

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.

JAKUB CHRZANOWSKI — Warszawa

lekarz

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

(Dokończenie)

Pojęcie inwalidztwa.

W przepisach ustawowych o ubezpieczeniu emerytalnym robotników i pracowników umysłowych znajdujemy określenie pojęcia inwalidztwa robotniczego (niezdolności do zarobkowania) i inwalidztwa zawodowego.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym uważa za niezdolnego do zarobkowania tego, kto niezależnie od wieku — „wskutek choroby, ułomności fizycznej lub umysłowej, bądź też wskutek upadku sił fizycznych i umysłowych — stanie się niezdolnym do zarobienia własną pracą trzeciej części tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu” (art. 154 ust. 1).

Według art. 22 rozp. Prez. Rzpl. o ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych „za niezdolnego do wykonywania zawodu uważa się pracownika, którego zdolność do wykonywania zawodu wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej obniżyła się poniżej 50% zdolności osób zdrowych fizycznie i umysłowo o podobnym uzdolnieniu zawodowym”.

Pominiemy na tym miejscu sprawę niezdolności do zarobkowania w ubezpieczeniu emerytalnym robotników z ukończeniem określonego wieku jak również szczególne kry-

teria niezdolności do zarobkowania dla górników i hutników (w ustawie o ubezpieczeniu społecznym) i dla osób, które przed wejściem w życie ustawy o ubezp. społ. (t. j. przed 1 stycznia 1934 r.) podlegały ubezpieczeniu emerytalnemu na podstawie poprzednio obowiązujących ustaw (niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej i austriackich przepisów o górniczych kasach brackich), — a przyjmujemy wymienione w ustawie kryteria niezdolności jako punkt wyjścia dla dalszej analizy tego pojęcia, traktując przepisy ustawy tylko jako częściowe, niepełne wytyczne, których uzupełnienie znajdziemy w praktyce ubezpieczeniowej i w literaturze z zakresu orzecznictwa inwalidzkiego. Zaznaczam ponownie, że — zgodnie z zasadami przyjętej na wstępie terminologii — będziemy mówili o „inwalidztwie” lub „niezdolności zarobkowej”, jeżeli nie rozróżniamy stosunku tego kryterium do rodzaju ubezpieczenia emerytalnego (robotników czy pracowników umysłowych), o „niezdolności do zarobkowania” lub „inwalidztwie robotniczym” — w zastosowaniu do ubezpieczenia emerytalnego robotników, o „niezdolności zawodowej” (do wykonywania zawodu) lub „inwalidztwie zawodowym” w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych.

Przez inwalidztwo — niezależnie od tego czy sprowadzimy je do pojęcia niezdolno-

ści zawodowej czy niezdolności do zarabkowania — należy rozumieć w y p a d e k u b e z p i e c z e n i o w y — sytuację życiową ubezpieczonego, określoną przez dwa czynniki: zdrowotny (lekarski) i gospodarczo-społeczny. Czynnikiem lekarskim dotyczy przyczyny inwalidztwa, t. j. częściowego upośledzenia sprawności zarobkowej wskutek zmian chorobowych i zaburzeń w stanie zdrowia organizmu ludzkiego; z obniżenia sprawności zarobkowej wynikają skutki gospodarczo-społeczne inwalidztwa t. j. niemożność osiągnięcia własną pracą — w swoim zawodzie albo na ogólnym rynku pracy — określonego minimum zarobku. Jak zobaczymy niżej, w pojęciu niezdolności zawodowej jest zachowana proporcja między wymaganymi skutkami gospodarczymi a ich przyczyną natury zdrowotnej, natomiast nie znajdziemy tej proporcji w pojęciu niezdolności do zarabkowania — i to jest może najbardziej istotna różnica między tymi pojęciami (p. Pasternak i Rudziński, 6).

Strona zdrowotna w obydwóch pojęciach: niezdolności do zarabkowania i do wykonywania zawodu — przedstawia się niemal i d e n t y c z n i e, dlatego też omówimy łącznie przyczyny, stopień, trwałość, datę powstania itp. inwalidztwa zawodowego i robotniczego, wskazując w miarę potrzeby na zachodzące różnice pomiędzy tymi pojęciami.

Przyczyną inwalidztwa może być choroba, ułomność fizyczna lub umysłowa oraz upadek sił fizycznych i umysłowych.

Tylko w niektórych przypadkach, przede wszystkim przy wystąpieniu objawów przedwczesnego zestarzenia się ustroju, możemy mówić o „upadku sił fizycznych i psychicznych”; jako przyczynie odrębnej od choroby i ułomności; ze względu na fizjologiczne zmiany starcze przyjmuje się przeciw inwalidztwo z ukończeniem określonego wieku.

Należy tu zaznaczyć, że przyjęcie w ustawie inwalidztwa z ukończeniem określonego wieku (65 lat w ubezpieczeniu emerytalnym robotników dla otrzymania renty inwalidzkiej) z powodu fizjologicznych zmian starczych — stanowi pomocnicze kryterium w orzecznictwie lekarskim inwalidzkim; w przypadkach, w których obniżenie sprawności zarobkowej zależy przede wszystkim od przedwczesnego starzenia się ustroju (zmiany wsteczne i zanikowe w narządach, dalekowzroczność starcza, rozpoczynająca się głuchota, obniżenie sprawności psychicznej itd.) — orzekający lekarz może dojść do oceny inwalidztwa między innymi przez porównanie stwierdzonego w aktualnym przypadku stanu zdrowia badanego z przeciętnym stanem zdrowia osobnika 65 letniego i rozległymi zmianami zużycia się organizmu, właściwymi dla tego wieku.

Pojęcie „umysłowej lub fizycznej ułomności”, jako odrębna od choroby przyczyna inwalidztwa, znalazło swój wyraz w prak-

tyce ubezpieczeniowej niemieckiej w wypowiedzeniach instancji orzecznich. Z właściwym charakterowi niemieckiego prawodawstwa kazuistycznym ujęciem określono jako ułomności fizyczne „... stany cierpienia, uwarunkowane brakiem lub zniekształceniem ważnych części ciała lub chorobliwymi, organicznymi zmianami ciężkiego rodzaju, jak ślepotą, głuchotą, kalectwo ważnych dla życia członków, ciężkie objawy porażenia po pacieryzowym paraliżu dziecięcym, krzywica z silnymi zniekształceniami aż do chwili, dokąd nie nastąpiło przyzwyczajenie lub wprawienie się do zawodu, ... wreszcie ciężka otwarta gruźlica o charakterze postępowym”. Jako ułomności umysłowe wymieniono: „... choroby umysłowe, znaczna słabość umysłu, padaczka z częstymi atakami oraz z umysłową niższością lub silnymi psychicznymi zaburzeniami itd.”. Zaznaczono przy tym, że ułomności fizyczne i psychiczne mają odpowiadać stanom trwałego inwalidztwa.

Na ogół jednak ściśle rozróżnienie — jako przyczyny inwalidztwa — choroby, ułomności lub upadku sił jest trudne, zwłaszcza że choroba może wywoływać jednocześnie z inwalidztwem niezdolność chorobową, a ułomności i upadek sił występują często jako skutek i zejście poprzedzającej je choroby. W odróżnieniu od niezdolności chorobowej, którą — jak wspomniałem — można uważać raczej za objaw choroby, traktujemy inwalidztwo jako skutek choroby, jako następcze zjawisko chorobowe. Podkreślam również raz jeszcze, że o ile niezdolność chorobową stwierdza się z reguły w chorobach o przebiegu ostrym i po urazach, o tyle w orzecznictwie inwalidzkim odgrywają zasadniczą rolę przewlekłe schorzenia i stany chorobowe, najczęściej choroby o charakterze zrodnieniowym.

Wreszcie specjalny charakter przedstawiają przyczyny inwalidztwa zawodowego, pokrywające się równocześnie z przyczynami niezdolności chorobowej, w przypadkach, w których zaburzenia w stanie zdrowia (przy uwzględnieniu istoty pracy zawodowej, jej cech psycho-fizycznych itd.) uniemożliwiają trwale lub przynajmniej przez dłuższy okres czasu wykonywanie danego zawodu (np. pracy nauczyciela przy zakaźnej prątkującej gruźlicy — ze względu na zdrowie i życie otoczenia, konieczność zmiany zawodu ze względu na chorobę z a w o d o w ą itd.).

Częściowe obniżenie sprawności zarobkowej, to jest zagadnienie *stopniowania inwalidztwa*, odróżnia je również od niezdolności chorobowej, która może mieć tylko charakter niezdolności całkowitej.

Według Fischlowitza (2) „ubezpieczenie inwalidzkie, któreby udzielało świadczeń tylko w razie zupełnej niezdolności, miałyby się z właściwym celem, ponieważ tak rozumiane inwalidztwo zachodzi bardzo rzadko, a raczej wyjątkowo”. Wspomniałem już poprzednio, że za

tak rozumiane „zupełne” inwalidztwo można uważać stany, równoznaczne z obłązną chorobą, wymagające stałej pomocy i opieki i uprawniające do otrzymania dodatku do renty (w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych).

Rozważania nad stopniem inwalidztwa — ze strony lekarskiej tego zagadnienia — wykazują rozbieżności pomiędzy wytycznymi ustawowymi dla oceny stopnia inwalidztwa a przyjętymi w wykonaniu ustawy, w praktyce ubezpieczeniowej.

W ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych ustawa przyjmuje istnienie inwalidztwa zawodowego w przypadku obniżenia się sprawności zawodowej poniżej 50% (ustawodawcy prawdopodobnie chodziło o określenie miernika zdolności psychofizycznej). W praktyce ubezpieczeniowej miernik ten przyjmuje się tylko przy rozważaniu skutków gospodarczo - społecznych niezdolności zawodowej. Natomiast z punktu widzenia lekarskiego nie określa się inwalidztwa w procentach (a przynajmniej nie powinno się określać — p. Pasternak i Rudziński, 6, oraz Rudziński (7) a tylko na drodze określonego metodyką rozumowania dochodzi się do stwierdzenia ustawowego stopnia obniżenia zdolności zawodowej, równoznacznego w praktyce najczęściej z zupełną zdolnością lub niezdolnością do wykonywania zawodu.

W ubezpieczeniu emerytalnym robotników ustawa określa tylko gospodarczo - społeczny miernik inwalidztwa (niemożność osiągnięcia $\frac{1}{3}$ zarobku lokalnego z uwzględnieniem wykształcenia i uzdolnienia), nie wspominając o stopniu obniżenia się sprawności zarobkowej z punktu widzenia lekarskiego. W praktyce ubezpieczeniowej przenoszono dotychczas (za wzorami niemieckimi) miernik gospodarczo-społeczny do oceny lekarskiej inwalidztwa i umawiano się, że ustawowa niezdolność do zarabkowania zachodzi przy obniżeniu się zdolności więcej niż o 66 $\frac{2}{3}$ % itd. Sztuczność i bezzasadność takiej oceny, zwłaszcza oczywiście, jeżeli się zważy wspomniany wyżej brak proporcji w ustawowym pojęciu inwalidztwa robotniczego pomiędzy przyczyną inwalidztwa natury zdrowotnej i jej skutkami gospodarczo-społecznymi, wykazali Pasternak i Rudziński (6) oraz Rudziński (7); — ten ostatni w metodyce orzecznictwa inwalidzkiego, wyłączając możliwość procentowego określania inwalidztwa robotniczego, sprowadza sposoby oceny ustawowego stopnia obniżenia niezdolności do zarabkowania z punktu widzenia lekarskiego właściwie do tych samych zasad, na których oparte jest orzeczenie lekarskie o niezdolności zawodowej (z tą jedynie różnicą, że w razie stwierdzenia istnienia niezdolności zawodowej określamy zdolność do wykonywania innych zawodów lub grup zawodów dzieląc je na prace lekkie, średnio ciężkie itd.).

Z charakteru przyczyn inwalidztwa wynika jego zasadnicza cecha — *trwałość zaburzeń* w stanie zdrowia organizmu ludzkiego i wywołanego zaburzeniami upośledzenia sprawności zarobkowej. Jednakże trwałość inwalidztwa nie jest bezwzględnym warunkiem do uznania jego istnienia — ustawa odróżnia inwalidztwo trwałe i przejściowe.

Według Pasternaka i Rudzińskiego (6) pojęcie trwałego inwalidztwa w ujęciu prawnoubezpieczeniowym nie jest równoznaczne ze stanem, w którym wyłącza się raz na zawsze możliwość przywrócenia zdolności do zarobkowania. Decydującą o charakterze inwalidztwa jest odpowiedź na pytanie, kiedy może nastąpić przywrócenie zdolności zarobkowej. Jeżeli nie możemy na to pytanie odpowiedzieć, należy uznać niezdolność za trwałą. Jeżeli natomiast ze stanowiska wiedzy lekarskiej możemy przewidywać trwałe lub co najmniej dłużej trwające przywrócenie zdolności zarobkowej — uznajemy niezdolność za przejściową.

Ocena trwałości lub przejściowości inwalidztwa — nie nastrożająca specjalnych trudności przy uznaniu inwalidztwa z powodu starości, kalectw itp. organicznych, nieodwracalnych zmian i zaburzeń sprawności poszczególnych narządów czy całego ustroju — sprawdza się w przypadku stwierdzenia inwalidztwa, jako następstwa stanów chorobowych, i chorób przewlekłych, głównie do klinicznego rokowania, opartego na zejściu danego schorzenia (zatem podobnie jak przy określaniu czasokresu niezdolności chorobowej). Np. w przypadku, w którym stwierdzono inwalidztwo z powodu choroby wrzodowej żołądka, orzeczenie o trwałości lub przejściowości inwalidztwa musi oprzeć się na klinicznych rozważaniach nad możliwością zejścia wrzodu z uwzględnieniem wszelkich czynników, jakie się bierze pod uwagę przy rokowaniu, w indywidualnym odniesieniu do poszczególnego przypadku choroby; następnie zależnie od tego czy będziemy rozważać możliwość przywrócenia zdolności do wykonywania zawodu czy zarabkowania należy uwzględnić w rokowaniu znaczenie zawodu.

Najważniejszym czynnikiem, jaki bierze pod uwagę lekarz orzekający o czasokresie inwalidztwa w danym przypadku, jest niewątpliwie plan leczenia, którego przeprowadzenie celem ewentualnego restytuowania zdolności zarobkowej proponuje instytucji ubezpieczeniowej lekarz-rzeczoznawca podając rodzaj, długość okresu, oraz przypuszczalne wyniki leczenia lub zastosowania środków pomocniczych przeciwko zniekształceniom i kalectwu. Jeśli ubezpieczony nie zgodzi się na leczenie, bez przeprowadzenia którego przywrócenie zdolności zarobkowej nie jest możliwe, to może zajść konieczność przyjęcia trwałości inwalidztwa zwłaszcza w przypadkach, w których leczenie restytucyjne miało polegać na poddaniu ubezpieczonego zabiegowi operacyjnemu, przedstawiającemu pewne niebezpieczeństwo dla

stanu zdrowia lub dla życia ubezpieczonego. Natomiast nie może być mowy o uznaniu za trwale niezdolnego inwalidę, który nie chce poddać się leczeniu zdrojowiskowemu, zastosowaniu protezy itd. W tych przypadkach ustawodawstwo i praktyka ubezpieczeniowa przewidują zawieszenie lub odmówienie prawa do świadczeń inwalidzkich, jeżeli leczenie restrykcyjne — według opinii lekarskiej — przypuszczalnie osiągnęłoby swój cel. Z drugiej strony trwałość inwalidztwa — mimo możliwości przywrócenia zdolności zarobkowej po pewnym okresie czasu przy odpowiednim leczeniu — może być przyjęta przez instytucję ubezpieczeniową z pobudek czysto finansowych ze względu na nieopłacalność leczenia, jeżeli leczenie jest bardzo kosztowne (a zwłaszcza niewspółmierne z wysokością świadczeń z powodu inwalidztwa, jak np. przy niskich rentach w ubezpieczeniu emerytalnym robotników, w którym leczenie restrykcyjne „opłaca się” stosować tylko w wyjątkowych przypadkach), a spodziewane wyniki leczenia nie dają wystarczającej gwarancji przywrócenia na czas dłuższy zdolności zarobkowej. Leczenie restrykcyjne bowiem ma na celu — poza stroną społeczno-zdrowotną tej akcji — osiągnięcie pozytywnych skutków dla finansów ubezpieczenia emerytalnego przez zmniejszenie liczby świadczeń, wypłacanych z powodu inwalidztwa.

Poza planem leczenia przy ocenie trwałości lub przejściowości inwalidztwa należy wziąć pod uwagę — analogicznie jak w ubezpieczeniu wypadkowym — możliwość przyzwyczajenia się i przystosowania (nabywania nowej wprawy) inwalidy. Odnosi się to wyłącznie do przypadków inwalidztwa z powodu kalectw i zniekształceń. Np. w przypadku stanu po amputacji stopy i założeniu protezy u młodego, niewykwalifikowanego robotnika — przy braku innych zaburzeń w stanie zdrowia, mogących upośledzać sprawność zarobkową — stwierdzimy inwalidztwo przejściowe na okres czasu (2 — 3 lata), w którym poszkodowany prawdopodobnie przyzwyczai się i przystosuje do kalectwa.

Oprócz czynników natury lekarskiej, odnoszących się do przyczyny inwalidztwa, o jego trwałości lub przejściowości decyduje niejednokrotnie nie względ na trwałość zaburzeń w stanie zdrowia — lecz stałość utrzymywania się skutków gospodarczo-społecznych inwalidztwa, tj. niemożność osiągnięcia określonego ustawą minimum zarobku. Do sprawy tej powrócimy jeszcze w rozważaniach nad stroną gospodarczą zagadnienia niezdolności do wykonywania zawodu lub do zarobkowania i nad znaczeniem pojęcia zawodu.

Ustawy ubezpieczeniowe wymagają poza tym ustalenia w każdym przypadku orzeczniczym czasu powstania inwalidztwa, jako ścisłego terminu, tj. określonej jednostki czasu (wg brzmienia ustawy — dnia), w której nastąpił wypadek ubezpieczeniowy — inwalidztwo.

Pomijając przypadki, w których inwalidztwo powstało jako skutek zdarzenia nagłego o charakterze zewnętrznym (np. w związku z niebezpiecznym wypadkiem) lub wewnątrzno-ustrojowym (wylew krwawy do mózgu, zawał mięśnia sercowego itd.) — z punktu widzenia lekarskiego możnaby określać co najwyżej (i to tylko w niektórych przypadkach) na podstawie przebiegu schorzenia i jego istoty — czasokres powstania inwalidztwa w przybliżeniu (miesiące, lata). Natomiast ustalenie — zgodnie z wymogami ustawy — dnia powstania inwalidztwa w tych wszystkich przypadkach, w których zostało ono wywołane indywidualnie, przewlekłe postępującymi schorzeniami, jest właściwie niemożliwe.

Wynikają stąd zasadnicze trudności dla sprawy koordynacji świadczeń pieniężnych, uwarunkowanych istnieniem bądź inwalidztwa bądź niezdolności do pracy, zwłaszcza jeżeli się zważy, że przyczyny inwalidztwa i niezdolności do pracy pokrywają się częściowo ze sobą. Jak wynika bowiem z danych statystycznych instytucji ubezpieczeniowych — te same przewlekłe schorzenia (gruźlica, gościec, choroby narządu krążenia itd.) są najczęstszymi przyczynami zarówno inwalidztwa jak i długotrwałej niezdolności do pracy i w największym stopniu obciążają fundusze ubezpieczenia inwalidzkiego i chorobowego. Dlatego też sprawa ustalenia terminu, do którego ubezpieczonemu przysługiwałyby świadczenia, uwarunkowane istnieniem niezdolności do pracy, ewentualnie od którego ubezpieczony miałby prawo do świadczeń z ubezpieczenia inwalidzkiego, przedstawia zagadnienie praktyczne wielkiej wagi dla koordynacji postępowania świadczeniowego.

Nasze ustawodawstwo ubezpieczeniowe (zarówno w ubezpieczeniu emerytalnym robotników jak i pracowników umysłowych) rozwiązuje to zagadnienie w ten sposób, że w stosunku do osób pobierających zasiłek chorobowy przyjmuje za dzień nastania inwalidztwa datę wyczerpania świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego (inwalidztwo zatem traktuje się jako dalszy ciąg niezdolności do pracy), w stosunku do innych osób — dzień zgłoszenia roszczenia o rentę inwalidzką (o ile w postępowaniu świadczeniowym nie ustalono innej daty powstania inwalidztwa). Rozwiązanie takie w praktyce ubezpieczeniowej przedstawia różne niedociągnięcia, do omówienia których powrócę jeszcze w drugiej części pracy.

Rozważania nad znaczeniem kryterium zawodu w orzecznictwie inwalidzkim odnoszą się zarówno do strony lekarskiej jak i do strony gospodarczo-społecznej inwalidztwa. Pomijam tutaj szczegółową analizę pojęcia zawodu, zwłaszcza że została ona przepracowana przez Pasternaka i Rudzińskiego (6) według podanych w ustawie kryteriów zawodu (patrz art. 22 rozp. Pr. R. P. o ubezpieczeniu prac. umysł.): fachowego wykształcenia, długości o-

kresu wykonywania danego zajęcia, przynależności zawodowej oraz „innych stosownych znamion istotnych”, z których ważnym jest zwłaszcza czynnik finansowy, tj. wiążące się z wykonywaniem zawodu szczególne korzyści gospodarcze. Kryteria te są pomocne dla określenia zawodu w indywidualnych przypadkach, zarówno ubezpieczonych pracowników umysłowych jak i robotników.

Mimo różnego potraktowania znaczenia dotychczasowego zawodu w przepisach o ubezpieczeniu emerytalnym robotników i pracowników umysłowych — ocena zawodu badanego osobnika dla celów orzeczniczych z punktu widzenia lekarskiego jest jednakowa zarówno przy określaniu ustawowej niezdolności do zarabkowania jak i niezdolności zawodowej. W jednym i drugim przypadku — po ustaleniu, zgodnie z podanymi wyżej kryteriami, zawodu badanego — bierzemy pod uwagę charakter wykonywanych przez badanego czynności zawodowych, stopień wysiłku fizycznego, potrzebnego do spełniania danego zawodu, wymagane cechy fizyczne i psychiczne, warunki w warsztacie pracy i niebezpieczeństwa zawodowe itd., — a następnie przez zestawienie w ten sposób ocenionego zawodu badanego z aktualnym stanem jego zdrowia dochodzimy do orzeczenia o ewentualnym istnieniu niezdolności do wykonywania zawodu. Do momentu zatem orzeczenia o zdolności do wykonywania dotychczasowego zajęcia z zarobkowego (niezależnie od tego czy chodzi o zawód, czynności przyuczone, pracę niewykwalifikowanego robotnika itd.) nie ma dla orzekającego lekarza różnicy w ujmowaniu pojęcia zawodu ubezpieczonego robotnika i pracownika umysłowego. Rozstrzygnięcie sprawy zdolności lub niezdolności do wykonywania zawodu (z uwzględnieniem różnych czynności danego zawodu) wskutek zaburzeń w stanie zdrowia stanowi zakończenie czynności orzeczniczych w przypadku określania ustawowego inwalidztwa zawodowego ubezpieczonych pracowników umysłowych. Natomiast w razie uznania niezdolności do wykonywania dotychczasowego zajęcia zarobkowego u robotnika — a nieuznania badanego za niezdolnego do wykonywania każdej pracy fizycznej — lekarz musi ustalić, do wykonywania jakich zawodów lub grup zawodów (czynności przyuczonych, prac niewykwalifikowanych) badany jest zdolny przy aktualnym stanie zdrowia (biorąc pod uwagę podział prac pod względem stopnia wysiłku fizycznego, warunków pracy itd. na prace lekkie, średnio-ciężkie, ciężkie i bardzo ciężkie — p. Rudziński, 7). Zagadnienie czy pracami, wykonywanie których byłoby możliwe przy ustalonym stanie zdrowia, badany zarobi ustalone minimum zarobku, należy w zasadzie nie do lekarza-rzeczoznawcy a do administracji instytucji ubezpieczeniowej.

Jak wynika z powyższego, literatura i praktyka lekarskiego orzecznictwa inwalidzkiego u-

stalają w ten sam sposób stosowanie pojęcia zawodu w ocenie lekarskiej inwalidztwa robotniczego i zawodowego, do stwierdzenia którego dochodzą na drodze zestawienia stanu zdrowia badanego z wymaganiami psychofizycznymi zawodu. Stąd lekarz-rzeczoznawca musi być dokładnie obznajmiony z podstawami zawodoznawstwa, niezależnie od tego, czy orzeka dla ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych czy robotników czy też wreszcie w ubezpieczeniu chorobowym.

Rozpatrzenie znaczenia kryterium zawodu w ocenie gospodarczo-społecznej inwalidztwa połączmy z omówieniem całokształtu *strony gospodarczo-społecznej zagadnienia inwalidztwa*, która — w odróżnieniu od jego strony lekarskiej — będzie przedstawiała się w różny sposób dla pojęcia niezdolności do zarabkowania w ubezpieczeniu emerytalnym robotników oraz dla pojęcia niezdolności do wykonywania zawodu w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych.

Wspólnym założeniem ubezpieczenia emerytalnego inwalidzkiego jest dążność do restytuowania pracownikowi przez świadczenia ubezpieczeniowe w pewnej części tego zarobku, który utracił wskutek upośledzenia sprawności zarobkowej, a przez to — obrona pracownika przed deklasacją społeczną. Wynikają stąd wspólne metody określania skutków gospodarczych inwalidztwa (na drodze porównania zarobków inwalidy i przeciętnego pracownika oraz przez przyjęcie określonego minimum zarobku, którego niemożność osiągnięcia decyduje o istnieniu inwalidztwa), wysunięcie na plan pierwszy w gospodarczym pojmowaniu zawodu znaczenia wysokości osiąganego pracą zawodową zarobku dla obydwóch rodzajów ubezpieczeń oraz podkreślenie, że inwalidztwo (zawodowe i robotnicze) zachodzi w przypadku niemożności osiągnięcia ustawowego minimum zarobku własną pracą (mimo, że mogłoby być osiągnięte np. przez prowadzenie przedsiębiorstwa).

Natomiast zasadnicze różnice między ustawowymi pojęciami niezdolności do zarabkowania i niezdolności zawodowej — w ocenie gospodarczo-społecznej tych pojęć — wynikają z różnego określenia w ustawie miernika skutków gospodarczo-społecznych inwalidztwa zawodowego i robotniczego oraz z gospodarczo-społecznych następstw niejednakowego uwzględnienia kryterium pracy zawodowej w orzekaniu o istnieniu inwalidztwa robotniczego i zawodowego (jak wykazaliśmy wyżej, przy ocenie lekarskiej inwalidztwa różnica ta nie odgrywa zasadniczej roli).

W ubezpieczeniu emerytalnym robotników miernikiem skutków gospodarczych ustawowego inwalidztwa robotniczego jest niemożność osiągnięcia własną pracą minimum ($\frac{1}{3}$) zarobku, który osiąga w danej miejscowości osoby w pełni sił fizycznych o podobnym wy-

kształceniu i uzdolnieniu. Zastrzeżenie: „w danej miejscowości” odnosi się do warunków płacy robotników o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu na pewnym terytorium, które należy inaczej określać dla różnych kategorii robotników (np. dla robotników rolnych można znaleźć podobne warunki płacy na obszarze kilku województw, dla robotników przemysłowych — zachodzą mniejsze lub większe różnice w warunkach płacy niemal w każdym okręgu przemysłowym).

Jak wynika z powyższego, ustawa przyjmuje zdolność do zarobkowania na ogólnym rynku pracy — i w przypadku niezdolności wskutek zaburzeń w stanie zdrowia do zdobycia ustawowego minimum w dotychczasowym zawodzie (czynności przyuczonej, pracy niewykwalifikowanej) uznaje istnienie inwalidztwa robotniczego dopiero wówczas, kiedy inwalida również innymi czynnościami zarobkowymi nie osiągnie tego minimum (albo z przyczyn natury lekarskiej — obniżenia się sprawności zarobkowej wskutek zmian chorobowych albo ze względu na to, że czynnościami zarobkowymi, do wykonywania których według orzeczenia lekarskiego jest zdolny w aktualnym stanie zdrowia, nie zarobi $\frac{1}{3}$ poprzedniego zarobku).

Mimo zatem ujmowania niezdolności do zarobkowania, jako niemożności osiągnięcia ustawowego minimum zarobku przez inwalidę na ogólnym rynku pracy — jego dotychczasowy zawód ma pewne znaczenie dla stwierdzenia ustawowego inwalidztwa robotniczego przez swój stosunek zarobku lokalnego w dotychczasowym zawodzie do zarobku lokalnego, możliwego do uzyskania pracami, do wykonywania których zakwalifikowano badanego w aktualnym stanie upośledzenia jego sprawności zarobkowej. W przypadkach, w których dotychczasowy zawód badanego (do wykonywania którego wskutek zmian chorobowych badany stał się niezdolny) był zawodem kwalifikowanym i dobrze płatnym, ten stosunek zarobków (mimo możliwości zatrudnienia inwalidy z punktu widzenia lekarskiego np. przy średnio-ciężkich pracach niewykwalifikowanych) zdecydowanie o uznaniu inwalidztwa robotniczego. Tak np. uznano za trwale niezdolnego do zarobkowania motorniczego tramwajowego (zarobek lokalny wynosił ca 350 zł.), który nie mógł już wykonywać swojego zajęcia zawodowego ze względu na nieuleczalne schorzenie narządów ruchu, nasilające się pod wpływem warunków atmosferycznych — a mógłby być zatrudniony np. jako posługacz, numerowy, szatniarz itd. w pomieszczeniach zamkniętych, jednakże takimi pracami nie osiągnąłby $\frac{1}{3}$ (tj. ca 120 zł.) dotychczasowego zarobku. Przykład ten wskazuje jednocześnie, że ostateczne określenie ustawowego inwalidztwa robotniczego może zależeć od kryteriów natury nie lekarskiej.

Zaznaczam tu jeszcze, że przy określaniu minimum zarobku, decydującego o inwalidztwie w przypadkach, w których zgłasza-

jący się o rentę nie podlega już ubezpieczeniu (np. gdy poprzednio ubezpieczony jako czeladnik murarski w chwili zgłoszenia się o rentę inwalidzką prowadził przedsiębiorstwo jako majster murarski), bierzemy pod uwagę to zatrudnienie, które wykonywał w czasie podlegania ubezpieczeniu (a więc zatrudnienie i warunki płacy czeladników murarskich, ciesielskich itd., ponieważ ustawa mówi o „podobnym” a nie o tym samym „wykształceniu i uzdolnieniu”). W przypadkach, w których zgłaszający się o rentę inwalidzką wykonywał poprzednio inny zawód, niż w chwili zgłoszenia, bierzemy w zasadzie (o ile wykonywanie poprzedniego zawodu trwało dostatecznie długo) dla określenia minimum zarobku płace wyższe, ponieważ inaczej ubezpieczenie nie chroniłoby przed deklasacją społeczną tych, którzy np. z powodu złego stanu zdrowia byli zmuszeni po długoletnim wykonywaniu wysoko kwalifikowanego i dobrze płatnego zawodu przejść do innego zawodu czy zajęcia zarobkowego z mniejszą płacą. Wreszcie przy ustalaniu minimum zarobku ubezpieczonych kobiet bierzemy pod uwagę jej własny zawód, z tytułu którego podlega(ła) ubezpieczeniu inwalidzkiemu, a nie zawód męża — natomiast u wdów (przy roszczeniach o rentę po inwalidzką) przyjmujemy dla ustalenia minimum zarobku stanowisko życiowe zmarłego męża.

W ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych dochodzi się do uznania niezdolności zawodowej zasadniczo na podstawie lekarskiego stwierdzenia niezdolności psychofizycznej do wykonywania określonego zawodu, przy tym — jak już wspomnieliśmy wyżej — ocena lekarska nie określa stopnia niezdolności ściśle w procentach, a tylko — biorąc pod uwagę nasilenie upośledzenia sprawności zawodowej — uznaje badanego za zdolnego lub niezdolnego do wykonywania zawodu.

Wobec określenia w ustawie stopnia obniżenia się zdolności zawodowej w przypadku inwalidztwa „poniżej 50% zdolności osób zdrowych fizycznie i umysłowo o podobnym uzdolnieniu zawodowym” — między przyczyną inwalidztwa a jej skutkami gospodarczymi jest zachowana proporcja. W przypadku inwalidztwa zawodowego zachodzi zatem również niemożność osiągnięcia pracą zawodową conajmniej połowy odpowiedniego zarobku w danym zawodzie. Jednakże ten miernik gospodarczy — wobec decydującego znaczenia przy stwierdzaniu inwalidztwa kryteriów lekarskich — odgrywa przy określaniu inwalidztwa zawodowego tylko pomocniczą rolę. Jedyne w przypadkach, w których mimo stwierdzenia z punktu widzenia lekarskiego inwalidztwa zawodowego uprawniony do renty inwalidzkiej z ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych nadal pracuje w swoim zawodzie i uzyskuje z wykonywania swojego zawodu więcej niż połowę odpowiedniego zarobku, — wobec braku skutków gospodarczo-spo-

lecznych rzekomego inwalidztwa zawodowego musimy zaprzeczyć istnieniu inwalidztwa. Poza tym fakt zarobkowania powinien być wzięty pod uwagę przez orzekającego lekarza przy określaniu ustawowego inwalidztwa, zwłaszcza w przypadkach, w których upośledzenie sprawności zawodowej ma zależeć głównie od zaburzeń natury czynnościowej bez ich odpowiednika w stanie przedmiotowym badanego.

Natomiast zarówno zarobkowanie, niestano-
wiące wykonywania swego zawodu, bez wzglę-
du na wysokość osiąganego zarobku, jak i za-
robkowanie w swoim zawodzie, jednak bez
przekroczenia miernika gospodarczo-społeczne-
go inwalidztwa (t. j. przy osiągnięciu pracą mniej
niż połowę zarobku) — wobec przyjęcia w usta-
wie częściowego inwalidztwa nie może samo
przez się zaprzeczyć istnieniu inwalidztwa (Pa-
sternak i Rudziński, 6).

W zestawieniu z ubezpieczeniem
emer. robotników pracownicy umysłowi
— pomijając już sprawę różnego wymiaru rent,
szczególnie niskich dla robotników — mają
znacznie korzystniejsze warunki ochro-
ny przed deklasacją społeczną i zawodową
przez przyjęcie wyższego miernika skutków
społeczno-gospodarczych oraz warunku niezdol-
ności zawodowej.

Szczególnie silne zaakcentowanie w polskim
ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych
kryterium niezdolności zawodowej, pozwalają-
ce wprowadzić na uwzględnienie ogółu czynności wcho-
dzących w zakres danego zawodu, jednakże bez rozwa-
żenia możliwości readaptacji inwalidy do innego zajęcia
czy zawodu — spotyka się z krytyką wielu autorów.
Formułując wnioski de lege ferenda domagają się oni z
jednej strony rozszerzenia pojęcia zawodu w ubez-
pieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych co naj-
mniej na grupy zawodowe, z drugiej strony uważają, że
ze stanowiska społecznego słuszne jest żądanie, aby in-
walida (zwłaszcza osobnik młody) wykorzystywał prak-
tycznie pozostałe siły przez readaptację zawodu, —
naturalnie przy odpowiedniej organizacji akcji dokształca-
nia zawodowego ze strony instytucji ubezpieczeniowej.
Należy zaznaczyć, że dopuszczenie możliwości readaptacji
inwalidy do innego zawodu wprowadziłoby nowe kryte-
ria do oceny inwalidztwa zawodowego.

Celem uzupełnienia analizy pojęć inwalidz-
twa i niezdolności do pracy zestawimy pokrótce
*założenia metodyki i organizacji orzecznictwa
inwalidzkiego i chorobowego* (uwzględniając
głównie orzecznictwo chorobowe) — założenia
te wynikają zresztą z dotychczasowych rozwa-
zań.

*Metodyka orzecznictwa lekarskie-
go chorobowego* musi uwzględniać (po-
dobnie jak w orzecznictwie lekarskim inwalidz-
kim) metodykę badania lekarskiego dla celów
orzeczniczych, ocenę charakteru wykonywanych
ostatnio czynności (zawodu), pojęcia prawn-
ubezpieczeniowe: niezdolności do pracy, cho-
roby itd. — jednakże niemal wszystkie za-
gadnienia metodyki tego orzecznictwa układają

się pod wpływem strony lekarskiej
pojęcia niezdolności chorobowej, ponieważ orze-
kanie o niezdolności do pracy wskutek choroby
wiąże się w integralną całość z czynnościami
zapobiegawczymi, z prowadzonym przez lekarza
postępowaniem leczniczym oraz z ustalaniem
przez niego rokowania i planem leczenia. Po-
za tym o niezdolności chorobowej może orzekać
tylko lekarz, gdy np. w ubezpieczeniu
emerytalnym robotników bardzo ważna, a nie-
raz decydująca część orzeczenia (o skutkach
gospodarczo-społecznych inwalidztwa) może
przypaść czynnikom nielekarskim.

W przypadku choroby lekarz orzeka wie-
loкратно o ewentualnym istnieniu niezdol-
ności i przypuszczalnym okresie jej istnienia w
zależności od rokowania w różnych okresach
poszczególnych cierpień, a wstrzymanie się
chorego od pracy (przez uznanie go za niezdol-
nego) traktuje jako ważny a nieraz wyłączny
czynnik leczniczy, który włącza do
ogólnego planu leczenia. Również wypłacone
niezdolnemu do pracy zasiłki chorobowe można-
by uważać do pewnego stopnia jako czyn-
nik wspomagający leczenie (mają one prze-
cież niejako subsydiarny charakter, różny od
charakteru świadczeń pieniężnych z ubezpiecze-
nia emerytalnego) — w ten sposób całość
świadczeń ubezpieczenia chorobowego w przy-
padku choroby i niezdolności do pracy przyczy-
nia się do usunięcia stanu chorobowego i przy-
wrócenia zdolności do pracy. O niemożności
oddzielania czynności leczni-
czych i orzeczniczych lekarza w u-
bezpieczeniu chorobowym świadczą chociażby
przypadki psychoneurwii, w których orzeczenie
uzależnia się od tego, czy uznanie chorego za
niezdolnego do pracy będzie pomagało czy też
przeszkadzało leczeniu, albo cierpienia, w któ-
rych wstrzymanie się od pracy stanowi jedyny i
wystarczający środek leczniczy, albo wreszcie
przypadki, w których okres niezdolności prze-
dłuża się lub skraca w zależności od sposobu
leczenia itd.

W schematycznym ujęciu orzeczenie
o niezdolności chorobowej dotyczy zawsze roz-
strzygnięcia o ewentualnym istnieniu nie-
zdolności (zależnie od aktualnego stanu
zdrowia ubezpieczonego lub również od wpły-
wu, jaki miałyby na stan zdrowia wykonywanie
pracy przez ubezpieczonego itd.) oraz określe-
nia długości czasokresu niezdolno-
ści (co zależne jest w pierwszym rzędzie od
klinicznego rokowania i przyjętego planu lecze-
nia — przy uwzględnieniu konstytucji ubezpie-
czonego, wykonywanych czynności, warunków
życiowych, ewent. czynników tego rodzaju jak
płeć, warunki rynku pracy, itd.).

O metodyce orzecznictwa inwa-
lidzkiego, stanowiącego odrębne od postę-
powania leczniczego zagadnienie, mówić na tym
miejscu nie będziemy (o niektórych zagadnie-
niach metodyki wspominałem już przy analizo-
waniu pojęcia zawodu i strony gospodarczo-

społecznej inwalidztwa). Zaznaczam, że całości kształt zagadnień metodyki orzecznictwa inwalidzkiego został szczegółowo przepracowany we wspomnianym wyżej podręczniku orzecznictwa przez Rudzińskiego (7).

Organizacja orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu chorobowym również musi uwzględniać charakter kryterium niezdolności do pracy (jego płynność, znaczenie czynnika lekarskiego, konieczność szybkiego wydawania orzeczeń itd.) i winna być traktowana łącznie z całości kształtem zagadnień leczenia w ubezpieczeniu społecznym. Zależnie od przyjęcia zasady oddzielenia lub połączenia czynności leczniczych i orzecznich lekarzy instytucji ubezpieczenia chorobowego — różną rolę odgrywają w organizacji orzecznictwa lekarze leczący, lekarze zafania lub komisje lekarskie oraz lekarze administracyjni. Według obowiązujących u nas przepisów organizacji leczenia w ubezpieczalniach społecznych, opartej na pracy lekarza domowego, czynności orzecznice są na ogół podzielone pomiędzy lekarzy leczących i specjalne komisje lekarskie. Organizacja orzecznictwa o niezdolności do pracy i kontrola wykonywania tegoż orzecznictwa należy do lekarza naczelnego ubezpieczalni społecznej lub do wyznaczonych przez niego lekarzy administracyjnych.

Natomiast organizacja orzecznictwa lekarskiego inwalidzkiego, jak i cała procedura postępowania świadczeniowego w tym ubezpieczeniu, dostosowane są do badania stanów trwałych i mogą być traktowane odrębnie od czynności leczniczych i zapobiegawczych lekarza. Ze względu na pożądaną trwałość zaspokojenia potrzeb materialnych, wynikających z zająścia inwalidztwa, przez udzielenie świadczeń z ubezpieczenia inwalidzkiego, które stają się dla poszkodowanego podstawą materialną w nowym urządzeniu jego sytuacji życiowej, — organizacja orzecznictwa lekarskiego inwalidzkiego musi kłaść na pierwszym miejscu — przed szybkością decyzji — zasadę ustalenia istotnego stanu faktycznego (przy najdalej idącym obiektywizmie) i niezmienności decyzji. Stąd powszechnie przyjmuje się dwustopniową organizację orzecznictwa inwalidzkiego (lekarze orzekający na terenie ubezpieczalni społecznych oraz lekarze oddziałów i centrali Z. U. S.), stosuje się w razie wątpliwości przeprowadzanie obserwacji w zakładach leczniczych, badań dodatkowych itd.

Naturalnie, ze względu na ten sam charakter fizjologiczny ryzyka inwalidztwa i niezdolności do pracy, ze względu na organizacyjne scalenie ubezpieczeń, zbieg praw do świadczeń itd. — lekarze, zatrudnieni w instytucjach ubezpieczenia społecznego winni orientować się w całości kształcie orzecznictwa niezależnie od tego, dla jakiego rodzaju ubezpieczenia zwykle orzekają.

Koordinacja świadczeń pieniężnych ubezpieczenia inwalidzkiego i chorobowego.

Rozważania nad zagadnieniami koordynacji świadczeń pieniężnych ubezpieczenia inwalidzkiego i chorobowego należy poprzedzić dwoma uwagami natury ogólnej, które stanowią tło rozważań oraz pozwolą na lepsze zrozumienie istoty, trudności, założeń koordynacji i wniosków, wysuniętych celem jej usprawnienia.

Pierwsza uwaga dotyczy ewolucji, jakiej ulegają ubezpieczenia społeczne w związku z nowymi prądami polityki społecznej tworzącego się „państwa społecznego”. J. Łazowski (5) wykazuje, że ubezpieczenie społeczne posługuje się wprawdzie ubezpieczeniem (w rozumieniu naukowym tego urzędu), ale jednocześnie traci niektóre cechy urzędu ubezpieczeniowego (np. ubezpieczenie chorobowe pokrywa nie przyszłe potrzeby materialne — co stanowi przecież istotną cechę ubezpieczenia — ale również i te, które istnieją w chwili zawierania się stosunku ubezpieczeniowego itd.), a przenikają do niego elementy opieki społecznej czy opieki państwa (uzależnienie prawa do świadczeń od warunków materialnych poszkodowanego, udział państwa w działalności świadczeniowej ubezpieczeń przez dopłaty z funduszy publicznych itd.). Ewolucja ta, zmierzająca do przekształcenia ubezpieczeń społecznych w powszechny system zaopatrzenia, zapewniający prawo do świadczeń w razie niezawinionej utraty zarobku wszystkim obywatelom słabym ekonomicznie (nie tylko pracownikom najemnym), pozwoli nam zrozumieć naczelną zasadę omawianej niżej koordynacji: pokrywania potrzeb materialnych, wynikających z zająścia wypadku losowego, przez świadczenie tylko z jednego źródła ubezpieczeniowego.

Następnie trzeba zaznaczyć, że zagadnienie koordynacji świadczeń wynika z idei „jedności” ubezpieczenia, sprowadzającej wszystkie ryzyka pracy najemnej do jednego, istotnego ryzyka: utraty lub zmniejszenia zarobku. W praktyce idea ta przejawia się realizowaniem (jak przez ustawę o ubezpieczeniu społecznym w Polsce) postulatu organizacyjnego powiązania działalności instytucji ubezpieczeniowych oraz — wobec niemożności scalenia finansowego poszczególnych działów ubezpieczeń z przyjęciem jednej składki i jednego tylko świadczenia — wysunięciem praktycznej doniosłości sprawy koordynacji świadczeń pieniężnych.

Koordinacja świadczeń rzeczowych, głównie leczniczych, stanowi odrębne i skomplikowane zagadnienie, zwłaszcza wobec wysuwanego obecnie ze strony teoretyków ubezpieczeń społecznych i ze strony świata lekarskiego postulatu — zresztą na razie bez widoków realizacji — wyłączenia funkcji leczniczych z działalności świadczeniowej ubezpieczeń społecznych.

Ograniczając się — zgodnie z wybranym tematem — do sprawy koordynacji udzielania zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich, a więc najważniejszych świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego oraz z ubezpieczenia emerytalnego (pracowników umysłowych i robotników), uzależnionych od istnienia bądź niezdolności do pracy bądź inwalidztwa, przedstawię *trudności osiągnięcia tej koordynacji*, które wynikają zresztą z przytoczonych w pierwszej części pracy rozważań nad pojęciami inwalidztwa i niezdolności do pracy.

Zasadnicza — niejako strukturalna — trudność koordynacji wynika z faktu, że i niezdolność do pracy i inwalidztwo należą ze swego charakteru do jednego ryzyka fizjologicznego, skąd często spotykamy się z współistnieniem niezdolności do pracy oraz inwalidztwa, a zatem ze zbiegiem warunków, uzasadniających jednocześnie prawo do zasiłków chorobowych i do renty inwalidzkiej. Następnie trudno jest niejednokrotnie rozróżnić, czy w danym wypadku ubezpieczeniowym mamy do czynienia z niezdolnością do pracy czy z inwalidztwem, zwłaszcza jeżeli stwierdzimy, że właściwie nie rozporządzamy ani jednym kryterium, bezwzględnie odróżniającym od siebie te dwa pojęcia. Nie można bowiem uznać za taką różnicę ani przyczyn powstawania niezdolności do pracy i inwalidztwa, ani nasilenia i trwałości tych stanów, zwłaszcza jeżeli się przyjmuje pojęcie inwalidztwa trwałego i przejściowego itd.; naturalnie, dla praktyki ubezpieczeniowej na ogół wystarcza rozróżnianie tych zagadnień według zasad, przedstawionych w poprzedniej części pracy. Wreszcie nie należy zapominać o trudności lub wręcz niemożliwości ustalenia daty powstania inwalidztwa z punktu widzenia lekarskiego, co także komplikuje zagadnienia koordynacji, np. w przypadkach, w których w przebiegu tego samego schorzenia po okresie niezdolności do pracy występuje inwalidztwo.

Należy podkreślić również trudności orzekania — bądź o inwalidztwie bądź o niezdolności do pracy — wynikające z niedostatecznego rozwoju podstaw nauki o orzecznictwie w ogóle i o związanych z orzecznictwem problemach (zawodoznawstwo, fizjopatologia pracy itd.) oraz o lecznictwie społecznym, którego przecież integralną część stanowią zasady i metody orzekania o niezdolności do pracy. Jako skutek powyższego stwierdzamy braki w przygotowaniu orzekających lekarzy oraz niedostateczny na ogół poziom orzecznictwa lekarskiego, zarówno w ubezpieczeniu chorobowym jak i inwalidzkim.

Dalszą trudność koordynacji wywołuje odrębny charakter i różne założenia organizacji orzecznictwa lekarskiego inwalidzkiego i orzekania o niezdolności do pracy — sprawę tej odrębności omówiłem w pierwszej części pracy.

Poza tym należy pamiętać o trudnościach, wynikających z różnic charakteru i finansowej struktury omawianych świadczeń (zasiłku chorobowego i renty inwalidzkiej), jak różny okres wyczekiwania i niejednakowy zakres ubezpieczonych w obydwu funduszach: emerytalnym i chorobowym, niejednakowa wartość tych świadczeń, subsydiarny charakter zasiłku chorobowego, który właściwie jest pomocniczym środkiem dla akcji leczniczej, podczas gdy renta ma na celu trwałe zaspokojenie potrzeb materialnych, wynikających z zajścia inwalidztwa. Na podkreślenie zasługuje jeszcze fakt pokrywania jednego ryzyka z różnych działów ubezpieczeń (np. niezdolność do pracy, dająca prawo do zasiłku chorobowego, może również w pewnych warunkach uzasadniać prawo ubezpieczonego do renty inwalidzkiej z funduszu emerytalnego), co również komplikuje omawiane zagadnienie koordynacji.

Wreszcie innego rodzaju trudności w naszych warunkach wynikają ze stanu finansowego ubezpieczenia chorobowego, które w ustawie o ubezpieczeniu społecznym zostało udotowane za niską składką w stosunku do potrzeb, wynikających z ryzyka choroby. Stąd w interesującym nas zagadnieniu koordynacji spotykamy się z tendencją przeczucia świadczeń z ubezpieczenia chorobowego na długoterminowe.

Zastanowimy się teraz nad *założeniami koordynacji udzielania zasiłków chorobowych oraz rent inwalidzkich*, zarówno nad tymi zasadami, które wynikają z idei „jedności” ubezpieczenia i z ducha ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jak i nad przyjętymi w sprawie koordynacji przepisami ustawowymi.

Ogólne założenia koordynacji dadzą się sprowadzić do następujących zasad:

1. przyjmując za punkt wyjścia i cel koordynacji działalności świadczeniowej najlepsze w warunkach ustawowych zaspokajanie potrzeb ludzkich, należy w każdym przypadku pamiętać o żywym człowieku i jego sytuacji życiowej, wynikającej z zajścia niezdolności do pracy lub inwalidztwa i dążyć do pełniejszego i trwalszego wyrównania potrzeb materialnych — nie można natomiast kierować się wyłącznie abstrakcyjnymi pojęciami inwalidztwa lub niezdolności do pracy, a zwłaszcza dopuścić wskutek tego do zaistnienia przypadków, w których przy utracie zarobku z powodu zaburzeń w stanie zdrowia przy niewątpliwiej niezdolności — ubezpieczony nie zostałby uznany ani za niezdolnego do pracy, ani za inwalidę;

2. zaspokajanie materialnych potrzeb ludzkich, wywołanych niezdolnością do pracy lub inwalidztwem, winno następować tylko przez jedno świadczenie (renta lub zasiłek chorobowy), stanowiące ekwiwalent utraconego zarobku, a uprawnienia w zakresie

ubezpieczenia chorobowego powinny mieć wpływ na uprawnienia w zakresie ubezpieczenia inwalidzkiego, — zagadnienie koordynacji zatem sprowadza się właściwie do ścisłego rozgraniczenia działalności świadczeniowej.

Z ustawowych przepisów, odnoszących się do sprawy udzielania zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich, należy wspomnieć o tych, które:

1. uzależniają prawo do otrzymania zasiłku chorobowego od istnienia niezdolności do pracy (wyłączając okresy, w których ubezpieczony ma prawo do wynagrodzenia od pracodawcy), — prawo do otrzymania renty inwalidzkiej od istnienia inwalidztwa (zawodowego, robotniczego) lub od przedłużającej się ponad 26 tygodni choroby i niezdolności do pracy. Prawo do otrzymania renty inwalidzkiej wskutek przedłużającej się ponad okres 26 tygodni choroby i niezdolności do pracy przewiduje zasadniczo tylko ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych w art. 22 ust. 2 rozp. Prez. R. P. o ubezpieczeniu emer. prac. umysł., jednakże sądzę, że w postępowaniu świadczeniowym w ubezpieczeniu emerytalnym robotników należy przyjąć tę samą zasadę, wynikającą zresztą z zestawienia art. art. 154 ust. 1, 171 i 180 ustawy o ubezpieczeniu społecznym. — W przepisach tych — jak wspomniano wyżej — znajdują się jednocześnie wytyczne dla określenia ustawowych pojęć niezdolności do wykonywania zawodu i do zarabkowania (pojęcie niezdolności do pracy nie zostało w ustawie zdefiniowane);

2. określają termin powstania prawa do renty inwalidzkiej: dzień zgłoszenia roszczenia o rentę inwalidzką, o ile w postępowaniu dla stwierdzenia niezdolności nie ustalono innej daty powstania inwalidztwa, zaś dla osób, pobierających zasiłki z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby, dzień utraty prawa do tego zasiłku; w ten sposób została unormowana sprawa zbiegu uprawnień do renty inwalidzkiej i zasiłku chorobowego rozstrzygnięciem, że należy zasadniczo przed korzystaniem ze świadczeń z ubezpieczenia inwalidzkiego najpierw wyczerpać świadczenia chorobowe, a inwalidztwo zaczyna się tam, gdzie kończą się uprawnienia, odpowiadające ryzyku choroby;

3. normują szczególny przypadek zbiegu uprawnień do renty inwalidzkiej z ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych i do zasiłku chorobowego, gdy uprawniony do renty otrzymuje jednocześnie zasiłki z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby — w tym przypadku renta inwalidzka zmniejsza się na czas otrzymania zasiłku o kwotę tegoż zasiłku (art. 54 ust. 1 rozp. Prez. R. P. o ubezp. prac. umysł.); przypadki takie są możliwe w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych, które przyjmuje kryterium inwalidztwa zawodowego przy

obniżeniu sprawności zawodowej więcej niż o 50%, dopuszczalne jest zatem zarabkowanie rencisty (zwłaszcza poza swoim zawodem), podleganie obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i powstanie z tego tytułu prawa do zasiłków chorobowych, — natomiast w ubezpieczeniu emerytalnym robotników, w którym przyjmuje się niezdolność na ogólnym rynku pracy, sprawa ta nie przedstawia większego znaczenia praktycznego i nie została ustawą uregulowana.

Powstaje z kolei do rozważenia zagadnienie, w jaki sposób jest rozwiązywana w praktyce ubezpieczeniowej sprawa koordynacji udzielania świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia inwalidzkiego i chorobowego, czy wymienione wyżej założenia są przestrzegane, jakie są braki koordynacji, jakie sposoby ich usunięcia. Z przedstawionych wyżej trudności uregulowania udzielania zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich możemy z góry przypuszczać, że całkowita, idealna koordynacja świadczeń jest prawie nie do pomyślenia.

Istotnie w postępowaniu świadczeniowym instytucji ubezpieczeniowych spotykamy się stosunkowo często z przypadkami braku koordynacji, rozbieżności między praktyką postępowania świadczeniowego a jego założeniami (przepisami ustawowymi itd.) i niejednorodności postępowania.

Brak koordynacji w udzielaniu zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich przejawia się najczęściej w niewłaściwym stanowisku ubezpieczalni społecznych przy rozstrzygnięciu o istnieniu niezdolności chorobowej. Ubezpieczalnie niejednokrotnie nie stwierdzają niezdolności do pracy (i w związku z tym nie wypłacają zasiłków chorobowych) mimo niewątpliwego jej istnienia (zarówno przy współistnieniu z inwalidztwem jak i w przypadkach wyłącznego istnienia niezdolności chorobowej). Poza tym różne jest postępowanie ubezpieczalni w sprawie uznawania istnienia niezdolności do pracy w przypadkach, w których — najczęściej w następstwie nagłego, nieszczęśliwego wypadku — istnieje okresowa konieczność leczenia i niezdolność do pracy, a następnie po zejściu choroby pozostaje kalectwo (np. utrata wzroku), wywołujące inwalidztwo, bez potrzeby dalszego leczenia skutków wypadku. Wreszcie należy jeszcze wspomnieć stwierdzone przypadki nieuznawania niezdolności do pracy, istniejącej u rencistów (podlegających ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zatrudnienia), u chorych umysłowo (wskutek uznania ich za trwałych inwalidów) itd.

Jakie skutki pociąga za sobą niewłaściwe postępowanie ubezpieczalni oraz niedostateczna koordynacja w udzielaniu zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich?

Skutki te odnoszą się przede wszystkim do ubezpieczonego. Nieuznawanie istnie-

jącej niezdolności do pracy i związane z tym zwykle wadliwe postępowanie lecznicze (wobec ścisłego związku orzekania o niezdolności do pracy z rokowaniem i planem leczenia) pogarsza stan zdrowia ubezpieczonego. W przypadkach przewlekłych chorób ubezpieczony traci prawa do pomocy leczniczej na rachunek funduszów emerytalnych (art. 25 Rozp. Prez. o ubezp. prac. umysł. oraz art. 171 ustawy o ubezp. społ.), do otrzymania której wymagany jest warunek przebycia 26-tygodniowego okresu choroby i niezdolności do pracy, stwierdzanej w zasadzie (a w ubezpieczeniu emerytalnym robotników wyłącznie) przez ubezpieczalnię społeczną. Wreszcie w przypadku zgłoszenia roszczenia o rentę inwalidzką (wobec faktycznej niezdolności i nieotrzymywania zasiłków chorobowych) — w związku z przewlekłą procedurą postępowania w sprawach rentowych — ubezpieczony musi czekać długo na przyznanie mu świadczeń o trwałym charakterze, podczas gdy jego sytuacja życiowa i stan zdrowia wymagają szybkiego (a niekiedy trwałego — wobec przejściowego charakteru niezdolności) zaspokojenia potrzeb materialnych. Poza tym może się zdarzyć, że z jednej strony ubezpieczalnia nie przyzna ubezpieczonemu zasiłku chorobowego, z drugiej — ZUS. odmówi renty stwierdzając tylko niezdolność do pracy wskutek choroby, uzasadniającej jeszcze prawo do zasiłku chorobowego. Należy również podkreślić, że na ogół zasiłek chorobowy ma wyższą wartość (licząc w jednostkach pieniężnych) od świadczeń inwalidzkich, zwłaszcza w porównaniu z niskim wymiarem rent inwalidzkich w ubezpieczeniu emerytalnym robotników.

Z drugiej strony — w wyniku pozbawienia ubezpieczonych świadczeń pieniężnych, należnych im z ubezpieczenia chorobowego, następuje zwiększony napór ubezpieczonych na świadczenia z ubezpieczenia inwalidzkiego, które pokrywać musi nieprzewidziane w ustawie i w składce ubezpieczeniowej ryzyko niezdolności do pracy przed okresem wyczerpania świadczeń chorobowych. Przyznawane w tych przypadkach renty, mające właściwie charakter zasiłku chorobowego, stanowią obciążenie finansowe dla ubezpieczenia inwalidzkiego, wpływają utrudniająco na sprawdzenie założeń techniczno-ubezpieczeniowych, przyjętych przy kalkulacji wysokości składki — chociaż znaczenie praktyczne tego wpływu wymagałoby jeszcze oświetlenia ilościowej strony zagadnienia braku koordynacji.

Praktycznie ważniejsze dla ubezpieczenia inwalidzkiego są (w przypadkach nieuznawania przez ubezpieczalnię istniejącej niezdolności do pracy) skutki w postaci przyspieszenia powstawania inwalidztwa, któremu można byłoby zapobiec i usunąć chorobę przy odpowiednim leczeniu i uznaniu niezdolności do pracy, — a przede wszystkim utrudnienie

postępowania świadczeniowego. Wynika to z podstawowego znaczenia dla oceny inwalidztwa materiałów lekarskich z okresu obserwacji i leczenia w ubezpieczalni społecznej (kart chorobowych, wyników badań dodatkowych). W przypadkach przewlekłych chorób i długotrwałej niezdolności do pracy, utrzymującej się po okresie wyczerpania świadczeń chorobowych, materiały te z zaznaczonymi orzeczeniami lekarzy leczących lub komisji lekarskich o niezdolności do pracy itp. są wystarczającą podstawą do stwierdzenia uprawnień do renty inwalidzkiej (przy posiadaniu innych warunków: okresu wyczekiwania itd.), co znakomicie skraca okres postępowania świadczeniowego. Natomiast przeciwnie, zgłoszenie roszczenia o rentę inwalidzką w przypadkach, w których ubezpieczalnia nie uznała istniejącej niezdolności do pracy, wymaga poza zwykłymi badaniami uprawnień do renty jeszcze dodatkowego wyjaśnienia przyczyny niestwierdzenia niezdolności przez ubezpieczalnię, przeprowadzenia obserwacji lub leczenia, ewentualnie zaproponowanie ubezpieczalni rewizji zajętego przez nią stanowiska (przy tym należy zaznaczyć, że propozycje te nie mają charakteru wiążącego dla ubezpieczalni ze względu na brak odpowiedniej podstawy prawnej — zwłaszcza w przypadkach, w których rozróżnienie niezdolności do pracy i inwalidztwa przedstawia znaczne trudności) — co nieraz znacznie przedłuża procedurę postępowania.

Przyczyny niewłaściwego postępowania ubezpieczalni i niedostatecznej koordynacji w udzielaniu zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich wynikają z przedstawionych wyżej trudności tego zagadnienia, a najważniejszymi wśród nich będą: brak dostatecznych naukowych podstaw dla lecznictwa społecznego i orzecznictwa chorobowego (zwłaszcza że pojęcie niezdolności do pracy ani nie zostało zdefiniowane w ustawie ani dostatecznie przepracowane w literaturze ubezpieczeniowej) i wynikający stąd poziom orzecznictwa, stan finansowy ubezpieczenia chorobowego (stąd tendencje do przerzucania świadczeń na ubezpieczenie inwalidzkie, ujawniające się np. przez wpływ na decyzję ubezpieczalni o uznaniu niezdolności do pracy takich czynników, jak współistnienie inwalidztwa, pobieranie renty, bezrobocie, złożenie roszczenia o rentę inwalidzką) — a przede wszystkim niedostateczne organizacyjne rozwiązanie koordynacji udzielania zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich, utrudnione przez odrębność organizacyjną orzecznictwa inwalidzkiego i orzekania o niezdolności do pracy. Na tę ostatnią przyczynę musimy zwrócić największą uwagę przy poszukiwaniu sposobów usunięcia istniejących braków w koordynacji.

Zanim jednak przejdziemy do rozważenia sprawy udoskonalenia omawianej koordynacji, wspomnę, w jaki sposób podobne zagadnienie

powiązania udzielania świadczeń pieniężnych zostało rozwiązane organizacyjnie w ubezpieczeniu społecznym w Czechosłowacji (R. G a r l i c k i, 4). Zbieg uprawnień do renty i zasiłku chorobowego był tam unormowany (podobnie jak w naszym ubezpieczeniu), w zasadzie wystarczająco, przez przyjęcie za termin powstania prawa do renty inwalidzkiej — w stosunku do osób pobierających zasiłki chorobowe wskutek niezdolności do pracy — dnia utraty prawa do tych zasiłków. Jednakże wobec odrębności organizacyjnej czynników orzekających o prawie do zasiłków chorobowych (w Kasach Chorych) i o uprawnieniach do renty inwalidzkiej (w Zakładzie Pensyjnym) — przy czym orzeczenia w tej samej sprawie jednej instytucji nie były wiążące dla instytucji drugiej — powstawały w praktyce często spory, przerzucanie świadczeń itd. Dla osiągnięcia koordynacji w udzielaniu świadczeń została zawarta w roku 1933 umowa między Powszechnym Zakładem Pensyjnym a Związkami Kas Chorych, w której przeprowadzono r o z g r a n i c z e n i e działalności świadczeniowej przez dokładne określenie postępowania świadczeniowego w poszczególnych przypadkach zbiegu uprawnień do renty inwalidzkiej i zasiłku chorobowego oraz przyjęto z a s a d ę postępowania r o z j e m c z e g o (wiążące orzeczenia lekarzy rozjemczych, ustanowionych wspólnie przez zainteresowane instytucje) — przy tym w każdym przypadku starano się chronić słuszne prawa i interesy ubezpieczonego.

W n i o s k i.

Przystępujemy do formułowania *ostatecznych wniosków w sprawie usunięcia stwierdzonych braków i osiągnięcia najlepszej koordynacji* udzielania świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego i z inwalidzkiego wg przedstawionych poprzednio: ogólnych i ustawowych założeń koordynacji.

Na wstępie zaznaczam, że ze względu na cel i charakter opracowania nie można tutaj zatrzymywać się nad sprawą rozwiązania tych problemów koordynacji, które wiążą się np. z jednakowym charakterem (jako ryzyka fizjologicznego) niezdolności do pracy i inwalidztwa, z przewidzianym w ustawie pokrywaniem tego samego ryzyka (np. niezdolności do pracy) z ubezpieczenia inwalidzkiego i chorobowego, z niedostatecznymi środkami finansowymi ubezpieczenia chorobowego itd., — będziemy zatem ustalać założenia usprawnienia koordynacji w aktualnych warunkach ustawodawstwa i stanu finansowego ubezpieczeń społecznych w Polsce.

Pominiemy również na tym miejscu wnioski, dotyczące sprawy udzielania pomocy leczniczej na koszt funduszków emerytalnych z

art. 25 Rozp. Prez. Rzpl. o ubezpieczeniu prac. umysł. oraz z art. 171 ustawy o ubezsp. społ. (sprawa ta wiąże się zresztą ściśle z koordynacją świadczeń pieniężnych), ponieważ zagadnienie to wymaga osobnego, zasadniczego przepracowania; istniejący stan rzeczy wywołuje wysuwanie poważnych zastrzeżeń zarówno ze strony lekarskiej, jak i prawno-ubezpieczeniowej tego zagadnienia i wymaga rozwiązania, idącego najprawdopodobniej po linii zapewnienia pomocy leczniczej wszystkim rencistom ubezpieczenia emerytalnego, a przynajmniej otrzymującym renty z powodu inwalidztwa lub starości.

Ograniczymy się zatem wyłącznie do sprawy prawidłowego powiązania udzielania zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich. Założenia i wnioski odnosić się będą bądź do sprawy podniesienia poziomu orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu inwalidzkim i chorobowym bądź do strony normatywnej lub organizacyjnej zagadnienia koordynacji działalności świadczeniowej.

I. *Podniesienie poziomu orzecznictwa lekarskiego*, warunkujące prawidłowe ustalanie zajścia bądź inwalidztwa bądź niezdolności do pracy, jest uzależnione, jak już wspominałem, od dalszego rozwoju zapoczątkowanych nauk: lecznictwa społecznego, orzecznictwa lekarskiego, zawodoznawstwa itd. oraz od należytego przygotowania orzekających lekarzy.

Pomijając z a s a d n i c z e rozwiązanie tej sprawy przez reformę studiów lekarskich, jako możliwe do rozwiązania w dalszej przyszłości, wskazać należy na doraźną konieczność uzupełnienia kwalifikacji i doksztalcenia orzekających lekarzy przez dostarczenie im odpowiednich podręczników o charakterze naukowo-dydaktycznym. Istniejącą lukę w literaturze ubezpieczeniowej w zakresie orzecznictwa inwalidzkiego wypełniło wydanie wspomnianego wyżej podręcznika pt. „Orzecznictwo lekarskie inwalidzkie w ubezpieczeniu społecznym”, z którym powinien zapoznać się każdy lekarz orzekający w instytucjach ubezpieczenia społecznego. Odczuwa się natomiast silnie brak analogicznego podręcznika z zakresu lecznictwa społecznego, którego jednym z zagadnień są zasady i metody orzekania o niezdolności do pracy.

Doraźne podnoszenie poziomu orzecznictwa lekarskiego można również osiągnąć przez włączenie zagadnień orzecznictwa w zakres wymaganych kwalifikacji od lekarzy, przyjmowanych do pracy w instytucjach ubezpieczenia społecznego, oraz do programu planowej akcji okresowego doksztalcenia lekarzy ubezpieczeniowych. Aktualną również staje się sprawa wydawania odpowiedniego periodyku (po-

święconego wyłącznie zagadnieniom orzecznictwa lekarskiego, bądź całokształtowi zagadnień lekarskich w ubezpieczeniach społecznych, bądź w ogóle medycynie społecznej, — w którym gromadzone byłyby rodzime i zagraniczne prace i przyczynki naukowe z dziedziny orzecznictwa lekarskiego), sprawa organizowania odpowiednich konkursów, zjazdów naukowych (w dalszej przyszłości) itd.

Innym sposobem wpływania na poziom orzecznictwa lekarskiego, wiążącym się z zagadnieniem jego organizacji, jest utrzymywanie odpowiedniego kontaktu (osobistego, przez wzajemną, pisemną wymianę uwag, przez odpowiedni układ formularzy świadectw lekarskich, przez instrukcje itd.) między lekarzami Centrali i Oddziałów ZUS a lekarzami orzekającymi w zakresie orzecznictwa inwalidzkiego — oraz między lekarzami administracyjnymi i specjalistami w zakresie orzecznictwa o niezdolności do pracy (komisje lekarskie) a lekarzami leczącymi w ubezpieczeniu chorobowym.

Zaznaczę wreszcie wpływ, jaki będzie miała w przyszłości na ustalenie podstaw (zwłaszcza prawno-ubezpieczeniowych) orzecznictwa lekarskiego działalność odrębnego sądownictwa dla spraw ubezpieczeniowych.

II. *Ze strony normatywnej zagadnienia usprawnienia koordynacji* należy podkreślić przede wszystkim konieczność przestrzegania przez ubezpieczalnie społeczne istniejących — i na ogół wystarczających — wymienionych wyżej przepisów ustawowych w zakresie postępowania świadczeniowego w ubezpieczeniu chorobowym oraz przewidzianych dla zbiegu uprawnień do renty inwalidzkiej i zasiłku chorobowego.

Natomiast uzupełnienia i rozstrzygnięcia (np. w formie wyjaśnienia do ubezpieczalni w okólniku ZUS, ewent. przez Ministerstwo Opieki Społecznej) wymaga sprawa ewentualnego uznawania niezdolności w przypadkach, w których — najczęściej w następstwie nagłego, nieszczęśliwego wypadku (np. utrata kończyny) albo w zejściu przewlekłej choroby (np. ślepotą w zejściu jagłicy) — po okresie choroby, połączonej z koniecznością leczenia i niezdolnością do pracy, dochodzi do inwalidztwa, bez potrzeby dalszego leczenia skutków wypadku, czy przyczyny inwalidztwa. Powyżej wspominałem o niejednolitym stanowisku ubezpieczalni społecznych w sprawie uznawania istnienia niezdolności w tych przypadkach, w pierwszej zaś części opracowania podałem wyjaśnienie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z r. 1926, że „ubezpieczony, niezdolny do pracy wskutek choroby (pojętej jako każdy anormalny stan ciała i

ducha, wymagający opieki lekarskiej lub powodujący niezdolność do pracy), ma prawo do zasiłku aż do wyczerpania przewidzianego okresu zasiłkowego, chociaż w danym okresie choroby potrzeba pomocy lekarskiej nie zachodziła”.

Powstaje pytanie, czy w obecnych warunkach, przy istnieniu obok ubezpieczenia chorobowego — ubezpieczenia inwalidzkiego, pokrywającego ryzyko inwalidztwa, odrębne od ryzyka niezdolności do pracy, powinno być obowiązujące powyższe rozstrzygnięcie z okresu, kiedy istniało tylko ubezpieczenie chorobowe. Sądzę, że tak, — ponieważ i w chwili obecnej wobec różnego okresu wyczekiwania, wymaganego dla powstania prawa do zasiłku chorobowego i do renty inwalidzkiej, ubezpieczenie chorobowe winno pokrywać (przynajmniej w stosunku do nieposiadających uprawnień do renty inwalidzkiej) omawiane ryzyko inwalidztwa, zwłaszcza że ma ono specjalny charakter (z reguły inwalidztwo zupełne, przynajmniej przez pewien okres czasu, bez możliwości podjęcia jakiegokolwiek pracy, ani przeprowadzenia samodzielnego starań o rentę — zbliżone zatem do charakteru niezdolności do pracy). Jednakże i w stosunku do posiadających uprawnienia do renty inwalidzkiej wydaje się wskazane w tych przypadkach uprzednie wyczerpanie okresu zasiłkowego i uzyskanie dzięki temu prawa do pomocy leczniczej na koszt funduszy emerytalnych, ponieważ — pomijając już trudności postępowania świadczeniowego przy różnym unormowaniu tej sprawy dla posiadających i nieposiadających uprawnień do renty inwalidzkiej — często występuje w dalszym przebiegu choroby po okresie niewymagającym leczenia znowu konieczność pomocy leczniczej (np. przy kikutach pooperacyjnych itp.).

III. Przechodzę do *organizacyjnego rozwiązania zagadnienia koordynacji* udzielania zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich, — przy tym pominę sprawę przyjętej organizacji orzekania o niezdolności do pracy w lecznictwie ubezpieczeniowym, która może być zresztą prawidłowo rozwiązana w ramach obowiązujących przepisów lecznictwa, opartego na pracy lekarza domowego.

Stosownie do przyjętej w organizacji orzecznictwa inwalidzkiego lekarskiego dwustopniowości w ocenie inwalidztwa (przez lekarza orzekającego na terenie ubezpieczalni społecznej i przez lekarza wydziałów świadczeń Centrali i Oddziałów ZUS) zagadnienie sprowadza się do stworzenia warunków koordynacji na terenie ubezpieczalni społecznych (w zakresie czynności przygotowawczych przy zgłaszaniu przez ubezpieczonych roszczeń o renty inwalidzkie) oraz w drugiej, ostatecznej instancji — na terenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

1. *Na terenie ubezpieczalni społecznych* należy przeprowadzić koordynację przez zlecenie lekarzowi naczelnemu (lub innemu wyznaczone-

mu przez niego lekarzowi) przeprowadzania nadzoru — przed odesłaniem do ZUS (Centrali lub Oddziału) aktów w sprawie zgłoszonego przez ubezpieczonego roszczenia o rentę inwalidzką z FUER lub z FUEPU (a właściwie wszystkich roszczeń, przy zafatwianiu których przewiduje się opinię lekarską) — nad przygotowaniem aktu ze strony orzecznictwa lekarskiego, a więc w szczególności:

a. czy świadectwo lekarskie w sprawie roszczenia jest odpowiednio przygotowane (w przypadku nieczytelności pisma, braku umotywowania najważniejszych punktów ewent. w przypadku spostrzeżenia rażących uchybień merytorycznych — lekarz naczelny może od razu odesłać świadectwo lekarzom rzeczoznawcom do uzupełnienia czy poprawienia, co wpłynie tylko na przyspieszenie postępowania świadczeniowego i ułatwi decyzję lekarzom ZUS; dopiero przy tak przeprowadzanej obserwacji działalności lekarzy rzeczoznawców lekarz naczelny będzie miał słuszną podstawę do wniosków personalnych); — zapoznanie się ze świadectwem lekarzy rzeczoznawców zaznaczałby lekarz naczelny odpowiednią adnotacją (ewent. w specjalnej rubryce świadectwa);

b. czy dołączono do świadectwa karty choroby z wynikami badań dodatkowych itd.; jak podkreślono w regulaminie „czynności przygotowawczych U.S.” i w formularzach świadectw lekarskich w sprawach roszczeń — materiały te winny być dołączone możliwie w każdym przypadku, ponieważ niejednokrotnie lekarz ZUS musi odłożyć wydanie ostatecznej opinii do czasu zapoznania się z wynikami obserwacji i leczenia w ubezpieczalni społecznej zgłaszającego się o rentę;

c. czy w formularzach, na których zgłasza ubezpieczony roszczenie (IR, IU) prawidłowo wypełniono przez ubezpieczalnię rubryki, odnoszące się do korzystania przez ubezpieczonego z pomocy leczniczej i zasiłków chorobowych — pozycje te są z reguły błędnie wypełnione lub w ogóle pomijane, co z jednej strony może świadczyć o niedociągnięciach w ewidencji świadczeń chorobowych (ewent. tłumaczy się tendencją przerzucania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego na emerytalne), a z drugiej — często wprowadza w błąd i utrudnia wydanie opinii lekarzom i czynnikom administracyjnym ZUS.

Jednocześnie zapoznanie się przez lekarza naczelnego z wymienionymi (ewent. jeszcze innymi) materiałami lekarskimi pozwoli mu na zorientowanie się, czy w danym przypadku zgłoszenia o rentę inwalidzką nie zachodzi nie-słuszne nieuznanie przez ubezpieczalnię społeczną faktycznie istniejącej niezdolności do pracy, ewent. wadliwe leczenie (wyciągnięcie takiego wniosku ułatwi lekarzowi naczelnemu

wprowadzone obecnie do świadectw lekarzy rzeczoznawców ZUS specjalne zapytanie w orzeczeniu, czy w danym przypadku orzecznictwem nie zachodzi tylko niezdolność chorobowa), i może spowodować zmiianę stanowiska ubezpieczalni w kierunku osiągnięcia prawidłowej koordynacji w udzielaniu zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich.

W podobny sposób powinna przedstawiać się ocena ze strony orzecznictwa lekarskiego przez lekarza naczelnego aktów w sprawie zgłoszenia i nnych roszczeń, związanych z przeprowadzaniem badania lekarskiego.

2. Przy właściwym przestrzeganiu wymienionych wyżej założeń nadzoru na terenie ubezpieczalni społecznych — przypadki braku koordynacji powinny być zredukowane do minimum. Nie mniej, zwłaszcza w okresie początkowym, *powinien być powołany na terenie ZUS (raczej tylko w Centrali) specjalny organ (komisja) z uprawnieniami wydawania wiążących orzeczeń w przypadkach sporów pomiędzy ubezpieczalniami społecznymi a wydziałami świadczeń emerytalnych pracowników umysłowych i robotników.* W dotychczasowej praktyce, w przypadkach stwierdzenia w postępowaniu świadczeniowym na terenie ZUS nieprzyznania przez ubezpieczalnię społeczną należnych ubezpieczonemu świadczeń chorobowych wydziały świadczeń ZUS albo nie wyciągały konsekwencji z tych faktów, albo zwracały się do ubezpieczalni społecznych o zmianę poprzedniego stanowiska, — przy tym były przypadki (wobec braku odpowiedniej podstawy prawnej) nierespektowania uwag Zakładu.

Obecnie sprawa ta wymaga uregulowania wg przedstawionych w opracowaniu zasad koordynacji. W aktualnym stanie organizacyjnym instytucji ubezpieczeń społecznych nie ma potrzeby stosowania w przypadkach sporów postępowania rozjemczego, ponieważ organ taki (jednoosobowy lub komisja, powołana w Centrali ZUS np. z udziałem przedstawicieli działów świadczeń, lecznictwa, nadzoru i organizacji), może mieć nadane przez władze ZUS prawo wydawania wiążących dla ubezpieczalni społecznych i dla wydziałów świadczeń ZUS orzeczeń. Pomijając na tym miejscu rozważenie sposobu powołania składu itp. omawianej komisji (szczegóły te wynikają zresztą z całokształtu dotychczasowych rozważań), zaznaczam tylko, że należy zapewnić w tej komisji decydujący głos czynnikowi lekarskiemu, ponieważ przedmiotem rozstrzygnięć komisji byłyby niemal wyłącznie sprawy z zakresu orzecznictwa lekarskiego i postępowania leczniczego. Zresztą szczegółowe rozwiązanie tej sprawy zależałoby od tego, czy działalność powołanego organu ograniczałaby się do regulowania i koordynacji w udzielaniu zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich, czy

też zostałyby rozszerzona również na inne działy koordynacji świadczeń ubezpieczeniowych.

Według podanych wyżej założeń unormowania udzielania rent inwalidzkich i zasiłków chorobowych może być również rozwiązana sprawa koordynacji na Górnym Śląsku — naturalnie z uwzględnieniem odrębności tego terenu w zakresie ustawodawstwa ubezpieczeniowego i stanu organizacyjnego instytucji ubezpieczenia społecznego.

Źródła.

(na które autor powołuje się w tekście).

1. Adamczak W. — Niezdolność do pracy oraz sposób jej oceny na tle obow. ustaw i orzecznictwa. Prz. Ub. Sp., nr 2, Warszawa 1933 r.

2. Fischlowitz St. — Wytyczne dla oceny trwałej niezdolności zarobkowania w ubezpieczeniu wypadkowym i inwalidzkim. Prz. Ub. Sp., nr 6, Warszawa 1937 r.

3. Frankowska L. — Ustawa o obow. ubezp. na wyp. choroby z dnia 19 maja 1920 r. z obowiaz. rozporząd. i wyjaśnieniami Ministerstwa Pr. i Op. Społ. —

Wydanie III uzupełn. — Biblioteka Okr. Zw. Kas Chor., Kraków, 1930 r.

4. Garlicki R. — Umowa w sprawie koordynacji świadczeń ubezpieczeniowych w Czechosłowacji. Prz. Ub. Sp., nr 10, Warszawa 1933 r.

5. Łazowski J. — Idee przewodnie ubezpieczeń społecznych w Polsce — wydaw. Zw. Zaw. Prac. Inst. Ub. Sp. — I Kurs Ubezpieczeniowy, Warszawa 1937 r.

6. Pasternak J. i Rudziński St. — Orzecznictwo lekarskie na tle ustaw w ubezpieczeniu społecznym. (Praca zbiorowa pod redakcją dra St. Rudzińskiego: „Orzecznictwo lekarskie inwalidzkie w ubezpieczeniu społecznym“ — wyd. Instytutu Spraw Społecznych, Warszawa, 1938 r.).

7. Rudziński St. — Metodyka orzecznictwa lekarskiego inwalidzkiego (Praca zbiorowa j. w.).

8. Tröschler H. O. — Zasady orzecznictwa lekarskiego o niezdolności do pracy wskutek choroby — Spolszczył i wydał Inst. Ubezp. Społ., Kraków, 1932 r.

9. Ziemke E. — Pojęcie niezdolności do zarobkowania w medycynie społecznej. Wydawn. J. Springera, Berlin, 1928 r. — tłum. z niem. mgr. H. Haselbach.

WACŁAW LENGA

GOSPODARKA I SYTUACJA FINANSOWA UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO W LATACH 1925–1938

(Referat wygłoszony w dniu 30 stycznia 1939 r. na posiedzeniu Rady Naukowo-Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych)

Może dobrze będzie, gdy sprawozdanie obrazujące prace Rady Naukowo-Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych — uzupełniony, choćby pobieżną, analizą gospodarki i stanu finansowego ubezpieczenia chorobowego — chyba najbliższego Radzie z pośród istniejących rodzajów ubezpieczeń społecznych. Omówienie właśnie *stanu finansowego* — będzie zapewne właściwym uzupełnieniem sprawozdania — albowiem podane cyfry może nieraz najbardziej miarodajne wyjaśnią możliwości i granice działania ubezpieczenia i ubezpieczalni społecznych, jakże często i jak surowo osądzanych. Gdy zaś podana analiza pozwoli wniknąć w cyfry, wytyczające możliwości finansowe ubezpieczalni, to może nie jeden sąd wypadnie inaczej.

By bardziej wyraziście uwypuklić warunki działalności tego ubezpieczenia, omówimy możliwie najdłuższy okres nadający się — ze względów walutowych — do analizy. Uwagi poniższe obejmą okres od r. 1925 do r. 1938.

1. Liczba ubezpieczonych.

Zacniemy od ubezpieczonych i ich liczby. *Potrzeby ubezpieczonego* i jego rodziny — ustalają zakres czynności ubezpieczalni, zaś *składka* ubezpieczeniowa zakreśla *możliwości* zaspokojenia owych potrzeb.

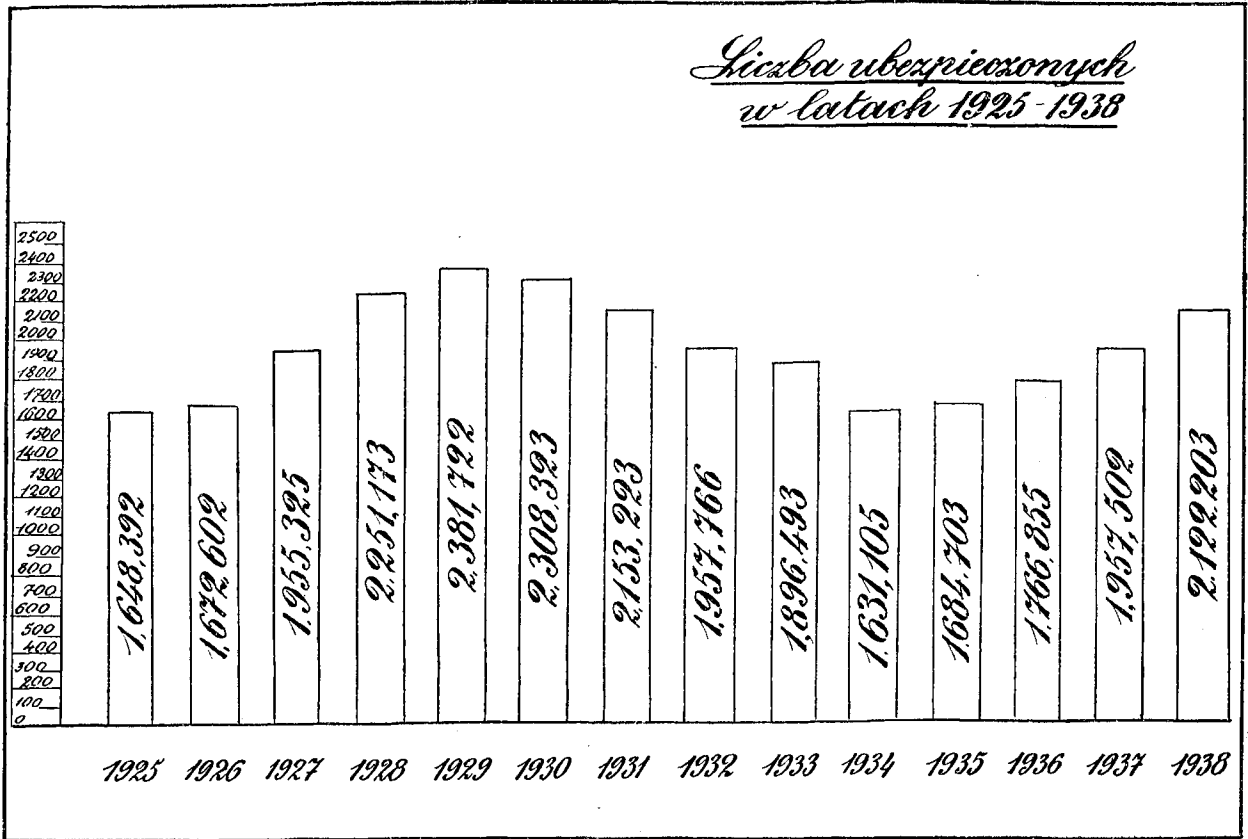
Na przestrzeni lat 1925 — 1938 liczba ubezpieczonych ulegała naturalnie znacznym zmianom. W pierwszym okresie do 1927 roku włącznie, prócz naturalnego przybytku ubezpieczonych, wynikającego ze wzrostu zatrudnienia — przyrost wywołany był i względami organizacyjnymi. Dopiero bowiem w roku 1927 zakończono organizację ubezpieczeń na całym terenie Rzeczypospolitej, pokrywając kraj siecią kas chorých. W tym czasie (1927 r.) czynnych było, poza terenem Górnego Śląska, gdzie istniały miejscowe kasy chorých, działające na podstawie przepisów dawnego ustawodawstwa niemieckiego — 243 powiatowych i miejskich kas chorých.

Załączony wykres (Nr. 1) wykazuje liczbę ubezpieczonych, objętych działaniem ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Rok 1938 obejmuje liczby, wynikające z zamknięć za 11 miesięcy — nie jest więc zupełnie dokładny — porównawczo daje jednak wystarczający pogląd.

Z tablicy owej wynika, że liczba ubezpieczonych podlega znacznemu wahaniu. Wspomnieliśmy już wyżej o zmianach zachodzących do roku 1927.

Lata 1928 i 1929 to okres pamiętnej dobrej koniunktury, ożywienia gospodarczego i maksymalnego wzrostu zatrudnienia. Od 1930 roku następuje stopniowy spadek liczby ubezpieczonych

Wykres 1.



co znowu jest rezultatem kryzysu, jaki przechodziło życie gospodarcze.

Dalsze poważne zmniejszenie się liczby ubezpieczonych nastąpiło w 1934 roku. Nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznym wyłączyła z dniem 1 listopada 1933 r. pracowników rolnych z ubezpieczenia chorobowego. Wyłączenie to wedle przybliżonych obliczeń objęło około 300 tysięcy osób.

Na mocy rozporządzenia z października 1934 r. nowelizującego ustawę o ubezpieczeniu społecznym następują dalsze wyłączenia z ubezpieczenia chorobowego, mianowicie:

a) zarabiających powyżej zł. 725.— miesięcznie,

i fakultatywnie:

b) pracowników samorządowych, i

c) pracowników przemysłu wojennego.

Te dwa ostatnie wyłączenia były częściowo dokonywane jeszcze i w roku 1938.

Stopniowy więc przybytek liczby ubezpieczonych w latach 1935, 1936, 1937 i 1938 — wyrównywa ubytek, wywołany wspomnianymi wy-

łączeniami z pod obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa; przyrost ten świadczy o wzroście zatrudnienia. Szczególnie żywym w tym zakresie okazał się rok 1937, w którym, — mimo wyłączeń, — przyrost ubezpieczonych w porównaniu z rokiem 1936 wyniósł blisko 200 tys. Rok zaś ubiegły 1938 w dalszym ciągu wykazuje wzrost podobny do przyrostu roku 1937.

2. Dochody - składki ubezpieczeniowe.

Podstawą finansowego działania ubezpieczenia są składki ubezpieczeniowe. W tym zakresie ubezpieczenie na wypadek choroby przeszło znamiennej ewolucję.

Zamieszczona tablica (Nr. 2), obrazująca przypis składek w okresie od r. 1925 — do r. 1938 (przy czym rok 1938 oparty jest o zamknięcia za 11 miesięcy) wykazuje znamienne liczby.

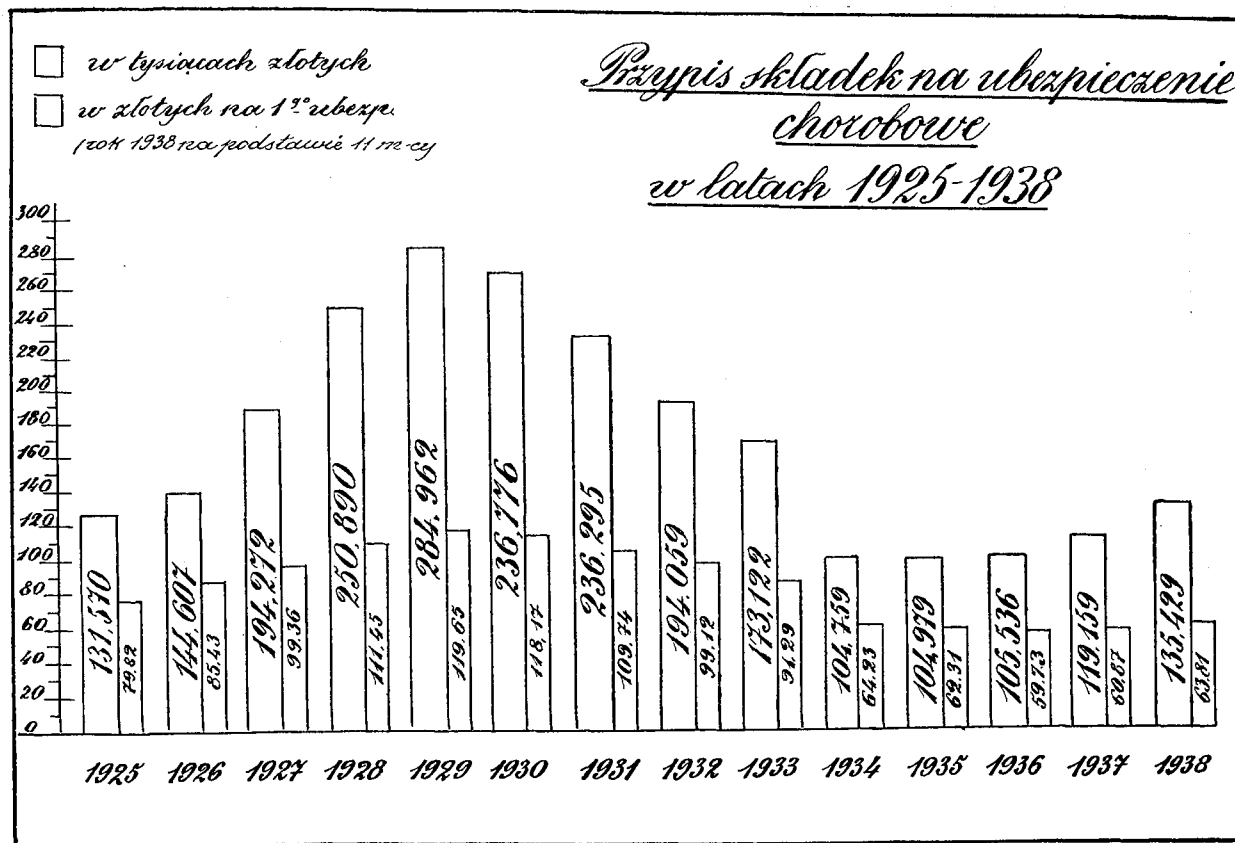
Od 1925 do 1929 — mamy coroczny przyrost dochodu ze składek.

I tak okrągło licząc:

1.	w roku 1926 — w porównaniu z rokiem 1925	— przyrost składek —	zł 13 milionów
2.	" " 1927	" " 1926	" " — " 50 "
3.	" " 1928	" " 1927	" " — " 56 "
4.	" " 1929	" " 1928	" " — " 34 "

Od roku 1930 — obserwujemy zjawisko odwrotne, corocznie obniża się dochód ze składek. I tak:

1.	w roku 1930 — w porównaniu z rokiem 1929	— okrągło o zł 12 milionów
2.	" 1931	" " " 36 "
3.	" 1932	" " " 42 "
4.	" 1933	" " " 21 "



Te zmniejszające się dochody składkowe były konsekwencją obniżających się płac i zmniejszonego zatrudnienia — co wykazano w poprzedniej tablicy o liczbie ubezpieczonych.

Przyszły jednak i dalsze przyczyny, powodujące trudności finansowe.

Taką nową, z punktu widzenia dochodowo-składkowego, trudnością, było wejście w życie z dn. 1 stycznia 1934 r. przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Wspomniana ustawa obniża wysokość składki za ubezpieczenie chorobowe. Gdy uprzednio obowiązująca ustawa z 19 maja 1920 r. przewidywała składkę nominalną w wysokości 6,5% od grup zarobkowych co od efektywnych zarobków wynosiło około 7,6%, to ustawa o ub. społ. przeznaczona na rzecz ubezpieczenia chorobowego — przeciętnie licząc około — 4,8%, mianowicie od zarobków ubezpieczonych pracowników fizycznych — 5%, od ubezpieczonych zaś pracowników umysłowych — 4,6%.

Wykazany spadek poziomu składkowego — pogłębił trudności finansowe ubezpieczenia chorobowego. W widoczny sposób uwidacznia stan rzeczy tablica składkowa. Oto przypis składek za lata 1934, 1935, 1936 w porównaniu z rokiem 1933 wykazuje spadek okrągło o 68 milionów; dalsze lata 1937 i 1938 wykazują poprawę — niemniej, jeżeli globalnie porównamy liczby wskazane w tablicy — to chyba nawet laik w tych sprawach wysnuje wnioski i uzna trudności, przed jakimi stanęło ubezpieczenie. Streścimy cyfry. — Gdy gospodarstwo ubezpieczeniowe w

nowym okresie, otrzymuje nie wiele ponad 100 milionów zamiast, jak w 1929, blisko 300 milionów — to w liczbach tych chyba znajdzie się wystarczająca odpowiedź na wiele wyrzekań, żalów i krytyk.

Zadne gospodarstwo ani państwowe, ani samorządowe — nie przeszło takiego skurczu finansowego — jaki stał się udziałem ubezpieczenia chorobowego. Gdy bowiem budżet państwa okrągło licząc został obniżony z około 3 miliardów zł. na około 2,4 miliarda złotych — a więc obniżka wyniosła w przybliżeniu około 20%, gdy budżety samorządów uległy w tym czasie obniżeniu o około 30% — to ubezpieczenie chorobowe ostało się z kwotą, odpowiadającą zaledwie około 40% swych poprzednich dochodów. Podajemy stosunek orientacyjny. Pełnej analogii bowiem nie udałoby się przeprowadzić — więc też i ścisła dokładność dla porównań nie jest konieczna.

Ażeby cyfry ubezpieczeniowe możliwie wszechstronnie uwidacznic — wyjaśniamy, iż tablica zawiera dochody ze składek obliczone i na głowę ubezpieczonego za ten sam okres 1925 — 1938 r. — I te cyfry w sposób równie wyraźny ustalają — analogiczne trudności. Składka na ubezpieczonego została obniżoną ze zł. 119,65 w 1929 r. do zł. 59,73 w 1936 r. i zł. 60,87, w r. 1937 a więc do połowy swej poprzedniej wysokości — jest to równie jasne potwierdzenie o-wych wielkich trudności, z którymi boryka się ubezpieczenie. I nic nie pomogą najlepsze zamierzenia i intencje instytucji i kierownictwa. Po

prostu liczba wynikająca z pozycji dochodowej określa zamiary i dyktuje decyzje, — wpływa na obniżanie świadczeń, zmusza do redukcji kosztów administracyjnych zwłaszcza w dziedzinie wynagrodzeń pracowniczych.

3. Wydatki.

Po tych rozważaniach, dotyczących pozycji dochodowych — możnaby było właściwie zakończyć uwagi. Sądzę, iż te rozważania tłumaczą przypisywane ubezpieczeniu braki i grzechy. Może jednak nie od rzeczy będzie zająć się i następną dziedziną działalności — *wydatkami* ubezpieczenia. Dla czytelnika będzie zapewne interesującym — jak ubezpieczenie zdołało się przystosować do tak zmienionej sytuacji dochodowej.

Zajmiemy się dwoma istotnymi i decydującymi grupami wydatków, mianowicie:

1. wydatkami świadczeniowymi,
2. wydatkami administracyjnymi.

Tablice nr. 3 i 4 obrazują w sposób możliwie wyraźny *poziom wydatków* w okresie od r. 1925 — do r. 1938 (liczby za 1938 jak i poprzednio obejmują wyniki jedenastu miesięcy (bez grudnia)). Dane z tablicy nr. 3 obejmują 5 pozycji świadczeniowych, mianowicie licząc od dołu tablicy wydatki na:

1. zasiłki pieniężne,
2. pomoc leczniczą,
3. leki,
4. szpitale i zakłady lecznicze,
5. profilaktykę.

Bardziej szczegółowe naświetlenie podanych liczb nie wydaje się potrzebne. Liczby te są bowiem bardzo wyraziste.

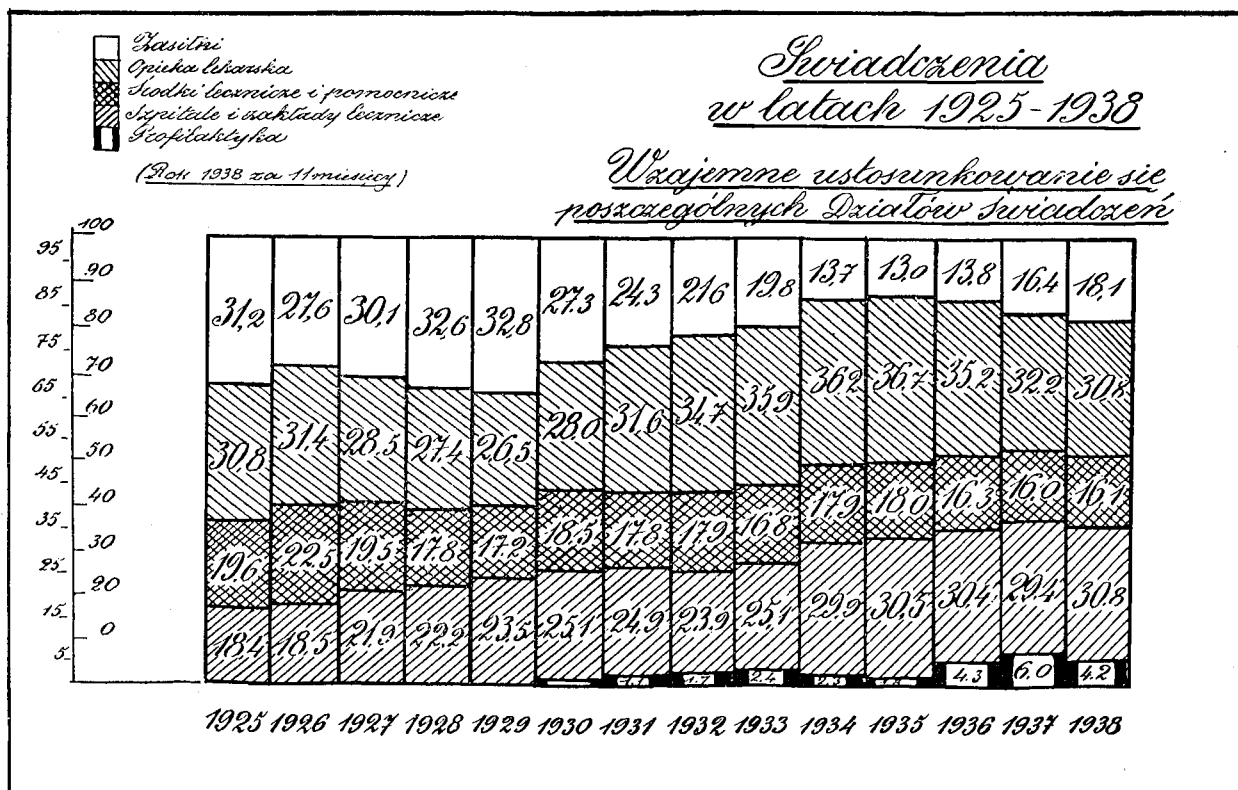
Obniżenie dochodów — zmusiło ubezpieczalnie do szukania *oszczędności* tam, gdzie one dały się uchwycić *najszybciej i najskuteczniej dla związania końca z końcem i utrzymania równowagi finansowej*. Największe cięcia przeszła pozycja wydatków na zasiłki pieniężne. — Gdy w roku 1929, najpomyślniejszym dla dochodów ubezpieczenia, wydano na zasiłki 26,9% przypisu składek — to następne lata 1930 — 1933 wykazują spadek kolejno do 23,1%, 20,2%, 17,5% i 15,8%. W okresie działania nowej ustawy uwidacznia się dalszy spadek w 1934 r. do 12,4%, a w r. 1935 aż do 9,4%. Dopiero od r. 1936 następuje zwrot. — Za 1936 r. zasiłki pieniężne wynoszą — 10,6%, za 1937 — 13,7% i za 11 miesięcy 1938 — 14,7% przypisu.

Przy analizie wydatków świadczeniowych za okres do 1933 r. i za okres od 1 stycznia 1934 — należy przypomnieć, że ustawa o ub. społ. zmniejszając *składkę* na ubezpieczenie chorobowe — wprowadziła pewne *ograniczenia* w zakresie *świadczeń*. Ograniczenia te biorąc z grubsza — są następujące:

1. Okres zasiłkowy i okres pomocy leczniczej w czasie niezdolności do pracy został *ograniczony* z 39 do 26 tygodni.

2. Pracownicy umysłowi (z nielicznymi wyjątkami) uzyskują świadczenia pieniężne dopiero od pierwszego dnia *czternastego tygodnia* niezdolności do pracy (za pierwsze 13 tygodni

Wykres 3



choroby pracownik pobiera wynagrodzenie od pracodawcy co kompensuje niższą składkę ubezpieczeniową — 4,6%, podczas gdy pracownicy fizyczni wnoszą — 5% składkę).

3. Zasiłek chorobowy wypłacany jest od 4-go dnia niezdolności, podczas gdy wg. przepisów ustawy z 19 maja 1920 r. zasiłek wypłacany był od 3-go dnia niezdolności do pracy.

4. Wymiar zasiłku pozwala ustawa stosować w wysokości 50% podstawy zarobkowej a z dodatkami na rodzinę do 65%. Wymiar ten obowiązywał w latach 1934, 1935, 1936 i do 30.IV. 1937 r. Od 1 maja 1937 r. Minister Opieki Społecznej zarządził podwyższenie zasiłków chorobowego o 20% i połogowego o 50% t. j. chorobowego z 50 do 60%, zaś połogowego z 50 — do 75% zarobków.

5. Zasiłek połogowy wynosił w okresie od 1.I.1934 do 30.IV.1937 r. — 50% — gdy wg. przepisów poprzedniej ustawy stanowił — 100% zarobku. Od 1.V.1937 r. powołane wyżej zarządzenie Ministra Opieki Społecznej ustaliło wysokość zasiłku połogowego na 75% zarobku.

Te zmiany należy uwzględniać przy badaniu pozycji świadczeniowych.

Wydatki na opiekę lekarską, które obejmują wyposażenia lekarskie, wyposażenia pomocy lekarskiej, utrzymanie ambulatoriów, zwroty za gabinety lekarskie i wydatki rzeczowe pomocy lekarskiej — jakkolwiek globalnie uległy znacznej obniżce — to licząc stosunkowo w procentach zachowały uprzedni poziom.

Wydatki na leki zachowały stosunkowo wysoki poziom. Ta dziedzina wydatków jest przed-

miotem specjalnych zainteresowań najpoważniejszych autorytetów fachowych lekarskich.

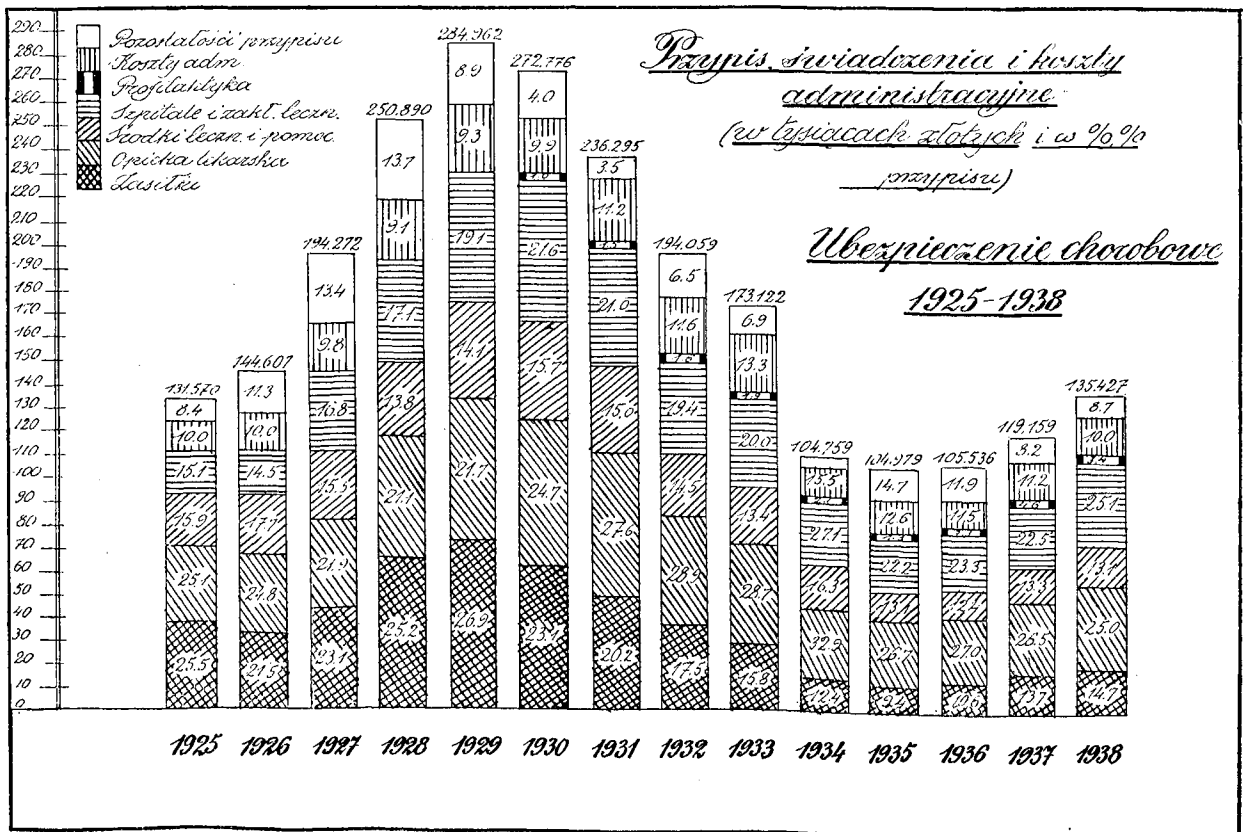
Wydatki szpitalne — są stosunkowo wysokie i tu, w miarę możliwości finansowych, oszczędności budżetowe nie są szukane. Świadczenie szpitalne dla ubezpieczonych i rodzin jest uznane za najbardziej celowe.

Wydatki na profilaktykę. W działalności rachunkowej i w sprawozdawczości ubezpieczenia chorobowego do roku 1929 brak jest śladów z akcji profilaktycznej. Od 1930 sprawozdawczość ubezpieczeniowa obejmuje wydatki profilaktyczne. Dopiero jednak od 1936 r. na skutek polecenia Ministra Opieki Społecznej prowadzona jest planowa działalność w tym zakresie. Rozbudowane zostają kolonie, półkolonie, dożywianie dzieci, akcja tranowa, obozy zimowe dla młodocianych, wczasy dla ubezpieczonych, przychodnie przeciwgruźlicze, przeciwjaglicze, przeciwweneryczne itp.

Akcja ta harmonizowana jest, w miarę możliwości, z analogiczną działalnością samorządów, specjalnych towarzystw społecznych, przeciwgruźliczych, przeciwjagliczych itd. Rezultaty tego, planowego już, działania są niezawodnie dostatecznie widoczne, nie wymagają więc specjalnego omawiania. Nawiasowo dodać trzeba, iż w ostatecznym zamknięciu rachunkowym za 1938 r. — wydatki profilaktyczne 1938 r. — będą nie niższe niż za 1937 r.

Tablica nr. 4 podaje wzajemny stosunek poszczególnych rodzajów wydatków świadczeniowych w omawianym okresie 1925 — 1938 — licząc od góry tablicy:

Wykres 4.



1. zasiłki pieniężne,
2. opieka lekarska,
3. środki lecznicze,
4. szpitale i zakłady lecznicze,
5. profilaktyka.

Podane uprzednio uwagi przy poszczególnych rodzajach wydatków świadczeniowych — znajdują tu jeszcze jaśniejsze potwierdzenie.

Ewolucja pozycji wydatków zasiłkowych przedstawia się następująco. Gdy do roku 1929 na 100 złotych wydatków świadczeniowych — zasiłki pieniężne stanowią powyżej 30 złotych (z wyjątkiem 1926 r. — zł. 27,6), to począwszy od r. 1930 — następuje stopniowy *spadek* tej pozycji, mianowicie:

w 1930 do zł 27.3 na 100 zł wydatków świadczeniowych			
" 1931 " " 24.— " " "			
" 1932 " " 21.6 " " "			
" 1933 " " 19.8 " " "			

Okres ustawy o ub. społ.:

w 1934 r. przypada zł 13.7 na 100 zł wydatków świadczeniowych			
" 1935 " " 13.— " " "			
" 1936 " " 13.8 " " "			
" 1937 " " 16.4 " " "			
" 1938 (11 m-cy) " 18.1 " " "			

W kwotach bezwzględnych wydatki na zasiłki stanowiły w tysiącach zł. i na 1 ubezpieczonego:

w 1925 r. — zł 33 552 tys., na 1 ubez. zł 20.29	
" 1926 " — " 31 436 " " " 18.54	
" 1927 " — " 44 871 " " " 22.94	
" 1928 " — " 63 305 " " " 28.12	
" 1929 " — " 76 554 " " " 32.15	
" 1930 " — " 62 857 " " " 27.23	
" 1931 " — " 47 823 " " " 22.21	
" 1932 " — " 34 044 " " " 17.39	
" 1933 " — " 27 360 " " " 14.43	
" 1934 " — " 13 539 " " " 8.30	
" 1935 " — " 10 229 " " " 6.07	
" 1936 " — " 11 200 " " " 6.34	
" 1937 " — " 16 274 " " " 8.31	
" 1938 " — " 20 137 " " " 9.49	

Dopiero na tle tych liczb widoczne są działania, zdążające do uzyskania równowagi, naruszonej przez obniżenie dochodów. Naturalnie, *mechaniczne* porównywanie liczb wydatkowych z r. 1929 czy r. 1930 — z wydatkami lat następnych byłoby niesłuszne, szczególnie przy rozważaniu pozycji zasiłkowych. Zasiłki są pochodną, zależną od *wysokości zarobków* i *stanu zatrudnienia*. Na rynku płac i cen i w stanie zatrudnienia nastąpiły zmiany. — Zmiany te automatycznie obniżały wydatki na zasiłki pieniężne. Gdy jednak przyjrzymy się liczbom względny — to ewolucja pozycji zasiłkowych okaże się najżywsza. Z liczb tych widać słuszność i trafność świadczeniową i ubezpieczeniową decyzji Ministra Opieki Społecznej polecającej w r. 1937 podwyższenie norm wydatków zasiłkowych dla ubezpieczonych.

Wydatki na opiekę lekarską, oceniając liczby względne, nie podlegały takim wstrząsom, utrzymywały się powyżej 30% ogółu wydatków na świadczenia. W kwotach absolutnych obniżenie znaczne musiało nastąpić i nastąpiło. — I tak w poszczególnych latach wydatki na opiekę lekarską w tysiącach złotych i na jednego ubezpieczonego wynosiły:

w 1925 r. — zł 33 101 tys., na 1 ubezpieczonego zł 19.77	
" 1926 " — " 35 783 " " " 20.99	
" 1927 " — " 42 496 " " " 21.68	
" 1928 " — " 52 973 " " " 23.53	
" 1929 " — " 61 828 " " " 25.96	
" 1930 " — " 69 505 " " " 30.11	
" 1931 " — " 63 110 " " " 29.31	
" 1932 " — " 54 654 " " " 27.92	
" 1933 " — " 49 614 " " " 26.16	
" 1934 " — " 35 826 " " " 21.96	
" 1935 " — " 28 909 " " " 17.16	
" 1936 " — " 28 506 " " " 16.13	
" 1937 " — " 32 028 " " " 16.37	
" 1938 " — " 34 162 " " " 16.10	

Wydatki na leki — również dostosowano do konieczności, wynikających z omówionych trudności. — W poszczególnych latach wydatki na środki lecznicze w tys. złotych i na 1 ubezpieczonego wyniosły:

w 1925 r. zł 20 922 tys., na 1 ubez. zł 12.51	
" 1926 " " 25 550 " " " 15.01	
" 1927 " " 29 199 " " " 14.91	
" 1928 " " 34 589 " " " 15.37	
" 1929 " " 40 143 " " " 16.85	
" 1930 " " 42 816 " " " 18.55	
" 1931 " " 35 461 " " " 16.47	
" 1932 " " 28 057 " " " 14.33	
" 1933 " " 23 166 " " " 12.22	
" 1934 " " 17 744 " " " 10.88	
" 1935 " " 14 181 " " " 8.42	
" 1936 " " 13 134 " " " 7.43	
" 1937 " " 15 891 " " " 8.12	
" 1938 " " 18 858 " " " 8.89	

Wydatki szpitalne w tysiącach złotych i na 1 ubezpieczonego w latach omawianych wynosiły:

w 1925 r. zł 19 876 tys., na 1 ubez. zł 11.95	
" 1926 " " 20 985 " " " 12.37	
" 1927 " " 32 639 " " " 16.67	
" 1928 " " 43 092 " " " 19.14	
" 1929 " " 54 612 " " " 22.93	
" 1930 " " 53 407 " " " 23.14	
" 1931 " " 49 619 " " " 23.05	
" 1932 " " 37 589 " " " 19.20	
" 1933 " " 34 713 " " " 18.30	
" 1934 " " 26 116 " " " 16.01	
" 1935 " " 21 238 " " " 12.61	
" 1936 " " 23 311 " " " 13.20	
" 1937 " " 27 822 " " " 14.21	
" 1938 " " 32 239 " " " 15.19	

Liczby powyższe w sposób wystarczająco jasny wiążą się z wyżej omówionymi pozycjami przychodowymi.

Mogą zaistnieć wątpliwości, czy wzajemny stosunek między poszczególnymi pozycjami uzyskany w rezultacie koniecznych działań oszczędnościowych był trafny, i niezawodnie możliwym jest poglądy, zaczepiający owe wyniki, niemniej chyba nigdy nie podlegnie dyskusji pozytywna wartość owego olbrzymiego trudu jaki dokonany został w ubezpieczeniu.

4. Koszty administracyjne.

Tablica nr. 5 — obejmuje wykaz kosztów administracyjnych w omawianym okresie czasu. Stosunek liczb kosztów administracyjnych do przypisu składek został uwidoczniiony w tablicy 3. — Wnioski jednak wynikające z owych tylko cyfr byłyby nie pełne. Lepszym porównawczo miernikiem będzie wydatek na 1 ubezpieczonego. W okresie od 1925 do 1938 roku koszty administracyjne podlegały wahanom podobnym do dochodu — tylko w czasie nieco innym. Gdy rok 1929 jak wiemy z poprzednich rozważań, — był ostatnim rokiem wzrostu składek — to koszty administracyjne wzrastały dalej. Nie udało się kierownictwu (zresztą odrazu było to niemożliwe) zatrzymać zwyczajki wydatków. Uznać można, iż duży sukces w tym zakresie uzyskano dopiero od roku 1935, szczególnie w latach po roku 1935. — Za 4 kolejne lata 1931, 1932, 1933 i 1934 — koszty administracyjne licząc na głowę ubezpieczonego, wynosiły rocznie:

r. 1931 —	zł 12.26
„ 1932 —	„ 11.47
„ 1933 —	„ 11.24
„ 1934 —	„ 10.34

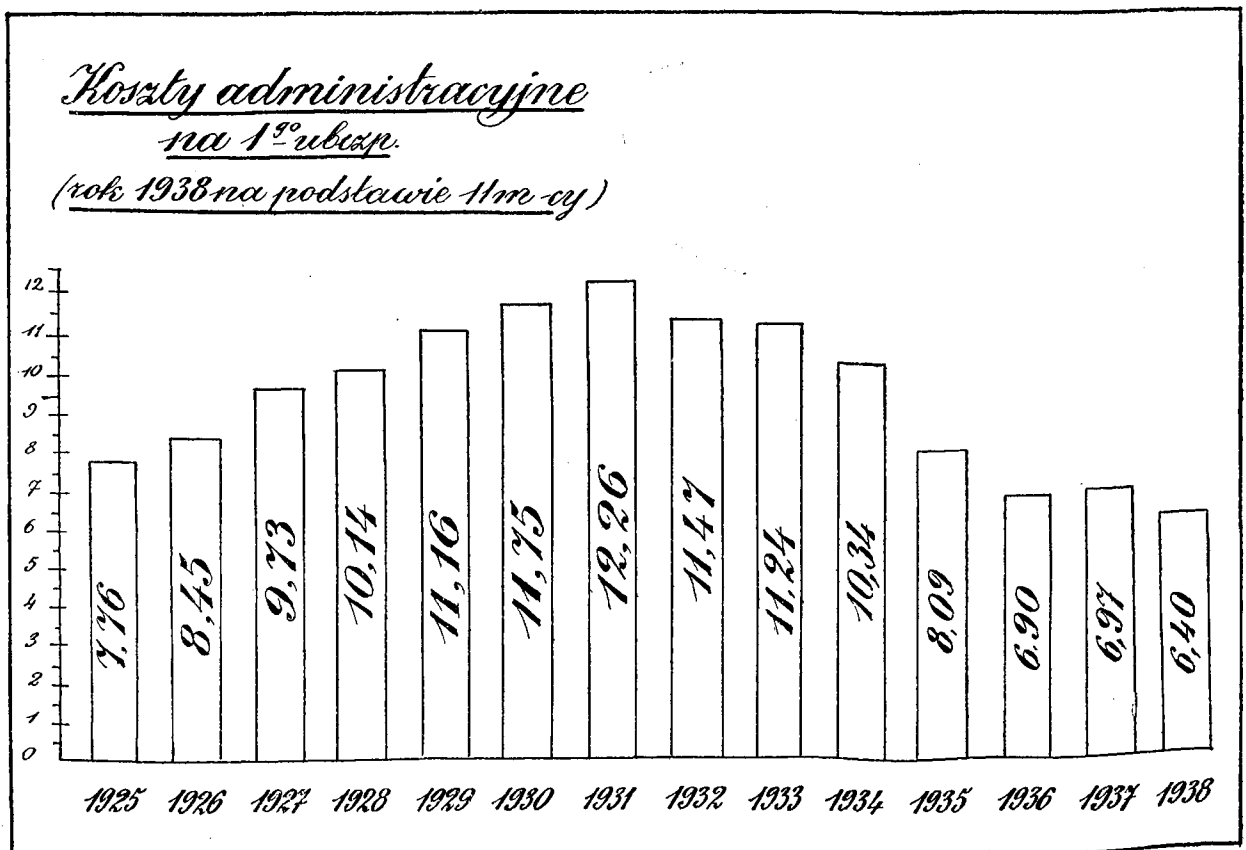
W następnych latach analogiczne wydatki stanowiły:

r. 1935 —	zł 8.09
„ 1936 —	„ 6.90
„ 1937 —	„ 6.97
„ 1938 —	„ 6.40

Cyfry te świadczą o dokonanym wysiłku organizacyjnym i oszczędnościowym. Nie trzeba tać, iż scentralizowanie nadzoru w jednej instytucji, w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, zamiast, jak było poprzednio, w kilku urzędach ubezpieczeń społecznych i Związkach Kas Chorych, prowadzenie *gospodarki w granicach budżetu ze wszystkimi konsekwencjami z takiej gospodarki płynącymi*; usprawnianie organizacji — oto tajemnica osiągnięć. I jeszcze jedno. Planom, zamierzeniom i pracom nadzoru i kierownictwa instytucji ubezpieczeniowych wyszedł na spotkanie wielki *wysiłek ideowego, nastawionego społecznie zespołu pracowniczego* w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

Pracownicy mieli świadomość szczupłości środków stojących do dyspozycji, i rozumieli, że gospodarowanie bez równowagi finansowej, jest niepodobieństwem dla instytucji chcące żyć, i tak społecznie ważnej i potrzebnej. I tu leży nie małe wyjaśnienie osiągnięć. Autor niniejszych uwag, nie uważa się za uprawnionego do wydania sądu, gdy chodzi o pracę lekarską. Zapewne znajdą się kompetentni, którzy dadzą właściwy wyraz oceny i w tej dziedzinie. Byłby jednak brak, gdyby z okazji tego sprawozdania cyfrowego, gdy mówi się o wynikach

Wykres 5.



i osiągnięciach, nie wspomnieć o wielkim, harmonijnym wysiłku i pracy lekarzy. Wedle naszego najlepszego przekonania i rozumienia bez tej harmonii i pracy — wykazane osiągnięcia nie byłyby możliwe.

Nie wyczerpalibyśmy trudności natury finansowej, ograniczając się do pozycji co prawda podstawowej, tj. do dochodów i składek ubezpieczeniowych. Trudności były rozliczne. Oto ważniejsze:

a. Koszty leczenia szpitalnego.

Ustawa z 19.V.1920 r. przewidywała w art. 43 iż ubezpieczenie płaci za chorych leczonych w szpitalach samorządowych — 50% taksy obowiązującej za leczenie w tych szpitalach. Dałoby się bez wielkiego trudu znaleźć wiele argumentów uzasadniających słuszność społeczną tego przepisu, zresztą do dziś stosowanego gdzieindziej. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym obniżając składkę, równocześnie zwiększyła koszty leczenia szpitalnego — obniżając opust z 50% do 15%. Od 1 stycznia 1934 r. płaciły ubezpieczenia społeczne 85% taksy szpitalnej. Od 1938 r. skasowano i ten 15%-owy opust. Obecnie ubezpieczenie płaci 100% taksy szpitalnej. Konsekwencje dla ubezpieczenia chyba nie trudne do odgadnięcia.

b. Uprawnienia ciężarnych.

Powołana ustawa z maja 1920 r. zabezpieczała wyjątkowe uprawnienia dla ciężarnych przewidując 8-tygodniowe urlopy przy wypłacaniu 100% zasiłku za cały ten okres, w tym 2 tygodnie przed porodem i 6 tygodni po porodzie, oraz zabezpieczając w ciągu 13 tygodni specjalny zasiłek pokarmowy.

Na podstawie art. 48 pow. ustawy — 50% wydatku z tytułu owych dwu zasiłków, połogowego i pokarmowego, pokrywał Skarb Państwa. Orientacyjnie podajemy, iż za rok 1931 zwrot powyższy wyniósł powyżej zł. 3.380.000.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym zachowuje zasiłek połogowy obecnie (w wysokości 75%) również na okres 8 tygodni, i zasiłek pokarmowy. Jest tylko jedna zmiana. Skasowane są zwroty 50% dopłat ze strony Skarbu Państwa, co nie jest pomyślnym zjawiskiem dla finansów ubezpieczenia chorobowego.

c. Wyłączenia.

Wspomniałem powyżej o wyłączeniach z ubezpieczenia chorobowego. Chyba nie będą wymagały bliższego omówienia wyraźne straty dla ubezpieczenia płynące z wyłączenia, zarabiających powyżej zł. 725. Naturalnie ocena tego faktu nie może być brana indywidualnie. Również nie należy traktować „straty” ubezpieczenia, jako szkody doktryny. Tego typu szkoda dałaby się przeboleć. — Wyłączenie wyżej zarabiających mówiąc technicznie, to zabranie lepszych ryzyk ubezpieczeniowych. Wyżej zarabiający przyczyniali się swymi składkami do podniesienia przeciętnej poziomu świadczeń z korzyścią właśnie dla słabiej uposażonych. W fakcie tym kryła się piękna idea samopomocy i solidarności.

Ten i ów z wyłączonych od obowiązku ubezpieczenia — indywidualnie być może osiągnie korzyści — zwolniony bowiem zostaje od wpłacania składek. Dla niejednego jednak z wyłączonych od obowiązku, ale i tym samym pozbawionych uprawnień i korzyści wyłączenia okazała się zawodna.

Gdy wypadnie przykrzejsze schorzenie w rodzinie, a któż od tego jest wolny, — to wieloletnie zaoszczędzone składki zostaną od razu pochłonięte. A wątpić należy czy były odłożone. Jedno więc schorzenie burzy już równowagę finansową rodziny.

Wyłączenia pracowników samorządowych mają nieco inne tło. Pracownicy ci nie są pozbawieni pomocy i opieki lekarskiej. Samorząd obowiązany jest zorganizować opiekę lekarską na warunkach nie niższych niż ubezpieczenie powszechne. Praktycznie samorządy — częściowo wykorzystują swe uprawnienia. Organizują pomoc lekarską dla swych etatowych pracowników. To znaczy najlepiej uposażonych i stale zatrudnianych, a więc dających dobre ryzyka ubezpieczeniowe. Pracowników czasowych, sezonowych, zgłaszają i nadal do ubezpieczalni społecznych.

Ten stan rzeczy stwarza ubezpieczeniowo niepożądane konsekwencje, i zapewne nie takie intencje przyświecały ustawodawcy. Pracownicy sezonowi właśnie w sezonie w sposób intensywny starają się wykorzystać wszystkie uprawnienia świadczeniowe, a po sezonie przez jesień i zimę — to stali klienci ubezpieczalni społecznych, kontynuujący uprzednio rozpoczęte uprawnienia świadczeniowe. Zainteresowanym nikt dziwić się nie może, że starają się w jakiś sposób ułatwić sobie i rodzinie przetrwanie. Społecznie potrzeba istnieje i jest zaspakajana. Ubezpieczalnie stają się jednak w ten sposób urządzeniem opieki społecznej, finansowanej ze składek ubezpieczeniowych.

Po tych omówieniach dla możliwie pełniejszej jasności obrazu trzeba może choć pokrótce w zakończeniu wspomnieć jeszcze o następujących zagadnieniach.

1. Wpływy ze składek.

Podane i omówione wyżej kwoty dochodowe dotyczą sum przypisanych składek na rzecz ubezpieczenia. Nie wszystkie jednak przypisane składki — wpływają do kas ubezpieczalni. Jest wielu płatników, którzy nie wnoszą należnych składek do ubezpieczalni. Według zamknięć rachunkowych b. kas chorych i ubezpieczalni społecznych — zadłużenia płatników z tytułu zaległych składek wynosiły:

na 31.XII 1925	— 26 869	tys. zł.	
„ 1926	— 34 057	„	wzrost okrągło — 8 milj. zł.
„ 1927	— 48 907	„	„ „ — 15 „ „
„ 1928	— 65 853	„	„ „ — 17 „ „
„ 1929	— 83 177	„	„ „ — 18 „ „
„ 1930	— 98 225	„	„ „ — 15 „ „
„ 1931	— 106 589	„	„ „ — 8 „ „
„ 1932	— 118 538	„	„ „ — 12 „ „
„ 1933	— 115 626	„	„ „

Wykazane kwoty nie stanowią pełnej różnicy między *należnymi* przypisanymi składkami — a *wpływami* osiągniętymi.

Pominięte są bowiem odpisywane corocznie na straty kwoty jako *nieściągalne*. Przykładowo podajemy, iż kwoty odpisane na straty jako nieściągalne tylko za rok 1931 — wyniosły okragło zł. 10 milionów.

Odpisy kwot nieściągalnych dokonywane były corocznie.

W latach następnych przyszedł okres znacznych ulg dla zalegających płatników. W tym stanie rzeczy przy tak obniżonych składkach aparat ubezpieczalni społecznych musiał zostać nastawiony na *aktualne* zbieranie składek. Z doświadczeń lat poprzednich nauczono się, iż nie pobrana *w porę* składka staje się w znacznej części nieściągalną.

Jest to *krzywda* dla ubezpieczeń i *ubezpieczonych* a zarazem *premii dla opornych*, bądź *niesummiennych płatników*. Rok 1934 — to rok montowania organizacji ubezpieczeniowo już scalonej.

Od 1935 r. wpływy od płatników z tytułu składek bieżących i zaległych licząc w procentach do *przypisu* — wyniosły:

1935 r.	—	93.9%
1936 „	—	97.7%
1937 „	—	99.8%
1938 (11 m-cy)	—	100.8%

Uzyskane wpływy świadczą niezawodnie o postępie pracy w tej dziedzinie. Naturalnie osiągnięty wynik nie jest jeszcze zadawalający. Ideałem byłoby zupełne *wstrzymanie wzrostu* zadłużeń i *realizacja narosłych w poprzednich latach zaległości*.

2. Majątek Ubezpieczalni Społecznych. (Ruchomości i nieruchomości).

Według zamknięć rachunkowych wartość majątku ruchomego i nieruchomego ubezpieczenia (b. kas chorych i ubezpieczalni społ.) wynosiła:

31.XII 1925 r.	—	zł 9 787 tys.
„ 1926 „	—	„ 21 252 „
„ 1927 „	—	„ 31 954 „
„ 1928 „	—	„ 48 799 „
„ 1929 „	—	„ 70 550 „
„ 1930 „	—	„ 83 084 „
„ 1931 „	—	„ 102 435 „
„ 1932 „	—	„ 107 501 „
„ 1933 „	—	„ 110 380 „
„ 1934 „	—	„ 112 272 „
„ 1935 „	—	„ 111 818 „
„ 1936 „	—	„ 111 751 „
„ 1937 „	—	„ 117 946 „

Liczby te świadczą o dużym rozmachu inwestycyjnym, jak się później okazało, może nie zawsze planowym i celowym.

3. Zadłużenia.

Według zamknięć rachunkowych w poszczególnych okresach gospodarczych zadłużenie ubezpieczenia chorobowego wynosiło:

31.XII 1925	—	zł 15 219 tys
„ 1926	—	„ 17 713 „
„ 1927	—	„ 23 523 „
„ 1928	—	„ 34 744 „
„ 1929	—	„ 52 207 „
„ 1930	—	„ 63 124 „
„ 1931	—	„ 75 959 „
„ 1932	—	„ 64 541 „
„ 1933	—	„ 60 170 „
„ 1934	—	„ 68 569 „
„ 1935	—	„ 65 218 „
„ 1936	—	„ 58 930 „
„ 1937	—	„ 60 643 „
30.XI 1938 c-a	„	„ 56 000 „

Liczby powyższe ilustrują stan rzeczy, mianowicie: — okres dobrej koniunktury i wysokiej i wzrastającej składki do roku 1930 — zostawia w spadku zamiast, jakby należało oczekiwać, — zasobów — zobowiązania przekraczające 63 miliony. W okresie kryzysu gospodarczego i obniżających się dochodów ze składek, naturalnie trudniej o odrobienie zaległości. Gdy zaś od 1934 ubezpieczalnie społeczne znalazły się w związku z wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym w nowej sytuacji, — skutkiem obniżenia składki ubezpieczeniowej — zobowiązania stały się zagadnieniem specjalnie palącym.

Od 1935 r. począwszy, po przez lata 1936, 1937 i wreszcie 1938 r. po zrównoważeniu gospodarki budżetowej, suma zadłużeń ulega stopniowo pomniejszeniu. Uciążliwe zobowiązania bieżące są rozterminowywane i regulowane. Trzeba naturalnie jeszcze szeregu lat *zrównoważonej* i planowej gospodarki z ołówkiem w rękę by zupełnie wyjść z trudności. Ostatnie 4 lata, znamionują właśnie taką gospodarkę zrównoważoną i planową.

Może nie wyraźny byłby stan rzeczy, gdybyśmy mówiąc o zadłużeniach nie zaakcentowali, iż 2 okoliczności stanowią konieczne wyjaśnienie dla wykazanych zadłużeń.

a. Inwestycje.

Ubezpieczenie rozpoczęło swą działalność bez żadnego wiana. Nikt nie wyposażył w kapitał potrzebny na urządzenia lecznicze, biurowe, budowle a wszystko to przecież było konieczne. Cały wykazany wyżej majątek nabyty został z wpływów składkowych i zaciąganych długów.

Bilansowa wartość majątku jest znacznie wyższa od sumy zadłużenia.

b. Zaległości składkowe.

Gdyby płatnicy składek terminowo regulowali należności — również problem zadłużeń w sposób wyjątkowo łatwy mógłby być i byłby, niezawodnie, załatwiony. Suma bowiem zadłu-

zeń składkowych przewyższa zobowiązania ubezpieczenia. Niestety, stan rzeczy jest taki, że *należności* ubezpieczeniowe podlegają ulgom, umorzeniom — zaś *zobowiązania* są płatne w *pełnej* wysokości bez żadnych ulg.

Oto w skróceniu podany materiał ilustrujący gospodarkę i sytuację finansową ubezpieczenia chorobowego. Uwydatnione liczby i omówienia obejmują ubezpieczonych, przypis i wpływ ze składek, wydatki świadczeniowe, koszty administracyjne, ważniejsze zmiany przepisów wpływających na pogorszenie stanu finansowego, zaległości płatników za składki, wartość majątku ruchomego i nieruchomego i wreszcie zadłużenia.

Dane liczbowe możliwie pełne, oparte o zatwierdzone zamknięcia rachunkowe obejmują lata 1925 — 1937. Rok 1938, jak już wyżej wskazano odpowiada zamknięciom rachunkowym na 30.XI.1938 r. uzupełniony 1/11 tego okresu na m-c grudzień.

Może nie od rzeczy będzie gdy powyższą analizę i uwagi z tej analizy wynikające zakończymy uzupełnieniem, zamykającym niejako myśl sprawozdania. Myśl, którą przy innej okazji autor niniejszego podał.

Oto cierpliwy czytelnik, ubezpieczony, czy tylko nieuprzedzony obserwator — powie: ze sprawozdania i liczb wynika, iż ubezpieczenie chorobowe pracuje nieźle. Czemu więc tak wiele narzekań, czemu tyle goryczy zarówno wśród ubezpieczonych jak i pracodawców, a nawet i wśród lekarzy i pracowników instytucji.

Ubezpieczeni żalą się, że nie otrzymują pełnych żądań, i jakże nieraz koniecznych świadczeń. Pracodawcy wyrzekają, że wiele płacą. Lekarze i pracownicy żalą się, że, jak oceniają, otrzymują liche wynagrodzenia i są przeciążeni pracą. Odpowiedzmy: narzekający, poza przypadkami wywołanymi przesadą, subiektywizmem, a nie rzadko i złośliwością — *obiektywnie mają wiele racji*.

Pomińmy, niezawodnie zdarzające się braki i błędy, a nawet zaniedbania w działaniu człowieka, i, zapewne, niedoskonałej organizacji. Stwierdzone usterki, czy zaniedbania są odpowiednio usuwane. Chodzi więc o możliwie obiektywną ocenę. Ubezpieczenie udziela świadczeń i gospodaruje i *musi gospodarować w granicach swych dochodów*. *Dochodem decydującym o możliwościach działania to składka ubezpieczeniowa*. Gdy dochód ze składek uległ obniżeniu okraęło z 284 milionów złotych w roku 1929 — do zł. 104 i 105 milionów w latach 1934, 1935 i 1936, gdy składka na jednego ubezpieczonego rocznie ze zł. 119,65 gr. w 1929 r. spadła do zł. 59,73, zł. 60,87, zł. 63,81 w latach 1936, 1937 i 1938 — to odpowiedź dla stawiających wymagania i osądających może nie nastęrczy wiele trudności. Zamykając więc niniejsze uwagi poparte wywodem liczbowym można ustalić:

Rzeczą i obowiązkiem organów ubezpieczeniowych jest gospodarowanie jak najbardziej celowo i oszczędnie, a z jak największą korzyścią dla ubezpieczonych i państwa. Jak gospodarowano i czy odpowiedziano tym założeniom — ocenę ułatwią podane wyżej liczby.

M A T E R I A Ł Y

W. Z.

ZASIŁKI UBEZPIECZENIOWE NA ŚLĄSKU ZA OLZĄ

Odzyskanie ziem należących około 18 lat do Republiki Czecho-Słowackiej postawiło przed polską polityką społeczną cały szereg wielkich i ważnych zagadnień, które rozwiązywane są systematycznie i planowo ale etapami, z uwzględnieniem przede wszystkim spraw najbardziej pilnych i doraźnych. Do rzędu spraw tego typu należało zagadnienie ustalenia sytuacji prawnoubezpieczeniowej osób, które w chwili zmiany suwerenności otrzymywały świadczenia — zwłaszcza rentowe — z czecho-słowackich instytucji ubezpieczeń społecznych.

Zagadnienia ubezpieczeń społecznych były na odzyskanych ziemiach szczególnie żywotne. Zastaliśmy tu szeroko rozbudowane ustawodawstwo czecho-słowackie o ubezpieczeniach społecznych, którego zresztą poziom przedstawia się w zakresie poszczególnych jego działów bardzo niejednolicie. Brakowało bowiem w czecho-słowackim systemie ubezpieczeń społecznych całkowicie obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia (którego surogatem zupełnie zresztą niedo-

statecznym były kasy bezrobocia oparte na systemie gandawskim); ubezpieczenie od wypadków opierało się na nawskroś przestarzałych podstawach niemal niekniętego od dwóch dziesiątków lat ustawodawstwa austriackiego. Ubezpieczenie emerytalne robotników i pracowników umysłowych, ogólnie rzecz biorąc, pokrywało się z ustawodawstwem obowiązującym w Polsce; zresztą absolutny poziom świadczeń czecho-słowackich w obrębie dwóch tych działów ubezpieczeń społecznych przedstawiał się po przewalutowaniu raczej skromnie. Tylko w ubezpieczeniu górniczym i w ubezpieczeniu na wypadek choroby nie brak przepisów górujących nad ustawodawstwem obowiązującym dotychczas w Polsce w tej dziedzinie. Sprawa materialnej reformy ubezpieczeń społecznych, które odziedzyczyliśmy na obszarach odzyskanych i włączenia ich do systemu obowiązującego powszechnie w Polsce jest zadaniem, które musi być rozwiązane szybko, ale w stosunku do którego upływ kilku tygodni, czy miesięcy nie może za-ważać decydująco na szali.

Zupełnie inaczej przedstawiała się jednak sprawa podjęcia działalności świadczeniowej i to zarówno w zakresie leczenia ubezpieczeniowego, jak też wypłaty rent stanowiących podstawę egzystencji około 30-tyśięcnej rzeszy rencistów, zamieszkałych na obszarach odzyskanych — zwłaszcza Śląska za Olzą. Wypada bowiem podkreślić, że w stosunku do liczby ludności i liczby ubezpieczonych czynnych obszary te w zupełnie wyjątkowym stopniu nasycone były elementem rencistów, żyjących z okresowych świadczeń instytucji ubezpieczeń społecznych.

Nie mogło od początku ulegać wątpliwości, że przerwana chwilowo — z powołaniem się na trudności dewizowe i inne — wypłata rent czesko-słowackich na dotychczasowe obszary Polski będzie musiała być wznowiona wobec tego, że tej kategorii rencistów przysługiwały prawa niczym niezwiązane ze zmianą suwerenności, dokonaną w październiku i listopadzie 1938 r.; wznowienie wypłaty na rzecz tej kategorii uprawnionych dokonane też zostało w styczniu 1939 r. Było też z góry rzeczą jasną i oczywistą, że czesko-słowackie ubezpieczenie od wypadków obciążać muszą w dalszym ciągu renty przysługujące uprawnionym zamieszkałym na obszarach odzyskanych z tytułu wypadków, które zaszły poza tymi obszarami. O ile chodzi natomiast o wszystkie inne uprawnione do świadczeń rentowych osoby zamieszkałe na obszarach odzyskanych czesko-słowackie instytucje ubezpieczeń społecznych odmówiły — podobnie, jak zresztą i w stosunku do Niemiec oraz Węgier — dalszej wypłaty rent, powołując się na okoliczność, że z natury rzeczy nie mogą być w nowych warunkach prawno-politycznych dopuszczone również i do wykonywania na utraconych przez Czecho-Słowację obszarach ustawodawstwa o ubezpieczeniach społecznych. W tym stanie rzeczy stała się aktualna sprawa uregulowania prawno-międzynarodowego sukcesji w dziedzinie ubezpieczeń społecznych między Polską a Czecho-Słowacją. Musiałaby ona sprowadzać się do tego, że zgodnie z pierwowzorami reglamentacji, przyjętej w następstwie cesyj terytorialnych po zakończeniu wojny światowej (artykuły 312 Traktatu Pokoju z Niemcami, 275 — z Austrią i 258 — z Węgrami) Polska przejęłaby ciężary z tytułu płynnych już rent i niezrealizowanych jeszcze ekspektatyw w stosunku do rencistów i ubezpieczonych, związanych według tego, czy innego kryterium z obszarami odzyskanymi; w zamian za to Polska musiałaby uzyskać od Czechosłowacji finansowe pokrycie zobowiązań przejmowanych przez polskie ubezpieczenia społeczne. Dokonanie rozrachunków z tego tytułu wymaga oczywiście dłuższej pracy, od której zakończenia nie można było uzależnić wznowienia wypłaty rent, z których utrzymuje się niemniej niż jedna czwarta ludności obszarów odzyskanych.

Polska społeczna polityka ubezpieczeniowa musiała więc rozwiązać dylemat, polegający na tym, że z jednej strony przed otrzymaniem od Czecho-Słowacji rezerw należnych Polsce nie można było przejść zobowiązań w stosunku do rencistów, którzy znaleźli się w granicach Polski, a z drugiej strony trzeba było zapewnić im zaopatrzenie z funduszy publicznych odpowiadające dotychczasowemu ich poziomowi życia; równocześnie zaś musiało być zrobione wszystko, co tylko możliwe, by zapewnić dalsze wykonywanie na tych obszarach ustawodawstwa o ubezpieczeniach społecznych, które

go zawieszenie w środowisku tak uprzemysłowionym, a więc par excellence robotniczym groziło by powstaniem poważnych trudności.

Zawiłe te i ciężkie zadania rozwiązuje dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 6 listopada 1938 r. o tymczasowym uregulowaniu ubezpieczeń społecznych na odzyskanych ziemiach Śląska Cieszyńskiego (Dz. U. R. P. nr 85 poz. 572), rozszerzony na mocy art. 7 pkt. 2 dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16 listopada 1938 r. (Dz. U. R. P. nr 87, poz. 585) na odzyskane obszary pozaśląskie oraz rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 19 listopada 1938 r. (Dz. U. R. P. nr 92, poz. 632) w sprawie wykonania dekretu z dnia 6 listopada 1938 r. i drugie rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej, wydane na mocy tego dekretu, a mianowicie z dnia 23 stycznia 1939 r. (Dz. U. R. P. nr 9, poz. 48), poświęcone tymczasowemu uregulowaniu ubezpieczeń społecznych górników i hutników.

Tylko w zakresie jednego z działów ubezpieczeń społecznych pozostającego zresztą właściwie na pograniczu między ubezpieczeniem społecznym, a społeczną opieką, nastąpiła już materialna unifikacja ustawodawstwa tu obowiązującego z ustawodawstwem funkcjonującym w pozostałych częściach Państwa Polskiego. Mam na myśli rozciągnięcie na obszary odzyskane zabezpieczenia na wypadek bezrobocia dokonane w pkt. 22 art. 1 dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 listopada 1938 r. (Dz. U. R. P. nr 90, poz. 612). Równocześnie dekret przewiduje, że do okresu pracy uprawniającego do zasiłku wlicza się okresy pracy wykonywanej w: 1) przedsiębiorstwach, które objęte są w Polsce ustawą z 18 lipca 1924 r. (art. 1 ust. 1 tej ustawy w brzmieniu obecnie obowiązującym), 2) przedsiębiorstwach, w których robotnicy byli ubezpieczeni na wypadek braku pracy na podstawie przepisów czesko-słowackich. Z tytułu prawa do zasiłków, które powstało przed zmianą suwerenności, przysługiwać mają bezrobotnym zasiłki w wymiarze przewidzianym w ustawodawstwie (ustawa i statut) czesko-słowackim. Wobec braku obowiązkowego ubezpieczenia przeciw ryzyku bezrobocia w Czecho-Słowacji rozciągnięcie na ziemie odzyskane tej gałęzi ustawodawstwa (za którym powinno być pójść zastosowanie na tym terenie ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych) było stosunkowo proste i łatwe.

Dalszy wyjątek od zasady zachowania narazie bez zmian dotychczasowego ustawodawstwa czesko-słowackiego — posiadający już charakter odchylenia terytorialnej natury a nie wyjątku, związanego z pewnym szczególnym działem ubezpieczeń społecznych, opiera się na postanowieniach dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z 16 listopada 1938 r. (Dz. U. R. P. Nr. 87, poz. 585), które rozciągają ogólne polskie ustawodawstwo ubezpieczeniowe na ziemie, włączone do województwa krakowskiego i lwowskiego.

W tych niewielkich enklawach, które weszły w listopadzie u. r. w skład ziemi Rzeczypospolitej rola ubezpieczenia społecznego z uwagi na ich charakter górski i słabe zaludnienie (przeważnie rolnicze) była znikoma; to też możliwe było — z punktu widzenia porządku prawnego niewątpliwie pożądane — unormowanie w tym duchu losów ubezpieczeń społecznych.

Dekret z dnia 6 listopada 1938 r. przyznaje zamieszkałym na ziemiach odzyskanych osobom, uprawnio-

nym do świadczeń z czesko-słowackich instytucji ubezpieczeń społecznych, zasiłki.

Zasiłki te mają więc stanowić surogat rent (i innych świadczeń o charakterze jednorazowym). Z charakterem zasiłkowym świadczeń wiążą się pewne szczególne ich cechy charakterystyczne. Tak więc prawa do zasiłków nie można dochodzić w drodze sądownictwa ubezpieczeniowego. Poza tym w myśl par. 8 rozporządzenia z 19 listopada 1938 r. i par. 6 rozporządzenia z 23 stycznia 1939 r. (wydanego w wykonaniu ust. 3 art. 1 dekretu) z zasiłków nie mogą korzystać osoby, które nie posiadają, obywatelstwa polskiego; w braku dalszego uzupełnienia umownego reglamentacji tego zagadnienia wyłączną podstawą do oceny obywatelstwa polskiego w rozumieniu powyższych postanowień stanowi dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 19 października 1938 r. (Dz. U. R. P. nr 81 poz. 548); ostateczne ustalenie zasięgu osób uprawnionych do świadczeń z tytułu posiadania obywatelstwa polskiego oraz pozbawionych prawa do zasiłku wobec posiadania obywatelstwa innego państwa (lub też bezpaństwowości) nie jest jednak możliwe przed ostatecznym zakończeniem prac w terenie, mających na celu bliższe określenie obywatelstwa ludności za Olzą. Z charakterem zasiłkowym świadczeń wiąże się również fakt, że podlegają one zwrotowi ze świadczeń, które będą wypłacone za czas, za który udzielono tymczasowych zasiłków (art. 4 ust. 3 dekretu).

Wypłata zasiłków nie rozpoczęła się jednak dopiero z chwilą wejścia w życie dekretu. Natychmiast po objęciu Śląska za Olzą przez wojska polskie Zakład Ubezpieczeń Społecznych za zgodą Ministerstwa Opieki Społecznej oraz delegata Wojewody Śląskiego przy samodzielnej grupie operacyjnej „Śląsk” zorganizował — bez jakiegokolwiek podstaw prawnych — tymczasową akcję zasiłkową z własnych funduszy, zapobiegając w ten sposób powstaniu jakiegokolwiek luki między zaprzestaniem wypłaty świadczeń ze strony czesko-słowackiej a podjęciem ich ze strony polskiej. Toteż dekret przewidział w art. 3 ust. 2, że zasiłki tymczasowe będą zaliczone na poczet właściwych zasiłków dekretowych.

Zasiłki przysługują osobom uprawnionym do świadczeń z tytułu czterech działów ubezpieczeń społecznych: 1) ubezpieczenia od wypadków, 2) ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość, 3) ubezpieczenia pensyjnego pracowników prywatnych oraz 4) ubezpieczenia pensyjnego w górniczych kasach brackich. Tak więc ustawodawstwo zasiłkowe nie obejmuje rzeczowym swym zasięgiem ani ubezpieczenia kolejarzy (z tytułu odszkodowania za wypadki przy pracy, funduszu inwalidzko-starczego, czy funduszu emerytalnego), ani zaopatrzeń o charakterze opiekuńczym, ani zasiłków starszych wypłacanych na rachunek Skarbu Państwa osobom, które z uwagi na swój wiek nie mogły być objęte obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym robotników, ani też świadczeń dobrowolnego ubezpieczenia o charakterze dodatkowym. Jak wynika z par 9 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia z 19 listopada 1938 r., akcja zasiłkowa nie objęła również osób uprawnionych z tytułu ubezpieczenia pensyjnego pracowników prywatnych, o ile było ono wykonywane nie przez powszechny zakład pensyjny funkcjonariuszów prywatnych w Pradze, lecz przez zakłady zastępcze tej gałęzi ubezpieczeń społecznych. Wchodzą tu w grę uprawnienia przysługujące w stosunku do instytucji, których rola na obszarach odzyskanych przedstawiała się bardzo różnic. Bo poza Za-

kładem Pensyjnym hr. Larischa-Moennicha z siedzibą położoną w Polsce, pracownicy umysłowi byli ubezpieczeni na Śląsku za Olzą: 1) w instytucjach zastępczych, których zakres działania w dużej mierze rozciągał się na te tereny, których siedziba znalazła się jednak po zmianie suwerenności w Czecho-Słowacji (zakłady zastępcze przy Górniczej i Hutniczej Spółce Akcyjnej, dwa zakłady przy Witkowskim Gwarectwie dla Górnictwa i Hutnictwa i dwa zakłady przy Witkowskich Hutach), 2) w zakładach, które tylko w nieznacznym stopniu prowadziły działalność również na tym terenie (zakład dla kolejek prywatnych, dla instytucji ubezpieczeń społecznych i t. p.). Niebrak wreszcie na odzyskanych obszarach rencistów zakładów zastępczych, które w ogóle na tych ziemiach nie prowadziły ubezpieczenia wobec nicistnienia tam odnośnych przedsiębiorstw; siedziby tych instytucji znajdują się nawet w niektórych przypadkach na obszarach objętych przez Rzeszę Niemiecką. Cały szereg szczególnych okoliczności związanych z odrębnym charakterem ubezpieczenia w tych instytucjach podyktował bowiem nicobjęcie uprawnień przysługujących w stosunku do tych instytucji ustawodawstwem zasiłkowym. Wypłata rent na ich rzecz winnaby więc być podjęta przez instytucje, w których zainteresowani pracownicy umysłowi uzyskali prawo do świadczeń bez względu na to, czy siedziba tych instytucji znajduje się w Polsce (Zakład Pensyjny hr. Larischa-Moennicha), czy też w Czecho-Słowacji. Wydano zresztą zarządzenia mające na celu przyjsię z pomocą w formie ściśle już poza ubezpieczeniowej pewnym osobom z pomiędzy tej grupy zainteresowanych.

Przy sposobności unormowania w tej drodze zasiłków ubezpieczeniowych musiała być rozstrzygnięta sprawa samego wymiaru zasiłków. Ustalono (w art. 2 dekretu), że zasiłki wypłacane będą zaliczkowo w wysokości pełnych kwot należnych od instytucji czesko-słowackich wraz z wszelkimi dodatkami — a więc i z dopłatami obciążającymi fundusze skarbowe — przy czym do przerachowania tych kwot na złote stosuje się przepisy art. 1 dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 października 1938 r. (Dz. U. R. P. nr 79, poz. 535). Z uwagi na okoliczność, że wymiar zasiłków, zwłaszcza górniczych i inwalidzkich, po przewalutowaniu według kursu oficjalnego byłby zbyt niski i nie zapewniałby minimum egzystencji (nie osiągając przeciętnego poziomu polskich rent ubezpieczeniowych), wprowadzono równocześnie dodatek w wysokości 15% dla osób, których zasiłek obliczony na tej podstawie wyniósłby mniej niż 50 zł miesięcznie. Wyrównanie w tej drodze wymiaru zasiłków ubezpieczeniowych sprawia, że osiągnęły należyty poziom, umożliwiając uprawnionym do nich rencistom zaspokojenie elementarnych potrzeb, którym służą świadczenia ubezpieczeń społecznych.

Trudno dość silnie podkreślić rozmiary akcji zasiłkowej podjętej na powyższych podstawach w myśl par 9 rozporządzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,¹⁾ pełniący te funkcje za pośrednictwem swego Od-

¹⁾ Zakład Ubezpieczeń Górników i Hutników w Orłowej przejmie po ukończeniu okresu organizacyjnego — w myśl par. 7 rozporządzenia z 23 stycznia 1939 r. — wypłatę zasiłków należnych z tytułu brackiego ubezpieczenia pensyjnego górników od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

BOLE

ustępowa

REUMATYCZNE I NEURALGICZNE



PRZY STOSOWANIU



RHEUMOL GALEN

NIE PLAMIĄCY PŁYN DO WCIERAŃ

Cena za 1 fl. 60 g. zł. 3.-

TOW. CHEM. FARM. „GALEN” Sp. z o. o.

WARSZAWA, ŻELAZNA 54.


Motopirin-Motor
UŚMIERZA BÓLE
ARTRETYCZNE I REUMATYCZNE.

ISTNIEJĄCE OD 1893 ROKU
ZAKŁADY
PROF. BUJWIDA
DLA WYROBU
SUROWIC I SZCZEPIONEK

SPÓŁKA Z OGR. ODP.
W KRAKOWIE, UL. LUBICZ 34

Polecają wysokowartościową:

SUROWICĘ przeciwbłoniczną
(6000 — 7000 — 9000 — 10000 J. A.)

SUROWICĘ przeciw	ężycową
„	szkarłatynową
„	ropniczą
„	zakażeniu połogowemu
„	czerwonkową
„	róży ludzkiej
„	normalną końską

ANTIVIRUS, środek zapobiegawczy i leczniczy
przy ropieniach, owrzodzeniach i t. d.

KROWIANKĘ OSPOWĄ
SZCZEPIONKĘ PRZECIWWODOWSTRĘTOWĄ
SEMPLA.

SUROWICĘ PRZECIWRÓŻYCOWĄ
SZCZEPIONKĘ PRZECIWRÓŻYCOWĄ
oraz inne szczepionki i surowice dla ludzi i zwierząt.

REDOXON

„ROCHE”

Witamina C

zwiększa siły obronne organizmu, łagodzi i skraca przebieg rozmaitych chorób. Ma on zastosowanie w przypadkach, w których z reguły istnieje niedobór witaminy C, jak choroby zakaźne i gorączkowe, okres ciąży, karmienia piersią, dojrzewania, starzenia się, schorzenia zębów i t. p.

OPAKOWANIE:

Rurka zawierająca 20 tabl. po 0,05 g — zł 4,50

Pudełko zawierające 6 ampułek po 0,1 g — zł 7,80

Piśmiennictwem i próbkami służy:

Polska Spółka Wytworów Chemicznych

„ROCHE” S. A.

WARSZAWA, UL. RAKOWIECKA NR 19

działu w Chorzowie. Wystarczy stwierdzić, że z końcem grudnia 1938 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił 4.913 zasiłków z tytułu ubezpieczenia od wypadków, 2.881 zasiłków z tytułu ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość, 413 zasiłków z tytułu ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych oraz 12.104 zasiłków z tytułu brackiego ubezpieczenia pensyjnego górników. Należyty obraz działalności świadczeniowej rozwiniętej w tej dziedzinie — bez otrzymania jakiegokolwiek choćby nawet zaliczkowego pokrycia tych wydatków ze strony czesko-słowackiej — dają dopiero kwoty wydawane na ten cel przez Zakład. W grudniu 1938 roku wyniosły one, o ile chodzi o świadczenia zastępcze, w zakresie ubezpieczenia od wypadków — 105.855 zł., ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na starość — 63.503 zł., ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych — 42.510 zł., brackiego ubezpieczenia pensyjnego górników — 429.534 zł., łącznie — 641.402 zł.

W myśl par. 9 rozporządzenia z 19 listopada 1938 r. środków na wypłatę zasiłków ma tymczasowo dostarczyć Zakład Ubezpieczeń Społecznych i to w stosunku do każdego z powyższych trzech pierwszych działów ubezpieczeń społecznych — odpowiadający mu przedmiotowo Fundusz.

W myśl art. 4 ust. 2 dekretu kwoty dostarczone na ten cel przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych będą zwrócone poszczególnym Funduszom przez osoby prawne, które po dokonaniu rozrachunków między Rzeczpospolitą Polską o Republiką Czesko-Słowacką obciążone będą ostatecznie wypłatą przejmowanych świadczeń; należy przyjąć, że niezależnie nawet od ostatecznych tych rozrachunków Skarb Państwa będzie musiał pokryć wydatki związane z częścią zasiłków odpowiadającą udziałowi funduszy skarbowych w podstawach finansowych świadczeń czesko-słowackich ubezpieczeń społecznych w myśl czesko-słowackiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego.

Świadczenia na rzecz osób uprawnionych do świadczeń w chwili zmiany suwerenności mają więc być udzielane w formie tymczasowych zasiłków. Niezależnie od powyższego wykonywane jest w dalszym ciągu na obszarach odzyskanych przejęte po Czesko-Słowacji ustawodawstwo o ubezpieczeniach społecznych, którego wykonawstwo na mocy par. 5 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 19 listopada 1938 r. oddano — o ile chodzi o ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i na starość, ubezpieczenie od wypadków i ubezpieczenie pensyjne pracowników umysłowych (pod warunkiem, że to ostatnie wykonywane było poprzednio przez Powszeczny Zakład Pensyjny w Pradze) — w ręce Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Dla wykonywania na ziemiach odzyskanych i włączonych do województwa śląskiego brackiego ubezpieczenia górników — i to zarówno chorobowego jak i pensyjnego — powołano do życia (§ 1 rozporządzenia z 23 stycznia 1939 r.) Zakład Ubezpieczeń Górników i Hutników z siedzibą w Orłowej. Dotąd nie ustalono jeszcze ostatecznie tylko wykonywania ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych, o ile było ono dotychczas prowadzone przez zastępcze zakłady tej gałęzi ubezpieczeń społecznych.

Wobec powyższego stanu rzeczy zachodziła ko-

nieczność odpowiedniego rozgraniczenia sfery działania tymczasowej — zasiłkowej oraz ostatecznej — ubezpieczeniowej formy udzielania świadczeń. Granicę tę wytyczył par. 7 rozporządzenia z 19 listopada 1938 r. i par. 5 rozporządzenia z 23 stycznia 1939 r. Przeprowadzona ona została w ten sposób, że prawo do zasiłków przysługuje osobom zamieszkałym na odzyskanych ziemiach zarówno wtedy, gdy prawo do świadczenia opiera się wyłącznie na okresach ubezpieczenia przebytych przed dniem zmiany suwerenności, jak i wtedy, gdy wynika ze zliczenia z sobą okresów przebytych przed dniem zmiany suwerenności (w instytucjach czesko-słowackich) z okresami przebytymi po tym dniu (w instytucjach polskich). Tak więc prawo do świadczeń rentowych ubezpieczenia społecznego w najściślejszym tego słowa znaczeniu przysługuje na obszarach odzyskanych tylko ofiarom wypadków przy pracy, które zaszły na tym obszarze od października 1938 r. Natomiast przed przebyciem okresów wyczekiwania pod rządami przejętego już przez Polskę i wykonywanego przez instytucje polskie ustawodawstwa ubezpieczeniowego uprawnieni nie będą jeszcze uzyskiwać prawa do rent społecznych ubezpieczeń emerytalnych, we wszystkich trzech jego gałęziach. Do tego czasu przysługiwać będą świadczenia bowiem tylko na podstawie zliczania z sobą okresów nowych z okresami dawnymi, co uzasadnia prawo do zasiłków a nie do rent.

Poza zagadnieniem wznowienia wypłaty świadczeń rentowych, rozwiązaniem w drodze uruchomienia akcji zasiłkowej, wymagała rozstrzygnięcia sprawa dalszego wykonywania działalności leczniczej i zasiłkowej przez ubezpieczenie na wypadek choroby. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej powołało w tym celu do życia Ubezpieczalnię Społeczne w Cieszynie i we Frysztacie, które poza przejściem działalności b. czesko-słowackich okręgowych zakładów ubezpieczenia na wypadek choroby w Cieszynie i we Frysztacie objęły również ubezpieczenie na wypadek choroby robotników rolnych i pracowników umysłowych, które wykonywane były przez instytucje z siedzibą położoną w obecnych nowych granicach Czesko-Słowacji (par. 1 i 3 rozporządzenia z 19 listopada 1938 r.). Par. 2 rozporządzenia tego utrzymuje tylko przemysłowe zakłady ubezpieczenia na wypadek choroby, które istniały przy firmie Albert Hahn w Nowym Boguminie oraz przy firmie Fabryka Druku Towarzystwa Górniczo-Hutniczego w Nowym Boguminie. Nad instytucjami ubezpieczenia na wypadek choroby ma — w myśl par. 13 rozporządzenia — sprawować nadzór Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który objął uprawnienia nadzorcze i kontrolne przysługujące dotąd w tym zakresie Ustředni Socialni Pojistovna w Pradze. Ubezpieczenie na wypadek choroby górników powierzono, jak to już wspomnieliśmy powyżej, Zakładowi Ubezpieczeń Górników i Hutników w Orłowej, który w tej dziedzinie obejmuje sukcesję po Rewirowej Kasie Brackiej w Morawskiej Ostrawie.

Szybkie i sprawne, a socjalnie korzystne rozwiązanie prowizoryczne zagadnień ubezpieczeń społecznych na obszarach odzyskanych zapewniło na tym odcinku pokój społeczny tak szczególnie potrzebny w chwili, gdy ziemię, oddzielone dotąd od Macierzy, znalazły się teraz w naszych warunkach gospodarczych i politycznych w granicach Rzeczypospolitej.

PRZYSZŁE MUZEUM SPOŁECZNE W POLSCE

Zagadnienie, przedstawione w pracy p. Waśniewskiej, nie należy do bezpośredniego zasięgu tematów, którym normalnie poświęca uwagę Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Jednakowoż ubezpieczenia społeczne w Polsce są niewątpliwie bardzo zainteresowane sprawą stworzenia Muzeum Społecznego. Wystawy objazdowe Zakładu Ub. Społ., stworzenie przez Zakład na terenie centrali stałej wystawy, która ma być udostępniona publiczności — stanowią elementy wchodzące w zakres działalności Muzeum Społecznego, które z natury rzeczy musi jeden ze swych działów poświęcić ubezpieczeniom społecznym. Praca w innych działach Muzeum musi bardzo często łączyć się i scalać z działalnością Ubezpieczeń Społecznych. Z tych względów należy uznać za pożyteczne zaznajomienie czytelników Przeglądu Ub. Społ. z poczynaniami, zmierzającymi do stworzenia Muzeum, i z organizacją podobnych urządzeń zagranicą.

Redakcja.

Myśl stworzenia w Polsce Muzeum Społecznego tuła się już oddawna po rozmaitych instytucjach, realizacja jej jednak, jako nielatwa i dość kosztowna w naszych warunkach, — dotychczas nie mogła dojść do skutku. Dopiero pewne rozmowy, przeprowadzone w grudniu r. 1937, dały nowego bodźca do dalszego prowadzenia sprawy, która dojrzała już do załatwienia i zainteresowała sporą grupę osób. Odczyt zbiorowy pp. inż. K. Jackowskiego i red. E. Rafalskiego w T-wie Polityki Społecznej, w dniu 14.XII.1937 r. na temat: „Organizacja działu opieki społecznej na wystawie międzynarodowej w Paryżu i potrzeba stworzenia Muzeum Społecznego w Polsce”, przeprowadzona po nim dyskusja oraz przyjęta przez zebranie rezolucja stanowiły już dalszy krok ku realizacji.

W dyskusji na owym zebraniu wyrażono opinię, że Muzeum Społeczne może się stać potężnym czynnikiem, łączącym masy ludności, jako placówka, która może objąć całą politykę społeczną państwa, sygnalizować nowe idee, przedstawiać za pomocą zrozumiałych dla ogółu środków obraz stosunków społecznych w Polsce, zacieśniać więzy społeczne, docierać do ośrodków prowincjonalnych. Muzeum Społeczne będzie się mogło przystosować do form nowoczesnej pracy i tworzyć wytyczne dla przyszłej polityki społecznej.

Postanowiono również, że na razie wszystkie prace przygotowawcze będą się koncentrować w Towarzystwie Polityki Społecznej, względnie — w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

W początku stycznia 1938 r. podjęto pracę gromadzenia materiałów. Za pośrednictwem ambasad lub poselstw polskich zwrócono się do 15 krajów z prośbą o nadesłanie do Warszawy następujących danych:

Katalogów muzeów społecznych (o ile one istnieją).

Dokumentów, planów, kosztorysów, statutów, budżetów, fotografii, wykresów i t. p.

Wydawnictw periodycznych, bibliografii.

Materiału propagandowego.

Form organizacji Muzeów.

Nadesłały odpowiedzi placówki dyplomatyczne na-

stępujących 11 krajów: Argentyna, Austria (przed wcieśnieniem do Rzeszy), Anglia, Belgia, Dania, Francja, Holandia, Japonia, Niemcy, Włochy, Szwecja. Nie nadesłały odpowiedzi: Czechosłowacja, Rumunia, Sowiety i Stany Zjednoczone; niektóre placówki przyobiecały nadesłać materiał w późniejszym czasie. Najobfitszy jest materiał nadesłany z Francji, Niemiec, Szwecji, Włoch i Argentyny.

Międzynarodowe Biuro Pracy w Genewie, do którego zwrócono się również z prośbą o nadesłanie wiadomości o muzeach społecznych, nadesłało długi wykaz krajów i miejscowości, w których bądź znajdują się muzea społeczne, bądź też instytucje pokrewnych typów. Z wykazu tego wynika że:

Niemcy posiadają 4 objekty:

Deutsches Arbeitsschutzmuseum w Berlinie — Charlottenburg.

Bayerisches Arbeiter-Museum w Monachium.

Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt w Berlinie.

Sociales Museum we Frankfurcie n/Menem.

Argentyna — 4 objekty:

Museo Social w Buenos Aires, oraz 3 filie tego Muzeum w Kordobie, Tucuman i Mendozaie.

Estonia — 1 obiekt:

Muzeum Higieny w Tartu.

Finlandia — 3 objekty:

Muzeum Higieny w Helsinkach.

Państwowe Muzeum Społeczne w Helsinkach.

Muzeum Przechodności Społecznej w Helsinkach.

Francja — 2 objekty:

Musée Social w Paryżu.

Muzeum Higieny Społecznej i Zapobiegania Wypadkom przy Pracy w Paryżu.

Wielka Brytania — 2 objekty:

Muzeum Przemysłu w Londynie.

Instytut Narodowy Badań Ekonomicznych i Społecznych w Londynie.

Węgry — 1 obiekt:

Instytut i Muzeum Higieny Społecznej w Budapeszcie

Nowa Zelandia — 1 obiekt:

Biuro Nauk Społecznych — badania naukowe i przemysłowe w Wellingtonie.

Panama — 1 obiekt:

Ośrodek badań społecznych i ekonomicznych przy Uniwersytecie w Panamie.

Holandia — 1 obiekt:

Veiligheidsmuseum w Amsterdamie.

Szwajcaria — 1 obiekt:

Musée fédéral d'hygiène industrielle et de prévention des accidents du travail w Lozannie.

Jugosławia — 1 obiekt:

Muzeum Społeczne w Zagrzebiu.

Bułgaria — 1 obiekt:

Muzeum — Wystawa bezpieczeństwa pracy w Sofii.

Sowiety — 8 obiektów:

Centralnyj Muzej Ochrony Truda w Moskwie.

Demonstracyjnyj zał tiesta „Technika Bezopasnosti“ w Moskwie.

Moskowskij Komunalnyj Muzej w Moskwie.

Wystawka Centralnego Nauczno-Izslodowatelnego Instytutu Ochrony Materinstwa i Mładienczestwa w Moskwie.

Muzej — Wystawka Ochrony Materinstwa i Mładienczestwa Moskowskiego Oblastnego Otdiela Zdrawo-ochranienija w Moskwie.

Wystawka po Zdrawochranenju Moskowskago Oblastnego Doma Krestjanina w Moskwie.

Muzej Socjalistycznej Rekonstrukcji Goroda w Leningradzie.

Wystawka Doma Sanitarnej Kultury w Leningradzie.

Prócz ściągnięcia wiadomości z zagranicy poczyniono wywiady, dotyczące inicjatywy i prac w kierunku stworzenia Muzeum Społecznego w Polsce, jakie były dokonane w przeszłości.

Już około r. 1902 grono młodzieży przy Uniwersytecie Ludowym w Krakowie powzięło myśl stworzenia Archiwum Społecznego, zaczęto zbierać materiały w Krakowie, Wiedniu, Paryżu i w Warszawie, jednakże akcja ta zanikła po paru latach.

W ostatnich latach przed wojną zapoczątkowano znów na terenie Towarzystwa Popierania Pracy Społecznej w Warszawie Archiwum Społeczne.

W r. 1921 wciągnięte zostało do rejestru stowarzyszeń i związków stowarzyszenie p. n. „Muzeum Społeczne w Warszawie“, które miało na celu:

a) gromadzenie dokumentów i informacji z działalności instytucji i organizacji społecznych, zawodowych, spółdzielczych i kulturalno-oświatowych, posiadających znaczenie historyczno-społeczne, będących w stanie dać osobom żyjącym współcześnie, jak i ew. pokoleniom przyszłym mniej lub więcej dokładny obraz życia kulturalnego kraju, prądów ideowo-społecznych, nurtujących daną epokę, nastrojów różnych warstw społeczeństwa, ogólnego kierunku myśli społeczno-politycznej itd.

b) opracowywanie powyższych materiałów według z góry określonego planu idei przewodniej, zdolnej połączyć nieskończoną różność materiałów i informacji w jedną całość historyczno-społeczną.

Dla urzeczywistnienia powyższych celów Towarzystwo: prowadzi archiwum materiałów, posiada biblioteki i czytelnie, wydaje książki, mapy, wykresy statystyczne, oraz periodyczny biuletyn, ogłasza konkursy, ankiety i urządza wystawy, organizuje wykłady, odczyty, dyskusje i konferencje wewnątrz T-wa, jako też i publiczne.

W r. 1924 odbyło się pierwsze walne zgromadzenie Towarzystwa i uzyskano lokal (2 sale w gmachu Biblioteki Publicznej w Warszawie), przejęto materiały zbierane poprzednio przez grono młodzieży w Krakowie, zaczęto gromadzić bibliotekę, zawiązano stosunki z pokrewnymi instytucjami, udostępniono zbiory publiczności. Na czele Zarządu stanął p. dr. J. Muszkowski. Sprawozdanie z r. 1928 (II-gie z kolei) zaznacza na wstępie, że Towarzystwo walczy z brakiem środków materialnych, który utrudnia normalny rozwój instytucji. Sprawozdanie wykazuje jednak, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej udzieliło w r. 1926 zł. 1,000.— a w r. 1927 zł. 3,000.— subwencji, że wciągnięto do współpracy sporą grupę wybitnych osób, jak: ś. p. dr. Zofia Daszyńska-Golińska, prof. L. Krzywicki, S. Wolff i in., że wiele instytucji i osób ofiarowywało książki, fotografie, portrety i materiały archiwalne, a zakłady wydawnicze nadsyłały swe wydawnictwa i czasopisma. Stan zbiorów

powiększył się, frekwencja czytelników wzrosła. Obrót kasowy za r. 1927 wykazuje zł. 10,656. 88 gr. Jednak liczba członków sięga zaledwie 62 osób. Sprawozdanie za r. 1930 wykazuje dalszy wzrost zbiorów i rozwój frekwencji, rozszerzenie kontaktu z instytucjami i przystąpienie do naukowego opracowania bibliografii prasy socjalistycznej w Polsce od zaczątków ruchu po r. 1918. Obrót kasowy zwiększył się do sumy zł. 19,172.66 gr., lecz liczba członków pozostaje wciąż niewielka — 78 osób.

Ostatnie sprawozdanie z r. 1935 mówi o wielkich trudnościach finansowych i mieszkaniowych, które skłoniły Zarząd do przerwania działalności na pewien czas i przekazania zbiorów Bibliotece Publicznej w Warszawie. Dotychczas działalność Muzeum nie została wznowiona.

Prócz „Muzeum Społecznego powstały w Polsce:

Instytut Społeczny, który ma na celu gromadzenie księgozbioru i archiwum dokumentów i wycinków prasowych — głównie dla celów szkolnych. Instytut utrzymuje od 1915 r. Szkołę Nauk Politycznych, od 1929 r. — Instytut Studiów Handlowych i Orientalistycznych w Warszawie, od 1924 — 1928 r. — Wyższą Szkołę Nauk Społecznych i Ekonomicznych w Łodzi, wydaje od 1918 r. — „Prace Społeczne i Polityczne“, od 1936 r. — „Encyklopedię Nauk Politycznych“.

Instytut Gospodarstwa Społecznego, stworzony w 1926 r. w sekcji T-wa Ekonomistów i Statystyków Polskich, powstałego w 1920 r. Instytut ma za zadanie prowadzenie ankiet i badań, udzielanie porad, działalność wydawniczą. Ma za sobą spory dorobek wydawniczy.

Instytut Spraw Społecznych,—fundacja ubezpieczeń społecznych, powstały w r. 1931. Przeprowadza badania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, ubezpieczeń społecznych, rynków pracy, zdrowia publicznego, opieki społecznej i ustroju pracy. Prowadzi również działalność propagandową i pedagogiczną. Wydaje „Przegląd Bezpieczeństwa Pracy“, i szereg wydawnictw oraz filmów.

Muzeum Higieny przy Państwowym Zakładzie Higieny, stanowi stałą wystawę z wymienionego zakresu.

Muzeum Techniki i Przemysłu przeprowadza badania i wytwarza eksponaty z dziedziny techniki i przemysłu.

Z przedstawionego spisu muzeów widać wyraźnie, że:

- 1-o muzeów społecznych jest w całym świecie zaledwie kilkanaście;
- 2-o nie istnieje wykształcony, jasny i skończony typ muzeum społecznego, lecz każdy kraj przystosowuje go do własnych potrzeb;
- 3-o istniejące muzea podzielić można na następujące typy:
 - a) instytut polityki socjalnej — najpełniejszy, o szerokich celach i zadaniach, obejmujący zarówno prowadzenie badań, akcji społecznych, szkolenie młodzieży, jak i tworzenie stałych wystaw muzealnych;
 - b) muzeum - wystawa, mające za zadanie gromadzenie zbiorów z zakresu wszelkich zagadnień polityki społecznej i udostępnienie ich szerokim masom;
 - c) muzeum poświęcone poszczególnym zagadnieniom społecznym, jak np. Muzeum Higieny Społecznej w Dreźnie;

d) typ instytutu do badania poszczególnych zagadnień społecznych, lub wreszcie

e) biuro studiów do badania poszczególnych zagadnień socjalnych, samodzielne, lub przy ministerstwach czy innych instytucjach.

4-o muzea społeczne różnych typów powstawały w rozmaitych czasach, począwszy od końca XIX wieku. Wskutek tego wiele z nich nie odpowiada już współczesnym wymaganiom, wiele też boryka się z trudnościami materialnymi, powstałymi bądź z powodu dewaluacji, bądź niewystarczającego kapitału zakładowego, bądź wreszcie dlatego, że opierały swą egzystencję na stowarzyszeniach, które z natury rzeczy nie mogły posiadać wielu członków i nie posiadały też dostatecznych funduszy, któreby pozwoliły na utrzymanie tak kosztownych instytucji.

Ażeby bliżej zapoznać się z największymi muzeami społecznymi świata, rozpatrzmy strukturę i działalność muzeów w Niemczech Francji i Argentynie.

I. NIEMCY — jak to wyżej wspomniano — posiadają 4 objekty muzealne. Najdawniejszy z nich — to

1. Niemieckie Muzeum Ochrony Pracy w Berlinie.

Muzeum zaczęło działalność w dniu 1.IV.1903 r. w Berlinie.

Zadania Muzeum:

konserwacja i gromadzenie zbiorów, dotyczących stanu urządzeń i środków ochrony pracowników; udzielanie objaśnień i porad we wszystkich kwestiach dotyczących wypadków przy pracy i niebezpieczeństw zawodowych;

urządzanie odczytów ogólnych lub dla pewnych grup zawodowych w poszczególnych sprawach, kursów dla kształcenia technicznego młodzieży, lub dokształcania urzędników inspekcji pracy i in.;

wydawnictwa informacyjne, ogłaszanie artykułów w prasie;

współpraca z organami inspekcji pracy, instytucjami ubezpieczeń społecznych, najważniejszymi związkami pracodawców i pracowników, lekarzami i innymi zainteresowanymi kołami;

urządzanie własnych wystaw specjalnych lub objazdowych;

udział w innych instytucjach, o ile one zajmują się ochroną pracy;

nawiązywanie kontaktu z instytucjami o podobnym charakterze wewnątrz i zewnątrz kraju.

Niemieckie Muzeum Ochrony Pracy jest instytucją wyższej użyteczności publicznej, podlega bezpośrednio Ministerstwu Pracy.

Przy Muzeum istnieje stała Rada (Beirat).

Przewodniczącym Rady jest podsekretarz stanu Min. Pracy, jego zastępcą — dyrektor departamentu głównego Min. Pracy.

Członków Rady powołuje Min. Pracy na wniosek kierownika Muzeów na przeciąg 5 lat.

Bieżące sprawy Muzeum załatwia kierownik, o ile Rada nie postanowi inaczej.

Sprawy finansowe Muzeum załatwia Kasa Skarbową.

Muzeum posiada:

duże audytorium na 200 osób, wyposażone w nor-

malny, oraz wąskotaśmowy aparat dźwiękowy, radio;

salę odczytową na 80 osób — epidiaskop;

salę w hali wystawowej na 60 osób, — aparat filmowy wąskotaśmowy;

salę przyjęć na 100 osób.

Ekspozyty i tablice Muzeum wykonywane są we własnym zakresie.

Działalność:

Nauczanie:

kursy na różne tematy.

Odczyty i wyświetlanie filmów:

przy okazji wycieczek organizacji, szkół i t. p., rocznie ok. 500 pokazów filmowych.

Wypożyczanie filmów i przeźroczy.

Biblioteka i czytelnia czynna codziennie.

Współpraca z instytucjami państwowymi i związkami zawodowymi.

Część wystawowa. Działy:

człowiek i zakład pracy,

człowiek i zawód,

zdrowie i praca

techniczne bezpieczeństwo pracy.

Prócz tego w Niemczech istnieją:

2. Bawarskie Społeczne Muzeum Krajowe w Monachium (od 1900 r.).

Działy Muzeum:

rozwój gospodarczy Bawarii,

bezpieczeństwo pracy,

ochrona prawna pracowników, i robotników,

techniczna ochrona pracy chałupniczej,

polityka mieszkaniowa,

matka i dziecko.

3. Stała Wystawa Ochrony Pracy przy Muzeum Społecznym w Frankfurcie n/M.

Działy:

budowa i funkcje człowieka.

człowiek i praca (główne zarysy fizjologii pracy),

choroby zawodowe i środki zapobiegawcze,

organizacja ochrony pracy — zdrowotność,

ogólna Higiena pracy.

4. Muzeum Higieny w Dreźnie (istnieje od 1912 r.).

II. FRANCJA

1. Muzeum Społeczne w Paryżu.

Muzeum Społeczne w Paryżu (5, Rue Las Cases) jest instytucją o charakterze użyteczności publicznej, zorganizowaną w r. 1894 z fundacji prywatnej. Ma ono za zadanie bezpłatne dostarczanie wszystkim zainteresowanym informacyj i porad oraz książek, dokumentów, planów, statutów, tudzież udzielanie wszelkiej pomocy naukowej mającej na celu ulepszenie i podnoszenie sytuacji materialnej i moralnej pracowników.

Głównymi środkami działania Muzeum Społecznego są:

biblioteka, składająca się z 40.000 tomów i 400 czasopism periodycznych, oraz czytelnia — oddane do bezpłatnego użytku publicznego;

poradnictwo techniczne odnośnie organizowania instytucji społecznych;

obsługa informacyjna w dziedzinie dokumentacji społecznej;

konferencje i odczyty publiczne, mające za zadanie popularyzowanie pewnych instytucji społecznych lub hasel;

ankiety i studia, przeprowadzane nad problemami społecznymi w różnych krajach;
miesięcznik „Musée Social“, w którym poruszane są wszystkie najważniejsze problemy społeczne;
publikacje monograficzne o poszczególnych zagadnieniach społecznych;
periodyczne i stałe wystawy społeczne;
przyznawanie nagród za wybitne prace i studia społeczne.

Rezultaty działalności Muzeum Społecznego w ciągu 40 lat istnienia są bardzo owocne i pożyteczne. Położyło ono duże zasługi nie tylko przez swą akcję poradniczą, dokumentacyjną i naukową, ale także przez propagowanie zdrowych haseł i urubianie opinii publicznej w walce z klęskami społecznymi. W szczególności Muzeum Społeczne prowadziło szeroką akcję propagandy opieki nad matką i dzieckiem, uprzywilejowania i popierania licznych rodzin itd. Muzeum Społeczne przeprowadziło też wyteżoną akcję przeciw chorobom społecznym: syfilisowi, gruźlicy, rakowi i alkoholizmowi, które są rozpowszechnione we Francji i przyczyniają się do degeneracji ludności. Poza tym w zakresie działania Muzeum Społecznego leżało popieranie budowy tanich mieszkań i ogródków robotniczych, propaganda higieny społecznej, obrona praw pracowniczych, obrona praw kobiety, studiowanie najbardziej aktualnych zagadnień socjalnych w kraju i zagranicą.

W szczególności Muzeum opracowało między innymi następujące problemy:

Sytuacja ludności rolniczej w krajach Europy Centralnej;

Sytuacja kobiet, zatrudnionych w administracji publicznej;

Spadek urodzin w Europie;

Współczesne Stany Zjednoczone, Anglia i Niemcy;

Uzdrowienie miast przez odkażanie zużytych wód;

Prawa pracy i warunki życia w Niemczech;

Kryzys mieszkaniowy;

Kłeska społeczna — syfilis;

Alkohol;

Praca ludzka;

Syndykalizm i Komunizm;

Organizacja Walki Społecznej przeciw rakowi itd.;

O rezultatach działalności różnych państw w dziedzinie popierania taniego budownictwa mieszkaniowego i t. d.

Referaty Pracy są następujące:

Sekcja Higieny miejskiej i wiejskiej oraz przezorności społecznej;

Sekcja robotnicza;

„prawno-ekonomiczna;

„studiów kobiecych;

„opieki nad dzieckiem.

Sekcje nie tylko badają powyższe zagadnienia i formułują wnioski, lecz stanowią jakby biura studiów, biorą na warsztat niektóre ważne zagadnienia, przygotowują opinie i wnioski, które podają do wiadomości władz i opinii publicznej.

Muzeum stanowi więc: stały organ porad, informacji i dokumentacji spraw społecznych, instrument ankiety i badań, instrument propagandy i kształcenia i pewnych przesunięć w stosunku do opinii publicznej i władz publicznych, oraz ośrodek akcji i łączności do organizacji przedsięwzięć narodowych.

Akcja Wydawnicza zawiera:

22 numery wydawnictw społeczno - ekonomicznych na podstawie dokonanych studiów, Revue Mensuelle — miesięcznik, inne kolekcje, roczniki — przewodniki na tematy społeczne, jak np.: licznych rodzin, kobiet pracujących zawodowo, opieki społecznej i t. d.

Muzeum ustanowiło:

2 fundacje — stypendia — dla młodzieży, która okazuje skłonność do pracy społecznej, dla popierania ruchu spółdzielczego i t. d.

Finanse.

Środki T-wa Muzeum Społecznego składają się z kapitału zakładowego, darów i legatów dobroczynnych, subwencji, dochodów, które mogłyby być utworzone wyjątkowo za upoważnieniem rządu, dochodów i procentów z dóbr i papierów procentowych.

Prezesa Honorowi: Prezydent Lebrun i 2 byli prezydenci Republiki Francuskiej.

Zarząd składa się z 2 wiceprezesów, sekretarza-skarbnika i 3 członków.

III. ARGENTYNA.

Muzeum Społeczne Argentyńskie istniało od r. 1911, jako część Uniwersytetu w Buenos Aires, od 1933 istnieje samodzielnie. Jest to instytucja patriotyczna i humanitarna, stworzona dla powiększenia znaczenia materialnego i moralnego Republiki. Celem Muzeum jest praca wszystkich klas społecznych dla pokoju, dobrobytu ekonomicznego i oświaty ludu.

Muzeum dzieli się na Sekcje następujące:

Biblioteka i archiwum, Wystawa ekonomii społecznej, Praca a ekonomia społeczna, Dziecko, Akcja społeczna przeciwrakowa, Studia porównawcze, Problemy administracyjne, Ustawodawstwo rolnicze i górnicze, Komunikacja i transporty, Kino oświatowe, Zagadnienia finansowe, Sekretariaty społeczne.

Zadania.

Muzeum społeczne Argentyńskie ma podtytuł „Instytut informacji studiów i akcji społecznych“ i dąży do:

ześrodkowania informacji dotyczących spraw społecznych i ekonomicznych w Argentynie i w innych krajach;

realizacji studiów dążących do szybszego zaprowadzenia ładu społecznego i ekonomicznego w kraju;

koordynacji studiów dawniejszych i obecnych w celu podniesienia oświaty publicznej.

Główne zręby działalności Muzeum:

Kolekcjonowanie materiałów, wydawanie miesięcznika bibliograficznego „Museo Social Argentino“, prowadzenie biblioteki o 40.000 książek, udział w wystawach międzynarodowych, udział w kongresach z zakresu ekonomii społecznej. Prócz tego ma za sobą

utworzenie Szkoły Służby Społecznej, ośrodka studiów nad spółdzielczością i innymi kwestiami ekonomicznymi, instytutu Wyboru Zawodu i Psychotechniki, ośrodka studiów administracyjnych, laboratorium ekonomii i Ustawodawstwa Rolniczego i Górniczego, instytutu Kulturalnego Argentyńsko-Japońskiego, instytutu Kulturalnego Argentyńsko-Polskiego.

Wszystkie te instytucje posiadają osobne zarządy i administracje.

Na terenie Muzeum Społecznego działają komisje: Dziecka, Spółdzielcza, Higieny i Przezorności Społecznej.

Istnieje szereg członków honorowych oraz członków - korespondentów w różnych krajach:

Na Kongresie Międzynarodowym Ekonomii Społecznej, do którego inicjatywę dało Muzeum Argentyńskie, odbytym w Buenos Aires w 1924 r., zapoczątkowano utworzenie Muzeów Społecznych w Brazylii — (Rio de Janeiro), Chile — (Valparaiso), Urugwaju, Paragwaju, Peru, Boliwii, oraz opracowano dyrektywy do ich prowadzenia i statuty, na mocy których muzea te pozostają w stałym kontakcie i porozumieniu.

IV. POLSKA.

We wstępie do pierwszego sprawozdania Muzeum Społecznego w Warszawie z r. 1926 znajdujemy następujące określenie zadań i organizacji muzeów społecznych:

„Potrzeba gromadzenia źródłowych materiałów informacyjnych do badania życia społecznego w przeszłości i teraźniejszości powołała do życia pierwsze Muzeum Społeczne w Paryżu w 1894 roku, i odtąd nazwa ta przyjęła się dla oznaczania instytucji naukowych, mających na celu gromadzenie, uprzyściplnianie i opracowywanie materiałów archiwalno-bibliotecznych z zakresu spraw społecznych. Muzea społeczne łączą niejako funkcje instytucji bibliotecznych i archiwalnych, gromadząc obok książek i rękopisów dokumenty życia społecznego. Różnica pomiędzy muzeum społecznym a biblioteką lub archiwum w znaczeniu ogólnym polega z jednej strony na ścisłej specjalizacji zbiorów, z drugiej zaś na takim ich rozsegregowaniu i uprzyściplnieniu, któreby umożliwilo jak najszersze i jak najszybsze zorientowanie się w każdej poszczególnej kwestii społecznej, zarówno co do jej genezy i dziejów, jak nadewszystko pod względem jej stanu aktualnego. Więc np. wydawnictwa władz i urzędów państwowych i komunalnych, sprawozdania i statuty instytucji społecznych, odezwy stronnictw politycznych i wszelkiego rodzaju pisma ulotne z tego zakresu, które w wielkich zakładach archiwalnych i bibliotecznych ustępują z natury rzeczy na plan dalszy, wobec materiałów podstawowych, jak akta, rękopisy, dokumenty, książki i czasopisma, winny być w muzeach społecznych otoczone szczególną pieczę i w sposób umiejętny udostępnione czytelnikom drogą specjalnych urzędów katalogowych skorowidzowych, bibliograficznych itp. Chodzi tu bowiem o zgromadzenie całokształtu materiałów, dotyczących poszczególnych kwestyj społecznych w zakresie teorii, jak i praktyki, któreby umożliwiły równoległe zapoznawanie się z badaniami i studiami naukowymi oraz samymi zjawiskami życia społecznego w momencie ich powstawania i rozwoju. Zgromadzenie na jednym miejscu wyników badań naukowych z dokumentami życia społecznego ma wielką doniosłość zarówno dla teoretyków, jako też dla działaczy społecznych i politycznych: jedni znajdują tu materiał źródłowy, zaczerpnięty z pierwszej ręki, inni — wzory instytucji i urzędów społecznych wraz z naukowym oświetleniem warunków ich powstawania, istnienia lub zaniku.

Muzea społeczne na zachodzie powstawały z inicjatywy jednostek lub grup społecznych i są utrzymywane z funduszków, gromadzonych wśród członków, lecz korzystają również z pomocy państwa, ciał komunalnych lub instytucji, którym oddają liczne usługi drogą udzielania informacji i opinii oraz opracowywa-

nia na żądanie referatów w różnych kwestiach specjalnych. Te czynności naukowo-informacyjne, stanowiące główne zadanie muzeów, bywają niekiedy traktowane szerzej pod postacią inicjowania i wykonywania ankiet i badań statystycznych różnych stron życia, nieobjętych przez statystyki państwowe albo też publikacji naukowych, materiałów surowych, czy opracowań, lub wreszcie drogą wydawnictw periodycznych w zakresie pewnych kwestii społecznych. Podobne cele zakreśla sobie nasze Muzeum Społeczne.

Podjęcie zadań powyższych, zaniedbanych dotąd w Polsce, przez Muzeum Społeczne wypełni dotkliwą lukę w organizacji pracy społecznej, zaoszczędzając energię, marnowanej na bezowocne poszukiwania materiałów.

Muzeum Społeczne w Warszawie nie ma być bowiem powtórzeniem, ani uzupełnieniem państwowych archiwów czy urzędów statystycznych i innych, lecz w dążeniu do wyraźnego zakreślenia ram swej działalności, pragnie ograniczyć swe wysiłki do badania samoistnych przejawów życia społecznego, dokonywujących się bez udziału państwa. Ruch spółdzielczy, zrzeszenia zawodowe, działalność związków, stowarzyszeń, stronnictw politycznych, praca oświatowo-kulturalna itp. — oto kwestie, ześrodkowujące na sobie przede wszystkim zainteresowanie naszej instytucji“.

W tymże sprawozdaniu na str. 16 czytamy, iż w planach Muzeum Społecznego, prócz gromadzenia dokumentów i udostępniania ich publiczności, zamierzone jest przygotowanie wystawy, poświęconej polityce społecznej, związków zawodowych, państwa i gminy, historii ruchów społecznych itd., wreszcie omówiona jest sprawa przyszłego wydawnictwa, oraz projekt działów Muzeum.

Z przytoczonych słów sprawozdania wynika wyraźnie, iż założyciele Muzeum wzorowali się na Muzeum Paryskim i pragnęli nadać polskiej instytucji muzealnej cechy typu Instytutu-Muzeum.

Jaki typ Muzeum nadawałby się do polskich warunków.

Projekt Polskiego Muzeum Społecznego, zrodzony wśród grupy młodzieży krakowskiej, a zrealizowany przez niewielką, bo setki głów nie sięgającą grupę ludzi dobrej woli w Warszawie, — nie dał pozytywnych rezultatów. Daje nam to wskazówkę, że podobna instytucja nie może istnieć bez solidnych podstaw materialnych, nie może opierać się na organizacji społecznej, która z natury rzeczy nie może być liczną, nie może liczyć w naszych warunkach na prywatną pomoc materialną, ponieważ nie posiadamy w kraju bogatych filantropów, nie może wreszcie być instytucją, przeznaczoną dla garstki naukowców lub badaczy życia społecznego. Polskie Muzeum Społeczne musi odpowiadać szerokim potrzebom i zainteresowaniom ogółu obywateli. Może pokazywać im zakończone już etapy życia społecznego w Polsce, lecz przede wszystkim musi dbać o to, by demonstrować współczesne formy życia społecznego, a przy pomocy badań współczesnych ruchów społecznych tworzyć wytyczne i ramy dla przyszłej polityki społecznej kraju. Dlatego też jako minimalny program przyszłego Muzeum Społecznego w Polsce postanowić sobie powinniśmy następujące wytyczne:

Forma Muzeum winna stanowić typ mieszany i obejmować:

Stałą Wystawę Centralną wraz z pracownią ekspozycyjną i oddziały lokalne, oraz wystawy ruchome, podzielone na działy: a) historyczny, b) współczesny.

Stałą Bibliotekę Centralną wraz z czytelnią pism i biblioteki w oddziałach lokalnych.

Archiwum Centralne materiałów nie bibliotecznych (mapy, maszynopisy, rękopisy, fotografie i t. d.).

Dział Centralny filmów, przeźroczy i t. d.

Szkolenie (kursy, odczyty, poradnictwo).

Biuro Centralne (informacje, badania, współpraca z zagranicą, oraz biura informacyjne i poradnicze w oddziałach lokalnych).

Cele i sposoby prowadzenia Muzeum.

Uświadamianie w drodze pokazów, skoncentrowanych i popularyzowanych w różnych miejscowościach, warunków życia i pracy robotników, pracowników umysłowych, chałupników i innych warstw społecznych gospodarczo słabych, oraz dążeń państwa — przez administrację rządową, samorządu terytorialnego, innych instytucji publiczno-prawnych, oraz w drodze inicjatywy prywatnej i społecznej — do poprawy tych warunków w Państwie Polskim.

Jako założenie przyjmuje się stan współczesnej Polski — od chwili powstania Państwa Polskiego do chwili bieżącej i rozwój stały w miarę zmiany warunków.

Pomocniczym środkiem byłoby przedstawienie równoległe ewolucji stosunków w innych państwach współczesnych. W celach dydaktycznych jest wskazane — w granicach możliwych — przedstawianie rozwoju poszczególnych zagadnień w przekroju historycznym.

Obok części pokazowej Muzeum powinno koncentrować akcję popularyzacji urządzeń w zakresie polskiej polityki społecznej przy pomocy wydawnictw, broszur, ulotek, odczytów, radia, filmów i t. d. o charakterze dydaktycznym.

Działy Muzeum (przykładowo).

Praca:

- ochrona pracy,
- higiena pracy,
- bezpieczeństwo pracy
- kształcenie zawodowe.

Opieka społeczna:

- opieka nad dzieckiem,
- opieka nad dorosłymi,
- opieka nad starością.

Zdrowie publiczne:

- stosunki zdrowotne w Polsce,
- higiena społeczna.

Ubezpieczenia społeczne:

- struktura i rozwój ubezpieczeń społecznych, ubezpieczeni.
- akcja profilaktyczna ubezpieczeń społecznych, lokaty i świadczenia.

Emigracja i imigracja:

- ochrona prawna,
- traktowanie.

Prawo koalicji:

- związki i organizacje zawodowe,
- organizacje społeczne,
- organizacje młodzieżowe,
- centralizacja,
- kontakt z zagranicą.

Spółdzielczość:

- rozwój spółdzielczości w Polsce.

Chałupnictwo:

- warunki i czas pracy,
- liczba chałupników w Polsce,
- ochrona prawna.

Rynek pracy w Polsce:

- podaż i popyt,
- rodzaje pracy,
- bezrobocie.

Przezorność i oszczędność:

- kasy państwowe i komunalne,
- kasy przezorności przy związkach zawodowych.

Warunki życia pracowników:

- warunki mieszkaniowe,
- budżety robotników i pracowników umysłowych,
- budownictwo mieszkaniowe, sanitarne i społeczne.

Wydawnictwa własne:

- miesięcznik informacyjny,
- broszury, książki i t. d.

Archiwum:

- historyczne,
- współczesne.

Organizacja Muzeum.

Instytucją nadzorczą powinno być Ministerstwo Opieki Społecznej.

Do kompetencji Ministra Opieki Społecznej powinno należeć mianowanie Dyrektora Muzeum i zatwierdzanie budżetu rocznego.

Muzeum, po wstępnych czynnościach organizacyjnych, wykonanych przez Komitet Organizacyjny, winno przybrać formę fundacji kilku potężnych instytucji, zainteresowanych w jego istnieniu, jak: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Ministerstwo Opieki Społecznej, Zarząd m. st. Warszawy, Bank Gospodarstwa Krajowego, Bank Polski, Bank Związku Spółek Zarobkowych, Tow. Osiedli Robotniczych, Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Instytut Spraw Społecznych, Poczтовая Kasa Oszczędności, Fundusz Pracy i t. d., ew. instytucje sfer gospodarczych.

Pożądane byłoby nadanie akcji wstępnej charakteru inicjatywy społecznej i nie wtłaczanie jej w żadne ramy biurokratyczne, w następnej fazie realizacji, gdy już zostanie ustalona ostateczna forma Muzeum i charakter współpracy, organizacja może przybrać bardziej ścisłe formy. Chodzi o to, by w samym początku prac nie hamować inicjatywy i dać możliwość swobodnej dyskusji, mającej ustalić przyszły zakres działania.

Gdy się projektuje Muzeum Społeczne w Polsce i stara się wyobrazić je sobie w przyszłości, to wydaje się, że myśl ta — dojrzała już zupełnie w naszym kraju — winna była zostać zrealizowaną już dawno. Że były już okazje zebrania materiałów, wykonania ekspozycji, jak np. Powszechna Wystawa Krajowa 1929 roku, i że wtedy nie należało z trudnem zebranych danych rozpraszać po różnych instytucjach, lub zgłębiać — po strychach tychże instytucji, — lecz je skrzętnie gromadzić, kontynuować, ulepszać i tworzyć powoli i systematycznie wielkie dzieło.

Miejmy nadzieję, że nabyte doświadczenia pozwolą osiągnąć lepsze rezultaty w dążeniu do pięknego celu, jakim będzie stworzenie Muzeum Społecznego w Polsce.

ORGANIZACJA PRACY DYPLOMOWANYCH PIELEŃNIAREK NA TERENIE UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ WE LWOWIE

Organizacja pracy dyplomowanych pielęgniarek na terenie Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie nabrała w swym czteroletnim rozwoju specjalnych cech, które ją wyróżniają od sposobu rozwiązania tego zagadnienia na innych terenach, czyniąc ją charakterystyczną dla lwowskiego terenu.

Z powodu braku odpowiednich kandydatek, gdyż postawiono sobie za zasadę, by zatrudniać wyłącznie pielęgniarki dyplomowane z ukończoną 2 letnią szkołą pielęgniarstwa, praca ich ograniczała się początkowo do opieki nad niemowlęciem. W miarę zapełniania etatów pielęgniarstkich rozszerzano stopniowo zakres działania, dochodząc do jego dzisiejszej formy organizacyjnej.

Pielęgniarki pracują w przydzielonych im rejonach, które swym zasięgiem odpowiadają rejonom lekarzy pediatrów, obejmujących 5 — 6 rejonów lekarzy domowych. W takim rejonie pracują zazwyczaj dwie pielęgniarki, szczególnie jeśli chodzi o rejony robotnicze, lub o rozległych terenach.

Do obowiązków pielęgniarki należy opieka nad ciężarną. Pierwsze odwiedziny domowe u ciężarnej są dokonywane przez pielęgniarkę z chwilą stwierdzenia ciąży przez ginekologa Ubezpieczalni o którym to fakcie zostaje powiadomiona starsza pielęgniarka Ubezpieczalni. Zadanie pielęgniarki polega z jednej strony na stworzeniu odpowiednich warunków higienicznych dla ciężarnej, przygotowaniu jej do porodu, pouczeniu o higienie ciąży, porodu, połogu, oraz o zasadach pielęgnacji niemowlęcia w pierwszych dniach życia. Z dokonanych odwiedzin składa pielęgniarka pisemne sprawozdanie ginekologowi, podając, czy istnieją odpowiednie warunki do odbycia porodu w domu. Szczególną opieką otacza się niesłubne ciężarne, donosząc o nich starszej pielęgniarce, której zadaniem jest stworzenie odpowiednich warunków do umieszczenia matki i noworodka po wyjściu ze szpitala. Umieszczanie tych osób w miejskich zakładach opiekuńczych jest bardzo utrudnione. O ile Miejski Wydział Opieki Społecznej odmawia przyjęcia matki z dzieckiem, umieszcza się je w zaufanych rodzinach ubezpieczonych, najczęściej będących już w opiece pielęgniarek ubezpieczalni społecznej. Koszty takiego pobytu pokrywane są z funduszy towarzystw o charakterze opiekuńczym, z którymi pozostaje w ścisłym kontakcie starsza pielęgniarka.

W zakresie opieki nad niemowlęciem są wykonywane przez pielęgniarki systematyczne odwiedziny wedle zasad przyjętych w stacjach opieki nad matką i dzieckiem. Pierwsze odwiedziny dokonywane są bezpośrednio po opuszczeniu przez matkę oddziału położniczego Szpitala ubezpieczalni. O fakcie tym zawiadamia codziennie szpital starszą pielęgniarkę. U kobiet rodzących w domu dokonuje się odwiedzin po otrzymaniu zawiadomienia z wydziału świadczeń ubezpieczalni o wypłaceniu ubezpieczonej zwrotu za pomoc akuszerską.

Ponadto pielęgniarka asystuje przy ordynacji lekarzy-pediatrów w tych godzinach ordynacyjnych, w których odbywa się przyjmowanie zdrowych niemowląt. Taka ordynacja ma miejsce 2 razy w tygodniu, w go-

dzinach przyjęć odrębnych od godzin przyjęć przeznaczonych dla chorych dzieci. Zorganizowanie wspomnianych godzin przyjęć dla zdrowych niemowląt umożliwiło zamknięcie pełnego kręgu akcji opieki nad niemowlęciem, jaki tworzą ubezpieczeni, lekarz i pielęgniarka.

Takie rozwiązanie problemu dało dodatnie rezultaty w tym znaczeniu, że, jak zgodnie podnoszą pediatrzy ubezpieczalni, zmniejszyła się ilość zachorowań na zaburzenia jelitowe u niemowląt, oraz ilość schorzeń dróg oddechowych w zimie, co należy przypisać należytej przeprowadzonej propagandzie pielęgnacji niemowlęcia. Te dodatnie wyniki połączone z korzyścią dla zdrowia niemowląt zmniejszają pracę lekarzy i koszty leczenia.

Bliższe zapoznanie się pielęgniarki z rodzinami ubezpieczonych pozwala jej wniknąć w warunki materialne i warunki bytowania rodziny. Jeśli chodzi o niemowlęta z rodzin ubezpieczonych nisko zarobkujących, pielęgniarki stawiają wnioski o wydanie wyprawki dla niemowlęcia, którą po aprobacie lekarza naczelnego wydaje następnego dnia po otrzymaniu zlecenia starsza pielęgniarka, prowadząca odpowiedni magazyn. Ponadto pielęgniarki stawiają wnioski dożywiania niemowląt w okresach zimowych za pośrednictwem i aprobatą odpowiedniego rejonowego lekarza-pediatry. Dożywianie polega na wydawaniu przez st. pielęgniarkę bonów żywnościowych (na mąkę, cukier, grysik, masło) dwa razy w miesiącu). Przeciętnie w miesiącu wydaje się około 600 osobom asygnaty na bony żywnościowe.

Opieka nad dziećmi ubezpieczonych, roztaczana przez pielęgniarki siłą rzeczy nie mogła ograniczyć się do opieki nad niemowlęciem, lecz musiała objąć z biegiem czasu i te niemowlęta, które już podrosły. Opieka nad małym dzieckiem i nad dzieckiem w wieku przedszkolnym, polega — poza nadaniem odpowiedniego kierunku wychowania i pielęgnacji, na umieszczaniu dzieci w przedszkolach i ochronkach, zwłaszcza jeśli chodzi o dzieci matek pracujących. Ponadto w poszczególnych wypadkach są te dzieci dożywiane, drogą wydawania wspomnianych bonów, albo też drogą wydawania posiłków na koszt ubezpieczalni w kuchniach komitetów opieki nad dziećmi i młodzieżą. Przy organizacji akcji wysyłki dzieci na kolonie, pielęgniarki dostarczają lekarzom odpowiednich wywiadów o stanie materialnym i potrzebach rodziny ubezpieczonego. Ponadto pielęgniarki dokonują wywiadów społecznych u chorych jagliczych, leczonych w przychodni przeciwjagliczej ubezpieczalni.

Na terenie miasta, przydzielonym przychodni przeciwgruźliczej ubezpieczalni, opiekę nad gruźlikami prowadzą 2 pielęgniarki przydzielone do przychodni. Ich wywiady społeczne dostarczają bogatego materiału o rodzinie chorego, które to wiadomości są w pełni wykorzystywane przy prowadzeniu akcji opieki nad dzieckiem. Taka sama współpraca istnieje pomiędzy pielęgniarkami ubezpieczalni, a pielęgniarkami innych przychodni przeciwgruźliczych na terenie m. Lwowa. Ponadto zorganizowany jest ścisły kontakt pomiędzy pielęgniarkami ubezpieczalni społecznej a pielęgniarkami

dwu publicznych stacyj opieki nad matką i dzieckiem we Lwowie. Zapobiega to dublowaniu akcji w jednej i tej samej rodzinie, oraz zapewnia ciągłość opieki w wypadku, o ile ubezpieczony utraci swe uprawnienia do pomocy ze strony ubezpieczalni.

Do dalszych zadań pielęgniarek należy wykonywanie zabiegów zleconych przez lekarzy u obłożnie chorych (zastrzyki, lewatywy, cewnikowanie, stawianie pijawek lub baniek, zakładanie opatrunków itp.), oraz asystowanie lekarzom przy zabiegach i opatrunkach wykonywanych w domu u obłożnie chorych.

Pielęgniarki otaczają stałą opieką obłożnie chorych w ich domach, wykonując regularne zabiegi pielęgnarskie jak mycie chorych, prześcielanie łóżek itp., pocuzając przy tym rodzinę chorego o sposobach pielęgnacji i odżywiania obłożnie chorych. Chorym tym w miarę potrzeby są wypożyczane z podręcznego magazynu pielęgniarek przedmioty potrzebne dla pielęgnacji obłożnie chorych jak: baseny, flaszki na mocz, worki na lód, ceraty, hegary, kółka gumowe itp. Taki sposób okazał się wygodny dla ubezpieczonych, a ponadto chroni instytucję przed stratą wypożyczonych przedmiotów.

W 1938 roku objęły pielęgniarki wydawanie tranu, przepiszywanego dzieciom w celach profilaktycznych.

Wreszcie pielęgniarki pracują w ambulatorium chirurgicznym, oraz prowadzą ambulatorium, w którym wykonuje się zastrzyki zlecone przez lekarzy ubezpieczalni, szczególnie przez lekarzy specjalistów. W ambulatorium tym w 1938 r. wykonano ponad 30 tysięcy zastrzyków. Przez pielęgniarki prowadzony jest magazyn bielizny, artykułów czystości i materiałów kancelaryjnych dla ambulatoriów ubezpieczalni.

Wielka ilość lekarzy, zlecających zabiegi, i różnorodność zajęć wykonywanych przez pielęgniarki, mogłyby nasuwać wątpliwości co do sprawnego, szybkiego i punktualnego funkcjonowania ich pracy. Trudności tych udało się uniknąć przez stworzenie stanowiska starszej pielęgniarki, która spełnia dozór fachowy nad personelem pielęgnarskim, pracującym w terenie i w przychodni przeciwgruźliczej, oraz nad personelem pomocniczym, lekarskim, zatrudnionym w ambulatoriach specjalistycznych ubezpieczalni.

Zlecenia na wykonywanie zabiegów czy wywiadów

wpływają od lekarzy pisemnie lub telefonicznie na ręce starszej pielęgniarki, która wpisuje je do księgi zleceń. Z tej księgi są zlecenia wynotowywane przez pielęgniarki. Sposób ten umożliwia st. pielęgniarsce regulowanie pracy i kierowanie podległych pielęgniarek do tych rejonów, w których istnieje największe zapotrzebowanie. Każda pielęgniarka jest obowiązana, schodząc z terenu, skomunikować się telefonicznie ze starszą pielęgniarką, celem wykonania zleceń, które ewentualnie wpłynęły podczas jej nieobecności. Taki sposób postępowania jest również korzystny dla chorych, którzy, oddając zlecenie lekarskie, od razu są poinformowani o godzinie przybycia pielęgniarki.

Dzienne zestawienia swej pracy prowadzą pielęgniarki wedle wzorów ustalonych przez Z. U. S. Niezależnie od tego każda pielęgniarka po ukończeniu pracy zdaje codziennie krótkie ustne sprawozdanie starszej pielęgniarsce, która w razie potrzeby porozumiewa się telefonicznie z lekarzem leczącym i wydaje na jego zlecenie ewentualnie dalsze dyspozycje pielęgniarsce opiekującej się chorym.

Celem zapewnienia pomocy chorym przez cały dzień, pielęgniarki pracują w 2 zmianach od godz. 8 — 21. Podczas pracy obowiązuje je noszenie munduru. Wyekwipowanie wraz z torbą sanitarną otrzymują z Ubezpieczalni Społecznej.

W 1937 r. Zakład Ubezpiec. Społ. aprobował tymczasowy regulamin pracy dla st. pielęgniarki i pielęgniarek, opracowany przez dyrekcję ubezpieczalni społecznej we Lwowie.

Blisko 4-letnia praca pielęgniarek dyplomowanych w opisanym powyżej zakresie dała na terenie tutejszej Ubezpieczalni zarówno wiele realnych korzyści dla chorych, którzy do tej pracy odnoszą się z wielką życzliwością i uznaniem, jak również pozwoliła wyrównać dotkliwą lukę, jaka istniała pomiędzy lekarzem leczącym, a chorym tak pod względem pielęgnarskim, jak i w zakresie opieki społecznej. Ten korzystny wynik jaki rzeczywiście uzyskano i jaki zjednał sobie ogólna przychylność opinii ubezpieczonych, należy przypisać selektywnemu doborowi wyłącznie dyplomowanych sił pielęgnarskich, które udało się zorganizować w harmonijnie pracujący zespół. W chwili obecnej pracuje 19 dyplomowanych pielęgniarek.

KRONIKA KRAJOWA

RUCH SŁUŻBOWY.

Zmiany na stanowiskach dyrektorów ubezpieczalni społecznych.

OGRODZKI Gabriel — powołany z dn. 1 grudnia 1938 r. na stanowisko dyrektora Ubezpieczalni Społecznej we Frysztacie.

RANIEWSKI Wojciech — p. o. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Siedlcach, powołany w wyniku konkursu z dn. 1 stycznia 1939 r. na stanowisko dyrektora tej Ubezpieczalni.

Zmiany na stanowiskach lekarzy nacz. ubezpieczalni społecznych.

dr. KRAJEWSKI Zdzisław — powołany z dn. 1 lutego 1939 r. na stanowisko p. o. lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Tomaszowie Maz.

dr. SZYSZKOWSKI Witold — p. o. lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Tomaszowie Maz., zwolniony na własną prośbę z dn. 31 stycznia 1939 r., przechodząc z dn. 1 lutego br. do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na stanowisko inspektora.

Zmiany na innych stanowiskach ubezpieczalni społecznych.

mgr. LIGEZA Kazimierz — powołany z dn. 1 stycznia 1939 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Płocku.

LUBOWIECKI Henryk — powołany z dn. 1 stycznia 1939 r. na stanowisko p. o. wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim.

MANKOWSKI Bronisław — powołany z dn. 1 stycznia

1939 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie.

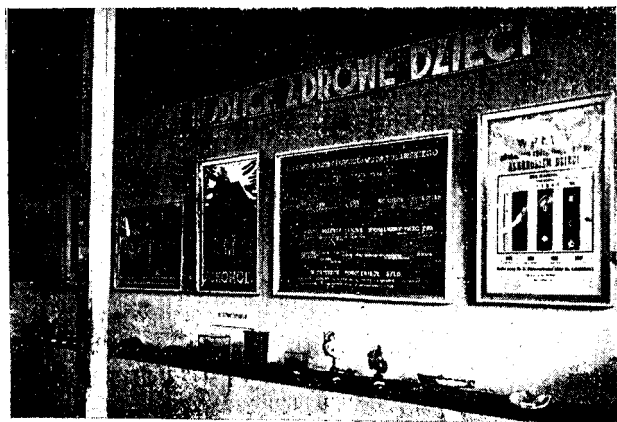
mg. **MAKARY Tadeusz** — powołany z dn. 1 grudnia 1938 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej we Frysztacie.

WYZNER Henryk — dotychczasowy wicedyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Grudziądzu, powołany z dn. 1 stycznia 1939 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Krośnie.

ZAWADZKI Feliks — powołany z dn. 1 stycznia 1939 r. na stanowisko wicedyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Baranowiczach.

OBJAZDOWA WYSTAWA HIGIENICZNA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Objazdowa Wystawa Higieniczna, zorganizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a kursująca po kraju od roku 1937, wzbudza na swej trasie wielkie zainteresowanie. Objechała ona dotychczas 20 miast w Polsce, poczynając od Pomorza i woj. poznańskiego, przechodząc następnie przez część woj. warszawskiego i przerzucając się na województwa północno-wschodnie. Mimo całej różnorodności terenów Rzeczypospolitej i ich różnorodnej ludności wystawa cieszy się wszędzie jednakowym powodzeniem, nieoczekiwanym i bardzo znamienym. Powodzenie



Wyst. Hig. w Łodzi. Walka z alkoholizmem.

to świadczy, że prowincja kraju jest bardzo spragniona wrażeń i nauki.

Zagadnienie higieny indywidualnej i społecznej jest u nas w Polsce dotychczas jeszcze dalekie od realizacji nawet w najbardziej kulturalnych środowiskach, co widać mówiąc o rozmaitych „zapadłych kątach”, gdzie najbardziej konieczne urządzenia higieniczne są dotychczas niedoścignym marzeniem, gdzie pojęcie o życiu higienicznym i higienie społecznej jest dość mętne, i trzeba dopiero olbrzymich wysiłków takich urzędów publicznych jak szkoła i wojsko, akcja opiekuńcza i sanitarna, aby mieć nadzieję, że w przyszłości ten stan rzeczy ulegnie korzystnej zmianie.

Wystawa Higieniczna Objazdowa odwiedziła dotychczas: Gdynię, Tczew, Grudziądz, Bydgoszcz, Toruń, Gniezno, Inowrocław, Poznań, Ostrów Wlkp., Leszno, Płock, Kutno, Kalisz, Włocławek, Łódź, Starachowice, Ostrowiec Wilno, Białystok i Grodno.

Frekwencja w 20 punktach wyniosła 1.585.609 osób. Jest to, jak na stosunki polskie cyfra olbrzy-

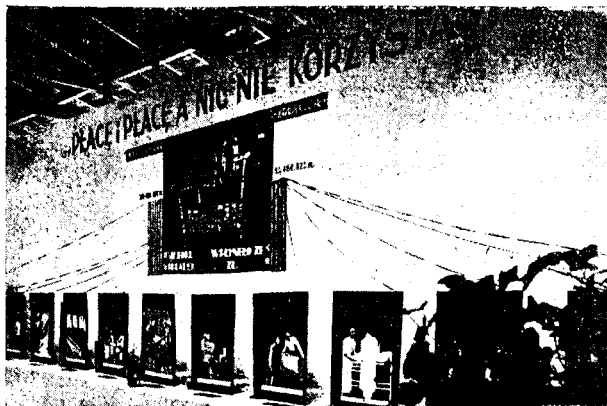
mia. Frekwencja to nie przypadkowa. Przeważną część zwiedzających stanowiły zorganizowane i uprzednio przygotowane wycieczki rozmaitych grup społecznych, uczniów i uczennic szkół publicznych z nauczycielami, seminariów duchownych, wojska, związków i organizacji społecznych. Wycieczki te zwiedzały Wystawę metodycznie i gruntownie, wysłuchując objaśnień i pogadarek, wy-



Hall Wystawy Hig. w Łodzi.

głaszanych przez stałych informatorów Wystawy. Frekwencja na Wystawie w poszczególnych miejscowościach jest olbrzymia, gdy chodzi o duże miasta (w Poznaniu 204.000 zwiedzających, w Łodzi 567.000 i t. d.), ale i w mniejszych miejscowościach, jak np. Tczew, Gniezno, Inowrocław, Kutno — prawie cała ludność zwiedziła Wystawę, a nawet organizowano specjalne pociągi popularne dla mieszkańców bliższych i dalszych okolic. Na kresach północnych i wschodnich zachodzi to samo zjawisko, w Wilnie zwiedziło Wystawę ponad 112.000 osób, w Białymstoku 61.000, — obecnie Wystawa znajduje się w Grodnie, gdzie zwiedziło ją 104.000 osób (na 56.000 ludności).

Na postojach wystawy ogłoszono dotychczas ponad 15.000 pogadarek, rozdano kilkaset tysięcy broszur i ulotek z zakresu higieny i chorób zakaźnych, rozdawano również bieżące numery popularnego wydawnictwa „Droga do Zdrowia”. O ile to tylko jest możliwe, ze względu na brak odpowiednich lokali, urządzone są na Wystawie przedstawienia kinematograficzne, na których wyświetlane są wyprodukowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ciekawe filmy, obrazujące wczasy robotnicze na obozach letnich i zimowych, tematy z zakresu bezpieczeństwa pra-



Ekspozycja Ubezpieczalni Społ. w Łodzi (groteski).

cy Instytutu Spraw Społecznych, oraz film „Ubezpieczenia Społeczne w walce z gruźlicą”. Przedstawienia te cieszą się również wielkim powodzeniem. Zasadnicze działy Wystawy to: walka z gruźlicą, chorobami wenerycznymi, alkoholizmem, epidemiami, propaganda higieny osobistej i społecznej, dział ubezpieczeń społecznych, bezpieczeństwo pracy, dział anatomii, dział apteczny, sportowy i t. d. Ekspozyty są stale aktualizowane i dopełniane — w roku ubiegłym dodano ich wiele. Wszystkie mają bezpośredni związek z główną ideą przewodnią Wystawy — akcją profilaktyczną, prowadzoną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, której założeniem jest opieka nad człowiekiem zdrowym, ochrona siły żywotnej dorosłych i dzieci przed zgubnym działaniem chorób i epidemii, wzmoczenie tej siły przez danie możliwie dobrych i zdrowotnych warunków pracy i odpoczynku. Dlatego planowa akcja zapobiegania chorobom przez prowadzenie kolonij, półkolonij i kolonij leczniczo-szkolnych, szczepień ochronnych, badań młodocianych, obozów wypoczynkowych dla pracowników itp. jest równie ważną jak opieka nad chorymi, potrzebującymi pomocy. Mogą te pokazy wystawowe połączone z objaśnieniami i pogadankami przestrzec przed niebezpieczeństwami, mogą też pobudzić do traktowania mniej lekkoomyślnie pierwszych oznak chorób płucnych, wenerycznych lub innych. Tłumy osób, przypatrujących się z powagą i zainteresowaniem ekspozyatom nieraz odrażającym, świadczą, że pokazy te mają głębokie znaczenie dydaktyczne i praktyczne.

Ubezpieczalnie społeczne, przez tereny których przechodzi Wystawa, zaznaczają wzrost frekwencji u lekarzy domowych, liczby szczepień ochronnych itd.

Są one również wciągane w orbitę zagadnień wystawowych, przygotowują ekspozyty związane ze swą działalnością, niejednokrotnie bardzo dodatnią. W ten sposób Wystawa Higieniczna podciąga wwyż całe odłamy społeczeństwa, interesują się nią władze, urzędy i organizacje rozmaitych typów; idea higieny dla szerokich mas obejmuje coraz szersze kręgi. Wystawa posiada wysoce estetyczną oprawę, wszędzie montowana jest z jednakową starannością; z równym zainteresowaniem zwiedza ją robotnik i bezrobotny, inteligencja i młodzież. Kobiety mają w wielu miejscowościach przewagę wśród zwiedzających.

E. W.

ZJAZD W JABŁONKOWIE W SPRAWACH UBEZPIECZENIOWEGO LECZNICTWA SANATORYJNEGO — 11 i 12 LUTEGO 1939 ROKU.

W dniach 11 i 12 lutego 1939 r. odbył się w Sanatorium Z. U. S. w Jabłonkowie (Śląsk Zaolziański) zjazd, poświęcony zagadnieniom ubezpieczeniowego lecznictwa sanatoryjnego. W zjeździe wzięli udział: 1 Zastępca Komisarza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dr P. Martyśzewski, Naczelny Dyrektor Zakładu, dr T. Dyboski, lekarze Zakładu, naczelni lekarze większych ubezpieczalni społecznych, dyrektorzy sanatoriów zdrojowiskowych i przeciwgruźliczych Z. U. S. oraz zaproszeni goście — między nimi dr Olszak, wielce zasłużony dla utrzymania polskości przyłączonego do macierzy Śląska Zaolziańskiego.

Wobec specjalnego charakteru lecznictwa sanatoryjnego przeciwgruźliczego, stanowiącego tylko fragment akcji przeciwgruźliczej, wyodrębniły się *dwa główne tematy zjazdu*: zagadnienie ubezpieczeniowego lecznictwa sanatoryjnego poszczególnych schorzeń (poza gruźlicę płuc) oraz zagadnienie akcji zwalczania gruźlicy (ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa sanatoryjno-przeciwgru-

zliczego) w zakresie działalności instytucji ubezpieczenia społecznego.

Podstawowy referat dla pierwszego tematu obrad zjazdowych pt. „Zagadnienie zrationalizowania lecznictwa sanatoryjnego w ubezpieczeniu społecznym” wygłosił dr St. Rudziński. Referent przeprowadził tezę, że istniejące uchybienia w zakresie ubezpieczeniowego lecznictwa sanatoryjnego poszczególnych schorzeń (poza gruźlicę płuc) wynikają przede wszystkim z braku planowej i skoordynowanej akcji leczenia i zwalczania tych chorób, następnie podał w zarysie plany racjonalnego lecznictwa w odniesieniu do najważniejszych dla ubezpieczenia schorzeń (gościec, choroby układu krążenia i inn.), wykazał konieczność uwzględnienia w planie lecznictwa sanatoryjnego Z.U.S. wszystkich form tego lecznictwa (a więc zorganizowania — obok istniejących sanatoriów zdrojowiskowych — skromniej wyposażonych, tanich leczniczych zakładów wypoczynkowych), wreszcie wskazał na potrzebę dostarczenia lekarzom ubezpieczeniowym dokładnie ustalonych wskazań do leczenia sanatoryjnego. Poza tym dyskutowano na zjeździe nad sprawami techniki doboru chorych do sanatoriów zdrojowiskowych, usprawnienia przekazywania chorych do sanatoriów i ich zwalniania itd.

Zagadnieniom akcji przeciwgruźliczej ubezpieczenia społecznego były poświęcone następujące referaty: dra J. Łukaszewicza: „Zrationalizowanie doboru przez ubezpieczalnie społeczne i sanatoria chorych do leczenia sanatoryjnego (sharmonizowanie przesłanek klinicznych z przesłankami społeczno-ubezpieczeniowymi) oraz dostosowanie do tychże kryteriów wniosków sanatoriów o przedłużenie leczenia”, dyr. Fr. Mildnera: „Zapewnienie opieki materialnej rodzinie gruźlika, wysłanego do sanatorium, i obecne możliwości ubezpieczalni społecznych w tym zakresie”, dra St. Zamackiego: „Zapewnienie dostatecznej liczby łóżek szpitalnych (izolacyjnych) dla chorych na gruźlicę płuc, nierokujących poprawy”, dra A. Halla i dra T. Jagoszewskiego: „Usprawnienie przekazywania chorych do sanatoriów i ich zwalniania z sanatoriów” (referat ten odnosił się również do sanatoriów zdrojowiskowych), dra M. Gąsiorowskiej i dra B. Kucharskiej: „Kwalifikowanie przez ubezpieczalnie społeczne dzieci do prewatoriów, zagadnienie koedukacji w zakładach dziecięcych, zapobieganie zbiorowym zakazaniom”, dra I. Spitzera: „Współpraca instytucji ubezpieczeń społecznych w akcji usprawnienia przychodni przeciwgruźliczych”.

Dyskusja nad wymienionymi referatami wykazała, że ze względu na charakter gruźlicy, jako kłęski społecznej, niemożliwością jest całkowite zrationalizowanie akcji przeciwgruźliczej, ograniczonej tylko do ubezpieczonych i ich rodzin — przy każdym niemal referacie (nawet dotyczącym spraw — zdawałoby się — ściśle technicznych) nawracano w dyskusji do zasadniczych, ogólnych problemów walki z gruźlicą, jak zagadnienia rozszerzenia akcji poradni przeciwgruźliczych, niedostatecznej liczby lekarzy w Polsce, szczególnie lekarzy ftizjologów, braków lecznictwa sanatoryjno-(szpitalno)-przeciwgruźliczego itd. Stąd wynika konieczność najdalej posuniętego współdziałania wszystkich ośrodków walki z gruźlicą w Polsce z dążeniem do upowszechnienia akcji przeciwgruźliczej, ewentualnie na drodze nowych rozwiązań organizacyjnych i finansowych (ogólnopolski fundusz walki z gruźlicą, ubezpieczenie na wypadek gruźlicy itd.). Z drugiej strony jednakże — wobec znacznych trudności natychmiastowego rozwiązania tego problemu w skali ogólnopolskiej, a

zwłaszcza wobec niemożliwości znacznie większego zwiększenia w chwili obecnej posiadanych na ten cel środków finansowych — obrady zjazdowe udowodniły słuszność i celowość założeń dotychczasowej walki z gruźlicą, prowadzonej przez instytucje ubezpieczenia społecznego pod hasłami racjonalizacji akcji teraźniejszej (ograniczonej do zakresu działalności ubezpieczenia społecznego), a przygotowywania (plany, dane statystyczne, personel lekarski i pomocniczy, przychodnie, łóżka szpitalno-sanatoryjno-przeciwgruźlicze itd. aż do szczegółów technicznych) i przyspieszenia przyszłej, powszechnej akcji zapobiegania i zwalczania gruźlicy w Polsce.

Oceniając *charakter i znaczenie obrad* w Jabłonkowie, należy tutaj przypomnieć, że w zjeździe brali udział z jednej strony lekarze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, kierujący i organizujący lecnicstwo ubezpieczeniowe, z drugiej — lekarze wykonujący je i urządzający bądź w zakresie działalności ubezpieczalni społecznych bądź w zakładach leczniczych Z. U. S. Taka konfrontacja prac planifikacyjnych z wykonaniem ich w terenie — niezbędna w każdej racjonalnie prowadzonej akcji — przedstawiała tutaj tym większe znaczenie, że zjazd nie nosił charakteru „odprawy urzędowej”, a dominujący ton obradom nadawały dobra wola uczestników i troska o jak najlepsze zaspokojenie zdrowotnych potrzeb ubezpieczonych.

Wyniki zjazdu w Jabłonkowie zostały ocenione jako pozytywne przez przewodniczącego obrad, dr. P. Martyśzewskiego, który na zakończenie podkreślił zwłaszcza praktyczną doniosłość opracowanych na zjeździe tego rodzaju, jak konieczność uwzględnienia lecnicstwa wypoczynkowego wśród leczniczych metod lecnicstwa ubezpieczeniowego, znaczenie poradni przeciwgośćcowych w racjonalnym planie zwalczania gościa, konieczność ustalenia dla lekarzy kwalifikujących dokładnych wskazań (klinicznych, ubezpieczeniowych i społecznych) przy kierowaniu chorych do leczenia sanatoryjnego, rozróżnienie gatunkowego charakteru lecnicstwa sanatoryjno-przeciwgruźliczego (szpitalno-przeciwgruźliczego) od lecnicstwa sanatoryjnego innych schorzeń, wykazanie wspomnianych wyżej zasadniczych braków w akcji przeciwgruźliczej ubezpieczenia społecznego itd. Niektóre z wymienionych postulatów (zorganizowanie przez Z.U.S. tanich leczniczych zakładów wypoczynkowych, nawiązanie przez ubezpieczalnie społeczne współpracy z poradniami przeciwgośćcowymi) — wobec uzyskania jednomyślnej aprobaty zjazdu — znajdują najprawdopodobniej w niedługim czasie zastosowanie w ramach organizacji lecnicstwa ubezpieczeniowego. Poza tym zostały na miejscu powołane przez władze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dwie komisje pod przewodnictwem dra St. Rudzińskiego celem opracowania wytycznych dla lekarzy ubezpieczeniowych przy kierowaniu chorych do sanatoriów przeciwgruźliczych oraz do sanatoriów zdrojowiskowych i domów wypoczynkowych. Wreszcie przedyskutowane na zjeździe techniczne zagadnienia ubezpieczeniowego lecnicstwa sanatoryjnego zostaną uwzględnione w nowej instrukcji do planu lecnicstwa sanatoryjnego Z. U. S.

Dwudniowe obrady w Jabłonkowie przyczynią się niewątpliwie do usprawnienia ubezpieczeniowego lecnicstwa sanatoryjnego, a wyniki zjazdu stanowią poważny dorobek i cenny wkład myśli społeczno-lekarskiej do problemów organizacji lecnicstwa w ubezpieczeniu społecznym.

J. Chrzanowski

ORGANIZACJA WALKI Z CHOROBYMI SPOŁECZNYMI NA TERENIE POMORZA.

Z inicjatywy Urzędu Wojewódzkiego w Toruniu, odbył się w dniu 19.XII.1938 r. w Toruniu pod przewodnictwem naczelnika wydziału zdrowia, pracy i opieki społecznej urzędu wojew. dra Krippendorfa i zast. naczelnika tego wydziału p. Kortylewicza oraz przy udziale lekarzy, zjazd dyrektorów ubezpieczalni społecznych z Pomorza, poświęcony walce z chorobami społecznymi.

P. Krippendorf wygłosił dłuższy referat, którego idea przewodnią było, że skuteczną walkę z chorobami społecznymi może prowadzić tylko skoordynowana działalność samorządów terytorialnych, instytucji ubezpieczeń społecznych oraz stowarzyszeń społecznych.

Zagadnienie lecnicstwa chorób społecznych nie może ograniczać się tylko do pomocy lekarskiej, udzielanej przez poszczególne instytucje (Ubezpieczalnie Społeczne, Szpitale Miejskie), swoistość bowiem różnych zagadnień lecnicstwa społecznego zniewala do tworzenia organizacyjnych rozwiązań koniecznych dla poszczególnych zagadnień jak: gruźlica, choroby weneryczne, jaglica. W obecnej chwili obok wymienionych chorób, dojrzały do określenia jako choroby społeczne alkoholizm, schorzenia reumatyczne, choroby systemu krwionośnego, nowotwory złośliwe, straty bowiem przez nie wywoływane stają się coraz dotkliwsze.

Względy praktyczne prowadzą do ustalenia, względnie — ograniczenia listy chorób społecznych. Lista ta bowiem w zależności nie tyle od obiektywnych postępów nauki, ile od rozwijania się u nas lecnicstwa społecznego i materialnych środków, może rozszerzać się dowolnie, gdyż w zasadzie każde schorzenie pociąga za sobą pewną stratę w gospodarce społecznej i przeważna ich ilość występuje nie jednostkowo, lecz w liczbie mnogiej. Pojęcie przeto choroby społecznej nie ma definicji ścisłej.

Walka z chorobami społecznymi wymaga istnienia dostosowanego do tego celu aparatu rozbudowanego do rozmiarów uwzględniających potrzeby całości społeczeństwa żyjącego na danym terenie (poza ubezpieczonymi w Ubezpieczalniach Społecznych: bezrobotni, drobne rzemiosło i handel), nadto wymaga nie tylko celowej organizacji samego lecnicstwa, ale również stosownej organizacji zapobiegania chorobie (opieka nad matką i dzieckiem, kolonie i półkolonie dla dzieci i młodzieży, akcja dożywiania, dział sanitarny propaganda higieny, kąpieliska i t. p.). W tych celach są tworzone na terenach poszczególnych samorządów terytorialnych „Ośrodki Zdrowia”, które mają wskazane zadanie wypełnić.

P. naczelnik Krippendorf podkreślił szczególnie współpracę ubezpieczalni społecznych z samorządami w organizacji tych ośrodków, a zwłaszcza wydatną pomoc finansową, która nieraz odbywa się nawet być może kosztem oszczędności na innych działach świadczeń.

P. Kortylewicz omówił szeroko zakrojoną akcję kolonijną i żywy współdziałanie w tej akcji ubezpieczalni społecznych, które ściśle współpracują z miejskimi i powiatowymi Komitetami Pomocy Dzieciom i Młodzieży.

Dyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Tczewie, p. Roman Pruciński, zobrazował współpracę swej instytucji w dziedzinie zwalczania chorób społecznych i akcji kolonijnej i, oświadczając się za dalszą współpracą, poddał krytycznej ocenie działalność niektórych samorządów w zakresie tej współpracy, starają się przerzucić zarówno

cały ciężar finansowy jak też i administracyjny Ośrodków Zdrowia na Ubezpieczalnię Społeczną.

Lekarz miejski z Tczewa, p. dr Gierszewski, zgłosił wniosek, że zjazdy dałyby bardziej pozytywne rezultaty wówczas, gdyby zwolniane były z udziałem burmistrzów. P. nac. Krippendorf uznał stanowisko to za słuszne, jednak, ze względów technicznych i możliwości terytorialnych zjazdy takie winny odbywać się na terenie poszczególnych Ubezpieczalni Społecznych, co też zebrani zaakceptowali.

Pierwszy zjazd odbył się w Ubezpieczalni Społecznej w Tczewie w dniu 13.I.1939 r., przy udziale kilkunastu burmistrzów z powiatów tczewskiego, starogardzkiego, kościerskiego, tuchelskiego, świeckiego i chojnickiego. Burmistrzowie złożyli ogólne sprawozdanie z przeprowadzonej na swych terenach akcji w zakresie walki z chorobami społecznymi i akcji profilaktycznej, zaznaczając jednak, że wszelka poważniejsza akcja w tej dziedzinie rozbija się o brak funduszków. Dyr. Pruciński omawiał szeroko organizację i działalność niektórych Ośrodków Zdrowia, które nie posiadają osobowości prawnej ani też zatwierdzonych statutów w myśl okólnika Ministerstwa Opieki Społecznej nr 38/36 z dnia 15.VII.1936 r. Nr Zn. 2/4 — 6 w sprawie organizacji i działalności Ośrodków Zdrowia. Ponadto, powołując się na postanowienia §§ 7, 8, 9 i instrukcji załączonej do cytowanego okólnika wskazał, że do zakładania, prowadzenia i zarządu Ośrodkami Zdrowia powołane są z reguły związki samorządu terytorialnego, współpraca zaś innych instytucji, jak ubezpieczalnie społeczne, P. C. K., Tow. Przeciwgruźlicze i t. p. winna polegać na pomocy finansowej lub innej (np. personel, lokal i t. p.) z ich strony oraz na udziale w radzie zarządzającej. By zakończyć z dotychczasowym stanem rzeczy dyr. Pruciński zaproponował odczytanie opracowanego przez siebie projektu ramowego statutu dla „Ośrodków Zdrowia” i po zaakceptowaniu go przez przedstawicieli samorządu — skierowanie do zatwierdzenia do Urzędu Wojewódzkiego; na wniosek p. Prezydenta m. Tczewa, mgr. Jagalskiego, wybrano komisję w składzie: p. dyr. Romana Prucińskiego, prezydenta mgr. Jagalskiego i burmistrza m. Starogardu p. Felskiego, która ma rozpatrzyć opracowany projekt statutu i po ustaleniu tekstu przesać do zatwierdzenia do Województwa.

Niewątpliwie po zatwierdzeniu statutu tak ważna dla społeczeństwa akcja zwalczania chorób społecznych i szeroko pojęta akcja profilaktyczna zostanie skierowana na właściwe tory. Prowadzenie jej w sposób jednolity przyczyni się do rozszerzenia jej ku pożytkowi szerokich mas społeczeństwa.

ORGANIZACJA WZASÓW PRACOWNICZYCH W POLSCE WKRACZA NA NOWE DROGI.

Sprawa spędzenia przez robotnika, a także pracownika umysłowego wolnego od pracy czasu w dniu powszednim i święta w sposób jak najbardziej korzystny dla jego psychicznego i fizycznego rozwoju, czyli organizacja t. zw. *wczasów dnia powszedniego* i *wczasów urlopowych* stanowi zagadnienie ogólnospołeczne, najściślej związane z podniesieniem poziomu kulturalnego i zdrowotnego mas ludności. Działalność oświatowa i organizowanie obozów letnich, zimowych, dłuższych wycieczek itd. — przez stowarzyszenia społeczne, zrzeszenia pracownicze i cały sze-

reg instytucji publicznych, wypełniają społeczne zadanie organizacji wczasów na wielu odcinkach, nie obejmują jednakże całości tego zagadnienia i nie zaspakajają wszystkich potrzeb, jakie w tej dziedzinie istnieją u nas.

W ciągu ostatniego roku zaszło jednak wiele nowych dużej wagi faktów i zasadniczych zmian, rokujących nadzieję, że wchodzimy na drogę rozumnego i celowego planowania akcji wczasów w Polsce.

W porównaniu z latami poprzednimi rok ubiegły wyróżnił się masowym ruchem uboższej ludności miast w okresie urlopów letnich w kierunku wyjazdu na wieś i do ośrodków turystyczno-letniskowych. Ruch ten oparty był nie tylko na inicjatywie prywatnej tj. zrzeszeń i stowarzyszeń społecznych, lecz znalazł również nowe podstawy rozwoju w uruchomionych na cele wczasów funduszków ubezpieczalni społecznych. Dzięki pomocy ubezpieczalni, pokrywających całkowicie lub częściowo koszty wyjazdu pracowników na urlop, w ciągu ubiegłego lata korzystało z pobytu na obozach wypoczynkowych w różnych punktach kraju ponad 5000 tys. osób ze świata robotniczego.

Te 5 tysięcy mężczyzn i kobiet — to w dużej mierze element ludzi starszych, ojców i matek rodzin, po raz pierwszy w życiu najczęściej wyjeżdżających na własny wypoczynek. Oderwanie się od obowiązków codziennej pracy i życia rodzinnego, wyjazd z miasta na obóz w górach lub nad morzem, stanowiły w życiu tych ludzi nowe elementy wypoczynku.

Obozy organizowane były w różnych punktach kraju bezpośrednio przez ubezpieczalnię, albo też przez stowarzyszenia społeczne i przez Państwowy Urząd W. F. i P. W. W akcji urlopowej wzięły również częściowo udział niektóre zakłady pracy — z Dyrekcją Lasów Państwowych i Polskim Monopolem Tytoniowym na czele — które udzielały subsydiów na pokrycie części kosztów wyjazdu swoich pracowników; współdziałały także z akcją ubezpieczalni społecznych, zwłaszcza w C. O. P., na Śląsku i w uprzemysłowionym okręgu kieleckim — prywatne huty i fabryki.

Oprócz obozów w r. ub. akcja urlopowa rozporządzała jeszcze inną formą wyjazdów na wypoczynek, a mianowicie wyjazdów rodzinnych do malowniczo położonych i pod względem zdrowotnym posiadających dobre warunki wsi w centrum kraju.

Myśl powiązania potrzeb urlopowych szerokich sfer pracowników z miast i ośrodków przemysłowych, — z pewną formą pomocy dla ubogich, nie cieszących się dotychczas frekwencją letników wsi Mazowsza, Wileńszczyzny i innych okolic, sformułowana została po raz pierwszy w roku ubiegłym na Konferencji Wczasów, zwołanej w dn. 1 i 2 kwietnia 1938 r. przez Instytut Spraw Społecznych w Warszawie. Propagowaniem jej i realizacją zajęło się powstałe wówczas Centralne Biuro Wczasów, na wezwanie którego kilkadziesiąt wsi zgłosiło gotowość przyjęcia na okres lata rodzin robotniczych. Zasady organizacji wyjazdów rodzinnych i przygotowania wsi do tej akcji opracowało i wydało w formie broszur — Centralne Biuro Wczasów wraz z Związkiem Powiatów R. P. Listę wybranych ośrodków przekazano Lidze Popierania Turystyki, która zajęła się stroną techniczną wyjazdów i udzielaniem zniżek kolejowych.

Zasługą Konferencji Wczasów — oprócz stworzenia nowej koncepcji masowego ruchu letniskowego, — było również sformułowanie podstawowych tez akcji wczasów pracowniczych w Polsce. W wyniku Konferencji powstała

Rada Wczasów, skupiająca przedstawicieli stowarzyszeń społecznych oraz urzędów państwowych i instytucji, bezpośrednio zainteresowanych sprawami wczasów pracowniczych.

Rada Wczasów, jako organ doradczy Zrzeszenia Organizacji Oświatowo-Kulturalnych ustala zasady pracy w zakresie wczasów, wykonywanej przez Centralne Biuro Wczasów.

Naczelnym zadaniem Zrzeszenia i Centralnego Biura Wczasów jest koordynacja wysiłków społecznych w dziedzinie organizacji wczasów pracowniczych, planowanie akcji i starania o stworzenie dla niej stałych podstaw materialnych i organizacyjnych, oraz dążenie do podniesienia jej poziomu przy jednoczesnym zasięgu. Dotychczasowy dorobek organizacji oświatowo-kulturalnych i innych czynników — tak w dziedzinie wczasów dnia powszedniego, jak też w akcji urlopowo-wypoczynkowej, nie tylko zostanie przy tym w pełni zachowany, lecz ponadto powiększony wydatnie dzięki poszerzeniu możliwości skoordynowanej akcji ogólnej.

W realizacji swoich zadań Centralne Biuro utrzymuje kontakt bezpośredni z całym szeregiem instytucji, stowarzyszeń i czynników gospodarczych i społecznych, pracodawców i pracowników, zebranych w trakcie wizytacji letnich, jakie z ramienia Biura w roku ubiegłym były przeprowadzane, — w formie wniosków ogólnych, zbiera z całości prowadzonych w Polsce prac w zakresie akcji urlopowej dane liczbowe i materiały sprawozdawcze, wreszcie przystępuje do szkolenia instruktorów akcji urlopowej, załatwia szereg spraw bieżących oraz dopomaga i pośredniczy w ich załatwianiu pomiędzy różnymi stowarzyszeniami a instytucjami i urzędami państwowymi.

Dużo uwagi Centralne Biuro Wczasów poświęca organizowaniu nowych placówek, a zwłaszcza Biura Wczasów Robotniczych w Łodzi. Żywe zainteresowanie i poparcie inicjatywy Związku Przemysłu Włókienniczego w Państwie Polskim co do stworzenia kredytowego funduszu na organizację wyjazdów robotniczych, — przez władze wojewódzkie i społeczeństwo Łodzi, przyczyniło się do powstania tej placówki i umożliwiło organizację wyjazdów kilku tysięcy rodzin już w najbliższym okresie letnim. Przyjęte zasady oparte są na samowystarczalności akcji i całkowitej płatności wyjazdów przez samych pracowników. Organizatorzy ustalili system ratalnych wpłat oszczędnościowych na cele urlopowe, po 50 gr. tygodniowo przed wyjazdem, i odpowiednią stawkę po powrocie z urlopu — z tygodniówek przepracowanych do końca roku. Wyjazdy organizowane będą przez liczne związki i stowarzyszenia społeczne, a robotnicy będą mogli korzystać swobodnie — według własnego wyboru z obozów i letnisk.

Przy stale wzrastającej tendencji do wyjazdów wypoczynkowych wśród szerokich sfer pracowniczych w Polsce (liczba uczestników obozów letnich i zimowych w r. 1937 wynosiła ok. 71 tys., w 1938 r. zaś — już ok. 83 tys., przy tym liczby powyższe obejmują nie tylko dorosłych, ale i młodzież ponad 14 lat) należy oczekiwać, że rok bieżący przyniesie poważny wzrost i dalsze spopularyzowanie akcji. Dużą pomocą w tym względzie — zwłaszcza w odniesieniu do ośrodka łódzkiego i innych — będzie okólnik Min. Op. Społecznej z grudnia ubiegłego roku, określający kompetencje Centralnego Biura Wczasów.

H. Piątkowska.

DLA POSŁÓW I SENATORÓW. KONFERENCJA W MIN. OPIEKI SPOŁ.

W dniu 9 lutego odbyła się w Min. Opieki Społecznej, na zaproszenie p. min. M. Kościałkowskiego, konferencja informacyjna dla posłów i senatorów, poświęcona zagadnieniom i pracom resortu opieki społecznej.

W konferencji, której przewodniczył p. min. Kościałkowski, wzięli udział licznie przybyli posłowie i senatorowie, podsekretarze stanu, dr E. Piestrzyński i dr T. Garbusiński oraz wyżsi urzędnicy ministerstwa, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Funduszu Pracy.

Witając zebranych p. min. Kościałkowski podkreślił, że celem konferencji jest zobrazowanie wobec członków nowego parlamentu całokształtu zagadnień i prac ministerstwa dla tym owocniejszej współpracy przy rozstrzyganiu problemów polityki społecznej na terenie izb parlamentarnych.

Następnie dłuższe referaty wygłosili dyrektorzy departamentów: opieki społecznej — B. Okulicz, służby zdrowia — dr J. Adamski, ubezpieczeń społecznych — B. Nakonecznikow-Klukowski.

Zagadnienia ochrony i inspekcji pracy, zatrudnienia, a m. in. Funduszu Pracy oraz kwestie migracyjne będą tematem następnej konferencji informacyjnej.

MEMORIAŁ W SPRAWIE REALIZACJI UCHWAŁ KONGRESU BEZPIECZENSTWA PRACY.

Na Kongresie Bezpieczeństwa Pracy, który odbył się w roku ubiegłym, powzięte zostały ważne uchwały, dotyczące roli inspekcji pracy, ubezpieczeń społecznych, szkół wszelkich rodzajów i stopni — w dziedzinie rozwoju akcji bezpieczeństwa i higieny pracy w Polsce, oraz uchwała wskazująca na konieczność nałożenia na branżę przemysłową obowiązku opracowywania szczegółowych przepisów bezpieczeństwa pracy.

Instytut Spraw Społecznych, który był inicjatorem Kongresu, dąży, aby uchwały te, powzięte przez szerokie grono przedstawicieli świata nauki, przemysłu i techniki, świata pracowniczego zostały wprowadzone w życie. Prezydium Instytutu Spraw Społecznych złożyło Ministrowi Opieki Społecznej memoriał, we wstępie którego czytamy:

„Jeżeli Polska ma dotrzymać kroku w wielkim wysiłku twórczym świata, to w planie uprzemysłowienia kraju musi być z należytą troską potraktowana sprawa czynnika ludzkiego w produkcji.

Walka z marnotrawstwem sił ludzkich w przemyśle, to dziś już nie tylko walka z wypadkami przy pracy, wytrącającymi z procesu produkcji przejściowo lub na zawsze dziesiątki tysięcy ludzi rocznie, to nie tylko dążenie do poprawy warunków zdrowotnych pracy, aby zmniejszyć nieprodukcyjne wydatki na leczenie i zasiłki dla chorych — to również troska o niemarnowanie sił psychicznych, uzdolnień i energii twórczej polskiego robotnika i polskiego technika.

Aby to osiągnąć, musi zmienić wygląd większość warsztatów pracy w Polsce. Nie wystarczy wybielenie ścian, założenie osłon na maszyny, urządzenie wentylacji. Warunkiem usprawnienia pracy jest również stworzenie w obrębie murów fabrycznych innej atmosfery psychicznej, innego klimatu pracy. Mówiąc konkretnie, muszą być dokonane przemiany w ustosunkowaniu się do człowieka i do jego pracy: w społeczeństwie musi zapa-

nować pogląd, że każda praca potrzebna i wykonana z poczuciem odpowiedzialności, ma równą wartość z punktu widzenia społecznego, a więc musi być szanowana; w warsztacie należy wytworzyć warunki, w których pracownik będzie zadowolony, mając przeświadczenie, że jest niezbędnym ogniwem w ogólnym mechanizmie gospodarczym, społecznym i państwowym.

Rola „imponderabiliów” i w tej dziedzinie ludzkiej działalności może być bardzo znaczna. Poza korzyściami własnymi i swego najbliższego otoczenia, zarówno inżynier jak i robotnik polski, mogą widzieć i widzą w swych wysiłkach wartości wyższego rzędu. Świadczy o tym rola robotników w walkach o Polskę.

Postawę żołnierza polskiego buduje Państwo na owych imponderabiliach, jak — „honor, cnota, męstwo i w ogóle siły wewnętrzne człowieka”. Chodzi o to, aby każdy uczestnik procesu wytwórczego w Polsce mógł pracę swą traktować jak obowiązek żołnierski i żeby istotnie odczuwał, że jest traktowany jak obywatel — obrońca kraju i twórca jego bogactwa”.

ZJAZD LEKARZY POWIATOWYCH WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ W DNIACH 18 i 19.XL38 r.

W zjeździe wzięli udział: Wojewoda Lubelski p. de Tramecourt, delegat Min. Opieki Społecznej insp. Dr Zachert, lekarze oraz przedstawiciele władz państwowych, wojskowych, instytucyj samorządowych i społecznych z terenu województwa oraz ze sąsiednich województw.

Zjazd otworzył p. Wojewoda Lubelski Jerzy de Tramecourt witając przedstawicieli Ministerstwa Opieki Społecznej Dr Zacherta oraz wszystkich obecnych. Po słowach pełnych uznania dla pracy publicznej służby zdrowia, wskazał pan Wojewoda na potrzeby terenowe w zakresie zdrowia, przy czym pierwsze miejsce wyznaczył profilaktyce i tym instytucjom, które ją realizują, a więc ośrodkom zdrowia, koloniom i półkoloniom, akcji dożywiania dzieci, prowadzonej przez Komitety Opieki nad młodzieżą i dziećmi, kąpieliskom. Dalej podkreślił pan Wojewoda konieczność wytrwałej intensywnej pracy nad stanem sanitarnym i porządkowym osiedli i wsi oraz celowym rozwiązaniem opieki nad sierotami. Pan Wojewoda zakończył swe przemówienie apelem, aby mimo trudnych warunków pracownicy służby zdrowia wytrwali w pracy dla dobra Państwa i społeczeństwa.

Następnie złożył życzenia zjazdowi przedstawiciel Ministerstwa Opieki Społecznej dr Zachert oraz wyraził w imieniu Ministerstwa Opieki Społecznej zupełną zgodę z programem pracy, przedstawiony przez pana Wojewodę.

Obrady rozpoczął naczelnik wydziału pracy, opieki i zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie p. dr Danielski sprawozdaniem z działalności sanitariatu i ze stanu zdrowotnego województwa lubelskiego na rok 1937/38. W szczegółowo opracowanym referacie wskazał postępy w organizacji służby zdrowia. Organizacja samorządowej służby zdrowia oparła się głównie na pracy powiatowych i rejonowych ośrodków zdrowia, których sieć uległa znacznemu rozszerzeniu (liczba ośrodków zdrowia zwiększyła się o 17 w ciągu roku sprawozdawczego). Zwiększyły się także sumy, preliminowane przez niektóre samorządy na akcję zdrowotną, co spowodowało

ogólny wzrost sum, wydanych na zdrowie z 7,8% w roku 1936/37 do 10,7% w roku 1938/39. Stan sanitarny miast poprawia się, zakłada się sieć wodociągowo-kanalizacyjną w Chełmie, Siedlcach i Zamościu. Walkę z chorobami zakaźnymi prowadzi się przez akcję szczepienia-zapobiegawczą, zakrojoną na bardzo szeroką skalę, przez akcję sanitarną osiedli, dalej przez zaopatrywanie ludności w dobrą wodę do picia, nadzór nad żywnością, oraz nad nosicielami chorób zakaźnych, specjalnie tyfusu brzuszkiego. Niemalą rolę w Polsce z chorobami zakaźnymi odgrywa harmonijna współpraca publicznej służby zdrowia z oddziałem lubelskim Państwowego Zakładu Higieny, którego kierownik dr Chromiński wiele wysiłku kładzie w rozwój tej placówki. O rozmiarze akcji szczepiennej może świadczyć fakt, że przeciw samej czerwonce przeszczepiono ponad 200,000 ludności. Stan szpitalnictwa ulega poprawie czy to na skutek rozbudowy szpitali, czy też gruntownego ich remontu, lecz liczba łóżek nie jest jeszcze wystarczająca. Ludność zaś coraz bardziej garnie się do leczenia szpitalnego o czym mówi obłożenie szpitali, które przeciętnie wynosi już 81%, podczas gdy w roku 1935/36 wynosiło 67%. Opieka lekarska w ubezpieczalniach uległa poprawie; urzędnicy państwowi korzystają z dobrej opieki. Przedstawiając plan na przyszłość sprawozdawca podkreślił jako najważniejsze zagadnienia: 1) akcję sanitarną, budowę studni, wodociągów, kanalizacji i kąpielisk, 2) dalszy rozwój ośrodków zdrowia, 3) pomoc położniczą, 4) rozwój szpitalnictwa, 5) opiekę zdrowotną nad szkołami, 6) higienę i bezpieczeństwo pracy, 7) opiekę nad dziećmi i młodzieżą, 8) pomoc w nagłych wypadkach, 9) propagandę higieny.

W następnym referacie kierownik oddziału lubelskiego P. Z. H. dr Chromiński przedstawił wyniki współpracy lekarzy powiatowych z Zakładem i metody ku dalszemu jej zacieśnieniu.

Dalszą część przedpołudniowych obrad zajęły sprawozdania uzupełniające lekarzy powiatowych, świadczące o intensywnej pracy na polu służby zdrowia — niezmordowanej, mimo licznych trudności. Również lekarze naczelni ubezpieczalni społecznych w Zamościu i Brześciu złożyli sprawozdania ze współpracy z publiczną służbą zdrowia.

Reasumując sprawozdanie lekarzy powiatowych, zabrał raz jeszcze głos pan Wojewoda podkreślając znaczenie pracy lekarzy powiatowych dla społeczeństwa oraz swoje zainteresowanie dla zagadnień służby zdrowia publicznej.

Naczelnik Szajnowski w krótkich słowach oświadczył, że również Wydziały Powiatowe coraz bardziej zwiększają swoje zainteresowanie dla zdrowia publicznego.

Po przerwie obiadowej uczestnicy zjazdu zwiedzili szpital i ośrodek zdrowia w Białej.

Obrady rozpoczęto od odczytania referatu inż. Berzowskiego „Szpitale w obronie przeciwlotniczej i przeciwgazowej”. Referent podał w ramach ogólnych przygotowanie szpitali na przypadek ataku gazowego, aby mogły bez przeszkód stale pracować, oraz metody współpracy szpitali z punktami rat. san., kąpieliskami i sekcjami rat. san. w czasie ataku gazowego.

W referacie pod tytułem „Opieka lekarsko-higieniczna ośrodków zdrowia nad dziećmi szkół powszechnych”, dr. Morozowa, wizytatorka lekarska kuratorium szkolnego lubelskiego, przedstawiła pozytywne wyniki dotychczasowej akcji ośrodków zdrowia w walce o zdrowie i hi-

gienę nad dziećmi szkół powszechnych. Dr Morozowa widzi w jaknajściślejszej współpracy ośrodków zdrowia ze szkołami największe korzyści dla zdrowia dziatwy szkolnej.

Wreszcie dr Safian, lekarz powiatowy z Białej-Podlaskiej przedstawił rozwój i pracę ośrodków zdrowia w swym powiecie.

W dyskusji naczelnik dr Danielski wyraził przekonanie, że opracowywana obecnie ustawa o służbie zdrowia da impuls do dalszego wydatnego wysiłku całego społeczeństwa na polu zdrowia publicznego i że ułatwi ona pracę także lekarzom powiatowym.

Inspektor Dr Zachert wskazał na konieczność podniesienia zainteresowania zdrowiem publicznym ogółu lekarzy. Będzie to wymagało reform w studiach lekarskich. Wielką bolączką jest nadmiar felczerów na wsi, co utrudnia osiedlanie się tam lekarzy oraz brak położnych. Lekarze i położne nie osiedlają się na wsi, gdyż nie mogą uzyskać potrzebnych minimalnych warunków finansowych.

Poważny dzień obrad zakończyło zebranie towarzyskie, na którym omawiano przyjacielsko różne zagadnienia społeczne oraz osobiste grona lekarzy powiatowych.

Drugi dzień zjazdu odbył się w Leśnej-Podlaskiej oddalonej o kilkadziesiąt kilometrów od Białej. Jest to ośrodek kulturalny na wsi. W dawnych budynkach klasztornych mieści się obecnie siedmioklasowa szkoła powszechna, gimnazjum i liceum pedagogiczne. W osadzie znajduje się ośrodek zdrowia.

Na serdeczne przywitanie uczestników przez dyrekcję szkoły i wójta gminy, odpowiedział naczelnik dr Danielski i zagał dalsze obrady. Omówione zostały najpierw pokrótce sprawy codziennej pracy lekarzy powiatowych, a mianowicie: konieczność współpracy przy układaniu działu VIII i IX budżetu wydziałów powiatowych, współpraca z ubezpieczalniami społecznymi, zwłaszcza w zakresie ośrodków zdrowia, pomoc położnicza na wsi, ratownictwo w nagłych przypadkach, opieka nad sierotami, a po tym w obszernym referacie specjalnie interesujące zagadnienie współpracy ośrodków zdrowia ze szpitalami.

Uzupełnieniem tej pracy był referat wojewódzkiego inspektora lekarskiego Dr Nakoniecznego „O metodach pracy lekarza powiatowego”, w którym szczegółowemu omówieniu poddane zostały wszystkie najważniejsze zagadnienia codziennej pracy lekarzy powiatowych, pomoc lekarska dla urzędników państwowych oraz roczne sprawozdania lekarzy powiatowych tzw. „księgi sanitarne”.

Referat kierownika oddziału opieki społecznej P. K. Stalewskiego dotyczył zagadnienia „Opieki społecznej na wsi”. Referat przedstawił w bardzo realnych barwach życie ubogiej ludności wiejskiej oraz metody dostarczania im celowej opieki. Sieroty powinny być oddawane w opiekę do rodzin zastępczych, a dobór przybranych rodziców powinien być tego rodzaju, aby istotnie gwarantował dziecku dobre wychowanie. Nie wolno oddawać na wychowanie dzieci takim ludziom, którzy widzą w tym tylko interes dla siebie.

Po referacie zwiedzono miejscowe instytucje kulturalne i ośrodek zdrowia.

Po wznowieniu obrad dr Deptuch wojewódzki lekarz epidemiczny przedstawił przebieg epidemii czerwonki,

trwającej kilka lat w powiecie biłgorajskim oraz metody zwalczania jej. Dr Deptuch podniósł wartość szczepień przeciwczarwonkowych w walce z czerwonką.

Jako ostatni odczytał dr L. Strassman, lekarz powiatowy z Garwolina swój referat, dotyczący współpracy lekarzy powiatowych z organizacjami społecznymi.

Na zakończenie zabrał głos inspektor służby zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej dr Zachert, wskazując lekarzom powiatowym ważność ich pracy i zachęcając ich do coraz to większego wysiłku dla dobra zdrowia publicznego.

WYCIECZKA ZAGRANICZNA DLA CELÓW BEZPIECZENSTWA I HIGIENY PRACY.

Postęp w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy za granicą jest w ostatnich latach niezmiernie szybki i wyniki doświadczeń obcych, nieraz bardzo cenne, mogą być wyzyskane z pożytkiem, zwłaszcza w związku z budową wielkich warsztatów przemysłowych w Polsce i z modernizacją szeregu istniejących zakładów.

Jakkolwiek przenoszenie żywcem metod obcych na nasz grunt byłoby z pewnością niewłaściwe, materiał bowiem ludzki w różnych krajach nie jest jednakowy, to jednak wymiana poglądów z organizatorami akcji bezpieczeństwa i higieny pracy, która na zachodzie posiada o wiele dawniejszą niż w Polsce tradycję, może nasunąć szereg interesujących wytycznych, przyczyniając się do ożywienia myśli twórczej w tej dziedzinie.

Inicjatywę nawiązania bezpośredniego kontaktu polskich inżynierów z przodującymi w tym zakresie instytucjami i przedsiębiorstwami obcymi podjęła Wzorcownia Urządzeń Ochronnych i Poradnia Bezpieczeństwa Pracy wspólnie z Sekcją b. p. Stowarzyszenia Inżynierów Mechaników Polskich, organizując jesienią roku ubiegłego wycieczkę do Niemiec, Belgii i Anglii.

Obecnie, pragnąc rozszerzyć zakres osób, które z doświadczeń tej wycieczki odniosą korzyści, Instytut Spraw Społecznych poświęcił numer lutowy „Przeglądu Bezpieczeństwa Pracy” opisowi wrażeń, odniesionych przez jej uczestników.

Zasadniczym celem wycieczki było zapoznanie inżynierów, pracujących zarówno w przemyśle, jak i instytucjach poświęconych bezpieczeństwu pracy, z zagraniczną organizacją zwalczania wypadków i technicznymi zabezpieczeniami, stosowanymi na terenie zwiedzanych przedsiębiorstw.

Uzupełnieniem studium było zaznajomienie uczestników z najważniejszymi instytucjami i organizacjami, które zajmują się zagadnieniem bezpieczeństwa pracy na zachodzie Europy.

Uczestnicy wycieczki w liczbie 16 osób, wyjechali z Warszawy do Berlina, następnie przez Belgię do Londynu. Dłuższy pobyt w Londynie połączony był z codziennymi dalekimi (do 200 km) wyjazdami do poszczególnych zakładów przemysłowych. W powrotnej drodze zwiedzono fabryki w okolicach Brukseli. Pobyt w Kolonii i Düsseldorfie dał możliwość zwiedzenia najpoważniejszych niemieckich zakładów przemysłowych, po tym część uczestników wycieczki wróciła do kraju, a część wzięła udział w dorocznym zebraniu Niemieckiego Towarzystwa Ochrony Pracy we Frankfurcie n/M. Powrotna droga odbywała się via Drezno i Berlin i dnia 4.XI.38 r. nastąpił powrót do Warszawy.

Bilans wycieczki jest poważny. Zwiedzono 20 zakładów przemysłowych, 5 Muzeów Bezpieczeństwa Pracy, 6 organizacji poświęconych całkowicie lub częściowo zagadnieniu bezpieczeństwa pracy, laboratorium psychotechniczne Dyrekcji Tramwajów w Brukseli — wreszcie jesienną wystawę samochodową w Londynie oraz zapoznano się z organizacją Niemieckiego Frontu Pracy.

Zwiedzane zakłady reprezentowały różne działy przemysłu, a mianowicie: gazownie, zakłady elektrotechniczne i fabrykę kabli, fabryki obrabiarek, narzędzi i ostrzy, chemiczne, papierne i opakowań papierowych, samochodowe, sztucznego jedwabiu i przędzalnie bawełny, cegielnie, suchej destylacji węgla, wag automatycznych, przemysłu drzewnego, browary itd.

Zbliżenie naszych sfer technicznych z zagranicznymi cechowała wszędzie szczerą i nieprzymuszona serdeczność i gościnność, wyrazem tego były artykuły i notatki w prasie codziennej i fachowej w Niemczech i Anglii utrzymane w bardzo przychylnym tonie.

Zapoznanie się z rezultatem powyższej wycieczki może zachęcić do podejmowania podróży naukowych, należyte uprzednio przygotowanych w kraju i zagranicą. Przy sposobności uczestnicy wycieczek będą mieli możliwość spełnienia poważnej roli propagandowej przez udzielanie wiadomości o skromnym, lecz rzetelnym naszym dorobku, który na szerokim świecie wywołuje coraz większe zainteresowanie.

(Komunikat Instytutu Spraw Społecznych).

KRONIKA ZAGRANICZNA

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ISLANDII.

Islandia, położona daleko na północy, jest krajem o wybitnej i charakterystycznej kulturze północnej. Ludność, nieliczna, wynosi około 120.000 głów. Islandia jest krajem niepodległym z własną konstytucją, własnym parlamentem i własnym ustawodawstwem. Z Danią jest połączona jedynie unią personalną w osobie wspólnego monarchy i wspólnym zastępstwem interesów zagranicznych.

Z dniem 1 kwietnia 1936 r. weszła w życie nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznym z 1-go lutego 1936 r. Ustawa ta jest wytworem miejscowych, islandzkich tendencji ustawodawczych i reguluje ubezpieczenie na wypadek choroby, od wypadków, inwalidzkie, starcze i na wypadek braku pracy. W przepisach, dotyczących ubezpieczenia inwalidzkiego przejawiają się zasady niemieckiego ubezpieczenia inwalidzkiego. Ubezpieczenie chorobowe i starcze należy do typu t. zw. ubezpieczeń ludowych. Ustawa jest jednolitym aktem ustawodawczym i liczy 89 artykułów. Tak proste i krótkie ujęcie ustawodawcze całości ubezpieczeń społecznych było możliwe dzięki nieskomplikowanym stosunkom społecznym Islandii i małej ilości mieszkańców kraju.

Ubezpieczenie na wypadek choroby.

Islandzkie ubezpieczenie na wypadek choroby przysługuje wszystkim obywatelom, z tym ograniczeniem, że zasada ta obowiązuje tylko w miejscowościach, w których kasy chorych istnieją. Ustawa przewiduje, że w każdym mieście handlowym winna powstać oddzielna kasa chorych. Drogą rozporządzenia może działalność takiej kasy zostać rozszerzona na sąsiednie, przyległe do miasta rejony. W zasadzie kasy chorych istniały już oddawna w większych miejscowościach. Nowa ustawa uznała te kasy za działające w jej rozumieniu. W tych miejscowościach każda osoba w wieku ponad 16 lat, bez względu na płeć, zamieszkała na terenie kasy może stać się członkiem kasy chorych. Prawo to nie przysługuje jedynie osobom, umieszczonym z powodu ciężkiej chronicznej choroby w szpitalu lub w jakimś innym zakładzie leczniczym. Gminy wiejskie mogą zakładać kasy chorych wtedy, jeśli zażąda tego większość mieszkańców, uprawnio-

nych do głosowania. Sprawę rozstrzyga plebiscyt na żądanie $\frac{1}{3}$ części uprawnionych do głosowania mieszkańców gminy. W wypadku ujemnego wyniku głosowania można po upływie roku zarządzić ponowny plebiscyt. Wiejska kasa chorych może powstać również wskutek rozporządzenia ministerialnego. Prawo do świadczeń kasy chorych przysługuje tylko tym członkom, którzy w uprzednim roku mogli wykazać się dochodem opodatkowanym, nieprzekraczającym 4500 koron islandzkich. Małżonkowie mają prawo do świadczeń, jeżeli wspólny ich dochód nie przekroczył tej sumy.

Świadczenia obejmują:

a) opiekę lekarską ze strony lekarza ubezpieczeniowego, t. j. lekarza zakontraktowanego przez kasę chorych wzgl. przez Zakład ubezpieczeń społecznych i to w pełnej wysokości kosztów w wypadku umieszczenia chorego w szpitalu, a w wysokości trzech czwartych kosztów w wypadku leczenia pozaszpitalnego. Kasa chorych może zawrzeć z lekarzem układ co do ściągnięcia resztującej jednej czwartej,

b) lekarstwa i opatrunki, i to w pełnej wysokości kosztów przy leczeniu szpitalnym, a poza tym w wysokości trzech czwartych kosztów,

c) utrzymanie w wypadku umieszczenia w zamkniętym zakładzie leczniczym,

d) zasiłek chorobowy dla niezdolnych do pracy członków kasy, przysługuje on jednak tylko w miejskich kasach chorych.

Wypłata zasiłku może nastąpić dopiero po upływie tygodnia od zaistnienia niezdolności do pracy — ale najwcześniej dopiero w tydzień licząc od dnia, w którym ubezpieczony nie pobiera już wynagrodzenia. Oprócz zasiłku chorobowego, przewidzianego dla samych ubezpieczonych, istnieje zasiłek rodzinny we formie dodatku. Są przewidziane minimalne stawki. Suma zasiłku z dodatkami nie może przekraczać trzech czwartych miejscowych stawek zarobkowych.

Statuty kas chorych mogą przewidywać jako świadczenia dodatkowe, pokrywanie całych kosztów opieki lekarskiej, zasiłki położowe, zapomogi pogrzebowe, pokrywanie kosztów utrzymania w niezakontraktowanych szpitalach.

Okres wyczekiwania w islandzkim ubezpieczeniu chorobowym jest długi, dopiero po półrocznym opłaceniu składek nabywa się prawo do świadczeń. Statuty kas mogą przewidywać pewne odchylenia od tej zasady.

Kasy udzielają świadczeń przez 32 tygodnie w obrębie rocznego okresu czasu, jednakże tylko przez 26 tygodni z tytułu jednej i tej samej choroby.

Żony i dzieci członków kasy w wieku poniżej 16 lat otrzymują świadczenia w tych samych rozmiarach co i członkowie kasy, z wyjątkiem zasiłku chorobowego. Statuty kas mogą przewidywać wypłatę dodatków rodzinnych dla chorych dzieci w wieku od 16 do 21 lat.

Kobiety niezamężne, żyjące w konkubinacie, mają prawo do pomocy leczniczej w takich samych rozmiarach, co prawowite żony, jeżeli z takiego związku urodziły się dzieci, wzgl. jeżeli pożycie trwało przynajmniej 18 miesięcy bez przerwy.

Ustawa przewiduje dla pracodawców obowiązki dalszej wypłaty zarobku po zachorowaniu; obowiązek ten trwa 14 dni od momentu zaprzestania pracy z powodu choroby, bez względu na formę, w jakiej zarobek był wypłacany, i niezależnie od dalej idących zobowiązań umownych, wzgl. zobowiązań opartych na ewentualnych innych przepisach ustawodawstwa pracy. Jeżeli ubezpieczony czerpie swój główny dochód z własnego przedsiębiorstwa albo z własnego majątku, przyjmuje się, że jest on w ciągu 14 dni po zachorowaniu wzgl. po zajściu wypadku jakgdyby własnym wynagradzanym pracownikiem; zarząd kasy może przedłużyć okres tej fikcji, o ile można stwierdzić, że dochody ubezpieczonego nie uległy zmniejszeniu.

Prawo do świadczeń istnieje również w wypadku choroby, zaszłej poza terenem kasy.

Dla charakterystyki stosunków między kasami chorych i lekarzami należy zaznaczyć, że krajowy Zakład ubezpieczeń może w imieniu kas i w porozumieniu z krajowym lekarzem urzędowym prowadzić rokowania o zawarciu układu z lekarzami. Jeżeli by układ nie doszedł do skutku, w takim razie kasy mogą opłacać swych lekarzy według stawek ustanowionych przez Zakład ubezpieczeń.

Środki finansowe czerpie ubezpieczenie chorobowe ze składek ubezpieczonych i z dopłat państwa. Wysokość składki ustala statut; dochody muszą wystarczyć na pokrycie wydatków. Islandzkie ubezpieczenie chorobowe realizuje propagowaną i na innych terenach ideę oszczędności. Statut kasy może mianowicie przewidywać, że członkowie, którzy nie korzystali przynajmniej przez rok ze świadczeń kasy, otrzymują zwrot części wpłaconych składek; przy ustalaniu zwrotów zwraca się uwagę, jak długo poszczególne członkowie opłacali składki bez korzystania z pomocy kasy.

Skarb Państwa wzgl. właściwe gminy wiejskie lub miejskie dopłacają kasom chorych 25% wpłaconych przez członków składek, jednakże najwyżej w wysokości 9 koron na ubezpieczonego.

Jeżeli posiadane środki nie wystarczają kasie na pokrycie zobowiązań, wtedy właściwa władza administracyjna wydaje potrzebne zarządzenia dla podwyższenia dochodów wzgl. zmniejszenia świadczeń, jednakże minimalne, ustawowe granice świadczeń nie mogą być zwiększone.

Składki opłaca się z góry. Za osoby, żyjące z opieki społecznej, opłaca składki gmina. Gmina może również opłacać zaległe składki za takich ubezpieczonych, co do

których uzna za potrzebne utrzymanie w mocy ubezpieczenia. Nie jest to równoznacznym z udzieleniem takim osobom opieki społecznej nad ubogimi; po poprawie stosunków majątkowych muszą takie osoby zwrócić gminie poniesione z tego tytułu wydatki. Za osoby pobierające zasiłki starcze, opłaca składki chorobowe kasa zasiłkowa potrącając je z zasiłków; za rencistów, inwalidów i starców opłaca składki chorobowe islandzki Zakład ubezpieczeń, potrącając je z wypłacanych rent.

Zaległe składki ściąga gmina. Zarząd kasy wzgl. gmina może nałożyc na pracodawców obowiązek potrącania składki z zarobków pracowników i odprowadzania do kasy chorych; pracodawcy odpowiadają za dopełnienie tego obowiązku. Przeciwno ubezpieczonym można również zastosować rygory. Jeżeli ubezpieczony nie wpłaci składki w oznaczonym terminie, otrzymuje upomnienie z określeniem ponownego terminu. Jeżeli nie dotrzyma tego drugiego terminu, traci prawo do zasiłku chorobowego. Jeżeli jednak wpłaci zaległą składkę w ciągu następnego miesiąca, wtedy jego roszczenia odżywają od dnia zapłaty. Wpłacenie składek w późniejszym terminie przekreśla dawniejsze członkostwo, a osobę taką przyjmuje się jako nowego członka kasy. W szczególnych wypadkach może zarząd kasy odroczyć termin zapłaty.

Islandzkie ubezpieczenie chorobowe zna również pewien rodzaj wspólnego wyrównania ryzyka. Na zarządzenie krajowego Zakładu ubezpieczeń może być stworzonym *fundusz wyrównawczy kas chorych*, (analogia do art. 239 ustawy o ubezpieczeniu społecznym).

Fundusz powstaje drogą wpłat w wysokości 1% zarobków ubezpieczonych pracowników najemnych. Administrację funduszu sprawuje krajowy Zakład ubezpieczeń. Fundusz służy na udzielanie zapomóg poszczególnym kasom chorych w wypadkach szczególnej potrzeby. Kasy chorych są obowiązane zwrócić w ciągu 5 lat połowę otrzymanej zapomogi, a jeżeli znajdują się nadal w złej sytuacji — winny podwyższyć składki. Na czele kasy stoi zarząd, wybierany przez radę gminną. Na terenie większych miejscowości ilość członków zarządu może dochodzić do 7 osób. Członkowie zarządu wybierają ze swego grona przewodniczącego i rozdzielają między siebie czynności zarządu.

Kasy rządzą się statutami, zatwierdzonymi przez ministra. Nadzór nad kasami sprawuje krajowy Zakład ubezpieczeń.

Ubezpieczenie od wypadków.

Ubezpieczenie od wypadków obejmuje marynarzy, robotników przemysłowych i osoby zatrudnione w zawodach, znajdujących zastosowanie na terenie Islandii. Śmierć lub zranienie odniesione z okazji jakiegokolwiek ratownictwa życia dają również prawo do odszkodowania wg zasad ubezpieczenia od wypadków.

Wypadek ubezpieczeniowy zachodzi, gdy ubezpieczony poniesie śmierć lub zostanie ranny skutkiem wypadku w zakładzie pracy, objętym ubezpieczeniem. Dotyczy to również chorób zawodowych, przy czym ustawa odsyła w tej mierze do przepisów wykonawczych.

W wypadku choroby trwającej dłużej niż 10 dni i połączonej z niezdolnością do pracy, a spowodowanej wypadkiem, przysługuje ubezpieczonemu prawo do bezpłatnej opieki lekarskiej wzgl. opieki szpitalnej i do zwrotu kosztów lekarstw i opatrunków — w pełnej wysokości przy leczeniu szpitalnym, a do wysokości trzech czwartych przy leczeniu pozaszpitalnym. Poza tym przy-

sługuje zasiłek pieniężny do chwili odzyskania zdolności do pracy, do momentu stwierdzenia trwałej niezdolności do pracy wzgl. do momentu zgonu, najdalej jednak przez przeciąg 6 miesięcy. Zasiłek wynosi do 5 koron dziennie, nie może jednak przekraczać trzech czwartych zarobku, otrzymywanego w chwili wypadku. Przy trwałej niezdolności do pracy otrzymuje poszkodowany odszkodowanie, które wynosi 6.000 koron przy pełnym inwalidztwie, a stosunkowo mniej przy niższym stopniu inwalidztwa. Przy ograniczeniu zdolności do pracy nieprzekraczającym 20% nie przysługuje odszkodowanie.

W przypadku śmierci otrzymują pozostali członkowie rodziny odszkodowanie kapitałowe, a mianowicie wdowy i wdowcy w wysokości 3.000 koron, z dzieci zaś, pozostających na utrzymaniu pozostałego przy życiu rodzica, każde po 100 koron za każdy rok, brakujący do wieku 16 lat. Dla sierot zupełnych wynosi odszkodowanie 200 koron za każdy rok. Dzieci w wieku ponad 16 lat, które w chwili zajścia wypadku pozostawały skutkiem ułomności na utrzymaniu zmarłego, otrzymują 1.500 koron. Rodzice, którzy pozostawali na przeważnym utrzymaniu zmarłego, otrzymują 2.500 koron, jeżeli żyją obydwoje, — 1.500 koron, jeżeli żyje tylko jedno z nich. Rodzeństwo utrzymywane przez zmarłego ma prawo do odszkodowania narówni z dziećmi. Wdowiec lub wdowa, nieżyjący we wspólności małżeńskiej i nieutrzymywani przez zmarłego nie mają prawa do odszkodowania, natomiast przysługuje ono kobiecie niezamężnej, która żyła ze zmarłym, o ile z tego związku urodziły się dzieci, wzgl. o ile pożycie trwało przynajmniej 18 miesięcy bez przerwy. To samo dotyczy mężczyzny, który żył w konkubinacie z kobietą, zmarłą skutkiem wypadku.

Środków finansowych dostarczają tylko pracodawcy. Wysokość składki zależy od stopnia niebezpieczeństwa. Zakłady pracy podlegają zaliczeniu do klas niebezpieczeństwa. Ubezpieczenie marynarzy od wypadków regulują oddzielne przepisy. Pracodawcy mają obowiązek zgłoszenia swych zakładów pracy. Ustalenie wysokości składki następuje na podstawie danych, dostarczonych przez gminę i komendę policji. Zaniedbanie zgłoszenia nie ma wpływu na uprawnienia ubezpieczonych, ale podlega karom porządkowym.

Przedsiębiorca jest obowiązany donieść policji lub zarządowi gminnemu natychmiast, najdalej jednak w ciągu dwu miesięcy o każdym wypadku, który przypuszczalnie pociągnie za sobą wypłatę odszkodowania. Komendant policji stwierdza, czy wypadek uzasadnia roszczenie odszkodowania i skierowuje doniesienie wraz z innymi niezbędnymi załącznikami do Zakładu ubezpieczeń — po ewentualnym przeprowadzeniu dodatkowych dochodzeń co do stanu faktycznego. Jest on obowiązany przeprowadzić również dochodzenie sądowe w wypadku, jeśli wypadek został spowodowany przez niedbalstwo lub przez niedostateczne wyposażenie ochronne.

Zakład ustala odszkodowanie. W wypadku zranienia ustala się odszkodowanie tymczasowo w formie zasiłku pieniężnego, aż do zakończenia leczenia i odzyskania przez ранego zdolności do pracy, wzgl. do chwili, w której można ustalić stopień zmniejszenia zdolności do pracy. Powzięcie w tej mierze ostatecznej decyzji może być odroczone do końca rocznego okresu czasu od chwili wypadku, o ile lekarz uważa takie odroczenie za konieczne.

Jeżeli ubezpieczonemu przysługuje w związku z wypadkiem również roszczenie z tytułu ubezpieczenia cho-

rowego, musi odstąpić swoją pretensję Zakładowi ubezpieczeń w granicach swego roszczenia odszkodowawczego z tytułu wypadku.

Administrację ubezpieczenia od wypadków sprawuje Krajowy Zakład Ubezpieczeń, który administruje równocześnie ubezpieczeniem na wypadek inwalidztwa i starości. Ubezpieczenie wypadkowe stanowi oddzielny dział z odrębną rachunkowością. Działy ubezpieczeń nie odpowiadają wzajemnie za zobowiązania.

Przydział zakładów pracy do poszczególnych klas niebezpieczeństwa i wymiar składek należy do kompetencji wydziału, złożonego z pięciu osób, wybranych zśród ubezpieczonych przedsiębiorców.

Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i starości.

Każdy zamieszkały w kraju wzgl. zatrudniony na statku islandzkim obywatel Islandii podlega ubezpieczeniu. Obowiązek ubezpieczenia rozpoczyna się z ukończeniem 16 lat życia i trwa do 67 roku życia.

W obrębie tych granic wieku ubezpieczeni mają prawo do renty inwalidzkiej; inwalidą w rozumieniu ustawy staje się ten, kto nie jest w możności zarobić *połowę* tego, co zarabiają w danym okręgu normalnie inne osoby, zdrowe psychicznie i fizycznie. Oczywiście chodzi o pracę, jaką może ubezpieczony wykonywać stosownie do swych sił i wiadomości zawodowych i której można się domagać od niego w uwzględnieniu przygotowania i uprzedniego zatrudnienia.

Wypłata renty starczej rozpoczyna się z ukończeniem 67 roku życia. Ubezpieczony, który nie korzysta z opieki społecznej wzgl. nie pobiera z tego tytułu żadnego zasiłku, może odraczać co roku wypłatę renty. W takim przypadku podwyższa się kwotę roczną renty następująco:

Ubezpieczony w wieku: otrzymuje rentę zwiększoną o:

68 lat	13%
69 "	30%
70 "	50%
71 " i powyżej	75%.

Zakład ubezpieczeń może — dla zapobieżenia inwalidztwu ubezpieczonych obu płci — wydawać potrzebne zarządzenia, w szczególności zalecać odpowiedni rodzaj pracy, udzielać stosowne leczenie, pouczać i dopomagać w używaniu bandaży, protez, szkieł, wózków dla chorych i innych aparatów, jeżeli zachodzi obawa, że zaniedbania w tej mierze mogą wywołać w krótkim przeciągu czasu wybitne zmniejszenie zdolności do pracy. To samo dotyczy osób, które już stały się inwalidami, jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo, że takie zabiegi przywrócą zdolność do pracy wzgl. wybitnie ją zwiększą. Jeżeli ubezpieczony lub rencista nie chce poddać się zarządzeniom Zakładu, wtedy Zakład może orzec, że zainteresowany traci na skutek swego oporu, w całości lub w części, prawa do renty. Przed powzięciem takiej decyzji Zakład musi pouczyć zainteresowanego o skutkach takiego wzbierania się. Nikt nie ma obowiązku poddawać się zabiegom, zagrażającym życiu.

Zakład ubezpieczeń może również zadecydować udzielenie pomocy ubezpieczonym wzgl. rencistom w celu pogłębienia ich teoretycznego wzgl. praktycznego wykształcenia i ułatwienia w ten sposób samoistnego zarobkowania, dalej w celu zakupu maszyn i narzędzi, po-

trzebnych do pracy; Zakład może również udzielać poparcia przy poszukiwaniu pracy.

Dochody uwzględniane przy wymiarze renty oblicza się następująco:

1) Do rocznego dochodu wlicza się wszystko, co zainteresowany zarobił wzgl. otrzymał w uprzednim roku kalendarzowym, jednakże nie uwzględnia się zarobków z osobistej pracy do wysokości 30% pełnej renty rocznej. Poza zarobkiem uwzględnia się ewentualne zasiłki ze środków publicznych, pensje i dochody z majątku.

2) Jeżeli z dwojga, pozostających w małżeńskiej wspólnocie, małżonków jednemu tylko przysługuje roszczenie o rentę inwalidzką, to uwzględnia się jego dochody oraz *połowę* dochodów obojga.

3) Ustalony w powyższy sposób dochód roczny dzieli się przez 10, przy czym resztówki poniżej 5 koron pozostają nieuwzględnione, zaś kwoty między 5 — 10 koronami zaokrągla się w górę na 10 koron. Uzyskana w ten sposób kwota podlega uwzględnieniu przy wymiarze renty.

Wyplata pełnej renty starczej wzgl. inwalidzkiej jest uzależniona od okoliczności, czy innego rodzaju dochody uprawnionego nie przekraczają *jednej trzeciej* rocznej kwoty renty. Jeżeli inne dochody są istotnie wyższe, w takim przypadku potrąca się z renty 60% kwoty, o którą te dochody przewyższają jedną trzecią pełnej renty.

Renty inwalidzkie i starcze wypłaca się ze specjalnego funduszu rentowego, na który składają się bieżące składki i ew. majątek istniejących uprzednio zawodowych kas dla urzędników i nauczycieli.

Każdy ubezpieczony bez różnicy płci opłaca roczną składkę do funduszu rentowego. Składka składa się z kwoty stałej i kwoty zmiennej.

Kwota stała wynosi 7 koron dla ubezpieczonych, mieszkających w miastach handlowych, 6 koron dla ubezpieczonych, zamieszkałych w miejscowościach targowych, liczących ponad 300 mieszkańców i 5 koron dla osób, zamieszkałych w pozostałych miejscowościach. Kwota zmienna wynosi 1% od opodatkowanego dochodu rocznego. Ubezpieczeni mogą opłacać kwotę stałą zgóry za cały okres ubezpieczenia, wzgl. za jego część według obliczeń, ustalonych przez Zakład ubezpieczeń, przy czym uzyskują pewną bonifikatę.

Renciści, osoby, korzystające z zasiłków opieki społecznej i więźniowie nie opłacają składek. Poboru składek dokonuje policja. Inkasenci otrzymują za czynności bierze bonifikatę 2% własnych składek. Kwotę zmienną składki pobiera się wraz z podatkiem dochodowym i majątkowym. Za osoby, korzystające stale z opieki społecznej, opłacają składki gminy. Co roku na 1 lutego ustalają gminy spisy mieszkańców i przekazują je władzom skarbowym, które ze swej strony ustalają, kto ma być zwolniony od opłacania składek. Następnie przekazuje się spisy mieszkańców policji, która wykłada je do publicznego wglądu; zażalenia z powodu usterek w spisach wnoszą zainteresowani zgodnie z przepisami, obowiązującymi przy sprawach podatkowych.

Utworzone w dawniejszych latach specjalne fundusze rentowe dla urzędników i nauczycieli pozostają w administracji Zakładu ubezpieczeń, przy czym prowadzi się dla każdego z nich oddzielną rachunkowość. Obowiązek opłacania składek do tych funduszy istnieje dla urzędników i nauczycieli, o ile poszczególni z nich, w chwili wejścia w życie nowej ustawy, nie liczyli jeszcze 40 lat życia, i nie zdecydowali się na zaprzestanie opła-

ciania składek. Te osoby podlegają ogólnemu ubezpieczeniu. Zapisane na ich dobro w funduszu specjalnym składki podlegają zwrotowi bez oprocentowania. Urzędnicy i nauczyciele, przyjmowani do służby po wejściu w życie nowej ustawy, podlegają ogólnemu ubezpieczeniu, chyba, że liczą ponad 40 lat życia i decydują się na przynależność do specjalnego funduszu.

Ubezpieczenie na wypadek braku pracy.

Islandzkie ubezpieczenie na wypadek braku pracy opiera się na wzorze gandawskim. Poszczególne związki pracownicze mogą być pod pewnymi warunkami uznane w drodze rozporządzenia ministerialnego za instytucje ubezpieczenia na wypadek braku pracy jeżeli założą dla swych członków fundusze ubezpieczeniowe na wypadek braku pracy i stwierdzą, że celem utworzonego funduszu jest zabezpieczenie członków związku przeciw bezpośredniemu bezrobociu. Warunki, uzależniające możliwość uznania są dosyć surowe. Kasy ubezpieczenia na wypadek braku pracy podlegają nadzorowi ministerstwa gospodarki. Wewnętrzna ich administracja jest nadzorowaną również przez Zakład ubezpieczeń. Osoby zamożne, a to samotne, o dochodzie przekraczającym 5.000 koron i małżeństwa, których dochód przekracza 10.000 koron, dalej osoby w wieku poniżej 15, wzgl. powyżej 67 lat, nie mogą należeć do tego rodzaju kas ubezpieczeniowych. Poza tym kasy nie mogą stosować innych ograniczeń co do przyjmowania członków. Wysokość składki, opłacanej przez członków, ustala statut. Zasoby finansowe winny być składane w kasach oszczędności za stosownym oprocentowaniem i przy zapewnieniu możliwości użycia ich każdej chwili.

Statut ustala wysokość świadczeń, z tym, że zasiłki nie mogą przekraczać trzech piątych normalnych zarobków. Dopiero po sześciomiesięcznym opłaceniu składek można zgłaszać roszczenie o zasiłek. Statut może przewidywać dla poszczególnych zawodów różne okresy oczekiwania. Osoby stanu wolnego nie mają prawa do zasiłków, z wyjątkiem miesięcy grudnia i stycznia, chyba, że zachodzą szczególne warunki i ministerstwo wyrazi zgodę. Zasiłków nie wolno wypłacać z okazji strejków, lub w wypadku zawnionej utraty zajęcia wzgl. w wypadku nieprzyjęcia zaoferowanej pracy.

Skarb Państwa i gminy dopłacają od siebie pewne kwoty, które w sumie nie mogą przekraczać rocznie 6 koron na ubezpieczonego.

Podmiotem ubezpieczenia od wypadków, inwalidzkiego i starczego jest Krajowy Zakład Ubezpieczeń z siedzibą w Reykjavik. Zakład prowadzi administrację każdego ubezpieczenia oddzielnie. Rząd sprawuje nadzór nad czynnościami Zakładu, wydaje rozporządzenia wykonawcze do ustawy, mianuje dyrektora, lekarza głównego, kierowników oddziałów, a w wypadku, gdy dyrektor nie jest sam fachowcem ubezpieczeniowym — ustanawia na jego wniosek urzędnika — specjalistę. Dyrektor kieruje Zakładem, podejmuje decyzje na wnioski właściwych kierowników działów i odpowiada osobiście za powzięte decyzje i zarządzenia.

Rząd wyznacza radę ubezpieczeniową złożoną z trzech osób, z których jedna musi być prawnikiem, a jedna ekonomistą lub fachowcem ubezpieczeniowym. Członkowie rady otrzymują za swe czynności wynagrodzenie, ustalone przez rząd. Przeciwno decyzjom i zarządzeniom Zakładu można wnosić zażalenia do rady ubezpiecze-

niowej. Rada winna powziąć decyzję w ciągu 14 dni od dnia otrzymania zażalenia. Strona niezadowolona z decyzji rady może wnieść sprawę do sądu. Rada ubezpieczeniowa ma swobodny dostęp do ksiąg i akt Zakładu i czuwa nad zgodnością działalności Zakładu z ustawą i rozporządzeniami wykonawczymi.

Działalność finansowa Zakładu podlega kontroli na równi z działalnością finansową państwa i jego zakładów.

Poszczególni ubezpieczeni — poza obowiązkiem opłacania własnych składek — odpowiadają za składki osób trzecich w następujących wypadkach:

1) Małżonkowie są wzajemnie i solidarnie odpowiedzialni za składki obu stron, jak długo małżeństwo nie zostało prawnie rozwiązane i o ile mieszkają na terenie tej samej gminy.

2) Rodzice i opiekunowie odpowiadają za składki swych dzieci i wychowanków, o ile zatrudniają ich u siebie, kształcą na własny koszt lub wogóle wykonują opiekę na nimi.

3) Gospodarze opłacają składki za swoją służbę.

4) Rzemieślnicy opłacają składki za swych uczniów i czeladników.

5) Przemysłowcy opłacają składki za swych stałe zatrudnionych pracowników.

Jeżeli członek kasy bezrobocia wystawi kasie za swoją składkę przekaz na niewypłacony jeszcze zarobek, wtedy pracodawca jest obowiązany do honorowania przekazu, jeżeli został dość wcześniej przed wypłatą wynagrodzenia zawiadomiony o przekazie. To samo dotyczy przekazów za składki ubezpieczenia chorobowego i rentowego.

Osoby, obowiązane do opłacania składek za inne, mogą potrącać składki z zarobków zainteresowanych.

Nabycie lub zastawienie roszczeń odszkodowawczych, rentowych lub zasiłkowych na wypadek braku pracy jest prawnie niedopuszczalne. Roszczenia te nie podlegają również zajęciu, wzgl. egzekucji. Wierzyciele masy spadkowej lub upadłościowej nie mają prawa domagać się zaspokojenia swych pretensyj z roszczeń ubezpieczeniowych.

(Ortskrankenkasse, Nr 7/1938).

KONGRES SŁUŻBY ZDROWIA PUBLICZNEGO W W. BRYTANII.

W dniach 14 — 19 listopada 1938 obradował w Londynie Kongres Służby Zdrowia Publicznego, przy licznych udziałach delegatów Min. Zdrowia i władz samorządowych Wielkiej Brytanii.

Na pokazie, połączonym z kongresem służby zdrowia, zaprezentowano najnowocześniejsze urządzone szkolne kliniki dentystyczne, wychodząc z założenia, iż zdrowe zęby odgrywają ważką rolę w utrzymaniu w dobrym stanie całego organizmu. Wystawa zobrazowała również zdobycze techniczne w dziedzinie organizacji podróży klinik (travelling Clinics) i podjętej obecnie w Wielkiej Brytanii akcji na polu wzmożonej walki z rakiem, porywającym w Anglii przeszło 70 tysięcy ofiar rocznie.

Min. Zdrowia Walter Elliot, jako przewodniczący Kongresu Służby Zdrowia Publicznego, zwrócił uwagę w przemówieniu powitalnym na konieczność wszechstronnego zastosowania zdobyczy wiedzy dla potrzeb zdrowotnych najszerzych mas. Rząd podjął obecnie kroki w celu zbudowania w Anglii nowych klinik dla leczenia nowotworów i rokuje o nabycie radu wartości 14 milionów zło-

tych (500 tys. funtów) z myślą udostępnienia środka leczniczego dla każdego obywatela, cierpiącego na wspomnianą chorobę. Rząd zamierza przedłożyć wkrótce odpowiedni projekt ustawy w Izbie Gmin w sprawie podjęcia ogólnopństwowej walki z rakiem.

Kongres Służby Zdrowia poruszył obszernie, w ramach aktualnego problemu obrony przeciwlotniczej, zagadnienie należytego zabezpieczenia rezerwuarów wodnych i wodociągów przed zatruciem gazami, lub zniszczeniami w drodze ataków bombowych. W opinii uczestników kongresu, możliwości zatrucia wody do picia, w wielkich skupiskach ludności, w drodze bezpośrednich ataków powietrznych, przy użyciu bakcyli chorobotwórczych są na ogół nikłe, natomiast o wiele niebezpieczniejszą — zdaniem ekspertów — byłaby, poważnie brana w rachubę, możliwość akcji sabotażowej, zarówno w drodze użycia trujących chemikaliów, jak i bakcyli chorobotwórczych. Kongres stanął na stanowisku, iż rezerwuarów wodnych nie można ukryć i że dlatego należy w porę wypracować nowy system zabezpieczenia wody przed zatruciem drogą ataku powietrznego, lub działania sabotażowego. M. i. planowane jest pogaśzenie wszelkich świateł zewnętrznych w zabudowaniach dookoła rezerwuarów wodnych, tak by nie mogły zostać dostrzeżone z powietrza przez samoloty bombowe.

Stołeczna Rada Wodna dostarcza z Tamizy wody dla ośmiu milionów mieszkańców stolicy Anglii, przeciętnie po 37 galonów wody na osobę dziennie. Zapasy przechowywanej wody surowej wynoszą obecnie ponad 19 i pół miliarda galonów, co stwarza „rezerwę wodną” stolicy na okres 68 dni.

Niemal do końca XIX-go wieku dostarczały wodę mieszkańcom Londynu liczne prywatne kompanie, a od chwili ich przejęcia przez Stołeczna Radę Wodną, rezerwuary niefiltrowanej wody wzrosły z 4 miliardów do przeszło 19-tu miliardów galonów.

W dalszym ciągu narad, rozważył Kongres Służby Zdrowia Publicznego trzy możliwości zakażenia rezerwuarów i zbiorników wody w wielkich skupiskach ludności miejskiej: trującymi chemikaliami, gazami i bakteriami. Zakażenie wody — w opinii uczestników kongresu — mogłoby nastąpić przy pomocy płynnych gazów, jak musztardowego i lewisitu, lub przy użyciu dymu arsenikowego. Filtrowe łożyska rezerwuarów wodnych — zdaniem rzeczoznawców — oprą się skutecznie działaniu gazu musztardowego, jako też lewisitu, pozostaje jedynie niebezpieczeństwo działania arseniku w dużym rezerwuarze wodnym. W opinii ekspertów, wróg musiałby użyć wielkiej ilości gazowych bomb, wytwarzających dym arsenikowy, by zakazić wodę w wielkim mieście. Podobnie również przedstawiałyby się sprawa z małymi zbiornikami wody, bez odpowiednich łożysk filtrowych, gaz musztardowy opadłby na dno, poniżej poziomu ujścia, za wyjątkiem nieznacznych ilości, któreby uległy zniszczeniu w drodze hydrolizy. Nawet w wypadku przedostania się drobnych ilości gazu przez ujście, stałyby się one nieszkodliwe zanim rurą wodociagową dotarłyby do ludności. O ile by zaś bomba, zawierająca lewisyt, lub dym arsenikowy, wpadła do małego rezerwuaru, to woda poddana zostałaby badaniu, czy zawiera arsenik i o ile zaszłaby potrzeba, uległaby odczyszczeniu chemicznemu.

Uczestnicy kongresu służby zdrowia zwrócili uwagę, iż gaz musztardowy jest cięższy od wody i że podczas skutecznego ataku, jeden samolot mógłby zrzucić ze swe-

go pokładu 40 bomb zawierających wspomniany gaz. Z chwilą zaś zniszczenia rezerwuaru wodnego w ataku lotniczym, zachodzi obawa zalewu niżej położonych połaci miasta. Rzucono między innymi myśl na kongresie, by już obecnie władze samorządowe przystąpiły do sporządzania map tych terenów, którym najwięcej zagrażałoby niebezpieczeństwo zalewu z chwilą uszkodzenia rezerwuarów wodnych.

Szereg referatów na Kongresie Zdrowia Publicznego poświęcono walce z epidemiami na przestrzeni ostatniego stulecia. I tak w Londynie wybuch epidemii cholery w latach 1848 — 9, zrodził żądania przeprowadzenia licznych reform w dziedzinie urządzeń sanitarnych nie tylko w stolicy, lecz we wszystkich większych miastach w całym kraju.

Kongres Zdrowia Publicznego zajął się również problemem zabezpieczenia szpitali, a zwłaszcza zakładów umysłowo chorych, przed następstwami ataków lotniczych. W opinii ekspertów schrony przeciwbombowe okażą się całkiem niepraktyczne dla zakładów obłąkanych. Niektóre wielkie szpitale na prowincji i na bezpośrednim szlaku powietrznym między Londynem i kontynentem, zorganizowały sobie szpitalną straż pożarną do gaszenia ognia, w razie eksplozji bomb, otrzymały bowiem ostrzeżenie, iż nie mogą liczyć na pomoc lokalnej miejskiej straży, która w razie konfliktu będzie przeciążona pracą gdzieindziej.

Przy użyciu wielkiej mapy, szpitale podzielone zostały na strefy strategiczne i główne kwatery przy równoczesnym zorganizowaniu brygady kurierów na rowerach w celu rozwożenia depesz i wiadomości, w wypadku zniszczenia przewodów i komunikacji telefonicznej.

Dla służby szpitalnej zorganizowano w miesiącach jesiennych i zimowych cykl wykładów poświęconych indywidualnej i zbiorowej obronie w wypadku ataku powietrznego, oraz niesieniu pomocy rannym i zatrutym.

Na wystawie eksponatów, przy Kongresie Służby Zdrowia, zaprezentowano m. i. nowe typy ruchomych schronów przeciwgazowych, stroje ochronne dla pracowników biorących udział w akcji obrony przeciwlotniczej, specjalne instalacje światła w szpitalach i schronach w wypadku zniszczenia normalnego oświetlenia.

Nowy typ baterii, skonstruowanej ze stali, oddać może duże usługi w razie potrzeby na sali operacyjnej szpitala, zaś zaprezentowany na pokazie przenośny schron przeciwgazowy, zbudować można na otwartej drodze, lub jakimkolwiek miejscu, w razie potrzeby, w ciągu sześciu godzin. Schron może objąć 28 osób.

W związku z oczyszczaniem wody do picia i wody w publicznych basenach pływackich, zademonstrowany został na Kongresie Zdrowia Publicznego przyrząd pod nazwą chlorograf, który automatycznie i ciągle rejestruje ilość chloru wpuszczonego do wody. Angielskie Ministerstwo Zdrowia wydało polecenie, by w całym kraju w basenach i pływalniach, jako też wszędzie tam, gdzie wodę poddaje się oczyszczaniu, notowano dokładnie dawki wpuszczonego chloru. Uczestnicy kongresu podkreślali, iż przeprowadzone ostatnio w wielu miejskich pływalniach liczne badania bakteriologiczne i chemiczne, wykazały, iż baseny odpowiadają wszelkim wymogom nowoczesnej higieny i zapewniają zupełne bezpieczeństwo przed zakażeniem.

W sekcji tej odbyły się również, pod kierunkiem technicznych ekspertów, interesujące pokazy zabezpieczenia zdrowia publicznego w drodze sterylizacji wody do picia i zniszczenia przy pomocy chloru szybko i tanio

bakcyli chorobotwórczych. Zademonstrowano również nowy typ higienicznych studni z wodą do picia w szkołach, parkach miejskich, szpitalach i basenach pływackich.

Higieniczna studnia, zaprezentowana na kongresie i pokazie Służby Zdrowia, zabezpiecza każdego przed zarazkami chorób i ma znaleźć szerokie zastosowanie w miejskich parkach i centrach zdrowia Wielkiej Brytanii.

L. CH.

LONDYŃSKA SESJA EGZEKUTYWY MIĘDZY- NARODOWEGO BIURA PRACY POD ZNAKIEM MIĘDZ. ROBÓT PUBLICZNYCH.

Na zaproszenie rządu angielskiego obradowała w Londynie w Burlington House od 25 do 27 października 1938 egzekutywa Międzynarodowego Biura Pracy, złożona z 16 delegatów rządowych oraz przedstawicieli organizacji pracodawców i zrzeszeń pracowniczych po 3 z każdej grupy. The International Labour Office (ILO) uchodzi za produkt brytyjski, albowiem w Londynie zrodził się w 1918 roku pomysł powołania do życia Międzynarodowej Organizacji Pracy.

85 sesja egzekutywy Międzyn. Biura Pracy zgromadziła nad Tamizą w salach konferencyjnych „Burlington House” czołowych delegatów rządowych, jakoteż przedstawicieli świata kapitału i pracy z krajów europejskich i zamorskich. Polskę reprezentował stały delegat rządu polskiego akredytowany przy Lidze Narodów i Międzyn. Biurze Pracy min. Tytus Komarnicki, dyr. Centralnego Związku Polskich Przemysłowców M. Szydłowski z ramienia pracodawców, oraz przedstawiciele Min. Opieki Społ. w osobach radcy Horszowskiego i naczelnika J. Zagrodzkiego.

W plejadzie wybitnych ekspertów biorących udział w sesji londyńskiej Między. Biura pracy, zwracała uwagę obecność amerykańskiego Komisarza Pracy z Genewy C. Goodrich'a, delegata rządowego Francji w osobie senatora J. Godarta, i delegata Norwegii w osobie prezesa Najwyższego Sądu P. Berga. Hiszpania przysłała do Londynu dwu delegatów: b. premiera Largo Cabarello i E. Ribas'a. Z czołowych przedstawicieli świata pracy zwracała m. i. uwagę delegat Holandii E. Kupers, reprezentujący federacje holenderskie związków zawodowych.

Delegat rządowy Norwegii P. Berg wybrany został przewodniczącym egzekutywy Międzyn. Biura Pracy w miejsce Anglika Leggetta, naczelnika departamentu stosunków przemysłowych w brytyjskim Min. Pracy.

Sesja londyńska poświęcona została głównie zagadnieniu międzynarodowych robót publicznych. Odpowiedni materiał przygotowała specjalna komisja, w której Polskę reprezentował podsekretarz stanu Min. Opieki Społ. W. Jastrzębski. Komisja z udziałem przedstawicieli 25 państw, opracowała swe obszernie sprawozdanie na sesjach w Genewie w lecie ubiegłego roku, klasyfikując roboty publiczne w zależności od rodzaju pracy (drogi, linie kolejowe, kanały, lotniska, roboty leśne etc.).

Obecnie chodzi o to, by wszelkie roboty podjęte, lub finansowane z funduszków publicznych, zarezerwować — w miarę możliwości — na okres depresji, jako „klapę bezpieczeństwa” przed silnym wzrostem bezrobocia. Zarezerwowane roboty publiczne wchłonać mają — ilekroć zajdzie po temu istotna potrzeba — masy pracownicze, które postradają zatrudnienie na skutek zamarcia inicja-

tywy prywatnej. Szczególny nacisk położono w obradach egzekutywy Międz. Biura Pracy na konieczność planowania z góry i koordynacji należytej międzynarodowych robót publicznych, i to już w okresie dobrej koniunktury gospodarczej w państwach przynależnych do M. B. P. Wszystkie rządy przeprowadzać mają w swoim rodzaju doroczny inwentarz swych podjętych lub zamierzonych robót publicznych, w celu zwalczania w porę depresji ekonomicznej i zasilac odpowiednimi informacjami Międz. Biuro Pracy. Egzekutywa M. B. P. zaleca odkładanie w okresie dobrobytu specjalnych sum w budżetach krajowych dla umożliwienia — z chwilą ukazania się oznak depresji — podjęcia robót publicznych przy ściślejszej współpracy międzynarodowej. Stała komisja międzynarodowa robót publicznych zbiera wszelkie informacje dotyczące organizacji, czasu i geograficznego rozdzielania zamierzonych lub planowanych robót publicznych, jako też metod ich sfinansowania i oczekiwanych dochodów po ukończeniu robót, wreszcie szczegółów dotyczących liczby osób, które przy tym znajdują zatrudnienie, i ich wynagrodzenia.

Jak z powyższego wynika, Międzyn. Biuro Pracy opracowało na szeroką skalę zakrojony plan skoordynowania robót publicznych wszystkich państw-członków M. B. P. Pod rozważę brany jest przy tym plan szwedzki przeciwdziałania w porę załamaniu się koniunktury gospodarczej w drodze stworzenia rezerwowych robót publicznych, zanim bezrobocie da się znowu we znaki i przybierze poważniejsze rozmiary.

Sesja londyńska egzekutywy Międzyn. Biura Pracy poświęciła również wiele uwagi socjalnym problemom w poszczególnych przemysłach, z myślą przeprowadzenia pożytecznych reform. Odpowiednie komisje techniczne, również z udziałem delegata rządowego i przedstawicieli pracodawców i robotników, rozważają nasuwające się problemy poszczególnych przemysłów. Tu warto nadmienić, iż w ubiegłym roku prez. Roosevelt zwrócił się do Międz. Biura Pracy, by zwołało tego rodzaju naradę techniczną przedstawicieli przemysłu tekstylnego do Waszyngtonu, w celu zbadania panujących w tym przemyśle stosunków i zaopiniować, czy można zastosować 40-godzinny tydzień pracy. Okazało się, iż praca komisji technicznej w Waszyngtonie, z inicjatywy M. B. P., była nader pomyślną i przyspieszyła zawarcie konwencji o 40-godzinnym tygodniu pracy w przemyśle tekstylnym.

Przypomnieć również należy, iż na życzenie Stanów Zjednoczonych jedna z komisji Międzyn. Biura Pracy sporządziła sprawozdanie — studium poświęcone złemu traktowaniu starszych pracowników w przemysłach. Raporty stałych komisji M. B. P. stanowiły podstawę i obfity materiał, którym zajęła się 85 sesja w Londynie.

Międzyn. Biuro Pracy zajęło się również rozpatrzeniem obszernego sprawozdania specjalnej komisji, która od dłuższego czasu opracowywała zalecenia w sprawie pożytecznego wykorzystania urlopów i okresów wypoczynkowych pracowników. Tu nadmienić warto, iż w W. Brytanii braną jest w rachubę myśl powołania do życia ministerstwa dla spraw racjonalnego wypoczynku i umiętego zużycia wolnego czasu pracowników umysłowych i fizycznych.

Londyńska sesja egzekutywy Międzyn. Biura Pracy — jak zaznaczył w swym przemówieniu do delegatów

— angielski min. pracy E. Brown, miała i posiada charakter przemysłowej i społecznej Ligi Narodów, która wie dzie miliony ludzi naprzód ku uzyskaniu lepszych warunków życia.

L. CH.

OPIEKA NAD MŁODZIEŻĄ BEZROBOTNĄ W DANII.

Trudno dziś znaleźć kraj, w którym — po doświadczeniach ostatnich lat — nie utrwaliby się przekonanie, że opieka nad młodzieżą bezrobotną jest problemem pałacym, a jej zaniedbanie wywołuje groźne i daleko w przyszłość sięgające skutki natury psychicznej i społecznej.

Wśród krajów o aktywnym ustosunkowaniu do sprawy bezrobocia młodzieży wymienić należy w pierwszym rzędzie Danię. Tendencje profilaktyczne, przenikające ustawodawstwo społeczne, znalazły wyraz w ustawie z 1933 r. (i jej dalszych uzupełnieniach), która miała na celu „przeciwdziałanie zmniejszaniu się zdolności i ochoty do pracy, które następują skutkiem długotrwałego bezrobocia”.

Na mocy tych przepisów — gminy i organizacje społeczne mogą prowadzić akcję opieki nad młodymi bezrobotnymi w wieku od 18 do 22 lat. Zajęcia dla nich organizowane muszą łączyć w sobie 3 elementy: pracę fizyczną, naukę i sport. Prace młodzieży powinny być pożyteczne, lecz wolno je podejmować tylko poza ramami przewidzianego planu robót publicznych, aby nie odbierać pracy innym robotnikom. Zalecone przez ustawę roboty można podzielić na 3 grupy: 1) inwestycyjne różnego typu, 2) roboty zmierzające do podniesienia poziomu życia samych bezrobotnych, 3) wszelkie poczynania wiążące się z zainteresowaniami wieku młodzieńczego (boiska sportowe, tory saneczkowe itd.). Z góry zastrze ga się, że bezrobotny nie ma prawa do zysku, przeto uczestnicy akcji, w czasie 2 — 4 miesięcy swego udziału w robotach zbiorowych, otrzymywać mogą — poza utrzymaniem i mieszkaniem — tylko niewielkie wynagrodzenie na konieczne wydatki.

Ministerstwo Opieki Społecznej pokrywa koszt zatrudnienia każdego objętego opieką bezrobotnego, udziela poza tym subwencji na urządzenia, inwentarz i narzędzia oraz czuwa nad innymi ułatwieniami dla bezrobotnych (wypożyczanie baraków, kocy itp.).

Sprawozdanie z 1934/35 r. mówi nam o realizacji wyżej nakreślonych zamierzeń ustawowych. Okazuje się, że w akcji wzięło udział 37 instytucji: zarówno gmin większych miast prowincjonalnych jak organizacji robotniczo-oświatowych czy sportowych. Zajęcia, wśród których przeważały roboty ziemne, a następnie budowlane rozplanowano w ten sposób, iż przez 3 — 4 godz. obowiązywała młodych uczestników — praca fizyczna, nieco mniej czasu zajmowała nauka, a sport 1 — 2 godziny.

Doświadczenia z pierwszych lat akcji zatrudnienia młodzieży dały tak dobre wyniki, że podjęto starania o przedłużenie ważności ustawy i podwyższenie subsydium do 4 milj. koron. Inicjatywa ta została zrealizowana w ustawie z 1935 r. Opieka nad młodzieżą bezrobotną zyskała dzięki temu podstawy finansowe i prawne, umożliwiające akcję na dłuższy czas, co ma znaczenie we wszelkiej planowej działalności społecznej.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

Gruźlica płuc i opłucnej — w opracowaniu Dra med Naftalego Rotha. Tom. I. Stanisławów, 1938 r.

W sierpniu 1938 r. książkę pod powyższym tytułem przesłał p. dr Naftali Roth, specjalista chorób płuc i serca w Stanisławowie — do redakcji Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych z prośbą o zamieszczenie recenzji o tej książce w Przeglądzie Ub. Społ. Pismem z dnia 21.X.1938 r. prosił „o łaskawe przyspieszenie opracowania i umieszczenia recenzji tej książki”, zapowiadając że „w jesieni 1938 r. rozpoczyna druk II-go tomu p. t. „Walka Społeczna z gruźlicą w krajach cywilizowanych”. W cytowanym piśmie informuje również, że książkę jego można nabyć zarówno w Stanisławowie jak i we wszystkich księgarniach w miastach uniwersyteckich.

Na skutek tego argumentu, redakcja PUS przesłała mi powyższą książkę, z prośbą o napisanie oceny.

Z konieczności więc przeczytałem tę książkę, porobiłem sobie zapiski i zamierzałem się zabrać do napisania oceny, gdy spotkałem się w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskiej Nr 1/39 str. 19, z ogłoszonym listem p. prof. dra Witolda Orłowskiego, który informuje, że powyższa książka autora w „Słowie wstępnym” zawiera podziękowanie dla niego jako dyrektora II kliniki chorób wewnętrznych U. J. P. „za łaskawe przejrzanie książki”. Otóż p. prof. dr. W. Orłowski wyjaśnia, że rękopis tej książki przesłał p. dr. N. Roth do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego z prośbą o wydanie i wydrukowanie opinii.

Rękopis został przez Związek przekazany jemu jako ówczesnemu przewodniczącemu Komisji Naukowej Związku. Po przeczytaniu tego rękopisu przez wszystkich członków, komisja oceniła jednomyślnie złożoną przez dra N. Rotha pracę ujemnie, wobec czego Związek nie podjął się ani drukowania ani napisania przedmowy i zwrócił rękopis autorowi.

Po ukazaniu się książki, pisze prof. dr Orłowski, że wspólnie z drem Rudzkim St., któremu też dr N. Roth dziękuje w „Słowie wstępnym”, zwracali się do niego o wycofanie o nich wzmianki w „Słowie wstępnym”. Mimo to, dr Roth nie uczynił zadość ich prośbie, wobec czego prof. dr Orłowski tą drogą informuje ogół lekarski, aby nie był wprowadzony w błąd.

Równocześnie radzi prof. dr Orłowski twórcy tej książki, p. dr Naftalemu Rothowi, aby przeczytał i zastanowił się nad „Refleksjami czytelnika — zamiast oceny” pióra dra mjr. Michała Telatyckiego zamieszczonego w miesięczniku „Lekarz Wojskowy” Tom XXXII. Nr 6/38 r. str. 762 — 766”.

Otóż dr Telatycki pisze, że ze zdumieniem przeczytał dużą płachtę papierową, rozsyłaną w celach reklamowych, prawdopodobnie przez autora (gdyż nazwisko nakładcy i wydawcy zostało wstydliwie pominięte), z zawiadomieniem o ukazaniu się z niecierpliwością oczekiwaną przez ogół lekarski pierwszej polskiej książki o gruźlicy, opracowanej przez dra Naftalego Rotha, która ma stanowić niezastąpiony poradnik dla lekarzy ogólnopraktykujących a także lekarzy specjalistów phtyzjologów itp.

W dalszym ciągu swojego artykułu stwierdza dr Telatycki, że mimo tej szumnej reklamy o twórcy tego wiekopomnego dzieła — twórcą ten w osobie dra N. Rotha, pragnący uczyć polskich specjalistów lekarzy, nie przeczytał nawet polskiego piśmiennictwa.

Na 50 stronach swojej książki przytacza bowiem źródła piśmiennicze a wśród nich cytuje zaledwie kilka nazwisk polskich, mimo, że w języku tym ukazało się sporo prac z zakresu gruźlicy płuc i opłucnej.

Zdaniem dra Telatyckiego. książka dra N. Rotha jako całość „nie zasługuje na żadną wzmiankę”.

Wymaga ona jednak wg niego jak najostrejszego napiętnowania, gdy chodzi o język polski, gdyż uważa, że obowiązkiem Polaka, dbającego o czystość mowy ojczystej, jest zaprotestowanie jak najgorętsze, albowiem użyty w książce dra N. Rotha język i styl, przeładowany jest germanizmami i nie jest nawet zbliżony do stylu języka polskiego.

Na dowód tego przytacza dr Telatycki próbki stylu z książki dra N. Rotha i stwierdza, że książka ta jest napisana tak nieudolnie, jest tak niestarannie skorygowana i zawiera takie dziwolagi stylistyczne, że chcąc to wszystko skorygować, trzeba by napisać pracę o kilkuset stronicach, równą oryginałowi.

W końcu dr Telatycki wyraża ubolewanie, że taki dokument nonszalancji językowej mógł się ukazać w dwudziestolecie nieskrępowanego już przez zaborców szkolnictwa polskiego, i jest przekonany, że nie przyniesie on zaszczytu ani polskiemu piśmiennictwu lekarskiemu ani samemu autorowi.

W słowach, pełnych oburzenia podnosi dr Telatycki, że chyba tylko bezprzykładny tupet natchnął dr N. Rotha do napisania tej książki, bo innych motywów, któreby usprawiedliwiały wydanie takiej kompilacji przez osobę niepowołaną, niekompetentną a co gorsze, nie znającą języka, która uwzięła się uczyć polskich lekarzy ogólnie praktykujących i specjalistów — doszukać się nie można.

Cóż tu mogę dodać jeszcze od siebie? Zamiast recenzji o książce dra N. Rotha dla czytelników P. U. S. — pozwoliłem sobie streścić napisaną o niej ocenę dra Telatyckiego i list prof. dra Orłowskiego.

Uczyniłem to dlatego, aby przestrzec instytucje ubezpieczeń społecznych przed tego rodzaju twórczością, która zrodziła się w „twórczości” p. dra Naftalego Rotha w Stanisławowie, a która zdaniem moim powinna ulec konfiskacie i podzielić los innych podobnych „arcydzieł”, które uległy konfiskacie z polecenia p. premiera dra Sławoj-Składkowskiego, jako kalające polski język i polski dorobek kulturalny.

Tego rodzaju wyczyny ludzi, opanowanych niepohamowaną żądzą wzbogacenia naszej literatury — zdają się wskazywać na konieczność uchwalenia ustawy „o ochronie czystości języka polskiego”, która pozwalałaby chwasty takie bezapelacyjnie niszczyć.

Dr Piotrowski Eugeniusz

PRZEGLĄD CZASOPISM Z ZAKRESU BEZPIECZENSTWA PRACY.

Nr 2 Przeglądu Bezpieczeństwa Pracy poświęcony jest prawie całkowicie opisowi wrażeń, odniesionych przez uczestników wycieczki, zorganizowanej jesienią roku ubiegłego do Niemiec, Belgii i Anglii przez Wzorcownię Urządzeń Ochronnych i Poradnię Bezpieczeństwa Pracy wspólnie z Sekcją bezpieczeństwa pracy Stowarzyszenia Inżynierów Mechaników Polskich. Redakcja „Przeglądu Bez-

pieczeństwa Pracy" wyszła z założenia, że zapoznanie się czytelników z wrażeniami z takiej wycieczki rozszerzy niewątpliwie zakres osób, które z doświadczeń jej odniosą korzyści, a nawet zachęci do podejmowania podróży naukowych należycie przygotowanych uprzednio w kraju.

Cykl artykułów rozpoczyna inż. A. Mazurkiewicz, v.-dyrektor Muzeum Techniki i Przemysłu, kierownik wspomnianej wycieczki, który w zwięzłych zdaniach przedstawia zasadniczy jej cel, organizację, skład osobowy, trudności jakie zważyć musieli organizatorzy w związku z ostrym kryzysem politycznym jaki przechodziła Europa we wrześniu r. ub. (wycieczka trwała od 8-go do 27.X. ub. r.). Zwiedzane objekty podzielono na trzy zasadnicze grupy:

a) organizacje centralne, poświęcone wyłącznie bezpieczeństwu i higienie pracy;

b) organizacje poświęcone innym zagadnieniom, lecz posiadające sekcje i oddziały bezpieczeństwa pracy;

c) objekty przemysłowe.

W ciągu stosunkowo krótkiego czasu trwania wycieczki uczestnicy zwiedzili 17 różnych obiektów w Niemczech. 10 w Anglii i 5 w Belgii. Ponadto, niektórzy zwiedzili warsztaty specjalnie ich interesujące, część zaś wzięła udział w zjeździe p. n. „Praca i Odzież”.

W końcu artykułu autor opisuje życzliwość z jaką spotykali się Polacy na każdym kroku, przytacza wyjątki z listu kierownika angielskiej organizacji, oraz artykuły, które ukazały się w różnych czasopismach angielskich i niemieckich, podające w serdecznym tonie echa pobytu polskich inżynierów.

Drobek niemiecki w dziedzinie organizacji akcji bezpieczeństwa i higieny pracy na terenie zakładów przemysłowych przedstawiają trzy kolejno po sobie następujące artykuły, opisujące w sposób treściwy urządzenia miejsc pracy, odżywiania, pomocy lekarskiej, mieszkań pracowników, inne świadczenia socjalne, organizację pracy i akcji wychowawczej i propagandowej w zakładach Siemensu w Berlinie, I. G. Farbenindustrie w Leverkusen i Henkel et Co w Düsseldorfie. Autor dłużej zatrzymuje się nad organizacją bezpieczeństwa pracy w firmie Henkel, którą uważa za jeden z najlepszych wzorów praktycznego ujęcia całokształtu tego zagadnienia na terenie dużego zakładu przemysłowego. Zakres prac służby bezpieczeństwa pracy podzielony jest tam na trzy działy:

1. Dział organizacyjny, który czuwa nad doborem współpracowników i prowadzi doniesienia o wypadkach, badania wypadków zaszłych przy pracy oraz statystykę.

2. Dział techniczny, który prowadzi kontrolę urządzeń i zabezpieczeń, badanie i kontrolę środków ochronnych, sprawy związane ze zmianami rodzaju produkcji, pod kątem odpowiednich zabezpieczeń.

3. Dział propagandowy, który prowadzi akcję uświadamiającą, organizuje zawody i konkursy z nagrodami, budzi współzawodnictwo pomiędzy wydziałami i jednostkami.

Wydział ogólnofabryczny bezpieczeństwa pracy składa się z inżyniera bezpieczeństwa pracy, podległego bezpośrednio dyrekcji, z majstrów i rady złożonej z 60 t. zw. mężów zaufania wyznaczonych z pośród solidnych robotników.

Cyfry statystyczne i piękne zdjęcia fotograficzne wymownie ilustrują czytelnikowi ogrom prac wykonywanych przez przemysł w dziedzinie ochrony życia i zdrowia pracownika, akcji którą utożsamia się niemal w Niemczech ze zwiększeniem zdolności konkurencyjnej przemysłu nie-

mieckiego na rynkach zagranicznych oraz ze wzrostem potęgi gospodarczej i militarnej Trzeciej Rzeszy.

Dalszy artykuł tego samego autora, omawiający na przykładzie firmy Usine du Bois Manufacturé w La Roue pod Brukselą stan akcji bezpieczeństwa pracy na terenie Belgii, wykazują, że i w dziedzinie produkcji przedmiotów drewnianych, na ogół zainwestowanej dość prymitywnie, odpowiednie i staranne urządzenie zakładu jest opłacalne i zwiększa jego wydajność. Nie ukrywa zresztą autor, że stworzenie celowo pomyślanego bezpiecznego i estetycznego warsztatu pracy zostało podyktowane względami kalkulacyjnymi. Wynika to przede wszystkim z faktu, że w Belgii w przeciwieństwie do Niemiec nie ma przymusu ubezpieczenia od wypadków, a walka z wypadkami prowadzona jest, obok władz inspekcyjnych, przez dwa dobrowolne stowarzyszenia przemysłowców. Artykuł zilustrowany został zdjęciami zabudowań fabrycznych, magazynów, fragmentu hali głównej i t. p.

Angielskie wzory organizacji akcji bezpieczeństwa pracy ilustrują dwa następne artykuły przedstawiające stan bezpieczeństwa i higieny pracy w fabryce cegieł firmy „The London Brick Co” Ltd. w Stewardby i w zakładach A. Herbert Ltd. w Coventry, produkujących obrabiarki do metali i narzędzia.

W fabryce cegieł praca jest całkowicie zmechanizowana tak przy eksploatacji surowca jak i przy jego przeróbce. Maszyny i urządzenia są całkowicie zabezpieczone prócz maszyn w pomocniczych warsztatach fabrycznych. Autor w tym miejscu zwraca uwagę na znamieny fakt, że w Anglii nie docenia się niebezpieczeństwa pracy przy piłach tarczowych, których zabezpieczenie „jest więcej niż niedostateczne” i tłumaczy brak wielkiej ilości wypadków przy pracy na piłach tarczowych wysokim wykształceniem pracowników i ich ostrożnością. Służba bezpieczeństwa pracy składa się z 12 osób, z których wyłącznie zajętych w tej dziedzinie 7 osób: szef bezpieczeństwa pracy, zastępca, trzy siły technicznie wyspecjalizowane w poszczególnych działach produkcji, kierownik ambulatorium oraz jedna siła kancelaryjna. Jako doradcy powoływani są w razie potrzeby majstrowie. Charakterystyczne jest, że robotnicy bezpośredniego udziału w służbie bezpieczeństwa pracy nie biorą. W końcu artykułu zastanawia się autor nad danymi statystycznymi wypadkowości w 1937 r. i pierwszym półroczu 1938 r. i dochodzi do przekonania, że cyfry te nie mogą stanowić podstawy do wysnuwania konkretnych wniosków na przyszłość, dotyczą bowiem zbyt krótkiego czasu.

Organizacja istniejąca w zakładach A. Herberta w Coventry ma za zadanie czuwanie nad bezpieczeństwem i higieną pracy oraz nad podniesieniem poziomu życia pozafabrycznego pracowników. Autorzy, po omówieniu obowiązków wydziału bezpieczeństwa pracy, zwracają uwagę na specjalne przepisy bezpieczeństwa obowiązujące na terenie fabryki, na interesujące szczegóły techniczne w jakie wyposażono maszyny robocze, na sprawy transportu w obrębie fabryki, wreszcie na sposoby uświadamiania o bezpieczeństwie i higienie pracy pracowników zakładów.

W Anglii, która posiada najstarszą, bo stworzoną jeszcze w 1833 r. państwową inspekcję przemysłową, stojącą na bardzo wysokim poziomie technicznym, istnieją również dobrowolne stowarzyszenia ubezpieczeniowe, które rozwijają ożywioną działalność w dziedzinie walki z wypadkami przy pracy, której rezultaty zaobserwować można, czytając opisy wrażeń zawarte w omówionych artykułach uczestników wycieczki.

Ostatnie dwa artykuły poświęca redakcja Przeglądu Bezpieczeństwa Pracy muzeom bezpieczeństwa pracy w Charlottenburgu i Londynie, które uważa za „długie jeszcze zapewne niedościgniony pierwowzór...” istniejącej w Polsce Wzorcowni Urządzeń Ochronnych i Poradni Bezpieczeństwa Pracy stanowiącej odrębny dział Muzeum Techniki i Przemysłu w Warszawie a stworzonej dopiero w ostatnich latach.

Liczne fotografie i tablice ilustrujące fragmenty hal muzealnych z umieszczonymi w nich eksponatami, oraz urządzenia specjalne dają wyobrażenie o znaczeniu tych instytucji i wadze jaką przywiązują narody uprzemysłowione do spopularyzowania doniosłej idei bezpieczeństwa pracy.

W dziale „Przykłady, pomysły, udoskonalenia” znajdujemy szereg rysunków i fotografii ilustrujących nowe pomysły z dziedziny bezpiecznej i higienicznej pracy, stosowane w zwiedzonych przez wycieczkę zagranicznych zakładach przemysłowych np. wywrotnica do wagonów z materiałami sypkimi, „termometr” bezpieczeństwa pracy, „Jeź” do czyszczenia obuwia, aparat do samoczynnego naswietlania plakatów itd. Poza powyższymi znajdujemy tam opis nowego kaptura tarcz szlifierskich w spoiwie bakelitowym w wykonaniu francuskiej firmy Vignon oraz przyrządu do badania wytrzymałości drabin.

Czasopismo „Bezpieczeństwo i Higiena Pracy” w Nr 1 — 2 zwraca się na wstępie w artykule redakcyjnym do istniejących na terenie poszczególnych zakładów przemysłowych „Kół bezpieczeństwa pracy” z apelem o wzajemną wymianę doświadczeń za pośrednictwem czasopisma specjalnego jakim jest „Bezpieczeństwo i Higiena Pracy”. Dla ułatwienia współpracy redakcja zamieściła na str. 21 kwestionariusz, który ułatwić ma opracowanie publikacji, oraz skierować uwagę zainteresowanych na te działy, które dotychczas nie były przez poszczególne „Kółka” należycie rozpatrywane.

Na str. 2 znajdujemy omówienie sprawozdania Inspekcji Pracy za 1936 rok ze specjalnym uwzględnieniem „doročnego bilansu w zakresie realizacji bezpieczeństwa i higieny pracy”.

Artykuł „Pożary w fabrykach metalowych i ich zapobieganie” omawia najrozmaitsze przyczyny powstawania pożarów większych i mniejszych oraz podaje środki usuwające niebezpieczeństwo pożarowe lub chroniące pracowników przed możliwością poparzeń. W konkluzji autor dochodzi do przekonania, że dla zorganizowania należytej ochrony przeciwpożarowej w fabryce metalowej i zapewnienia maksimum bezpieczeństwa ogniowego należy:

1. dążyć drogą ulepszeń technicznych i organizacyjnych do wykluczenia możliwości powstania ognia;
2. zainstalować specjalny sprzęt gaśniczy, utrzymywany w należytych stanie;
3. wyszkolić specjalną służbę przeciwpożarową oraz
4. zainstalować odpowiednie urządzenia sygnalizacyjne.

Dalej zapoznajemy się z wydaną ostatnio „Instrukcją o instalacji gaśnic” zatwierdzoną pismem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. AP 33/125 z dnia 11.VI. 1938 r., która szczegółowo omawia wybór typu gaśnic w zależności od obiektu, w jakim mają być zawieszane, ilość gaśnic niezbędnych dla danego obiektu oraz sposób ich rozmieszczenia.

Na str. 6 mamy podane „Wskazówki bezpieczeństwa przy lakierowaniu natryskowym” opracowane według

materiałów zawartych w książce „Pożary w zakładach przemysłowych” inż. M. Rogowskiego. Następny artykuł pouczający o bezpieczeństwie przy stosowaniu stopów magnezu, opracowany został według niemieckich przepisów „Sicherheitsvorschriften für Magnesiumlegierungen” 1938 oraz artykułu I. Lutosławskiego w „Wiadomościach Towarzystwa Wojskowo-Technicznego”, grudzień 1938 r., p. t. „Własności i zastosowanie magnezu i jego stopów w dzisiejszym przemyśle”. Omawiając na wstępie własności magnezu wymagające przestrzegania specjalnych środków ostrożności przy obrabianiu stopów bogatych w magnez, autor przechodzi od ogólnych wskazówek do warunków jakie powinny być zachowane przy topieniu i odlewaniu stopów magnezu, przy obróbce tych stopów oraz przy ich szlifowaniu, wreszcie przy transporcie i magazynowaniu.

W dalszym ciągu podane są różne urządzenia zbiorowych jadalni i stołowni fabrycznych z uwzględnieniem wyboru miejsca na stołownię, jej wyposażenia, oraz sposobów obsługi. Z dziedziny udoskonalenia urządzeń, przyrządów i metod pracy podano w krótkich słowach, zilustrowanych zdjęciami fotograficznymi, osłonę stanowiska spawacza, sposób przenoszenia butli z gazami sprężonymi, oraz zabezpieczenia maszyn przed zderzeniami.

W kąciku „Czego nas uczą wypadki przy pracy?” przytoczono szereg wypadków jak np. zgniecenie przy przetaczaniu taboru kolejowego, poparzenie prądem elektrycznym i przy zapaleniu się par benzyny, upadek z wadliwego rusztowania i t. d.

W związku z silnie żrącym działaniem soli chromowych i ich związków na skórę i błony śluzowe, mamy na str. 13 podane wskazówki higieny dla pracowników zatrudnionych przy przygotowaniu garbników chromowych.

W dziale „Orzecznictwo” przytoczono uzasadnienie z orzeczenia Sądu Najwyższego Izby Cywilnej z dnia 13.X.1938 r. L. C. II. 609/38 w sprawie odpowiedzialności pracodawcy z art. 196 w związku ze śmiercią pracownika wskutek przeziębienia, wywołanego różnicą temperatury powietrza w hali maszyn i kotłowni, gdzie pracownik zmuszony był pracować na zmianę.

W „skrzynce porad”, w której zamieszczane są odpowiedzi i wyjaśnienia na zapytania czytelników nadesłane do redakcji, znajdujemy odpowiedzi na następujące pytania:

1. jakie chemiczne metody odfłuszczenia metali dla przygotowania tychże do galwanicznego platerowania są najbardziej bezpieczne?
2. jakie są zadania lekarza fabrycznego w warsztacie galwanicznym?
3. jakie preparaty kryjące (chroniące przed wydzielającymi się gazami) stosowane są przy procesie odniklowania, odchromowania?
4. czy istnieją normy określające barwy dla wymalowania maszyn i narzędzi warsztatowych?

Artykuł „Organizacja bezpieczeństwa pracy i higieny na terenie tramwajów i autobusów miejskich w Warszawie” jest skrótem referatu wygłoszonego na Zjeździe Związku Przedsiębiorstw Komunikacyjnych w Polsce. Obrazuje on nam prace przygotowawcze do akcji rozpoczętej przed rokiem, plan akcji i wydanie pierwszych zarządzeń, zorganizowanie stałych organów służby bezpieczeństwa pracy i higieny, statystykę wypadków, higienę i służbę sanitarną oraz kulturę środowiska pracy, organizację ochrony przeciwpożarowej, propagandę, wyniki

rocznej akcji, dalszy plan akcji i zamierzenia na przyszłość.

Końcowe strony Nr 1 — 2 „Bezpieczeństwa i Higieny Pracy” poświęcone są krótkim sprawozdaniom z zebrań Koła Inżynierów Bezpieczeństwa Pracy przy Stow. Techników Polskich w Warszawie. Jedno z nich jest streszczeniem referatu p. t. „Rola wyjść z pomieszczeń przemysłowych w organizacji bezpieczeństwa pracy”, drugie zaś — referatów na temat bezpieczeństwa i higieny pracy w odlewnictwie.

Interesujący numer zamyka dział bibliograficzny, skrzynka pomysłów i krótka kronika.

Wyszedł z druku Nr 3 czasopisma „Poradnik Przedsiębiorcy”, który w dziale „Poradnika bezpieczeństwa pracy” zajmuje się niesłychanie ważną dziedziną organizacji i urządzeń przemysłowych, w której problem wydajności pracy zbiega się szczególnie wyraźnie ze zdrowiem i bezpieczeństwem pracownika. Dziedziną tą są warunki atmosferyczne i warunki oświetleniowe. Autor, omawiając równowagę cieplną, do której stale organizm dąży, stwierdza, że, gdy wskutek nieodpowiednich warunków atmosferycznych proces utraty ciepła jest utrudniony, organizm zmuszony jest do większego wysiłku, przez co zdolność pracy mięśni zmniejsza się i zmęczenie następuje szybciej. Powołując się na szereg przykładów autor przytacza normy temperatury otoczenia dla rozmaitych pod względem wysiłku fizycznego prac oraz wilgotności w atmosferze. W związku z powyższym widzi on cztery zadania jakie winny wypełniać urządzenia wentylacyjne:

- a) wytwarzanie odpowiedniej temperatury,
- b) regulacja wilgotności,
- c) wytwarzanie ruchu powietrza,
- d) odciąganie zanieczyszczeń i odświeżanie powietrza.

W warunkach oświetlenia grają rolę trzy czynniki:

1. siła światła,
2. kontrasty światła i cieni,
3. blaski.

I tutaj również autor powołuje się na szereg przykładów, popartych przejrzystymi wykresami, z których jasno wynika jak ścisły jest związek bezpieczeństwa pracy i jej wydajności z warunkami oświetleniowymi. W końcu przytacza autor najodpowiedniejsze normy oświetlenia ustalone przez Polski Komitet Normalizacyjny i zwracając uwagę na blaski, które są szczególnie szkodliwe dla oczu, wyjaśnia różnice pomiędzy kontrastami światła i cieni męczącymi wzrok a kontrastami jasności i barwy pożądanymi przy pracy.

„Poradnik” zamyka kącik bibliograficzny omawiający zalety Kalendarza Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, wydanego przez Instytut Spraw Społecznych.

Inż. L. M.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ.

INFORMATIONS SOCIALES — tygodnik, Genewa, z dn. 23.I.

L'application de l'assurance-maladie volontaire en Suède. (Dobrowolne ubezpieczenie na wypadek choroby w Szwecji).

Modifications à la législation d'assurance sociale en U. R. S. S. (Zmiana ustawy o ubezpieczeniu społecznym w Z. S. R. R.).

z dn. 30/I.

Projet d'amendement de la loi de sécurité sociale aux Etats-Unis. (Projekt zmiany ustawy o zabezpieczeniu społecznym w Stanach Zjedn. A. P.).

z dn. 6/II.

Association professionnelle internationale des médecins. (Międzynarodowe stowarzyszenie zawodowe lekarzy).

Le développement de l'assurance-invalidité-vieillesse-décès obligatoire en Italie. (Rozwój przymusowego ubezpieczenia emerytalnego we Włoszech).

z dn. 13/II.

Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales. (Sprawozdanie z 24 sesji komitetu międzynarodowej konferencji w sprawie ubezpieczeń społecznych — grudzień 1938, Genewa).

REICHSARBEITSBLATT — dekada, Berlin.

Nr. 4 z dn. 5/II.

Schulz E.: Die Entwicklung der wirtschaftlichen Lage und der Arbeitslosigkeit in den Südoststaaten Europas. (Ogólna sytuacja gospodarcza i bezrobocie w krajach pld.-wsch. Europy).

SOZIALE PRAXIS — dwutygodnik, Berlin.

Nr. 3, luty.

Zur Frage des Familienzuschlages bei der Arbeitslosenunterstützung. (Zagadnienie dodatków rodzinnych do zasiłków dla bezrobotnych).

DIE ORTSKRANKENKASSE — dekada, Berlin.

Nr. 3, 4, 5 (21/I, 1/II, 11/II).

Bogs W.: Die Krankenversicherung der Arbeitslosen. (Ubezpieczenie bezrobotnych na wypadek choroby).

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG — miesięcznik, Berlin.

Nr. 2, luty.

Griessmayer A.: Betrachtungen zur Altersversorgung für das deutsche Handwerk. (Uwagi nad zabezpieczeniem rzemieślników na starość).

BERUFGENOSSENSCHAFT — dwutygodnik, Berlin.

Nr. 3, 15 luty.

Zur Einführung der deutschen Sozialversicherung in der Ostmark. (Wprowadzenie niemieckiego systemu ubezpieczeń w Austrii).

Crantz Fr.: Zur Statistik der Unfallversicherung. (O statystyce ubezpieczenia od wypadków).

THE MINISTRY OF LABOUR GAZETTE — miesięcznik, Londyn.

Nr. 1, styczeń.

Employment, Wages, Hours of Labour, Cost of Living and Trade Disputes in 1938. (Stan zatrudnienia, płace, czas pracy, koszty utrzymania i zatargi zbiorowe w r. 1938).

SECURITAS — miesięcznik, Bukareszt.

Nr. 1, styczeń.

Dulfu P. P.: Prevenirea accidentelor in noua lege a asigurarilor sociale. (Zapobieganie wypadkom przy pracy a nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznym).

Cruceanu H.: Fiza medicala in asigurarile sociale. (Karty chorych w ubezpieczeniu społecznym w Rumunii).

PRZEGLĄD PRASY.

Kursy przeszkoleniowe. — Bezpieczeństwo pracy. — Kolonie leczniczo-wypoczynkowe. — Kolonie - szkoły. — Chałupnicy. — „Pamiętniki lekarzy“.

Kursy przeszkoleniowe.

O kursie przeciwgruźliczym dla lekarzy domowych, odbytym w Warszawie w lutym r. b. pisze *Gazeta Gdańska* z dn. 14 ub. m.

„Organizacja kursów poszła po tej linii, że kursy przeciwweneryczne i z zakresu chirurgii urazowej uruchomiono centralnie w 7-iu turach, t. zn. odbywały się one tylko w Warszawie, do której zjechali słuchacze na przeciąg trwania wykładów; pozostałe natomiast kursy realizowano regionalnie a więc każda ubezpieczalnia, mająca siedzibę w mieście uniwersyteckim jak Warszawa, Poznań, Wilno, Lwów i Kraków tworzyła je we własnym zakresie dla swego okręgu (np. Poznań dla okręgu Wielkopolskiego, Wilno dla Wileńszczyzny itp.). Tak również, na trwający obecnie w Warszawie kurs przeciwgruźliczy przyjęci zostali lekarze, w liczbie 20, tylko z terenu ubezpieczalni centralnych.

Program wszystkich tych kursów, odbywających się przy współpracy z wydziałami lekarskimi właściwych uniwersytetów i izbami lekarskimi oraz odpowiednimi Towarzystwami naukowymi, przewiduje około 90 — 100 godzin zajęć, z czego $\frac{1}{2}$ stanowią wykłady teoretyczne a $\frac{1}{2}$ zadania praktyczne w najlepszych ośrodkach danej specjalności. Do grona wykładowców zaproszono najwybitniejszych przedstawicieli nauki, profesorów uniwersytetów. Poza czysto naukowym traktowaniem tematów, uwzględniane są na kursach jednocześnie możliwie szeroko zasady pracy na terenie instytucji ubezpieczeń społecznych, w zakresie walki z gruźlicą, zwalczania chorób wenerycznych i t. p.

Ostatnim z szeregu będzie kurs z zakresu chirurgii urazowej, który zostanie zakończony w marcu rb.

Nasuwa się pytanie, jak jest rozwiązana trudna bądź co bądź sprawa delegowania lekarzy na kursy? Otóż uczestnika wyznacza sama ubezpieczalnia społeczna, dając mu płatny urlop na przeciąg trwania kursu; ZUS ze swej strony, subsydiujący całą tę akcję przeszkoleniową, przyznaje słuchaczowi specjalne stypendium w wysokości 168 zł.

Dążeniem ZUS jest przeprowadzenie przez nie wszystkich lekarzy domowych i to w najbliższym czasie, wymaga to oczywiście poszerzenia rozmiarów zapoczątkowanej w tym roku akcji przeszkoleniowej, mającej wielkie znaczenie dla całokształtu prac lekarskich w terenie a zwłaszcza dla racjonalnej organizacji u nas walki z chorobami społecznymi“.

Bezpieczeństwo pracy.

W „*Expresie Zagłębia*“ z dn. 11 ub. m. znajdujemy następujące uwagi z powodu odbytej w Łodzi Konferencji Bezpieczeństwa Pracy:

„Konferencja Bezpieczeństwa Pracy, która staraniem Ministerstwa Opieki Społecznej, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Instytutu Spraw Społecznych odbyła się niedawno w Łodzi znalazła żywy oddźwięk na terenie województwa, tak w przemyśle koncernów finansowych, jak też w samodzielnych zakładach pracy, których urządzenia ochronne zaniedbane lub nieistniejące w ogóle, były i są przyczyną ustawicznych wypadków, pociągających czasem bardzo groźne w skutkach następstwa.

Lekarze domowi i specjaliści, zakłady lecznictwa specjalistycznego i rozpoznawcze, szpitale i inne działy pracy instytucji ubezpieczeń społecznych uginają się pod nadmiarem świadczeń wypadkowych, pochłaniających olbrzymie sumy na lecznictwo, zasiłki pieniężne i renty. Ale nieodwracalne straty samych poszkodowanych nie dadzą się zmierzyć ani pieniędzmi, ani żadną statystyką, tyle jednokrotnie pociągają za sobą nowej nędzy, głębokiej, wstrząsającej rozpaczy.

Przytłacza nas swym ogromem suma mniej więcej 250 milionów złotych rocznie strat, które pochłaniają nieszczęśliwe wypadki: setki zabitych, tysiące kalek i olbrzymie rzesze krócej lub dłużej niezdolnych do pracy.

Całkowite uniknięcie wypadków przy pracy jest przynajmniej na razie niepodobniństwem, niemniej można wydatnie zastraszające te cyfry zmniejszyć przez organizację bezpieczeństwa pracy, inwestycje ochronne i uświadomienie robotników“.

Kolonie leczniczo-wypoczynkowe.

„*Goniec Warszawski*“ z dn. 18 ub. m. podkreśla znaczenie obozów wypoczynkowych, organizowanych przez Państwowy Urząd Wychowania Fizycznego wespół z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych:

„W bieżącym sezonie zimowym 2.000 mężczyzn i 1.000 kobiet przejdzie przez tego typu obozy. Stanowi to już poważny krok naprzód w organizowaniu racjonalnego wykorzystania urlopów świata pracowniczego. Ale jest to jeszcze minimum w stosunku do liczby zgłoszeń i zapotrzebowania na obozy.

Obecnie czynne są 3 obozy: w Poroninie, Istebnej i Bukowinie.

Jaki element przyjeżdża na zimowe obozy?

Są to uczenice różnych warsztatów rzemieślniczych, pracownice handlowe, biurowe, fabryczne, uczestniczki spółdzielni pracy itp. Wszystkie młode i zasadniczo zdrowe, lecz potrzebujące wypoczynku i wzmocnienia. W pierwszym rzędzie kierowane są pracownice młode i ubezpieczone, by młodym organizmom dać racjonalną odbudowę sił i profilaktykę.

Zakwaterowanie i pobyt wraz z utrzymaniem opłaca ZUS. Uczestniczki wnoszą tylko po 5 zł. na amortyzację stroju narciarskiego i sprzętu, który otrzymują w komplecie na obozie.

Dzień na obozie upływa zgodnie z programem kursów przysposobienia do obrony kraju. A więc ruch, narty, saneczki, świeże powietrze, oraz kilka godzin na pogadanki z zakresu higieny, obowiązków obywatelskich, zajęcia świetlicowe. Uczestniczki są wyspane, dobrze odżywione, wypoczęte.

W Istebnej, gdzie obóz mieści się w wygodnym schronisku w górach nad Olzą o 16 km od Wisły, przy słonecznej pogodzie i jak na luty wysokiej temperaturze utrzymuje się jeszcze powłoka śnieżna i doskonałe warunki narciarskie, oraz szlaki nie męczących wycieczek.

Takie oderwanie się na 14 dni od codziennej szarżowny i wysiłku monotonnej raczej pracy fizycznej daje prócz wzmocnienia sił, duże odprężenie psychiczne, będące warunkiem wydajności w dalszej pracy warsztatowej.

Dobrze by było żeby obozów tych było jeszcze więcej. Uczestnicy i uczestniczki obozów podkreślają, że wielką atrakcją obozów, poza stroną wypoczynkową jest możliwość poznawania dalszych okolic kraju, dokąd pracowni-

cy ci w większości nie dotarli by nigdy, gdyby nie dobrodziejstwo obozów wypoczynkowych."

W „*Kurjerze Warszawskim*” z dn. 4 ub. m. czytamy:

„Z roku na rok, z miesiąca na miesiąc rodzą się nowe pomysły i możliwości. Rok 1939 — zima. 2.000 mężczyzn i 1.000 kobiet ma możliwość i bierze udział w tanich zimowych obozach narciarskich organizowanych przez PUWF i PW łącznie z ZUS. Są obozy: na Bukowinie, w Poroninie, Istebnej. Są dla mężczyzn i dla kobiet.

Co 14 dni nowa setka kobiet przyjeżdża po nowe siły i wypoczynek. Młodociane zwłaszcza pracownice wstęgle — potrzebują odprężenia na powietrzu i śniegu, przy dobrym odżywianiu i troskliwej opiece lekarskiej i wychowawczej. Kandydatki, jeśli są ubezpieczone i przez terenowe ubezpiecz. społ. kierowane, płacą tylko 5 zł. na amortyzację sprzętu. Resztę za przejazd ze 75% zniżką, dojazd i pobyt z wyżywieniem płaci ZUS.

Uczestniczki otrzymują na kursie pełny strój i sprzęt narciarski, oraz fachową naukę sportu. Wycieczki, zdjęcia świetlicowe, biblioteka, pisma i gry towarzyskie przepłatane zajęciami z higieny i wychowania obywatelskiego zapełniają dzień.

Słońce, powietrze, ruch i odżywianie odnawia siły fizyczne i psychiczne.

14 dni — upływa tak szybko, jak wartka Olza u progu schroniska. Czas wracać do warsztatu, który czeka na świeże pary rąk. I znowu dzień do dnia podobny — z tęsknotą do beztrudnych pożytecznych chwil urlopu na obozie."

W korespondencji z Pomorza p. t. „Robotnicy z Pomorza na wywczasach” pisze „*Gazeta Pomorska*” z dn. 7 ub. m.:

„W dotychczasowych naszych warunkach zarobkowych wykorzystanie w sposób racjonalny urlopu wypoczynkowego istniało tylko w sferze marzeń zarówno pracowników fizycznych jak i znacznej części pracowników umysłowych. I tak myśl udostępnienia przede wszystkim młodzieży robotniczej spędzenia w sposób najbardziej korzystny urlopu wypoczynkowego została urzeczywistniona w obozach, w obecnym sezonie zimowym — narciarskim, a w letnim — zobaczymy: może żeglarskim, może innym.

Trzeba przyznać bezstronnie, że pieniądze wydane z funduszy publicznych na tego rodzaju obozy dają niewątpliwie korzyści państwu, przedsiębiorstwu, w którym pracuje członek Obozu i Ubezpieczalniom Społecznym, które w ten sposób zapobiegają chorobom."

Kolonie - szkoły.

„*Dziennik Polski*” z dn. 18 ub. m. opisuje akcję kolonijną ubezpieczalni zaolziańskich:

„Ubezpieczalnie Zaolziańskie przejawiają w ogóle dużą aktywność na rzecz młodzieży zaolziańskiej. Oto już bowiem czwarty turnus dzieci szkolnych z Zaolzia wyjeżdża bezpłatnie do kolonii — szkoły bielskiej Ubezpieczalni w Jaworzu, gdzie dzieci nie tylko są odżywiane i leczone, lecz również pobierają naukę, tak, że pobyt w Jaworzu nie powoduje żadnej przerwy w ich nauce szkolnej. Pobyt w Jaworzu trwa 6 tygodni i wysyłani są na zmianę chłopcy i dziewczynki. W każdym turnusie uczestniczy 60 dzieci z Zaolzia. Podkreślić tu należy, że pierwsza partia 60 dzieci wysłana była już w pierwszych dniach października ub. roku, a więc w kilka dni po rozpoczęciu działalności zaolziańskich Ubezpieczalni. Z kolonii — szkoły w Jaworzu korzystało już zatem 240 dzieci z Za-

olzia, a do końca bieżącego roku przewinie się ich przez Jaworze jeszcze około 400. Prócz kolonii w Jaworzu mają Ubezpieczalnie w projekcie urządzenie dla kilkuset dzieci zaolziańskich kolonij letnich w Beskidzie Śląskim.

Akcja kolonijna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalni prowadzona jest w myśl zasady, że raczej należy zapobiegać chorobom, aniżeli je leczyć. Uodpornione za młodu organizmy będą bowiem mniej podatne na choroby w przyszłości, co i z punktu widzenia społeczno-państwowego ma duże znaczenie."

W artykule p. t. „Zdobycz wielkiej miary” pisze „*Goniec Nadwiślański*” z dn. 18 b. m.:

„150 dzieci w andrychowskim sanatorium, 50 w zakładzie obserwacyjnym w Kętach (gdzie przebywają trzytygodniową kwarantanną, by do właściwego sanatorium już przejść bez obawy wniesienia chorób zakaźnych itp.) — 800 dzieci rocznie w najmniej trzymiesięcznych turnusach — to cyfry, których wagi trudno nie docenić.

Dyrektor andrychowskiego sanatorium, p. dr. Ksyk, tak się wyraził o roli zakładu:

„Dzieci tu przy poprawie zdrowia mogą nadrobić w bardzo dobrych warunkach naukę — nie tracą przez to roku szkolnego. Staramy się nie tylko dzieci leczyć, nie tylko uczyć, ale również i wychowywać. Wychowanie zaś nasze dzieli się na zdrową naukę dobrych obyczajów, wyrobienie charakterów oraz równie potrzebne „wychowanie higieniczne”, które ma wielkie znaczenie w życiu. Wierzę, że conajmniej 50% kuracjuszy naszych to zastęp małych pionierów higieny”.

Chałupnicy.

„*Głos Narodu*” z dn. 17 ub. m. w artykule p. t. „O poprawę doli chałupników” porusza sprawę zastraszającego stanu zdrowotności wśród chałupników:

„Poważną lukę istniejącą w materiale rzeczowym o stanie zdrowotnym tej grupy pracowników wypełnia przynajmniej częściowo bardzo ciekawa praca P. Pilczuka w zbiorowym dziele opracowanym ostatnio przez Tow. Badania Chałupnictwa p. t. „Chałupnictwo” (nakładem tygodnika „Polska Gospodarcza”). Autor, opierając się na wynikach ankiety przeprowadzonej z końcem 1937 roku, omówił stan zdrowotny szweców-chałupników w Warszawie — zakres badań jest tu stosunkowo wąski, dane dotyczą tylko pewnej i to nie całej grupy pracowników chałupniczych, niemniej jednak na podstawie tego materiału można wyciągnąć niezmiernie ciekawe wnioski. Zebrało ogółem 103 odpowiedzi na rozesłany w teren kwestionariusz, które pozwoliły jednocześnie zorientować się w tragicznych warunkach mieszkaniowych, odżywiania, ubrania, pracy i płacy 103 rodzin chałupniczych — a więc w tym, co ściśle zalega się z kwestią zdrowia. Na 103 zbadanych chałupników 85 było mniej lub więcej chorych a tylko 7 zupełnie zdrowych. Stwierdzono 13 przypadków gruźlicy, w 20 miało się do czynienia z mniej lub więcej poważnymi schorzeniami oczu, było parę niewątpliwych przypadków jaglicy; z chorób narządów trawienia najwięcej spotkało się różnych postaci nieżyłtów żołądka i jelit, powstałych bezwzględnie wskutek lichego odżywiania. Trzeba do tego dodać liczne skrzywienia klatki piersiowej i kręgosłupa na skutek wadliwej pozycji przy pracy i powstałe stąd uporczywe niedomogi serca i płuc. Stan zdrowotny członków rodzin był niemniej fatalny, odnosi się to zwłaszcza do dzieci, które nie tylko są źle odżywiane, niedorozwinięte i chorowite, ale często od najmłodszych lat obarczane ciężką pracą.

Każda cyfra, każdy podany fakt woła tu o pomoc lekarza, ale cóż, kiedy na 103 zbadanych zaledwie 38 było ubezpieczonych!... Kwestionariusz ankiety zawierał pytanie: czy — o ile nie jest ubezpieczony — czy pragnąłby nim być i czy uważa ubezpieczenie za potrzebne? I oto wszyscy chałupnicy stwierdzają jednogłośnie, że pragną ubezpieczenia i że uważają je za konieczne.

Na podstawie tych danych można urobić sobie pogląd na tragiczny stan zdrowia chałupników w ogóle i ocenić, jaka krzywda dzieje się im przez brak ścisłego przestrzegania zasady ubezpieczenia społecznego. Sprawa ta wysuwa się na czoło najbardziej doniosłych i palących zagadnień — chodzi tu bowiem o poprawę doli przeszło 1 miliona egzystencji ludzkich, utrzymujących się z pracy chałupniczej.

„Pamiętniki lekarzy“.

W dalszym ciągu ukazują się liczne recenzje z wydanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych „Pamiętników lekarzy”. Przytaczamy tu niektóre wyjątki.

„Gazeta Polska“ (z dn. 14 ub. m.):

„W Pamiętnikach lekarzy nie trzeba wyszukiwać specjalnie sensacyjnych ustępów, wystarczy na chybił trafił otworzyć którąś z kartek książki. ...Zadziwiające fakty możnaby przytaczać bez końca, możnaby właściwie przepisać całą książkę, bo nie ma w niej słów zbędnych“

„Kurier Polski“ (z dn. 29 stycznia r. b.):

„Wspomnienia te przyniosły dokument bezcennej wartości, jeden z najbardziej rewelacyjnych w naszej literaturze społecznej. Po pamiętnikach chłopów, robotników, bezrobotnych, emigrantów, mamy pamiętniki lekarzy, jakby uzupełniające tamte w skargach i alarmach“.

„Świat“ (z dn. 4 ub. m.):

„Książka ta stanowi dokument niezwyklej wagi społecznej. „Pamiętniki lekarzy“ pisane są w sposób żywy, barwny, wysoce interesujący. Konkurs ZUS. ujawnił wśród naszych lekarzy szereg prawdziwych talentów pisarskich“.

„Dziennik Poznański“ (z dn. 13 ub. m.):

„Pamiętniki lekarzy“, można zaryzykować to powiedzenie, odkrywają przed nami nowy, nieznaný dotychczas świat, pokazują nam medycynę „in flagranti“ — medycynę w czasie tworzenia rzeczy dobrych, w czasie leczenia.... Może wydanie „Pamiętników lekarzy“ przyczyni się do przyspieszenia procesu zrozumienia roli lekarza i lecznictwa społecznego. A jednocześnie odkryje społec-

zeństwu tę ogromną dziedzinę życia, w której mamy tyle do zrobienia i odrobienia — dziedzinę zdrowia publicznego“.

„Ilustrowany Kurier Codzienny“ (z dn. 22 ub. m.):

„To prawdziwe *silva rerum aegrotarum*, album niezdrowia współczesnej Polski, spowiedź dziesięciu lekarzy, którzy o swej kilkonastoletniej, lub często dłuższej praktyce opowiadają już to z tragicznym patosem, lub to z cwaniackim humorem, częściej na ponuro. Czytelnik od pierwszych stron tej niesamowitej książki zagląda w otchłań ludzkiego cierpienia ubezpieczonych i jeszcze bardziej bezbrzeżnego, nieubezpieczonych. ...Zagadnień poruszonych w tej książce jest taka moc, że omówić je to napisać nową książkę... Mimo wszystkich zastrzeżeń, jakie społeczeństwo mieć musi do ubezpieczalni, trudno zaprzeczyć pożyteczności tej instytucji. W bardzo wielu wypadkach stwierdzają i lekarze i pacjenci przez ich usta, że bez ubezpieczalni nie byłoby mowy o dłuższym pobycie w szpitalu lub leczeniu w sanatorium, o naświetlaniach lampą kwarcową, masażach, kosztownych zastrzykach i wszelkich tych zabiegach, które prywatnych kosztują tysiące. Tymbardziej należy ubolewać, że pracownicy rolni zostali jednak pozbawieni pomocy lekarskiej — a na wsł znacznie gorzej, niż w mieście. Cierpienia ludności wiejskiej to najbardziej wstrząsająca część książki.“

„Obrona Kultury“ (z dn. 15 ub. m.):

„Jest to księga wielkiej wagi społecznej, żywy dokument naszej epoki, przyżywaney w Polsce... Księga ta jest stwierdzeniem niewątpliwego dziś faktu, że pomimo narzekań, jakże często słusznych, na zbiurokratyzowaną organizację „chorej kasy“, ubezpieczenia społeczne, lecznictwo społeczne — to wielkie błogostawieństwo dla ubogiej ludności“.

„Głos Poranny“ (z dn. 12 ub. m.):

„Dziesiątki i setki znakomicie oddanych scenek w poczekalniach i gabinetach lekarzy domowych — to kopalnia wiedzy o naszym życiu społecznym.“

„Wiek Nowy“ (z dn. 5 ub. m.):

„Najboleśnieszka skarga lekarzy dotyczy nie ich własnej nienormalnej i niedocenianej pracy, lecz losu tych wielotysięcznych zastępów, które cierpią i giną bez żadnej pomocy lekarskiej. Znajdujemy w tym tomie opisy wstrząsające. Ludzie giną tysiącami, lekarze stoją bezradni wobec tragedii tych, dla których brak urządzeń leczniczych, ośrodków zdrowia, szpitali“.

RÉSUMÉ DES ARTICLES IMPORTANTS INHALTSANGABE DER WICHTIGSTEN AUFSÄTZE

JAKUB CHRZANOWSKI.

ANALYSE DES NOTIONS „INVALIDITÉ“ ET „INCAPACITÉ DE TRAVAIL“, ET LES PROBLÈMES DE COORDINATION DES PRESTATIONS PÉCUNIAIRES DE L'ASSURANCE-MALADIE ET DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ.

Une connexité étroite et de première importance existe entre deux problèmes, différents en apparence: 1^o analyse des notions: „invalidité“ et „incapacité de travail“ et 2^o coordination de la repartition des rentes de vieillesse et des prestations de maladie. La coordination

JAKUB CHRZANOWSKI.

ANALYSE DER BEGRIFFE „INVALIDITÄT“ UND „ARBEITSUNFÄHIGKEIT“ UND DAS PROBLEM DER VEREINHEITLICHUNG DER GELDLLEISTUNGEN DER INVALIDEN- UND DER KRANKENVERSICHERUNG.

Zwischen den beiden Problemen auf dem Gebiet der Sozialversicherung, die so verschieden erscheinen: der Analyse der Begriffe „Invalidität“ und „Arbeitsunfähigkeit“ sowie 2) dem Problem der Vereinheitlichung der Erteilung von Invalidenrenten und Krankheitsunterstützungen besteht in Wirklichkeit ein enger Zusammenhang, der

rationnelle des prestations en espèces de l'assurance-invalidité et assurance-maladie dépend en premier lieu de la fixation opportune du droit à ces prestations et de l'application régulière de ces notions fondamentales de la jurisprudence médicale.

On doit considérer l'invalidité et l'incapacité de travail comme soi-disantes variations du même risque physiologique, comme la perte ou la diminution de capacité de gagner sa vie par son travail, causée par des perturbations de santé de l'organisme humain, maladie, déclin des forces physiques et mentales, infirmité etc. Vu la coïncidence partielle des causes de l'invalidité et de l'incapacité de travail — il est nécessaire d'examiner autres critères — intensité et durabilité de l'incapacité de travail, et le sens varié du côté sanitaire, économique et social de chacune de ces notions.

L'incapacité de travail est à peu près égale à l'incapacité physiologique, empêchant d'exécuter des fonctions habituelles (maladie qui force à garder le lit), ou bien c'est un mal qui force à s'abstenir du travail sous la menace d'aggraver la maladie, ou bien elle surgit dans la période de la convalescence, de l'empirement de l'état de santé et de la récurrence. Des éléments décisifs dans la fixation de la notion de l'incapacité de travail sont les suivants: le côté sanitaire et l'impossibilité fréquente de classer l'incapacité de travail, la connexion de la fixation de l'incapacité, du traitement médical et du diagnostic de clinique. Ces éléments de base mènent à définir des termes de l'intensité (incapacité totale), du commencement et de la durée de l'incapacité (passagère, indurable), du côté économique et social et de la notion du „travail“ enfin.

La notion de l'invalidité fut déterminée dans les dispositions légales d'une façon différente relativement aux diverses branches des assurances; dans l'assurance invalidité-veilles-décès des travailleurs intellectuels (employés) — comme l'incapacité d'exécuter sa profession, dans l'assurance invalidité-veilles-décès des ouvriers — comme l'incapacité de gagner sa vie. On doit comprendre sous la notion de l'invalidité, — nonobstant si l'on la considère comme l'incapacité d'exécuter sa profession ou — de gagner sa vie, — un accident de travail et la situation vitale de l'assuré, déterminée par les éléments: sanitaire, économique et social. Le côté sanitaire concerne la cause de l'invalidité (réduction partielle de la capacité de gagner sa vie ou d'exécuter sa profession à cause des perturbations de l'état de santé de l'organisme humain), de son intensité, durabilité (invalidité durable ou passagère), de l'époque du commencement de l'invalidité, et en principe est presque identique à ces deux notions.

Mais, d'autre part — d'une importance primordiale est la classification de l'invalidité, celle d'exécuter sa profession, celle de gagner sa vie, des suites économiques et sociales de l'invalidité (impossibilité d'obtenir le salaire minimal déterminé par la loi) et prise en considération des critères inégaux du travail professionnel.

Le critère des suites économiques et sociales de l'incapacité de gagner sa vie est égal à l'incapacité d'atteindre au marché du travail par son propre travail d'un tiers du gain, qui est possible à atteindre pour les person-

vor allem von Bedeutung ist für die praktische Tätigkeit der Sozialversicherungsanstalten.

Eine rationelle Vereinheitlichung der Geldleistungen der Invaliden — und Krankenversicherung ist in erster Linie abhängig von der eigentlichen Feststellung der Berechtigung zu diesen Leistungen, also von der rechtmässigen Anwendung der obenerwähnten Grundbegriffe in der Erklärung (Urteil) des Arztes.

Invalidität und Arbeitsunfähigkeit muss man als eine gewisse Abart desselben physiologischen Risikos auffassen: Verlust oder Verminderung der Verdienstfähigkeit infolge Gesundheitsstörungen im menschlichen Organismus, sei es durch Krankheit, durch Sinken der physischen oder Geisteskräfte, durch Verkrüppelung u. s. w. Da sich die Ursachen der Invalidität und der Arbeitsunfähigkeit teilweise decken, muss man als Grundsatz zur Trennung dieser Begriffe andere Kriterien anwenden: Mass (Ausmass), Dauer der Arbeitsunfähigkeit und vor allem die verschiedene Bedeutung der gesundheitlichen und sozialwirtschaftlichen Seite bei jedem der erwähnten Begriffe.

Die Arbeitsunfähigkeit deckt sich entweder mit der physiologischen Unfähigkeit, die bisherige Tätigkeit auszuüben (z. B. in Fällen schwerer Krankheit) oder ist bedingt durch die Notwendigkeit, die Arbeit zu unterbrechen infolge gefährlicher Krankheitsstörungen — oder in der Zeit der Wiedergenesung — einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Krankheitsrückfall. Entscheidend zur Festlegung des Begriffs „Arbeitsunfähigkeit“ ist die Gesundheit und der enge Zusammenhang der Unfähigkeit mit der Krankheit sowie die Verbindung der Feststellung der Unfähigkeit mit dem Heilverfahren, mit der klinischen Behandlung. Erst von diesen grundsätzlichen Faktoren hängt wiederum ab das Ausmass (vollkommene Unfähigkeit), der Zeitpunkt des Beginns und die Dauer der Unfähigkeit (grundsätzlich vorübergehend, kurzfristig) die wirtschaftlich-soziale Seite, und die Bedeutung des Wortes „Arbeit“ in diesem Sinne.

Der Begriff Invalidität wird in den Gesetzesvorschriften anders für die Pensionsversicherung der Geistesarbeiter (Unfähigkeit zur Ausübung des Berufes) und anders für die Invalidenversicherung der Arbeiter (Verdienstunfähigkeit) erläutert. Durch Invalidität ist-unabhängig davon, ob wir sie zurückführen auf den Begriff Unfähigkeit zur Berufsausübung oder Verdienstunfähigkeit — ein Versicherungsfall, eine Lebenslage des Versicherten, zu verstehen, welche durch zwei Faktoren näher gekennzeichnet wird: den gesundheitlichen und wirtschaftlich — sozialen. Der Gesundheitsfaktor betrifft die Ursachen der Invalidität, (d. h. teilweise Benachteiligung der Verdienst — oder Berufstätigkeit infolge von Krankheiten und Störungen im Gesundheitszustand des menschlichen Organismus), ihre Ausmasse und ihre Dauer (dauernde u. vorübergehende Invalidität), den Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität — und ist grundsätzlich fast identisch für beide Begriffe. Dagegen haben die wirtschaftlich-sozialen Folgen der Invalidität (d. h. die Nichtmöglichkeit der Erreichung durch eigene Arbeit des gesetzlich bestimmten Verdienstminimums) sowie die nicht gleichartige Berücksichtigung des Kriteriums der Berufsarbeit, — grundsätzliche Bedeutung für die Aufteilung der Invalidität in Unfähigkeit zur Berufsausübung und Verdienstunfähigkeit. Massstab für die wirtschaftlich — sozialen Folgen der Verdienstunfähigkeit ist die Unmöglichkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch eigene Arbeit $\frac{1}{3}$ des entsprechenden Verdienstes zu erreichen, den am ge-

nes en pleines forces vitales, également douées et éduquées; le critère de l'incapacité à exécuter sa profession est égal à l'incapacité d'atteindre par son travail professionnel d'une moitié au moins du gain dans une profession donnée.

De l'analyse des notions de l'invalidité et incapacité, provenant de maladie, s'ensuivent les principes différents méthodologiques et d'organisation de la jurisprudence médicale sur l'incapacité de travail (traitée au total des problèmes de la thérapeutique des caisses-assurances), ainsi que ceux de la jurisprudence d'invalidité (adaptée aux recherches des états durables, formant un problème spécial des fonctions sanitaires et préventives du médecin, et entrant d'une part dans le domaine de l'activité des caisses-assurances, et d'autre part — dans l'activité de l'Institut d'Assurances Sociales).

Quant au problème de coordination de la repartition des prestations principales de l'assurance-invalidité et assurance-maladie, il faut examiner les difficultés qui s'y présentent, provenant partiellement des considérations antérieures sur les notions de l'invalidité et de l'incapacité de travail, et qui dépendent en premier lieu de l'état peu satisfaisant de l'assurance-maladie et de la solution insuffisante de l'organisation du problème de coordination.

Les bases de la coordination existantes, vu les difficultés précitées du caractère général (le principe de satisfaire les besoins matériels, dérivant de l'incapacité de travail ou l'invalidité à l'aide d'une seule prestation, rente ou indemnité de repos etc), ou bien — les dispositions législatives en matière de coordination (fixant, — au cas des coïncidence du droit aux prestations de deux genres, — la nécessité de l'épuisement des prestations de maladie), et qui ne sont pas sauvegardées toujours dans la procédure des prestations des caisses d'assurances sociales.

On se heurte de même assez souvent à la procédure non justifiée des caisses-assurances en fait de constatation de l'incapacité de travail.

Une telle attitude des caisses-assurances aussi bien que la coordination insuffisante de la politique des prestations de maladie et des rentes d'invalidité font tort aux assurés, pèsent d'une façon exagérée aux fonds d'invalidité-vieillesse par le transfert des prestations, entravent la procédure des rentes etc.

Pour éliminer les défauts et atteindre une meilleure coordination de repartition des prestations en espèces de l'assurance-invalidité et assurance-maladie — on doit:

1. élever le niveau de la jurisprudence médicale — en principe — au moyen de la réforme des études médicales et de la création d'une section pour les études complémentaires, et pour le temps qui coule — au moyen des manuels, périodiques, organisation des concours, congrès etc,
2. prendre en considération la sauvegarde par les caisses-assurances des dispositions légales en vigueur en fait de coordination du côté normatif du problème. Il faut expliquer aussi spécialement aux

benen Orte Personen mit vollen physischen Kräften und gleicher Ausbildung und Befähigung erlangen, Massstab für die Unfähigkeit zur Berufsausübung, ist die Unmöglichkeit mindestens die Hälfte des entsprechenden Verdienstes im gegebenen Berufe zu erlangen.

Aus der Analyse der Begriffe Invalidität und Unfähigkeit infolge einer Krankheit gehen verschiedene Voraussetzungen hervor für die Methodik und Organisation der Ärzteformulierungen betreffs Arbeitsunfähigkeit (Formulierungen die gemeinsam behandelt werden mit allen Problemen des Heilverfahrens in den Sozialversicherungskassen) sowie Formulierungen betreffs Invalidität (Formulierungen, die angewandt werden, bei Dauerzuständen, die ein Sonderproblem darstellen vom üblichen Heil — und Vorbeuge-Verfahren des Arztes und welche teilweise in das Arbeitsgebiet der Sozialversicherungskasse, teilweise in das der Sozialversicherungsanstalt fallen).

Indem wir zum Problem der Vereinheitlichung der Gewährung der wichtigsten Geldleistungen der Invaliden- und Krankenversicherung übergehen, muss man besonders achten auf die Schwierigkeiten, solche Einheitlichkeit zu erreichen, die schon teilweise aus den vorherigen Erwägungen der Begriffe Invalidität und Arbeitsunfähigkeit hervorgehen, die aber vor allem von der schlechten finanziellen Lage der Krankenversicherung und von der organisatorisch ungenügenden Lösung des Vereinheitlichungsproblems abhängen.

Infolge dieser Schwierigkeiten werden die bestehenden Voraussetzungen der Vereinheitlichung — seien sie allgemeinen Charakters (der Grundsatz der Deckung der materiellen Nöte, die durch Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität hervorgerufen worden sind, nur durch eine Art von Leistungen: Rente oder Krankheitsunterstützung u. s. w.), seien es im Vereinheitlichungsproblem angenommene Gesetzesvorschriften (z. B. Vorschriften, die festlegen, dass im Falle des Eintritts der Berechtigung zu beiden Leistungen zuerst die Krankenleistungen erschöpft werden müssen), — häufig im Leistungsverfahren der Versicherungsinstitutionen nicht eingehalten.

Verhältnismässig oft treffen wir besonders auf eine nicht richtige Einstellung der Sozialversicherungskassen bei der Entscheidung über das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit, hervorgerufen durch Krankheit. (Die Versicherungskassen stellen tatsächlich mehr als einmal nicht die wirklich bestehende Arbeitsunfähigkeit fest- und zahlen infolgedessen die Krankenunterstützung nicht aus u. s. w.).

Das unzulässige Verhalten der Kassen sowie die nicht genügende Einheitlichkeit in der Erteilung von Krankheitsunterstützungen und Invalidententen verursachen dem Versicherten Schaden, belasten übermässig den Fonds der Pensionsversicherung durch Überweisung der Leistungen, erschweren das Rentenleistungsverfahren u. s. w.

Zwecks Beseitigung der festgestellten Mängel und Erreichung der besten Einheitlichkeit bei der Erteilung der Geldleistungen aus der Invaliden- und Krankenversicherung — ist es notwendig:

1) Das Niveau der ärztlichen Formulierungen zu heben (grundsätzlich durch Reform des Arztestudiums und dauernde Fortbildung — weiter da durch, dass man den Ärzten entsprechende Lehrbücher, Zeitschriften zustellt, entsprechende Kurse und wissenschaftliche Tagungen veranstaltet u. s. w.).

2) von normativer Seite der Bessergestaltung des Einheitlichkeitsproblems zu achten auf die Einhaltung der

caisses-assurances, — que, la décision du Ministère de l'Assistance Sociale du 1926, — stipule, que „l'assuré, incapable de travail à cause de la maladie, a le droit à l'indemnité du repos, si même dans la période de maladie la nécessité de l'aide sanitaire ne se présentait pas“.

3. solutionner le problème de coordination dans l'organisation de jurisprudence médicale de l'invalidité:

- a. dans les caisses-assurances — au moyen de l'inspection, exécutée par le médecin en chef, relative aux fonctions préparatoires, si les assurés présentent leurs demandes des rentes d'invalidité,
- b. dans l'Institut d'Assurances Sociales — au moyen de la création d'un organisme spécial pour résoudre les litiges entre les caisses-assurances et les divisions des prestations d'invalidité des ouvriers et travailleurs intellectuels (employés).

Gesetzesvorschriften durch die Sozialversicherungskassen; man muss den Kassen (infolge verschiedenartigen Verhaltens in dieser Angelegenheit) — gemäss dem gültigen Beschluss des Ministeriums für Sozialfürsorge vom Jahre 1926 — erklären, dass der „Versicherte, infolge einer Krankheit Arbeitsunfähige, das Recht auf Unterstützung besitzt, bis zu dem gesetzmässig vorgesehenen Zeitpunkt, auch wenn während der Krankheitszeit ärztliche Hilfe nicht notwendig war“.

3) organisatorisch das Einheitlichkeitsproblem lösen (gemäss dem in der Organisation ärztlicher Invalidenformulierungen üblichen Zweigradsystem).

a) auf dem Gebiet der Sozialversicherungskassen — durch Einführung einer Beaufsichtigung der Ärzteformulierungen durch den Ihefarzt der Kasse, wenn sich die Versicherten um die Invalidenrente bemühen.

b) auf dem Gebiet der zentralen Sozialversicherungsanstalt — durch Einberufung eines besonderen Organs, das die Streitfälle entscheidet zwischen den Sozialversicherungskassen und den Ausschüssen der zentralen Sozialversicherungsanstalt für Pensionsleistungen für physische und Geistesarbeiter.

Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny

Organ Wydziału Prawno-Ekonomicznego Uniwersytetu Poznańskiego
i Akademii Handlowej w Poznaniu

poświęcony nauce oraz życiu prawnemu i gospodarstwu Rzeczypospolitej Polskiej

wychodzi regularnie co kwartał od roku 1921

pod redakcją prof. dra A. Peretiatkowicza

„RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY I SOCJOLOGICZNY“

zawiera w każdym zeszytcie (objętości przeszło 300 stron) oprócz *artykułów* z dziedziny prawa i bieżących zagadnień gospodarczych i społecznych bogaty dział *bibliografii i sprawozdań krytycznych* z literatury prawniczej, ekonomicznej, nauk handlowych, samorządowej i socjologicznej — polskiej, francuskiej, angielskiej, włoskiej i niemieckiej;

zamieszcza regularnie *przegląd prawodawstwa* w Polsce;

daje stale najświeższy *przegląd orzecznictwa* (rocznie około 1300 pozycji) Sądu Najwyższego, Najwyższego Trybunału Administracyjnego (dla wszystkich ziem polskich) i Najwyższego Sądu Wojskowego wraz z rocznym *skorowidzem*;

w stałym dziale kroniki *gospodarczej, socjalnej i samorządowej* daje pogląd na rozwój poszczególnych gałęzi gospodarstwa narodowego na całym obszarze Rzeczypospolitej, obejmując *rolnictwo, przemysł i górnictwo, handel i komunikacje, stosunki kredytowe, walutowe i bankowe, spółdzielczość, pracę i opiekę społeczną, samorząd ziemski i miejski*.

Każdy zeszyt „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego“ zawiera co najmniej jedną planszę *albumu najwybitniejszych prawników, ekonomistów, statystyków i socjologów polskich*, co stanowi jak gdyby *premię dla stałych prenumeratorów*.

Prenumerata wraz z przesyłką wynosi tylko 25 zł. rocznie. Zamawiać można także we wszystkich księgarniach.

Abonenci, którzy prenumerują pismo *wprost w Administracji* (Poznań-Zamek), mogą opłacać prenumeratę w 2 równych ratach: w styczniu i w czerwcu.

Prenumerata zniżkowa (dla pp. sędowników, urzędników państwowych i samorządowych, mających stałe uposażenie, oraz dla studentów) wynosi 15 zł rocznie, płatnych ewentualnie również w 2 równych ratach: w styczniu i w czerwcu. Prenumeratę zniżkową przyjmuje *tylko Administracja „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego“ Poznań-Zamek. Konto czekowe w PKO Nr 201 346. Pocztowe konto rozrachunkowe Nr 8 Poznań 1.*

STATYSTYKA

Zestawienia ogólne

I. Zakłady pracy i ubezpieczeni

1935 — 1938

Okresy	Zakłady pracy, ^a	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
	których pracownicy ubezpieczeni są	na wypadek choroby	emerytalnemu robotników	emerytalnemu	na wypadek braku pracy	od wypadków w zatrudnieniu ^b
				pracowników umysłowych		
	w ubezpieczalniach społecznych			w całej Polsce		
Przeciętna w 1935 r.	400 884	1 677 634	1 383 206	278 074	277 157	1 888 375
Przeciętna w 1936 r.	410 127	1 761 784	1 465 236	293 328	291 742	1 967 039
Przeciętna w 1937 r.	435 965	1 954 362	1 638 053	316 736	314 349	2 175 228
Stan w końcu listopada 1937 r.	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
" " listopada	477 638	2 289 815	1 934 500 ^c	366 500 ^c	363 200 ^c	2 543 450 ^c

II. Składki (w tysiącach złotych)

1935—1938

Okresy	Ogółem	na ubezpieczenie						
		na wypadek choroby	emerytalne robotników	emerytalne	na wypadek braku pracy	od wypadków w zatrudnieniu		
				pracowników umysłowych	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
w październiku 1937 r.	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
w październiku "	33 394	11 970	7 257	5 665	1 847	6 655	4 943	1 712
B. Wpływ 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
w październiku 1937 r.	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
w październiku "	34 698	12 397	7 400	6 036	2 017	6 848	5 302	1 546

Patrz uwagi na stronie następnej.

Wyszczególnienie	1937		1938											
	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	
Ubezpieczenie na wypadek choroby¹	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
1. Ogółem	8 644	12 865	7 902	8 600	9 042	8 661	9 000	8 914	9 650	10 296	10 021	9 858	9 873	
2. opieka lekarska	2 688	3 591	2 535	2 700	2 723	2 728	2 762	2 776	3 026	3 059	3 013	3 022	2 971	
3. środki leczn. i pomocn.	1 423	1 762	1 337	1 402	1 466	1 476	1 542	1 409	1 352	1 565	1 594	1 606	1 621	
4. szpitale i zakł. leczn.	2 459	3 628	2 028	2 612	2 658	2 538	2 626	2 588	2 727	2 903	2 907	3 038	2 982	
5. zasiłki pieniężne	1 650	1 796	1 787	1 571	1 733	1 556	1 599	1 551	1 656	1 728	1 772	1 753	1 753	
6. lecz. w bratnich ubez.	168	234	57	129	220	174	206	154	170	198	190	130	219	
7. profilakt. i cele sanit.	256	1 854	158	186	242	189	265	436	719	843	545	309	381	
	Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach)													
8. Porady lekarskie ogół.	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	1 930,9	
9. " lekarzy dom.	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	1 396,4	
10. " " specjal.	455,5	433,0	443,3	448,0	520,3	443,9	500,0	463,8	455,5	476,5	516,1	527,0	534,5	
11. Zabiegi dentystyczne	146,1	135,2	138,7	134,7	153,8	123,9	142,6	120,1	121,7	137,0	145,6	155,3	160,6	
12. Leki i środki opatrunk.	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	2 299,7	
13. Zabiegi fizyko-terap.	192,0	183,7	210,2	229,0	253,8	184,0	187,6	147,7	108,7	75,1	132,7	180,3	208,3	
14. " rentgenowskie	40,3	38,2	44,6	44,8	52,5	44,6	50,0	46,6	43,2	41,1	46,8	47,0	49,5	
15. Przekazy do szpitali ^h	17,0	16,0	16,7	15,2	17,9	15,3	18,4	17,8	19,8	20,7	21,0	20,0	19,1	
16. Przyrost chorych we własnych szpitalach ⁱ	5,4	5,6	6,0	5,5	6,2	5,6	6,4	6,4	7,1	7,2	7,0	6,8	6,7	
17. Dni szpitalne ^j	82,0	87,0	90,9	87,7	96,5	86,5	98,9	101,0	103,7	104,7	102,0	100,8	96,7	
18. Dni zasiłkowe ^k	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	1 374,8	
19. Zasiłki pogrzebowe	3,2	3,3	2,9	2,5	3,1	3,0	3,2	3,2	3,4	3,6	3,5	3,6	3,6	
Ubezpieczenie emeryt. robotników^l	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
20. Ogółem	1 908	1 928	1 890	1 834	1 862	1 958	1 981	2 020	1 969	1 905	2 049	1 818	2 129	
21. renty	1 000	955	1 035	959	972	1 011	1 063	1 113	1 029	1 022	1 060	1 166	1 192	
22. zaopatrzenia	842	868	854	874	868	884	861	886	872	882	880	601	884	
23. świadc. jednorazowe ^m	66	105	1	1	22	63	57	21	68	1	109	51	53	
	Liczby wypłaconych świadczeń													
24. Renty	46 407	46 700	47 160	47 337	47 759	48 843	50 440	50 843	51 301	51 907	52 488	52 712	54 731	
25. zaopatrzenia	40 763	41 248	41 443	41 828	41 931	42 402	42 663	42 953	43 260	43 665	43 814	43 958	44 385	
26. świadc. jednorazowe ⁿ		766	21	9	196					2		27	492	
Ubezpieczenie pracowników umysłow.	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
27. Ogółem	4 471	4 638	4 437	4 589	4 678	4 669	4 546	4 574	4 524	4 642	4 692	4 794	4 699	
28. renty	3 586	3 628	3 670	3 693	3 731	3 763	3 645	3 774	3 731	3 856	3 858	3 914	3 956	
29. zaopatrzenia "	113	112	116	116	112	107	118	117	115	109	111	114	108	
30. świadc. jednorazowe ^o	136	125	125	122	97	102	135	69	101	84	98	133	32	
31. zasiłki bezrobotnych	636	773	526	658	738	697	648	614	577	593	625	633	603	
	Liczby wypłaconych świadczeń													
32. Renty	29 505	29 875	29 734	30 000	30 563	30 809	31 080	31 301	31 461	31 852	32 032	32 328	32 867	
33. zaopatrzenia "	2 252	2 256	2 269	2 272	2 264	2 261	2 269	2 271	2 277	2 291	2 288	2 299	2 302	
34. świadc. jednoraz. ^o	120	161	139	133		127			165	101	149	155	54	
31. Zasiłki z powodu braku pracy	9 244	11 032	8 062	9 529	10 714	10 180	9 317	8 930	8 266	8 468	9 340	9 656	9 220	
36. Bezrobotni, którym wypłacono zasiłki ^p	7 918	9 020	6 829	8 160	9 071	8 855	8 213	7 788	7 055	7 161	7 712	8 083	7 899	
Ubezpiecz. od wypadk.	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
37. Ogółem	4 132	4 436	3 756	3 964	4 397	4 415	4 400	4 125	4 306	4 089	4 562	4 226	4 448	
38. renty	3 846	4 042	3 645	2 821	4 101	4 093	4 074	3 911	4 050	3 862	4 211	3 990	4 189	
39. świadc. jedn. i rzecz. ^r	266	394	111	143	296	322	326	214	256	227	351	236	259	
	Liczby wypłaconych świadczeń													
40. Renty	122 648	123 291	123 992	124 412	125 831	126 302	126 264	126 560	126 578	126 881	126 947	127 055	127 870	
41. Świadc. jednoraz. ^s	83	111	67	84	120	122	78	80	81	69	108	114	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, położowe 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 wypłaca się zasiłki, jest mniejsza od liczby wypłaconych zasiłków w danym miesiącu, ponieważ niejednokrotnie bezrobotny otrzymuje łącznie zasiłki za okres dłuższy niż jeden miesiąc. r Zapomogi pośmiertne, odprawy wdowie oraz koszty protez i lecznictwa. s Odprawy i zapomogi pośmiertne.

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

XI 1938

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy ^a	Ubezpieczeni na wypadek choroby		
			Razem	robotnicy	pracownicy umysłowi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Ogółem		477 638	2 289 815	1 956 496	333 319
<i>woj. centralne</i>		<i>217 033</i>	<i>1 143 561</i>	<i>979 875</i>	<i>163 686</i>
<i>woj. warszawskie</i>					
1	Ciechanów	3 671	14 391	12 311	2 080
2	Kutno	4 360	28 475	25 940	2 535
3	Płock	3 825	15 340	13 275	2 065
4	Warszawa	92 248	407 516	326 263	81 253
5	Zyrardów	4 348	24 396	22 136	2 260
<i>woj. łódzkie</i>					
6	Łódź	31 634	202 799	181 767	21 032
7	Pabianice	4 788	28 378	26 345	2 033
8	Piotrków Trybunalski	3 747	22 554	20 225	2 329
9	Tomaszów Mazowiecki	2 859	23 410	21 395	2 015
<i>woj. kieleckie</i>					
10	Częstochowa	7 379	47 022	42 994	4 028
11	Kielce	5 914	28 295	24 093	4 202
12	Ostrowiec Świętokrzyski	2 278	26 528	23 856	2 672
13	Radom	6 087	32 028	28 110	3 918
14	Sosnowiec	11 865	90 033	81 455	8 578
<i>woj. lubelskie</i>					
15	Lublin	10 388	52 621	44 848	7 773
16	Siedlce	3 357	12 515	10 119	2 396
17	Zamość	3 587	18 119	15 692	2 427
<i>woj. białostockie</i>					
18	Białystok	6 187	37 502	32 149	5 353
19	Grodno	4 924	20 766	17 492	3 274
20	Łomża	3 387	10 873	9 410	1 463
<i>woj. wschodnie</i>		<i>40 366</i>	<i>191 703</i>	<i>158 296</i>	<i>33 407</i>
<i>woj. wileńskie</i>					
21	Wilno	14 867	59 786	48 271	11 515
<i>woj. nowogródzkie</i>					
22	Baranowicze	3 322	13 421	10 827	2 594
23	Lida	2 874	13 728	10 942	2 786
<i>woj. poleskie</i>					
24	Brześć n/Bugiem	4 255	19 876	15 995	3 881
25	Pińsk	2 066	13 084	11 086	1 998
<i>woj. wołyńskie</i>					
26	Łuck	5 482	23 184	18 557	4 627
27	Równe	7 500	48 624	42 618	6 006

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>		82 929	361 697	302 470	59 227
<i>woj. poznańskie</i>					
28	Gniezno	4 523	16 662	14 538	2 124
29	Grodzisk Wlkp.	3 517	12 871	11 254	1 617
30	Kalisz	5 360	20 261	17 691	2 570
31	Leszno	3 517	12 165	10 629	1 536
32	Oborniki	4 164	14 733	12 702	2 031
33	Ostrów Wlkp.	5 484	17 007	14 659	2 348
34	Poznań	18 911	80 962	63 691	17 271
<i>woj. pomorskie</i>					
35	Bydgoszcz	7 851	42 608	35 887	6 721
36	Gdynia	5 720	37 355	30 555	6 800
37	Grudziądz	6 156	26 856	22 923	3 933
38	Inowrocław	2 867	14 809	12 929	1 880
39	Tczew	5 643	23 155	19 607	3 548
40	Toruń	4 711	22 550	18 416	4 134
41	Włocławek	4 505	19 703	16 989	2 714
<i>woj. południowe</i>		130 321	546 457	474 376	72 081
<i>woj. krakowskie</i>					
42	Biała Krakowska	5 886	35 104	32 048	3 056
43	Chrzanów	2 921	26 129	24 306	1 823
44	Kraków	27 866	99 632	84 549	15 083
45	Nowy Sącz	5 716	27 429	24 882	2 547
46	Tarnów	5 453	22 252	19 567	2 685
47	Zakopane	3 305	19 237	17 435	1 802
<i>woj. lwowskie</i>					
48	Drohobycz	6 168	26 243	22 773	3 470
49	Krosno	3 369	21 881	19 850	2 031
50	Lwów	28 214	93 828	76 254	17 574
51	Przemyśl	6 527	25 573	22 350	3 223
52	Rzeszów	4 809	20 985	18 580	2 405
53	Tarnobrzeg	2 487	23 953	21 559	2 394
<i>woj. stanisławowskie</i>					
54	Kołomyja	3 535	15 157	13 113	2 044
55	Stanisławów	6 174	22 818	19 891	2 927
56	Stryj	4 792	25 893	23 445	2 448
<i>woj. tarnopolskie</i>					
57	Brzeżany	2 650	7 060	5 800	1 260
58	Czortków	2 975	11 205	9 441	1 764
59	Tarnopol	3 981	11 629	9 684	1 945
60	Złoczów	3 493	10 449	8 849	1 600
<i>Śląsk Cieszyński</i>		6 989	46 397	41 479	4 918
61	Bielsko	6 989	46 397	41 479	4 918

^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 października 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		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	emerytalne (6)	na wypadek braku pracy (7)	(8)
Ogółem		31 681 213	11 969 656	7 256 927	5 664 899	1 846 992	4 942 739
%		100,0	37,8	22,9	17,9	5,8	15,6
<i>woj. centralne</i>		<i>16 147 009</i>	<i>6 748 789</i>	<i>4 152 619</i>	<i>2 756 147</i>	<i>905 229</i>	<i>1 584 225</i>
%		100,0	41,8	25,7	17,1	5,6	9,8
<i>woj. warszawskie</i>							
1	Ciechanów	125 613	51 884	30 991	21 535	6 707	14 496
2	Kutno	224 728	97 831	63 699	29 156	9 217	24 825
3	Płock	140 382	58 624	35 179	21 252	6 602	18 725
4	Warszawa	6 644 329	2 842 272	1 498 778	1 503 999	496 812	302 468
5	Zyrardów	276 474	121 769	80 176	31 913	10 290	32 326
<i>woj. łódzkie</i>							
6	Łódź	2 979 767	1 303 548	871 981	375 104	124 077	305 057
7	Pabianice	352 944	157 018	114 083	32 064	10 399	39 380
8	Piotrków Trybunalski	243 268	103 131	68 791	30 129	9 700	31 517
9	Tomaszów Mazowiecki	315 832	138 726	97 840	30 901	10 061	38 304
<i>woj. kieleckie</i>							
10	Częstochowa	546 401	231 903	165 953	58 785	19 339	70 421
11	Kielce	282 444	120 710	72 368	46 873	14 695	27 798
12	Ostrowiec Świętokrzyski	465 145	186 855	126 801	57 208	19 049	75 232
13	Radom	501 102	141 517	170 556	81 101	26 257	81 671
14	Sosnowiec	1 485 221	558 361	372 387	175 464	60 583	318 426
<i>woj. lubelskie</i>							
15	Lublin	541 113	220 650	129 538	95 338	30 061	65 526
16	Siedlce	121 088	47 989	24 162	27 201	8 451	13 285
17	Zamość	138 269	53 883	30 112	27 830	8 769	17 675
<i>woj. białostockie</i>							
18	Białystok	460 707	187 124	125 998	60 430	18 801	68 354
19	Grodno	208 681	85 640	49 959	34 560	10 649	27 873
20	Łomża	93 501	39 354	23 267	15 304	4 710	10 866
<i>woj. wschodnie</i>		<i>1 929 909</i>	<i>769 079</i>	<i>424 185</i>	<i>354 388</i>	<i>110 092</i>	<i>272 165</i>
%		100,0	39,8	22,0	18,4	5,7	14,1
<i>woj. wileńskie</i>							
21	Wilno	639 555	262 515	143 005	122 958	38 294	72 783
<i>woj. nowogródzkie</i>							
22	Baranowicze	127 925	50 285	26 109	26 785	8 246	16 500
23	Lida	130 513	50 740	26 247	25 730	7 946	19 850
<i>woj. poleskie</i>							
24	Brześć n/Bugiem	221 349	90 240	49 468	40 957	12 792	27 892
25	Pińsk	130 562	51 941	29 861	23 176	7 138	18 446
<i>woj. wołyńskie</i>							
26	Łuck	236 827	96 034	49 762	48 226	14 881	27 924
27	Równe	443 178	167 324	99 733	66 556	20 795	88 770

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 umysłowych emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>woj. zachodnie</i>		4 408 989	1 728 187	995 553	852 419	274 308	558 522
<i>%</i>		100,0	39,2	22,6	19,3	6,2	12,7
<i>woj. poznańskie</i>							
28	Gniezno	154 264	59 063	35 923	30 433	9 734	19 111
29	Grodzisk Wlkp.	120 341	45 547	24 664	27 496	8 676	13 958
30	Kalisz	189 168	80 483	48 825	23 375	8 907	22 578
31	Leszno	101 859	38 185	21 579	23 197	7 264	11 634
32	Oborniki	159 539	60 165	36 359	31 465	10 303	21 247
33	Ostrów Wlkp.	202 646	81 805	54 410	29 049	8 925	28 457
34	Poznań	1 130 771	446 080	230 181	248 834	81 836	123 840
<i>woj. pomorskie</i>							
35	Bydgoszcz	533 920	204 741	129 425	95 875	30 500	73 379
36	Gdynia	654 908	248 441	144 069	125 253	40 837	96 308
37	Grudziądz	281 891	113 912	65 375	51 646	16 362	34 596
38	Inowrocław	144 671	55 434	35 360	27 518	9 257	17 102
39	Tczew	257 019	103 042	60 436	45 450	14 160	33 931
40	Toruń	254 456	98 216	51 588	52 609	16 302	35 741
41	Włocławek	223 536	93 073	57 359	35 219	11 245	26 640
<i>woj. południowe</i>		6 017 355	2 455 641	1 508 248	926 898	297 723	828 845
<i>%</i>		100,0	40,8	25,1	15,4	4,9	13,8
<i>woj. krakowskie</i>							
42	Biała Krakowska	428 964	175 246	119 451	52 072	16 700	65 495
43	Chrzanów	438 925	164 688	121 908	43 057	14 430	94 842
44	Kraków	1 159 287	480 600	283 075	195 111	62 407	138 094
45	Nowy Sącz	281 488	117 046	77 935	32 635	10 361	43 511
46*	Tarnów	239 941	99 692	59 786	37 410	12 234	30 819
47	Zakopane	166 181	69 838	46 437	20 855	6 403	22 648
<i>woj. lwowskie</i>							
48	Drohobycz	391 325	163 195	100 709	61 928	20 450	45 043
49	Krosno	230 642	93 223	62 490	28 485	9 139	37 305
50	Lwów	1 104 065	453 886	246 135	217 309	70 816	115 919
51	Przemyśl	179 508	74 419	45 271	29 501	9 232	21 085
52	Rzeszów	198 071	81 997	51 552	27 144	8 647	28 731
53	Tarnobrzeg	302 075	118 605	80 088	35 800	11 498	56 084
<i>woj. stanisławowskie</i>							
54	Kołomyja	100 891	41 106	23 495	18 547	5 741	12 002
55	Stanisławów	222 432	91 575	56 844	32 242	10 109	31 662
56	Stryj	259 269	107 076	66 093	27 738	8 871	49 491
<i>woj. tarnopolskie</i>							
57	Brzeżany	53 359	20 702	10 833	12 169	3 744	5 911
58	Czortków	81 744	32 895	17 036	18 607	5 716	7 490
59	Tarnopol	92 380	36 724	19 653	19 520	6 015	10 468
60	Złoczów	86 808	33 128	19 457	16 768	5 210	12 245
<i>woj. śląskie</i>		3 177 951	267 960	176 322	775 047	259 640	1 698 982
<i>%</i>		100,0	8,4	5,5	24,4	8,2	53,5
61	Bielsko	2 528 997	267 960	176 322	85 042	27 537	92 093
	Oddz. Z.U.S. w Chorzowie	648 954	—	—	690 005	232 103	1 606 889

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 października 1938 r. ^a

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych		od wypadków w przemyśle
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	emerytalne (6)	na wypadek braku pracy (7)	(8)
Ogółem		33 151 200	12 397 146	7 400 118	6 035 313	2 017 244	5 301 379
%		100,0	37,4	22,3	18,2	6,1	16,0
<i>woj. centralne</i>		16 896 025	7 045 849	4 315 520	2 892 273	951 278	1 691 105
%		100,0	41,7	25,6	17,1	5,6	10,0
<i>woj. warszawskie</i>							
1	Ciechanów	122 798	51 417	29 735	21 214	6 615	13 817
2	Kutno	238 221	103 768	66 597	31 871	10 065	25 920
3	Płock	129 442	54 328	32 191	19 804	6 151	16 968
4	Warszawa	6 961 363	2 960 620	1 551 197	1 574 941	520 709	353 896
5	Żyrardów	287 364	125 939	83 338	33 914	10 936	33 237
<i>woj. łódzkie</i>							
6	Łódź	3 230 406	1 415 104	941 438	411 176	136 183	326 505
7	Pabianice	360 215	160 716	116 634	33 255	10 794	38 816
8	Piotrków Trybunalski	207 212	88 269	58 529	25 319	8 150	26 945
9	Tomaszów Maz.	326 194	143 635	100 719	31 992	10 408	39 440
<i>woj. kieleckie</i>							
10	Częstochowa	595 132	251 812	180 509	64 696	21 630	76 485
11	Kielce	328 534	131 160	77 437	52 778	16 537	50 622
12	Ostrowiec Świętokrzyski	418 429	168 788	113 930	50 570	16 845	68 296
13	Radom	543 022	156 414	182 016	88 716	28 699	87 177
14	Sosnowiec	1 621 486	610 763	411 524	193 693	66 824	338 682
<i>woj. lubelskie</i>							
15	Lublin	565 662	229 637	133 482	102 675	32 363	67 505
16	Siedlce	122 116	48 627	24 391	27 457	8 528	13 113
17	Zamość	130 715	51 500	28 135	26 294	8 288	16 498
<i>woj. białostockie</i>							
18	Białystok	434 480	179 885	117 778	56 698	17 640	62 479
19	Grodno	179 406	73 930	42 799	29 609	9 120	23 948
20	Łomża	93 828	39 537	23 141	15 601	4 793	10 756
<i>woj. wschodnie</i>		1 846 421	742 405	401 208	339 321	105 400	258 087
%		100,0	40,2	21,7	18,4	5,7	14,0
<i>woj. wileńskie</i>							
21	Wilno	542 351	223 626	121 130	101 175	31 537	64 883
<i>woj. nowogródzkie</i>							
22	Baranowicze	145 365	56 971	29 482	31 117	9 585	18 210
23	Lida	138 921	56 866	27 724	28 654	8 848	16 829
<i>woj. poleskie</i>							
24	Brześć n/Bugiem	218 181	89 584	48 393	40 622	12 680	26 902
25	Pińsk	126 882	50 929	28 660	22 420	6 910	17 963
<i>woj. wołyńskie</i>							
26	Łuck	223 048	92 137	45 672	45 470	14 032	25 737
27	Równe	451 673	172 292	100 147	69 863	21 808	87 563

Patrz uwagi na stronie następnej.

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Wpływy składek i odsetek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych	emerytalne	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>woj. zachodnie</i>		4 667 529	1 799 860	1 018 317	851 153	325 627	672 572
%		100,0	38,6	21,8	18,2	7,0	14,4
woj. poznańskie							
28	Gniezno	169 923	68 111	37 662	32 897	10 505	20 748
29	Grodzisk Wlkp.	117 163	44 907	23 829	26 569	8 378	13 480
30	Kalisz	188 400	81 078	47 509	28 707	9 009	22 097
31	Leszno	116 485	43 991	24 091	26 746	8 356	13 301
32	Oborniki	177 213	67 128	38 658	35 055	11 386	24 986
33	Ostrów Wlkp.	209 620	78 891	49 658	27 195	8 357	45 519
34	Poznań	1 246 733	475 754	243 813	227 893	126 671	172 602
woj. pomorskie							
35	Bydgoszcz	560 599	207 000	130 780	98 329	31 284	93 206
36	Gdynia	727 751	274 343	160 836	139 707	45 600	107 265
37	Grudziądz	289 822	114 767	65 674	52 720	16 706	39 955
38	Inowrocław	142 932	55 741	34 373	26 914	9 037	16 867
39	Tczew	262 920	105 346	59 272	45 188	14 086	39 028
40	Toruń	258 320	98 926	51 265	51 978	16 271	39 880
41	Włocławek	199 648	83 877	50 897	31 255	9 981	23 638
<i>woj. południowe</i>		6 117 559	2 530 318	1 484 777	962 372	309 072	831 020
%		100,0	41,3	24,3	15,7	5,1	13,6
woj. krakowskie							
42	Biała Krakowska	404 942	166 012	112 482	49 002	15 715	61 731
43	Chrzanów	444 873	167 095	123 534	44 184	14 815	95 245
44	Kraków	1 171 405	495 980	272 389	199 935	63 961	139 140
45	Nowy Sącz	270 632	113 442	74 351	31 638	10 044	41 157
46	Tarnów	251 506	106 300	61 691	38 727	12 658	32 130
47	Zakopane	116 228	49 140	33 106	13 303	4 069	16 610
woj. lwowskie							
48	Drohobycz	431 842	179 475	110 514	68 275	22 538	51 040
49	Krosno	217 741	88 287	58 739	27 058	8 682	34 975
50	Lwów	1 125 924	473 908	231 041	228 964	74 563	117 448
51	Przemyśl	195 136	85 104	46 925	31 651	9 921	21 535
52	Rzeszów	206 504	84 610	52 646	30 915	9 804	28 529
53	Tarnobrzeg	336 849	132 267	86 051	45 697	14 563	58 271
woj. stanisławowskie							
54	Kołomyja	106 089	43 457	24 659	19 544	6 051	12 378
55	Stanisławów	223 268	92 254	56 080	32 638	10 242	32 054
56	Stryj	283 855	117 181	72 278	31 582	10 086	52 728
woj. tarnopolskie							
57	Brzeżany	52 154	20 802	10 364	11 777	3 625	5 586
58	Czortków	83 286	34 176	17 387	18 603	5 716	7 404
59	Tarnopol	99 893	43 668	19 916	19 770	6 093	10 446
60	Złoczów	95 432	37 160	20 624	19 109	5 926	12 613
<i>woj. śląskie</i>		3 623 666	278 714	186 296	990 194	325 867	1 848 595
%		100,0	7,7	5,0	27,3	9,0	51,0
61	Bielsko	667 786	278 714	180 296	87 904	28 479	92 393
	Oddz. Z.U.S. w Chorzowie	2 955 880	—	—	902 290	297 388	1 756 202

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa^a

w tysiącach złotych

I — XII 1938

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Razem świadczenia	Zasiłki pieniężne	Opieka lekarska	Środki lecznicze i pomocnicze	Szpitala i zakłady lecznicze	Leczenie w bratnich ubezpieczalniach i zwroty ubez.	Profilaktyka i cele sanitarne
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Ogółem . . .	114 360,1	20 453,7	35 169,4	18 302,6	32 772,5	2 069,3	5 592,6
	%	100,0	17,9	30,7	16,0	28,7	1,8	4,9
	<i>woj. centralne . . .</i>	<i>66 150,4</i>	<i>11 643,7</i>	<i>20 861,5</i>	<i>10 777,9</i>	<i>18 927,1</i>	<i>1 161,8</i>	<i>2 778,4</i>
	<i>%</i>	<i>100,0</i>	<i>17,6</i>	<i>31,5</i>	<i>16,3</i>	<i>28,6</i>	<i>1,8</i>	<i>4,2</i>
	<i>woj. warszawskie</i>							
1	Ciechanów . . .	451,7	55,5	161,2	91,0	111,9	13,8	18,3
2	Kutno	806,2	128,0	267,8	168,7	188,5	17,8	35,4
3	Płock	460,5	67,0	143,3	93,8	114,3	12,1	30,0
4	Warszawa	29 464,3	4 360,2	9 869,1	5 031,1	8 822,4	394,9	986,6
5	Żyrardów	1 280,3	254,2	390,3	223,1	321,2	17,8	73,7
	<i>woj. łódzkie</i>							
6	Łódź	11 832,8	2 494,8	3 494,2	1 635,7	3 571,6	78,1	558,4
7	Pabianice	1 400,2	305,9	405,1	237,5	347,7	17,5	86,5
8	Piotrków Trybun.	1 008,5	198,0	278,6	144,1	328,9	12,5	46,4
9	Tomaszów Maz. .	1 324,0	267,1	421,3	228,5	303,6	34,9	68,6
	<i>woj. kieleckie</i>							
10	Częstochowa . .	2 287,9	543,4	664,9	384,8	552,6	21,7	120,5
11	Kielce	1 085,3	156,0	320,5	191,4	316,3	41,4	59,7
12	Ostrowiec Świętokrzyski	1 724,6	509,9	416,6	246,4	430,1	41,2	80,4
13	Radom	1 366,5	204,2	480,7	241,6	290,9	43,7	105,4
14	Sosnowiec	6 287,2	1 368,1	1 907,8	968,5	1 792,4	62,9	187,5
	<i>woj. lubelskie</i>							
15	Lublin	1 730,3	258,9	574,9	259,1	511,5	42,9	83,0
16	Siedlce	483,0	55,8	135,3	113,1	128,5	20,4	29,9
17	Zamość	470,1	42,9	147,7	86,8	135,8	10,0	46,9
	<i>woj. białostockie</i>							
18	Białystok	1 552,4	231,6	439,8	244,2	365,7	175,6	95,5
19	Grodno	788,1	104,0	224,8	135,2	211,2	74,3	38,6
20	Łomża	346,5	38,2	117,6	53,3	82,0	28,3	27,1
	<i>woj. wschodnie . .</i>	<i>6 546,6</i>	<i>867,3</i>	<i>2 014,3</i>	<i>1 164,9</i>	<i>1 925,1</i>	<i>199,1</i>	<i>375,9</i>
	<i>%</i>	<i>100,0</i>	<i>13,3</i>	<i>30,8</i>	<i>17,8</i>	<i>29,4</i>	<i>3,0</i>	<i>5,7</i>
	<i>woj. wileńskie</i>							
21	Wilno	2 035,4	295,4	626,2	312,8	643,9	24,2	132,9
	<i>woj. nowogrodzkie</i>							
22	Baranowicze . .	456,7	45,6	133,4	92,2	128,8	27,4	29,3
23	Lida	487,3	50,5	144,8	114,6	144,2	8,0	25,2
	<i>woj. poleskie</i>							
24	Brześć n/Bugiem	832,4	104,3	263,9	134,9	247,3	28,2	53,8
25	Pińsk	467,7	65,7	156,1	76,8	117,4	15,9	35,8
	<i>woj. wołyńskie</i>							
26	Łuck	798,6	81,5	240,7	147,8	239,6	57,5	31,5
27	Równe	1 468,5	224,3	449,2	285,8	403,9	37,9	67,4

Patrz uwagi na stronie następnej.

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Razem świadczenia	Zasiłki pieniężne	Opieka lekarska	Środki lecznicze i pomocnicze	Szpitala i zakłady lecznicze	Leczenie w bratnich ubezpieczalniach i zwroty ubez.	Profilaktyka i cele sanitarne
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<i>woj. zachodnie</i> %		16 269,1 100,0	2 372,8 14,6	5 285,1 32,5	2 532,6 15,6	4 790,9 29,4	233,9 1,4	1 053,8 6,5
woj. poznańskie								
28	Gniezno	544,2	64,9	202,7	75,0	140,2	9,7	51,7
29	Grodzisk Wlkp.	398,1	70,7	143,6	60,8	86,8	6,6	29,6
30	Kalisz	662,2	92,0	236,9	114,0	158,0	6,6	54,7
31	Leszno	410,6	46,3	155,8	63,4	123,3	4,1	17,7
32	Oborniki	625,6	83,9	215,5	108,8	164,5	8,9	44,0
33	Ostrów Wlkp.	657,9	95,1	229,2	121,1	173,3	5,6	33,6
34	Poznań	4 633,3	729,0	1 358,7	643,6	1 631,2	49,0	221,8
woj. pomorskie								
35	Bydgoszcz	1 859,8	260,1	540,2	301,8	578,3	47,6	131,8
36	Gdynia	2 379,1	340,7	819,4	368,7	638,9	33,8	177,6
37	Grudziądz	919,7	124,5	331,3	167,1	207,2	12,8	76,8
38	Inowrocław	524,7	82,6	193,0	83,9	133,1	4,2	27,9
39	Tczew	921,4	127,7	301,1	122,9	271,6	14,7	83,4
40	Toruń	865,8	119,8	284,8	134,8	254,8	14,8	56,8
41	Włocławek	866,7	135,5	272,9	165,7	229,7	15,5	46,4
<i>woj. południowe^b</i> %		25 394,0 100,0	5 569,9 21,9	7 008,5 27,6	3 827,2 15,1	7 129,4 28,1	474,5 1,9	1 384,5 5,4
woj. krakowskie								
42	Biała Krakowska	1 614,5	500,8	416,8	211,7	401,0	25,6	58,6
43	Chrzanów	1 561,3	514,0	406,2	183,6	394,9	12,2	50,4
44	Kraków	5 286,3	1 025,5	1 409,9	718,1	1 738,1	48,8	345,9
45	Nowy Sącz	931,4	203,7	236,1	148,3	258,5	28,1	56,7
46	Tarnów	843,9	159,6	280,5	144,2	196,8	8,2	54,6
47	Zakopane	569,7	76,1	177,1	90,0	183,2	12,6	30,7
woj. lwowskie								
48	Drohobycz	1 748,3	469,3	478,3	266,8	456,4	11,0	66,5
49	Krosno	879,4	245,3	232,5	141,7	222,1	11,2	26,6
50	Lwów	4 458,7	768,7	1 253,4	829,9	1 389,6	33,9	183,2
51	Przemysł	671,5	89,0	232,6	117,8	160,0	8,8	63,3
52	Rzeszów	547,1	93,0	156,0	102,9	159,3	11,0	24,9
53	Tarnobrzeg	630,0	112,2	175,6	93,8	173,9	36,6	37,9
woj. stanisławowskie								
54	Kołomyja	333,3	44,4	102,9	53,6	97,2	3,7	31,5
55	Stanisławów	711,7	94,0	196,1	132,6	166,5	81,1	41,4
56	Stryj	1 004,6	248,6	269,6	139,9	198,8	75,9	71,8
woj. tarnopolskie								
57	Brzeżany	188,0	17,5	68,8	31,7	48,8	1,4	19,8
58	Czortków	300,6	48,3	96,5	61,0	67,4	2,6	24,8
59	Tarnopol	344,3	44,7	106,9	67,6	99,2	5,0	20,9
60	Złoczów	275,0	29,4	98,5	40,4	78,7	4,0	24,0
Śląsk Cieszyński								
61	Bielsko	2 494,4	785,8	614,2	251,6	639,0	52,8	151,0

^a Zestawienie nie obejmuje wydatków na świadczenia Kas Chorych Górnego Śląska.

^b Łącznie ze Śląskiem Cieszyńskim.

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych

XII 1938

W o j e w ó d z t w a	Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki	Liczba wypłaconych zasiłków miesięcznych <i>a</i>	Kwoty wypłaconych zasiłków (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość zasiłku I—XII
Ogółem	8 753	10 381	698 223,29	67,91
<i>centralne</i>	<i>3 802</i>	<i>4 332</i>	<i>316 641,92</i>	<i>73,50</i>
M. st. Warszawa	} 2 283	} 2 520	189 875,25	76,98
Warszawskie				
Łódzkie	683	755	52 394,10	73,48
Kieleckie	434	542	40 528,38	70,86
Lubelskie	240	322	21 439,14	60,46
Białostockie	162	193	12 405,05	60,28
<i>wschodnie</i>	<i>689</i>	<i>920</i>	<i>56 109,69</i>	<i>62,14</i>
Wileńskie	202	254	15 139,45	58,95
Nowogródzkie	137	182	10 736,80	64,81
Poleskie	143	176	12 139,50	64,80
Wołyńskie	207	308	18 093,94	62,56
<i>zachodnie</i>	<i>2 785</i>	<i>3 122</i>	<i>204 527,42</i>	<i>68,37</i>
Poznańskie <i>b</i>	1 356	1 462	84 241,03	57,80
Pomorskie <i>b</i>	792	920	57 683,89	61,37
Śląskie	637	740	62 602,50	89,86
<i>południowe</i>	<i>1 477</i>	<i>2 007</i>	<i>120 944,26</i>	<i>57,43</i>
Krakowskie	606	751	50 942,76	63,06
Lwowskie	601	884	47 807,31	55,11
Stanisławowski	143	196	12 595,40	54,88
Tarnopolskie	127	176	9 548,79	52,42

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 emerytalne Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu

XI — XII 1938

Rodzaj świadczenia	P r z y z n a n o				W y p ł a c o n o			
	rent		na sumę (w złotych) <i>a</i>		ilość osób (rencistów)		na sumę (w złotych) <i>b</i>	
	XI	XII	XI	XII	XI	XII	XI	XII
Renty inwalidzkie i chorych . . .	248	383	4 950,80	9 044,60	29 339	29 492	} 912 704,70	} 946 834,27
„ starości	57	125	877,95	1 884,45	5 372	5 356		
„ wdowie i wdów chorych . . .	97	229	721,55	1 857,10	15 100	15 241		
„ sieroce	44	103	162,60	420,60	6 425	6 374		

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

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

Źródło: Dane Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

Świadczenia emerytalne Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie

XI 1938

Rodzaj świadczenia	P r z y z n a n o			W y p ł a c o n o	
	rent	na sumę (w złotych) <i>a</i>	przeciętna miesięczna wysokość świadczenia	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych) <i>b</i>
Ogółem					2 121 676,35
Renty inwalidzkie	518	17 410,10	33,61	45 318	1 640 481,90
„ wdowie	212	3 837,15	18,10	16 527	316 161,35
„ sieroce	282	2 217,90	7,86	10 197	163 138,80
„ zaliczkowe	9	150,00	16,67	81	1 894,30

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

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

Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie.

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Tanaś Stanisław Tadeusz	1642296	Baranowicze	Krowiranda Aleksander	3688580	Łódź
Czarnecka Leokadia	5270885	Białystok	Najmanowicz Rywka	3642130	"
Drewnicka Elza	5266123	"	Majewska Zofia	3708509	"
Gaiński Aleksander	5243581	"	Matusiak Adam	3463917	"
Grajbus Władysław	5250553	"	Nysenbaum Mordka	3624926	"
Kapacyn Aleksander	5274135	"	Mrówka Zygmunt	3459440	"
Koroczyńska Rachela	5272424	"	Majewski Józef	3493919	"
Kozłowski Edward	5290654	"	Łeczycka Hinda	2065203	"
Kryński Motel	1423416	"	Milnikel Olga	3336415	"
Mudryk Antoni	5301611	"	Morawiecka Liba	3677375	"
Niewiński Józef	5311705	"	Malicki Stanisław	3587521	"
Piekut Maria	5241529	"	Łuczowski Bolesław	3644631	"
Sak Anna	5274879	"	Michalak Jan	3397262	"
Siemieńczuk Antoni	5276023	"	Majak Stanisław	3422516	"
Wernik Aron	5292292	"	Mielczarek Władysław	3606054	"
Fischel Lehrer		Brzeżany	Munzer Bruno	3709136	"
Kaszuba Stanisław	7546041	Chrzanów	Strzeszyńska Marianna	3706646	"
Dorak Stanisław	7565032	"	Sobczak Jan	3605510	"
Napora Władysław	4311720	Częstochowa	Pryca Karolina	3589934	"
Bryliński Stanisław	1864008	Grodno	Paradowski Bolesław	3423527	"
Nowicki Stanisław	6341282	Grodzisk Wlkp.	Podgórski German	3500156	"
Kubicka Maria	6359988	"	Sochaczewska Zysła	3581450	"
Wiśniewski Otton	7135015	Grudziądz	Pietryga Walentyna	3495100	"
Mościski Stanisław	1728925	"	Starosta Jan	3611885	"
Mendelowski Franciszek	8305302	Krosno	Pachucki Fajwel	3677463	"
Ukleja Tadeusz	1794700	"	Przybylak Wacław	3441522	"
Janiczek Helena	8299390	"	Zabrzewski Jerzy	3648205	"
Pikula Władysław	8302671	"	Rozenberg Kazimierz	3652103	"
Trybus Julia	8312869	"	Rotenberg Frajda	3652247	"
Wajda Wojciech	8295450	"	Zgobianka Aniela	3534888	"
Ostrowski Józef	8308870	"	Ziomka Józefa	1208227	"
Chmielewska Ludwika	1218742	Kalisz	Terka Kazimierz	3658597	"
Fischer Jan	6482003	Leszno	Witoń Elżbieta	6697701	"
Zimmer Franciszek	6492516	"	Bojakowski Stanisław	3621455	"
Bathelt Rudolf	3487835	Łódź	Wychowaniec Eleonora	3545971	"
Boczkowski Marcin	3454272	"	Szychta Władysława	3444293	"
Cytryn Machła	3595200	"	Weinsztok Mojsze	3651329	"
Badowski Henryk	3566422	"	Wenc Maria	3508731	"
Bronka Marianna	3610746	"	Wilhelm Reinhold	3674888	"
Ajtner Feliks	3576742	"	Wawrzyniak Feliksa	3643563	"
Jakubowicz Chaja	3495117	"	Górka Antoni	7983757	Nowy Sącz
Placek Zelig	3394602	"			Oddział w Jasle
Domański Mieczysław	3613373	"	Szkaradek Andrzej	7925224	Nowy Sącz
Dzieciechowicz Kazimierz	3437062	"	Paczyńska Anna	4495259	Ostrowiec
Jaskuła Helena	3623954	"	Adamczak Henryk	6742064	Poznań
Fitowska Tekla	3592765	"	Curzydło Karolina	6743273	"
Forysiak Michalina	3512945	"	Grossek Stanisław	1614513	"
Ferens Zofia	3566742	"	Jańczak Marian	6709307	"
Just Józefa	3508023	"	Kaczmarek Stefan	1615554	"
Grabska Fajga	3592044	"	Karasińska Władysława	2828395	"
Gruszkowski Jerachmil	4101047	"	Kwaśniewska Natalia	6814611	"
Grabowska Katarzyna	3490214	"	Kwiątek Franciszek	6742057	"
Chwat Abram	3648956	"	Lehmann Wawrzyniec	6680868	"
Gucz Henryk Leopold	346886	"	Matecki Tadeusz	1625938	"
Charłupska Liba	3492766	"	Nowakówna Wanda	1597736	"
Chrzanowska Sabina	3649136	"	Olenderek Gertruda	6785122	"
Lajzerowicz Ruchła	3707875	"	Inż. Olszewski Kazimierz	1624965	"
Gajda Wacław	3616716	"	Pędzińska Kazimiera	1607448	"
Gajkowska Maria	3426541	"	Plich Zofia	6694390	"
Gotlib Hersz	3610340	"	Stefaniak Stanisław	6725174	"
Kaczmarska Regina	3528389	"	Stronka Józef	1603720	"
Keller Cecylia	3604633	"	Tabat Helena	6682726	"

Wojciechowski Henryk	6819686	Poznań	Klaff Helena	2338292	Warszawa
Zboralski Marian	1620906	"	Krajewska Stefania	2258140	"
Szymańska Zofia	2141939	Płock	Kurdej Weronika	2360632	"
Zylberberg Elias	1016608	"	Kapelusiak Kazimiera	2240936	"
Harasyn Dominik	4587178	Radom	Kirszbraun Jan	2597537	"
Przyszlak Władysław	1843711	Stanisławów	Kohn Szlama	2489670	"
Wikieł Kazimierz	1408529	Siedlce	Kuperszmit Icek	2284615	"
Wojtowiec Jan	7303473	Toruń	Lesniowski Antoni	2673298	"
Jakusz Paweł	7210430	Tczew	Lachowiecki Gersz	1510761	"
Lasota Jan	4170878	Tomaszów M.	Morawski Zbigniew	1107247	"
Gadaj-Szczęśna Leokadia	4194467	"	Majfeld-Modjewski		
Frank Teodor	1288256	"	Ludwik	1068802	"
Szwarc Szlama	4210926	"	Mojak Stefan	1024047	"
Silber Nissen	1490846	Tarnobrzeg	Malicha Edward	1024377	"
Zofia Cwieluch		Wierzbnik	Muszyńska Karolina	2504976	"
Baumszyk Jankiel	2844428	Warszawa	Malcówna Maria	2279594	"
Biegaj Marian	1046226	"	Młynek Ewa	1077804	"
Bielawa Wacława	2186921	"	Najburg Mojsze	2807082	"
Błażewski Eustachiusz	1099761	"	Orlik Lejb	2675449	"
Bykówna Marianna	2783974	"	Pakulska Marianna	2492337	"
Bruleńska Stanisława	2222905	"	Poznańska Wanda	2545106	"
Cewiński Zbigniew	1125049	"	Pakszwer Bajroch	1049981	"
Chromiński Marian Józef	1158376	"	Pycz Fajga	2233891	"
Czyżykowska Wanda	2502092	"	Ruścicka Anna	2297668	"
Cygańska Maria	2615142	"	Rogalska Julia	2874867	"
Darda Zofia	2189924	"	Skarzyński Adolf	2690354	"
Detko Antonina	2706815	"	Świdarska Czesława	1133714	"
Gierkowski Stefan	2340487	"	Szymczak Bronisław	2494944	"
Głogowski Michał	2281111	"	Sawulski Kazimierz		
Goszczyńska-Moszczeńska			Bronisław	2579766	"
Stefania	1032366	"	Świątnicki Marian	2299461	"
Grzelka Janina	2468601	"	Stanczewski Adam	2842499	"
Gułowski Walenty	2425211	"	Sztrajbelt Marta	2319352	"
Gumiński Piotr	2243516	"	Sobecka Maria	2609302	"
Gut Helena	2253273	"	Trycińska Genowefa	2665555	"
Goldfinger Cyrla	2228288	"	Tiesenhausem Aleksan-		
Holcblat Lewi	2449615	"	der	1072182	"
Jaworska Anna	2655645	"	Tomaszewski Józef	2427737	"
Jakubowska Janina	2617600	"	Umgielter Roman	2181751	"
Janas Leon	2203225	"	Wójcik Stanisław	2387416	"
Janiszewska Janina	2221639	"	Włodarkiewicz Antoni	2492726	"
Jarzębska Janina	2635361	"	Wypych Franciszek	2332258	"
Jura Franciszek	2678396	"	Witkowska Stanisława	2712352	"
Kanton Antoni Leon	2516224	"	Wasilewska Helena	2800851	"
Komor Aleksander	2692863	"	Zalewski Edward	2550641	"
Kraiński Marian	2787034	"	Zajdeman Sara	2562005	"
Korczak Józef	2247335	"	Żochowski Zygmunt	2331049	"
Komorowski Piotr	5448467	"	Zdanowska Maria	3271906	Zyrardów
Krepiec Emilia	2275130	"			

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. 5-73-20 wew. 18. Administracji tel. 5-73-20, wew. 46.

Konto P. K. O. Warszawa Nr 23-429.

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

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE

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

BIBLIOTECZKA „PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH”

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

- | | | | |
|--|----------|--|---------|
| Nr 1. System wymierzania i ściągania składek oraz ewidencji ubezpieczonych w ubezpieczeniu społecznym. — Dr. H. Berliner | Zł. —.50 | Nr 17. O chorobach zawodowych. — Dr Bronisław Handelsman | Zł. 1.— |
| Nr 2. Projekt ustawy o „leczniczym i zapobiegawczym zwalczaniu gruźlicy”. — Dr. Henryk Wilczyński | „ —.50 | Nr 18. Prawo upadłościowe i układowe a ubezpieczenia społeczne. — Eugeniusz Sisslé | „ 1.— |
| Nr 3. Ubezpieczenia społeczne, a nowy rok. — Dr. Henryk Wilczyński | „ —.50 | Nr 19. Prawotwórcza rola trybunału dla spraw ubezpieczeń społecznych w Poznaniu w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych. — Dr Julian Hubert | „ 2.— |
| Nr 4. Próba oznaczenia rzeczywistego poziomu świadczeń w ubezpieczeniu chorobowym na podstawie danych statystycznych z działalności Kas Chorych. — Prof. L. Waściszewski | „ —.50 | Nr 20. Zaniedbane zagadnienie w ubezpieczeniach społecznych. — Gustaw Simon | „ —.50 |
| Nr 5. Kodeks zobowiązań a ubezpieczenia społeczne. — Jerzy Wengierow | „ 1.— | 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 6. Pomoc lekarska w ubezpieczeniu społecznym. — Dr. Henryk Wilczyński | „ —.50 | Nr 22. Walka z gruźlicą a ubezpieczenia społeczne. — Dr Marcei Staroniewicz | „ 1.— |
| Nr 7. Ubezpieczenie od wypadków według ustawy o ubezpieczeniu społecznym w świetle teorii i ustawodawstwa dotychczasowego. — Marian Wisłocki | „ 1.— | Nr 23. Rola ubezpieczeń społecznych na tle zagadnienia czynników sztywnych w rozwoju koniunkturalnym. — Bolesław Wścieklica | „ —.50 |
| Nr 8. Zagadnienia budżetowe w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. — Dr. Jan Bogusław Kon | „ 1.— | Nr 24. Współczesne problemy ubezpieczeń społecznych w Polsce. — Stanisław Sasorski | „ —.50 |
| Nr 9. Ubezpieczenie chorób zawodowych. — Dr. Brunon Nowakowski (Państwowa Szkoła Higieny) | „ 1.— | Nr 25. Istota zagadnienia kapitalizacyjnego z uwzględnieniem roli ubezpieczeń społecznych. — Mgr Kazimierz Teisseyre | „ 1.— |
| Nr 10. Systemy finansowe stosowane w instytucjach ubezpieczeń społecznych w Polsce. — Piotr Moroz | „ —.50 | Nr 26. Organizacja bezpieczeństwa pracy w związku z odszkodowaniem za wypadki. — Inż. Andrzej Mazurkiewicz | „ —.50 |
| Nr 11. Międzynarodowy Kongres Aktuariuszy, referat sprawozdawczy Tadeusza Poznańskiego | „ —.50 | Nr 27. Uwagi o lecznictwie zakładowym o ubezpieczeniu na wypadek choroby. — Dr Jerzy Bujalski | „ —.50 |
| Nr 12. 10-cio lecie „Funduszu Bezrobocia”. — Kazimierz Roźniewicz | „ 1.— | 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 13. Rozstrzyganie sporów w zakresie Ubezpieczeń Społecznych — Eugeniusz Sisslé | „ —.50 | Nr 29. Problem polityki lokacyjnej długoterminowych ubezpieczeń społecznych. — Dr Stefan Czarnecki | „ 3.— |
| Nr 14. O składce za ubezpieczenia wypadkowe i pracach techniczno-ubezpieczeniowych nad jej ustaleniem. — Zbigniew Łomnicki | „ —.50 | | |
| Nr 15. Konsekwencje systemu jednolitej składki w społecznym ubezpieczeniu chorobowym. — Dr Jan Bogusław Kon | „ 1.— | | |
| Nr 16. Wyjaśnienie do schematu ubezpieczeń społecznych scalonych (projekt indywidualny. — Dr H. Wilczyński | „ —.50 | | |

Poszczególne tomiki Biblioteki „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych”

są do nabycia w administracji:

Warszawa, ul. Czerniakowska Nr 231, ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

LABORATORIUM
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE „VAPOR”

R. i S. HERYNOWSCY

W WARSZAWIE UL. ŻELAZNA 30 TEL. 661-39

POLECA

„EMPHYSAL”

(WYRÓB
POLSKI)

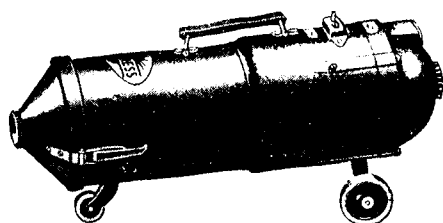
WPROWADZONY DO LEKOSPISU
(STRONA 48 POZYCJA 204 ROK 1933)

Już przy pierwszych objawach

przeziębienia lub bólów reumatycznych stosuje się
tabletki Aspirin, oznaczone krzyżem Bayer'a. A więc –
podręczna apteczka winna zawierać blaszane pudełeczko Aspirin.



TABLETKI ASPIRIN



ODKURZACZE, FROTENKI

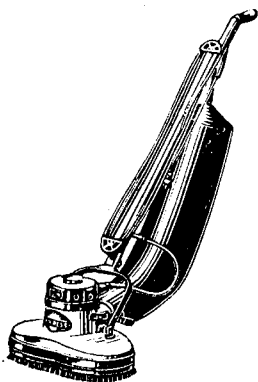
— ■ —
RĘCZNIKI ELEKTR.

J. JÓZEFOWSKI

WARSZAWA
Mokotowska 31

Tel. 8-55-23

Własne
warsztaty



UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁUCKU ogłasza

konkurs

na stanowiska lekarzy domowych — 1 w m. Łucku,
1 w m. Rożyszczach, 1 w Cumaniu, 1 w Sienkiewiczówce i 1 w Poddębcach pow. Łuckiego.

Kandydaci na powyższe stanowiska, posiadający wymagane § 3 wytycznych do umów z lekarzami, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z 1935 r. powinni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy: 1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) świadectwa z poprzedniej pracy, 4) dyplom lekarski, 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 6) świadectwo o przesłuchaniu kursu przeciwigazowego, 9) dowód stwierdzający stosunek do służby wojskowej i 10) własnoręcznie napisany życiorys.

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

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

Podania wraz z dokumentami należy składać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Łucku, ul. Dominikańska Nr 30 w kopertach zapieczętowanych z napisem „konkurs na stanowisko lekarza domowego” w terminie do dnia 20-go marca 1939 roku do godziny 12-tej.

Podania pozostawione bez odpowiedzi do dnia 15 kwietnia 1939 r. należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz Naczelny:
Dr. W. Zytyński

Dyrektor:
Wł. Nelken

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 rozjazd 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.III 1939.

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

Dyrektor Ubezpiecz. Społ. w Białymstoku
M. Bogdański

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PŁOCKU

ogłasza KONKURS

na stanowiska:

A. 5-iu lekarzy domowych: 1) dwu w Płocku (powiat płocki), 2) jednego w Sierpcu (powiat sierpecki), 3) jednego w Wyszogrodzie (powiat płocki), 4) jednego w Raciążu (powiat sierpecki).

B. Lekarzy-specjalistów w m. Płocku: 1. Chirurga, 2. Pediatri, 3. Otolaryngologa, 4. Ginekologa-akuszerka, 5. Wenerologa-dermatologa.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje podane w § 2 Wytycznych do umów z lekarzami w ubezpieczalniach społecznych, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr 9 z r. 1933-go.

Do podań winny być dołączone oryginały lub uwierzytelnione odpisy następujących dokumentów: 1) metryka urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) świadectwa z poprzednich prac, 4) dyplom lekarski, 5) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 6) własnoręcznie napisany życiorys, 7) świadectwo z przesłuchania kursu obrony przeciwlotniczo-gazowej, 8) świadectwo zdrowia wystawione przez lekarza urzędowego.

Ponadto lekarze-specjaliści winni dołączyć: 9) zaświadczenia szpitali, klinik i t. p. stwierdzające wymagane od nich kwalifikacje, w myśl § 2 ust. 3 Wytycznych do umów z lekarzami (Dz. Urz. Iz. Lek. Nr 9 z 1933 r.).

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umów na podstawie umowy zbiorowej z miejscową organizacją lekarską.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Płocku, do dnia 31 marca 1939, do godz. 12-ej, w kopertach zapieczętowanych, z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza (domowego) (specjalisty) w Ubezpieczalni Społecznej w Płocku“.

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej w Płocku.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KIELCACH

ogłasza KONKURS

na stanowiska:

- 1 lekarza pediatry z siedzibą w Kielcach,
- 2 lekarzy domowych z siedzibą w Kielcach,
- 1 lekarza domowego z siedzibą w Suchedniowie powiatu Kieleckiego,
- 1 lekarza domowego z siedzibą w Łopusznie powiatu Kieleckiego,
- 1 lekarza domowego z siedzibą w Wiśniówce powiatu Kieleckiego,
- 1 lekarza domowego z siedzibą w Wiślicy powiatu Pińczowskiego,
- 1 lekarza domowego z siedzibą w Małogoszczu powiatu Jędrzejowskiego.

Kandydaci na te stanowiska winni wnieść do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Kielcach ul. Tadeusza Kościuszki Nr 3 podania zaopatrzone w następujące oryginalne dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

- 1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom lekarski, 4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwa z poprzedniej pracy, 6) świadectwo o przesłuchaniu kursu gazowego, 7) dowód stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 8) świadectwo zdrowia, 9) własnoręcznie napisany życiorys.

Podania wraz z dokumentami należy nadesłać do dnia 15.III 1939 r. z zaznaczeniem na jakie ze stanowisk reflektuje dany kandydat. Placówki są do objęcia od zaraz.

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

Lekarz Naczelny: *Dr Wincenty Jokiel.*

Dyrektor: *Władysław Macek.*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W KALISZU

ogłasza KONKURS

na stanowiska:

- 1) lekarza pediatry w jednej osobie pełniącego obowiązki kierownika kolonii leczniczo-szkolnej w Sokołówce (pożądana lekarz-kobieta),
- 2) lekarza domowego z siedzibą w Kaliszu,
- 3) lekarza domowego w Chocz, powiatu kaliskiego,
- 4) lekarza domowego we Władysławowie i Tuliszkowie.

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

- 1) metrykę urodzenia,
- 2) dowód obywatelstwa polskiego,
- 3) dyplom lekarski,
- 4) zaświadczenie rejestracyjne (zezwoleń na prawo wykonywania praktyki lekarskiej),
- 5) świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej i szpitalnej,
- 6) świadectwo zdrowia — urzędowe,
- 7) świadectwo z przesłuchania kursu ratownictwa przeciwgazowego,
- 8) dokument wojskowy.

Podania wraz z wyż. wym. dokumentami należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Kaliszu, pl. Św. Józefa Nr 1 w terminie do dnia 31 marca 1939 r. włącznie, w kopertach zapieczętowanych z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza domowego“.

Warunki pracy i płacy wg. umowy.

Lekarz Naczelny *Dr. A. Dreszer*

Dyrektor *St. Słotwiński*

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W PIŃSKU ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza dentysty w Mikaszewiczach.

Kandydaci na to stanowisko 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 Pińsku, ul. Kościuszki Nr 51 w terminie do dnia 25 marca 1939 r. w kopertach zabezpieczonych z napisem „Konkurs na stanowisko lekarza dentysty”.

Warunki płacy i pracy wg umowy.

Lekarz Naczelny:
Dr. Wł. Orlewski.

Dyrektor:
I. Kubecki

Ubezpieczalnia Społeczna w Nowym Sączu ogłasza

konkurs

na stanowisko lekarza domowego w Ubezpieczalni Społ. w Nowym Sączu z siedzibą: 1) w Nowym Sączu, 2) w Gorlicach, 3) w Krynicy oraz 4) specjalisty chorób dziecięcych w Nowym Sączu.

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje określone w par. 2 wytycznych dla umów z lekarzami w Ubezpieczalniach Społecznych, ogłoszonych w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskiej nr. 9 z r. 1933.

Szczegółowe warunki płacy i pracy zostaną ustalone przy zawieraniu umowy o pracę na podstawie umowy zbiorowej, zawartej między Ubezpieczalnią Społ. a organizacjami lekarskimi w Nowym Sączu. Kandydaci na te stanowiska winni dołączyć do podań następujące odpisy dokumentów:

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

Podania wraz z powyższymi dokumentami należy przesyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społ. w Nowym Sączu w terminie do dnia 30 marca 1939 r. Termin objęcia posady 1 maja 1939 r. Dyrekcja Ubezpieczalni zaznacza, że pierwszeństwo w otrzymaniu posady mają ci lekarze, którzy mogą wykazać się dwuletnią praktyką lekarską w gminach wiejskich lub w miastach liczących poniżej 5.000 mieszkańców.

Lekarz Naczelny:
Dr Stanisław Zaraneh

Dyrektor:
Rudolf Burda

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W CIECHANOWIE ogłasza

konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie.

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

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

Podanie wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie w terminie do dnia 30 marca 1939 r. godz. 12 w południe.

Komisarz
Ubezpieczalni Społecznej
w Ciechanowie:
(B. Jarosiński)

ADMINISTRACJA
„PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH”
PROSI SZANOWNYCH
PRENUMERATORÓW
O UREGULOWANIE
PRENUMERATY ZA R. 1939

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.

DOZWOLONA DO STOSOWANIA
W UBEZPIECZALNIACH SPOŁECZNYCH

(NOWY LEKOSPIS Z. U. S.-U PRZYJĘTY PRZEZ RADĘ
NAUKOWO-LEKARSKĄ W R. 1939)

F A B R Y K A

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

„G E O”

Warszawa, Żelazna 56

SPIS RZECZY

Artykuły:

- Dr STANISŁAW RUDZIŃSKI:** Pomoc lecznicza dla pobierających renty z ubezpieczenia emerytalnego 199
- Dr BOLESŁAW RUTYŃSKI:** W jakiej drodze winny ubezpieczalnie społeczne dochodzić wierzytelności z tytułu składek, osób, które na podstawie istniejących przepisów prawa prywatnego mają obowiązek płacić cudze długi 206

Materiały:

- LUDWIK JANIĄK:** Świadczenia ubezpieczalni społecznych w r. 1937 w świetle art. 239 ustawy o ub. społ. 211
- LEKARZ I CHORY** (6 wypowiedzi) 213
- WŁADYSŁAW CUDNIK:** Popularyzacja ubezpieczeń społecznych przy biurku . . . 222

- Kronika krajowa** 223
- Kronika zagraniczna** 225
- Książki i czasopisma** 227
- Streszczenia niektórych artykułów w obcych językach** 235
- Statystyka** 236

SOMMAIRE

Articles:

Dr Stanisław Rudziński: Aide sanitaire aux rentiers de l'assurance-invalidité-vieillesse 199

Dr Bolesław Rutyński: Par quelle voie doivent les caisses-assurances recouvrer les créances à titre de cotisations des assurés qui, à la base des dispositions du droit civil, sont obligés de régler les dettes d'autrui 206

Matériaux:

Ludwik Janiak: Prestations des caisses-assurances en 1937 à la lumière de l'art. 239 de la loi sur les assurances sociales 211

„Le médecin et le malade“: (six énonciations) 213

Władysław Cudnik: Popularisation des assurances sociales au bureau 222

Actualités:

Pologne 223

Etranger 225

Livres et périodiques 227

Résumé de certains articles importants en français et allemand 235

Statistiques 236

INHALT

Aufsätze:

Dr Stanisław Rudziński: Ärztliche Hilfe für Rentenempfänger 199

Dr Bolesław Rutyński: Der Rechtsweg zur Einziehung der Sozialversicherungsbeiträge 206

Materialien:

Ludwik Janiak: Die Leistungen der Sozialversicherungskassen im Lichte des Art. 239 des Gesetzes über die Sozialversicherung 211

Der Arzt und der Kranke 213

Wład Cudnik: Die Propaganda in der täglichen Arbeit 222

Die Landeskronik 223

Die Auslandskronik 225

Bücher- und Zeitschriftenschau 227

Die Inhaltsangabe einiger Aufsätze 235

Statistik 236