drodze sukcesji przejść tylko na tych członków rodziny zmarłego, którzy objęci są ustawowym kręgiem osób, uprawnionych do świadczeń pochodnych, tj. na tych członków rodziny osoby zmarłej, którzy mieliby po niej, gdyby była ona ubezpieczona, prawo do świadczeń. Rozumiejąc w ten sposób postanowienia wspomnianych przepisów, można by przeto nie podjęte raty renty wdowiej przekazać dzieciom

zmarłej wdowy, które, gdyby zmarła była ubezpieczona, miałyby po niej prawo do rent sierocych, tj. byłyby „uprawnione po niej do świadczeń”.

W zakresie świadczeń jednorazowych, t. j. zapomogi pośmiertnej w ubezpieczeniu wypadkowym i emerytalnym robotników (art. 150 i 166 ustawy), oraz zasiłku pogrzebowego w ubezpieczeniu pracowników umysłowych (art. 30a rozporządzenia), należy uznać sukcesję wg. art. 182 ustawy wzgl. art. 126 rozporządzenia za wyłączoną ze względu na samą konstrukcję uprawnień do tych świadczeń. Jeżeli chodzi o zapomogę pośmiertną, prawo do niej przysługuje szerokiemu kołu członków rodziny zmarłego wg ustalonej kolejności (małżonek, dzieci, wnukowie, którzy pozostawali na wyłącznym utrzymaniu zmarłego, rodzice itd.), przy czym w braku członków rodziny bliższych według ustalonej kolejności, prawo do zapomogi przysługuje członkom rodziny w kolejności następnej. Gdyby np. zmarła, nie podjąwszy zapomogi, wdowa, prawo do zapomogi, jeżeli nie upłynąłby jeszcze okres przedawnienia, miałyby dzieci zmarłego, a jeżeli by dzieci nie było — zapomoga należałaby się członkom rodziny uprawnionym w dalszej kolejności.

Wprawdzie można by tu wysunąć wątpliwości czy uprawnienia członków rodziny nie powinny być oceniane być według stanu, istniejącego w chwili śmierci ubezpieczonego, lecz zasada uzależniająca prawo do zapomogi dalszych członków rodziny od braku w chwili śmierci ubezpieczonego bliższych członków rodziny byłaby zbyt restryktywną i nie miałyby dostatecznego oparcia w przepisach art. 150 ust. 2 ustawy, ustalającym zakres osób, uprawnionych do zapomogi pośmiertnej i regulującym kolejność uprawnień do tej zapomogi. Przepis ten, który postanawia, że „jednorazową zapomogę pośmiertną otrzymuje małżonek pozostały przy życiu, w razie jego śmierci — dzieci, lub w razie gdy dzieci nie ma, pozostała rodzina w kolejności, przewidzianej dla renty dalszej rodziny” daje moim zdaniem podstawę do przyjęcia zasady, że w braku bliższych członków rodziny zapomoga przysługuje — jak długo nie nastąpi przedawnienie prawa do niej — dalszym członkom rodziny bez względu na stan, istniejący w chwili śmierci ubezpieczonego, oraz, że w razie śmierci jednej z osób, uprawnionych do zapomogi w równym stopniu, nie podjęta przez nią część zapomogi przypada na rzecz pozostałych członków rodziny (gdy np. umiera jedno z dzieci, przypadająca na niego część zapomogi należałaby się pozostałym dzieciom). Przy tym bez znaczenia jest, czy zmarły członek rodziny zgłosił roszczenie o zapomogę, gdyż dalsi krewni w razie śmierci bliższych dochodzą do zapomogi własnym swym prawem. Tego rodzaju konstrukcja sama przez się wyłącza w zakresie zapomóg pośmiertnych sukcesję wg. art. 182 ustawy, gdyż przejście nie zrealizowanego przez uprawnionego prawa do zapomogi na inne osoby jest uregu-

lowane w sposób szczególny, odmienny niż w art. 182.

Również należy wyłączyć sukcesję w zakresie zasiłku pogrzebowego z ubezpieczenia pracowników umysłowych, należnego osobie, nie mającej praw do świadczeń emerytalnych po zmarłym ubezpieczonym, która poniosła koszty pogrzebu ubezpieczonego i przysługującego w wysokości poniesionych kosztów pogrzebu, nie więcej jednak niż jednomiesięczną przeciętną płacę podstawową (art. 30-a i 40-a rozporządzenia o ubez. prac. umysł.). Zasiłek pogrzebowy, stanowiący zwrot całości lub części kosztów pogrzebu zmarłego ubezpieczonego jest bowiem świadczeniem ściśle osobistej natury, przysługującej temu, kto pokrył koszty pogrzebu ubezpieczonego, a wobec tego nie może go otrzymać osoba, która tych kosztów nie poniosła.

Jeżeli chodzi o jednorazową odprawę, przewidzianą w art. 30 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, sukcesja jej jest wyłączona wyraźnym zastrzeżeniem w art. 126 rozporządzenia.

Dalszą kwestią, nasuwającą wątpliwości na tle przepisów art. 182 ustawy i 126 rozporządzenia, jest sprawa ustalenia koła osób, uprawnionych do otrzymania nie podjętych przez zmarłego świadczeń. Wspomniane przepisy nie wymieniają bowiem konkretnie, które osoby mogą otrzymać w drodze sukcesji nie podjęte świadczenia, lecz w sposób ogólnikowy mówią, że nie zrealizowane przez uprawnionego prawa do świadczeń przechodzą na „osoby, uprawnione po nim do świadczeń”. Do otrzymania nie podjętych świadczeń uprawnieni są zatem członkowie rodziny, którym przysługuje prawo do świadczeń pochodnych. Prawo to przysługuje: wdowie (wdowcowi) i dzieciom, a w ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu nadto dalszym członkom rodziny (wstępnym, wnukom, rodzeństwem).

Bliższe jednak określenie, które osoby i pod jakimi warunkami mają prawo do nie podjętych przez zmarłego świadczeń komplikuje okoliczność, że prawa do świadczeń pochodnych zależne są od szeregu specjalnych warunków, w zakresie których istnieją między poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń pewne odrębności. Uw warunkowanie praw członków rodziny do nie podjętych świadczeń posiadaniem przez nich prawa do świadczeń pochodnych stwarza niejednolitość w prawach sukcesyjnych członków rodziny wobec niejednakowego we wszystkich rodzajach ubezpieczeń kręgu osób, uprawnionych do świadczeń pochodnych i niejednakowych warunków, od których te świadczenia są uzależnione. Uprawnionymi do świadczeń pochodnych w ubezpieczeniach emerytalnych (robotników i pracowników umysłowych) są: wdowa (wdowiec), dzieci, pasierbowie i wnukowie, w ubezpieczeniu od wypadków nadto pod warunkami specjalnymi: rodzice, dziadkowie i rodzeństwo, jeżeli suma rent wdowy (wdowca) i sierot nie wyczerpuje kwoty renty, która przysługiwałaby zmarłemu w razie całkowitej niezdolności do pracy. Poza

tym różną jest w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń granica wieku, do którego sierotom (dzieciom, pasierbom, wnukom) przysługuje prawo do renty, a mianowicie: w ubezpieczeniu emerytalnym robotników i ubezpieczeniu od wypadków prawo do renty sierociej mają chłopcy do ukończenia 17-tu, dziewczęta — 18-tu lat życia, w ubezpieczeniu pracowników umysłowych zarówno dla chłopców jak i dla dziewcząt tą granicą jest ukończenie 18-tu lat życia. Nadto w ubezpieczeniu pracowników umysłowych i ubezpieczeniu od wypadków istnieje przedłużenie prawa do renty sierociej w razie uczęszczania sieroty do szkoły, czego nie ma w ubezpieczeniu robotniczym.

W zakresie warunków specjalnych, od których zależne jest prawo do świadczeń pochodnych dla członków rodziny różnice są następujące:

Wdowie przysługuje prawo do renty: w ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu i ubezpieczeniu pracowników umysłowych — bez względu na wiek i zdolność do zarobkowania, w ubezpieczeniu emerytalnym robotników tylko wtedy, gdy bądź osiągnęła określony wiek (60, a wdowa po górniku lub hutniku 50 lat życia), bądź utraciła conajmniej $\frac{2}{3}$ zdolności do zarobkowania. Wdowa nie może uzyskać renty z ubezpieczenia robotniczego i pracowników umysłowych, jeżeli w chwili zawierania związku małżeńskiego mąż miał ukończonych 55 lat życia lub otrzymywał już rentę inwalidzką, w ubezpieczeniu zaś od wypadków w zatrudnieniu te ograniczenia nie istnieją.

Wdowiec może uzyskać rentę: z ubezpieczenia robotniczego i od wypadków w zatrudnieniu tylko wówczas, gdy całkowicie i wyłącznie był utrzymywany przez zmarłą żonę, w ubezpieczeniu zaś pracowników umysłowych wystarcza, jeżeli w przeważnej części był na utrzymaniu żony. Nadto prawo do renty wdowca jest uzależnione w ubezpieczeniu robotniczym od rzeczywistego inwalidztwa wdowca lub osiągnięcia przez niego określonego wieku, w innych ubezpieczeniach zawsze od inwalidztwa rzeczywistego bez względu na wiek.

W zakresie uprawnień do rent sierocych istnieją odrębności w warunkach prawa do rent dla dzieci przysposobionych, pasierbów i wnuków. W ubezpieczeniach emerytalnych (robotn. i prac. umysł.) dzieci przysposobione posiadają prawo do renty sierociej, jeżeli przysposobienie nastąpiło przynajmniej na rok przed powstaniem prawa do renty inwalidzkiej, pasierbom i wnukom prawo to przysługuje, jeżeli pozostawali na utrzymaniu ubezpieczonego przynajmniej przez rok przed powstaniem dla niego prawa do renty. W ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu warunek co do daty przysposobienia wzgl. czasu pozostawania na utrzymaniu zmarłego ubezpieczonego nie ma znaczenia i wymagane jest tylko, by przysposobienie nastąpiło przed powstaniem prawa do renty wypadkowej dla ubezpieczonego, względnie by przed powstaniem

tego prawa pasierbowie lub wnukowie pozostawali na utrzymaniu zmarłego. Nadto w ubezpieczeniu wypadkowym wnukowie mogą otrzymać rentę sierocą tylko o tyle, o ile renty bliższych członków rodziny (wdowy, dzieci) nie wyczerpują w sumie kwoty, do której miałby prawo zmarły ubezpieczony w razie całkowitej niezdolności do pracy (t. zw. renty pełnej), podczas gdy w ubezpieczeniu emerytalnym tego ograniczenia nie ma, a więc wnukowie odpowiadający wymaganym warunkom, dochodzą do renty sierociej narówni z dziećmi.

Wymienione różnice w warunkach uprawnień członków rodziny do świadczeń rentowych przy niejednakowym nadto kręgu osób, uprawnionych do rent pochodnych, prowadzą przy stosowaniu art. 182 ustawy i 126 rozporządzenia do rezultatów, które trudno uznać za prawidłowe. Gdyby bowiem te przepisy stosować, jak wynikałoby to z literalnego ich brzmienia, tak, że prawa sukcesyjne przysługują członkom rodziny, posiadającym wszystkie wymagane warunki do uzyskania świadczeń rentowych, wówczas między poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń istniałaby zbyt duża niejednorodność w zakresie uprawnień sukcesyjnych członków rodziny. Ta niejednorodność istniałaby i wtedy, lecz byłaby już ona mniejsza, gdyby przyjąć, że prawo sukcesyjne wdowy (wdowca) nie może być uzależnione od istnienia warunku niezdolności do zarobkowania lub do wykonywania swego zawodu z tego względu, że brak tego warunku wawieszka jedynie do czasu jego spełnienia się realizację prawa do renty, lecz prawo to zasadniczo istnieje i przy braku tego warunku. Jednak i wówczas byłyby jeszcze między poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń dość znaczne odchylenia w uprawnieniach sukcesyjnych członków rodziny, stwarzające tego rodzaju sytuacje, że np.: wdowa, której mąż miał w chwili zawierania związku małżeńskiego ponad 55 lat życia lub otrzymywał już rentę inwalidzką, nie miałaby w ubezpieczeniach emerytalnych prawa do renty, nie podjętej przez jej zmarłego męża, miałaby natomiast to prawo w ubezpieczeniu wypadkowym; wdowiec, którego zmarłej żonie przysługiwała renta z ubezpieczenia pracowników umysłowych i który był na przeważającym lecz nie całkowitym jej utrzymaniu, otrzymałaby rentę przez nią nie odebraną, w tym przypadku zaś wdowiec, którego żonie należała się renta z ubezpieczenia emerytalnego robotników lub z ubezpieczenia wypadkowego nie mógłby otrzymać renty żony.

W uprawnieniach sukcesyjnych sierot odrębności między poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń są jeszcze liczniejsze, a wynikają one — jak wspomniano wyżej — z różnic wieku, do którego sierotom renta przysługuje i z różnic w warunkach uprawnień do świadczeń. A więc np.: w ubezpieczeniu pracowników umysłowych dziecko, mające 20 lat życia, ma prawo sukcesyjne do renty, nie odebranej przez ojca, jeżeli uczęszcza do szkoły (ma wtedy prawo do renty sierociej), w ubezpieczeniu robotniczym dziecko, będące w tych samych warunkach nie mogłoby

otrzymać renty ojca, gdyż nie ma prawa do renty sieroczej; pasierb w wieku, uprawniającym do renty sieroczej, który pozostawał na utrzymaniu zmarłego ubezpieczonego przez czas krótszy niż rok, nie posiada praw sukcesyjnych w zakresie ubezpieczeń emerytalnych, ma je natomiast w zakresie ubezpieczenia wypadkowego.

Rezultaty, jakie w praktyce daje stosowanie art. 182 ustawy i 126 rozporządzenia, są mniej rażące, jeżeli zmarłemu przysługiwało prawo do świadczeń z jednego tylko rodzaju ubezpieczenia. Bardziej rażąco przedstawiają się wtedy, kiedy zmarłemu przysługiwało prawo do świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego i wypadkowego i gdy członkowie rodziny mogą otrzymać tylko z jednego rodzaju ubezpieczenia świadczenie, nie podjęte przez zmarłego. Np. ubezpieczony pracownik umysłowy uległ wypadkowi w zatrudnieniu, wskutek którego stał się niezdolny do pracy i po upływie kilku miesięcy zmarł z powodu tego wypadku; pozostała po nim wdowa; zmarły ubezpieczony w czasie, kiedy zawierał związek małżeński miał ponad 55 lat życia. Wdowa otrzyma rentę wypadkową, należną mężowi za czas od dnia wypadku do dnia śmierci, lecz nie otrzyma należnej mu za ten czas renty inwalidzkiej z ubezpieczenia emerytalnego. Syn, którego ojciec był ubezpieczony, jako pracownik umysłowy i uległ wypadkowi w zatrudnieniu, mający np. 17½ lat życia i nie uczęszczający do szkoły, ma prawo do otrzymania nie odebranej przez ojca renty z ubezpieczenia emerytalnego. Renty zaś wypadkowej ojca nie otrzyma. Córka natomiast, będąca w takim wieku, otrzymałaby obie renty, gdyż dla dziewcząt granica wieku,

uprawniającego do renty sieroczej jest w obu ubezpieczeniach jednakowa (18 lat życia).

Unormowanie sprawy sukcesji świadczeń ubezpieczeniowych w sposób, który by usuwał obecnie istniejącą między poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń niejednorodność w zakresie praw sukcesyjnych członków rodziny do nie podjętych świadczeń i te trudności i wątpliwości, jakie w praktyce nasuwa art. 182 ustawy i 126 rozporządzenia, jest możliwe tylko drogą nowelizacji tych przepisów. Przepisy, regulujące sukcesję świadczeń ubezpieczeniowych, powinnyby:

a) określić wyraźnie, którym członkom rodziny i w jakiej kolejności przysługują prawa sukcesyjne, nie wiążąc tych praw z posiadaniem warunków, od których są uzależnione świadczenia pochodne, przy czym wydawałoby się słuszne i wskazane pewne rozszerzenie koła osób, uprawniających do otrzymania świadczeń, nie podjętych przez zmarłego (w niemieckim ubezpieczeniu inwalidzkim i wypadkowym prawo sukcesji mają w kolejności: małżonek, dzieci, ojciec, matka, rodzeństwo);

b) uzależnić prawo sukcesji nie podjętych świadczeń od warunku pozostawania z uprawnionym w chwili jego śmierci we wspólnym gospodarstwie domowym ze względu na niecelowość dopuszczania do sukcesji drobnych na ogół kwot członków rodziny, prowadzących odrębne gospodarstwa domowe;

c) ustalić, które rodzaje świadczeń ubezpieczeniowych są objęte sukcesją, które zaś nie mogą w ogóle być przedmiotem sukcesji, ani wg. prawa ubezpieczeniowego, ani wg. prawa cywilnego.

M A T E R I A Ł Y

T. L.

○ ROLI RZECZNIKA INTERESU PUBLICZNEGO W POSTĘPOWANIU PRZED SĄDAMI UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

(Artykuł dyskusyjny)

Spśród instytucji, wprowadzonych do projektowanej organizacji sądów ubezpieczeń społecznych, rzecznik interesu publicznego zwraca na siebie szczególną uwagę.

Zrozumiałe jest to, skoro się zważy, że instytucja ta jest nową w naszym ustawodawstwie, choć raczej nową z nazwy niż z istoty.

Nazwę projekt zapożyczył z projektu sądownictwa administracyjnego, zawartego w pracy prof. dr Jerzego St. Langroda p. t. „Kontrola administracji“, pod względem zaś istoty instytucja ta w części przypomina prokuratora w postępowaniu cywilnym w najwyższych instancjach, w części zaś komisarza w postępowaniu przed sądami administracyjnymi, znanego i u nas w sądach administracyjnych, działających w województwach zachodnich.

Jednakże mimo cech wspólnych, instytucja ta nie jest kopią ani prokuratora, ani komisarza, tak w ujęciu ustawodawstwa niemieckiego, jak w ujęciu ustawodawstwa francuskiego.

Jest natomiast swoistą instytucją wyprowadzoną ze szczególnych właściwości i zadań sądów ubezpieczeń społecznych.

Działalność rzecznika interesu publicznego jest skoncentrowana w Trybunale Ubezpieczeń Społecznych i tam ma ona cechy działalności stałej (art. 83 § 1 „Przy Trybunale Ubezpieczeń Społecznych urządza rzecznik interesu publicznego i jego zastępcy“).

W Trybunale rzecznik bierze udział w rozprawach, uczestniczy w kolegiach, zgłasza uwagi w obronie ustawy.

Trybunał Ubezpieczeń Społecznych zawiadamia o

każdej rozprawie rzecznika, a obowiązkiem jego jest bądź wziąć udział w rozprawie bądź złożyć oświadczenie, iż nie zamierza wziąć udziału (art. 367).

Natomiast działalność rzecznika lub jego zastępców w okręgowych sądach ubezpieczeń społecznych jest tylko dorywcza, promieniując tam z jego siedziby urzędowej przy Trybunale.

Okręgowy sąd nie ma obowiązku zawiadamiania rzecznika o rozprawie, a rzecznik ma tylko prawo, a nie obowiązek, uczestniczenia w rozprawie.

Również dorywczo występować będzie rzecznik interesu publicznego w okręgowych sądach ubezpieczeń społecznych, kiedy — przybierając cechy strony — będzie występował ze skargą na decyzję instytucji ubezpieczeń społecznych (art. 108).

Wnioski, które w swojej działalności zgłaszać może rzecznik — poza wnioskami, związanymi ze skargą w obronie ustawy — są dwojakiego rodzaju.

Występując w roli skarżącego decyzję instytucji ubezpieczeń społecznych, rzecznik zgłasza wnioski takie, jakie zgłaszać może każda strona. Wnioski te z istoty swojej są żądaniami pod adresem sądu o dokonanie pewnych czynności procesowych, a druga strona może obalać te żądania.

We wszystkich innych przypadkach, będące poza dyskusją (art. 224 § 3) wnioski rzecznika już nie zawierają żadnych bezpośrednich postulatów procesowych, zawierają natomiast konkluzję, oświetlającą zasadność żądań skargi. Są to wnioski podobne do tych, jakie zgłasza prokurator w Sądzie Najwyższym w sprawach cywilnych t. zn. zmierzające do oświetlenia sprawy z punktu widzenia jednolitej i prawidłowej wykładni prawa, w oderwaniu od interesów instytucji ubezpieczeń społecznych i w oderwaniu od interesów strony skarżącej.

I tu właśnie zachodzi istotne pytanie czy te oderwane wnioski rzecznika są potrzebne w postępowaniu przed sądami ubezpieczeń społecznych. Czy będą one stanowić pomoc w wymiarze sprawiedliwości.

Rzucając to pytanie, mamy na myśli głównie Trybunał Ubezpieczeń Społecznych, albowiem rola rzecznika interesu publicznego jako zgłaszającego te wnioski oderwane w sądach lokalnych sprowadzi się w praktyce do rzadkiego udziału w procesie i to prawdopodobnie tylko w tych sprawach, które kończą się w pierwszej instancji.

Podniesiona wątpliwość rodzi się naturalnym biegiem rzeczy tak samo, jak powstała w łonie Komisji Kodyfikacyjnej podówczas, kiedy Komisja ta rozpatrywała celowość udziału prokuratora w postępowaniu cywilnym w najwyższej instancji sądowej.

I oto w zwycięskiej obronie tej instytucji padły następujące słowa:¹⁾

„W projekcie brak wzmianki o wnioskach prokuratora, a w powodach do projektu brak wyjaśnienia, czym referent uzasadnia zniesienie obecnie istniejącego urzędu prokuratora w procesie kasacyjnym. Komisja, która w 1917 r. pod moim przewodnictwem opracowywała projekt procedury cywilnej, jednomyślnie uchwaliła utrzymać wnioski prokuratora w postępowaniu kasacyjnym. Później przybyło mi jeszcze w tej

mierze, jako sędziemu i kierownikowi izby cywilnej Sądu Najwyższego, doświadczenie osobiste, — uważam przeto za swój obowiązek stwierdzić, że dotychczasowy udział prokuratora w rozpoznawaniu spraw przez sąd kasacyjny jest **czynnikiem bezwzględnie dodatnio wpływającym na gruntowność orzeczeń tego sądu.** Dzięki swym wnioskom, starannie przygotowanym i wygłaszanym publicznie, prokurator gra rolę poniekąd kontrolera w stosunku do krystalizującego się pod wpływem sędziego-referenta poglądu izby kasacyjnej, a wiadomo przecież, jakie doniosłe znaczenie ma zawsze, a zwłaszcza w życiu publicznym, planowo zorganizowana kontrola. Przy tym wchodzi tu w grę jeszcze jeden czynnik psychologiczny niemałej doniosłości: to szlachetna emulacja w wystudiowaniu sprawy między dwoma, mniej więcej równymi sobie prawnikami, z których nadto jeden, stojący poza kompletem orzekającym, może mniej liczyć się z tradycjami i być **pionierem ewolucji w poglądach prawnych**, podczas gdy drugi — referent w komplecie orzekającym — związany jest dotychczasową jurysprudencej swej izby i po drodze tej ewolucji kroczyć musi bardzo ostrożnie. Ta właśnie niejako uprzednia kontrola ze strony prokuratora i ta emulacja z nim sędziego-referenta stawiają w całej pełni tego ostatniego na właściwej wysokości. To też nie bez racji może był prawodawca z przed stu lat, gdy urządzając u nas sąd najwyższej instancji bez udziału prokuratora, wyłączył sędziego-referenta od głosowania w komplecie sądzącym (art. 18 dekretu z 1815 r.), obawiając się widocznie jego jednostronności przy „zgleźbieniu obustronnych przyczyn i dowodów“, pomimo wyraźnego obowiązku „wyjaśnienia wszystkiego tego, co do legalnych w procesie wniosków prowadzić może“ (art. 6). Otóż przy udziale prokuratora ta obawa jednostronności upada, przeciwnie, wobec wzajemnej kontroli dwu czynników osiąga się najwyższa rękojmia bezstronności i możliwej nieomyślności“.

Powyższy głos przeważał na szali i najwyższa instancja sądowa, działając w dziedzinie o wiekowej tradycji, korzysta przy wykonywaniu wymiaru sprawiedliwości z pomocy „pioniera ewolucji w poglądach prawnych“.

Czyżby przyszedł Trybunał Ubezpieczeń Społecznych miał być tej pomocy pozbawiony? Trybunał Ubezpieczeń Społecznych ma być instancją ostatnią nie powiązaną ani z Sądem Najwyższym ani z Trybunałem Administracyjnym. Będzie działał w zakresie prawa o ubezpieczeniach społecznych, więc w dziedzinie prawnej stosunkowo młodej o pojęciach niedostatecznie sprecyzowanych, będzie rozwijał i uzupełniał to prawo w drodze obowiązującej wykładni, będzie oceniał decyzje instytucji ubezpieczeń w świetle postępowania administracyjnego, a prawo cywilne czy to w zakresie umów o pracę, czy to w zakresie stosunków rodzinnych lub innych będzie także często przedmiotem jego rozważań.

Ale nie tylko zasięg działalności Trybunału, ale i wagę norm, podlegających jego właściwości, należy wziąć pod uwagę. Niech wolno będzie w tym miejscu, znowu skorzystać z opinii, tym razem prof. Lutza Richtera z Lipska:²⁾ „W zasadniczych zagadnieniach życia społecznego ustawa nie jest niczym innym, jak tylko przejawem wyobrażeń porządku prawnego, który rozu-

¹⁾ Materiały Komisji Kodyfikacyjnej R. P. „Polska Procedura Cywilna“ T. II. — str. 55 — J. J. Litauer

²⁾ „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych“ nr 6 z 1935.

nie się zresztą sam przez się. W takiej materii jednak, jak ubezpieczenie społeczne, w której należy brać pod uwagę tyle technicznych szczegółów dalekich dla przeciętnego człowieka, konkretne postanowienia, zawarte w ustawie, nabierają z natury rzeczy szczególnego znaczenia. Pozytywne prawo musi więc w świadomości ogółu wymagać dla siebie więcej miejsca, niż przy normowaniu innych stosunków życiowych“.

Prawo o ubezpieczeniach społecznych nie wyczerpuje pojęcia nauki o ubezpieczeniach społecznych, a naukowe założenia ubezpieczeń społecznych nie mogą być obojętne dla Trybunału. Pozytywna norma prawa ubezpieczeniowego jest odbiciem poglądu teoretycznego i tego poglądu teoretycznego Sąd nie może pominąć przy jej stosowaniu.

Nie może pomijać i celu ustawy. Cel ustawy jako główny punkt wytyczny wykładni podkreśla często w orzeczeniach Sąd Najwyższy. Cel w dziedzinie ubezpieczeń społecznych to wyraz polityki społecznej, znajdującej odbicie w ustawie. I tu znowu skorzystamy z wyjaśnień prof. Richtera:³⁾

„Na plan pierwszy wysuwa się jednak polityczne ustalenie celu ubezpieczeń społecznych, którym jest niewątpliwie udzielanie słabszym grupom społeczeństwa w szczególności pracownikom, gospodarzom i psychicznie narażonym, w szczególnym stopniu, na zmienne koleje losu — odpowiedniej pomocy w sposób nienaruszający ich godności. Polityczne ustalenie celu ubezpieczeń społecznych jest zadaniem tych, którzy, odpowiedzialnie kierują sprawami publicznymi. Nie jest ono jednak możliwe w zupełnym uniezależnieniu od poczucia prawnego społeczeństwa. Celowe i należyte unormowanie może powstać tylko wówczas, kiedy te dwa elementy nawzajem sobie odpowiadają. Konieczne jest wyrażenie go w ustawie, ujętej w sposób celowy, uwzględniający potrzeby praktyczne, i jasny.“

Ponadto orzecznictwo państw zagranicznych, w których ubezpieczenia mają długoletnią tradycję, także nie może być pomijane przy wykładni, ustalonej przez Trybunał.

W nakreślonym, acz nie wyczerpującym, zasięgu zadań staje się zrozumiałą rola rzecznika interesu publicznego, jako czynnika, pomagającego wymiarowi sprawiedliwości na odcinku sądownictwa ubezpieczeniowego.

Jego zadaniem będzie przez wszechstronne oświetlenie zagadnienia z punktu widzenia prawa pozytywnego, nauki, polityki społecznej i orzecznictwa przeciwdziałać możliwości biurokratycznego zautomatyzowania, polegającego na szablonowym stosowaniu normy do konkretnego przypadku. Przez jego udział w procesie dopiero się ściślejszy nawiąże kontakt między sądem a nauką, między normą, a tymi dziedzinami życia, którym ubezpieczenia społeczne służą.

Tylko przy jego współudziale Trybunał Ubezpieczeń Społecznych, jak każda najwyższa instancja sądowa, może spełnić swą rolę prawotwórczą wobec zagadnień, które życie przynosić będzie, a których ustawa nie przewidywała.

Inny natomiast ujawnia się charakter rzecznika w czynnościach, polegających na zaskarżaniu decyzji instytucji ubezpieczeń społecznych (art. 108). Tutaj zadania jego są już inne. W tym charakterze będzie zastępo-

wał władze, którym projekt ustawy odbiera prawo nadzorczej ingerencji (art. 405 pkt. 4). Do tych czynności rzecznik powołany został przez specjalne właściwości sądów ubezpieczeniowych. Sądy ubezpieczeniowe są powołane do rozpoznawania skarg na decyzje instytucji publiczno-prawnych. W innych dziedzinach życia państwowego (samorząd terytorialny, wyznaniowy) skargi na decyzje instytucji publiczno-prawnych rozpoznają władze nadzorcze, a po wyczerpaniu toku instancji — skargi na decyzje władz nadzorczych rozpoznaje Najwyższy Trybunał Administracyjny.

Projekt ustawy o sądach ubezpieczeń społecznych otworzył dla skarg na decyzje instytucji ubezpieczeniowych od razu drogę sądową, a tym samym odebrał władzy administracyjnej uprawnienia władzy odwoławczej. W konsekwencji odebrał władzy administracyjnej prawo wkraczania z urzędu w zakresie tych decyzji, które mogą być zaskarżone do sądu. Zamiast tych uprawnień władzy nadzorczej nadał projekt rzecznikowi prawo zaskarżania decyzji, niezależnie od woli jednostki, której decyzja dotyczy. W tych sprawach rzecznik korzysta ze wszystkich uprawnień strony, począwszy od wniesienia skargi, a skończywszy na prawie żądania wznowienia postępowania (art. 379).

Na podstawie nakreślonych uwag o działalności rzecznika interesu publicznego w postępowaniu przed sądami ubezpieczeń społecznych możemy scharakteryzować rzecznika jako specjalnego prokuratora w specjalnych sądach, o zadaniach takich, jakie ma prokurator w postępowaniu w sprawach cywilnych w najwyższej instancji, przy czym obarczony jest dodatkowo czynnościami, które nieznane są prokuratorowi (np. zaskarżanie decyzji instytucji ubezpieczeń społecznych). Nie jest on włączony do korpusu prokuratorskiego i nie podlega Ministrowi Sprawiedliwości lecz Ministrowi Opieki Społecznej. Działalność jego wykracza poza najwyższą instancję, przez co terytorialna właściwość obejmuje całe Państwo. Tak samo jak prokurator nie korzysta on z niezależności sędziowskiej. Brak niezależności sędziowskiej szczególnie upodobnia go do prokuratora, a różni od komisarza rządowego, albowiem większość teoretyków francuskich przede wszystkim w całkowitej niezależności widzi różnicę między komisarzem a prokuratorem. Ich zdaniem komisarz rządowy, w przeciwieństwie do prokuratora, nie jest przedstawicielem Państwa, broniącym i podtrzymującym tezę Państwa. Jego zadaniem jest dążyć do oświetlenia sprawy zgodnie z prawem bez względu na interes jakiegokolwiek strony.

Przypominamy na tym miejscu, że sprawa niezależności prokuratury była przedmiotem dyskusji w Komisji Kodyfikacyjnej. Rozważano tam⁴⁾, czy nadać prokuratorze stanowisko organu samoistnego, o pełni praw i atrybucji sędziowskich, niezależnego zatem od wskazań i wpływów czynników, stojących na czele Rządu, czy też — uznać prokaturę za część składową państwowej maszyny administracyjnej, za organ rządu, powołany do zastępstwa interesów Państwa. Przeważała koncepcja druga. W dyskusji prof. Glass zaproponował, aby w myśl zasady francuskiej „la plume est serve, mais la parole est libre“ dodać ustęp:

„Jednakże stawiając wnioski na posiedzeniu sądo-

³⁾ op. cit.

⁴⁾ Zob. Kom. Kodyf. R. P. Podkomisja ustroju sądownictwa T. I. str. 87.

wym, prokurator zależny jest tylko od przepisów ustawy⁵⁾, po wstępie, mówiącym, że do prokuratorów stosują się przepisy ustawy o służbie cywilnej, dotyczące nadzoru służbowego.

Motywował prof. Glass między innymi tym, że w sądzie cywilnym zwłaszcza w Sądzie Najwyższym, gdzie prokurator jest ważnym czynnikiem prawidłowego wymiaru sprawiedliwości, powinien on mieć niezależność całkowitą, aby istotnie brać skuteczny udział w wymiarze sprawiedliwości. Podobne stanowisko zajął prof. Mogilnicki⁶⁾. Uważając, że całkowita zależność prokuratury prowadzi do tego, iż zatracą ona samodzielność, co odbija się ujemnie na wartości wniosków.

Projekt prof. Glassa — zdaniem naszym — powinien być rozważony w zastosowaniu do projektu ustawy o sądach ubezpieczeń społecznych.

Niezależność rzecznika interesu publicznego przynajmniej w takim zakresie pozwoliłaby mu skuteczniej

⁵⁾ Zob. Kom. Kodyf. R. P. op. cit. T. II, str: 115:

⁶⁾ Zob. Kom. Kodyf. R. P. op. cit. T. I, str: 176:

odgrodzić się od interesów stron, aby reprezentować tylko i wyłącznie interes publiczny.

Dopiero wtedy rzecznik interesu publicznego mógłby dążyć do osiągnięcia poziomu francuskiego komisarza rządowego, stając się pożytecznym doradcą sądu.⁷⁾

O rzeczniku interesu publicznego, jako o organie powołanym do wnoszenia skargi w obronie ustawy można powiedzieć tyle, iż losy projektowanej koncepcji rzecznika interesu publicznego są w dużym stopniu związane z losem projektowanej skargi w obronie ustawy, a podkreślić trzeba, że skarga w obronie ustawy powinna uleść raczej rozbudowie polegającej na możliwości objęcia skargą również wyroków trybunału, gdyż skarga jest jedyną formą kontroli najwyższej instancji sądowej wtedy, kiedy najwyższa instancja orzeka merytorycznie.⁸⁾

⁷⁾ Jeden z teoretyków francuskich mówi, że „Les commissaires du Gouvernement sont des **jurisconsultes** dans toute la force du terme“.

⁸⁾ Kom. Kod. Polska Procedura Cywilna T. II. str. 47. Dr Józef Skąpski.

Dr STEFAN GIEBOCKI — Barcin

WALKA O LEKARZA DOMOWEGO

Redakcja „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ zamieszczając artykuł będący wyrazem indywidualnych poglądów autora na zagadnienie organizacji lecznictwa społecznego sądzi, że dla czytelników interesującym będzie zapoznanie się z głosem praktyka — lekarza domowego ubezpieczalni społecznej.

Poglądy zarówno ubezpieczeniowców jak i świata lekarskiego na organizację lecznictwa społecznego w Polsce uległy na przestrzeni ostatnich lat kilkunastu zasadniczym przeobrażeniom. Tak więc czynnik ubezpieczeniowy, który przed 10-u laty uważał, iż lecznictwo społeczne zorganizować można jedynie w ścianach ambulatoriów, dziś uważa, że o wiele lepiej, racjonalniej, a co najważniejsze i oszczędniej można zorganizować pomoc lekarską dla członków ubezpieczalni społecznej w prywatnych gabinetach poszczególnych lekarzy. Wręcz odmienne stanowisko zajmowali i zajmują lekarze.

Gdy w roku 1929 ówczesne kasy chorych chciały na terenie b. zaboru pruskiego wprowadzić system ambulatoryjny, — organizacje lekarskie odpowiedziały na to krokiem bardzo gwałtownym i stanowczym — stanem bezkontraktowym — broniąc w ten sposób zasady lekarza domowego, któryby w swoim prywatnym gabinecie przyjmował i leczył pacjentów kasowych.

Przed trzema laty władze ubezpieczeń społecznych

porzucili dotychczas zajmowane stanowisko — zamknięcia lecznictwa społecznego w ambulatoriach i postanowiły, zgodnie z dotychczasowym obyczajem rzesz lekarskich — przenieść lecznictwo do gabinetów poszczególnych lekarzy. Spodziewać się należało, że zapanuje teraz przynajmniej na tym odcinku współpracy lekarza z ubezpieczalnią zgoda i obopólne zadowolenie. Ale co się okazało? W chwili, gdy ubezpieczalnie zajęły stanowisko zgodne z dotychczasowymi postulatami świata lekarskiego — wśród lekarzy pojawiły się głosy, nie tyle może liczne, co krzykliwe, świadczące mające o tym, że lekarze porzucili dotychczas zajmowane stanowisko — zgodne już teraz z nowym stanowiskiem ubezpieczeń społecznych i przeszli na koncepcję realizowaną uprzednio przez ubezpieczalnie — a mianowicie na system ambulatoryjny.

O takiej zmianie koncepcyj świadczą liczne artykuły w pismach zawodowo-lekarskich, w których poszczególni autorzy udowadniają, że system gabinetowy jest już przestarzałym, nie dającym gwarancji sprawnej obsługi ubezpieczonych i wykazującym rozliczne braki.

Mówi się, że lekarz domowy ogólnie praktykujący nie jest w stanie zapewnić choremu takiej opieki lekarskiej, jaką może mu dać specjalista.

Mówi się, że system przyjmowania chorych w prywatnym mieszkaniu jest dla lekarza nieznośnym obciążeniem, bo narzuca mu troski związane z urządzeniem i utrzymaniem gabinetu lekarskiego,

Mówi się, że lekarz nie jest w możności nabyć do swego gabinetu drogich przyrządów i aparatów niezbędnych dla sprawnego rozpoznania i leczenia chorób.

Mówi się w końcu, że gabinety lekarzy prywatnych nie są tak higienicznie urządzone, jak ambulatoria, szumnie zwane pałacami zdrowia.

Wysuwa się więc cały szereg zarzutów. Zajmę się najważniejszymi z nich.

Mając kilkunastoletnią praktykę w tych sprawach, postaram się przedstawić spostrzeżenia i doświadczenia, poczynione na stanowisku lekarza domowego ubezpieczalni.

Pierwszą rzeczą, którą chcę poruszyć — to niesłychana oszczędność dla ubezpieczalni, gdy nie potrzebuje ona troszczyć się o lokal na ambulatoria, a zostawia tę rzecz lekarzowi. Jest rzeczą powszechnie znaną, iż mieszkania większe są stosunkowo tańsze, niż mieszkania małe.

Jeśli np. za mieszkanie pięćdo pokojowe płaci się w Bydgoszczy lub Poznaniu 100 — 120 zł. to, gdy lekarz ubezpieczalni społecznej wynajmie mieszkanie siedmio pokojowe, t. zn. przeniesie warsztat pracy do swego mieszkania prywatnego i użyje dwa pokoje na poczekalnię i gabinet, to za tak zwiększone mieszkanie zapłaci on co najwyżej 25 zł. więcej.

Podobnie ze służbą — jeśli służąca uprzątnie codziennie cztery czy pięć pokoiów i napali w tyłuż piecach — to równie dobrze uprzątnie też jeszcze dwa pokoje więcej i opali też piec w gabinecie i poczekalni a otrzyma za to 5 lub najwyżej 10 złotych więcej na miesiąc.

Gdyby natomiast ubezpieczalnia chciała wynająć lokal na ambulatorium, zapewnić tam stałą obsługę, sprzętanie i t. d. wszystko w swoim wyłącznym zakresie — wówczas wydatki na utrzymanie gabinetu lekarskiego w takim ambulatorium wynosiłyby setki złotych miesięcznie. Poza opłaceniem woźnych utrzymywać trzeba byłoby specjalnych inspektorów, uważających czy posługaczka nie kradnie opału lub środków opatrunkowych, lub też, czy dostawcy nie zawieźli węgla przeznaczonego do opalania ambulatoriów do piwnic stróża lub szofera.

Dlatego też jest wiele oszczędniej dla funduszy ubezpieczalni, by wyasygnować pewną kwotę lekarzowi, i ażeby ten zajął się już sam sprawą urządzenia, utrzymania i prowadzenia gabinetu lekarskiego.

Czy takie utrzymywanie gabinetu jest bardzo uciążliwym dla poszczególnego lekarza? Zdaje się że nie będzie dalekim od prawdy, gdy powiem, że nie jest to znów tak wielkim ciężarem.

Po pierwsze — ogromna większość lekarzy ubezpieczalni społecznych nie rezygnuje bynajmniej z praktyki prywatnej, a zatem i tak musieli lekarze ci mieć urządzone w swych mieszkaniach poczekalnię oraz gabinet.

Gdy skasowano ambulatoria kasowe, a pacjenci stamtąd przenieśli się do poczekalni w mieszkaniach lekarzy — wówczas całą sztuką przystosowania się do zmienionych warunków było, by do poczekalni wstawił jeszcze kilka krzesel.

Nieliczni lekarze, którzy nie mieli w mieszkaniach urządzonego gabinetu lekarskiego wraz z poczekalnią — znaleźli się w konieczności zmiany mieszkania na więk-

sze. Jest znowu rzeczą powszechnie znaną, że wyszukiwanie mieszkania większego jest zawsze o wiele łatwiejszym niż małego a więc i ci lekarze nie potrzebowali ponosić zbyt wielkich ofiar, by dostosować się do zmienionych warunków i zamienić mieszkanie małe — które zawsze jest bardzo pożądanym obiektem na rynku lokali — na mieszkanie większe — których podaż jest bardzo duża. A jeśli chodzi o warunki pracy — to nie ulega już wątpliwości, że praca w gabinecie lekarskim znajdującym się w obrębie własnego mieszkania jest przecież o wiele przyjemniejszą od pracy w przychodni znajdującej się na mieście, do której trzeba dwa razy dziennie, nie zważając na pogodę chodzić, względnie dojeżdżać zapchany tramwajem.

Zastanówmy się teraz czy system lekarza domowego przyjmującego w swym prywatnym gabinecie jest w samej rzeczy cofnięciem się wstecz, jak to usiłują przedstawić zwalczający ten system zwolennicy przychodni lekarskich. Jestem w tym szczęśliwym położeniu — że mogę z własnego doświadczenia porównać wady i zalety obu systemów, gdyż aczkolwiek ordynuję stale w moim gabinecie prywatnym — to równocześnie prowadzę też przychodnię w pobliskiej osadzie fabrycznej, gdzie od dziesięciu lat również mam ustalone godziny ordynacyjne. Dlatego też na zasadzie dość długiego doświadczenia, wolno mi podzielić się następującymi spostrzeżeniami.

Jeśli chodzi o ordynację w przypadkach chorób wewnętrznych — to w 99% przypadków lekarz rozporządzający doświadczeniem i praktyką doskonale radzi sobie w ramach swego gabinetu, mając przy tym pod ręką najpotrzebniejsze odczynniki laboratoryjne, względnie też i mikroskop. Dlatego też nie zgadza się z prawdą, jak chcą to przedstawić walczący bez nadziei zwycięstwa za istnieniem przychodni — że lekarz w swym gabinecie nie może rozpoznawać i leczyć chorób, gdyż nie ma dostępu do nowoczesnych środków diagnostycznych i terapeutycznych. W 99% przypadków, jeśli rozporządza tylko doświadczeniem i intuicją — najzupełniej wystarczą każdemu lekarzowi stosunkowo tanie i nieskomplikowane aparaty, dostępne dla kieszeni każdego przeciętnego lekarza. Jeśli chodzi o ten — może 1% — pacjentów dla leczenia których trzeba zastosować bardziej skomplikowane metody rozpoznawcze, jak aparaty rentgena, elektrokardiografy, względnie aparaty lecznicze jak diatermie, to istnieje przecież możliwość przekazania tych chorób do specjalnych gabinetów rentgenowskich czy innych, gdzie wszystkie zabiegi dokonane zostaną przez doświadczonych lekarzy specjalistów, a nie jak się to dzieje w przychodniach, — przez personel zastępczy.

Pracując w przychodni lekarz jest na każdym kroku zależny od administracji ubezpieczeniowej. Tak więc, jeśli przychodnię prowadzoną przezemnie chcę zaopatrzyć w jakąkolwiek drobnostkę, dajmy na to w igły nierdzewne do zastrzyków, balonik gumowy, mleczną żarówkę i t. p. groszowe rzeczy — muszę zwracać się z tym do biura lekarza naczelnego, zabierać sobie i lekarzowi naczelnemu czas i tracić energię na korespondencję, telefony i przypomnienia. W moim prywatnym gabinecie sięgam wprost do sakiewki i nie tracąc czasu i energii załatwiam bez kłopotu potrzebny sprawunek. Pokutuje w naszym społeczeństwie duch

biurokracji i tym jedynie można tłumaczyć że w szeregach lekarzy znaleźć się mogą jednostki, które wola „urzędować” w przychodniach, pisać zapotrzebowania na stalówki i papier listowy — ze znużoną miną „odwalić pracę” t. zn. załatwiać pewną ilość numerków, którymi oznacza się w przychodniach chorych. Na szczęście ogromna większość lekarzy polskich bynajmniej nie tęskni za przychodniami, i jeśli słyszy się jeszcze tu i owdzie głosy obrońców przychodni lekarskich — to pochodzą one od nielicznych, krzykliwych jednostek, nie cieszących się poparciem ogółu lekarzy.

Nie rozwiązana pozostaje sprawa wolnego wyboru lekarza. Wolny wybór lekarza jest czołowym postulatem całego świata lekarskiego. Natomiast dla administracji ubezpieczeniowej jest wolny wybór lekarza — sprawą nie nadającą się w ogóle do dyskusji. Nie da się zaprzeczyć, iż przy systemie wolnego wyboru lekarza — odbywa się na koszt ubezpieczalni konkurencja między lekarzami, prowadzona nie zawsze w sposób lojalny i zgodny z zasadami etyki. Z drugiej strony nie trzeba zapominać, że w każdym zawodzie konkurencja jest bodźcem przyczyniającym się znakomicie do doskonalenia się współzawodniczących ze sobą jednostek — a przez to — do coraz lepszej wydajności pracy i coraz lepszych jej rezultatów. Dlatego też, jeśli w obecnym systemie usunięto prawie zupełnie potencjał współzawodnictwa między poszczególnymi lekarzami pracującymi dla ubezpieczeń społecznych, to kryje się w tym fakcie poważne niebezpieczeństwo. Gdy przy wolnym wyborze lekarza zgłasza się chory — wówczas zdaje sobie lekarz sprawę z tego, że jeśli po pierwszej lub drugiej poradzie lekarskiej chory nie poczuje ulgi, względnie poprawy — wówczas uda się do innego, który prędzej potrafi może go wyleczyć. Gdy rzeczywiście drugi lekarz sztuki tej dokona — wówczas chory nie omieszką zrobić mu odpowiedniej reklamy, a zarazem nie omieszką również przestrzec wszystkich znajomych i sąsiadów przed oddaniem się pod opiekę tego pierwszego lekarza, który nie potrafił choremu pomóc.

W ten sposób urabia się opinia poszczególnego lekarza, a co zatem idzie — i jego praktyka. Lekarz dzielny i sumienny zyskuje w ten sposób pacjentów, lekarz niesumienny traci ich w szybkim tempie, przez co zostaje zmuszonym do doskonalenia się przez pogłębianie swej wiedzy fachowej, grzeczne obchodzenie się z pacjentami i t. p. Ponieważ przy dzisiejszym systemie — lekarz domowy wie, że pacjent jest z nim związanym, przeto może nie zadawać sobie trudu, by chorego zaspokoić starannym zbadaniem, a skutecznym leczeniem ulżyć jego dolegliwościom. Dlatego też uważam, że aczkolwiek wprowadzenie systemu zupełnego wolnego wyboru lekarza byłoby z wielu względów krokiem trudnym i ryzykownym, tym nie mniej należałoby choć częściowo w pewnym ułamku system ten wprowadzić np. przez utworzenie rejonu i pozostawienie wolnego wyboru między dwoma lub trzema lekarzami z danego rejonu, albo też np. przez wprowadzenie postanowienia, że lekarz naczelny bez robienia większych trudności może przeznaczyć chorego do innego lekarza, jeśli pierwsze dwie lub 3 wizyty u lekarza domowego nie sprowadziły poprawy w stanie zdrowia. Coprawda i dziś istnieje przepis, że lekarz naczelny z ważnych powodów ma prawo przeka-

zać chorego innemu lekarzowi — ale przez określenie „ważne powody” stwarza się już bardzo silny hamulec dla zmiany lekarza leczącego, podczas gdy byłoby raczej pożądanym, by hamulec ten był właśnie złuzniony. Dziś przez taki ważny powód rozumieć należy karygodne zaniedbywanie swych obowiązków przez lekarza domowego. Natomiast winno wystarczyć, gdy lekarz nie pełni z całą sumiennością swych obowiązków i traktuje chorego, byle zbyć, — by chory mógł zażądać przekazania do innego lekarza. Liczne są wypadki, gdy lekarz albo wcale nie bada swych chorych, lub też bada ich powierzchownie i niestarannie. Czy jest to „ważnym powodem” aby zażądać zmiany lekarza?

Gdyby chory udał się z tym do lekarza naczelnego — wówczas każe się choremu napisać zażalenie, oskarżony lekarz zacznie się usprawiedliwiać, powstanie sprawa przykra zarówno dla chorego jak i dla lekarza. Gdyby natomiast przepisy takie uelastyczyć, wówczas lekarz naczelny mógłby przeznaczyć choremu prawo kilku porad u innego lekarza domowego bez potrzeby irytowania chorego i lekarza koniecznością długich tłumaczeń i wzajemnych oskarżeń. W ten sposób każdy lekarz domowy starałby się jak najwięcej zadowolić swych pacjentów, nie potrzebowałby ulegać wszystkim zachciankom pacjentów, gdyż miałby pewność, że lekarz naczelny napewno nie przekaże chorego innemu lekarzowi dla tego tylko, że odmówiło się choremu zapisanie niepotrzebnego lekarstwa. Nieco więcej pracy miałby jedynie lekarz naczelny. Lecz mam wrażenie, że wypadki żądania przekazania do innego lekarza nie byłyby tak częste, aby przeciążać pracą lekarza naczelnego. Jednocześnie lekarz naczelny wszedłby w ścisły kontakt z chorymi i zyskałby dokładny wgląd w pracę wszystkich lekarzy, pracujących dla ubezpieczalni. Znacznym ustępstwem na rzecz wolnego wyboru lekarza jest możliwość przekazywania chorych do specjalistów. Ponieważ każdy lekarz domowy ma prawo przekazać chorego do lekarza specjalisty, a jednocześnie lekarz domowy nie jest pod żadnym względem zainteresowany w tym, by chorego nie przekazywać — przeto, gdy zauważy, że leczenie chorego przeciąga się zbyt długo, nie dając odpowiednich wyników — wówczas nie omieszką z własnej inicjatywy skierować chorego do innego lekarza — lekarza specjalisty.

I tu znowu muszę odpowiedzieć na pewien zarzut stawiany systemowi lekarza domowego. Zarzuca się temu systemowi, że jest cofnięciem wstecz, gdyż wykształcenie lekarza domowego nie może ogarnąć całokształtu medycyny, podczas gdy dążyć należy do tego, by chory miał zapewnioną w **każdym przypadku** pomoc specjalistyczną. Jest to żądanie nie tylko absurdalne, ale i wręcz szkodliwe. Absurdalne — gdyż na tej samej zasadzie możnaby żądać, aby w nowobudującym się domu, każdą cegłę kładł dyplomowany inżynier — choć z drugiej strony wiadomo, że zwykły murarz robi to o wiele lepiej. Taka nadmierna specjalizacja jest szkodliwą, ponieważ zapomina się o tym, że specjalista nie jest bynajmniej jakimś nadlekarzem, a jest lekarzem, który ukończył ten sam uniwersytet, co każdy lekarz domowy — ogólnopraktykujący. Lecz gdy lekarz ogólnopraktykujący rozszerzał swój horyzont myślowy przez doskonalenie się w całym zakresie medycyny — to przy-

szły specjalista zasklepia się w pewnej tylko dziedzinie, poza którą nie go już nie obchodzi i poza którą nie tylko że się nie dokształca, lecz przeważnie zapomina nawet czego nauczył się powierzchownie w czasie studiów uniwersyteckich. W wyniku takiej specjalizacji, działalność lecznicza większości lekarzy specjalistów zostaje ograniczoną tak dalece, iż właściwie w ogromnej większości przypadków, nie są oni w stanie samodzielnie leczyć chorego. Chirurg rzadko kiedy może trafnie ocenić stan serca pacjenta i osądzić, czy w takim stanie można chorego opcrować. Okulista może rozpoznać np. zapalenie nerwu wzrokowego, lecz nie może orzec, na jakim tle zapalenie to się wywiązało, a więc jak należy je leczyć.

Natomiast współpraca lekarza domowego z lekarzem specjalistą dać może jaknajlepsze rezultaty. Dlatego też nie pochwalam bynajmniej takich posunięć, jakie np. zrobiono w Warszawie, gdzie zezwolono chorym udawać się z ominięciem lekarza domowego wprost do specjalistów wenerologów, oraz lekarzy chorób dziecięcych.

W takich przypadkach wenerolog zastosuje salwasan u człowieka chorego na serce lub płuca z najmniejszym rezultatem. Można by tego uniknąć, gdyby chory musiał być zbadany uprzednio przez swego lekarza domowego, który na zasadzie obserwacji względnie przeprowadzonego ad hoc badania, — stwierdziłby u chorego — poza chorobą weneryczną — istnienie jeszcze choroby serca lub płuc i w porę ostrzegł o tym lekarza specjalistę, do którego przekazuje chorego. Albo choroby dziecięce. Jak często zdarza się, iż przynoszą do mnie dziecko chore niby na zwykły nieżyt kiszek, czy niedokrwistość. Ale, obserwując przez szereg lat swych pacjentów, — przypominam sobie na widok takiego dziecka, iż przed kilku laty matka lub ojciec niemowlęcia chorowali na kiłę, której nie leczyli tak sumiennie, jak im się zalecało. W przypadku takim od razu zdają sobie sprawę, że dziecko jest niedokrwistym dlatego, że choruje ono również na kiłę wrodzoną. W ten sposób od razu wiem jak i czym dziecko leczyć. Albo inny wypadek — dziecko kaszle, źle wygląda. Lekarz domowy przypomina sobie, że matka dziecka chorowała na płuca, a więc kaszel dziecka może być sprawą bardzo poważną — dziedziczną skłonnością do gruźlicy. Nie będzie o tych okolicznościach wiedzieć lekarz specjalista, który matkę i dziecko widzi po raz pierwszy. W ten sposób przez ominięcie lekarza domowego zerwano nić cennej współpracy specjalisty z lekarzem domowym. Że mali chorzy dobrze na tym nie wyjdą, przekonywać nikogo nie trzeba.

Zarzuty skierowane przeciw systemowi lekarza domowego, operują twierdzeniem, że system ten jest cofnięciem wstecz lecznictwa, przez wyłączenie pomocy specjalistycznej. — Jak widzimy zarzuty te są nieistotne i niezgodne z prawdą. Przy systemie lekarza domowego bynajmniej nie rezygnują ubezpieczalnie ze współpracy i doświadczenia lekarzy specjalistów wszystkich specjalności — jak usiłuje się to złośliwie przedstawiać. Pomoc specjalistyczna jest udzielana dziś nie mniej szeroko niż uprzednio, z tą jedynie różnicą — iż lekarz specjalista pozostaje dziś w ścisłym kontakcie z lekarzem ogólnopraktykującym — lekarzem domowym. Na takiej współpracy wszyscy wychodzą korzystnie. Największą korzyść

odnosi z niej chory, o którego troszczy się teraz równocześnie dwóch lekarzy, jeden lekarz ogarniający całość kształtu chorego organizmu, — a drugi — specjalista troszczący się w porozumieniu z lekarzem domowym o wyleczenie schorzenia, podpadającego tej czy innej specjalności. Korzyść odnosi z tej współpracy lekarz specjalista, który przez kontakt z lekarzem domowym jest uprzedzony o tych czy innych właściwościach organizmu u przekazanego mu chorego, a przez to może uniknąć wielu przykrych niespodzianek, a równocześnie celowo prowadzić leczenie chorego. Korzyść odnosi lekarz domowy, który może przez stały kontakt z lekarzami różnych specjalności uzupełniać swą wiedzę fachową i doświadczenie. Korzyść odnosi w końcu ubezpieczalnia, która przez współpracę lekarza domowego ze specjalistami może osiągnąć wydatne skrócenie czasu choroby u swych członków, i przez to znaczne oszczędności w rachunkach aptecznych i zasiłkach dla niezdolnych do pracy. A co najważniejsze zyskuje ubezpieczalnia uznanie i wdzięczność ze strony swych członków dla lecznictwa ubezpieczeniowego, które zostało przez współpracę lekarza domowego ze specjalistą znakomicie udoskonalone. Dlatego też nie widzę możliwości innego systemu racjonalnego lecznictwa, w którymby można rozbudować lecznictwo specjalistycznie nie wiążąc takowego jak najściślej z lekarzem domowym — jak to ma miejsce właśnie obecnie.

Jedno zastrzeżenie muszę wysunąć w związku z istniejącym obecnie systemem lekarza domowego. Mianowicie zbyt obciążenie lekarza domowego czynnościami administracyjnymi.

Jest jasne, że Ubezpieczalnia musi mieć kontrole udzielanych swym członkom świadczeń, lecz jest również oczywiste, że czynności administracyjne w obecnie istniejących rozmiarach zabierają każdemu lekarzowi domowemu za dużo czasu.

Dlatego też uważam uproszczenie manipulacji lekarsko-ubezpieczeniowej za jeden z najważniejszych postulatów lekarzy, zatrudnionych w ubezpieczalniach.

Co do stosunku ubezpieczalni do swych lekarzy, zwrócę uwagę na fakt bardzo luźnego dziś kontaktu osobistego lekarza z ubezpieczalnią. Jest znaną rzeczą, iż nie tak nie przyczynia się do wyrównywania nieporozumień, do usuwania niedociągnięć we wszelkiej pracy, nie tak nie zachęca do wyteżonej i sumiennej pracy, jak wzajemne, swobodne wypowiedzenie się i wymiana zdań i poglądów.

Niestety tak się nie dzieje. Na ogół kontakt ubezpieczalni z lekarzami ogranicza się do wysyłania suchych okólników i listów.

Możemy szukać przykładów w świecie dyplomacji — męzowie stanu, choć mają do dyspozycji i specjalnych kurierów dyplomatycznych i komunikację telegraficzną lub radiową — gdy mają coś ważnego do omówienia — rezygnują z korespondencji a wolą spotkać się osobiście, wiedząc iż dzięki kontaktowi osobistemu da się załagodzić największe nawet przeciwieństwa.

Kto wie, czy również i w naszym przypadku współpraca lekarzy z ubezpieczalnią nie ułożyłaby się o wiele lepiej i czy nie dałoby się zniwelować wiele przeciwieństw, gdyby ubezpieczalnie chciały nawiązać bliższy

osobisty kontakt ze swymi lekarzami, bez uciekania się do pośrednictwa korespondencji.

Panuje w sferach ubezpieczeniowych niesłuszne uprzedzenie do świata lekarskiego. Uważa się, że lekarze są wrogami ubezpieczeń społecznych i nie są dość przedsiębiorczy idealami społecznymi.

Prawdą jest, iż spotykają się i w świecie lekarskim jednostki, które stoją, choć często bezwiednie, na stanowisku jak gdyby walki klasowej wobec kapitalisty — ubezpieczalni. Widuje się takich zacieurzewieńców na niektórych zebraniach lekarskich, lecz typy takie są, na szczęście, wyjątkami. Właśnie bowiem my, lekarze, widzimy na każdym kroku, jak człowiek nieubezpieczony upada w walce z chorobą — nie mając ani środków ani możliwości ratowania swego największego skarbu — zdrowia i życia. My — lekarze prowincjonalni przyglądamy się codziennie oplakanyemu skutkom nieprzemysłanego eksperymentu — zniesienia ubezpieczenia chorobowego w rolnictwie. Na tym żywym przykładzie największy wróg ubezpieczeń musi stać się ich entuzjastycznym zwolennikiem.

I dlatego też nie jest prawdą, by ogół lekarzy był wrogo nastawionym wobec idei ubezpieczeniowej.

Interesy lekarzy nie zawsze pokrywają się z interesami ubezpieczalni, na wiele spraw mamy może nieco odmienne zapatrywania — ale przeciwności te nie są przepaścią nie do przebycia lecz jedynie naturalnym wynikiem innej perspektywy, tak jak w najkarniejszej armii istnieją różnice między punktem widzenia sztabu głównego a dowódcą pułku, tak jak w najbardziej jednolitym rządzie istnieć mogą różnice między ministrami poszczególnych resortów.

Dlatego też nie trzeba z powodu istnienia drobnych różnic w zapatrywaniach, czy też z racji nieuniknionych tarć na tle ekonomicznym wysuwać pochopnych a fałszywych wniosków.

Ogół lekarzy państwa polskiego ocenia w pełni doniosłość idei ubezpieczeń społecznych i pragnie ofiarnie pracować dla instytucji wcielającej ideę tę w życie.

Najwyższy czas, by dla dobra tej idei zapomnieć o starych urazach i o tym co nas dzieli — a pamiętać o tym, co nas łączy, i wyciągnąć dłoń w kierunku lekarza, a napewno nie zawiśnie ona w powietrzu, lecz natrafi na przyjaźnie wyciągnięte dłonie całego świata lekarskiego.

DR JERZY BUJALSKI — Warszawa

PRZYCZYNEK DO HISTORII ORGANIZACJI LECZNICTWA UBEZPIECZENIOWEGO

W Nr. 7 i 8 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ z roku 1938 wydrukowana została praca p. dr. J. Szumskiego — „Kierunki rozwojowe lecznictwa w polskim ubezpieczeniu chorobowym“. Praca ta dąży do wytyczenia i opisu dróg, po których kroczyło lecznictwo ubezpieczeniowe od dnia jego powstania aż do dojścia do obecnych form organizacyjnych, i operuje materiałem, zaczerpniętym z przeszłości, bliskiej nam jeszcze, materiałem, który stać się powinien — jak słusznie podkreśla p. dr. Szumski — „studium tych licznych etapów rozwojowych“, na którym opierać się powinna ocena teraźniejszości.

Nie wchodząc w meritum tej pracy ani w ścisłość faktyczną i chronologiczną wskazanych w pracy etapów rozwojowych, chcę zwrócić uwagę na dwa momenty, tworzące jeden z etapów, momenty zdaniem moim ważne, niezmiernie ciekawe i pouczające, a których nie znalazłem w wspomnianej wyżej pracy.

Pierwszy z nich — to otrzymane w grudniu 1933 r. przezemnie, jako ówczesnego głównego inspektora lecznictwa Zakładu Ubezpieczenia, na Wypadek Choroby, od Komisarza organizacyjnego, nieżyjącego dziś śp. St. Makowieckiego, i dyrektora Zakładu Ubezpiecz. na Wyp. Chor. Z. Klemensiewicza, polecenie opracowania i przeprowadzenia organizacji lecznictwa w ubezpieczalniach województw poznańskiego i pomorskiego na podsta-

wach dowolnego zapisu ubezpieczonych do wskazanych przez ubezpieczalnię lekarzy, więc na zasadzie wolnego, ograniczonego wyboru lekarza. Polecenie to wykonane zostało w 13 ubezpieczalniach w pierwszej połowie 1934 r., zaś w dwóch do 1 listopada 1934 r.

Drugi z nich — to przyjęcie zasady wolnego, ograniczonego wyboru lekarza przez Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i władze nadzorcze, jako powszechnie obowiązującej w całym lecznictwie ubezpieczeniowym, i przedstawienie tej organizacyjnych, realizujących tę zasadę, Naczelnej Izby Lekarskiej celem uzgodnienia. Posiedzenia w tej sprawie z przedstawicielami Naczelnej Izby Lekarskiej odbyły się w dniach 4 i następnym października 1934 roku, przy czym Naczelna Izba Lekarska nie zgodziła się na tezy przedłożone i wysunęła kontrproponycje.¹⁾ Ustalone przez Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby tezy były następujące:

1. Ubezpieczony przydzielony jest do lekarza ogólnego (domowego) na okres roczny. Zmiana lekarza mo-

¹⁾ Patrz „Lekarz domowy w ubezpieczeniu na wypadek choroby w świetle cyfr pierwszego półrocza 1935 roku“ Dr. Jerzy Bujalski, str. 15, 16, 17.

że nastąpić w ciągu roku tylko za zgodą lekarza naczelnego.

2. Ubezpieczony ma prawo w terminach, ustalonych przez ubezpieczalnię, zapisać się do jednego z lekarzy ogólnych z listy, ustalonej przez ubezpieczalnię.

3. Lekarz ogólny jest opiekunem zdrowia zapisanej do niego grupy ubezpieczonych i udziela im pomocy lekarskiej w wypadku choroby.

4. Ubezpieczony może korzystać z pomocy lekarzy innych (specjalistów) tylko na podstawie skierowania przez własnego lekarza ogólnego.

5. Jeżeli ubezpieczalnie posiadają dostateczne kadry lekarzy specjalistów, to mogą zezwalać ubezpieczonym zwracać się bezpośrednio do lekarzy:

- a. chorób wenerycznych,
- b. chorób dziecięcych,
- c. chirurgów,
- d. ginekologów.

6. Kontrolę nad pracą lekarzy sprawuje lekarz naczelny bezpośrednio i przez ustanowionych przez niego lekarzy.

Kontrola dotyczy w szczególności:

a. sposobu wykonywania przyjętych przez lekarza obowiązków i stosowania się do zarządzeń ubezpieczalni.

b. skierowywania chorych do leczenia szpitalnego, fizykalnego, sanatoryjnego i t. p.

c. stwierdzania i wnioskowania niezdolności do pracy.

7. Ubezpieczalnie mogą posiadać specjalne zakłady, służące do rozpoznawania i ustalania metod leczenia, oraz stałe konsylia lekarskie dla pomocy lekarzom ordynującym.

Do zakładów i na konsylia lekarskie lekarze, sprawujący kontrolę, mogą z własnej inicjatywy kierować każdego chorego i każdego ubezpieczonego, wymagającego stwierdzenia stanu zdrowia.

8. Lekarze ogólni działają na podstawie regulaminów, ustalonych przez lekarzy naczelnych.

9. Lekarze ogólni otrzymują wynagrodzenie w zależności od liczby zapisanych do nich ubezpieczonych.

10. Liczba ubezpieczonych, zapisanych do jednego lekarza ogólnego, nie może przekraczać 1500. Jeżeli lekarz, pracujący dłużej niż 3 lata w ubezpieczalni, nie uzyska z zapisu minimum ubezpieczonych, ustalonego dla poszczególnych terenów ubezpieczalni, traci automatycznie prawo praktyki w ubezpieczalni na dany rok. Jeżeli liczba ubezpieczonych na poszczególnych terenach ubezpieczalni nie osiąga liczby 1500 lub jeżeli niema dostatecznej liczby lekarzy, odpowiedniej do wykonywania praktyki w ubezpieczalni, może ubezpieczalnia zarządzić przydział ubezpieczonych do lekarzy ogólnych.

11. Z. U. CH. ustala minimum kwalifikacji, wymaganych od lekarza ogólnego.

12. Lekarz Naczelny ubezpieczalni jest odpowiedzialny za dobór lekarzy i sposób wykonywania przez nich lecznictwa.

Tezy te, będące podstawą mającej powstać powszechnej organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego, wysunął Z. U. CH. jako oficjalny swój program na konferencji z Naczelną Izbą Lekarską.

Podstawą tej organizacji miały być:

a. lekarz ogólny (domowy),

b. zapisy ubezpieczonych do wybranych przez siebie lekarzy domowych spośród wskazanych przez ubezpieczalnię w liczbie do dwóch razy większej od liczby istotnie potrzebnej, więc wolny wybór lekarza, ograniczony do wyboru z listy jak i w czasie (na jeden rok),

c. oparcie wynagrodzenia lekarzy na liczbie zapisanych do nich ubezpieczonych (wynagrodzenie od jednego ubezpieczonego zapisanego do lekarza, więc ryczałt od ubezpieczonego),

d. ustalenie górnej nieprzekraczalnej granicy zapisów do jednego lekarza,

e. automatyczne wyjście lekarza z pracy w ubezpieczalni w wypadku niezyskania ustalonego minimum zapisów,

f. ograniczenie bezpośredniego dostępu do lekarzy specjalistów do większych ubezpieczalni i do niektórych tylko specjalności,

Ten program organizacyjny odpowiadał w zupełności organizacji, wprowadzanej już w ubezpieczalniach województw poznańskiego i pomorskiego. Projekt tej organizacji jeszcze przed jej wprowadzeniem w życie przedstawiony został Izbie Lekarskiej Poznańsko-pomorskiej oraz Związkowi Lekarzy P. P. dwóch okręgów zachodnich. Aczkolwiek nie uzyskał on oficjalnej zgody tych instytucji, to jednak nie przeszkadzały one w realizowaniu go.

Ubezpieczalnie wykonały zlecone im zadanie, i w ten sposób powstała organizacja lecznictwa, nie oparta na żadnym z wzorów, omawianych na Komisji scaleniowej, nie opierająca się na żadnym z zgłoszonych projektów, zupełnie nowa, odrębna, odbiegająca w zasadniczych punktach od znanych lub projektowanych typów organizacji.

Przy wprowadzaniu w życie nowej organizacji w ubezpieczalniach poznańskich i pomorskich ujawniło się żywe zainteresowanie nią ubezpieczonych i ich związków, zwłaszcza na terenie Poznania, gdzie ówczesny lekarz naczelny specjalnie energicznie i z zapałem zajął się tą sprawą. Ubezpieczalnia ustaliła listę lekarzy i ogłosiła zapisy ubezpieczonych. Regulamin zapisów, plan organizacji, regulaminy pracy lekarzy, mapy z wykreśleniem rozlokowania lekarzy i t. p. były dokładnie opracowane w Z. U. CH.-u i obecnie znajdują się w Z. U. S.-ie. Zapisy w Poznaniu objęły do 90% ubezpieczonych, na prowincji udział ubezpieczonych w zapisach — jak tego można było się spodziewać — był mniejszy. Związki zawodowe w Poznaniu wydały z racji zapisów odczyty, witające z zadowoleniem nowy system organizacyjny i wzywające ubezpieczonych do wzięcia udziału w zapisach, do czego wzywali zresztą i księża z ambon w kościołach. Sprawozdanie lekarza naczelnego ubezpieczalni poznańskiej, bardzo szczegółowe, podkreślało dodatnie wyniki zapisów oraz stwierdzało niewielką ilość zapisów, uzyskanych przez lekarzy, znanych notorycznie, jako łatwych w udzielaniu świadczeń.

Wprowadzenie nowej organizacji w ubezpieczalniach poznańskich i pomorskich miało charakter eksperymentalny. Eksperyment ten, jako dalszy ciąg doświadczeń przeprowadzanych na innych terenach, już w szerokim zakresie, miał dostarczyć rzeczowego materiału, niezbędnego do opracowania ostatecznej organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego.

Tezy wysunięte miały swoje cele. Wprowadzenie zapisów miało na celu oparcie stosunku ubezpieczonego do lekarza na zaufaniu, którego konieczność tak mocno podkreślały związki zawodowe i organizacyjne lekarskie. Zaufanie miał ujawniać ubezpieczony przez fakt zapisu dobrowolnego do lekarza. Miało ono zmusić lekarza do właściwego zajęcia się chorym, a następstwa niewłaściwego stosunku do ubezpieczonego mogły przejawiać się w utracie zapisów w roku następnym i ewentualną koniecznością wyjścia lekarza z pracy w ubezpieczalni. Ograniczenie zapisów do lekarzy, wskazanych przez ubezpieczalnię, miało na celu niedopuszczenie do rozpętania wśród ubezpieczonych agitacji na rzecz zdobycia jaknajwiększej ilości zapisów przez poszczególnych lekarzy, praktykujących w danej miejscowości, i wskutek tego wejścia na teren ubezpieczalni elementu lekarskiego niewłaściwego, więc i niepożądanego. Opłata od liczby ubezpieczonych miała być dla lekarzy bodźcem w pracy i wprowadzeniem wśród nich zdrowej konkurencji. Wreszcie postanowienie automatycznego wyjścia lekarza z pracy w ubezpieczalni w razie nieuczyskania

minimum zapisów (dla Poznania o ile sobie przypominam 500) również miało być bodźcem w pracy lekarzy, a stosowane przez szereg lat, miało dać w rezultacie selekcję lekarzy ubezpieczalni, opartą na „dobrze naturalnym“, uwarunkowanym jakością pracy lekarza i jego stosunkiem do ubezpieczonego. Tamą zdobywania popularności wśród ubezpieczonych kosztem lekkomyślnego udzielania świadczeń miało być prawo ubezpieczalni corocznego ustalania listy lekarzy, do których ubezpieczeni mogliby się zapisywać. — Obserwowałem pracę tej organizacji przez parę miesięcy, dalsze losy jej nie są mi dokładnie znane. Wiadome mi jest że po roku zapisy nie były powtórzone. Jednak bez względu na losy tej organizacji, zrealizowanie jej uważam za fakt bardzo poważny, jako przejaw poszukiwania najlepszych form dla lecznictwa ubezpieczeniowego. Utrzymana przez parę lat mogła może dać cenny materiał przy budowie ostatecznego systemu organizacyjnego, za jaki nie można uważać obecnie istniejącego i w obecnej postaci działającego, jak to słusznie podkreśla w pracy swej p. dr. Szumski.

STANISŁAW WOJCIECHOWSKI — Sosnowiec

PRZYGOTOWANIE SĘDZIÓW UBEZPIECZENIOWYCH DO CZEKAJĄCYCH ICH ZADAŃ

Sądy ubezpieczeniowe zapewne w niedługim czasie obejmą już swoje funkcje.

Opracowany projekt ustawy, z którym mieliśmy możliwość zapoznać się w czerwcowym numerze Przeglądu, został już, jak podano w prasie, przedłożony nowym Izbowi Ustawodawczym, i najprawdopodobniej jeszcze podczas bieżącej sesji parlamentarnej przybierze realne kształty ustawy obowiązującej.

Każdy zainteresowany, czy to ubezpieczeniowiec, czy strona, która brała udział w sporach, wita z radością tę inicjatywę, gdyż dotychczasowy tryb załatwiania odwołań miał duże braki i nie mógł sprostać zadaniu. Braki te znane są nam wszystkim dobrze i nie będę ich w niniejszym artykule wymieniał. Chcę tylko dla przykładu nadmienić, że, orzeczenia urzędów wojewódzkich były różne na różnych terenach, a nierzadko i na tym samym terenie w identycznych sprawach województwo odmienne zajmowało stanowiska, tak że dopiero Ministerstwo, jako II instancja, tworzyło poważną judykaturę ubezpieczeniową.

Oczekujemy, że sądownictwo ubezpieczeniowe, tak I-szej jak i II-giej instancji przyczyni się poważnie do ustalenia jednolitych wytycznych na całym terenie Rzeczypospolitej.

Dlatego już przy wprowadzeniu tego nowego urządzenia, należy w miarę możliwości uniknąć wszelkich usterek, które mogłyby w następstwie wpłynąć ujemnie na sprawność działania sądów ubezpieczeniowych.

Jednym z poważniejszych zarzutów, jaki można było postawić dotychczasowemu postępowaniu przed władzami administracyjnymi, jako odwoławczymi od orzeczeń ubezpieczalni społecznych, była przewlekłość postępowania.

Są sprawy w życiu ubezpieczeniowym codziennym, które wymagają szybkiego i autorytatywnego załatwienia; weźmy dla przykładu sprawy o zakwalifikowanie pracownika, jako umysłowego czy fizycznego. Rodzaj i rozmiar świadczeń zależny jest od tego ustalenia. Gdy zdarzy się, że wątpliwość co do charakteru pracy trwa rok, dwa lub trzy — stan taki jest niezmiernie uciążliwy tak dla ubezpieczalni, jak i ubezpieczonego oraz pracodawcy.

Pierwszym więc warunkiem, jakiemu musi odpowiedzieć sądownictwo ubezpieczeniowe, będzie szybkość w załatwianiu spraw.

Musimy sobie powiedzieć, że szczególnie w pierwszym okresie pracy nowych organów, sprawy będą załatwiane nie nazbyt szybko. Znaczna część elementu sędziowskiego (jak wynika z projektu ustawy — połowa ogólnej liczby sędziów ubezpieczeniowych), najprawdopodobniej będzie się rekrutowała z obecnych sędziów państwowych; nie będzie zatem dostatecznie zżyta z ustawodawstwem ubezpieczeniowym i dlatego sumienne załatwianie spraw trwać będzie dłużej.

Zapoznanie się przez sędziów z dotychczasową interpretacją ustaw będzie dość trudne, gdyż materiał jakim rozporządzamy w tym względzie, nie jest skodyfikowany. W związku z takim stanem należałoby dążyć, aby w liczbie sędziów sądów ubezpieczeniowych zostali uwzględnieni w dostatecznej mierze pracownicy administracyjni, obeznani z dziedziną ubezpieczeń społecznych, a może nawet także przewidzieć od razu większą ilość, niżby to się napozór wydawało, etatów sędziowskich. Lepiej bowiem, aby sędziowie ci mieli nieco wolnego czasu na studia, niżby sprawy miały zalegać miesiącami, czy latami. Wydawanie

orzeczeń z dużym opóźnieniem nie przyczyniłoby się do wzbudzenia zaufania wśród społeczeństwa do sądów ubezpieczeniowych, do czego dążyć winniśmy wszelkimi siłami.

Nieznaczące oszczędności budżetowe na ctatach sędziowskich absolutnie nie zrównoważą strat we wszystkich dziedzinach, jakie może spowodować powolny tok instancyj w postępowaniu ubezpieczeniowym.

Drugie zagadnienie, jakie chciałem poruszyć dotyczy sprawy zaznajomienia przyszłych sędziów ubezpieczeniowych z całością spraw, jakie mają rozstrzygać, z instytucjami, którym powierzono pieczę nad prawidłowym stosowaniem ustaw ubezpieczeniowych i z techniką obecnego urzędowania.

Ustawodawstwo nasze wymaga wykładni całego szeregu przepisów. W wielu wypadkach potrzeba tej wykładni staje się już palącą. Chodzi o to, aby sądy ubezpieczeniowe ustalały nie tylko interpretację, t. zw. „dosłowną“, to jest wynikającą z dosłownego brzmienia ustaw, ale brały pod uwagę skutki przepisów, cele, dla jakich były te ustawy wprowadzone, a więc całością zagadnienia ubezpieczeniowego.

Żeby takimi kategoriami myśleć należy bezwzględnie być zaznajomionym nie tylko z tekstami ustaw, ale i z aparatem, który te ustawy w obecnej chwili stosuje, z obecnymi wątpliwościami, dezyderatami i rozstrzygnięciami, jakie po wieloletnim stosowaniu prawa ubezpieczeniowego wysunęło życie.

Ważkie również jest, aby sędzia, który, jako urzędnik państwowy, dotychczas nie zetknął się z nami mógł wyrobić sobie sam własną opinię o dotychczasowych naszych poczynaniach.

Opinia o ubezpieczeniach wśród ludzi, którzy z nami nie stykają się, aż nazbyt często przedostaje się do nich przez drzwi kuchenne.

Ci, co z nami pracują przy wspólnym stole, zmieniają zawsze swoje ujemne o nas zdanie, widząc dobrą wolę i sumiennosc z jaką pracujemy. Niech sędziowie ubezpieczeniowi tą, a nie inną drogą, nabiorą własnych przekonań o wartości i celowości urzędzeń społecznych, z którymi mają się spotykać w codziennej swej pracy.

Sędzia państwowy, rozstrzygając w sprawach cywilnych, czy karnych może zawsze z większą lub mniejszą dokładnością zdać sobie sprawę z przyczyn i skutków takiego lub innego postępowania stron, czy podsądnych. Żyjąc sam w społeczeństwie, zna jego wady i zalety, zna jego psychologię i bieg codziennego życia.

Dlatego uważam, że sądy ubezpieczeniowe tylko wtedy będą mogły swemu zadaniu sprostać, gdy sędziowie przed tym, nim przy stole sędziowskim zasiądą, będą mieli możność przez pewien choćby krótki czas przyjrzeć się codziennemu funkcjonowaniu ubezpieczalni. Winni oni więc, moim zdaniem, odbyć pewną, choćby kilkotygodniową praktykę w ubezpieczalniach, gdzieby mogli praktycznie zapoznać się z biegiem spraw, zetknąć się ze stronami, poznać nomenklaturę ubezpieczeniową, aby w przyszłości interpretować ustawy i ferować wyroki nie tylko na zasadzie suchego brzmienia tekstów, ale też i na podstawie tych spostrzeżeń, jakie zrobią w okresie zaznajamiania się z codziennym dniem pracy w ubezpieczalniach.

Oczywiście podstawowym warunkiem, aby nowi sędziowie mogli się należycie przygotować do nowych swoich obowiązków, będzie skompletowanie zespołu sędziów sądów ubezpieczeniowych conajmniej na trzy miesiące przed wejściem w życie ustawy.

To są dwa zagadnienia, na które chciałem zwrócić uwagę.

KRONIKA KRAJOWA

ODCZYT O ŚLĄSKU ZAOLZIAŃSKIM.

W dniu 16 grudnia ub. r. w sali Klubu Towarzystwa Pracowników Instytucji Ubezpieczeń Społecznych Pan Naczelną Dyrektora Z. U. S. Dr Tadeusz Dyboski na prośbę Koła Środowiskowego Obozu Zjednoczenia Narodowego przy Z. U. S. wygłosił prelekcję o Śląsku Zaolziańskim.

Nie był to odczyt ani wykład najeżony cyframi i wykresami, było to proste opowiadanie o rzeczach zwykłych, codziennych, a jednak promieniujących ogromem umiłowania Macierzy. Mówił prelegent o ludziach, których znał i z którymi łączyła go szczerza przyjaźń, — niektórzy z nich nie mieli szczęścia ujrzeć wyników swej cichej a ofiarnej pracy — tu głos opowiadającego łamał się wzruszeniem, które z kolei ogarnęło słuchaczy na sali. Dzięki temu, że opowiadał o ziemi za Olzą jeden z jej synów — obecni przeżywali każdy szczegół i każde słowo. Opowiadanie to — to film z twardego życia naszych braci, film o wielkim napięciu uczucia.

Obszerna sala była po brzegi wypełniona rzeszą pracowników, którzy dzięki p. Dr Dyboskiemu dowiedzieli się o prastarej dzielnicy Polski więcej, niż mogły dać artykuły prasowe. Przeżyli piękny moment.

W. P.

AKADEMIA LEKARZA SPOŁECZNEGO.

W dniu 15 grudnia odbyła się w Warszawie Akademia Lekarzy Społecznych, urządzona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z okazji zakończenia konkursu, ogłoszonego w październiku 1937 r. na pamiątnik lekarza domowego. Konkurs, wbrew napotkanym sprzeciwom pewnego odłamu prasy, wzbudził ogromne zainteresowanie w sferach lekarskich i przyniósł obfity plon, bo aż 50 prac, z których 10 zostało nagrodzonych, a 10 wyróżnionych.

Nagrodzone prace odznaczają się dużymi zaletami literackimi i dają obraz stosunków, jakie panują wśród ludności w Polsce, potrzebującej pomocy lekarskiej.

Nagrodzeni zostali następujący lekarze:

Dr Z. Karasiówna, dr S. Skopińska, praca pod hasłem: „Salus Aegroti Suprema Lex“, Dr S. Giebocki, dr Cz. Jaworski, Dr Cz. Gawarecki, Dr T. Skorecki, Dr Cz. Piekarski, Dr J. Hozer, Dr T. Szamota.

Wyróżnienie przyznano pracom lekarzy następujących:

Dra J. Bruskińska, Dra M. Drobniowicza, Dra Kelles-Krauzy, dr K. Koronkiewicza, Dra A. Kuczewskiego, Dra Z. Kocznera, Dra M. Pieszczyńskiego, Dra M. Srokowskiej, Dra E. Sielużyckiego i Dra T. Włyńskiego.

czalnia zamierza ożywić współpracę także i z tymi przychodnikami. Doniosłość bowiem walki ze straszną chorobą społeczną jaką jest gruźlica warta jest intensywnej pracy i nakładów finansowych.

Józef Grodzicki

ZIMOWA PÓLKOLONIA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W TARNOPOLU.

Podobnie jak w latach ubiegłych urządziła Ubezpieczalnia Społeczna w Tarnopolu półkolonie dla dzieci ubezpieczonych w ciągu ferii Bożego Narodzenia kosztem zł. 1100.

W ogrzanych i widnych salach szkoły im. Mickiewicza, przebywało przez 2 tygodnie 84 dzieci obojga płci intensywnie odżywianych.

Pod opieką fachowej siły pedagogicznej spędzały one czas na zabawach i pogadankach. W dniu wigilijnym, w obecności Dr Szuperskiego, Naczelnego Lekarza Ubezpieczalni, rozdano dzieciom podarunki: ciepłą odzież, bieliznę, sweterki, rękawiczki, czapki no i słodycze; najbardziej potrzebujące otrzymały również bućki. Radość z otrzymanych podarków wynagrodziła sownie trudy kierownictwa półkolonii.

Dnia 8 stycznia b. r. odbyło się w obecności Dyrekcji Ubezpieczalni i Zarządu Koła Pań Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet uroczyste zamknięcie półkolonii.

Na program złożyły się śpiewy, deklamacje, tańce narodowe i obrazek sceniczny-jasełkowy.

Na radosny nastrój padał cień, bo to już koniec półkolonii, koniec bez trosk, wesołych a zwłaszcza sytych dni. Perspektywa powrotu do nie zawsze ciepłych domów rodzicielskich, powrotu do szarego życia nie uśmiechała się rozbawionej gromadzie.

Badania lekarskie po ukończeniu półkolonii wykazały, że grosz wydany na jej urządzenie został dobrze zużyty.

A. Czaykowski.

SPOŁECZNY OSAD PO KRYZYSIE.

Ostatni kryzys pozostawił w spadku wszystkim krajom przemysłowym pewną liczbę stałych lub półstałych bezrobotnych, którzy straciwszy pracę w czasie kryzysu znaleźli się wobec niemożności znalezienia innej nie z powodu braku popytu na pracę lecz z powodu częściowej, lub całkowitej utraty zdolności do pracy. Główną rolę odgrywa tutaj podeszły wiek bezrobotnych, ale i bardzo wielką rolę ich stan psychiczny niepozwalający na zajęcie się jakąkolwiek stałą pracą, spowodowany długotrwałą bezczynnością i życiem na koszt społeczeństwa.

Przeprowadzona ostatnio reorganizacja rejestracji bezrobotnych we Francji dała pod tym względem niezmiernie ciekawe wyniki. Okazało się bowiem, że w tzw. okręgu paryskim, skupiającym ponad 60% ogólnej ilości bezrobotnych we Francji, odsetek bezrobotnych w starszym wieku jest b. duży, bo na 215 tys. zarejestrowanych 24% bezrobotnych ma powyżej 60 lat, a 46% powyżej 50 lat. Oczywiście szanse zatrudnienia tych bezrobotnych są minimalne i np. przemysł metalowy cierpiący na brak robotników wśród 20 tys. bezrobotnych metalowców w tym okręgu znalazł 1200 ludzi zdolnych do pracy, czyli załedwie 6%.

W Holandii ankieta przeprowadzona w styczniu 1937 r., wykazała, że tylko niecałe 25% objętych ankietą bezrobotnych, wśród których 4,1% stanowiła młodzież poniżej

24 lat może być wciągnięte z powrotem do życia produkcyjnego, przeważnie zresztą po uprzednim przeszkoleniu zawodowym.

W miarę poprawy koniunktury i zatrudniania bezrobotnych zdolnych do pracy, odsetek długotrwale bezrobotnych wzrasta. Np. w Niemczech w październiku 1936 r. odsetek bezrobotnych niezdołnych do pracy wynosił 22%, a w rok potem mimo spadku ogólnego bezrobocia przeszło o połowę — odsetek ten wzrósł do 32%.

W Polsce jakkolwiek nie rozporządzamy materiałem liczbowym naświetlającym to zagadnienie, wobec głębokich skutków jakie wywołał w całym naszym życiu gospodarczo-społecznym ostatni kryzys, liczba długotrwale bezrobotnych, nie mających szans ponownego zatrudnienia musi być bardzo znaczna. Pierwsze badania w tym zakresie przeprowadza obecnie Instytut Spraw Społecznych.

Wydaje się, że zagadnienie długotrwałego bezrobocia musi być w Polsce uregulowane nie tylko przez odpowiednią politykę na rynku pracy, ale również przez rozszerzenie zadań opieki społecznej oraz obniżenie wieku uprawniającego do otrzymania renty starczej.

(Komunikat Instytutu Spraw Społecznych).

KOLONIA ZIMOWA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W STRYJU

Dnia 15.12. 1938 r. staraniem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Stryju i Sanatorium w Wygodzie została otwarta w Maksymówce pow. Dolina, zimowa kolonia lecznicza dla 50 dzieci w wieku szkolnym, zagrożonych gruźlicą, lub pochodzących z rodzin gruźliczych z powiatów: stryjskiego, doliniańskiego i katuskiego.

Miejscowość podgórska, klimat łagodny nadający się do leczenia, położona wśród przepięknych gór i lasów. Budynek murowany własność księży diecezji lwowskiej. Dzieci umieszczone były w pokojach 2, 3, 4 i 5-cio osobowych pod kierownictwem fachowych sił wychowawczych, oraz pod stałą opieką lekarską w osobie Dr J. Niemca, Dyrektora Sanatorium w Wygodzie. Przed przyjęciem na kolonie wszystkie dzieci były badane i prześwietlane w Sanatorium, a w czasie trwania kolonii co drugi dzień odbywały się wizyty lekarskie. Rozkład dnia na kolonii był dostosowany do regulaminu sanatoryjnego. Dzieci otrzymywały regularnie pięć razy dziennie posiłek, cztery godziny dziennie leżakowały na werandach otwartych, oraz stosowane było leczenie objawowe.

Ze względu na to, że dzieci musiały wracać do swoich normalnych zajęć szkolnych, kolonia trwała tylko cztery tygodnie w czasie ferii świątecznych. Na Boże Narodzenie dziatwa zgromadzona przy choince otrzymała z rąk Naczelnego Lekarza U. S. podarki z łakociami. Na zakończenie kolonii najbardziej potrzebujące dzieci zostały obdarowane podarunkami w formie bućków i ciepłej odzieży.

Pomimo, że kolonia trwała tylko 4 tygodnie przy końcowym badaniu stwierdzono ogólną poprawę stanu zdrowia, przybytek na wadze od 2 do 4 kg. i świetne samopoczucie. Dzieci rozstając się z żalem, dziękowały szczerze za wszystko, prosząc ażeby Dyrekcja U. S. nie zapomniiała o nich i otaczała je nadal troskliwą opieką.

WYSTAWA HIGIENICZNA W BIAŁYMSTOKU

W dniach 15 — 31 grudnia 1938 r. otwarta była w Białymstoku w gmachu fabryki Rywkinda — Wystawa Higieniczna, zorganizowana staraniem Zakładu Ubezpie-

czeń Społecznych. przy współudziale Instytutu Spraw Społecznych, który zorganizował dział Bezpieczeństwa i Higieny Pracy. Otwarcia Wystawy dokonał wojewoda białostocki p. Henryk Ostaszewski, podkreślając w swym przemówieniu wielką rolę, jaką może odegrać wystawa wobec szczególnego zaniedbania ziem wschodnich pod względem rozwoju higieny wsi i miast.

Wystawa zawierała cały szereg działów, jak gruźlica, jagliczy, tyfusowy, weneryczny, dział poświęcony pracom miejscowej Ubezpieczalni, P. C. K., oraz wystawę objazdową Instytutu Spraw Społecznych. Wystawa urozmaicona była wyświetlaniem filmów propagandowych z zakresu działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz z zakresu akcji bezpieczeństwa i higieny pracy.

O potrzebie tego rodzaju imprez w ośrodku tak przemysłowym jak Białystok, świadczy najlepiej fakt wielkiej frekwencji zwiedzających wystawę — około 1 500 osób dziennie. Specjalnym zainteresowaniem cieszył się dział bezpieczeństwa pracy, gdzie w ciągu 3 dni zostało wygłoszonych 20 pogadanek dla wycieczek szkół zawodowych i wyższych klas szkół ogólnokształcących oraz zostały wygłoszone dwa dłuższe odczyty dla zwiedzającej wystawę publiczności na temat bezpieczeństwa, higieny i kultury pracy.

AKCJA PROFILAKTYCZNA UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W KUTNIE W ROKU 1938.

Akcja profilaktyczna prowadzona przez Ubezpieczalnię Społeczną w Kutnie wśród dzieci i młodzieży w roku 1938, sprowadzała się do następujących zagadnień:

- 1) akcji tranowej,
- 2) dokarmiania dzieci w okresie miesięcy zimowych,
- 3) subsydiowania ośrodków zdrowia prowadzących stacje opieki nad matką i dzieckiem,
- 4) akcji kolonii i półkolonii dla dziatwy szkolnej i młodzieży.

Akcję tranową Ubezpieczalnia przeprowadza za pośrednictwem szkół i ochronek; w roku 1938 na ten cel wydano 1400 kg tranu. W zbliżającym się sezonie zimowym przewidziano rozdzielnie dalszych 2.000 kg tranu. Na cele dokarmiania dzieci w okresie zimowych miesięcy Ubezpieczalnia Społeczna w Kutnie wydała w roku 1938 ogółem kwotę 14.110 zł. Ośrodkom Zdrowia w roku 1938 udzielono subwencji w kwocie zł. 9.900. Pomagając finansowo w organizowaniu kolonii i półkolonii letnich Ubezpieczalnia wyasygnowała odpowiednie kwoty następującym organizacjom: Pow. Komitetowi Pomocy Dzieciom i Młodzieży, Związkowi Harcerstwa Polskiego, Związkowi Strzeleckiemu, Twu Przyjaciół Gimnazjum, Związkowi Pracy Obywatelskiej Kobiet, Zakładowi S. S. Maryi oraz Polskiemu Związkowi Zachodniemu. Ogółem na powyższy cel Ubezpieczalnia Społeczna w Kutnie w roku 1938 wydatkowała kwotę zł. 7.730.40.

Zwiedzając obozy harcerskie, czy strzeleckie lub słuchając opowiadań uczestników kolonii szkolnych o spędzonych wyczasach mimo woli dochodzi się do wniosku, że najbardziej racjonalna akcja zapobiegawcza wśród dzieci i młodzieży to zwiększenie do maximum ilości obozów letnich, czy kolonii wypoczynkowych, gdyż te prócz podniesienia stanu zdrowotnego młodzieży, kształcą ducha, uczą ukochania przyrody żywej i wreszcie uczą życia w gromadzie, co również nie jest bez znaczenia.

Kazimierz Kucner.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU LEKARZY POWIATOWYCH WOJEWÓDZTWA LWOWSKIEGO, ODBYTEGO W DNIACH 28 I 29 PAŹDZIERNIKA 1938 R. W DROHOBYCZU, BORYSŁAWIU I TRUSKAWCU.

Obrady Zjazdu otworzył w dniu 28 października ub. r. Naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego lwowskiego dr Wacław Majewski witając w pierwszej linii delegata Ministerstwa Opieki Społecznej — Inspektora Służby Zdrowia dra Mariana Zacherta, reprezentantów władz rządowych i samorządowych, delegatów Państw. Zakładu Higieny, dyrektora państw. fabryki olejów mineralnych „Polmin“, dyrektora Truskawca Zdroju oraz wszystkich uczestników zjazdu zaznaczając, że wszystkim czynnikom miejscowym w Drohobyczu, Borysławiu i Truskawcu należy się serdeczne podziękowanie za współpracę przy organizowaniu zjazdu.

Następnie wygłosili przemówienia powitalne starosta powiatowy Mgr. Emil Wehrstein i prezydent m. Drohobycza dr Michał Piechowicz.

Naczelnik dr Majewski zabierając ponownie głos poruszył szereg aktualnych spraw z dziedziny służby zdrowia na terenie województwa lwowskiego akcentując poczynione postępy jak również trudności na jakie napotyka w terenie praca lekarzy. Specjalną uwagę poświęcił zwalczaniu chorób zakaźnych, pracom organizacyjnym na terenie C. O. P., szkoleniu służby łaziennej, pielęgniarek.

Następnie kolejno wygłosili referaty inspektor lekarski urzędu wojewódzkiego lwowskiego dr Ludwik Neugebauer: o stanie sanitarnym i zdrowotnym województwa lwowskiego, prof. dr Stanisław Mączewski: o organizowaniu opieki położniczej na terenie województwa lwowskiego, dr Adam Borysiewicz: o problemach zdrowia publicznego w ramach budżetów samorządowych, dr Piotr Radło, radca Min. Opieki Społecznej: o nowoczesnych środkach i metodach przeprowadzania dezynsekcji.

Po tych referatach rozwinęła się ożywiona dyskusja. w czasie której jako pierwszy zabrał głos delegat Ministerstwa Opieki Społecznej insp. dr Marian Zachert rzucając szereg swych spostrzeżeń i uwag odnośnie poszczególnych zagadnień poruszonych w referatach. Następnie przemawiali dr E. Doliński, naczel. lekarz miasta Lwowa, p. rekt. Maria Kulczyńska w sprawie organizacji służby położnej, naczelnik dr Majewski oraz inni. Po zamknięciu dyskusji zwiedzono ośrodek zdrowia w Drohobyczu oraz urządzenie Polminu.

W drugim dniu zjazdu obrady rozpoczęły się w Borysławiu. Po zagajeniu posiedzenia przez naczelnika Dr Majewskiego w krótkich słowach powitał zebranych prezydent m. Borysławia p. Kazimierz Rossowski. Kolejno wygłosili referaty delegaci Państw. Zakładu Higieny dr Mikulaszek, dr Rychlik, mgr. Józkiwicz i dr Berger oraz przemówienie na temat współpracy P. Z. H. z lekarzami powiatowymi, delegat Państw. Zakładu Higieny doc. dr Fr. Przesmycki.

Stan sanitarny m. Borysławia oraz zamierzenia na przyszłość przedstawił naczelny Lekarz m. Borysławia dr Kapellner, zaś referat na temat zamierzeń z dziedziny sanitarnej w powiecie drohobyckim lekarz powiatowy dr Rudolf Gacał.

W czasie ożywionej dyskusji na temat referatów zaborali głos kolejno dr St. Chrzyszczewski, lekarz powiatowy w Samborze, dr. Karol Wałęga lekarz powiatowy w Tarnobrzegu i dr L. Kozaniewicz lekarz powiatowy w

Rudkach, w końcu na wszystkie przemówienia i interpelacje udzielił odpowiedzi inspektor lekarski dr Ludwik Neugebauer.

Następnie uczestnicy Zjazdu zwiedzili ośrodek zdrowia Fundacji Gminy Chrześcijańskiej w Boryslawiu i udali się do Truskawca.

W czasie popołudniowego posiedzenia w Truskawcu powitał zebranych uczestników Zjazdu właściciel Truskawca-Zdroju, dr Roman Jarosz, akcentując doniosłe znaczenie uzdrowisk nie tylko pod względem lekarskim, lecz również pod względem kulturalnym i ekonomicznym.

Referat o zagadnieniach uzdrowiskowych na terenie województwa lwowskiego wygłosił inspektor lekarski, dr L. Neugebauer.

Po referacie odbyła się poufna odprawa lekarzy powiatowych Województwa lwowskiego.

Na tym zakończono obrady zjazdu.

OTWARCIE OGNISKA PRACOWNIKÓW UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W STRYJU.

Dnia 11 grudnia 1938 r. odbyło się poświęcenie Ogniska pracowników stryjskiej Ubezpieczalni Społ. przy udziale przedstawicieli władz kościelnych, cywilnych i wojskowych. Do licznie zebranych gości przemówił dyrektor U. S., p. Kazimierz Horski, podkreślając w swym patriotycznym przemówieniu wielką misję dziejową Polaków na kresach południowo-wschodnich.

Po przemówieniu dyr. Horskiego, ks. prałat Cisko poświęcił lokal życząc wszystkim pomyślnych owoców pracy.

Ognisko mieści się przy pryncypalnej ulicy obok Ubezpieczalni Społ.; prócz kasyna i sali biblioteczej mieści się w ognisku pięknie rozbudowana spółdzielnia oszczędnościowo-kredytowa pracowników Ubezpieczalni Społecznej.

W nowym lokalu rozpoczęto cykl wykładów o zagad-

nieniach ubezpieczeń społecznych dla robotników i inteligencji, cieszących się wielką popularnością.

Tak więc dzięki poparciu dyrekcji U. S., pracownicy znaleźli miłe locum, w którym mogą po pracy zawodowej spędzić czas na godziwych rozrywkach.

AKCJA DOŻYWIANIA DZIECI

na terenie Ubezpieczalni Społecznej w Tczewie
w sezonie zimowym 1938 — 1939 r.

Doceniając skutki jakie posiada należyte odżywianie dzieci dla stanu zdrowia i rozwoju fizycznego dziecka, Ubezpieczalnia Społeczna w Tczewie zwiększyła swe wysiłki w kierunku dożywiania dzieci rodziców ubezpieczonych i bezrobotnych w sezonie zimowym 1938 — 1939 r.

Teren działania tej akcji obejmuje wszystkie powiaty, leżące w zasięgu Ubezpieczalni Społecznej w Tczewie, a mianowicie: pow. tczewski, starogardzki, kościerski, chojnicki, tucholski i świecki.

Zgodnie z zaleceniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Ubezpieczalnia w zakresie dożywiania dzieci współpracuje z odnośnymi Powiatowymi Komitetami Pomocy Dzieciom i Młodzieży.

Akcja dożywiania obejmuje swą działalnością dzieci, pochodzące z najbiedniejszych sfer ubezpieczonych i bezrobotnych.

Doborem dzieci objętych akcją dożywiania zajmują się lekarze domowi oraz szkolni przy szkołach powszechnych, stacjach opieki nad matką i dzieckiem, ochronkach i przedszkolach, w pierwszym rzędzie starając się dożywić dzieci pochodzące z rodzin obarczonych licznym potomstwem, oraz dzieci wątłe, rachityczne, zagrożone gruźlicą lub z rodzin gruźliczych, niedokrwiste, opóźnione w rozwoju fizycznym lub niedożywione.

Podział udzielonych przez Ubezpieczalnię funduszków poszczególnym komitetom przedstawia się następująco:

1) Powiatowy Komitet Pomocy Dzieciom i Młodzieży — Tczew	zł 2 080.—
2) „ „ „ „ „ „ — Starogard	„ 1 640.—
3) „ „ „ „ „ „ — Kościerzyna	„ 800.—
4) „ „ „ „ „ „ — Chojnice	„ 1 160.—
5) „ „ „ „ „ „ — Tuchola	„ 480.—
6) „ „ „ „ „ „ — Świecie	„ 1 840.—
	<hr/>
Razem	zł 8 000.—

Prócz tego Ubezpieczalnia zorganizowała akcję tranową dla dzieci zakwalifikowanych przez lekarzy, zakupując na ten cel 1000 kg. tranu leczniczego. Poszczególne komitety otrzymały:

1) Powiatowy Komitet Pomocy Dzieciom i Młodzieży — Tczew	250 kg
2) „ „ „ „ „ „ — Starogard	200 „
3) „ „ „ „ „ „ — Kościerzyna	100 „
4) „ „ „ „ „ „ — Chojnice	150 „
5) „ „ „ „ „ „ — Tuchola	50 „
6) „ „ „ „ „ „ — Świecie	250 „
	<hr/>
Razem	1 000 kg

Akcja dożywieniowa objęła nieomal połowę dzieci rodziców, którzy, pracując przez lato, z nastaniem zimy utracili pracę i zwiększyli szeregi bezrobotnych, bądź też pozostają bez pracy od dawna. Przy podziale funduszków i tranu Ubezpieczalnia kierowała się ilością ubezpieczonych na danym terenie i w stosunku procentowym do ilości ubezpieczonych nastąpił rozdział funduszków i tranu.

W trosce zatem o zdrowie i rozwój młodego pokolenia Ubezpieczalnia Społeczna w Tczewie spełnia jeden

z naczelnych postulatów medycyny zapobiegawczej, a zarazem przyczynia się do otarcia niejednej łzy u biednych dzieci, skazanych podczas zimy na głód i chłód.

SPROSTOWANIE

W Nr 11 P. U. S. z 1938 r. w Kronice krajowej w dziale Ruch służbowy powinna być podana przy nazwisku Schally Tadeusz — Ubezpieczalnia Społeczna w Tarnowie zamiast Ubezpieczalnia Społeczna w Toruniu.

KRONIKA ZAGRANICZNA

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W RUMUNII.

Działalność ubezpieczeń społecznych w Rumunii jest unormowana wydanym przez Króla w dniu 7 kwietnia 1933 r. dekretem o scaleniu ubezpieczeń społecznych.

Rumuńska ustawa scaleniowa ubezpieczeń społecznych traktuje na równi pracowników umysłowych i pracowników fizycznych.

Obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby, macierzyństwa, wypadku, niezdolności do pracy i śmierci — podlegają pracownicy przedsiębiorstw handlowych i przemysłowych, publicznych i prywatnych, których zarobki roczne nie przekraczają granicy ustalonej przez walne zgromadzenie Centralnej Kasy Ubezpieczeń Społecznych. Uczniowie i praktykanci wyżej wymienionych przedsiębiorstw, nie otrzymujący żadnego nawet wynagrodzenia, jak również członkowie rodzin pracodawców, o ile są zatrudnieni u nich bez żadnego wynagrodzenia, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia. Ponadto podlegają obowiązkowi ubezpieczenia bez względu na zarobek majstrowie-rzemieślnicy, chałupnicy zatrudnieni dla jednego lub więcej pracodawców, oraz pracownicy organizacji zawodowych.

Nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia robotnicy rolni. W wypadkach uprzemysłowienia majątku ziemskiego i zaliczenia go do pewnej gałęzi przemysłu, — robotnicy w nim zatrudnieni podlegają obowiązkowi ubezpieczenia. Służba domowa podlega obowiązkowi ubezpieczenia tylko od wynagrodzenia otrzymywanego w gotówce (bez mieszkania i utrzymania). Wszyscy pracownicy, których zarobki przekraczają 6.000 lei (około 300 zł) miesięcznie — ubezpieczeniu nie podlegają.

Nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia pracownicy, korzystający z uprawnień do emerytur ze skarbu państwa, oraz pracownicy przedsiębiorstw publiczno-prawnych, korzystający z lokalnych funduszy emerytalnych. Pracownicy cudzoziemcy, zatrudnieni w Rumunii — podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na równi z obywatelami rumuńskimi. Pracownicy przedsiębiorstw rumuńskich, zatrudnieni czasowo poza granicami państwa rumuńskiego — kontynuują ubezpieczenie krajowe, o ile nie zostaną ubezpieczeni wg przepisów obowiązujących w państwie, na którego terenie się znajdują.

Ubezpieczeni wszystkich grup zarobkowych opłacają składki ubezpieczeniowe za wszystkie rodzaje ubezpieczeń łącznie i w równej wysokości z pracodawcami. Wysokość składki ubezpieczeniowej, opłacanej przez ubezpieczonego, nie może przekraczać 6% wysokości średniego zarobku właściwej grupy zarobkowej. Za uczni i praktykantów, nie pobierających żadnego wynagrodzenia, przypadające składki wg najniższej grupy zarobkowej opłaca w całości pracodawca. Składki ubezpieczeniowe opłacają ubezpieczeni tylko od chwili osiągnięcia 65 lat. O ile z chwilą rozpoczęcia 66 lat nabyli ustawowo przewidziane prawo do renty starczej — a są w dalszym ciągu zatrudnieni — składek ubezpieczeniowych dalszych nie opłacają.

Grupy zarobkowe ustala co rocznie walne zgromadzenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zatwierdza je zaś Prezydium Rady Ministrów. Z chwilą wprowadzenia ubezpieczeniowej ustawy scaleniowej w życie, w roku 1934 — ustalono następujące grupy zarobkowe:

Grupa	Z a r o b k i			Przeciętny zarobek dzienny	Składka tygodniowa	Składka miesięczna
	dienne	tygodniowe	miesięczne			
I	do Lei 24.—	do Lei 144.—	od Lei 600.—	17	6	26
II	od „ 24—45	od „ 144—270	do „ 600—1 125	35	12	52
III	„ „ 45—79	„ „ 270—474	„ „ 1 125—1 975	62	22	96
IV	„ „ 79—99	„ „ 474—594	„ „ 1 975—2 475	90	30	136
V	„ „ 99 wzwyż	„ „ 594 wzwyż	„ „ 2 475 wzwyż	120	36	156

Ubezpieczeni korzystają w scalonym systemie ubezpieczeń z następujących świadczeń:

- z opieki lekarskiej, lekarstw, opatrunków i protez,
- z zasiłków pieniężnych w okresie choroby i macierzyństwa,
- z renty starczej, inwalidzkiej i renty wypadkowej,
- z renty wdowiej (wdowca) i rent sierocych.

Z opieki leczniczej korzystają ubezpieczeni od pierwszego dnia zachorowania lub wypadku aż do wyleczenia, lub otrzymania renty inwalidzkiej nie dłużej jednak niż przez 52 tygodnie.

Z opieki leczniczej korzystają również członkowie rodziny, zamieszkali łącznie z ubezpieczonym, mianowicie: żona, dzieci w wieku do lat 18, dzieci niezdolne do zarobkowania z powodu choroby lub kalectwa powyżej lat 18, oraz rodzice niezdolni do zarobkowania. Okres leczenia szpitalnego na rachunek ubezpieczalni dla ubezpieczonego nie może przekroczyć 26 tygodni. Zarząd

ubezpieczalni może ten okres przedłużyć do jednego roku, o ile stan finansowy ubezpieczalni na to pozwala. Członkowie rodzin mają prawo do leczenia szpitalnego nie dłużej niż przez 4 tygodnie. W szpitalach własnych ubezpieczalni członkowie rodzin mogą być leczeni w ciągu 20 tygodni, za opłatą 25% taryfy szpitalnej.

Zasiłki pieniężne są wypłacane począwszy od 8 dnia niezdolności do pracy w wysokości 50% średniego zarobku ubezpieczonego przez okres 26 tygodni z racji tej samej choroby i przez 36 tygodni z powodu innych zachorowań w ciągu 12 miesięcy. W razie wypadku, zasiłek się wypłaca do chwili zupełnego wyleczenia, względnie przyznania renty. Ubezpieczalnia może przedłużyć okres zasiłkowy do 52 tygodni na tę samą chorobę, o ile stan jej finansowy na to zezwala, a ubezpieczony nie ma prawa do renty inwalidzkiej. Zasiłków pieniężnych nie wypłaca się przez czas pobytu w szpitalu, sanatorium, gdzie ubezpieczony korzysta z całodziennego utrzymania i

mieszkania. O ile rodzina ubezpieczonego jest na jego wyłącznym utrzymaniu, wówczas za czas pobytu w szpitalu lub sanatorium rodzina otrzymuje 50% przynależnego ubezpieczonemu zasiłku. Do podwójnego zasiłku chorobowego uprawniony jest ubezpieczony, o ile ubezpieczalnia nie może mu zapewnić należytej opieki lekarskiej.

Pracownicy umysłowi korzystają z zasiłków chorobowych od 31 dnia niezdolności do pracy.

Wysokość zasiłku chorobowego wynosi 50% średniego zarobku ubezpieczonego. W pierwszym roku wprowadzenia ustawy scaleniowej (1934) zasiłek wynosił:

Dla grupy	I	—	lei	8.—	dziennie
"	"		II	—	" 17.— "
"	"		III	—	" 31.— "
"	"		IV	—	" 45.— "
"	"		V	—	" 60.— "

Pomoc położnicza przysługuje ubezpieczonej, o ile w ciągu ostatnich 12 m-cy pozostawała 26 tygodni w ubezpieczeniu i składa się:

a) z pomocy lekarskiej, akuszerskiej, lekarstw i opatrunków,

b) z zasiłku położniczego przez 12 tygodni — z których co najmniej 6 tygodni musi przypaść po rozwiązaniu

Dla otrzymania zasiłku położniczego przez 6 tygodni przed porodem, wymagane jest absolutne wstrzymanie się od pracy najmniejszej.

Położnica karmiąca ma prawo do zasiłku pokarmowego przez 6 tygodni po wyczerpaniu zupełnym okresu zasiłku położniczego. Na żądanie położnicy, ubezpieczalnia może umieścić ją na czas położeń w szpitalu — płacąc wówczas za ten czas 50% należnego jej zasiłku położniczego.

Żona ubezpieczonego ma prawo do pomocy położniczej w wypadku posiadania przez ubezpieczonego 52 tygodniowego ubezpieczenia w o statnich 2 latach. O ile stan finansowy ubezpieczalni na to pozwala, ubezpieczalnia może przyznać żonie ubezpieczonego w razie położeń, 50% przypadającego ubezpieczonemu zasiłku chorobowego.

Zasiłek pogrzebowy przysługuje ubezpieczonym, posiadającym 26 tygodni ubezpieczenia w ostatnich 2 latach. O ile ubezpieczony podlegał kilku grupom ubezpieczenia, zasiłek oblicza się wg średniej grupy uposażeniowej. W wypadku śmierci w następstwie wypadku, zasiłek pogrzebowy wypłaca się bez względu na posiadanie okresu wyczekiwania. Zasiłek pogrzebowy wynosi, odpowiednio do stanu majątkowego ubezpieczalni, 40 — 60 krotność średniego dziennego zarobku grupy, do której był zaliczony ubezpieczony. Wysokość zasiłku pogrzebowego ustala corocznie walne zgromadzenie Centralnej Kasy Ubezpieczeń Społecznych. W pierwszym roku działalności ustawy scaleniowej, zasiłki pogrzebowe w poszczególnych grupach zarobkowych wynosiły:

Grupa	I	—	Lei	2.000.—
"	II	—	"	3.000.—
"	III	—	"	3.500.—
"	IV	—	"	4.000.—
"	V	—	"	5.000.—

Renta *inwalidzka* przysługuje ubezpieczonemu z chwilą stwierdzenia przez lekarza niezdolności do pracy (zarobkowania). Za inwalidę uważa się ubezpieczonego, który stracił ⅓ zdolności do pracy.

Okres wyczekiwania wynosi 200 tygodni, przy tym dla utrzymania ciągłości ubezpieczenia wymagane jest posiadanie rocznie minimum 16 tygodni ubezpieczenia. W razie przerwy w ubezpieczeniu, prawo do renty powstaje po ponownym przebyciu 200 tygodni w ubezpieczeniu. O ile jednak przed przerwą ubezpieczony przebył 200 tygodni — ponowne uprawnienie uzyskuje się po przebyciu 100 tygodni w ubezpieczeniu. Nie uważa się za przerwę w ubezpieczeniu pobytu w wojsku, okresu choroby i okresu otrzymywania renty inwalidzkiej.

Ubezpieczony po wyczerpaniu okresu zasiłkowego z powodu choroby i będąc w dalszym ciągu niezdolnym do pracy — ma prawo do renty inwalidzkiej, aż do chwili odzyskania zdolności do pracy. Pobierający renty inwalidzkie mają w dalszym ciągu uprawnienia do pomocy leczniczej, lekarstw i opatrunków.

Renta inwalidzka składa się ze stałej kwoty — odpowiadającej grupie zarobkowej, do której dolicza się za każdy tydzień składkowania powyżej 200 tygodni — po 2 lei.

Kwota zasadnicza wynosi:

Grupa	I	—	Lei	400	miesięcznie
"	II	—	"	450	"
"	III	—	"	500	"
"	IV	—	"	550	"
"	V	—	"	600	"

W razie śmierci pobierającego rentę, pozostali mają prawo do zasiłku pogrzebowego w wysokości czterokrotnej przez niego pobieranej renty miesięcznej. Ponadto w razie śmierci pobierającego rentę mają prawo:

a) wdowa względnie wdowiec do renty w wysokości 50% w razie stwierdzenia, że wdowa lub wdowiec nie są zdolni do zarobkowania i po uprzednim złożeniu świadectwa ubóstwa, wystawionego przez właściwą władzę administracyjną;

b) sieroty do ukończenia 18 lat do ⅓ renty inwalidzkiej — po uprzednim złożeniu świadectwa ubóstwa.

Z chwilą nastąpienia poprawy materialnej uprawnionych lub odzyskania możliwości zarobkowania — ubezpieczalnia ma prawo zawiesić dalszą wypłatę renty, za ustawowo przewidzianą pomocą leczniczą i zasiłkami

W razie *nieszczęśliwego wypadku*, ubezpieczony — poza ustawowo przewidzianą pomocą leczniczą i zasiłkami pieniężnymi — ma prawo do renty wypadkowej o ile wskutek wypadku utracił w całości lub częściowo zdolność do zarobkowania.

Renta wypadkowa wynosi ⅓ wysokości zarobku ubezpieczonego przy całkowitej utracie zdolności do zarobkowania — rentę się odpowiednio zmniejsza. Przy niezdolności poniżej 20% — renty wypadkowej się nie wypłaca. Wysokość utraty zdolności do pracy określają lekarze ubezpieczalni społecznych. Renta wypadkowa podlega rewizji co 5 lat i w razie stwierdzenia poprawy lub ewentualnego pogorszenia stanu zdrowia — rentę się obniża względnie podwyższa. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pozostali otrzymują ustawowo przewidziany zasiłek pogrzebowy oraz rentę:

a) wdowa — rentę w wysokości 20% renty, przypadającej niezującym mężowi — aż do śmierci, względnie zamążpójścia;

b) z tego samego przywileju korzysta ewentualnie wdowiec niezdolny do pracy — w razie śmierci z wypadku jego żony — jako ubezpieczonej;

c) sieroty do lat 18 — w wysokości 20% renty ubezpieczonego — nie więcej jednak niż 40% ogólnej kwoty renty;

d) dzieci powyżej lat 18 — mają prawo do renty sieroczej — o ile są niezdolne do zarobkowania wskutek ułomności;

e) dzieci kształcące się korzystają z renty do ukończenia 21 roku życia.

Rodzice, bracia i dalsi krewni zmarłego ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku — mają prawo do renty wypadkowej w wysokości 20% ubezpieczonego o ile udowodnią, że byli na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego.

W razie utraty zdolności do zarobkowania powyżej ½ wskutek choroby zawodowej, ubezpieczony korzysta ze świadczeń w tych rozmiarach i na tych warunkach jak i w przypadkach nieszczęśliwych wypadków.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych za zgodą Prezydium Rady Ministrów, może wprowadzić dodatkowe ubezpieczenia od niezdolności do pracy i starości, w których to ubezpieczeniach nie biorą udziału pracodawcy.

Schemat organizacyjny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Rumunii jest następujący:

Władzą naczelną Zakładu jest walne zgromadzenie które wybiera zarząd Zakładu oraz Komisję rewizyjną. Z ramienia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej mianowany jest Komisarz rządowy w charakterze obserwatora z głosem doradczym. Dyrekcja Zakładu składa się z Naczelnego Dyrektora, Vice Dyrektora, dyrektora badań i dyrektora funduszy. Ponadto istnieją następujące dyrekcje: ubezpieczenia od wypadków, dochodów i kontroli, której podlega inspektor generalny administracji, lecznictwa, której podlega inspektorat generalny lecznictwa, ubezpieczenia chorobowego i inwalidztwa, księgowości, majątku i nieruchomości oraz personalna. Bezpośrednio podlegające Naczelnemu Dyrektorowi są następujące wydziały: architektoniczny i techniczny, prawny, umów i spraw sądowych oraz aktuariat, statystyka, sekretariat i biblioteka.

Schemat organizacyjny ubezpieczalni społecznych składa się z 5 sekcji, mianowicie: 1) ubezpieczenia chorobowego, rent i świadczeń, lecznictwa, księgowości oraz administracji. Na czele ubezpieczalni społecznych stoją dyrektorzy, mianowani przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i zatwierdzani przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Od czasu wprowadzenia rumuńskiej ustawy scaleniowej zostały wprowadzone w ustawodawstwo ubezpieczeniowe pewne zmiany, które zostaną omówione w jednym z dalszych zeszytów „Przeglądu”.

N. Czajkowski.

WPLYW BEZROBOCIA I STRUKTURY ZATRUDNIENIA NA SPADEK URODZIN W W. BRYTANII.

Angielskie ministerstwo zdrowia podjęło obecnie na szerszą skalę zakrojoną akcję w związku z silnym spadkiem urodzin w Wielkiej Brytanii. W ostatnich latach, podczas, gdy Polska, Trzecia Rzesza i Włochy wykazują znaczny przyrost naturalny, to w Wielkiej Brytanii nastąpił spadek — niemal o połowę i wynosi obecnie przecięt-

nie piętnaście urodzin na tysiąc. Ludność Japonii wzrasta przeciętnie o jeden milion głów rocznie, podczas, gdy zanik urodzin obserwujemy nie tylko w Wielkiej Brytanii, lecz w dużej mierze i w zamorskich dominach: Australii, Nowej Zelandii, a nawet w Kanadzie, gdzie urodziny wśród ludności francuskiej są większe, niż wśród ludności brytyjskiej.

Jeśli chodzi o Wielką Brytanię, to spadek gwałtowny urodzin pozostaje w przyczynowym związku z wysokim stanem bezrobocia przemysłowego, zwłaszcza w tak zwanych „zniszczonych obszarach”, gdzie ludność przemysłowa zaledwie może zdobyć środki na vegetację. Na konferencji delegatów organizacji społecznych, zajmujących się zagadnieniem spadku urodzin, powzięto rezolucję, by Izba Gmin powołała do życia komisję parlamentarną dla zbadania okoliczności w jakich wczesne małżeństwa byłyby pod względem ekonomicznym rzeczą możliwą. Obecnie bowiem rosną w Wielkiej Brytanii zastępy młodych ludzi, którzy ze względu na brak zatrudnienia i obawy natury ekonomicznej nie wchodzi w związki małżeńskie i nie zakładają, lub nie powiększają rodzin. Pierwszym zadaniem komisji parlamentarnej będzie zbadanie sprawy możliwości udzielenia odpowiedniej pomocy młodym ludziom, a w szczególności kobietom, by zakładały ogniska rodzinne i wypełniły swą naturalną funkcję — macierzyństwo.

W związku z dążeniem do zwiększenia przyrostu naturalnego ludności w Wielkiej Brytanii, padają obecnie hasła, iż skierowanie dużego odsetka dziewcząt i kobiet z rynku pracy biurowej i fabrycznej do własnych ognisk domowych, może stanowić klucz do rozwiązania problemu społecznego nad którym głowił się każdy rząd brytyjski od czasu zakończenia wojny światowej, to jest bezrobocia.

Według danych statystycznych angielskiego ministerstwa pracy, w ciągu 1938-go roku, na półtora miliona osób stale bezrobotnych — przypadało 310 tysięcy kobiet. Kobiet czasowo pozbawionych pracy było 98 tysięcy, razem więc kobiet bezrobotnych 408 tysięcy. Obecnie stan bezrobocia (zarówno mężczyzn, jak i kobiet) utrzymuje się na poziomie 1.828 tys. osób całkowicie lub czasowo pozbawionych zatrudnienia. Należy dodać, że w końcu 1938 roku w Wielkiej Brytanii zatrudnienie posiadało przeszło dwanaście milionów ubezpieczonych osób w wieku od lat 16-tu do 64.

Obecnie przeprowadzony został spis dziewcząt i kobiet zatrudnionych w poszczególnych przemysłach brytyjskich i zajęciach zawodowych. W rezultacie okazało się, iż dziś posiada pracę blisko cztery miliony kobiet i dziewcząt, a w tym około dwa miliony wykonuje obecnie w Wielkiej Brytanii zajęcia, które przed 20-tu laty stanowiły domenę mężczyzn. Badania przeprowadzone ujawniły również, iż wysoki odsetek kobiet zawdzięcza swe zatrudnienie zawodowe w Anglii wyłącznie temu, iż stanowią tańszą siłę pracowniczą, niż mężczyźni. Z drugiej strony, na skutek ciągłego napływu kobiet na rynek pracy w Wielkiej Brytanii, mężczyźni pragnący wstąpić w związki małżeńskie figurują na liście bezrobotnych — i nie tworzą nowych rodzin.

W wyniku przeprowadzonego spisu otrzymano interesujące dane o rodzaju zatrudnień, które posiadają obecnie zawodowo pracujące kobiety w Wielkiej Brytanii.

Kobiet i dziewcząt pracuje w poszczególnych gałęziach przemysłu:

w przemyśle włókienniczym	688 tys.
w przemyśle odzieżowym	434 tys.
w przemyśle metalowym	256 tys.
w przemyśle spożywczym	245 tys.
w przemyśle papierowym i drukarskim	170 tys.
w przemyśle maszynowym	85 tys.
przy produkcji pojazdów	39 tys.
w przemyśle drzewnym	38 tys.
w przemyśle skórzanym	26 tys.
w przemyśle budowlanym	14 tys.
przy fabrykacji szkła	9,8 tys.
w garniarstwie	6,7 tys.
w kopalniach węgla	5,6 tys.
w przemyśle okrętowym	3,1 tys.

W handlu towarami i artykułami przemysłowymi pracowało 813 tysięcy kobiet i dziewcząt, w transporcie 40 tys., a w rolnictwie 48 tys.

Rzecznicy położenia kresu obecnej inwazji kobiecej w przemyśle brytyjskim sądzą, iż powrót do ognisk domowych zwiększy odsetek urodzin w Wielkiej Brytanii. W ostatnim roku przed wojną światową odsetek ten wynosił 24 urodzin na tysiąc ludności, w ubiegłym roku tylko 15 urodzin na 1.000 ludności. Obecnie tylko dwa kraje w Europie posiadają niższy odsetek urodzin: Francja 14,7 i Szwecja 14,3, a socjologowie brytyjscy wyrażają pogląd, iż w razie niepowstrzymania obecnego spadku w najbliższych latach, Anglia może wykazać niższy odsetek urodzin, niż Francja.

Rozważany jest obecnie projekt skierowania co najmniej ćwierć miliona kobiet zatrudnionych w zajęciach „męskich” do ognisk domowych i umożliwienie odzyskania warsztatów pracy dla 250 tys. bezrobotnych mężczyzn, jako dla potencjalnych małżonków, którzy — po otrzymaniu ponownie zatrudnienia — założyć potrafią nowe ogniska domowe i stworzyć większe rodziny. Jak zaś obliczają socjologowie, wśród zarejestrowanej półtoramilionowej armii bezrobotnych mężczyzn — znajduje się 653 tysiące w wieku małżeńskim t. j. od 21 do 35 roku życia, przy tym co najmniej 400 tysięcy młodych ludzi ze wspomnianej grupy (t. j. %) jest w stanie wolnym i pragnęłoby wstąpić w związki małżeńskie pod warunkiem otrzymania pracy w ośrodkach przemysłowych, tak by zdobyć stałe dochody na utrzymanie własnego ogniska rodzinnego.

Problem przeto zredukowania znacznego obecnego bezrobocia przemysłowego w Wielkiej Brytanii wiąże się ze sprawą ułatwienia kobietom i dziewczętom powrotu do ognisk domowych i przyjęcie w przemyśle na ich miejsca — bezrobotnych mężczyzn, pragnących założyć własne domy i przysporzyć obywateli Wielkiej Brytanii. Komisja badająca całokształt zagadnienia spadku urodzin i jego następstw społecznych, ma m. in. podjąć ważne decyzje w sprawie ustalenia odsetka kobiet w poszczególnych przemysłach i warsztatach pracy i wyeliminowania kobiet z zajęć „męskich”.

L. Ch.

PRACA KOBIEC W R. 1938.

(Travail des Femmes. Année Sociale 1938).

W ostatnim roczniku wydawnictwa Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie „Année Sociale” na r. 1937/38, znajdujemy, jak corocznie, rozdział, poświęcony pracy kobiet.

Bezrobocie kobiet w okresie sprawozdawczym (styczeń 1937 — styczeń 1938) zmniejszyło się w Niemczech o 25,9% we Francji natomiast wzrosło o 7,3%, w Wielkiej Brytanii w niektórych gałęziach przemysłu, jak w przemyśle bawełnianym wzrosło o 8,7%, wełnianym o 14% i innych — w mniejszym nieco stopniu; w Polsce bezrobocie kobiet zmniejszyło się o 2% w Czechosłowacji spadek bezrobocia był największy bo sięgał 20,5%. Tak więc z liczby pięciu przytoczonych krajów w Niemczech, Polsce i Czechosłowacji bezrobocie kobiet zmniejszyło się, natomiast wzrosło dość znacznie w Anglii i Francji. W porównaniu z cyframi bezrobocia mężczyzn, z wyjątkiem Polski, sprawozdanie wykazuje koniunkturę na rynku pracy mniej korzystną dla kobiet niż dla mężczyzn, a w Anglii i Francji znaczny wzrost bezrobocia kobiet, podczas gdy bezrobocie mężczyzn nieco się zmniejszyło.

W Anglii bezrobociem dotknięte zostały specjalne kategorie kobiet zatrudnionych w pewnych przemysłach, gdzie młodość stanowi główny walor, doświadczenie zaś nie odgrywa wielkiej roli. Bezrobocie obejmuje tu głównie kobiety w wieku dojrzałym o wiele bardziej, niż mężczyzn w tym samym wieku, rezultatem czego jest fakt, iż 70% kobiet w wieku ponad 35 lat są nim dotknięte. Powstała nawet organizacja społeczna p. n. „Kobiety przeszło 30-letnie”, która walczy z brakiem pracy dla kobiet w wieku dojrzałym. To samo zjawisko usuwania kobiet dojrzałych zauważono w Stanach Zjednoczonych, gdzie zostały przedsięwzięte przez państwo środki, zmierzające do usunięcia tego zjawiska.

Natomiast niektóre gałęzie gospodarstwa wykazały wyraźny brak rąk kobiecych do pracy.

W Australii istnieje brak wykwalifikowanych rąk kobiecych we wszystkich prawie przemysłach, zatrudniających kobiety.

W Niemczech brak ich w rolnictwie, hotelarstwie i w przemyśle włókienniczym. Ażeby temu zapobiec, zostały tam zorganizowane przez władze specjalne kursy poradnictwa zawodowego dla kobiet, powiększono prawie o 60% liczbę służby ochotniczej pracy młodzieży żeńskiej, która ma być przeistoczona w służbę przymusową.

W Hiszpanii z powodu toczącej się wojny i konieczności zastąpienia zmobilizowanych mężczyzn, otwarto dla kobiet instytut przysposobienia zawodowego, po ukończeniu którego kobiety będą mogły ubiegać się o stanowiska jednakowe z mężczyznami i otrzymają równą płacę za pracę jednakowej wartości.

W Kanadzie Komitet Narodowy zawiązany celem zbadania przyczyn bezrobocia kobiet rozpatrywał nowe możliwości zatrudnienia i dał dużej grupie kobiet pracę.

Niektóre kraje zwróciły specjalną uwagę na kierowanie kobiet do pracy w domu i lepszego przysposobienia służby domowej.

W Niemczech władze kładą nacisk na zatrudnienie kobiet w służbie domowej i rolnictwie. Rozporządzenie premiera Goeringa zabrania zatrudniania kobiet poniżej lat 25, o ile nie odbyły one rocznego okresu pracy w domu lub rolnictwie, który to okres może być zastąpiony przez dwa lata pracy sanitarnej i społecznej, lub też rok pracy niewynagradzanej w rodzinie o 4-gu dzieciach.

Kanada i Stany Zjednoczone A. P. również zajęły się przysposobieniem kobiet do pracy w domu, łącząc tę sprawę z poszukiwaniem nowych form zatrudnienia dla kobiet; to samo działo się w Belgii, Finlandii, Anglii, Holandii i Szwecji.

Ważnym faktem, który miał miejsce na Międzynarodowej Konferencji Pracy w r. 1937, była rezolucja o pracy kobiet, przedstawiona przez delegatów rządowych Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Rezolucja ta zwraca uwagę rządów na konieczność przedsięwzięcia środków celem dania kobietom większej możliwości otrzymania pracy. Na żądanie Konferencji uchwalona rezolucja została zakomunikowana wszystkim krajom — członkom Międzynarodowej Organizacji Pracy. W różnych krajach można obecnie zauważyć rozszerzenie działalności kobiet na zatrudnienia dotychczas dla nich zamknięte.

We Francji np. kobiety mogą być mianowane radcami handlu zewnętrznego, umożliwiono im z powrotem dostęp do pewnych stanowisk w Ministerstwach i t. p.

W Portugalii, na Kubie, w Argentynie i Danii otwarto dla kobiet rozmaite urzędy i stanowiska, względnie potępiono restrykcje, wynikające dla nich z chwilą zawarcia małżeństwa, jako przeciwne dobrym obyczajom.

Jeżeli chodzi o postępy, jakie poczyniła praca kobiet w ogólnym gospodarstwie, to można stwierdzić, że są one dość duże. Szczególnie daje się to zauważyć w Sowietach, gdzie w statystyce, ogłoszonej z okazji „Dnia kobiet” (7 marca), widzimy cyfry określające stan zatrudnienia w przedsiębiorstwach i urzędach na 9.357.000 kobiet, czyli 35,4% ogółu robotników i pracowników umysłowych. Z tej liczby 3.238.000 kobiet było zatrudnionych w wielkim przemyśle, z czego 100.000 inżynierek i techniczek; w nauczycielstwie — 1.252.000; w służbie sanitarnej — 725.000, z czego 47.468 lekarek; w przemyśle transportowym — 477.000. Uczenie w szkołach było 13 milionów. W szkołach akademickich przypadło na ogół studiujących — 41% kobiet.

W Stanach Zjednoczonych wzrasta stale ilość kobiet pracujących zawodowo, od r. 1930 liczba ta wzrosła o 5%.

Należy też zaznaczyć, że wiele krajów cofnęło wprowadzone poprzednio ograniczenie pracy kobiet — mężatek. Stany Zjednoczone zniosły zakaz zatrudnienia obojga małżonków jednocześnie, Niemcy zaś — klauzulę, na mocy której przy zaciąganiu pożyczek na zawarcie małżeństwa kobiety musiały się zrzekać pracy najemnej. Walka przeciw podwójnemu zarobkowaniu ustała kompletnie, a nawet praca zarobkowa kobiet bezdzietnych jest wyraźnie popierana. W Anglii w Richemond zniesiono prawo obowiązujące od r. 1911 o celibacie nauczycielek.

Są też jednak i pewne restrykcje, które zastosowały u siebie Indie, jak np. nierówne traktowanie obu płci, gdy chodzi o przyjmowanie urzędników do rozmaitych urzędów, Holandia ustanowiła możność numerus clausus dla kobiet zwłaszcza zamężnych, przy przyjmowaniu ich do pracy w fabrykach i urzędach, czemu przeciwstawiła się mocno opinia publiczna. Wyjątek stanowią tam tylko kierowniczkę przedsiębiorstw lub współpracownicy i kobiety utrzymujące rodzinę. Inne pośrednie ograniczenia dały się zauważyć np. w nowej konstytucji Irlandii, która pragnie ochronić kobietę przed pracą nie odpowiadającą jej płci lub siłom. We Francji wniesiony został projekt ustawy, przyznający specjalny dodatek rodzinny małżonce, która nie jest zatrudniona w pracy zawodowej.

W umowie zbiorowej włoskiej, dotyczącej pracy w handlu, przewidziany jest przepis, na mocy którego każda pracownica, lub robotnica, która porzuca swe zajęcie z powodu małżeństwa lub macierzyństwa, otrzymuje odszkodowanie równe temu, jakie by jej przysługiwało w wypadku gdyby umowa była wypowiedziana z winy pracodawcy. Podobne odszkodowanie jest stosowane w Japonii.

Za restrykcjami opowiedziały się również następujące kongresy: Międzynarodowy Kongres Matki w Domu (Paryż — czerwiec 1937), Kongres Międzynarodowej Federacji Związków Chrześcijańskich (Paryż — wrzesień 1937), Międzynarodowy Kongres Związków Chrześcijańskich Przemysłu Włókienniczego (Paryż — wrzesień 1937), oraz inne Kongresy Zw. Chrześcijańskich poszczególnych gałęzi przemysłu.

Natomiast przeciw wszelkim ograniczeniom pracy kobiet wypowiedziały się, prócz wielkiej liczby kongresów kobiecych, — kongres Międzynarodowej Konferencji Pracowników Umysłowych (Paryż — wrzesień 1937), kongres Federacji Francuskich Pracowników Umysłowych, Partia robotnicza belgijska i inne.

Sprawozdanie wylicza dalej szereg ustaw i rozporządzeń, jakie wydały w roku sprawozdawczym różne kraje w zakresie ochrony fizycznej pracy kobiet, ochrony macierzyństwa, pracy nocnej i w ogóle ochrony ekonomicznej kobiet. Przepisy te na ogół nie odbiegają od przyjętych przez konwencję międzynarodowe zasad, a wydane zostały przeważnie przez kraje zamorskie jak: Indie, Afryka Zachodnia, Egipt, Meksyk, Argentyna, Japonia, Chiny, Australia, które pod względem ochrony kobiet stały niżej niż kraje europejskie. Bardziej interesujące są ustawy, wydane w Stanach Zjednoczonych, dotyczące przepisów higienicznych w pewnych przemysłach; Anglia ograniczyła pracę kobiet do 48 g. tygodniowo, Francja i Anglia rozpoczęły pracę nad reglamentacją służby domowej i t. p.

Należy również wspomnieć o przeprowadzonej przez Międzynarodowe Biuro Pracy w latach 1936/37 ankiecie międzynarodowej, dotyczącej porównania płac mężczyzn i kobiet na jednakowych stanowiskach, oraz obciążeń rodzinnych, ponoszonych przez kobiety. Ankieta ta wzbudziła olbrzymie zainteresowanie w sferach kobiet pracujących na całym świecie, dostarczyła bogatego materiału i wywołała szereg publikacji na poruszone tematy.

Kwestia płac była opracowana przez Kanadę i szereg stanów Ameryki Północnej, w Niemczech stosowano w niektórych umowach zbiorowych zasadę równej płacy za pracę jednakowej wartości, Hiszpania, Szwecja, Peru i inne kraje przyjęły tę samą zasadę.

Szwedzka Organizacja Urzędnicza przeprowadziła ankietę dotyczącą położenia pracownic handlowych, biur przemysłowych, banków i ubezpieczeń.

E. W.

W. BRYTANIA W WALCE Z NOWOTWORAMI.

(Wywiad z Min. Zdrowia, W. Elliotem).

Londyn w grudniu.

Po zainaugurowaniu wielkiej kampanii przeciwnowotworowej, niemal równocześnie, gdy świat naukowy składał hołd pamięci odkrywczyni radu Marii Skłodowskiej-Curie, brytyjski minister zdrowia, W. Elliot, przedłożył w Izbie Gmin projekt ustawy zmierzającej do zorganizowania w każdej gminie W. Brytanii nowej dziedziny służby zdrowia, któraby ułatwiła diagnozę i leczenie raka.

Min. Zdrowia, W. Elliot, udzielił mi wywiadu na temat projektowanej ustawy przeciw-rakowej, oświadczając na wstępie co następuje:

— Przy przedkładaniu „Cancer Billu” myśli moje — mówił minister — zwracają się naturalnie ku Warszawie, jako miastu rodzinnego odkrywczyni radu Marii Skłodowskiej, której prace naukowe dały nam jedną z najpotęż-

niejszych broni do walki z nowotworem. Przedłożony przezemnie — kontynuował min. Elliot — projekt ustawy ma w pierwszym rządzie na celu udostępnienie każdemu cierpiącemu na tę chorobę możliwości korzystania w pełni z nowoczesnych metod diagnozy i leczenia przy pomocy radu, przekonany bowiem jestem — podkreślił — iż obecnie tylko niespełna 25 proc. osób chorych na nowotwór, lecz się według metod nowoczesnych. Dla umożliwienia wszystkim korzystania z nowej organizacji walki z rakiem zostanie udzielona Narodowemu Instytutowi Radowemu (The National Radium Trust) odpowiednia pożyczka. Zapewniłem — mówił min. Elliot — kanclerza skarbu, iż życie radu trwa 2.500 lat, a przeto można zainvestować bezpiecznie odpowiednie sumy i udzielić pożyczki na jego nabycie.

Ustawa Rakowa — mówił w dalszym ciągu min. zdrowia — składać się ma z czterech postanowień.

Pierwsze postanowienie dotyczy zapewnienia diagnozy i leczenia dla wszystkich chorych na nowotwór. Władze samorządowe mają obowiązek porozumienia się z Komisjami Radowymi i organizacjami reprezentującymi szpitale utrzymywane z dobrowolnych składek w celu przygotowania i przedłożenia min. zdrowia planów zapewniających ułatwienie w leczeniu raka odpowiednio do potrzeb danej gminy i okręgu. Wypracowane plany objąć mają wszelką pomoc leczniczą zarówno dla dochodzących pacjentów, jak i pozostających w leczeniu w szpitalach, lub klinikach. Samorządy mają postępować w myśl wskazania, że jeśli leczenie ma dać pożądane rezultaty to diagnoza choroby musi nastąpić jaknajrychlej. W tym celu ustawa rakowa przewiduje stworzenie w różnych stronach W. Brytanii specjalnych „ośrodków rozpoznawania nowotworu” przy czym w każdym tego rodzaju ośrodku diagnozy dostępną będzie dla każdego chorego pomoc lekarska ze strony pracujących zespołowo specjalistów-lekarzy. Wspomniane ośrodki leczenia raka powstaną w zasadzie w dużych miastach, ale korzystać z nich będą również pacjenci przyjezdni lub pochodzący z pobliskich okolic. Korzystać będą również z nowoczesnych ośrodków

diagnozy osoby, które podejrzewają, iż cierpią na nowotwór.

Postanowienie drugie ustawy przeciwrakowej upoważnia kanclerza skarbu do pokrycia kosztów nowej dziedziny służby zdrowia w wysokości blisko 50 proc. globalnych, dodatkowych wydatków poniesionych przez władze samorządowe. Postanowienie wspomniane ustala, iż w ciągu okresu ośmiu lat, od 1 kwietnia 1939 roku do 31 marca 1947 każda władza samorządowa otrzyma doroczną dotację ze Skarbu w celu pokrycia wydatków związanych z wprowadzeniem w życie ustawy przeciw-rakowej. Dodatkowe wydatki na diagnozę i leczenie raka wyniosą rocznie dla Anglii i Walii około 15 milionów złotych (600 tys. £) a dla Szkocji tylko 2 i pół miliona złotych (100 tys. £).

Postanowienie trzecie przewiduje udzielenie przez Min. Zdrowia — pożyczek Narodowemu Instytutowi Radowemu na zakup radu i innych radioaktywnych ciał i aparatów potrzebnych do leczenia radowego. Pożyczki udzielone na wspomniany cel nie mogą przekroczyć sumy 500 tysięcy funtów szterlingów (12 i pół mil. zł.) i będą płatne z pieniędzy dostarczonych przez parlament, a spłata pożyczek wraz z odsetkami ma nastąpić w okresie długoterminowym w min. skarbu.

Postanowienie czwarte ustawy przeciwrakowej zakazuje zamieszczania ogłoszeń osób ofiarowujących publiczności środki leczenia nowotworu, lub usługi i rady w związku z leczeniem raka. (Za naruszenie tej klauzuli przewidziana jest kara pieniężna do wysokości stu funtów szterl. (2.500 zł) lub trzech miesięcy więzienia. Podobne postanowienie o zakazie ogłaszania w czasopismach usług i środków leczniczych w chorobach wenerycznych obowiązuje w W. Brytanii od szeregu lat.

Narodowy Instytut Radowy W. Brytanii rozpoczął już rokowania o nabycie większych ilości radu w Kanadzie z dostawą w ciągu najbliższych pięciu lat. „Radium Trust” posiada jednak swobodę zakupu radu również z innych źródeł, w szczególności z Konga Belgijskiego.

L. Charap.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

M. Kacprzak — *Wieża płocka — warunki bytowania*. Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych. 1938.

Jest to opracowanie monograficzne, dotyczące warunków bytu ludności wiejskiej na terenie powiatu płockiego, uwzględniające szczególnie zagadnienia zdrowotne.

W części ogólnej autor podaje wiadomości, dotyczące historii, klimatu, kultury rolnej i oświaty, stanu zdrowotnego i opieki lekarskiej w badanym okręgu, w części zaś szczegółowej, opartej na badaniach ankietowych, omawia skład rodzin włościańskich, wychowanie młodzieży, warunki mieszkaniowe, wyposażenie gospodarstw w naczynia i sprzęty domowe, stan budynków gospodarskich, zaopatrzenie w wodę do picia, usuwanie nieczystości itp. Osobno omówione są warunki bytu służby folwarcznej. Na zakończenie autor podaje opis typowych kościołów, dworów i szkół w powiecie. Praca zawiera szereg zestawień statystycznych oraz fotografie, rysunki i plany.

Książka ta zyskała szeroki oddźwięk w całej prasie i najpoważniejsze wydawnictwa naukowe wyrażają się z

całym uznaniem o tej pracy, np. „Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny” z 1938 r. pisze: „Pracę Kacprzaka czyta się ciekawie i nadzwyczaj łatwo. Wynika to w dużym stopniu stąd, że autor raczej referuje stan istniejący na wsi w zakresie warunków bytowania, niż zagłębia się w jego analizę. Daje nam raczej żywą i barwną fotografię faktów, niż problemy i próby ich rozwiązania.

Autor podchodzi do faktów z dużą wnikliwością. Wyczuwa ich względną wagę. W słowach nieraz prostych i niemal lapidarnych, bez specjalnych prób stawiania problemów, rzuca właściwie światło na szereg problemów”.

„Roczniki Socjologii Wsi” — 2 t. 1937.

„Autor wykorzystuje swoją dokładną znajomość powiatu płockiego. Wskutek tego odtwarza plastycznie wieś płocką i warunki zdrowotne jej ludności. Przedstawia te warunki przede wszystkim — pod kątem widzenia zainteresowania lekarza i higienisty. Sprawy, które porusza, są jednak interesujące dla każdego działacza interesującego się życiem wsi i ważne jako materiał naukowy”

Dr Leon Wernic — Eugenika i jej znaczenie dla wychowania młodego pokolenia — nakładem Polskiego Komitetu Opieki nad dzieckiem — Warszawa 1938.

Na wstępie autor zaznacza, że jego praca jest tylko dalszym rozwinięciem myśli, podanych w zeszytach Biblioteki eugenicznej a mianowicie „Eugenika, a higiena szkolna” oraz „Rola eugeniki w wychowaniu”.

Z kolei wprowadza nas w zagadnienie eugeniki, przedstawiając w części I-szej swojej pracy, historyczny rozwój tej nowej nauki.

Na podkreślenie zasługuje tu reprezentowany przez grupę eugenistów z Muckermanem na czele kierunek, że eugenika wnosi do pewnego stopnia nowy światopogląd etyczny, w myśl którego, „nie jest hańbą posiadać słabą lub chorowitą budowę cielesną, lecz jeśli ona jest dziedziczna i czyni człowieka niezdolnym do pracy, to przekazywanie jej potomstwu z pełną świadomością, jest czymś wielce nieetycznym”.

Litość zaś w rozumieniu tej etyki biologicznej nie powinna sprowadzać nadmiernego obciążenia, krzywdzącego szeroki ogół ludności, a więc nie powinna przekraczać pewnych granic. Inny pogląd, mający również wśród eugenistów swoich zwolenników, jest reprezentowany, zdaniem autora, przez neomaluzjanistów. Głoszą oni, że „kobieta jest panią swojego ciała i może nim rządzić, chroniąc się od ciąży i dziecka”. Autor, jak to między wierszami można wyczytać, jest zdaje się zwolennikiem ograniczenia rozrodu jednostek niedorozwiniętych, a organizowania pomocy dla jednostek wartościowych lecz ubogich.

W części drugiej rozważa autor zagadnienie dziedziczności, podnosząc obowiązujące prawo Mendla, w myśl którego każdy człowiek dziedziczy połowę cech po ojcu, a połowę po matce.

Dalej opisuje typy konstytucjonalne wg. układu Kretselnera, podnosząc za nim, że istotę człowieka kształtują dwa czynniki a to: 1) *cechy oddziedziczone* czyli *konstytucja* oraz 2) *środowisko*.

Omawiając *wzrost* podnosi autor, że najczęściej wysoka matka rodzi wysokiego syna a wysoki ojciec posiada wysoką córkę. Z kolei omawia autor *nienormalność*: *wzrostu* manifestujące się *karłowatością* lub *olbrzymowatością*, a następnie *zaburzenia rozwoju płciowego* i inne problemy jak omawianie typów antropologicznych itp. W części III-ciej traktuje autor o *rozwoju dziecka i okresie dojrzewania*.

Powstanie rodziny uważa autor za następstwo popędu płciowego, który się dziedziczy i podobnie jak uczucie głodu należy do *instynktów pierwotnych*. Natomiast *instynkt rodzicielski*, zarówno ojcowski jak i macierzyński, polegający na ustosunkowaniu się do dziecka i opieki nad nim, jest instynktem nabytym, który musi być urabiany. Instynkt macierzyński wytwarza się w czasie karmienia, zaś ojcowski później.

Rodziców dzieli autor na 3 typy a więc: 1) despotów-tyranów, trzymających strachem i biciem dzieci w karchach,

2) rodziców czułościowych, wychowujących dzieci na egoistów-despotów,

3) rodziców zaniedbujących wychowanie dzieci, które wychowuje ulica.

Z kolei omawia autor poszczególne *etapy rozwoju dziecka*, aż do okresu dojrzewania, podkreślając, że w le-

cie odbywa się szybciej przyrost *długości ciała* a w zimie przyrost *wagi*.

Okres dojrzewania wymaga dostatecznego dowozu materiałów, niezbędnych do budowy cielesnej, a samo dojrzewanie odbywa się szybciej, w razie dostatecznej ich ilości oraz istnienia mądrej i sympatycznej opieki. Stąd też dzieci robotników dojrzewają później, niż dzieci rodzin bogatych. Natomiast dzieci, pozbawione rówieśników dojrzewają wcześniej pod wpływem dorosłego otoczenia.

Na uwagę zasługuje podnoszony przez autora wpływ dziedziczności, przejawiający się w tym, że matka i córka często miewają pierwszy i ostatni okres miesięczny (menses) w tym samym wieku.

W *dziedzinie psychiki*, okres dojrzewania stwarza całą skalę przejawów nastroju od radości do obrzydzenia życia itp. Proces dojrzewania odbywa się rozmaicie, zależnie od *typu psychicznego* danego osobnika, których autor wylicza 7.

Autor podnosi *znaczenie racjonalnego wychowania seksualnego młodzieży*, które zaczynać się winno od 13 roku życia i składać się: a) z *uświadczenia* i b) *kierownictwa przeżyciami*. Uświadczenie winno się zaczynać od wykładów przyrody i biologii dla klas niższych, aż do omawiania spraw małżeńskich z dorosłą młodzieżą.

Wymaga to umiejętnego podejścia, budzącego zaufanie oraz umiejętności ujmowania życia seksualnego wspólnie z innymi zagadnieniami biologicznymi, zarówno ze strony społecznej jak i etycznej.

Kierowanie przeżyciami w dziedzinie zjawisk seksualnych, wymaga oceniania przeżyć seksualnych, jako zjawisk naturalnych a nie grzechu.

Autor uważa za konieczne *uświadczenie szerokich warstw społeczeństwa co do własnych cech dziedzicznych*, które doprowadzi następnie drogą samoanalizy do pogiębienia selekcji płciowej.

Już sam fakt poczuwania się do obowiązku względem społeczeństwa, narodu i przyszłych pokoleń, aby nie zostawiać po sobie potomstwa, obciążonego dziedzicznie chorobami czy wadami — musi przynieść rezultaty w postaci zahamowania rozrostu psychopatów itp.

Tematem części IV-tej jest *rola otoczenia a dziedziczność*. Autor wylicza *choroby*, wywierające wpływ na płód w *lonie matki*, oraz inne czynniki jak złe odżywianie się ciężarnych, ciężka praca fizyczna itp., dalej najniebezpieczniejsze choroby okresu niemowlęcego i inne czynniki, wywierające wpływ na rozwój fizyczny i psychiczny dziecka aż do okresu szkolnego.

Z punktu widzenia teoretycznego (a nie chyba praktycznego) — uważa autor *szablon nauczania w szkołach* zamiast indywidualizacji w wychowaniu i podziału klasy na grupy *typologiczne* — za cechy ujemne obecnego szkolnictwa.

Warunki zewnętrzne, jak duża odległość od szkoły, brak należytego okrycia i obuwia, niedostateczne odżywianie, ciasnota sal szkolnych, brak dostatecznej ilości miejsc ustępowych itp. czynniki, mają ogromny wpływ na wychowanie i na zdrowie dzieci szkolnych.

W zakończeniu domaga się autor wprowadzenia pierwiastka eugenicznego do programu nauczania oraz opieki prawnej nad rozrodem ludzi wartościowych. Społeczeństwo i państwo muszą zwiększyć zainteresowanie losem ludzi zdolnych i młodych, a pozbawionych środków do uzupełnienia wiedzy i założenia warsztatu pracy, kosztem ograniczenia wydatków na jednostki będące ciężarem dla społeczeństwa a płodzące w nadmiarze także małowarto-

ściowe potomstwo, jak nieuleczalnie chorzy psychicznie, idioci, żebracy i włóczędzy, nawykowi przestępcy itp.

Ponieważ uczucie rodzicielskie nie jest wrodzone, uważa autor, że budzenie w młodzieży szkolnej uczuć opiekuńczych względem młodszych kolegów a u dziewcząt względem młodszych koleżanek — będzie dobrą szkołą dla przyszłych ojców i matek.

Rola rodziców, którzy powinni poznać wszystkie etapy rozwoju dziecięcego, rola lekarza szkolnego, mogącego udzielić potrzebnych wskazówek i pouczeń z zakresu eugeniki i dziedziczności, rola higienistki zbierającej wywiady rodzinne, jako też rola szkoły i wychowawcy — to zespół tych czynników, które kształtują młodzież szkolną i które nie zawsze należą się do doceniane.

Pracę swoją kończy autor wyliczeniem postulatów, wyrażonych przez sekcję wychowania Twa eugenicznego.

Broszura Dra Wernica, z której starałem się wyłowić tylko momenty ciekawsze, mogące zainteresować czytelnika a w następstwie skłonić go do gruntowniejszego jej przestudiowania, stanowi 19-te z kolei wydawnictwo Biblioteki „zagadnień opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w Polsce” i została wydana z zasiłku Ministerstwa Opieki Społecznej.

Przeczyta ją z pożytkiem zarówno pracownik ubezpieczeniowy jak i ubezpieczony a przeczytać ją winny jak najszersze warstwy społeczeństwa.

Na marginesie pragnąłbym zaznaczyć, że w Nr 8/37 Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych w artykule p. t. „Zagadnienie eugeniki w medycynie ubezpieczeniowej” miałem możność zapoznać czytelników P.U.S. z problemem eugeniki i określić rolę ubezpieczeń w tym tak ważnym zagadnieniu i tak dziś aktualnym.

Dr med. Eugeniusz Piotrowski.

Dr A. Lichtendorff - Clairville: L'assurance-maladie privée et facultative concernant les classes moyennes et les professions libérales (Prywatne ubezpieczenie dobrowolne na wypadek choroby klas średnich i wolnych zawodów) — str. 103. Librairie Maloine. Paris, 1937.

W broszurze tej omówione są następujące zagadnienia:

- 1) pojęcie klas średnich i zainteresowanie tych klas sprawą ubezpieczenia chorobowego;
- 2) krótka charakterystyka, z punktu widzenia historycznego, rozwoju ubezpieczenia prywatnego na wypadek choroby w niektórych państwach;
- 3) elementarne pojęcia ubezpieczenia;
- 4) technika ubezpieczenia chorobowego;
- 5) ubezpieczenie chorobowe a ubezpieczenie na życie;
- 6) ubezpieczenie chorobowe a ubezpieczenie wypadkowe;
- 7) prywatne ubezpieczenie na wypadek choroby a ubezpieczenia społeczne.

„Po wojnie europejskiej rozwój prawodawstwa ubezpieczeniowego szedł po linii polepszenia warunków egzystencji świata pracy, szczególnie w zakresie zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby i ochrony zdrowia” — stwierdza autor na wstępie.

Prawie we wszystkich państwach Europy ubezpieczenia społeczne uległy dalszej rozbudowie lub zostały wprowadzone. Ta szczególna troska poszczególnych państw o los osób, pozostających w stosunku pracy najemnej, kon-

trastuje z zupełnym brakiem jakichkolwiek zainteresowań ze strony państwa, położeniem klas średnich i wolnych zawodów, które autor w samym tytule swej pracy jakgdyby wyłącza z klas średnich, lecz w dalszym ciągu swych rozważań podkreśla wyraźnie, że np. zawód lekarski stanowi nierozłączną część klas średnich, z którą lekarze są związani wspólnymi interesami zawodowymi.

Tymczasem polityka ubezpieczeniowa państw, w obecnej formie, odbiła się żywym echem w ośrodkach klas średnich i wytworzyła wśród nich atmosferę przychylną dla wprowadzenia ubezpieczenia chorobowego.

Jak się rozwinęła idea prywatnego ubezpieczenia chorobowego i jakie są obecnie formy tego ubezpieczenia — oto przedmiot pracy Dr Lichtendorffa-Clairville'a.

Prywatne ubezpieczenie chorobowe zrodziło się w Anglii i w praktyce było stosowane przez organizacje rzemieślnicze. W dalszym rozwoju ubezpieczenie chorobowe łączyło się ściśle z ubezpieczeniem wypadkowym, które też w Anglii rozwinęło się w połowie XIX w.

W 1885 r. wprowadzono nową polisę, która obejmowała, po za wypadkami, ryzyko niektórych chorób jak np. dyfteryt, tyfus, szkarlatyna i ospa. W 1906 r. wprowadzono polisy obejmujące ryzyko wszelkich chorób i wypadków.

W Stanach Zjednoczonych ubezpieczenie chorobowe prowadzone jest przez szereg prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych od 1847 r., lecz właściwy rozwój tego ubezpieczenia datuje się dopiero od 1898 r. Wówczas wielkie towarzystwa podjęły się prowadzenia ubezpieczenia chorobowego łącznie z ubezpieczeniem wypadkowym. Wkrótce potem wprowadzono polisy zawierające warunki ubezpieczenia osób na wypadek wszelkich chorób, z wyjątkiem chorób umysłowych, wenerycznych i zatruc alkoholem. W 1909 r. wprowadzono odroczenia w udzielaniu świadczeń, a przyznano natomiast ubezpieczonym odszkodowania na pokrycie kosztów leczenia w szpitalu. Następnie zostały przyznane świadczenia dożywotnie w razie całkowitej i stałej niezdolności do pracy, powstałej po chorobie. Istniejące obecnie w Stanach Zjednoczonych polisy można podzielić pod względem warunków na dwie klasy: do pierwszej można zaliczyć te, których właściciel otrzymuje świadczenia, licząc od pierwszego dnia choroby w ciągu 52 tygodni, w razie choroby, zmuszającej chorego do pozostawania w mieszkaniu; do drugiej klasy — polisy, których właściciel nie otrzymuje żadnych świadczeń w ciągu pierwszych 15 dni choroby, lecz następnie otrzymuje świadczenia w ciągu 52 tygodni nawet w razie chorób, które nie zmuszają do pozostawania w mieszkaniu.

Polisy wypadkowo-chorobowe zapewniają ubezpieczonym za uszkodzenia cieleśne ryczałtowe sumy odszkodowania, — według specjalnej taryfy. Ubezpieczeni otrzymują na podstawie tychże polis odszkodowanie tygodniowe za całkowitą lub częściową niezdolność do pracy, za koszty związane z zabiegami chirurgicznymi i ponadto od 50 do 100% wysokości odszkodowania tygodniowego na pokrycie kosztów lekarskich i szpitala.

Poza polisami indywidualnymi istnieją polisy dla grup zawodowych.

Składki i świadczenia zmieniają się zależnie od wieku i dochodu ubezpieczonego.

Po wojnie europejskiej wytworzył się nowy typ ubezpieczenia chorobowego w Niemczech.

Najdotkliwiej odczuła skutki kryzysu powojennego klasa średnia w Niemczech. Tutaj właśnie przed zgora

dziesiątkiem lat założono specjalne towarzystwa dla prowadzenia ubezpieczenia chorobowego dla klas średnich. Jest to specjalny rodzaj tego ubezpieczenia. Około 40 towarzystw ubezpieczeniowych zajmuje się tym ubezpieczeniem w Niemczech. Prywatne ubezpieczenie chorobowe zostało wprowadzone także w Anglii, a od paru lat we Francji. Zasadniczym rysem tego ubezpieczenia jest to, że zasiłki za czas niezdolności do pracy odgrywają tylko drugorzędą rolę i prawdopodobnie zostaną zniesione. Korzyści polegają na całkowitym, a w niektórych tylko wypadkach — częściowym zwrocie kosztów spowodowanych chorobą. Świadczenia udzielone przez Towarzystwa pokrywają koszty leczenia i zabiegów chirurgicznych, koszty pobytu w szpitalu i wydatki na lekarstwa. Polisa przewiduje ponadto zasiłki połogowe i zapomogi pogrzebowe; przewiduje również odszkodowanie w razie wypadków. To ubezpieczenie może być indywidualne, rodzinne lub zbiorowe.

Organizacje lekarzy nie zostały zaproszone do współpracy przy tworzeniu omawianego ubezpieczenia, którego rozwojem świat lekarski interesował się, lecz równocześnie i niepokoił wobec repêrkusji, jakie może wywołać rozwój dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na wykonywanie zawodu lekarskiego. Sprawa powyższa stanowiła przedmiot dwóch kolejnych ankiet, przeprowadzonych przez Międzynarodowe Zrzeszenie Zawodowe Lekarzy (Association professionnelle Internationale des Médecins). Na podstawie wyników pierwszej ankiety Zarząd A. P. I. M. uchwalił następujące wnioski:

1) Międzynarodowe Zrzeszenie Zawodowe Lekarzy uznaje za słuszną zasadę prywatnego ubezpieczenia dobrowolnego na wypadek choroby dla klas średnich i zawodów wolnych. Zawód lekarski godzi się z istnieniem tej instytucji w praktyce tylko wtedy, gdy ubezpieczony pozostawać będzie w stosunku do lekarza domowego w tej samej sytuacji co prywatny klient.

2) W interesie instytucji ubezpieczenia chorobowego i jej członków i celem zapewnienia jej sprawnego działania, Międzynarodowe Zrzeszenie Lekarzy uważa, że działanie tego ubezpieczenia powinno być oparte na całkowitej zgodzie z ugrupowaniami lekarsko zawodowymi.

3) Zdaniem A. P. I. M. następujące zasady winny być zachowane w prywatnym dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym:

- a) pełna wybór lekarza, chirurga, specjalisty, kliniki, szpitala; ubezpieczony otrzymuje świadczenia tylko w gotówce;
- b) opłaty za opiekę lekarską, zabiegi chirurgiczne byłyby uskuteczniane przez chorego, według taryf ustalonych w danym państwie;
- c) lekarz dostarczać będzie towarzystwu ubezpieczeniowemu informacji o udzielonych zabiegach choremu;
- d) zupełna swoboda w przepisywaniu lekarstw;
- e) kontrola administracyjna będzie przeprowadzana przez organa towarzystwa ubezpieczeniowego; lekarska kontrola techniczna zaś może być przeprowadzana w porozumieniu z organizacjami lekarskimi.

Wyniki drugiej ankiety pokrywają się w głównych liniach z treścią wyszczególnionych zasad.

Przystępując do omówienia techniki ubezpieczenia chorobowego Dr Lichtendorff-Clairville podkreśla wagę komórek techniczno-matematycznych w towarzystwach u-

bezpieczeniowych. Ubezpieczenie to jest zbyt młode, aby mogło rozporządzać dostatecznymi danymi statystycznymi. Ponadto omawiane ubezpieczenie przedstawia szereg właściwości, które czynią je z punktu widzenia aktualnego bardziej złożonym i mniej nadającym się do formułowania praw przy pomocy formuł matematycznych. W prywatnym ubezpieczeniu chorobowym zadanie aktuarialne powinno polegać, zdaniem autora, na śledzeniu z punktu widzenia statystycznego rozwoju różnych kategorii wydatków, na badaniu przeciętnych wydatków, ilości zachorowań i okresu ich trwania, wpływu wieku i płci ubezpieczonego. Z takich ustaleń statystycznych aktuarusz będzie mógł wyciągnąć pożyteczne wnioski dla rozwoju ubezpieczenia.

Ubezpieczenie chorobowe wymaga stałej kontroli podstaw kalkulacyjnych. Jako przykład autor podaje fakt, że towarzystwa niemieckie były zmuszone podwyższać kilkakrotnie składki i uciekać się do różnych środków celem zmniejszenia świadczeń.

Dla zilustrowania mechanizmu prywatnego ubezpieczenia dobrowolnego na wypadek choroby autor poddaje analizie treść polisy typowej, stosowanej przez francuskie towarzystwa ubezpieczeniowe.

W końcowym rozdziale swej pracy Dr Lichtendorff-Clairville dochodzi do ostatecznych wniosków, treść najważniejszych z nich jest następująca:

1) ubezpieczenie prywatne na wypadek choroby klas średnich znajduje się jeszcze w okresie przejściowym, metody pracy i mechanizm nie zostały jeszcze w tym ubezpieczeniu ustalone;

2) dla prywatnego ubezpieczenia chorobowego klas średnich istnieje we Francji odpowiedni teren.

Rozwój gospodarczy klas średnich i wolnych zawodów idzie w takim kierunku, że ubezpieczenie chorobowe stanie się dla tych klas społecznych koniecznością. Jego znaczenie społeczne nie ulega najmniejszej wątpliwości.

3) Należy życzyć sobie, ażeby każda osoba przed przyjęciem jej do ubezpieczenia chorobowego, była poddana badaniom lekarskim.

Praca Dr Lichtendorff-Clairville'a zawiera szereg myśli ciekawych i trafnych, jeżeli chodzi o pojęcie klas średnich, znaczenie ich w życiu państwowym i zainteresowanie sprawą ubezpieczeń.

Autor rozpatrzył zagadnienie prywatnego ubezpieczenia dobrowolnego dla klas średnich tylko w tych państwach, w których prywatny przemysł ubezpieczeniowy jest bardzo rozwinięty i opierając się na doświadczeniach osiągniętych w tychże państwach i w danym zakresie, widzi pomyślne rozwiązanie zagadnienia ubezpieczenia chorobowego — stosownie do potrzeb zainteresowanych klas — na zasadach dobrowolności, w oparciu o prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe.

Jak dalece autor myli się w swej konkluzji, wystarczy stwierdzić, że w Niemczech, a więc w kraju, w którym prywatne ubezpieczenie dobrowolne na wypadek choroby, zdaniem autora, najlepiej rozwijało się i najracjonalniej było zorganizowane, zostało wprowadzone ubezpieczenie oparte na przymusie, z dniem 1 stycznia 1939 r. dla wszystkich samoistnych rzemieślników.

Z tego wynika, że w państwach współczesnych zagadnienia wielkie mogą być rozstrzygane tylko w płaszczyźnie ogólnopństwowej i w oparciu o doświadczony aparat administracji państwowej (instytucji ubezpieczeń społecznych). Dla Polski przykład niemiecki jest tym

więcej pouczający, że w przeciwstawieniu do Niemiec nie posiadamy rozbudowanego prywatnego przemysłu ubezpieczeniowego, a ten który jest, nie stworzył do dnia dzisiejszego dogodnych form ubezpieczenia dla samodzielnych słabych gospodarzo jednostek.

Kazimierz Jaroszewski

PRZEGLĄD CZASOPISM Z ZAKRESU BEZPIECZEŃSTWA PRACY.

Stały rozwój czasopisma „Przegląd Bezpieczeństwa Pracy” oraz jego wartość i znaczenie dla propagowania idei bezpieczeństwa i higieny pracy, idei związanych zresztą niepodzielnie z ogólnymi wartościami społecznymi, znalazł swój wyraz w fakcie objęcia przewodnictwa nowo utworzonego Komitetu Redakcyjnego przez b. Ministra Opieki Społecznej p. Inż. St. Jankowskiego. Ustalenie składu Komitetu Redakcyjnego w osobach pp.: prof. dr Brunona Nowakowskiego, doc. dr Włodzimierza Missiuro, inż. Andrzeja Mazurkiewicza — kierownika Wzorcowni Urządzeń Ochronnych, Wacława Adameckiego — w. dyr. Instytutu Spraw Społecznych, inż. Władysława Kulczyckiego — kierownika Wydziału Bezpieczeństwa Pracy i Zaliczeń Z. U. S., i redaktora Eugeniusza Rafalskiego, gwarantuje stały dalszy rozwój oraz utrzymanie wysokiego poziomu naukowego i technicznego czasopisma.

Równocześnie czasopismo to stało się również organem opinii sfer przemysłowych. Utworzona została mianowicie „Doradca Komisja Wydawnicza”, w której zasiadają przedstawiciele 21 organizacji bezpieczeństwa pracy utworzonych przy zrzeszeniach branżowych. Zadaniem Komisji będzie przedstawianie postulatów sfer przemysłowych w zakresie najbardziej żywotnych i aktualnych problemów technicznych oraz sposobów propagandy walki z wypadkami w Przeglądzie. Fakt przystąpienia do współpracy na tym polu sfer przemysłowych, świadczy dobitnie o wzrastającym zrozumieniu znaczenia akcji bezpieczeństwa i higieny pracy.

Nr 1 Przeglądu Bezpieczeństwa Pracy zawiera w wstępie tekst memoriału złożonego Panu Ministrowi Opieki Społecznej przez Prezydium Instytutu Spraw Społecznych w sprawie realizacji uchwał powziętych na odbytym w kwietniu ubiegłego roku Kongresie Bezpieczeństwa Pracy.

Po podkreśleniu wartości ogólnospołecznych akcji bezpieczeństwa i higieny pracy — akcji będącej zresztą tylko jednym z pośród wielu czynników jak najszerzej pojętej walki z marnotrawstwem sił ludzkich w przemyśle — memoriał wysuwa pięć konkretnych postulatów wynikłych na tle uchwał uczestników Kongresu, a dotyczących realizacji tychże drogą odpowiedniego ustawodawstwa. Postulaty te, w streszczeniu, domagają się:

- 1) dalszego zwiększenia elastyczności taryfy składek za ubezpieczenie od wypadków, w zależności od akcji bezpieczeństwa pracy i jej wyników w poszczególnych przedsiębiorstwach, oraz wydzielenia części funduszu ubezpieczenia od wypadków z przeznaczeniem na akcję zapobiegawczą;
- 2) rewizji dotychczasowego systemu nadzoru i kontroli nad warunkami bezpieczeństwa pracy w zakładach przemysłowych w kierunku ściślejszego skoordynowania czynności inspekcji pracy, inspekcji górniczej, inspekcji służby zdrowia, inspekcji ubezpieczeń społecznych i inspekcji budowlanej;

- 3) uwzględnienia zagadnień z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w programach szkół technicznych, celem odpowiedniego przygotowania przyszłych kadr fachowców;
- 4) utworzenia osobnej placówki naukowo-badawczej dla zagadnień fizjologii pracy i zagadnień pokrewnych;
- 5) nałożenia na związki branżowe obowiązku opracowania norm i szczegółowych przepisów bezpieczeństwa pracy.

W artykule p. t. „Bezpieczeństwo i higiena pracy w przemyśle tkackim” rozpoczęty został druk serii artykułów adaptowanych z pokrewnego włoskiego czasopisma. W pierwszej części omawiane są warunki bezpiecznej pracy przy skręcarce nici i maszynach oddziały przygotowawczego tkackiego, przy czym autor ogranicza się do maszyn najczęściej w tych działach spotykanych i mających największe znaczenie dla bezpieczeństwa pracy. Szczegółowo przytoczone zostały źródła niebezpieczeństw i sposoby ich zapobiegania przy takich maszynach, jak: skręcarce, przewijarki i cewiarki, snowarki, krochmalarki oraz kotły do przygotowywania krochmalu lub kleju. Liczne schematy ułatwiają czytanie artykułu.

W artykule p. t. „Przeładunek przetworów chemicznych w porcie gdyńskim w świetle bezpieczeństwa i higieny pracy”, autor zajmuje się wyłącznie zagadnieniem ochrony przed działaniem pyłów powstających przy pracach przeładunkowych towarów sypkich. Temat został ograniczony do omawiania działania pyłów pochodzenia mineralnego w szczególności pochodzących z nawozów sztucznych lub ich surowców, a więc fosforytów, apatytów, żużli Thomasa, superfosfatów i saletry wapniowej. Przytoczone jest dla każdej z tych substancji działanie na organizm ludzki oraz stosowane środki ochronne. Jako generalne środki ochrony osobistej używane być powinny: okulary i maski pyłochronne, uszczelnienia odzieży roboczej na szyi, w przegubach rąk i kostek nóg, oraz częste mycie i kąpiele.

W artykule p. t. „Streszczenie prac z zakresu walki z zakurzeniem powietrza w sowieckim przemyśle włókienniczym” omówione są wyniki badań naukowych przeprowadzonych nad tym zagadnieniem w trzech fabrykach sukna w Charkowie. Po zbadaniu dotychczas stosowanych sposobów obrony przed pyłem i stwierdzeniu ich niewystarczalności, autorzy w konkluzji dochodzą do następujących wniosków:

- 1) w oddziale obróbki wstępnej konieczne jest dokładne oczyszczanie surowca, a więc dezynfekcja i dokładne mycie mechaniczne;
- 2) maszyny do oczyszczania szmat powinny się znajdować w oddzielnym pomieszczeniu;
- 3) wskazane jest, o ile możliwości, zmechanizowanie wszystkich czynności ręcznych;
- 4) wskazane jest, o ile możliwości, zainstalowanie w poszczególnych maszynach urządzeń wentylacyjnych odsysających kurz w miejscach jego powstawania;
- 5) wskazane są szczelne okrycia tych części maszyn przy których powstaje najwięcej pyłu;
- 6) konieczne są zabiegi z dziedziny higieny osobistej: kąpiele, ochronne ubiory robocze i t. p.

W stale rozwijającej się kronice działalności Wydziału Bezpieczeństwa Pracy Z. U. S. znajdujemy artykuły następujące: „Organizacja i rozwój akcji bezpieczeństwa pracy w rolnictwie Wielkopolskim”, „Choroby

skóry u robotników w parafiniarniach", oraz artykuł p. t. „Wypadki przy pracy a straty przedsiębiorstwa” w którym na konkretnym przykładzie zaczerpniętym z praktyki wykazana zostaje współzależność między nieprzestrzeganiem warunków bezpieczeństwa pracy a stratami materialnymi przedsiębiorcy.

W artykule p. t. „Zagadnienia odzieży roboczej i ochronnej w Niemczech” znajdujemy streszczenia czterech końcowych referatów wygłoszonych na zjeździe niemieckiego Stowarzyszenia Ochrony Pracy we Frankfurcie n/M. Oto tytuły tych referatów: „Odzież ochronna do pracy przy ogniu i w żarze”, „Odzież do pracy w wilgoci, zimnie i pod gołym niebem”, „Odzież ochronna w górnictwie” i „Odzież do robót brudzących i do robót w pyłe”.

Mgr. W. K.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ.

INFORMATIONS SOCIALES — tygodnik, Genewa, z dn. 2 stycznia.

Relèvement du tarif de remboursement des honoraires médicaux en France. (Podwyżka norm wynagrodzenia lekarzy we Francji).

L'assurance-maladie libre dans l'Union Sud-Africaine. (Dobrowolne ubezpieczenie na wypadek choroby w Związku Południowo-Afrykańskim).

Z dn. 9 stycznia.

Le secret professionnel médical dans les assurances sociales en Allemagne. (Tajemnica zawodowa lekarska w ubezpieczalniach społecznych w Niemczech).

DIE ORTSKRANKENKASSE — dekada, Berlin.

Nr. 1 z dn. 1 stycznia.

Martin: 25 Jahre Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsendung. (25-letnie ubezpieczenia na wypadek choroby, opartego na przepisach ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 r.).

Die reichsgesetzliche Krankenversicherung im Jahre 1937. (Przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby w Niemczech w r. 1937: statystyka zachorowań, wydatki, dochody i majątek ubezpieczenia).

Funke Albert: Die Altersversorgung des deutschen Handwerks. (Ubezpieczenie rzemieślników na starość).

Nr. 2 z dn. 11 stycznia.

Heller und Grünwald: Die Verordnung über die Einführung der Sozialversicherung im Lande Österreich. (Zarządzenie o wprowadzeniu niemieckiego systemu ubezpieczeń w Austrii).

Schieren: Deutsches Beamtenrecht und Krankenkassen. (Pragmatyka urzędnicza a kasy chorych w Niemczech).

Ranecker: Arbeitsphysiologie im Dienste der Volksgesundheit. (Rola fizjologii pracy w służbie zdrowia publicznego).

DIE INNUNGSKRANKENKASSE — miesięcznik, Berlin.

Nr. 1 z dn. 1 stycznia.

Biskup dr.: Die Altersversorgung des deutschen Handwerks. (Ubezpieczenie na starość rzemieślników).

DIE BEMFSGENOSSENSCHAFT — dwutygodnik, Berlin.

Nr. 1 z dn. 1 stycznia.

Singerhoff: Die Entwicklung der Unfallzahlen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften. (Statystyka wypadków przy pracy z lat 1886 — 1937).

PRZEGLĄD PRASY CODZIENNEJ.

W prasie codziennej i periodycznej zaczęły ukazywać się oceny wydanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych „Pamiętników lekarzy”.

„Codzienna Gazeta Handlowa” (z dn. 17 ub. m.) tak charakteryzuje treść i znaczenie „Pamiętników”:

W tym arcyciekawym wydawnictwie, jakim są „Pamiętniki” mimo pięknej formy literackiej i dużej kultury pisarskiej autorów, najważniejszą rzeczą jest treść, treść w niektórych wypadkach przechodząca oczekiwania czytelnika, poruszająca go do głębi i zmuszająca do wyciągnięcia pewnych wniosków z tej lektury. Są tam fragmenty nie ustępujące w swym realizmie „Pamiętnikom Chłopów” czy „Bezrobotnych”, są tam refleksje autorów będące odpowiedzią na cały szereg kwestyj społecznych z dziedziny zdrowia ogólnego. Bo, rzecz prosta, autor-lekarz najwięcej ma do powiedzenia w tej dziedzinie, to też problematyka każdego z Pamiętników zamyka się przede wszystkim w ramach zakreślonych przez dążenia i potrzeby naszej akcji nad podniesieniem zdrowotności ogółu obywateli. Ile mamy do zdziałania w tej dziedzinie, z jakimi trudnościami walczy ta akcja i ile jeszcze posiada braków? — o tym dowiaduje się czytelnik niejako namacalnie, prowadzony w wielkim napięciu poprzez wszystkie karty książki od jednego obrazu do drugiego, od opisu zgonu położnicy przyprawionej o śmierć przez brudną babkę położną, do reportażowo ujętego obrazka rodziny wiejskiej dotkniętej kłeską gruźlicy.

Wszyscy ci lekarze-autorzy, ludzie którzy wchłonili ci zostali przez ponure środowisko nędzy ludzkiej i znają jego potrzeby tak jak nikt inny, wołają wielkim głosem o ratunek dla swych niedoszłych pacjentów: dla robotników rolnych, którym odebrano prawo do ubezpieczenia chorobowego, dla chłopów małorolnego, którego stać ledwie na opłacenie znachora, dla wyrobnika małomiasteczkowego i dla, wszelkiej biedoty miejskiej i wiejskiej trawionej nędzą i chorobami. Stan jaki dziś jest na wsi, nosi w sobie zarodki katastrofy, która nieuniknioną rzeczą kolejną nastąpić musi w najbliższej przyszłości, jeżeli w czas nie zapobiegniemy temu. Jeżeli pomoc lekarska dla wsi będzie nadal wymierzana w takiej samej dozie jak to się dzieje do tej pory.

Dlatego każdy z autorów, do głębi ludzkiego serca poruszony niedolą otaczających go biedaków, przemawia do wyobraźni i do duszy czytelnika, stara się mu unocnić bezmiar nieszczęścia w jakim niektóre kategorie ludzi tkwią dotychczas. Książka cała to jedna wielka prawda o życiu, to apel do społeczeństwa a zarazem i oskarżenie.

Oby ten apel znalazł jak najszerze echo i doprowadził do pożądanых zmian”.

„Ilustrowana Republika” (z dn. 14 ub. m.) pisze:

„Pamiętniki lekarzy”, — można zaryzykować to powiedzenie, — odkrywają przed nami nowy, nieznan dotychczas świat, pokazują nam medycynę „in flagranti” — medycynę w czasie tworzenia rzeczy dobrych, w czasie leczenia. Co wie o tym przeciętny czytelnik, jaki ma sąd o sprawie tak ważnej dla społeczeństwa, jak lecznictwo społeczne, jak się ustosunkowuje do tych lekarzy społecznych? — o tym mówią karty pamiętnika.

Jednocześnie czytelnik sam zdaje sobie sprawę z mylności swoich sądów, kiedy czytając pamiętniki konfrontuje swoje wyobrażenia z tym co podają autorzy tych

pamiętników — lekarze od lat tkwiący w tym świecie niedoli i nieustających potrzeb. Prowincja, małe miasteczko, wieś — dżungla nie przeorana, gdzie marnieją ludzie od lat, pozbawieni dobrodziejstw XX wieku — lekarza i lekarstwa, gdzie życie stanęło na martwym punkcie i nie ma widoków na poprawę sytuacji. Lektura pasjonująca, bo też i tematyka wprost egzotyczna.

Taki jest obraz świata w tych „Pamiętnikach“. Człowiek kończy się, bo brak mu kilku złotych na zakup surowicy antyżółciowej, bo trzeba sprzedawać krowę żywicielkę, by ratować chorego na gruźlicę. Czasem wpędza do grobu ciemny zachor lub babka wszystko wiedząca.

Lekarz Ubezpieczalni Społecznej walczy nie tylko z chorobą, broni nie tylko swego pacjenta, ale zmuszony jest walczyć z uprzedzeniami pokutującymi w społeczeństwie, z głupotą niejednokrotnie własnych pacjentów i bronić się przed zjadliwą, a nie przebiegającą w środkach krytyką.

Może zmieni się coś na lepsze, może wydanie „Pamiętników“ przyczyni się do przyspieszenia procesu zrozumienia roli lekarza i lecznictwa społecznego. A jednocześnie odkryje społeczeństwu tę ogromną dziedzicę życia, w której mamy tyle do zrobienia i do odrobienia — dziedzicę zdrowia społecznego.“

W „Wiadomościach Literackich“ (z dn. 22 ub. m.) p. Melchior Wańkowicz zamieścił artykuł p. t. „Rabelaisica z Suchej“, w którym przytacza liczne urywki z pamiętnika dr. Z. Karasiówny, odznaczonego 1-ą nagrodą na konkursie rozpisany przez Z. U. S.

„Ze wszystkich pamiętników — pisze p. Wańkowicz — bucha jeden straszliwy akt oskarżenia (kogo?) z powodu wyłączenia od ubezpieczeń ludności rolniczej“.

„Front Robotniczy“ (z dn. 1 ub. m.) w artykule p. t. „Wieś bez lekarza“ powołuje się na przykłady z „Pamiętników“ świadczące o zatrważającym stanie zdrowotności wsi:

„Kiedy w 1934 r. wyłączono robotników rolnych spod przymusowego ubezpieczenia chorobowego, w myśl nowej ustawy opiekę nad zdrowiem służby folwarcznej powierzono pracodawcom. Każdy właściciel majątku ziemskiego jest obowiązany zakontraktować lekarza, któryby leczył pracowników zatrudnionych w danym majątku. Kontroli nad sposobem wywiązywania się z tych obowiązków przez pracodawcę nikt właściwie nie posiada. Wszystko jest oparte na jego dobrej woli i na jego możliwościach finansowych. Jeśli pracodawca jest dobrym człowiekiem i majątek przynosi mu jaki taki zysk, to i pomoc lekarska dla pracowników jakoś funkcjonuje, w przeciwnym razie chorzy zdani są na opatrzność boską i wytrzymałość swego organizmu. Kryzys światowy bardzo mocno dał się odczuć na wsi i w wybitnym stopniu zmniejszył rentowność gospodarki rolnej, sytuacja finansowa wsi jest po dawnemu ciężka. W tych warunkach pomoc lecznicza jaką udziela dwóm swoim pracownikom ze względu na wysokie koszty, jakich wymaga solidne leczenie, ograniczyć się musi do bardzo prostych i mało kosztownych zabiegów. Trudno sobie wyobrazić, aby dwóm nawet kilkuset morgowy, zatrudniający kilkudziesięciu robotników mógł sobie pozwolić na leczenie pracownika chorego na gruźlicę, raka czy inne jakieś poważniejsze schorzenie, wymagające dłuższego pobytu w szpitalu lub sanatorium. To pociąga za sobą wydatek setek, a nierzadko i tysięcy złotych; jakież budżet prywat-

nego człowieka może wytrzymać tę pozycję? Nawet dolegliwość wymagająca tylko czasowego zwolnienia od pracy może spowodować wymówienie zajęcia, ręk do pracy jest bowiem na wsi aż za dużo; w przypadku zaś jakiejś długotrwałej choroby robotnik jest prosto zwalniany.

Stan ten trwa do dziś, skutki jego dadzą się odczuć w najbliższej przyszłości w postaci fizycznego wyniszczenia i degeneracji tej dużej grupy ludności wiejskiej, jaką stanowią najemni pracownicy rolni“.

W „Słowie“ (z dn. 15 ub. m.) ukazał się artykuł d-ra M. J. p. t. „Urlop dla każdego robotnika“, z którego przytaczamy ważniejsze wyjątki:

„Pierwsze próby racjonalnego wykorzystania urlopów robotniczych przez organizowanie odpowiednich kolonii wypoczynkowych podjęły ubezpieczenia społeczne już w roku 1935. Ubezpieczalnia Społeczna w Sosnowcu jest tą, której przypada zasługa podjęcia tej akcji. W latach następnych Zakład Ubezpieczeń Społecznych organizuje eksperymentalne obozy zimowe dla młodocianych, cieszące się ogromnym powodzeniem i propagujące wśród młodzieży pracującej kult zdrowia i tężyzny fizycznej. Ostatnie dwa lata przynoszą nam szereg analogicznych imprez organizowanych przez fabryki, organizacje, wojsko, Ubezpieczalnię Społeczne.

Eksperymenty wytrzymały nie tylko próbę życiową, ale tak się zrobiły popularne, że w chwili obecnej urosły do rozmiarów zagadnienia wielkiej wagi społecznej.

Kto jest zainteresowany w racjonalnym odpoczynku robotnika, oczywiście poza nim samym? Pracodawca, Państwo, Ubezpieczalnia Społeczna, a pośrednio całe społeczeństwo. W tej samej kolejności podchodzi do zagadnienia Ministerstwo Opieki Społecznej wraz z Centralnym Biurem Wczasów, instytucją wyłonioną specjalnie do koordynacji i organizacji akcji wczasów robotniczych. Centralne Biuro Wczasów wychodzi z założenia, że wspólny wysiłek zainteresowanych pozwoli znacznie zwiększyć małą liczbę korzystających obecnie z akcji wczasów robotniczych, którą możnaby określić w przybliżeniu na około 5.000 osób rocznie, do 30 — 40, a może nawet do 50.000 osób rocznie. To już jest liczba, która pozwala na to, żeby każdy robotnik był pewny, że jeżeli nie pojedzie danego roku na wczasy, to uda mu się to napewno na rok przyszły lub za dwa lata.

Inicjatywę budowy stałych kolonii leczniczo-wypoczynkowych dla młodocianych i robotników podjęły ostatnio trzy Ubezpieczalnie Społeczne, plany te po ich zatwierdzeniu przez władze nadzorcze wejdą już niedługo w stadium realizacji.

Całość akcji wczasów robotniczych przejęło obecnie w myśl zarządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej Centralne Biuro Wczasów, które z energią przystąpiło do rozszerzenia akcji i jej koordynacji. Oprócz obozów zimowych dla młodocianych organizowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wspólnie z Państw. U. W. Fiz., która to akcja obejmie w bieżącym sezonie zimowym około 2.700 ubezpieczonych młodocianych, dziewcząt i chłopców, planowana jest przez Min. Opieki Społecznej daleko idąca akcja na terenie Łodzi i okolicy.“

Z okazji „Dni przeciwgruźliczych“, które — jak co roku — zorganizowane były w styczniu r. b. — „Gazeta Pomorska“ (z dn. 13 ub. m.) pisze o akcji przeciwgruźliczej Z. U. S.:

„Nie wszystkim może wiadomo, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych od paru lat przystąpił do organizowania t. zw. „frontu przeciwgruźliczego”, że prowadzi intensywną akcję zarówno profilaktyczną, jak i leczniczą wśród ubezpieczonych, chorych na choroby płucne. Z prowizorycznych obliczeń wynika, że wydatki na walkę z gruźlicą sięgają około 13 proc. wszystkich wpływów. W chwili obecnej 20 proc. wszelkich zasiłków wypłacanych ubezpieczonym otrzymują ubezpieczeni chorzy na gruźlicę.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, realizując swój „front przeciwgruźliczy” przede wszystkim wielki nacisk kładzie na rozbudowę sanatoriów przeciwgruźliczych. — Niewystarczająca liczba łóżek sanatoryjnych uniemożliwia bowiem przeprowadzanie racjonalnej walki z gruźlicą. Bardzo wiele wypadków nie nadaje się do leczenia otwartego, ambulatoryjnego. Chorzy ci, bądź ze względów na swój zły stan zdrowia, bądź warunki materialne, lub rodzinne, winni być na pewien okres umieszczeni w sanatorium. Tymczasem zbyt mała liczba łóżek sanatoryjnych przyczynia się z jednej strony do tego, że chorzy ci muszą wyczekiwać w kolejce na przydział, lub też przebywają w sanatoriach zbyt krótko, gdyż miejsce ich potrzebne jest dla następnego chorego.

Rozbudowa sanatoriów przeciwgruźliczych instytucji ubezpieczeń społecznych rozpoczęta została w roku 1937. Planem rozbudowy objęte zostały następujące sanatoria: w Bystrej na Śląsku (budowa nowego pawilonu na 180 łóżek), w Worochoćcu (powiększenie pawilonu o 94 łóżka), w Tuszyńcu pod Łodzią (dwa nowe pawilony na 400 łóżek). Ponadto nowe sanatoria powstają w Nowojelni pod Nowogrodkiem (na 100 łóżek), w Kruku pod Gostyninem (na 424 łóżka) i w Otwocku (na 424 łóżka).

Po zrealizowaniu całego planu rozbudowy Ubezpieczenia Społeczne rozporządzać będą 3.640 łóżkami dla chorych gruźliczych. Wprawdzie, jak obliczono, potrzeba by 5.000 łóżek (przyjmując normy stosowane na zachodzie Europy: t. zn. jedno łóżko na tysiąc mieszkańców), lecz nie należy zapominać, że liczba 3.640 łóżek stanowi sześciokrotny wzrost liczby łóżek dla ubezpieczonych w porównaniu z rokiem 1935-ym.”

„Tygodnik Handlowy” (z dn. 1 ub. m.) pisze o współpracy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie z władzami samorządów powiatowych celem wspólnego tworzenia ośrodków zdrowia:

„Kończący się obecnie rok przyniósł wybitne pod tym względem poszerzenie współpracy i dalszy rozwój akcji zdrowotnej w terenie. W marcu rb. dzięki umowie, zawartej pomiędzy ubezpieczalnią a wydziałem powiatowym Mińska Mazowieckiego, osada Łatowicze otrzymała na stałe lekarza, który poza roztoczeniem opieki nad miejscową ludnością wiejską i miejską, nieuprawnioną do świadczeń, ma powierzoną również pieczę nad ubezpieczonymi i członkami ich rodzin, na co ubezpieczalnia wyznaczyła specjalne, miesięczne dotacje. W tym samym czasie nawiązała ona kontakt z Zarządem Miejskim Mińska Mazowieckiego, co przyczyniło się do powstania Ośrodka Zdrowia w samym mieście, od szeregu

już miesięcy rozwijającego energiczną działalność (składa się on z poradni przeciwgruźliczej, jagliczej, wenerycznej, stacji opieki nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami oraz z Kropli Mleka).

Ostatnia, bo kwietniowa umowa, dotyczy założenia bardzo ważnego, jeśli chodzi o potrzeby i możliwości działania, ośrodka na terenie Marek, wyjątkowo zaniedbanych pod względem zdrowotnym. Od czerwca działa on dzięki nawiązanej przez ubezpieczalnię współpracy z wydziałem powiatowym, prowadząc poza podstawowymi przychodniami jeszcze poradnię ogólną dla biednych chorych, higieny szkolnej i dział poradnictwa eugenicznego.

Na ośrodki te: w Mińsku Mazowieckim, Markach i Otwocku (czynny od 1937 r., umowa zawarta z zarządem miasta i uzdrowiska Otwocka) przeznaczyła ubezpieczalnia specjalne, miesięcznie wypłacane sumy, dała lokale z oświetleniem i opałem, częściowo zapewniła urządzenie gabinetów oraz zobowiązała się do ponoszenia kosztów mieszanek mlecznych, wydawanych niemowlętom.

W roku 1939 Ubezpieczalnia warszawska ma zawrzeć umowę z władzami odnośnych samorządów dla wspólnego prowadzenia jeszcze dwóch ośrodków: w Garwolinie i Zelechowie. Ponadto, projektowane jest nawiązanie współpracy z istniejącą już w Piastowie stacją opieki nad matką i dzieckiem oraz podpisanie umów, celem założenia ośrodków zdrowia w Grójcu i Pruszkowie.

Ubezpieczalnia warszawska więc, w myśl swych wytycznych, dąży ostatnio coraz silniej do utrwalenia podstaw współdziałania w zakresie tej akcji zdrowotnej. Ze względu na jej interesy jak i na wzrastające potrzeby lecznicze ludności, coraz liczniejsze powstawanie ośrodków zdrowia w terenie ma bez wątpienia wybitne znaczenie na przyszłość”.

„Gazeta Polska” (z dn. 4 ub. m.) w artykule p. t. „Społeczne oblicze roku ubiegłego” stwierdza, co następuje:

„Poprawa sytuacji gospodarczej, wzrost stanu zatrudnienia i powiększenie kwoty dochodów świata pracy wpłynęło dodatnio na szereg instytucji i urzędów społecznych, a w pierwszym rzędzie na sprawy ubezpieczeń społecznych, które po uporządkowaniu personalnym i okrzepnięciu finansowym mogły w szerszym zakresie zaspakajać potrzeby ubezpieczonych. Uzdrowienie sytuacji finansowej Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, regulującej bardzo popularne na tym terenie ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych, powołanie na terenie woj. krakowskiego ubezpieczenia brackiego górników, a dzięki temu stworzenie w odniesieniu do wszystkich zagłębi węglowych, specjalnych dodatkowych norm ubezpieczenia emerytalnego, uzasadnionego szczególnymi warunkami pracy tej kategorii robotników, oraz przystąpienie do przewentylowania bardzo bogatego problemu dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych, istniejących w licznych dziedzinach życia gospodarczego i w poszczególnych przedsiębiorstwach — stworzyło na odcinku ubezpieczeniowym pozytywne przeobrażenia”.

RÉSUMÉ DES ARTICLES IMPORTANTS

INHALTSANGABE DER WICHTIGSTEN AUFSATZE

LE NOUVEL ACCORD POLONO-ALLEMAND RELATIF AUX ASSURANCES SOCIALES

L'auteur soumet à une analyse détaillée les résultats de la Conférence polono-allemande tenue à Berlin et terminée le 9 août 1938 en soulignant qu'elle a fait disparaître tous les différends et toutes les divergences d'interprétation qui existaient jusqu'à ce jour et auxquelles se heurtait l'application de la convention polono-allemande du 11 juin 1931.

Parmi les points litigieux mérite une attention particulière la différence d'opinion relative au partage entre l'assurance sociale polonaise et allemande des obligations à titre des droits en cours d'acquisition de l'assurance invalidité-veillesse-décès dans les provinces occidentales de la Pologne. Elle portait, en particulier, sur la question de la compétence de l'assurance invalidité-veillesse-décès polonaise ou allemande vis-à-vis des assurés qui avant la mise en vigueur de la convention du 11 juin 1931 (le 1^{er} septembre 1933) ont transféré le lieu de leur travail ou de leur résidence de l'un dans l'autre des deux pays. Sous le régime de l'art. 1 §§ 18 et 25 de la décision du Conseil de la Société des Nations du 17 juillet 1922 (basée sur l'art. 312 du Traité de Versailles) les périodes d'assurance accomplies par eux dans le pays d'émigration devaient être prises en considération dans l'assurance du pays d'immigration. La solution de la question de l'application ultérieure de ces dispositions (après la mise en vigueur de la Convention polono-allemande) adoptée par la dernière conférence consiste en ceci que les dispositions de la décision mentionnées ci-dessus ne doivent en principe jouer que sous réserve, que le cas d'assurance s'est produit avant le 1^{er} septembre 1933.

L'interprétation des dispositions transitoires de la Convention du 11 juin 1931, p. ex. des articles 33, 33a et 38 a également donné lieu à des différences d'opinion que la Conférence a réussi à enlever définitivement.

Le système de réciprocité prévu par la Convention polono-allemande impliquait la prise en considération mutuelle des périodes d'assurance accomplies dans l'assurance de l'une des deux Parties Contractantes pour le maintien des droits en cours d'acquisition dans l'assurance de l'autre Partie Contractante. La Conférence a étendu ce système en adoptant une nouvelle clause (art. 32a) d'après laquelle devront être totalisées à cette fin également les périodes pendant lesquelles l'assuré bénéficie en état de chômage involontaire du secours attribué à l'assuré à titre de l'assurance chômage ou de l'assistance spéciale aux chômeurs.

L'auteur soumet ensuite à un examen minutieux la réduction (de 17% à 20%) du montant variable („Steigerungs-beträge) de la rente de l'assurance-pension des mineurs allemands opérée par le dernier accord en ce qui concerne les prestations attribuables aux mineurs alternativement soumis à l'assurance minière polonaise et allemande en analysant les motifs qui ont dicté l'adoption de cette disposition effectuée sur la demande de la délégation allemande.

L'extension de la Convention aux assurances sociales en vigueur en Autriche forme la dernière question faisant l'objet des observations critiques de l'auteur.

DAS NEUE DEUTSCH - POLNISCHE ABKOMMEN ÜBER DIE SOZIALVERSICHERUNG.

Der Verfasser analysiert genau die Ergebnisse der deutsch-polnischen Konferenz, welche in Berlin stattgefunden hat und am 9 August 1938 geschlossen wurde. Er hebt hervor, dass diese Konferenz alle Meinungsverschiedenheiten und alle Unterschiede der Interpretation beseitigt hat, welche bis zu diesem Moment existierten und die Durchführung des deutsch-polnischen Abkommens vom 11 Juni 1931 verhinderten.

Eine spezielle Beachtung, unter den strittigen Fragen verdient der Unterschied der Meinungen betreffs der teilung der Verpflichtungen in die polnische und die deutsche Sozialversicherung, welche von der Erlangung der Rechte der Invalidenversicherung in den westlichen Provinzen Polens stammt. Der Unterschied betraff speziell die Kompetenzfrage der polnischen und der deutschen Invalidenversicherung den Versicherten gegenüber, welche vor dem Inkrafttreten des Abkommens vom 11 Juni 1931 (1 September 1933) den Arbeits — oder Wohnsitz aus einem in das andere Land verlegt haben. Gemäss Art. 1 & 18 und 25 des Beschlusses des Völkerbundrates vom 17 Juli 1922 sollten die Zeiträume der Versicherung, welche im Emigrationsland werbracht wurden, von der Versicherung des Immigrationslandes angerechnet werden. Die Lösung der späteren Anwendung dieser Dispositionen — nach dem Inkrafttreten des deutsch-polnischen Abkommens — welche von der letzten Konferenz angenommen wurde, besteht darin, dass die erwähnten Dispositionen des Beschlusses nur in diesen Fällen hauptsächlich angewandt werden sollen, wenn der Versicherungsfall vor dem 1 September 1933 eingetreten ist.

Die Interpretation der Übergangsbestimmungen des Abkommens vom 11 Juni 1931, z. B. Art. 33, 33a und 38 hat auch Meinungsverschiedenheiten bevorgerufen, welche die Konferenz endgültig beseitigen können.

Das vom deutsch-polnischen Abkommen vorgesehene Gegenseitigkeitssystem sah die gegenseitige Beachtung der Versicherungsperioden vor, welche in der Versicherung einer der beiden Vertragsparteien erlangt wurden, zur Aufrechterhaltung der Rechte in der Versicherung der Gegenseite. Die Konferenz hat dieses System ausgedehnt, indem sie eine neue Klausel im Art. 32 eingeführt hat, nach welcher die Zeitabschnitte, während welcher der Versicherte infolge einer nicht verschuldeten Arbeitslosigkeit die Leistungen der Arbeitslosenversicherung oder eine spezielle Hilfe für die Arbeitslosen genießt — angerechnet werden sollen.

Der Verfasser untersucht genau die Reduktion der Steigerungsbeträge der Renten in der deutschen Knappschaftsversicherung, welche im letzten Abkommen berücksichtigt wurde und welche die Leistungen betrifft, die den in der polnischen und in der deutschen Versicherung nacheinander versicherten Bergleuten zuerkannt werden, und analysiert die Ursachen dieser Bestimmungen, welche auf Forderung der deutschen Delegation angenommen wurden.

Die Ausdehnung des Abkommens auf die österreichische Sozialversicherung bildet das letzte Problem, dem der Verfasser seine kritischen Beobachtungen widmet.

STATYSTYKA

Zestawienia ogólne

I. Zakłady pracy i ubezpieczeni

1935—1938

O k r e s y	Zakłady pracy, a	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
	których pracownicy ubezpieczeni są	na wypadek choroby	emerytalnemu robotników	emerytalnemu pracowników umysłowych	na wypadek braku pracy	od wypadków w zatrudnieniu b
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 października 1937 r.	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	347 488 c	344 440 c	2 394 966 c
" " czerwca "	465 747	2 229 702	1 879 100 c	351 473 c	348 530 c	2 466 068 c
" " lipca "	461 681	2 267 069	1 913 400 c	356 241 c	353 200 c	2 509 966 c
" " sierpnia "	458 796	2 295 648	1 942 300 c	355 140 c	352 103 c	2 537 975 c
" " września "	463 236	2 331 707	1 974 100 c	359 295 c	356 300 c	2 574 000 c
" " października "	467 181	2 336 074	1 983 388	363 930	360 646	2 591 294

II. Składki (w tysiącach złotych)

1935—1938

O k r e s y	Ogółem	n a u b e z p i e c z e n i e						
		na wypadek choroby	emerytalne robotników	emerytalne pracowników umysłowych	na wypadek braku pracy	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.	294 415	105 536	62 431	56 920	18 145	51 383	42 612	8 771
w 1937 r.	325 335	119 159	69 858	59 590	19 438	57 290	48 275 e	9 015 e
we wrześniu 1937 r.	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
" czerwcu "	28 414	10 452	6 135	5 535	1 805	4 487	4 261	226
" lipcu "	29 775	10 954	6 546	5 707	1 866	4 702	4 672	30
" sierpniu "	36 318	13 346*	7 968*	5 588	1 830	7 586	6 203*	1 383
we wrześniu "	31 929	11 494	6 871	5 599	1 849	6 116	4 990	1 126

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.	333 722	121 613	68 230	63 993	20 551	59 335	51 420	7 915
we wrześniu 1937 r.	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
" czerwcu "	28 700	10 775	6 247	5 585	1 819	4 274	4 044	230
" lipcu "	30 979	11 092	6 502	5 648	1 845	5 892	4 951	941
" sierpniu "	32 874	12 633	7 395	5 250	1 716	5 880	5 456	424
we wrześniu "	31 018	11 451	6 705	5 538	1 829	5 495	5 055	440

Patrz uwagi na stronie następnej.

Wyszczególnienie	1937			1938										
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
Ubezpieczenie na wypadek choroby^f	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
1. Ogółem ^g	8 340	8 644	12 865	7 902	8 600	9 042	8 661	9 000	8 914	9 650	10 296	10 021	9 858	
2. opieka lekarska	2 695	2 688	3 591	2 535	2 700	2 723	2 728	2 762	2 776	3 026	3 059	3 013	3 022	
3. środki leczn. i pomocn.	1 413	1 423	1 762	1 337	1 402	1 466	1 476	1 542	1 409	1 352	1 565	1 594	1 606	
4. szpitale i zakł. leczn.	2 212	2 459	3 628	2 028	2 612	2 658	2 538	2 626	2 588	2 727	2 903	2 907	3 038	
5. zasiłki pieniężne	1 601	1 650	1 796	1 787	1 571	1 733	1 556	1 599	1 551	1 656	1 728	1 772	1 753	
6. lecz. w bratnich ubez.	108	168	234	57	129	220	174	206	154	170	198	190	130	
7. profilakt. i cele sanit.	311	256	1 854	158	186	242	189	265	436	719	843	545	309	
	Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)													
8. Porady lekarskie ogół.	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	1 681,9	1 780,2	1 804,7	1 852,6	
9. " lekarzy dom.	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	1 226,4	1 303,7	1 288,6	1 325,6	
10. " specjal.	469,0	455,5	433,0	443,3	448,0	520,3	443,9	500,0	463,8	455,5	476,5	516,1	527,0	
11. Zabiegi dentystyczne	143,6	146,1	135,2	138,7	134,7	153,8	123,9	142,6	120,1	121,7	137,0	145,6	155,3	
12. Leki i środki opatrunk.	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	1 882,4	2 030,7	2 084,0	2 143,3	
13. Zabiegi fizyko-terap.	170,3	192,0	183,7	210,2	229,0	253,8	184,0	187,6	147,7	108,7	75,1	132,7	180,3	
14. " rentgenowskie	40,2	40,3	38,2	44,6	44,8	52,5	44,6	50,0	46,6	43,2	41,1	46,8	47,0	
15. Przekazy do szpitali ^h	17,4	17,0	16,0	16,7	15,2	17,9	15,3	18,4	17,8	19,8	20,7	21,0	20,0	
16. Przyrost chorych we własnych szpitalach ⁱ	5,5	5,4	5,6	6,0	5,5	6,2	5,6	6,4	6,4	7,1	7,2	7,0	6,8	
17. Dni szpitalne ^j	83,9	82,0	87,0	90,9	87,7	96,5	86,5	98,9	101,0	103,7	104,7	102,0	100,8	
18. Dni zasiłkowe ^k	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	1 258,4	1 301,8	1 382,7	1 394,2	
19. Zasiłki pogrzebowe	3,4	3,2	3,3	2,9	2,5	3,1	3,0	3,2	3,2	3,4	3,6	3,5	3,6	
Ubezpieczenie emeryt. robotników^l	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
20. Ogółem	1 821	1 908	1 928	1 890	1 834	1 862	1 958	1 981	2 020	1 969	1 905	2 049	1 818	
21. renty	896	1 000	955	1 035	959	972	1 011	1 063	1 113	1 029	1 022	1 060	1 166	
22. zaopatrzenia	855	842	868	854	874	868	884	861	886	872	882	880	601	
23. świadc. jednorazowe ^m	70	66	105	1	1	22	63	57	21	68	1	109	51	
	Liczby wypłaconych świadczeń													
24. Renty	46 108	46 407	46 700	47 160	47 337	47 759	48 843	50 440	50 843	51 301	51 907	52 488	52 712	
25. zaopatrzenia	40 421	40 763	41 248	41 443	41 828	41 931	42 402	42 663	42 953	43 260	43 665	43 814	43 958	
26. świadc. jednorazowe ⁿ	.	.	766	21	9	196	2	.	27	
Ubezpieczenie pracowników umysł.	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
27. Ogółem	4 608	4 471	4 638	4 437	4 589	4 678	4 669	4 546	4 574	4 524	4 642	4 692	4 794	
28. renty	3 653	3 586	3 628	3 670	3 693	3 731	3 763	3 645	3 774	3 731	3 856	3 858	3 914	
29. zaopatrzenia	115	113	112	116	116	112	107	118	117	115	109	111	114	
30. świadc. jednorazowe ^o	187	136	125	125	122	97	102	135	69	101	84	98	133	
31. zasiłki bezrobotnych	653	636	773	526	658	738	697	648	614	577	593	625	633	
	Liczby wypłaconych świadczeń													
32. Renty	29 216	29 505	29 875	29 734	30 000	30 563	30 809	31 080	31 301	31 461	31 852	32 032	32 328	
33. zaopatrzenia	2 238	2 252	2 256	2 269	2 272	2 264	2 661	2 269	2 271	2 277	2 291	2 288	2 299	
34. świadc. jednoraz. ^p	201	120	161	139	133	.	127	.	.	165	101	149	155	
31. Zasiłki z powodu braku pracy	9 281	9 244	11 032	8 062	9 529	10 714	10 180	9 317	8 930	8 266	8 468	9 340	9 656	
36. Bezrobotni, którym wypłacono zasiłki ^q	7 985	7 918	9 020	6 829	8 160	9 071	8 855	8 213	7 788	7 055	7 161	7 712	8 083	
Ubezpiecz. od wypadk.	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
37. Ogółem	4 022	4 132	4 436	3 756	3 964	4 397	4 415	4 400	4 125	4 306	4 089	4 562	4 226	
38. renty	3 877	3 846	4 042	3 645	2 821	4 101	4 093	4 074	3 911	4 050	3 862	4 211	3 990	
39. świadc. jedn. i rzecz. ^r	145	266	394	111	143	296	322	326	214	256	227	351	236	
	Liczby wypłaconych świadczeń													
40. Renty	122 309	122 648	123 291	123 992	124 412	125 831	126 302	126 264	126 560	126 578	126 881	126 947	127 055	
41. Świadc. jednoraz. ^s	112	83	111	67	84	120	122	78	80	81	69	108	114	

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 szacunkowe. 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 sierocie, zasiłki pogrzebowe i zapomogi pośmiertne. n Na rachunek Skarbu Państwa. o Jednorazowe odprawy inwalidzkie i pośmiertne oraz zasiłki pogrzebowe. p Liczba bezrobotnych, którym wypłacono 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.

U w a g a. Dane za ostatnie miesiące są częściowo tymczasowe. Kwoty oznaczone gwiazdkami obejmują przypis składek za miesiące 5-ciotygodniowe.

Ź r ó d ł o: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

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

Stan w końcu miesiąca

X 1938

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy ^a	Ubezpieczeni na wypadek choroby		
			Razem	robotnicy	pracownicy umysłowi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Ogółem		467 181	2 336 074	2 005 391	330 683
<i>woj. centralne</i>		<i>210 481</i>	<i>1 157 742</i>	<i>995 590</i>	<i>162 152</i>
woj. warszawskie					
1	Ciechanów	3 772	14 841	12 823	2 018
2	Kutno	4 322	28 897	26 372	2 525
3	Płock	3 779	15 699	13 635	2 064
4	Warszawa	88 173	405 785	325 242	80 543
5	Zyrardów	4 250	25 504	23 253	2 251
woj. łódzkie					
6	Łódź	30 818	205 472	184 569	20 903
7	Pabianice	4 737	29 335	27 316	2 019
8	Piotrków Trybunalski	3 736	22 738	20 525	2 213
9	Tomaszów Mazowiecki	2 826	24 628	22 590	2 038
woj. kieleckie					
10	Częstochowa	7 459	50 074	46 003	4 071
11	Kielce	5 859	29 440	25 296	4 144
12	Ostrowiec Świętokrzyski	2 277	26 320	23 699	2 621
13	Radom	5 614	32 401	28 511	3 890
14	Sosnowiec	11 783	91 190	82 682	8 508
woj. lubelskie					
15	Lublin	10 192	54 175	46 529	7 646
16	Siedlce	3 237	12 390	9 991	2 399
17	Zamość	3 290	18 128	15 687	2 441
woj. białostockie					
18	Białystok	6 154	38 443	33 261	5 182
19	Grodno	4 810	21 118	17 878	3 240
20	Łomża	3 393	11 164	9 728	1 436
<i>woj. wschodnie</i>		<i>39 432</i>	<i>198 036</i>	<i>164 584</i>	<i>33 452</i>
woj. wileńskie					
21	Wilno	14 384	60 284	48 833	11 451
woj. nowogródzkie					
22	Baranowicze	3 387	14 906	12 232	2 674
23	Lida	2 896	14 022	11 257	2 765
woj. poleskie					
24	Brześć n/Bugiem	4 096	20 794	16 918	3 876
25	Pińsk	2 015	14 329	12 347	1 982
woj. wołyńskie					
26	Łuck	5 357	23 064	18 424	4 640
27	Równe	7 297	50 637	44 573	6 064

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)
<i>woj. zachodnie</i>		82 436	375 976	317 351	58 625
woj. poznańskie					
28	Gniezno	4 497	17 157	15 027	2 130
29	Grodzisk Wlkp.	3 511	13 039	11 473	1 566
30	Kalisz	5 263	21 180	18 634	2 546
31	Leszno	3 498	12 151	10 613	1 538
32	Oborniki	4 135	15 417	13 415	2 002
33	Ostrów Wlkp.	5 503	20 199	17 846	2 353
34	Poznań	18 698	80 695	63 665	17 030
woj. pomorskie					
35	Bydgoszcz	7 863	45 296	38 629	6 667
36	Gdynia	5 699	37 726	31 001	6 725
37	Grudziądz	6 042	28 251	24 347	3 904
38	Inowrocław	2 875	16 080	14 194	1 886
39	Tczew	5 636	24 281	20 758	3 523
40	Toruń	4 654	23 390	19 332	4 058
41	Włocławek	4 562	21 114	18 417	2 697
<i>woj. południowe</i>		127 894	558 160	486 524	71 636
woj. krakowskie					
42	Biała Krakowska	5 827	35 653	32 634	3 019
43	Chrzanów	2 891	26 373	24 570	1 803
44	Kraków	26 700	99 298	84 433	14 865
45	Nowy Sącz	5 763	29 104	26 565	2 539
46	Tarnów	5 420	22 381	19 779	2 602
47	Zakopane	3 414	19 154	17 359	1 795
woj. lwowskie					
48	Drohobycz	6 050	27 974	24 487	3 487
49	Krosno	3 390	22 433	20 402	2 031
50	Lwów	27 471	93 601	76 165	17 436
51	Przemyśl	6 469	26 357	23 054	3 303
52	Rzeszów	4 266	22 336	20 152	2 184
53	Tarnobrzeg	2 422	24 499	22 286	2 213
woj. stanisławowskie					
54	Kołomyja	3 512	15 530	13 475	2 055
55	Stanisławów	6 044	23 604	20 678	2 926
56	Stryj	4 700	26 082	23 669	2 413
woj. tarnopolskie					
57	Brzeżany	2 618	6 945	5 707	1 238
58	Czortków	3 237	13 839	11 662	2 177
59	Tarnopol	4 015	12 074	10 136	1 938
60	Złoczów	3 685	10 923	9 311	1 612
<i>Śląsk Cieszyński</i>		6 938	46 160	41 342	4 818
61	Bielsko	6 938	46 160	41 342	4 818

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Przypis składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w m-cu wrześniu 1938 r.^a

w złotych

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Ogółem		30 792 343	11 494 520	6 870 562	5 588 774	1 848 617	4 989 870
%		100,0	37,3	22,3	18,2	6,0	16,2
<i>woj. centralne</i>		<i>16 042 069</i>	<i>6 466 167</i>	<i>3 902 319</i>	<i>2 724 599</i>	<i>923 738</i>	<i>2 025 246</i>
%		100,0	40,3	24,3	17,0	5,8	12,6
woj. warszawskie							
1	Ciechanów	114 683	46 979	26 801	21 189	6 640	13 074
2	Kutno	218 835	93 620	60 937	29 923	9 387	24 968
3	Płock	129 820	54 447	31 884	19 518	6 055	17 916
4	Warszawa	6 955 900	2 743 511	1 402 136	1 497 671	525 214	787 368
5	Zyrardów	263 622	116 232	72 162	32 468	10 463	32 277
woj. łódzkie							
6	Łódź	2 809 715	1 217 529	795 745	382 230	126 207	288 004
7	Pabianice	335 820	149 528	106 966	32 750	10 630	35 946
8	Piotrków Trybunalski	227 876	95 755	62 894	29 780	9 593	29 854
9	Tomaszów Mazowiecki	301 571	132 500	93 023	29 729	9 628	36 691
woj. kieleckie							
10	Częstochowa	513 621	220 368	145 360	57 398	18 357	72 138
11	Kielce	300 279	121 051	72 093	46 927	14 651	45 557
12	Ostrowiec Świętokrzyski	421 977	172 958	117 014	53 811	18 123	60 071
13	Radom	512 374	145 626	168 860	84 352	27 231	86 305
14	Sosnowiec	1 449 390	547 165	388 610	162 895	55 178	295 542
woj. lubelskie							
15	Lublin	525 068	212 130	123 827	88 807	27 934	72 370
16	Siedlce	109 385	42 848	20 721	23 813	7 370	14 633
17	Zamość	130 145	50 777	27 498	27 384	8 617	15 869
woj. białostockie							
18	Białystok	439 641	187 125	114 402	58 417	18 147	61 550
19	Grodno	195 596	81 003	49 971	30 384	9 630	24 608
20	Łomża	86 751	35 015	21 415	15 153	4 663	10 505
<i>woj. wschodnie</i>		<i>1 832 672</i>	<i>734 170</i>	<i>389 655</i>	<i>348 287</i>	<i>108 002</i>	<i>252 558</i>
%		100,0	40,0	21,3	19,0	5,9	13,8
woj. wileńskie							
21	Wilno	581 667	237 808	118 595	123 033	38 272	63 959
woj. nowogródzkie							
22	Baranowicze	134 229	53 830	28 003	27 308	8 426	16 662
23	Lida	125 614	50 527	26 004	26 151	8 077	14 855
woj. poleskie							
24	Brześć n/Bugiem	211 610	86 805	46 690	39 020	12 135	26 960
25	Pińsk	124 253	50 407	28 789	21 529	6 695	16 833
woj. wołyńskie							
26	Łuck	219 961	89 192	43 594	47 259	14 575	25 341
27	Równe	435 338	165 601	97 980	63 987	19 822	87 948

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników emerytalne	umysłowych na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>woj. zachodnie</i>		4 253 282	1 665 808	952 390	845 276	269 398	520 410
%		100,0	39,2	22,4	19,9	6,3	12,2
woj. poznańskie							
28	Gniezno	149 171	54 584	32 019	30 335	9 606	22 627
29	Grodzisk Wlkp.	108 893	42 379	24 788	22 791	7 134	11 801
30	Kalisz	181 354	76 547	47 144	28 378	8 843	20 442
31	Leszno	96 755	35 062	20 172	22 907	7 216	11 398
32	Oborniki	154 203	58 746	36 261	30 470	9 461	19 265
33	Ostrów Wlkp.	187 949	73 287	46 300	32 739	10 183	25 440
34	Poznań	1 112 320	439 272	226 561	248 122	80 027	118 338
woj. pomorskie							
35	Bydgoszcz	514 576	196 845	123 016	94 257	29 962	70 496
36	Gdynia	624 378	237 605	133 206	129 430	41 987	82 150
37	Grudziądz	263 131	108 811	62 367	44 344	14 060	33 549
38	Inowrocław	140 082	53 290	34 365	26 749	8 565	17 113
39	Tczew	255 023	100 918	59 491	47 036	14 684	32 894
40	Toruń	239 730	95 544	50 849	50 075	15 645	27 617
41	Włocławek	225 717	92 918	55 851	37 643	12 025	27 280
<i>woj. południowe</i>		5 825 576	2 367 171	1 453 249	903 641	290 676	810 839
%		100,0	40,6	25,0	15,5	5,0	13,9
woj. krakowskie							
42	Biała Krakowska	388 384	160 431	108 760	45 376	14 623	59 194
43	Chrzanów	426 014	162 336	116 800	44 571	14 927	87 380
44	Kraków	1 128 231	466 108	270 865	195 595	62 998	132 665
45	Nowy Sącz	283 034	117 870	79 299	32 477	10 257	43 131
46	Tarnów	227 805	94 956	56 124	36 098	11 794	28 833
47	Zakopane	159 573	67 311	44 852	20 636	6 313	20 461
woj. łwowskie							
48	Drohobycz	406 344	161 490	101 184	60 256	19 732	63 682
49	Krosno	217 306	87 558	57 257	28 479	9 120	34 892
50	Lwów	1 011 901	419 014	226 687	197 638	64 760	103 802
51	Przemyśl	175 982	73 311	41 572	29 218	9 171	22 710
52	Rzeszów	190 291	77 657	50 039	25 870	8 179	28 546
53	Tarnobrzeg	292 142	113 870	77 190	35 747	11 481	53 854
woj. stanisławowskie							
54	Kołomyja	107 428	43 985	25 427	18 076	5 562	14 378
55	Stanisławów	210 998	86 604	53 100	32 143	10 061	29 090
56	Stryj	282 128	109 938	73 662	35 825	11 385	51 318
woj. tarnopolskie							
57	Brzeżany	51 178	20 160	10 773	11 785	3 627	4 833
58	Czortków	83 878	33 076	19 048	17 718	5 461	8 575
59	Tarnopol	89 430	35 234	18 640	19 598	6 039	9 919
60	Złoczów	93 529	36 262	21 970	16 535	5 186	13 576
<i>woj. śląskie</i>		2 838 744	261 204	172 949	766 971	256 803	1 380 817
%		100,0	9,2	6,1	27,0	9,1	48,6
61	Bielsko	638 155	261 204	172 949	84 318	27 210	92 474
	Oddz. Z.U.S. w Chorzowie	2 200 589	—	—	682 653	229 593	1 288 343

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 wrześniu 1938 r. ^a

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników emerytalne	umyślowych na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Ogółem		30 578 094	11 451 053	6 704 698	5 537 665	1 829 395	5 055 283
%		100,0	37,5	21,9	18,1	6,0	16,5
<i>woj. centralne</i>		<i>15 841 614</i>	<i>6 411 903</i>	<i>3 840 829</i>	<i>2 699 095</i>	<i>912 489</i>	<i>1 977 298</i>
%		100,0	40,5	24,2	17,0	5,8	12,5
woj. warszawskie							
1	Ciechanów	118 012	48 678	27 488	21 835	6 842	13 169
2	Kutno	230 948	98 754	63 751	32 382	10 163	25 898
3	Płock	115 245	49 261	27 922	17 101	5 301	15 660
4	Warszawa	6 941 899	2 751 323	1 392 981	1 496 976	522 146	778 473
5	Zyrardów	256 918	113 497	70 322	31 730	10 245	31 124
woj. łódzkie							
6	Łódź	2 773 797	1 210 603	781 540	375 592	124 053	282 009
7	Fabianice	333 112	148 543	105 941	32 580	10 580	35 468
8	Piotrków Trybunalski	226 029	95 538	62 001	29 826	9 610	29 054
9	Tomaszów Maz.	298 571	131 768	92 170	29 539	9 565	35 529
woj. kieleckie							
10	Częstochowa	484 162	203 456	145 360	52 473	16 777	66 096
11	Kielce	306 531	119 702	74 110	50 306	15 708	46 705
12	Ostrowiec Świętokrzyski	390 407	160 572	108 271	49 333	16 628	55 603
13	Radom	422 019	119 858	139 943	68 907	22 246	71 065
14	Sosnowiec	1 515 234	575 243	405 928	172 166	58 305	303 592
woj. lubelskie							
15	Lublin	487 212	197 601	114 535	84 092	26 405	64 579
16	Siedlce	111 003	43 434	21 386	24 453	7 578	14 152
17	Zamość	138 120	54 288	28 918	29 058	9 152	16 704
woj. białostockie							
18	Białystok	427 920	179 886	112 122	57 867	17 979	60 066
19	Grodno	172 251	71 551	43 898	26 902	8 293	21 607
20	Łomża	92 224	38 347	22 242	15 977	4 913	10 745
<i>woj. wschodnie</i>		<i>1 795 632</i>	<i>726 336</i>	<i>376 255</i>	<i>342 271</i>	<i>106 314</i>	<i>244 456</i>
%		100,0	40,4	21,0	19,1	5,9	13,6
woj. wileńskie							
21	Wilno	530 710	221 314	106 693	110 406	34 345	57 952
woj. nowogrodzkie							
22	Baranowicze	141 995	56 577	29 333	29 613	9 137	17 335
23	Lida	118 382	48 664	23 736	24 138	7 635	14 209
woj. poleskie							
24	Brześć n/Bugiem	209 878	85 740	46 071	39 066	12 147	26 854
25	Pińsk	135 754	56 396	30 482	23 492	7 310	18 074
woj. wołyńskie							
26	Luck	234 845	95 817	45 396	51 341	15 836	26 455
27	Równe	424 068	161 828	94 544	64 215	19 904	83 577

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 emerytalne	na wypadek braku pracy	od wypadków w przemyśle
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>woj. zachodnie</i>		<i>4 288 261</i>	<i>1 704 016</i>	<i>945 909</i>	<i>848 485</i>	<i>270 517</i>	<i>519 334</i>
<i>%</i>		<i>100,0</i>	<i>39,7</i>	<i>22,1</i>	<i>19,8</i>	<i>6,3</i>	<i>12,1</i>
woj. poznańskie							
28	Gniezno	159 409	67 183	32 975	31 637	10 017	17 597
29	Grodzisk Wlkp.	107 730	44 521	23 532	21 672	6 796	11 209
30	Kalisz	174 787	76 728	43 749	26 955	8 402	18 953
31	Leszno	96 486	35 934	19 969	22 854	7 195	10 534
32	Oborniki	154 848	62 683	34 600	29 901	9 281	18 383
33	Ostrów Wlkp.	183 209	71 857	44 181	32 332	10 059	24 780
34	Poznań	1 120 641	445 903	226 499	249 667	80 449	118 123
woj. pomorskie							
35	Bydgoszcz	558 810	208 196	130 008	101 603	32 311	86 692
36	Gdynia	644 657	246 585	139 686	133 800	43 463	81 123
37	Grudziądz	265 078	114 661	60 470	43 610	13 829	32 508
38	Inowrocław	148 921	57 891	35 771	28 334	9 077	17 848
39	Tczew	234 034	92 856	54 513	43 081	13 449	30 135
40	Toruń	234 135	93 560	49 473	48 975	15 308	26 819
41	Włocławek	205 516	85 458	50 483	34 064	10 881	24 630
<i>woj. południowe</i>		<i>5 719 631</i>	<i>2 360 728</i>	<i>1 379 471</i>	<i>903 935</i>	<i>291 300</i>	<i>784 197</i>
<i>%</i>		<i>100,0</i>	<i>41,3</i>	<i>24,1</i>	<i>15,8</i>	<i>5,1</i>	<i>13,7</i>
woj. krakowskie							
42	Biała Krakowska	403 318	167 436	112 451	47 341	15 354	60 736
43	Chrzanów	388 573	148 629	106 217	40 328	13 500	79 899
44	Kraków	1 149 029	481 785	261 918	202 298	65 379	137 649
45	Nowy Sącz	277 265	116 567	76 876	32 220	10 179	41 423
46*	Tarnów	241 476	100 735	59 605	38 387	12 535	30 214
47	Zakopane	118 935	50 858	33 740	14 379	4 378	15 580
woj. lwowskie							
48	Drohobycz	403 190	160 906	100 227	59 991	19 647	62 419
49	Krosno	227 521	91 421	59 887	30 470	9 782	35 961
50	Lwów	1 070 502	455 941	216 380	217 252	71 129	109 800
51	Przemyśl	177 490	74 012	41 907	29 996	9 423	22 152
52	Rzeszów	176 812	72 081	45 751	25 385	8 013	25 582
53	Tarnobrzeg	224 549	88 823	59 876	25 234	8 143	42 473
woj. stanisławowski							
54	Kołomyja	104 687	42 682	24 769	18 073	5 550	13 613
55	Stanisławów	189 960	82 920	45 710	27 644	8 646	25 040
56	Stryj	257 260	94 955	69 436	33 829	10 749	48 291
woj. tarnopolskie							
57	Brzeżany	47 599	19 511	9 679	10 708	3 296	4 405
58	Czortków	77 192	30 814	17 407	16 267	5 014	7 690
59	Tarnopol	101 909	48 110	18 689	19 484	6 003	9 623
60	Złoczów	82 364	32 542	18 946	14 649	4 580	11 647
<i>woj. śląskie</i>		<i>2 932 956</i>	<i>248 070</i>	<i>162 234</i>	<i>743 879</i>	<i>248 775</i>	<i>1 529 998</i>
<i>%</i>		<i>100,0</i>	<i>8,4</i>	<i>5,5</i>	<i>25,4</i>	<i>8,5</i>	<i>52,2</i>
61	Bielsko	601 680	248 070	162 234	78 947	25 464	86 965
	Oddz. Z.U.S. w Chorzowie	2 331 276	—	—	664 932	223 311	1 443 033

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.

Zródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

* Liczby podane w poz. 46 tablic „Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki na poszczególne rodzaje ubezpieczeń” opublikowanych w Nr 10 i 11 P. U. S. z 1938 r. odnoszą się do Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie, a liczby podane w poz. 47 — do Ubezpieczalni Społecznej w Zakopanym, a nie odwrotnie, jak to wskutek przeoczenia mylnie podano.

Świadczenia emerytalne robotników

XI 1938

Rodzaj świadczenia	Przyznano ^a			Wypłacono	
	rent, odpraw, zasiłków, zaopatrzeń i zapomóg	na sumę ^b (w złotych)	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia I — XI	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
O g ó ł e m					2 128 821,78
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	11	264,56	25,00 ^c	3 066	77 205,64
" wdowie	22		12,50 ^c	1 836	
" sierot niepełnych	25	437,50	6,25 ^c	981	29 168,41
" " zupełnych			12,50 ^c	189	
" wstępnych	—	—	6,25 ^c	4	25,00
Odprawy wdowie	—	—	—	—	—
Zasiłki pogrzebowe	14	700,00	—	14	700,00
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	362	9 562,35	27,47	23 827	639 236,85
" starcze	56	874,55	18,84	2 711	57 010,63
" wdowie	177	1 763,65	9,95	9 323	105 241,83
" sieroce	139	1 065,45	6,97	5 802	31 076,78
Odprawy wdowie	2	240,00	—	2	240,00
" sieroce	—	—	—	—	—
III. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznych (z dn. 28 marca 1933 r.):					
Zaopatrzenia inwalidzkie	523	10 475,60	20,00 ^c	40 621	843 730,21
" wdowie	72		10,00 ^c	3 323	
" sierot niepełnych	7	777,00	4,00 ^c	441	40 000,37
" " zupełnych			7,00 ^c		
Renty inwalidzkie	654	18 300,37	27,65	4 075	198 966,12
" wdowie	45	708,34	—	226	7 553,73
" sierot niepełnych	201	1 710,67	—	1 043	20 108,50
" " zupełnych			—		
Jednorazowe zapomogi pośmiertne	476	52 465,07	—	476	52 465,07
IV. Kasa Bratnia Zagłębia Dąbrowskiego:					
Renty inwalidzkie	2	22,03	13,56	604	12 239,10
" wdowie	6	64,70	—	963	
" sierot niepełnych	—	—	—	81	13 193,82
" " zupełnych	—	—	—		

^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 rent sierociej—25 zł. rocznie. Sumy rent inwalidzkich podane są łącznie z dodatkami rodzinnymi.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne pracowników umysłowych

XI 1938

Rodzaj świadczenia	Wypłacono	
	ilość osób (rencistów)	(na sumę w złotych)
O g ó ł e m		4 096 200,33
Renty inwalidzkie ^a	13 446	2 260 002,04
" starcze ^a	4 416	677 787,39
" wdowie	7 986	938 396,44
" sieroce	5 766	
Renty z umowy polsko-niemieckiej		
" inwalidzkie ^a	621	48 473,80
" starcze ^a	158	11 961,50
" wdowie	296	16 253,96
" sierot niepełnych	156	2 300,90
" " zupełnych	22	803,10
Zaopatrzenia starcze	1 931	96 725,00
" wdowie	345	11 070,00
" sieroce	26	330,00
Jednorazowe odprawy	23	25 326,50
Zasiłki pogrzebowe	31	6 769,70

^a Łącznie z dodatkami na dzieci i bezradności.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Świadczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych XI 1938

W o j e w ó d z t w a	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasilki	Liczba wypłaconych zasilków miesięcznych ^a	Kwoty wypłaconych zasilków (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość zasilku I—XI
Ogółem	7 899	9 220	603 449,85	67,98
<i>centralne</i>	<i>3 523</i>	<i>3 931</i>	<i>272 791,36</i>	<i>73,54</i>
M. st. Warszawa Warszawskie	2 074	2 275	164 150,06	77,15
Łódzkie	605	645	43 705,80	73,90
Kieleckie	426	514	36 944,54	70,48
Lubelskie	236	278	16 736,26	59,82
Białostockie	182	219	11 254,70	59,95
<i>wschodnie</i>	<i>678</i>	<i>819</i>	<i>49 508,39</i>	<i>62,26</i>
Wileńskie	223	250	14 055,10	58,89
Nowogródzkie	116	148	9 894,80	65,52
Poleskie	110	128	7 614,53	64,35
Wołyńskie	229	293	17 943,96	62,95
<i>zachodnie</i>	<i>2 365</i>	<i>2 704</i>	<i>180 132,06</i>	<i>68,66</i>
Poznańskie ^b	972	1 085	62 761,82	57,82
Pomorskie ^b	762	862	54 009,74	61,23
Śląskie	631	757	63 360,50	90,28
<i>południowe</i>	<i>1 333</i>	<i>1 766</i>	<i>101 018,04</i>	<i>57,13</i>
Krakowskie	495	596	37 549,98	62,48
Lwowskie	544	762	42 326,08	55,22
Stanisławowskie	149	213	11 301,50	53,97
Tarnopolskie	145	195	9 840,48	52,24

^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

XI 1938

R o d z a j ś w i a d c z e n i a	P r z y z n a n o ^a		W y p ł a c o n o	
	rent, odpraw, zapomóg	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)	
Ogółem			4 448 399,28	
I. Z ustawy austriackiej z dn. 28 grudnia 1887 r. i ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy Niemieckiej z dn. 11 lipca 1911 r.:				
Renty poszkodowanych	41	65 768	1 641 692,01	
" wdów	9	10 801	463 320,11	
" sierot zupełnych	13	4 375	239 618,08	
" dalszej rodziny	5	899	23 164,89	
Odprawy i zapomogi pośmiertne	—	1	50,00	
II. Z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28 marca 1933 r.:				
Renty poszkodowanych	2 038	37 766	1 501 307,56	
" wdów	85	3 152	145 350,47	
" sierot	119	4 831	166 128,32	
" dalszej rodziny	9	278	8 409,76	
Odprawy i zapomogi pośmiertne		113	15 225,89	
Koszty protez i lecznictwa			244 132,19	

^a Renty tylko *nowoprzyznane*.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu X 1938

R o d z a j ś w i a d c z e n i a	P r z y z n a n o		W y p ł a c o n o	
	rent	na sumę (w złotych) ^a	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych) ^b
Renty inwalidzkie i chorych	409	8 581,20	29 364	915 983,61
" starości	89	1 409,00	5 395	
" wdowie i wdów chorych	194	1 576,50	15 121	
" sieroce	126	524,40	6 503	

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

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

Źródło: Dane Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Burdziński Marian	1407077	Brześć n/B.	Grabowska Marta	3433522	Łódź
Zagoński Mikołaj	5763758	"	Gmerch Jan	4179625	"
Szyszluk Teodor	5770082	"	Chojnacki Leon	3648539	"
Kuropatkin Maksym	5795724	"	Herszkowicz Szmul		
Krostycz Beniamin	5801475	"	Jakub	3663167	"
Maślewska Ludwika	5803991	"	Grinbal Chil	3684314	"
Janitek Kazimierz	7443361	Biała Krak.	Kluska Anna	1229696	"
Chmiela Teofila	9319607	Cieszyn	Kauc Bronisław	3582808	"
Dębiec Józef	7572028	Chrzanów	Kazmierczak Helena	3626729	"
Mokrosz Dominik	7572028	"	Krzywiński Włodzimierz	3653085	"
Naskręciak Piotr	6349162	Grodzisk Wlk.	Koplowicz Frajda	3667243	"
Kopik Jan	3329173	Kalisz	Kowalik Helena	3571705	"
Bienia Aleksander	8304191	Krosno	Kurczyńska Maria	3481987	"
Chudoba Henryk	8305309	"	Klekot Genowefa	3463837	"
Galuszka Maria	8316438	"	Każmierski Romuald	3643743	"
Kaczmarzyński Stanisław	8297843	"	Kosmider Helena	3397913	"
Łukaszewski Ludwik	8310077	"	Kosiński Władysław	1200721	"
Mazurek Franciszek	8648581	"	Kujawa Stanisław	3556072	"
Sępowa Jadwiga	8332129	"	Kowalczyk Stanisław	3609667	"
Schwartz Uscher	8303773	"	Mowszowicz Chaim	3990234	"
Szuffad Nestor	8298094	"	Majszatz Otto	3533082	"
Ukleja Ignacy	8296526	"	Muszczak Jerzy	3612390	"
Urban Stanisław	8317146	"	Najgeborn Ryfka	3677508	"
Urbanek Piotr	8324963	"	Mikulski Roman	1573713	"
Warunek Jan	8303536	"	Opatowski Izaak	3625474	"
Dusik Stanisław	5011744	Lublin	Makowski Stanisław	3523411	"
Fuks Chana-Rywka	4976518	"	Pietryszka Mieczysław	3609439	"
Barabas Wawrzyniec	4950828	"	Pieniek Feliks	3591535	"
Walczewska Felicja	4975464	"	Pysklak Zofia	3641691	"
Szurgocińska Emilia	4959459	"	Sobociński Piotr	3564621	"
Berens Tadeusz	1388101	"	Sochaczewski Majlech	3666568	"
Baraniak Stanisław	3570167	Łódź	Sakowicz Edward	3398142	"
Baraniecka Marianna	3613842	"	Podlasin Henryk	3611598	"
Ciecierska Walentyna	3582985	"	Papiernik Rozalia	3520302	"
Cybulska Halina	5636419	"	Śliwka Kazimierz	3605459	"
Abramczyk Augusta	3602908	"	Pełczyński Jan	3404399	"
Bartos Władysław	3403517	"	Sławiński Feliks	3554293	"
Bogucki Jan	3563854	"	Studziński Stanisław	3557455	"
Czerlewicz Lajzer Jozek	3605955	"	Przybylak Stanisław	3479296	"
Antczak Kazimierz	3439636	"	Plucińska Maria	3662235	"
Błaszczynska Antonina	3524217	"	Sobczak Helena	3431835	"
Bekermaszyn Szmul	3552279	"	Zieliński Mieczysław	1206114	"
Adamczyk Kazimierz	3413538	"	Zimoń Stanisław	3439627	"
Dziendziara Władysław	3525135	"	Rajman Rudolf	3461408	"
Durmaj Kazimierz	3583354	"	Zygmunt Jan	3461258	"
Fuks Chaim	3487614	"	Rozenwaser Cesia	3395946	"
Józwiak Stefan	3434867	"	Zaborowski Franciszek	3643295	"
Janiszewska Maria	3551285	"	Zehagen Eugenia	3483646	"
Demrych Zenon	3707738	"	Roszgold Sura	3639449	"
Dorfberger Mojsze	3422595	"	Tylisz Łucja	3558078	"
Jankowski Zygmunt	3450045	"	Tepler Moszek	3693786	"
Fiszer Henryk	3709921	"	Szyndler Zygmunt	3646935	"
Feder Jankiel	3400995	"	Walczak Franciszek	3626099	"
Dobiech Konstanty	3548513	"	Szmidt Paweł	3605522	"
Diament Luzer	3696883	"	Wojciechowski Władysław	3647225	"
Glasman Sura Ryfka	3704441	"	Szumowicz Gen.	3416913	"
Gaube Ludwik	5716022	"	Woźny Piotr	3581792	"
Graczyk Jan	3583292	"	Walach Lajb	3526603	"
Grams Abram	1223075	"	Szec Efroim	3459553	"
Lauk Owen	3649519	"	Witaszczyk Antoni	4116001	"
			Wolman Chaim	3608204	"

Spiro Szyja vel Stanisław	1217602	Łódź	Filiks Franciszek	2624758	Warszawa
Wajs Masza	3664945	"	Faryna Stanisław	2728144	"
Bednarek Błażej	7950478	Nowy Sącz	Figiel Katarzyna	2480539	"
Skomro Jan	6597999	Ostrów Wlk.	Furman Michalina	2239639	"
Banaszek Antonina	4525621	Ostrowiec Św.	Fajnsztajn Gerszon	2617726	"
Kosmiński Ryszard	1329764	"	Feffer Pejsach	2520420	"
Sałata Maria	4518204	"	Galant Henryk	2446408	"
Serwinowski Stanisław	4499242	"	Grater Tauba	2964435	"
Lippok Maria	6531778	Oborniki	Goldsztajn Boruch	2228423	"
Babski Zbigniew	1621307	Poznań	Iwaniec Brigida	2531040	"
Brzostowicz Władysława	1597442	"	Jarzębska Feliksa	2213510	"
Buczyńska Janina	1601114	"	Kestenberg Szlama	2839350	"
Fortuniak Jan	6715489	"	Jakubowicz Szmul	2193997	"
Jarczaszek Wincenty	6748928	"	Joskowicz Abram	2211785	"
Janc Antoni	6687986	"	Koc Stefan Jakób	2542590	"
Knasiecki Antoni	6764517	"	Konopka Edmund	2548688	"
Kuczyk Edmund	6685120	"	Kosiarek Tadeusz	2539485	"
Kranc Władysław	6805484	"	Kostrzewski Józef	2282744	"
Niespodziana Zofia	6760206	"	Kalisiak Arkadiusz	2351216	"
Nowakówna Joanna	6788558	"	Karbowiak Piotr	2382870	"
Osiński Jan	11596156	"	Klimkiewicz Ryszard	2713929	"
Rozalczyk Jan	6681756	"	Kowalski Wacław	2365776	"
Sadzik Józef	11597356	"	Koźmiński Ryszard	2277416	"
Sichańcówna	6797835	"	Kalińska Franciszka	2195311	"
Staszyński Ignacy	6689128	"	Konopińska Julia	2607609	"
Wcześniak Adam	6737408	"	Kukier Franciszek	2704011	"
Wojciechowski Ignacy	6359881	"	Kukliński Aleksander	1163291	"
Kozłowska Józefa	2151809	Płock	Klein Rubin	2453469	"
Gliksman Ezryl	4036627	Pabianice	Lauyer Tadeusz	2952925	"
Konat Marianna	4314915	"	Lasota Stanisław	2360784	"
Sańda Kazimierz	3995513	"	Lewandowski Józef		
Zajda Stanisława	3990988	"	Zygmunt	2604661	"
Gumowski Stanisław	4554403	Radom	Lipiński Henryk	1077364	"
Frydman Szaja	5120640	Siedlce	Lever Mozes		"
Prodlewski August	7267384	Toruń	Łazęski Mikołaj	1070607	"
Baniak Wojciech	8054505	Tarnów	Łopszyc Stanisław	2400519	"
Eilmes Wilhelm	8076365	"	Marczak Jan	2250989	"
Offen Abraham	8061112	"	Mazepus Roman	2364635	"
Ryba Stanisław	8719457	"	Mazur Jan	2566436	"
Twardowska Anna	806154	"	Mazurkówna Zofia	2605839	"
Wójcik Jan	8089154	"	Miastu Adam	2399577	"
Wójcik Wojciech	8075737	"	Mikołajewski Franciszek	1044240	"
Walkiewicz Stefan	8063871	"	Milczarek Jan	2254894	"
Zajko Balbina	8055305	"	Mosiński Stefan	1055343	"
Andrzejewski Józef	2407713	Warszawa	Musicz Alisa	2890716	"
Ajzenberg Łaja	2531930	"	Nowakowski Roch	1120450	"
Aufgang Pejsach	2199840	"	Obrębski Mieczysław	2408139	"
Ajzenberg Jechuda Lejb	2184122	"	Ornat Franciszka	2311263	"
Balicki Zygmunt	1325909	"	Pacholczak Henryk	2608660	"
Baliński Franciszek	2339173	"	Pasternakiewicz Władysław	2300550	"
Bartnicki Feliks	2224533	"	Pasymowska Zofia	1114821	"
Borowska Barbara	1097351	"	Pawłowski Władysław	2754596	"
Bobrowski Edward	1140204	"	Pielach Feliks	2307395	"
Bass Aron	1023999	"	Pilecka Anna	2536498	"
Berenbaum Abram	2186173	"	Piowar Piotr	2491526	"
Bursztyn Estera Łaja	2229400	"	Prejs Paweł	1146420	"
Całówna Lucianna	2689586	"	Pokorska Zofia	2918652	"
Ciołkówna Marianna	2613674	"	Potocki Stefan	2457116	"
Czerwińska Halina	2629206	"	Rajchsztajn Symcha	2547123	"
Cerański Mieczysław	2181155	"	Rotenberg Chaja	2353568	"
Dworańczyk Kamilla	2509603	"	Rusina Wiera	2475478	"
Dyrda Eufrozyna	2531019	"	Rzewuski Franciszek	1330277	"
Deluga Antoni	2396623	"	Sasinowski Zygmunt	2328124	"
Dambrot Mordekaj	2549159	"	Semczuk Włodzimierz	1098478	"

Sidor Franciszek	2285769	Warszawa
Sienicka Kazimiera	2378345	"
Siwakowski Mikołaj	2893109	"
Sobczyński Jacenty	1146512	"
Sochacka Ludwika	2378107	"
Sosnowski Piotr	2460568	"
Stecewicz Edmund	2453383	"
Stera Lucja	2315426	"
Strzelecka Aleksandra	2361948	"
Suchecki Wacław	2874791	"
Szczepaniak Kazimierz	2318080	"
Szpotowicz Nikodem	2399374	"
Święcki Daniel	2783550	"
Tauschnik Jerzy	1720115	"
Tomala Józef	2678870	"
Tybura Julian	1138317	"
Tenenbaum Szaja	2910606	"
Ungier Naftali	2455955	"
Walczak Maria	2326313	"
Warnikowski Leon	2326664	"
Wilkin Jan	1081310	"
Wolska Zofia	4975463	"
Wojeński Teofil	1060875	"
Wajsman Chaim	2749508	"
Winkler Regina	2521508	"
Wiślicki Dawid	2327553	"
Zaboroś Franciszek	2026357	"
Zarzycki Marian	2347092	"
Zduńczyk Marian	2636973	"
Zyzman Władysław	2841268	"
Sandecki Franciszek	3201983	Włocławek
Margazyn Julian	9160716	Złoczów
Bukrym Józef	2149631	Zyrardów

Biblioteczka

„Przeglądu Ubezpie. Społecznych”

Nakładem „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” ukazały się dotychczas następujące odbliski artykułów:

- Nr 17. O chorobach zawodowych. — Dr Bronisław Handelsman Zł 1.—
- Nr 18. Prawo upadłościowe i układowe a ubezpieczenia społeczne. — Eugeniusz Sisslé „ 1.—
- Nr 19. Prawotwórcza rola trybunału dla spraw ubezpieczeń społecznych w Poznaniu w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych. — Dr Julian Hubert „ 2.—
- Nr 20. Zaniedbane zagadnienie w ubezpieczeniach społecznych. — Gustaw Simon „ —.50
- Nr 21. Podstawowe zagadnienia organizacyjne ubezpieczeń społecznych w Polsce (referat wygłoszony na Międzynarodowym Kongresie Rzecznawców Ubezpieczeń Społecznych w Budapeszcie w dniach 16 — 21 maja 1935 r.). — Stanisław Sasorski „ 1.—
- Nr 22. Walka z gruźlicą a ubezpieczenia społeczne. — Dr Marceł Staroniewicz „ 1.—
- Nr 23. Rola ubezpieczeń społecznych na tle zagadnienia czynników sztywnych w rozwoju koniunkturalnym. — Bolesław Wścieklica „ —.50
- Nr 24. Współczesne problemy ubezpieczeń społecznych w Polsce. — Stanisław Sasorski „ —.50
- Nr 25. Istota zagadnienia kapitalizacyjnego z uwzględnieniem roli ubezpieczeń społecznych. — Mgr Kazimierz Teisseyre „ 1.—
- Nr 26. Organizacja bezpieczeństwa pracy w związku z odszkodowaniem za wypadki. — Inż. Andrzej Mazurkiewicz „ —.50
- Nr 27. Uwagi o lecznictwie zakładowym o ubezpieczeniu na wypadek choroby. — Dr Jerzy Bujalski „ —.50
- Nr 28. Międzypaństwowe Związki w zakresie ubezpieczeń społecznych (referat wygłoszony na drugim Międzynarodowym Kongresie Rzecznawców Ubezpieczeń Społecznych, w Dreźnie w dniach 4 — 8 września 1936 r.). — Stanisław Sasorski „ 1.—
- Nr 29. Problem polityki lokacyjnej długoterminowych ubezpieczeń społecznych. — Dr Stefan Czarnecki „ 3.—

Poszczególne tomiki Biblioteki „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” są do nabycia w Administracji: Warszawa, ul. Czerniakowska Nr 231.
ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Wrogiem grypy
paramin
-ODKAŻA JAMĘ USTNĄ

R. Barcikowski S.A.
POZNAŃ

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

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

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

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

Redakcja i Administracja: Czerniakowska 231
Redakcji tel. 9-41-43. Administracji tel. 5-73-20, wew. 46.
Konto P. K. O. Warszawa Nr 23-429.

Redakcja: Dr M. MOSKWA, E. WAŚNIEWSKA i Mgr A. KOŹNIEWSKI

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE

Druk L. Bogustawskiego i Ski, Warszawa, Świętokrzyska 11, tel. 5.95-52

PRZY NARKOZIE
STOSUJCIE
ETER
DO
NARKOZY
PRODUKCJI
KRAJOWEJ

WYRÓB KRAJOWY

„ACUSAN”

NAZWA ZASTRZEŻONA



WYTWÓRNIA
IGIEŁ

MEDYCZNYCH
I CHIRURGICZNYCH

J. CZEKALIŃSKI

WARSZAWA

Aleje Jerozolimskie 117

Telefon 6-03-65

PROSIMY ŻAĐAĆ WSZĘDZIE IGIEŁ „ACUSAN”

PRAWDZIWY
TRAN LECZNICZY

„MARTENSBRAND”

Daje gwarancję zdrowia,
jest każdorazowo badany przez stację
kontrolną biologiczną i chemiczną,
zawiera 1000 — 1100 jednostek witamin A.,
każda jego kropla jest standaryzowana.

W INTERESIE WSZYSTKICH APTEK LEŻY
PRZETO PROWADZIĆ STAŁE
WYSOKOWARTOŚCIOWY

TRAN LECZNICZY

„MARTENSBRAND”

GENERALNA REPREZENTACJA NA POLSKĘ

„AGORIT”

SPÓŁKA Z OGR. ODPOW.

WARSZAWA, SZKOLNA 4. TEL. 650-62.

CATGUT

SUROWY I PÓLSTERYLIZOWANY

POLECA

Krajowa Fabryka CATGUTU

„CHIRURGOFIL”

właśc. ST. WESOŁOWSKA

P O Z N A Ń,

ul. Romana Szymańskiego Nr 4

Telefon 31-06

DOSTARCZA

DO CENTRALI ZAOPATRYWANIA
INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PABIANICACH

ogłasza KONKURS

- na 1 stanowisko lekarza domowego w Szczercowie,
na 1 " " " w Dłutowie,
na 1 " " miejscowego w szpitalu w Pabianicach (bez stażu).

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 lekarzy domowych w Szczercowie i Dłutowie:

- a) uposażenie zasadnicze — po zł 100.— miesięcznie
b) odszkodowanie za korzystanie z gabinetu
lekarskiego — po zł 30.— „

Razem — po zł 130.— miesięcznie.

Praktyka prywatna zapewniona.

Warunki uposażenia lekarza miejscowego w szpitalu:

uposażenie zł 200 miesięcznie wraz z mieszkaniem w szpitalu oraz pełnym utrzymaniem. Nadto dochód dodatkowy w wysokości zł 100 miesięcznie za inne czynności.

Stanowiska są do objęcia od zaraz.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Pabianicach — ul. Kościuszki Nr 25, w terminie do dnia 28 lutego 1939 r. włącznie.

Naczelny Lekarz *Dr W. Eichler*

Dyrektor *P. Goliński*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA WE WŁOCŁAWKU

ogłasza KONKURS

- na stanowisko lekarza domowego w Lubiczu, pow. Lipno,
" " " " w Radziejowie Kuj.,
" " " " w Brześciu Kujawskim,
" " " " w Czernikowie, pow. Lipno.

Kandydaci na powyższe stanowiska winni posiadać kwalifikacje, określone w wytycznych do umów z lekarzami w Ubezpieczalniach Społecznych (Kasach Chorych), ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z roku 1933.

Szczegółowe warunki pracy i płacy zostaną ustalone przy zawarciu umowy o pracę na podstawie umowy zbiorowej, zawartej między Ubezpieczalnią Społeczną we Włocławku a Związkiem Zawodowym Lekarzy P. P. Obwodu Włocławskiego.

Pierwszeństwo przy równych kwalifikacjach mają lekarze, którzy mogą wykazać się dwuletnią praktyką lekarską w gminach wiejskich lub w miastach, liczących poniżej 5 000 mieszkańców.

Kandydaci na te stanowiska winni dołączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytelnione odpisy: 1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) świadectwo o poprzedniej pracy, 4) dyplom lekarski, 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 6) dokument wojskowy, 7) własnoręcznie napisany życiorys, 8) świadectwo przesłuchania kursu przeciwigazowego.

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy wysłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej we Włocławku w terminie do dnia 20 lutego 1939 r. godz. 12-ta. Podania, które zostaną bez odpowiedzi w ciągu dni 10 od tego terminu, należy uważać za nieuwzględnione.

Objęcie stanowiska z dniem 15 marca 1939 r.

Lekarz Naczelny *Dr St. Dembecki*

Dyrektor *T. Witkowski*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W STRYJU

ogłasza KONKURS

- 1) na 4 stanowiska lekarzy domowych, a to po jednym a) w Hołyniu, b) w Kałuszu, c) w Skolem, d) w Kochawinie;
- 2) na 1 stanowisko lekarza pediatry z siedzibą w Stryju;
- 3) na 1 stanowisko lekarza okulisty z siedzibą w Stryju.

Kandydaci na wymienione wyżej stanowiska winni posiadać kwalifikacje określone w § 2 wytycznych do umów z lekarzami U. S., ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskiej Nr 9 z r. 1933.

Do podania należy dołączyć następujące dokumenty w oryginałach lub w uwierzytelnionych odpisach:

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

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy.

Pierwszeństwo przy równych kwalifikacjach mają lekarze, którzy mogą wykazać się dwuletnią praktyką lekarską w gminach wiejskich lub w miastach, liczących poniżej 5000 mieszkańców.

Podania z wymienionymi wyżej załącznikami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Stryju, w kopertach zamkniętych, z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza U. S.” w terminie *do dnia 15 lutego 1939 r.*

Podania bez dołączenia wymaganych dokumentów nie będą rozpatrywane.

DYREKCJA

UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W STRYJU

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W BIAŁYMSTOKU

niniejszym ogłasza KONKURS

na następujące stanowiska:

Lekarza domowego w Ciechanowcu
" " " Orli
" " " Rosi
" " " Łapach.

- Ad 1. Miejscowość zamieszкана przez \pm 200 ubezpieczonych. Wynagrodzenie wynosi 120 zł. mies. + 15 zł. na utrzymanie lokalu.
- Ad 2. Miejscowość zamieszкана przez \pm 150 ubezpieczonych. Wynagrodzenie wynosi 80 zł. mies. oraz 10 zł. mies. na utrzymanie lokalu.
- Ad 3. Miejscowość zamieszкана przez \pm 300 ubezpieczonych. Wynagrodzenie wynosi 150 zł. mies. oraz 15 zł. mies. na utrzymanie lokalu, 40 zł. na rozjazdy i 100 zł. na opłacenie czynności pomocniczo-lekarskich.
- Ad 4. Miejscowość zamieszкана przez \pm 500 ubezpieczonych. Wynagrodzenie wynosi 170 zł. mies. + 50 zł. na opłacenie czynności pomocniczo-lekarskich i dodatek 45 zł. na utrzymanie lokalu.

Wszystkie cztery stanowiska są do objęcia od chwili rozstrzygnięcia konkursu. Do podań należy dołączyć następujące dokumenty oryginalne lub uwierzytelnione ich 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 o przesłuchaniu kursu ratownictwa przeciwgazowego.

Kandydaci na wymienione stanowiska winni posiadać kwalifikacje, określone § 2 wytycznych do umów z lekarzami U. S. i winni złożyć podanie do Ubezpieczalni Społecznej w Białymstoku (ul. Ś-to Jańska 9) w terminie do dnia 20.II 1939 r.

Lekarz Naczelny Ubezpiecz. Społ. w Białymstoku
Dr. K. Ryder

Dyrektor Ubezpiecz. Społ. w Białymstoku
M. Bogdański

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TARNOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarzy domowych 1) w Wojniczku koło Tarnowa 2) w Szczurkowej pow. Brzesko, rejonu niepełnowartościowej do objęcia ad 1) po dniu 15.II.1939 r. ad 2) od 1.III.1939 r.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje, określone w § 2 wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich Nr 9 z r. 1933 i załączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa, 3) dyplom lekarski, 4) zaświadczenie rejestracyjne, 5) świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej, 6) świadectwo zdrowia, 7) świadectwo z przesłuchania kursu ratownictwa przeciwgaz. 8) dowód stwierdzający stosunek do służby wojskowej 9) własnoręcznie napisany życiorys.

Pierwszeństwo mają, przy równych kwalifikacjach, lekarze, którzy mogą wykazać się dwuletnią praktyką lekarską w gminach wiejskich lub w miastach, liczących poniżej 5 tys. mieszkańców i nie będących siedzibą powiatowych władz administracyjnych.

Podania z dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie w terminie do dnia 15.II.1939 r. godz. 12-ta.

Szczegółowe warunki pracy i płacy ustalone będą przy zawieraniu umowy o pracę na zasadzie umowy zbiorowej.

Wynagrodzenie ad 1) c-a zł. 400.— miesięcznie

Lekarz Naczelny:
Dr Kossobudzki Czesław

Dyrektor:
Schally Tadeusz

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W TARNOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Tarnowie na rejon I-szy pełnowartościowy.

Kandydaci na stanowisko lekarza domowego winni posiadać kwalifikacje, określone w § 2 wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich Nr 9 z r. 1933 i załączyć do podań następujące oryginalne dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski, 4) zaświadczenie rejestracyjne (dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej), 5) świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej, 6) świadectwo zdrowia (urzędowe), 7) świadectwo z przesłuchania kursu ratownictwa przeciwgazowego, 8) dowód, stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 9) własnoręcznie napisany życiorys.

Pierwszeństwo przy równych kwalifikacjach mają lekarze którzy mogą wykazać się dwuletnią praktyką lekarską w gminach wiejskich lub miastach, liczących poniżej 5-tysięcy mieszkańców i nie będących siedzibą władz administracyjnych.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie w terminie do dnia 20 lutego 1939 r. godz. 12-ta.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy o pracę na zasadzie umowy zbiorowej.

Lekarz Naczelny:
Dr Kossobudzki Czesław

Dyrektor:
Schally Tadeusz

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W SOSNOWCU ogłasza

konkurs

na stanowiska: 1) lekarza pediatry w Ośrodku Leczniczym w Zawierciu, 2) lekarza pediatry w Ośrodku Leczniczym w Dąbrowie z obowiązkiem przyjmowania chorych ubezpieczonych 2 razy dziennie (przed i po południu) w ambulatorium i załatwiania wizyt domowych u obłożnie chorych. Stanowiska powyższe są do objęcia od dnia 15 czerwca 1939 roku.

Za wykonywanie czynności wyż. wym. wyznaczone jest wynagrodzenie zł. 450.— w stosunku miesięcznym.

Kandydaci na powyższe stanowiska winni złożyć do podań następujące dokumenty w oryginałach lub uwierzytelnionych odpisach:

1) świadectwo urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dowód studiów i dotychczasowej pracy, 4) zaświadczenie rejestracyjne, 5) świadectwo zdrowia, 6) własnoręcznie napisany życiorys.

Podania z wyżej wymienionymi dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu od dnia 15 marca 1939 r. Podania nie poparte wymaganymi dokumentami nie będą rozpatrywane.

Osobowe dokumenty podań nieuwzględnionych na konkursie zostaną pocztą zwrócone na podane adresy.

Lekarz Naczelny
Dr Bogusław Niepielski

Dyrektor
Ubezpieczalni Społecznej
w Sosnowcu
Roman Cholewicki

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GRODNIE ogłasza

konkurs

na stanowiska lekarzy domowych: 2-ch w Grodnie i 1-go w Raczkach, pow. augustowskiego.

Kandydaci na te stanowiska powinni dołączyć do podań następujące dokumenty, lub ich uwierzytelnione odpisy:

a) metrykę urodzenia, b) dowód obywatelstwa polskiego, c) świadectwa z poprzedniej pracy, d) dyplom lekarski, e) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, f) zaświadczenie o ukończeniu kursu przeciwgazowego, g) własnoręcznie napisany życiorys.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki, określone dla tego rodzaju stanowiska w § 2 wytycznych do umów z lekarzami w Kasach Chorych, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich w Nr 9 z roku 1933.

Przy jednakowych kwalifikacjach pierwszeństwo będą mieli lekarze, którzy mogą się wykazać dwuletnią praktyką lekarską w gminach wiejskich lub miastach, liczących poniżej 5.000 mieszkańców.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy o pracę.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Grodnie, w terminie do dnia 28-go lutego 1939 roku.

Naczelny Lekarz:
Dr A. Pałasz

Dyrektor:
J. Piotrowski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W LIDZIE ogłasza

konkurs

na 3 stanowiska lekarzy-dentystów, 2 stanowiska z siedzibą w Lidzie, 1 stanowisko z siedzibą w Hucie Niemen.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje określone w § 2 wytycznych do umów z lekarzami Ubezpieczalni Społecznej i winni dołączyć do podań następujące uwierzytelnione odpisy:

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dowód z ukończenia studiów dentystycznych, 4) dowód prawa wykonywania praktyki dentystycznej, 5) świadectwa z poprzedniej pracy, 6) dokument stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 7) własnoręcznie napisany życiorys, 8) świadectwo przesłuchania kursu przeciwgazowego.

Podania wraz z dokumentami wyż. wymienionymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Lidzie, ul. Suwalska Nr 93, w terminie do dnia 10 marca 1939 r. w kopertach zapieczętowanych z napisem „konkurs na stanowisko lekarza-dentysty”.

Warunki płacy i pracy w/g umowy.

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej
w Lidzie.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W RÓWNEM ogłasza

konkurs

na stanowisko: 1) lekarza domowego w Równem, 2) lekarza chirurga w Równem.

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

1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) świadectwo z poprzedniej pracy, 4) dyplom lekarski, 5) dowód wykonywania praktyki lekarskiej, 6) własnoręcznie napisany życiorys, 7) świadectwo przesłuchania kursu obrony przeciwgazowej, 8) świadectwo zdrowia wystawione przez lekarza urzędowego.

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje i warunki określone do tego rodzaju stanowisk w § 2 wytycznych do umów z lekarzami ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskiej Nr 9 z r. 1933. Szczegółowe warunki pracy i płacy ustalone będą przy zawieraniu umowy.

Ad 1) pierwszeństwo przy równych kwalifikacjach mają lekarze, którzy mogą wykazać się dwuletnią praktyką lekarską w gminach wiejskich lub miastach liczących poniżej 5 000 mieszkańców.

Podania wraz z dokumentami wyżej wymienionymi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Równem do dnia 31 marca 1939 r.

Lekarz Naczelny:
Dr E. Jesman

Dyrektor:
J. Mazur

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŻŁOZCZOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Żłoczowie.

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:

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 lek. w tem przynajmniej 1 rok w Ubezpieczalni Społecznej lub w Kasie Chorych, 7) zaświadczenie z 3-letniej praktyki w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu).

Lekarz Naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcji poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Ministerstwa 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 Żłoczowie w zapieczętowanych kopertach z napisem „konkurs na stanowisko lekarza naczelnego” do dnia 17 lutego 1939 r. do godziny 12-tej.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Żłoczowie.
Dr Józef Golicz

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŻŁOZCZOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni w Żłoczowie.

Kandydaci na to stanowisko winni 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 winni dołączyć do podania 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 Żłoczowie w terminie do dnia 17 lutego 1939 r. godzina 12-ta w południe.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Żłoczowie

Dr Józef Golicz

ANTISTREPTIN

GEO

Tabletki po 0,3 g

Ampułki 15% po 5 cm³ i 2 cm³

WSKAZANIA:

róża, płonica, angina, zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowego, zapalenie opon mózgowych (paciorkowcowe i meningokokowe), posocznica, zakażenie połogowe, zakażenia dróg moczowych (pyelitis cystitis etc), rzeżączka, wrzód miękki, wszelkie miejscowe sprawy ropne.

F A B R Y K A

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

„G E O”

Warszawa, Żelazna 56

S P I S R Z E C Z Y

Artykuły:

JAKUB CHRZANOWSKI: Analiza pojęć „inwalidztwa” i „niezdolności do pracy” — a problemy koordynacji świadczeń pieniężnych ubezpieczenia inwalidzkiego i chorobowego (dokończenie) 119

WAĆLAW LENGA: Gospodarka i sytuacja finansowa ubezpieczenia chorobowego w latach 1925 — 1938 133

Materiały:

W. Z.: Zasiłki ubezpieczeniowe na Śląsku za Olzą 142

EUGENIA WAŚNIEWSKA: Przyszłe muzeum społeczne w Polsce 148

Dr STANISŁAW BÜHN: Organizacja pracy dyplomowanych pielęgniarek na terenie Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie 154

Kronika krajowa 155

Kronika zagraniczna 163

Książki i czasopisma 170

Streszczenia niektórych artykułów w obcych językach 176

Statystyka 180

SOMMAIRE

INHALT

Articles:

Jakub Chrzanowski: Analyse des notions „invalidité” et „incapacité de travail” — et les problèmes de coordination des prestations pécuniaires de l'assurance-invalidité et assurance-maladie (suite) 119

Wacław Lengą: Administration et situation financière de l'assurance-maladie à l'époque de 1925 — 1938 133

Aufsätze:

Jakub Chrzanowski: Eine Analyse der Begriffe der „Invalidität” und der „Arbeitsunfähigkeit” und das Problem der Koordination der Geldleistungen in der Invaliden — und in der Krankenversicherung (Schluss) 119

Wacław Lengą: Die Wirtschaft und die finanzielle Lage der Krankenversicherung in den Jahren 1925 — 1938 133

Matériaux:

W. Z. Prestations pour les assurés dans la Silésie d'outre Olza	142
Eugenia Waśniewska: Futur Musée Social en Pologne	148
Dr Stanisław Bühn: Organisation du travail des gardes-malades diplômées de la caisse - assurance de Lwów	154

Actualités:

Pologne	155
Étranger	163

Livres et périodiques	170
---------------------------------	-----

Résumé de certains articles importants en français et allemand	176
--	-----

Statistiques	180
------------------------	-----

Materialien:

W. Z.: Die Versicherungsunterstützungen in Olsaschlesien	142
--	-----

Eugenia Waśniewska: Das künftige Sozialmuseum in Polen	148
--	-----

Dr Stanisław Bühn: Die Organisation der Arbeit der diplomierten Krankenpflegerinnen in der Sozialversicherungskasse in Lwów	154
---	-----

Die Landeskronik	155
----------------------------	-----

Die Auslandskronik	163
------------------------------	-----

Bücher- und Zeitschriftenschau	170
--	-----

Inhaltsangabe einiger Aufsätze in fremden Sprachen	176
--	-----

Statistik	180
---------------------	-----

WPROWADZONE DO LEKOSPISU ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ACECOLIN SOLUTIO

*stabilizowany chlorek acetylocholino-
w bezwodnym roztworze
ampułki po 0,02, 0,05, 0,1 i 0,2 g*

Nadciśnienie tętnicze**Kurcze tętnicy siatkówki****Skurcze tętniczek****Kolka ołowicza****Zapalenie tętnic****Chromanie przestankowe****Dusznicza bolesna****Zespół Raynaud****Zgorzele****Porażenia połowicze****Zaburzenia troficzne****Nadkwaśność****Atonia pęcherzyka****żółciowego**

Zalecone przez Ministerstwo Opieki Spo-
lecznej do najszerszego stosowania w prak-
tyce lekarskiej

(Dziennik Urzędowy M. O. S. Nr 7/1938, poz. 98)

ANNOGEN „BORUTA“

proszek, tabletki po 0,25 g

NIETOKSYCZNY, NIEDRAŻNIĄCY TKANEK
ŚRODEK BAKTERIOBÓJCZY

ODKAŻA, ODWANIA, LECZY

ODKAŻANIE RAN, OWRZODZEŃ, JAM
CIAŁA, BŁON ŚLUZOWYCH, RĄK, SKÓRY,
NARZĘDZI, BIELIZNY

PREPARATY ANNOGENOWE „BORUTA“:

**PASTA, MYDŁO, PRZYSYPKA, PUDER,
ENTERAKTIN, FEMAKTIN, GAZA I WATA,
INDYWIDUALNE OPATRUNKI**

CHEM. FARM. ZAKŁ. PRZEM. HANDL. L. NASIEROWSKI - WARSZAWA

S P R O S T O W A N I E

W zeszycie 8 (sierpień 1938 r.) „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” w artykule „Gospodarka Ubezpieczalni Społecznych w 1937 r.” na stronie 535 omyłkowo podano wysokość wydatków administracyjnych ubezpieczenia chorobowego na 1 ubezpieczonego w latach 1925 — 1933.

	Podano	Powinno być
1925 r.	zł. 6.44	zł. 7.76
1926 r.	„ 6.80	„ 8.45
1927 r.	„ 7.10	„ 9.73
1928 r.	„ 7.68	„ 10.14
1929 r.	„ 8.79	„ 11.16
1930 r.	„ 9.77	„ 11.75
1931 r.	„ 10.28	„ 12.27
1932 r.	„ 10.66	„ 11.47
1933 r.	„ 10.30	„ 11.24
1934 r.	„ 10.34	„ 10.34
1935 r.	„ 8.09	„ 8.09
1936 r.	„ 6.90	„ 6.90
1937 r.	„ 6.97	„ 6.97