PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ROK XVII
WARSZAWA
LISTOPAD - GRUDZIEŃ
1949 R.
ZESZYT 11—12

MIESIĘCZNIK

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

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

MGR ROMAN GARLICKI

Polityka społeczna na usługach imperializmu

W listopadzie 1949 r. został zawarty w Paryżu układ o ubezpieczeniu społecznym między pięciu państwami, uczestnikami tzw. paktu brukselskiego — Anglią, Francją, Belgią, Holandią i Luksemburgiem. Układ paryski pomyślany jest jako uzupełnienie i rozwinięcie istniejących między tymi państwami umów politycznych przez rozciągnięcie na dziedzinę zabezpieczenia społecznego bliskich, przyjaznych stosunków istniejących między sygnatariuszami układu.

Sama myśl nawiązywania ściślejszych więzów współpracy w zakresie ubezpieczeń społecznych między zaprzyjaźnionymi krajami sąsiedzkimi nie może oczywiście budzić zastrzeżeń, gdyż winna by ona w zasadzie iść po linii interesów robotnika. Po spełnieniu zasadniczych postulatów w zakresie międzynarodowej ochrony praw robotnika pozostaje zawsze jeszcze dostateczne pole dla dalej idących szczególnych powiązań i współpracy. Przykładem takiego rozszerzenia bliskich stosunków przyjaznych również na dziedzinę polityki społecznej są podpisane w dniu 5 kwietnia 1948 r. w Warszawie umowy między Polską a Czechosłowacją o ubezpieczeniu społecznym i o współpracy w dziedzinie polityki i administracji socjalnej. Pod tym więc względem układ paryski nie jest ani odosobniony ani oryginalny.

Ocenę wartości układu z punktu widzenia polityki społecznej przeprowadzić jednak trzeba niezależnie od jego aspektu politycznego na podstawie analizy konkretnych postanowień układu. Pod tym względem porównawcze zestawienie ostatniego układu paryskiego zarówno z układami polsko-czechosłowackimi jak i z konwencjami Międzynarodowego Biura Pracy z okresu międzywojennego wydaje się bardzo pouczające.

W zakresie międzynarodowych stosunków w dziedzinie ubezpieczeń społecznych dwa problemy wysuwają się na czoło. Pierwszym pozostaje zawsze ochrona praw rentowych, nabywanych w ciągu kolejnej pracy w dwu lub więcej państwach, a więc tzw. łączenie uprawnień i systemy rent składanych. Drugim jest sprawa udzielania świadczeń osobom zamieszkałym poza granicami danego państwa; w odniesieniu do wypłaty rent problem ten jest stosunkowo prosty, staje się on jednak szczególnie ważnym obecnie, gdy w systemie ubezpieczenia wzgl. zabezpieczenia społecznego punkt ciężkości przesuwa się coraz bardziej w stronę świadczeń w naturze oraz świadczeń wiążących się z polityką demograficzną i polityką zatrudnienia (protezowanie i rehabilitacja inwalidów pracy, objęcie pomocą leczniczą ogółu lub części rencistów, świadczenia rodzinne itp.).

Jak została w ostatnim układzie między państwami bloku brukselskiego postawiona sprawa łączenia uprawnień?

Wypada tu przypomnieć, że przyjęta w 1935 r. na sesji Międzynarodowej Organizacji Pracy konwencja o zabezpieczeniu uprawnień ubezpieczeniowych emigrantów (konwencja Nr 48) zobowiązuje państwa, będące członkami Międzynarodowej Org. Pracy, które by tę konwencję ratyfikowały, do zastosowania — w drodze umów dwustronnych lub wielostronnych albo w inny sposób — zasady wzajemnego zaliczenia

przebytych w nich okresów ubezpieczenia przy ocenie warunków powstania i zachowania prawa do rent, w stosunku do wszystkich osób, które kolejno w tych państwach pracują, bez względu na ich przynależność państwową (ściślej mówiąc do obywateli wszystkich państw, będących członkami Międzynarodowej Organizacji Pracy). Konwencję Nr 48 ratyfikowało jednak tylko kilka państw, m. in. Polska, a z państw bloku brukselskiego Holandia. W tym stanie rzeczy nie weszła ona właściwie w życie, gdyż państwa korzystające z pracy robotników cudzoziemskich pragną zachować wolną rękę. Niektóre z nich, jak Belgia, wprost odmawiają zawarcia umów o łączeniu uprawnień z krajami, z których robotnicy do Belgii imigrują, inne — jak Francja — zawierają dwustronne umowy o łączeniu uprawnień, nie będąc jednak związane konwencją Nr 48, ograniczającą te umowy do obywateli państw, zawierających daną umowę. Taki charakter ma również i umowa ubezpieczeniowa polsko francuska z 1948 r.

Układ paryski między pięciu państwami nie wprowadza bynajmniej jakiegoś systemu wielostronnego łączenia uprawnień. Podstawą łączenia uprawnień pozostają nadal tylko umowy dwustronne i każde z państw zachowuje w stosunku do każdego z partnerów wolną rękę, czy zechce w drodze umowy dwustronnej łączenie uprawnień zrealizować. Natomiast istotnym jest postanowienie, że wszystkie umowy dwustronne pomiędzy poszczególnymi państwami bloku będą miały zastosowanie nie tylko do obywateli danych dwu państw ale również do obywateli wszystkich państw bloku. Tak więc Anglik lub Holender będzie mógł korzystać z umowy francusko - belgijskiej, Belg z francusko - angielskiej itd.

Jak długo przy braku bardziej powszechnych podstaw łączenie uprawnień następowało tylko w ramach umów dwustronnych, tak długo ograniczenie działania tych umów do własnych tylko obywateli państw — kontrahentów nie miało wyraźnych cech dyskryminacji w stosunku do obywateli wszystkich innych państw. Jeżeli jednak tę wąską zasadę zastępuje się przez inną szerszą, jeżeli do korzyści wynikających z umów dwustronnych dopuszczą się obywateli obcych, ale nie wszystkich — to oznacza to, nie tylko pewne preferencje dla państw zaprzyjaźnionych, ale przede wszystkim jawną dyskryminację pozostałych pracowników cudzoziemskich, z wyraźnym pogwałceniem dotychczasowych zasad propagowanych przez MBP.

Postanowienia układu paryskiego uzyskują pełną wymowę, jeśli weźmiemy pod uwagę stosunki faktyczne. Żadne z państw, które ten układ zawarły, nie jest źródłem emigracji zarobkowej robotników, wymiana pracowników między nimi dotyczy raczej wypadków sporadycznych (pewnych fachowców, pracowników umysłowych, pracowników z okręgów pogranicznych). Natomiast wszystkie te państwa (obecnie również i Anglia) korzystają stale z pracy robotników cudzoziemskich, których praca jest niezbędną dla utrzymania w ruchu podstawowych gałęzi gospodarstwa (górnictwo we Francji i Belgii, rolnictwo we Francji). Układ paryski stwarza dla obywateli pięciu państw warunki swobodnego (o ile chodzi o ochronę uprawnień ubezpieczeniowych) przenoszenia się i poszukiwania pracy na całym obszarze 5 państw. Natomiast robotnicy cudzoziemcy są niejako na stałe związani z państwem, w którym jako imigranci rozpoczęli pracę, gdyż w razie przeniesienia się dla objęcia nowej pracy do innego z krajów bloku zachodniego tracą dotychczas nabyte uprawnienia. W ten sposób każde z zachodnich państw kapitalistycznych zabezpiecza się przed utratą „swoich" białych niewolników *).

Jakże inaczej wygląda ta sprawa w umowie polsko - czechosłowackiej z dnia 5.IV.1948 r. Postanowienia art. 14 tej umowy przewidują, że okresy kolejnego ubezpieczenia w obu krajach będą wzajemnie zaliczane i renty składane będą przyznawane dla wszystkich pracowników, zatrudnionych i ubezpieczonych w Polsce i Czechosłowacji, bez względu na obywatelstwo (a więc zarówno obywatelom polskim, czechosłowackim jak i wszystkim innym). Takie rozwiązanie nie wynikało z żadnych ubocznych względów politycznych; oba rządy miały zupełną swobodę ograniczenia umowy do własnych obywateli. Jeżeli Polska i Czechosłowacja przyjęły to najszersze rozwiązanie, to dlatego, aby dać wyraz zasadzie, że ochrona praw człowieka pracy stoi na pierwszym miejscu i nie jest podporządkowana żadnym względom politycznym, aby wprowadzić na tym odcinku zasady prawdziwego internacjonalizmu robotniczego.

Umowa polsko - czechosłowacka idzie w tym kierunku jeszcze dalej. Przewiduje ona (art. 18), że w każdym przypadku, gdy jedno z tych państw zawrze układ ubezpieczeniowy z jakimkolwiek państwem trzecim i układem takim obejmie również obywateli drugiego państwa (np. umowa między Czechosłowacją a Austrią zapewni łączenie uprawnień również dla obywateli polskich), to następować będzie automatycznie wzajemne zaliczenie uprawnień między trzeba państwami i przyznawanie rent składanych z trzech państw. W ten sposób umowa polsko - czechosłowacka wskazuje dro-

*) Należy zaznaczyć, że z inicjatywy rządu polskiego, jeszcze przed zawarciem układu paryskiego, w drodze osobnego układu zabezpieczono stosowanie do Polaków postanowień umowy belgijsko - francuskiej. Nie zmienia to w niczym oceny samego układu paryskiego.

gę dla zrealizowania powszechnego systemu międzynarodowej ochrony praw ubezpieczeniowych i z góry staje się otwartą dla wszystkich cząstką takiego systemu.

Również i układ paryski przewiduje możność łączenia uprawnień między trzema państwami ale oczywiście tylko dla obywateli państw bloku brukselskiego. I pod tym względem, zamiast iść po linii rozwoju systemu powszechnego, wkracza na drogę wypaczonego pod kątem widzenia politycznych interesów kapitalizmu imperialistycznego zacieśnienia urządzeń społecznych do pewnych grup państw, połączonych tylko więzami politycznymi a nie więzami faktycznej współpracy ludności pracującej. Jest to więc stara metoda wywoływania antagonizmów i rozbijania jedności międzynarodowej klasy robotniczej.

Może jednak w drugim z istotnych problemów, w sprawie udzielania osobom zamieszkałym za granicą wszystkich świadczeń ustawodawstwa socjalnego, przynosi uk'ad paryski jakieś rozwiązania, stanowiące krok naprzód na drodze rozwoju prawa społecznego?

Przyjrzyjmy się najpierw pod tym względem umowom między Polską a Czechosłowacją. Wprowadzają one w pełni zasadę zrównania — pod względem świadczeń społecznych — terytoriów obu krajów. Wszystkie świadczenia socjalne, udzielane pracownikowi i członkom jego rodziny, zamieszkałym w kraju, gdzie jest on lub był poprzednio zatrudniony, są udzielane również w razie zamieszkiwania na terytorium drugiego państwa. Tak więc robotnik Czechosłowak, zatrudniony na terytorium Polski, ma prawo do polskich zasiłków rodzinnych na żonę i dzieci, zamieszkały w Czechosłowacji, ma prawo do pomocy leczniczej zarówno dla swej rodziny, jak i dla siebie, jeśli jako chory powróci do ojczyzny; korzystając w Czechosłowacji z renty polskiej będzie miał prawo do pomocy leczniczej dla siebie i członków swej rodziny, do leczenia skutków wypadków, protezowania, korzystania z leczenia i pomocy w zakresie rehabilitacji zawodowej itp. Umowy polsko - czechos'owackie nie zawierają żadnych wyjątków ani ograniczeń tej zasady.

Zrealizowanie zasady „zrównania terytoriów" pociąga za sobą bezsprzecznie pewne trudności wykonawcze i pewne dodatkowe obciążenia finansowe na rzecz osób zamieszkałych za granicą. Rządy Polski i Czechosłowacji niewątpliwie brały pod uwagę te trudności, ale jednocześnie zdawały sobie sprawę, że bez uchylenia zasady terytorialności pełna opieka socjalna nad robotnikami, biorącymi udział w migracjach zarobkowych, wynikających bądź jak dawniej z wadliwości ustroju gospodarczego, bądź obecnie z planowej współpracy gospodarczej, nie mogłaby być zrealizowana. Na rzecz tej socjalnej zasady należało więc pominąć wszelkie względy egoistyczne i znaleźć rozwiązanie trudności praktycznych.

Zasada terytorialności świadczeń leczniczych i rodzinnych była dotąd w umowach ubezpieczeniowych na zachodzie naogół zachowywana. Można by'o przypuszczać, że nie chcąc wprowadzać zasady zrównania terytoriów w stosunku do krajów niesąsiedzkich, nie wprowadza się jej również, aby nie stwarzać niedogodnych precedensów, w stosunku do krajów sąsiedzkich, chociaż tu trudności wykonawcze są mniejsze. Skoro jednak układ paryski, będący uzupełnieniem traktatów politycznych, i tak już 'amie zasadę równości traktowania i wprowadza przywileje polityczne dla pewnej grupy obcokrajowców, nie stanowiące precedensu w stosunku do innych krajów, można się było spodziewać jakiegoś kroku naprzód w tej dziedzinie.

Tymczasem poza jednym przepisem, dotyczącym sytuacji najbardziej jaskrawej, a mianowicie pomocy leczniczej dla członków rodziny pracownika, zamieszkałych poza granicami kraju zatrudnienia, nie znajdujemy tu żadnych innych przepisów w sprawach takich jak zasiłki rodzinne, kontynuowanie leczenia, pomoc lecznicza dla rencistów itp. Tak więc nawet i w ciasnym obrębie bloku politycznego nie uczyniono próby przezwyciężenia interesów egoistycznych i wprowadzenia szerszych zasad, zabezpieczających pełną ochronę praw.

Układ paryski nie stanowi żadnej rewelacji. Dla każdego obserwatora zjawisk społecznych jest rzeczą oczywistą, że polityka społeczna państw kapitalistycznych nie może posiadać żadnej samodzielności, że w rezultacie ostatecznym musi być ona podporządkowana interesom kapitalizmu imperialistycznego. Rozwój niektórych urządzeń społecznych w okresie międzywojennym, w okresie młodości Międzynarodowego Biura Pracy, mógł stwarzać pozory nadziei, że dzięki wysiłkom wielu ludzi dobrej woli uda się powszechnie realizować zasady prawdziwej internacjonalistycznej postępowej polityki społecznej. Nadzieje te z góry były z'udne. Pozory musiały okazać się tym, czym były — to jest pozorami. Dialektyka rozwoju musiała prowadzić do fazy, w której pozory te zostaną porzucone, w której jawnie okazuje się niemożność zrealizowania pełnej internacjonalistycznej socjalnej ochrony praw robotnika w państwach, opartych na nacjonaliźmie i kapitaliźmie.

Układ paryski pozwala nam przychwycić ten nieodzowny proces niejako na gorącym uczynku i dodać jeszcze jeden przykład do długiej listy faktów, demaskujących prawdziwe założenia tzw. postępu społecznego, realizowanego przez obecne rządy państw bloku imperialistycznego.

JÓZEF JANUSZKIEWICZ

U W A G I

o wynikach stosowania reprezentacyjnej metody statystycznej w statystyce ubezpieczonych ZUS

I

Metoda reprezentacyjna badań statystycznych polega na opracowaniu zamiast całej masy statystycznej — pewnej z góry określonej, odpowiednio wybranej względnie wylosowanej próby. Na podstawie wyników otrzymanych z badania próby wnioskujemy o stosunkach panujących w całej masie. Oczywiście wnioski takie nie będą zupełnie pewne, ale istnieją metody matematyczne zezwalające na ustalenie, w jakich granicach mieszczą się popełniane błędy — co zupełnie wystarcza dla praktycznego wykorzystania wyników.

Badanie reprezentacyjne przedstawia wielkie korzyści praktyczne. Operując niewielkim materiałem, możemy przeprowadzić je tanio i szybko. Jednak praktyczne przeprowadzenie badania natrafia na poważne trudności gdyż — wyniki jego tylko wtedy należy uważać za poprawne, gdy potrafimy przez odpowiednią organizację i wykonanie zagwarantować, że stosunki zaobserwowane w próbach (reprezentacjach) nie różnią się w sposób istotny od stosunków panujących w całej masie.

Szereg uwag w tej sprawie podaje niniejsza praca.

Przed wojną Zakład Ubezpieczeń Społecznych opracował dwukrotnie statystykę ubezpieczonych metodą reprezentacyjną, mianowicie według stanu na koniec 1934 i 1935 roku. Wyniki ogłoszono w specjalnych wydawnictwach. Jako reprezentacje wybrano wówczas z kartoteki ubezpieczonych, u'ożonej według numerów, 10% kart robotników i 20% kart pracowników umysłowych o numerach różniących się o stałą liczbę.

W pierwszym badaniu powojennym według stanu z grudnia 1946 r. (wyniki ogłoszone w Nr. 7, 8 i 9 P.U.S., rok 1947) zbadano karty ubezpieczonych, których nazwiska zaczynały się od „P".

W drugim badaniu, wykonywanym obecnie, wybrano do reprezentacji ubezpieczonych, których nazwiska zaczynają się od litery „A", „D" i „T".

Wobec tego, że sposób losowania reprezentacji zastosowanej ostatnio przez Z.U.S. spotkał się z krytyką, częściowo uzasadnioną, podajemy w niniejszej pracy wyniki zebranych doświadczeń w tym przekonaniu, że będą one ciekawe dla tych pracowników ubezpieczeń społecznych, którzy interesują się bliżej tym zagadnieniem.

II

Przyjęcie za podstawę losowania literowego równoznaczne jest ze zbadaniem określonej warstwy w kartotece ubezpieczalni. Przenoszenie stosunków charakterystycznych dla tej warstwy na całość kartoteki jest s'uszne tylko w tym przypadku, gdy przyjęta warstwa dokładnie reprezentuje kartotekę jako całość. Teoretycznie słuszniejsze postępowanie polega na zbadaniu całości kartoteki przez pobranie w regularnych odstępach np. co piątej lub co dziesiątej karty. Należy jednak zwrócić uwagę na pewne trudności przy takim losowaniu. Między innymi, w przypadku gdy koperty mężczyzn ułożone są przed kopertami kobiet, co ma miejsce w niektórych ubezpieczalniach, losowanie może dać wyniki znacznie odbiegające od stanu faktycznego, jak to widać na przykładzie Ubezpieczalni Społecznej w Jeleniej Górze.

Losując kolejno co 5, 10 i 15 kartę w ten sposób uporządkowanej litery „A", stwierdzamy co następuje. Częstotliwość mężczyzn w całej literze (częściowo niepełnej z powodu zakwestionowania 24 kart) wynosi 62,4%, zaś przy losowaniu co 5-tej karty 63,8%

„ 10-tej „ 66,7%
„ 15-tej „ 60,9%

Zasadniczym warunkiem reprezentacji jest pewność, że w jej skład wchodzą tylko te jednostki, które należą do zbiorowości przez nią reprezentowanej, losowane w sposób zupełnie przypadkowy. Próbka wylosowana w sposób nieprzypadkowy może w pewnych wypadkach również dobrze reprezentować zbiorowość, jednak stosowanie kontroli matematycznej uzależnione jest właśnie od jej przypadkowości. Ponieważ losowanie odbywa się poza kontrolą statystyka nie ma pewności, że te dwie kardynalne zasady są spełnione; zależy to wyłącznie od dobrej woli personelu ubezpieczalni. Warto zaznajomić się w tym miejscu z kartoteką rejestracyjną ubezpieczonych.

Kartoteka ubezpieczonych (w ubezpieczalniach społecznych) sk'ada się z formularzy (Nr. 1) używanych do zgłaszania pracowników do ubezpieczenia i jest ułożona w porządku alfabetycznym, według nazwisk. W nazwiskach zaś zaczynających się od tej samej litery zachowana jest dalsza kolejność alfabetyczna następujących po sobie liter. Formularze są umieszczone w odpowiednich przezroczach, do których składa się zbiegiem czasu dalsze zgło-

szenia w razie ponownego zgłoszenia tego samego pracownika do ubezpieczenia.

Na formularzach zgłoszeń notowane są daty wpływu zameldowania i wymeldowania pracownika, zmiany kategorii ubezpieczenia, zmiany w stanie rodzinnym, data wystawienia legitymacji itp. Prace powyższe wykonywane są bieżąco na podstawie dowodów i wykazów nadsyłanych przez pracodawców. Nie zawsze ponowne zameldowanie przychodzi po wymeldowaniu pracownika z miejsca poprzedniego zatrudnienia. Często nadchodzą od pracodawców wykazy z nazwiskami pracowników, którzy muszą być wymeldowani wstecz na kilka miesięcy. Tak samo i zameldowania wstecz dokonywane są ze spóźnieniem kilkumiesięcznym. W ostatnim wypadku wypełnia się, na podstawie wykazów nadesłanych od pracodawców, formularz Nr 1 na miejscu (w U. S.) i pozostawia w kopercie do czasu nadesłania przez pracodawcę formularza (f. Nr 1) zawierającego wszystkie dane dotyczące ubezpieczonego, których zgodność ze stanem faktycznym jest stwierdzona podpisem tego ostatniego.

W razie przepełnienia przezroczy (kopert) zgłoszeniami, utrudniającego manipulację w kartotece zgłoszeń, przeprowadza się według odpowiednich instrukcji wysortowanie dawniejszych zgłoszeń, usuwa się zbędne formularze, a nawet koperty i odsyła się do aktów.

Trzeba uprzytomnić sobie, jakie trudności ma losujący, zwłaszcza jeśli idzie o duże ubezpieczalnie. Przede wszystkim kartoteka ubezpieczalni jest podstawą do kontroli wszystkich należnych świadczeń. Podania o przyznanie tych świadczeń wymagają sprawdzenia uprawnień petenta, co powoduje, że pewna ilość formularzy (f. Nr 1) zawierających dane dotyczące ubezpieczenia znajduje się u referentów różnych komórek ubezpieczalni. W kartotece na miejsce wycofanej koperty włączona jest tekturka z adnotacją referatu, do którego została wydana koperta. Przed przystąpieniem do losowania należałoby uporządkować kartotekę. Jeśli losowanie odbywa się w obrębie określonej litery, jest to stosunkowo łatwe do przeprowadzenia, niemożliwem staje się jednak, jeśli zamierzamy dokonać losowania w całej kartotece. Drugim ważnym momentem jest konieczność stwierdzenia przez losującego czy dana koperta należy do ubezpieczonego czynnego w dniu losowania. Instrukcja określa dokładnie dzień i miesiąc ujęcia czynnych ubezpieczonych. Gdyby kartoteka ubezpieczalni zawierała tylko koperty czynnych, sprawa byłaby stosunkowo prosta. Pamiętać jednak należy, że w kartotece pozostają dane dotyczące nie tylko osób w tej chwili opłacających składki, lecz również i tych, którzy przez śmierć lub objęcie pracy na terenie innej ubezpieczalni ubyły z grona czynnych ubezpieczonych. Dalsze trudności w przeprowadzeniu poprawnego losowania wynikają z racji spóźnionych meldunków pracodawców, a nawet Sekcji Wymiaru Składek. Do jakich rozmiarów może dojść kartoteka ewidencji ubezpieczonych warto przytoczyć fakt, że dla Warszawy wykazującej około 400.000 ubezpieczonych czynnych, stan kartoteki wynosi około 800.000 kopert. W konsekwencji trudno jest zgodzić się na tak olbrzymią pracę jaką jest uporządkowanie 800.000 kopert. Czy jest to jedyna droga do uzyskania poprawnej i losowej próbki? Doświadczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wykazuje, że reprezentacja literowa jest w zupełności wystarczająca dla tego celu, zaś jej strona techniczna jest bez porównania łatwiejsza. W dalszych wywodach postaramy się uzasadnić powyższą tezę.

III

Każdą z liter naszego alfabetu, jeśli chodzi o początkową literę nazwiska, ma swą przybliżoną częstotliwość. Granice odchyleń zależą z jednej strony od częstotliwości względnej danej litery, z drugiej zaś strony od liczebności kartoteki. Im większe są obie te wielkości, tym granice odchyleń będą mniejsze. Są to odchylenia o charakterze przypadkowym; odchylenia częstotliwości mogą pochodzić również z przyczyn istotnych. Kartoteka rent zagranicznych Z. U. S. wykazuje b. wysoką częstotliwość litery „N", przyczyną czego okazała się wielka liczba Nowaków pochodzenia śląskiego. Wysokość zatem częstotliwości litery „N" we wspomnianej kartotece należy przypisać przyczynie istotnej.

Jak już zaznaczyliśmy na wstępie omawiając wspomniane tam badania, liczba pobranych kart z poszczególnych ubezpieczalni zależała od stanu kart w kartotece, które zawierały nazwiska zaczynające się w przypadku pierwszego z badań od litery „P", w przypadku drugiego badania od litery „A", „D" i „T" razem wziętych. Zgodnie z tym co powiedzieliśmy wyżej, zależnie od liczebności kartoteki ewidencyjnej danej ubezpieczalni, otrzymywaliśmy dużą rozpiętość odsetka takich kart w stosunku do liczby ubezpieczonych czynnych.

Dla przykładu warto przytoczyć, że w kartotece Ubezpieczalni Społecznej w Żyrardowie kart na „P" wypadło 11,1% stanu czynnych, zaś dla U. S. w Krosnie 5,1% tegoż stanu. Rozbieżności te nasuwają podejrzenie, że użycie w mianowniku liczby ubezpieczonych czynnych jest niewłaściwe. Pożądanym byłoby zatem ustalenie częstotliwości liter „A", „D" i „T" dla zorientowania się, kiedy mamy prawo przypisać różnice pomiędzy częstotliwościami liter dla dwóch ubezpieczalni działaniu przyczyn przypadkowych, a kiedy istotnych. Zachodzi tu jednak zasadnicza trudność przy ustalaniu

tych częstotliwości. Nie znamy stanu kartoteki, który to stan nie jest równy liczbie ubezpieczonych czynnych. Musimy zatem uniezależnić się od nieznanego mianownika i badać stosunki

A : T : D

Proporcję powyższą możemy z korzyścią przekształcić na

1 : T/A : D/A

pamiętając jednak, że każda z liter ma właściwość zmienności przypadkowej w zależności od wielkości kartoteki. O ile na częstotliwość litery przyjęcie stanu ubezpieczonych czynnych zamiast stanu kartoteki ma decydujące znaczenie, o tyle przyjęcie stanu czynnych przy obliczaniu granic zmienności przypadkowej nie ma większego znaczenia. W miarę zwiększania się bowiem stanu kartoteki granice te zwężają się b. powoli. W ten sposób mamy prawo zadowolić się tą dokładnością, jaką daje przyjęcie stanu ubezpieczonych czynnych zamiast stanu kartoteki. Przyjęcie zatem trzech liter zamiast jednej pozwala na uniezależnienie się od niewiadomego mianownika przy sprawdzaniu częstotliwości poszczególnych liter. Ma wybór taki i słabą stronę. Zmienność jednej litery o częstotliwości równej sumie poszczególnych liter jest mniejsza niż suma zmienności wszystkich trzech liter razem. Powoduje to, że granice odchyleń dla cech przez nas badanych będą mniejsze dla litery „P" niż dla liter „A", „D" i „T". Przewaga pojedyńczej litery pod tym względem będzie mała dla dużej ubezpieczalni, jednak stopniowo coraz bardziej odczuwalna w miarę zmniejszania się tej wielkości. Przechodzimy obecnie do ustalenia częstotliwości dla poszczególnych liter. W tym celu dokonano wymierzenia kilku kartotek znajdujących się na terenie ZUS. Są to następujące kartoteki:

1) kartoteka rent bieżących i przedwojennych F. U. E. R.
2) kartoteka rent bieżących i przedwojennych F. U. E. P. U.
3) kartoteka rent zagranicznych Z. U. S.

Są to kartoteki zawierające pojedyńcze kartki, łatwo wymierzalne, ze względu na dość jednolity gatunek papieru. Największa z nich kartoteka 1) — zawiera oko'o 174.000 kart, dwie pozostałe — 18.000 i 11.000. Przed przyjęciem ostatecznej częstotliwości poszczególnych liter należa'o zbadać czy odchylenia otrzymane pochodzą z przyczyn istotnych czy też przypadkowych. Jeżeli idzie o litery „A", „D", „T" okazało się, że obserwowane odchylenia mają charakter przypadkowy co pozwoliło na ostateczne ustalenie ich częstotliwości jako przeciętnej ważonej wszystkich wartości. W ten sposób otrzymano:

dla	A	—	12,8‰
„	D	—	38,7‰
„	T	—	23,4‰
			74,9‰

Ustalone częstotliwości możemy uważać obecnie za najbardziej prawdopodobne dla każdej kartoteki. Jeśli stwierdzimy, że odchylenia od tych częstotliwości mieszczą się w granicach wynikających z wielkości kartoteki danej ubezpieczalni, odchylenia takie będziemy uważali za przypadkowe, w przeciwnym razie za odchylenia istotne.

Granice odchyleń liter „A", „T", „D", np. dla liczebności wspomnianych wyżej połączonych kartotek ZUS, obliczamy przy użyciu elementarnego wzoru statystyki matematycznej i otrzymujemy:

0,0120	$\leqslant$	PA	$\leqslant$	0,0136
0,0223	$\leqslant$	PT	$\leqslant$	0,0245
0,0373	$\leqslant$	PD	$\leqslant$	0,0401

Na podstawie przyjętych poprzednio stosunków mamy obecnie przy A = 1

1,64	$\leqslant$	P T/A	$\leqslant$	2,04
2,74	$\leqslant$	P D/A	$\leqslant$	3,34

Przy układaniu ostatnich nierówności należy pamiętać o pierwszej nierówności dla „P A". W ten sposób zostały ustalone granice zmienności tych stosunków dla wszystkich ubezpieczalni. Okazało się, że w granicach zmienności przypadkowej mieści się 29 ubezpieczalni, zaś takich ubezpieczalni, dla których obserwujemy dość znaczne odchylenie poza te granice mamy zaledwie 10. Ubezpieczalnie pozostałe wykazują nieznaczne odchylenia nie pozwalające z cał-

TABLICA I

L	Ubezpieczalnia	A	T : A	D : A	D : T	Granica dla D : T	
1	Zamość	1	2,40	4,80	2,0	1,30	— 2,11
2	Tarnobrzeg	1	3,95	5,62	1,42	1,32	— 2,08
3	Tarnów	1	3,77	5,67	1,35	1,35	— 2,04
4	Tarn. Góry	1	2,75	4,77	1,73	1,37	— 2,00
5	Chrzanów	1	3,98	9,53	2,39	1,38	— 1,99
6	Rzeszów	1	3,50	5,89	1,68	1,42	— 1,94
7	Bielsko	1	2,85	4,73	1,66	1,44	— 1,94
8	Sosnowiec	1	2,82	5,48	1,49	1,94	— 1,84

kowitą pewnością na przyjęcie ich za istotne. W wyniku tych badań należy przyjąć, że częstotliwości liter „A", „D", „T" wykazują w niektórych ubezpieczalniach różnice istotne, które są charakterystyczne dla całych grup położonych w jednej dzielnicy. Litera „A" wykazuje małą częstotliwość w ubezpieczalniach południowych, są to:

Ostatnie dwie kolumny wykazują, że częstotliwości liter „T" i „D" nie mają większych nieprawid'owości w tych ubezpieczalniach. Po stwierdzeniu wykazanej nieprawidłowości w niektórych ubezpieczalniach, zosta'a przeprowadzona dokładna kontrola kartotek pod względem ilościowym i jakościowym. Kontrola wykazała, że próbki zostały pobrane w zupełnej zgodności z instrukcją.

IV

Po omówieniu zasad stosowanych przy kontroli materiału przechodzimy obecnie do tej części pracy, która polegać będzie na:

1° wykazaniu, że wyniki otrzymane przy pierwszej reprezentacji (rok 1946, litera „P") oraz wyniki otrzymane przy drugiej reprezentacji (rok 1948, litery „A", „D", „T") nie wykazują sprzeczności tego rodzaju, aby należało kwestionować reprezentatywność poszczególnych liter;

2° stwierdzeniu, że własność ta (reprezentatywność) odnosi się nie tylko do litery jako całości lecz również do części każdej litery jak i do kombinacji części poszczególnych liter;

3° udowodnieniu, że na podstawie stwierdzonych własności istnieje możliwość wydatnego zmniejszenia wielkości reprezentacji.

Wypada obecnie podać kryterium przy pomocy którego będziemy ustalali, czy różnica dwóch częstotliwości pewnej cechy otrzymanych z dwóch niezależnych reprezentacji posiada charakter istotny czy też przypadkowy.

Niech dla dwóch takich reprezentacji (próbek) częstotliwości wynoszą p_1, i p_2. Zakładamy, że otrzymana różnica jest natury przypadkowej (wynika z własności każdej reprezentacji), natomiast prawdopodobieństwa cechy badanej są jednakowe w obu zbiorowościach. Jest to nasza hipoteza, którą należy sprawdzić. Założenie poczynione wyżej pozwala na przyjęcie przeciętnego prawdopodobieństwa statystycznego cechy badanej równego:

$$p_0 = \frac{p_1 n_1 + p_2 n_2}{n_1 + n_2},$$

gdzie n_1 i n_2 oznaczają liczebności reprezentacji.

Zmienność każdej z reprezentacji będzie

$$\sigma_1^2 = \frac{p^0 q^0}{n_1} \text{ i } \sigma_2^2 = \frac{p_0 q_0}{n_2}.$$

Zmienność zaś wspólna wynikająca z za'ożenia równości prawdopodobieństw cechy badanej w obu zbiorowościach

$$(1) \qquad \sigma_{12}^2 = p_0 q_0 \left(\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}\right)$$

W przypadku gdy różnica $(p_1 - p_0)$ mieści się w granicach $3\sigma_{12}$ możemy uważać ją za przypadkową.

Wyprowadzimy jeszcze jeden wzór ogólny, pozwalający na obliczenie wielkości próbki przy z góry przyjętej dokładności. Chcemy aby b'ąd częstotliwości cechy badanej nie przekraczał w reprezentacji $\mp$ d %.

W tym celu rozwiązujemy równania:

$$(2) \qquad \frac{(p - p')}{p} = \frac{t}{p}\sqrt{\left(1 - \frac{n-1}{N-1}\right)\frac{p\,q}{n}} = \alpha$$

We wzorze tym p oznacza częstotliwość cechy w zbiorowości badanej; p_1 — częstotliwość tej cechy wynikającej z reprezentacji. N i n oznaczają liczebności całej zbiorowości i jej reprezentacji. Litera d może przybierać różne wartości np. 5 %, 10% itd. Wreszcie t oznacza wartość zależną od stopnia pewności naszych założeń co do wielkości d, zaś $q = 1 - p$. Przyjmiemy w dalszych obliczeniach $t = 3$. Po rozwiązaniu tego równania otrzymujemy:

$$(3) \qquad n = \frac{\sigma^2 N}{\sigma_p^2 (N-1) + \sigma^2}$$

gdzie $\sigma^2 = p\,q$ i $\sigma_p^2 = \left(1 - \frac{n-1}{N-1}\right)\frac{\sigma^2}{n} \equiv \frac{(p=p')^2}{t^2}$

Należy tu zaznaczyć, że wzór ten, otrzymany przez odwrócenie wzoru poprzednio podanego, prowadzi do n znacznie przekraczających te liczebności, jakie mogłyby wystarczyć w praktyce. Daje on jednak orientację co do wzajemnych stosunków między liczebnościami poszczególnych próbek. Tabliczka zamieszczona niżej podaje sześć ubezpieczalni z różnych dzielnic Polski, dla których dokonano sprawdzenia liczebności nadesłanych kart.

Pięć z nich mieści się w granicach przypadkowych, natomiast szósta Tarnobrzeg znacznie odchyla się poza takie granice. Stosunek D : T wynosi 1,42 zaś granice odchylenia przypadkowego wynoszą dla Tarnobrzegu 1,32.

Częstotliwość liter T i D w tej ubezpieczalni jest zgodna z ustaloną przez nas, natomiast częstotliwość litery A jest znacznie mniejsza od częstotliwości teoretycznej.

TABLICA II

Ubezpieczalnia	Liczba ubez. na 1.12.1948	Kart nadesłanych			Stosunki			Granice odchyleń przypadkowych		Łączna liczba kart
		A	T	D	A	T	D	T	D	
Ciechanów	18.200	268	553	850	1	2,06	3.17	1,31 ≤ T:A ≤ 2,59	2,25 ≤ D:A ≤ 4,17	1671
Płock	24.000	338	614	1130	1	1,82	3.34	1,37 ≤ T:A ≤ 2,47	2,34 ≤ D:A ≤ 3,99	2082
Inowrocław	24.000	399	639	1125	1	1,60	2.82	— „ —	— „ —	2163
Tarnobrzeg	23.000	197	778	1105	1	3,94	5 61	1,36 ≤ T:A ≤ 2,49	2,36 ≤ D:A ≤ 4 02	2080
Zabrze	50 000	566	1098	1911	1	1,94	3.38	1,50 ≤ T:A ≤ 2,25	2,53 ≤ D:A ≤ 3 65	3575
Jelenia Góra	30.000	576	1272	1734	1	2,21	3.01	1,45 ≤ T:A ≤ 2,3	2,46 ≤ D A ≤ 3,75	3582
										15.153

V

Przechodzimy obecnie do pierwszej z cech — podziału ubezpieczonych według płci. Zastanówmy się przede wszystkim nad sprawą dokładności oraz związaną z nią wielkością reprezentacji. Teoretycznie rzecz biorąc, wartość bezbłędną cechy badanej otrzymamy po przerobieniu całej kartoteki ubezpieczalni. Pominięcie przy badaniu pewnej liczby kart może być źródłem błędów istotnych, nawet gdy wielkość reprezentacji jest stosunkowo duża. Jako przykład warto przytoczyć ciekawy przypadek jaki miał miejsce przy opracowywaniu ubezpieczalni Zabrze. Bezpośrednio po nadesłaniu do Z. U. S. kart na litery „A", „D", „T" został ustalony procent mężczyzn na 78,5%. Karty poddano analizie, w trakcie której zakwestionowano prawidłowość wypełnienia 311 kart i wycofano je z próbki. Pozostałe 3264 karty, stanowiące przeszło 90% całej zbiorowości badanej wykazały częstotliwość mężczyzn wynoszącą 80,7%, zaś w wycofanych kartach kobiety stanowiły około 48%. Widzimy tu jak niebezpieczną rzeczą jest wycofywanie kart z pobranej reprezentacji. Odrzucone karty 311, stanowiące 9,5% całej zbiorowości, okazały się niereprezentatywne, przez co olbrzymia 90,5%-owa reprezentacja dała wynik obarczony błędem istotnym.

Błędy tego rodzaju powstać mogą również podczas wybierania kart z kartoteki przez personel ubezpieczalni społecznej. Tu również odrzuca się olbrzymią ilość kart, aby otrzymać małą próbkę wynoszącą np. 8% całości kartoteki. Aby ta mała próbka mogła reprezentować całość kartoteki, instrukcja dokładnie określa, które karty należy przyjąć, a które odrzucić. Nie może w tych wypadkach decydować wzgląd na większą stratę czasu przy przeglądaniu koperty podlegającej losowaniu lub wzgląd na konieczność odszukania chwilowo brakującej w kartotece koperty.

Z jak wielkim błędem należy się liczyć, jeśli dla stwierdzenia podziału ubezpieczonych według płci użyjemy stosowanej obecnie 8% reprezentacji? Drugi z podanych wzorów pozwala na ustalenie błędu teoretycznego dla sześciu wybranych ubezpieczalni. Częstotliwości występujące w tym wzorze dla poszczególnych ubezpieczalni są nam nieznane. Za najbardziej prawdopodobną ich wartość możemy przyjąć zważone częstotliwości mężczyzn dla liter „A", „D", „T". W ten sposób otrzymujemy:

TABLICA III

L	Ubezpieczalnia	% mężczyzn „A D T"	Liczba nadesłanych kart	Błąd teoretyczny w %
1	Ciechanów	78,2	1671	± 3,7
2	Płock	75,4	2082	± 3,4
3	Inowrocław	75,8	2163	± 3,4
4	Tarnobrzeg	79,5	2080	± 3,3
5	Zabrze	73,5	3575	± 2,6
6	Jelenia Góra	62,8	3582	± 3,7

Widzimy, że wielkość błędu zależy nie tylko od liczby pobranych kart lecz również od częstotliwości cechy badanej. Wyraźnie stwierdzamy to w wypadku Zabrza i Jeleniej Góry. Przeciętna wielkość błędu przy reprezentacji 8% wynosi dla płci około 3,5%. Gdybyśmy jednak znacznie zwiększyli liczbę pobranych kart i zbadali nie 8% kartoteki lecz, powiedzmy, 50% jej stanu, czy błąd teoretyczny byłby dużo mniejszy? Okazuje się, że w tym wypadku błąd obniżyłby się przeciętnie do 2,5%. Efekt zupełnie niewspółmierny z nakładem pracy, jak widać z powyższych wywodów. Załóżmy dla przykładu, że idzie nam o dokładność 5%, czyli że częstotliwość mężczyzn w każdej z sze-

ściu ubezpieczalni ma się mieścić w granicach

$$p \pm 5\% \ p,$$

jeśli przez p oznaczymy częstotliwość wynikającą z reprezentacji. Obliczamy obecnie liczbę kart niezbędnych do zbadania przy tolerowaniu błędu wynoszącego ± 5%. Rachunki stwierdzają, że dla sześciu ubezpieczalni liczby te wynoszą:

TABLICA IV

L	Ubezpieczalnie	Liczba kart przy ± 5 % bł.	Nadesłano	Różnice
1	Ciechanów	980	1671	691
2	Płock	1168	2082	914
3	Inowrocław	984	2163	1179
4	Tarnobrzeg	988	2080	1092
5	Zabrze	1068	3575	2507
6	Jelenia Góra	2160	3582	1422
		7348	15153	7805

Gdybyśmy zadowolili się dokładnością dwa razy mniejszą a więc

$$p \pm 10\% \ p$$

wystarczyłoby pobrać kart niemal dokładnie cztery razy mniej.
Oto te liczby:

Ciechanów	245
Płock	292
Inowrocław	246
Tarnobrzeg	247
Zabrze	267
Jelenia Góra	540

VI

Przejdźmy obecnie do wykazania słuszności tezy, że reprezentatywność próbki nie zależy od litery, z której została pobrana. Uzasadnieniem obejmiemy rozkład ubezpieczonych wg płci oraz rozkład wg wieku. Przeliczenie kart rozłożonych wg przynależności do płci daje następujące zestawienie:

TABLICA V

L	Ubezpieczalnie	Odsetek mężczyzn			Przeciętna ważona „A.D.T."	Różnica maxim. między liter. %	Reprezent. „P"
		„A"	„D"	„T"			
1	Ciechanów	81,5	77,2	77,9	78,2	4,3	78,4
2	Płock	75,9	75,4	75,2	75,4	0,7	75,3
3	Inowrocław	76,1	75,4	76,2	75,8	0,8	78,4
4	Tarnobrzeg	74,7	80,1	79,8	79,5	5,4	78,5
5	Zabrze	74,8	79,2	78,5	78,5	4,4	77,1
6	Jelenia Góra	61,6	63,5	62,3	62,8	1,9	62,1

Łatwo sprawdzić przy pomocy wzoru pierwszego, że wszystkie różnice pomiędzy literami mają charakter przypadkowy. Ten sam charakter mają również różnice pomiędzy połączonymi literami „A", „D", „T" a literą „P".

Dla demonstracji sprawdzamy dla Tarnobrzegu różnicę pomiędzy „D" i „A":

$$0{,}801 - 0{,}747 = 0{,}061$$

Mamy tu $n_1 = 197$ $n_2 = 1105$

Przy przyjęciu hipotezy o równej częstotliwości płci dla liter „A" i „D":

$$p_0 = \frac{197 \times 0{,}747 + 1105 \times 0{,}801}{1302} = 0{,}792$$

$$\sigma^2_{AD} = p_0 q_0 \left(\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}\right) = 0{,}00098 \quad \sigma_{AD} = 0{,}0316$$

i $3\sigma_{AD} = 0{,}0948$. Różnica obserwowana jest mniejsza niż $3\sigma_{AD}$ co stwierdza słuszność przyjętej hipotezy.

W ten sposób zostało wykazane, że nie ma podstawy wyróżniać którejś z użytych tu liter. Wszystkie są jednakowo dobre, oczywiście w ramach właściwych im liczebności. Stwierdziliśmy poprzednio, że przy 10% błędzie, liczba kart dla Tarnobrzegu winna wynosić 247, zaś odchylająca się znacznie częstotliwość na „A" obliczona została zaledwie ze 197 kart. Tu tkwi właśnie przyczyna tego odchylenia.

VII

Przechodzimy do drugiego punktu naszych tez. Stwierdziliśmy wyżej, że stosunek liczebności kart przy dokładnościach 5% i 10% wynosi 1 : 4. Przeglądając liczebności nadesłanych kart widzimy, że litera „A" zawiera wszędzie wystarczającą liczbę kart dla próby 10%, litera „T" daje takich prób dwie, zaś z litery „D" można utworzyć aż trzy takie reprezentacje. Pozostają oczywiście pewne nadwyżki. Ukła-

TABLICA VI

	1234	1235	1236	1245	1246	1256	1345	1346	1356	1456	2345	2346	2356	2456	3456	Granica 3,5% błędu
Ciechanów	79,5	79,7	78,5	80.0	78,8	79,0	79,1	77,9	78,1	78,4	78,9	77,9	78,0	77,1	77,7	$75,5 \leqslant pi \leqslant 80,9$
Płock	74,1	74,9	74,6	73,8	73,4	74,3	74,5	74,2	75,0	73,9	76,1	75,8	76,6	75,4	76,2	$72,8 \leqslant pi \leqslant 78,0$
Inowrocław	76,0	76;1	75,3	75,9	75,9	75,1	74,4	75,3	74,4	74,5	74,4	75,1	74,3	75,2	75,2	$73,1 \leqslant pi \leqslant 78,5$
Tarnobrzeg	78,3	79,6	79,6	77,9	77,3	78,6	80,0	79,4	80,7	79,1	80,1	79,5	79,2	81,1	80,7	$76,7 \leqslant pi \leqslant 82,3$
Zabrze	78,3	77,5	77,6	78,1	78,2	77,4	78,3	78,4	77,6	78,2	79,1	79,2	78,4	79,0	79,2	$75,8 \leqslant pi \leqslant 81,2$
Jelenia Góra	62,8	63,0	62,7	63,0	62,7	62,9	63,2	62,9	63,1	63,1	63,6	63,2	63,5	63,5	63,7	$60,6 \leqslant pi \leqslant 65,0$

damy karty alfabetycznie usuwając stwierdzone nadwyżki. W ten sposób otrzymujemy sześć próbek dla każdej ubezpieczalni oraz po jednej próbce powstałej z kart odrzuconych. Warto zorientować się w składzie próbki powstałej z nadwyżek.

L	Ubezpieczalnia	Liczba kart na literę			Razem kart
		A	T	D	
1	Ciechanów	23	63	115	201
2	Płock	46	30	254	330
3	Inowrocław	153	147	387	687
4	Tarnobrzeg	—	284	314	598
5	Zabrze	299	564	1110	1973
6	Jelenia Góra	36	192	114	342

Karty tu figurujące pochodzą z końca każdej z liter ułożonej alfabetycznie. Z otrzymanych poprzednio sześciu próbek dla każdej z ubezpieczalni tworzymy 15 nowych w myśl zasad kombinatoryki. Oznaczając próbkę powstałą z „A" przez 1, próbki powstałe z „T" przez 2 i 3, wreszcie próbki z „D" przez 4, 5, 6 będziemy mieli reprezentacje typu 1234, 1235, 1236 itd. wszystkie tej samej teoretycznej 5% dokładności.

Skład poszczególnych próbek zmienia się od 25% do 50%. Tablica podaje przeciętne częstotliwości dla każdej z nich i pozwala stwierdzić, że wszystkie one mieszczą się w granicach ± 3,5%-ego błędu. Przeciętne wszystkich próbek dla poszczególnych ubezpieczalni w zestawieniu z przeciętną ogólną — dla liter połączonych, daje zestawienie:

Ciechanów	78,2	78,6	81,5	+ 3,7%
Płock	74,9	75,4	78,1	+ 3,6%
Inowrocław	75,8	75,1	73,6	— 2,0%
Tarnobrzeg	78,5	79,4	81,6	+ 2,8%
Zabrze	78,3	78,5	78,7	+ 0,3%
Jelenia Góra	63,1	62,8	60,0	— 4,5%

Łatwo obecnie obliczyć przeciętne dla odrzuconych kart. Podane są one w trzeciej kolumnie poprzedniego zestawienia zaś obok dokładność tych przeciętnych. I tu dokładność ta zależy, jak łatwo sprawdzić, od liczebności tych próbek, a więc i tu różnice pomiędzy nimi a przeciętnymi dla połączonych liter mają charakter przypadkowy.

VIII.

Wykazanie przypadkowości układu wszystkich próbek może być przeprowadzone na tle ogólnych własności losowania w zbiorowości reprezentatywnej.

Wykorzystamy wynik postępowania, które doprowadziło do otrzymania sześciu zbiorowości po 15 próbek. Dla ustalenia pewnych własności odnoszących się do każdej z tych zbiorowości obieramy np. piętnaście próbek dotyczących Jeleniej Góry. Każda z tych próbek składa się z $4 \times 540 = 2.160$ kart i pochodzi ze zbiorowości rzędu wyższego $6 \times 540 = 3.240$ kart. Zbiorowość została utworzona przez odrzucenie od końca, alfabetycznie uporządkowanej litery, nadwyżki ponad 540 kart. Odrzucenie tej nadwyżki mogłoby mieć miejsce na początku każdej litery, ze środka, lub w ogóle zgodnie z jakąś ustaloną inną zasadą. Każdorazowo otrzymywalibyśmy próbki o liczebności 3.240 kart. Każda z takich próbek stanowiłaby podstawę do utworzenia zbiorowości 15 próbek o liczebności 2.160 kart. Trzecią zbiorowość próbek stanowiłyby próbki małe o liczebności 342 kart.

Zgodnie z zasadą statystyki matematycznej przeciętna częstotliwość płci dla każdej kategorii tych próbek dążyłaby do przeciętnej częstotliwości płci wszystkich kart nadesłanych przez ubezpieczalnię. Wspólną granicą tych przeciętnych jest w naszym przykładzie 62,8% lecz każda z tych trzech kategorii próbek, w zależności od jej liczebności inaczej dąży do tej granicy. Próbki najmniejsze po 342 karty mogą dość znacznie odchylać się od przeciętnej ogólnej. Jedna z takich, jak widzimy w naszym przykładzie, wykazuje odchylenie 4,5%. Drugi szereg próbek o liczebności każdej 4 × 450 = 2.160 kart już lepiej, możnaby powiedzieć, „osacza" przeciętną ogólną, wykazując największe odchylenie 0,95%. Odchylenie dla reprezentacji o liczebności 6 × 540 = 3.240, reprezentowane w naszym przykładzie jedyną wartością 63,1% wynosi już tylko 0,48% wartości rzeczywistej. Nie znamy w tym wypadku maksymalnego odchylenia, lecz mamy prawo przypuszczać, że jest ono mniejsze niż 0,95%.

Dokładność, z jaką zbliżamy się do przeciętnej 62,8%, wzrasta w miarę zwiększenia liczebności próbki, wykazując stale odchylenia natury przypadkowej. Tego rodzaju właściwość przysługuje jedynie uporządkowanej losowo zbiorowości.

Widzieliśmy, że przy powiększeniu liczebności próbki z 2.160 do 3.240 czyli o 33%, błąd maksymalny wykazuje, praktycznie biorąc, nic nieznaczące zmniejszenie. To samo moglibyśmy powiedzieć przy przyjęciu do badania całego materiału nadesłanego czyli 3.582 karty. Efekt niewątpliwie duży w oszczędności czasu zużytego bez poważniejszej straty w dokładności wyników.

Istnieje jednak granica zmniejszania liczby kart podyktowana względami innymi niż zmienność częstotliwości. Pamiętać należy, że karty w kartotece ubezpieczalni układane są w sposób bardzo niejednolity. Część ubezpieczalni układa je, zgodnie z instrukcją, według ścisłego alfabetu, inne stosują taki układ, który najlepiej nadaje się dla miejscowych warunków. Próbki o dokładności teoretycznej ± 5%, jak wykazuje badanie w sześciu ubezpieczalniach, są wystarczająco duże, aby tego rodzaju różnice nie miały charakteru istotnego na wynik ostateczny.

W ten sposób stwierdziliśmy istnienie możliwości zmniejszenia liczebności próbki. Oszczędność przy przyjęciu wielkości ± 5% błędu dla podziału według płci wynosiłaby przeszło 50% liczby kart obecnie użytych; odpowiadałoby to około 3,75% kartoteki, a więc tyle ile wynosi np. samo „D". Oszczędność dla dużych ubezpieczalni byłaby znacznie większa i dochodziłaby do 75% obecnie badanych kart. Ze względu jednak na możliwość niespodzianek wynikających w związku z układem kartoteki wskazane jest, aby badanie przeprowadzać w obrębie całej odpowiednio dobranej litery. Konkretnie można ustalić dla Zabrza, Tarnobrzegu, Inowrocławia i Płocka literę „D", dla dwóch pozostałych ubezpieczalni należałoby poszukać litery o większej częstotliwości. Liczba kart dla Warszawy przy przyjęciu ± 5%-wego błędu wynosi około 6.500 sztuk (obecnie bada się 28.000 kart), co odpowiada w przybliżeniu literze „A".

Pozostaje jeszcze udowodnić, że trzy punkty naszych tez są słuszne również dla rozkładu według wieku. Dowód zamieścimy w jednym z najbliższych numerów Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych.

KAROL WEYMAN.

Normy wydajności pracy w instytucjach ubezpieczeń społecznych

I.

Pracownicy instytucyj ubezpieczeń społecznych weszli w pełni na drogę zorganizowanego, socjalistycznego współzawodnictwa o wyższą wydajność pracy. U pracowników ubezpieczeń społecznych — walczących w jednym szeregu z całą masą pracujących o wspólne cele — znaczy to w szczególności szybko, sprawnie i ekonomicznie obsłużyć ubezpieczonych w ramach planów, stosując nowe socjalistyczne metody pracy i osiągając coraz lepsze wyniki.

Pracownicy ubezpieczeń społecznych należą — w grupie pracowników umysłowych — do przodujących pod względem stosowania norm wydajności pracy, bowiem normy takie stosują już od 1946 r.

Jest przeto rzeczą wskazaną nakreślić rozwój tego jednego, bardzo ważnego elementu współzawodnictwa, wykazując jego dodatnie i ujemne strony w każdej fazie rozwojowej. Jest to potrzebne także i dlatego, że niektórzy pracownicy skłonni byli przypuszczać, iż zagadnienie norm wydajności wyczerpuje całokształt współzawodnictwa, jak niektórzy w technice współzawodnictwa widzieli równocześnie instrument określający indywidualne zarobki poszczególnych pracowników.

II.

Przystępując do opisania przebiegu pierwszej fazy, którą można nazwać „pierwotną", należy zaznaczyć, iż na przestrzeni lat 1946

i 1947 panował u nas jeszcze dość powszechnie pogląd, że nie należy normować wydajności pracy pracowników umys'owych w ogóle, a pracowników referendarskich w szczególności. Wbrew temu poglądowi pierwsze normy wydajności pracy wprowadzono w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych dla referentów świadczeń rentowych. Stało się tak dlatego, że na skutek uruchomienia w pełni — zahamowanej skutkiem działań wojennych — działalności rentowej i podwyżki rent z jednej strony, a ubytku kwalifikowanych pracowników — z drugiej strony, powstały duże zaległości w załatwieniu roszczeń o renty, które musiały być zlikwidowane w możliwie najkrótszym czasie. O zwiększeniu liczby pracowników przy stosunkowo niskich zarobkach w instytucjach ubezpieczeń społecznych nie mogło być mowy, a zresztą, gdyby się to nawet udało, to wyszkolenie nowego narybku trwa'oby zbyt długo ze względu na bardzo skomplikowane w owym czasie ustawodawstwo rentowe. Pracę tę musiała zatem wykonać dotychczasowa załoga pracownicza. Stosowana uprzednio praca w godzinach nadobowiązkowych nie dawała pożądanego wyniku mimo poważnych zabiegów racjonalizatorskich. Nie dawała dlatego, że pracownicy znajdowali łatwo lepiej płatną pracę popołudniową w innych instytucjach, a ponadto system wynagrodzenia za czas nie stanowił materialnej zachęty do lepszej wydajności pracy. Toteż bardziej społecznie wyrobieni pracownicy rentowi wraz z administracją nie widzieli innej drogi, jak ustalenie norm wydajności pracy. Były oczywiście i sprzeciwy ze strony niektórych pracowników. Organa związku zawod. prac. inst. ubezp. społ. wypowiedziały się za wprowadzeniem norm.

Ustalenie norm nie było wcale łatwe, bo choć każde roszczenie kończy się decyzją przyznającą rentę bądź decyzję odmowną, to jednak prace przygotowawcze do powzięcia decyzji są różne nie tylko dla każdego rodzaju renty, ale też prawie dla każdego roszczenia, a to w zależności od tzw. przebiegu ubezpieczenia, od rodzaju i pełności dowodów uprawnienia do renty itd. Bywają roszczenia które referent może załatwić w ciągu kilkunastu minut, ale zdarzają się i takie, na które referent zużywa do dwóch godzin. Obliczając systemem chronometrażowym *) czas załatwienia większej liczby roszczeń w kolejności wp'ywów, przez odpowiednio długi okres czasu można ustalić przeciętny czas zużyty na załatwienie jednego roszczenia. Takim sposobem ustalono normę czasu na poszczególne rodzaje załatwień (rodzaje decyzji, korespondencji przygotowawczych itp.).Norma taka miała wprawdzie charakter normy statystycznej, mimo to lepsza była w owym czasie (drugie półrocze 1946 r.) niż żadna.

W zarządzeniu naczelnego dyrektora ZUS z czerwca 1947 r., wprowadzającym normy wydajności pracy w sekcjach świadczeniowych, czytamy: „Wykonywanie naczelnego i zasadniczego zadania Zakładu, jakim jest przyznawanie świadczeń ubezpieczeniowych, mimo stałego dążenia do usprawnienia organizacji pracy i spo'ecznego nastawienia pracowników świadczeniowych napotyka na trudności, które dotychczas nie pozwoliły na bieżące i szybkie załatwianie wszystkich wpływających roszczeń. Stan ten wywołany szeregiem przyczyn niezależnych od Zakładu, spowodowany jest w części również niemożnością ustalenia odpowiedniej obsady komórek świadczeniowych, która przy zaobserwowanym kształtowaniu się wpływu roszczeń i przy uwzględnieniu kwalifikacji skompletowanych po wojnie zespo'ów pracowniczych, pozwoliłaby na spełnienie postulatów szybkiego i bieżącego załatwienia wpływów. W tych warunkach kierownictwo Zakładu dosz'o do przekonania, że jest konieczne ustalenie pewnych danych, określających ilość pracy, którą pracownik może wykonać w jednostce czasu i że ustalenie tych norm wydajności pracy jest konieczne i celowe zarówno z punktu widzenia interesu Zakładu i dobra ubezpieczonych, jak i interesów pracowników. Określenie norm wydajności daje Zakładowi możność dostosowania obsady do wielkości wpływów, celowego i koniecznego rozplanowania pracy, obiektywnej oceny pracy wszystkich pracowników oraz łatwej oceny konieczności zarządzania pracy w godzinach nadliczbowych, pracownikom zaś daje sprawdzian wypełnienia swoich obowiązków wobec instytucji w tej mierze, w jakiej instytucja tego może wymagać. Mając powyższe na uwadze kierownictwo Zakładu przystąpiło już w ubieg'ym roku do prac, mających na celu ustalenie wspomnianych norm wydajności pracy. Na podstawie bardzo dokładnych i szczegółowych badań ustalono normy wydajności pracy dla pracowników, spełniających czynności referendarskie w sekcjach świadczeniowych w 3-ch największych oddziałach (Chorzów, Poznań, Kraków). Normy wydajności pracy dla innych pracowników sekcji świadczeniowych ustalono w drodze analogii, zastrzegając zarazem, że szczegółowe badania w tym zakresie będą przeprowadzone w czasie późniejszym. Do czasu przeprowadzenia szczegó'owych badań i w pozostałych oddziałach (Centrali) kierownictwo Zakładu uznało, że normy ustalone w 3-ch wyżej wymienionych oddziałach — jako typowych — mogą być miernikiem w zakresie pracy sekcyj świadczeniowych i w pozostałych oddziałach o analogicznych warunkach pracy (Łódź, Warsza-

*) Chronometrażem nazywamy przestudiowanie i pomiar czasu głównego i czasu pomocniczego, powtarzających się w określonej kolejności przy wykonaniu każdej jednostki tego samego podziału. (B. M. Łyżłow — Zasadnicze problemy technicznego normowania pracy).

wa — analogicznie jak Kraków; Gdańsk, Wrocław — analogicznie jak Poznań). Praktyczne stosowanie wyżej wspomnianych norm pracy od kilku miesięcy upewniło kierownictwo Zakładu w przekonaniu, że jest na właściwej drodze, prowadzącej do osiągnięcia celu, jakim jest możliwie bezzwłocznie załatwienie roszczeń o świadczenia rentowe".

Ustaliwszy w ten sposób normy wydajności, dopuszczono — na razie bez ograniczenia — pracę w godzinach nadobowiązkowych. Liczbę godzin nadobowiązkowych obliczano według wydajności pracy, mierzonej ustalonymi normami wydajności. Obliczany na tej podstawie zarobek miał charakter zarobku akordowego z progresywną premią za wydajność ponad normę. Zarobek kształtował się proporcjonalnie do wysokości kwalifikacji i pilności w pracy, odpowiadał zatem zasadzie „za równą pracę — równa płaca".

Szybko malały zaległości. Pracownicy odrzucili popołudniowe zajęcia uboczne, podnosili swoje kwalifikacje, pogłębiali racjonalizację pracy, wykorzystywali w pełni czas pracy. Koszty administracyjne zmalały przy poważnym wzroście indywidualnych zarobków. To były dodatnie strony wprowadzenia norm wydajności. Ale były też i ujemne strony. W pierwszym okresie spadła nieco jakość pracy ale nasilenie kontroli zahamowało ten spadek. Drugim ujemnym zjawiskiem było zbytnie przedłużanie czasu pracy w godzinach nadobowiązkowych. Pracowano intensywnie w biurze, pracowano w domu, ba, nawet niektórzy pracownicy posiłkowali się pracą swoich domowników. Wytworzyła się gonitwa za wyższym zarobkiem do tego stopnia, że niechętnie patrzono się na przyjmowanie nowych pracowników. Z trudem tylko można było przyspasabiać do pracy nowych pracowników na drodze przyuczania przez starszych pracowników i trzeba było stworzyć osobną komórkę szkoleniową. To spowodowało z czasem kierownictwo administracyjne do ograniczenia liczby obliczeniowych godzin nadobowiązkowych do trzech dziennie.

III

Normowanie wydajności i związany z tym system wynagrodzenia zyskiwały szybko zwolenników wśród wszystkich pracowników instytucyj ubezpieczeń społecznych. Popularyzowane wyniki normowania wydajności pracy i szeroko rozwijającego się współzawodnictwa pracy w przemyśle i niektórych urządzeniach usługowych oddziałały również bardzo dodatnio na pracowników ubezpieczeń społecznych, którzy nie mogli i nie chcieli pozostawać w tyle. Ogół pracowników podjął inicjatywę współzawodnictwa pracy i domagał się kategorycznie wprowadzenia norm wydajności na wszystkich niemal stanowiskach pracy. Na początku 1948 r. żądania w tym zakresie przybrały na sile. Był to okres przełomowy w życiu pracowników ubezpieczeń społecznych. Załamało się stare, popłynął nowy ożywczy prąd, zaznaczył się wyraźnie nowy, socjalistyczny stosunek do pracy. Stało się to przy intensywnej pracy aktywistów partyjnych i związkowych, przy planowej i energicznej pracy ówczesnego naczelnego dyrektora Czesława Bajera. Z takimi siłami, z pogłębioną świadomością, ze zdobytymi doświadczeniami z minionego okresu weszliśmy w drugą fazę, bogatą w nowe doświadczenia i pozytywne wyniki.

W zarządzeniu naczelnego dyrektora ZUS z kwietnia 1948 r., skierowanym do wszystkich komórek ustrojowych centrali ZUS i jej oddziałów, czytamy: „Jako założenie w działalności naszej instytucji postawiliśmy na pierwszym miejscu aspekt społeczny, wyrażający się w najlepszym i najszybszym obsłużeniu ubezpieczonych, a obok niego — aspekt gospodarczy, polegający na użyciu racjonalnych środków do zrealizowania naszych zadań ubezpieczeniowych. Dla realizacji tych założeń w naszych wysiłkach organizacyjnych zmierzać musimy do podniesienia wydajności, znalezienia możliwie najracjonalniejszych metod pracy i jej przebiegów. Na odcinku świadczeniowym-rentowym, dzięki zastosowaniu norm wydajności pracy, osiągnęliśmy pozytywne wyniki. Znikły względnie są na wykończeniu zaległości w komórkach świadczeń rentowych — systematycznie zmierzamy do tego, aby okres załatwiania roszczenia skrócić do koniecznego minimum. Normy wydajności na tym odcinku dały dwie niewątpliwe korzyści — pierwszą zasadniczą jest przyspieszenie obsługi ubezpieczeniowych i drugą uboczną, polegającą na tym, że ustalone normy wydajności stały się podstawą do uzyskiwania wyższych zarobków zatrudnionych na tym odcinku pracowników, których wzmożone wysiłki i praca ponad normę musiała być przez instytucję honorowana. Nawiązując do określonych na wstępie założeń, stwierdzić trzeba, że w odniesieniu do naszej działalności rentowej weszliśmy na drogę właściwej metody. Aktualnie stoi przed nami zadanie, aby metodę tę zastosować na pozostałych odcinkach pracy przez wprowadzenie norm wydajności w tych wszystkich komórkach, gdzie charakter wykonywanej pracy na to pozwala".

W okólniku z maja 1948 r., skierowanym do ubezpieczalni społecznych czytamy: „W dążeniu do realizacji dzieła odbudowy i wzmożenia potencjału gospodarczego kraju, świat pracy w Polsce podjął hasło współzawodnictwa pracy. Współzawodnictwo to, poprzez znalezienie najbardziej racjonalnych metod pracy i jej przebiegów ma się wyrazić w podniesieniu wydajności pracy i sprowadzeniu do minimum

wszelkiego marnotrawstwa, a w szczególności marnotrawstwa sił pracowniczych. Instytucje ubezpieczeń społecznych, spełniające najważniejszego rzędu funkcje usługowe na rzecz całego aparatu produkcyjnego, dążyć muszą do jak najlepszej i jak najszybszej obsługi interesantów i dlatego idea współzawodnictwa powinna znaleźć pełne zrozumienie wśród ogółu pracowników ubezpieczeń społecznych. Dla praktycznej realizacji podniesienia wydajności pracy w ubezpieczalniach społecznych konieczne jest wprowadzenie norm wydajności. Ustalone normy wydajności pracy staną się podstawą do uzyskiwania wyższych zarobków pracowników, których wysiłki i prace ponad normę będą przez instytucje odpowiednio dodatkowo wynagradzane".

Drugą fazę w zakresie normowania wydajności pracy rozpoczęto od wprowadzenia dwu typów kart pracy. Kartę pracy typu „A" prowadzili pracownicy koncepcyjni, wykonywujący czynności niepowtarzające się lub powtarzające się rzadko. Na tej karcie notowali oni chronologicznie: rodzaj czynności, czas trwania każdej czynności oraz liczbę ewentualnie powtarzających się czynności, jak również przerw w pracy z podaniem ich przyczyny. Karty te stanowiły typową fotografię czasu roboczego. Karty typu „B" prowadzili bieżąco pracownicy, wykonywujący operacje (czynności) powtarzające się. Układ tabelaryczny tego typu karty odpowiadał rodzajom operacji na siatce czasu, ustawionej chronologicznie. Co miesiąc sumowano liczbę jednorodzajowych czynności i czas użyty na ich wykonanie, co pozwalało na obliczenie czasu użytego na wykonanie jednostki każdego rodzaju operacji. Na karcie tej notowano czas trwania czynności przygotowawczych i zakończających oraz przestoje i nieobecności w pracy z podaniem przyczyny. Wykonanie wykazanych czynności kontrolował codziennie bezpośredni kierownik, a dwa razy w tygodniu — kierownik wyższego szczebla ustrojowego. Oczywiście, nie prowadzili kart pracownicy, którzy już pracowali na normach, pracownicy zatrudnieni przy pracach, które były obserwowane (fotografowane*) i chronometrażowane) przez specjalne zespoły organizacyjne i wreszcie nie prowadzili kart pracownicy, których czynności nie miały być w najbliższym czasie przedmiotem normowania wydajności, jak np. lekarze, aptekarze, personel pielęgniarski, niektórzy pracownicy fizyczni. Równolegle szły rozliczne zabiegi organizacyjne, mające na celu uproszczenie i usprawnienie prac oraz racjonalne wykorzystanie czasu roboczego.

Wprowadzenie wspomnianych wyżej kart pracy przyczyniło się do dalszego wzmożenia dyscypliny pracy i racjonalizatorstwa i już w krótkim stosunkowo czasie dała się zauważyć większa wydajność na wielu miejscach pracy.

W końcu czerwca 1948 r. wydał ZUS szczegółową instrukcję o opracowaniu projektów norm wydajności pracy, dołączając do niej formularze pomocnicze i podręczniki. Normy wydajności ustalono — zasadniczo — na podstawie obserwacji czasu roboczego i chronometrażu. Karty pracy stanowiły jedynie materiał pomocniczy. Projekty, składane przez poszczególne komórki ustrojowe ZUS, były badane przez centralną komórkę organizacyjną ZUS i przez nią ewent. korygowane w wyniku powtórzonych obserwacji i chronometrażu. Wielu pracowników ubezpieczeniowych spotkało się po raz pierwszy z tego rodzaju pracą; nic też dziwnego, że napotykali oni na wiele trudności i że dużo projektów trzeba było zmienić. Poszczególne normy wydajności i związany z tym system płacy zatwierdzał naczelny dyrektor ZUS w porozumieniu z zarządem głównym związku zawodowego.

W tej fazie prac starano się zrywać z tzw. normami statystycznymi. Do ustalenia norm wydajności brano w zasadzie czas uzyskany z chronometrażu pracy dobrze kwalifikowanych pracowników, czyli nie brano pod uwagę pracowników o dostatecznych zaledwie kwalifikacjach, jak również pracowników o wybitnych kwalifikacjach. Do ustalonego czasu na tzw. jednostkę produkcyjną doliczano czas na czynności przygotowawcze i wykańczające oraz przewidziane przerwy wypoczynkowe. Czas ten w stosunku do czasu produkcyjnego wahał się w granicach od 15 — 30%. W wypadkach, gdy większość jakiegoś zespołu stanowili pracownicy małokwalifikowani, którzy przez dłuższy czas nie osiągaliby określonej normy, stosowano przejściowe obniżkę normy dla tzw. zachęty w granicach 10%. Odnośnie wynagrodzenia stosowano bądź system akordowy z progresywną premią, bądź też premię w stosunku do wynagrodzenia miesięcznego, wynikającego z indywidualnego zaszeregowania pracownika do grupy zarobkowej. Zarobek akordowy ustalano na podstawie typowej dla danej czynności grupy zaszeregowania. Premia za indywidualne przekroczenie normy wydajności przy systemie akordowym wynosiła zasadniczo 5% zarobku akordowego za każde rozpoczęte 10% wydajności ponad normę, nie więcej jednak, niż 50% zarobku akordowego. Np. za osiągnięcie normy w wysokości 135% premia wynosiła 40% zarobku, zaś za osiągnięcie normy w wysokości 151 i więcej % — premia wynosiła tylko 50% zarobku akordowego. Przy zespołowej normie wydajności premia za zespołowe przekroczenie normy wyno-

*) Fotografią czasu roboczego nazywamy obserwację i pomiar wszystkich bez wyjątku rodzajów zużycia czasu na stanowisku pracy w ciągu całego okresu obserwacji (B. M. Łyżłow l. c.).

siła zasadniczo (w zależności od liczebności zespołu) 5 do 15% zarobku akordowego za każde rozpoczęte 5% wydajności ponad normę, również z ograniczeniem maksymalnym do 50% zarobku akordowego.

W niektórych komórkach, określając ściśle obsadę personalną, ustalono bądź rozłożony w czasie plan pracy (komórki o różnorodnych, skomplikowanych czynnościach mające zaległości), bądź też terminy ukończenia prac (komórki sprawozdawcze o periodycznych terminach sprawozdań) i dotrzymanie ustalonych terminów wzgl. ich przyspieszenie powiązano z przyznaniem premii w procentowym stosunku do miesięcznego uposażenia. Na niektórych stanowiskach pracy ustalono normy użycia maszyn, narzędzi i materiałów (palacze, szoferzy, intendentura) i przewidziano premie za oszczędność, na niektórych zaś wprowadzono normę sprawności (administratorzy nieruchomości, dozorcy domowi) i ustalono premie w stosunku do ilości uzyskanych punktów sprawności.

Wielu pracowników wniosło oryginalne pomysły w zakresie normowania wydajności pracy i premiowania, które znalazły praktyczne zastosowanie.

W miarę postępu prac wprowadzano w ciągu 1948 r. poszczególne regulaminy norm wydajności pracy i premiowania, a mianowicie:

16 czerwca — dla maszynistek i korektorek centrali ZUS, oddziałów i ubezpieczalni społecznych; stawka akordowa od stronicy obliczeniowej z uwzględnieniem współczynników trudności; premia progresywna za przekroczenie normy;

1 lipca — dla pracowników komórek wypłaty rent w centrali i oddziałach ZUS; norma czasu dla każdej z licznych operacji; stawki akordowe dla poszczególnych kategorii czynności; za przekroczenie norm premia progresywna; pracownicy zatrudnieni przy wypłatach zleconych rent zagranicznych i krajowych objęci zostali regulaminem norm dopiero od 1 stycznia 1949 r.;

1 sierpnia — dla a) kwalifikatorów i kontystów księgowości głównej w centrali ZUS; stawka akordowa za godzinę obliczeniową z premią progresywną; dodatkowo premia za dotrzymanie terminu, a obniżka premii progresywnej za niedotrzymanie terminu;

1 sierpnia — b) dla pracowników komórki rozliczeniowej; premia za osiągnięcie i przekroczenie planu prac;

1 sierpnia — c) dla księgowych - bilansistów; premia indywidualna za dotrzymanie terminu złożenia sprawozdań rachunkowych, od którego z kolei uzależniona była wypłata dodatkowej 10% premii dla wszystkich pracowników księgowości głównej w centrali ZUS;

1 września — dla pracowników komórek obsady osobowej i osobowo - obrachunkowej w centrali ZUS; stawka akordowa za godzinę obliczeniową z premią progresywną za przekroczenie normy; nie ustalono norm wydajności dla pracowników komórki osobowo - normatywnej;

15 września — dla pracowników fizycznych stołówek w ZUS i w ubezpieczalniach społecznych; norma czasu na jeden pracowniko-posiłek z uwzględnieniem współczynników liczebności stołowników, rodzajów posiłku, wyposażenia technicznego i warunków lokalowych kuchni i stołówki; stawka akordowa z zespołową premią progresywną za przekroczenie normy;

10 października — a) dla księgowych i kontystów w oddziałach ZUS; premia taka sama jak dla tego typu pracowników w centrali ZUS;

1 października — b) dla pracowników komórek osobowych w oddziałach ZUS; zasady premiowania takie same jak dla podobnych pracowników w centrali ZUS;

1 listopada — a) dla pracowników referendarskich i rachunkowych pracujących w komórce, załatwiających sprawy dawnych pożyczek hipotecznych, papierów wartościowych i innych wierzytelności; stawka akordowa za godzinę obliczeniową z premią progresywną za przekroczenie normy;

1 listopada — b) dla pracowników konceptowych i inspektorów w zakresie nadzoru nad ubezpieczalniami społecznymi; była to pierwsza próba ustalenia norm wydajności pracy dla tego typu pracowników i chociaż przeprowadzenie chronometrażu budziło zastrzeżenia, osiągnięto wyniki dodatnie w postaci wzmożonej wydajności pracy bez spadku jej jakości; stawka akordowa za godzinę obliczeniową (norma czasu na poszczególne rodzaje czynności) z premią progresywną za przekroczenie normy;

1 listopada — c) dla pracowników statystyki w centrali ZUS; norma czasu dla wielkiej liczby różnych, grupowanych w większe zespoły operacyj, których przeliczanie na jednostki godzin obliczeniowych było zbyt uciążliwe; stawka akordowa z premią progresywną;

1 listopada — d) dla kierowników wydziałów rentowych w centrali ZUS oraz referentów w świadczeniowych komórkach normatywnych oddziałów ZUS (pracownicy referendarscy i kancelaryjni tych komórek pracowali „na normach" już od pierwszej fazy, tj. od 1946 r.); premia progresywna w zależności od stopnia przekroczenia normy wydajności przez cały zespół (wydział) oraz terminowości pracy;

1 grudnia — a) dla pracowników wydziału bezpieczeństwa pracy (normami objęto także inspektorów bezpieczeństwa pracy i pracowników statystyki wypadków); stawka akordowa z premią progresywną;

1 grudnia — b) dla pracowników umysłowych i fizycznych kancelarii głównej ZUS; zło-

żona norma zespołowa; stawka akordowa z progresywną premią zespołową;

1 grudnia — c) dla pracowników fizycznych powielarni pism w centrali i oddziałach ZUS; stawka akordowa z premią progresywną;

1 grudnia — d) dla palaczy w kotłowniach centralnego ogrzewania w blokach ZUS; norma opału przy utrzymaniu temperatury +18° C; premia za oszczędność w opale od 10 — 75% wynagrodzenia miesięcznego w zależności od stopnia oszczędności (5 — 25%); za braki w konserwacji urządzeń i utrzymaniu czystości obniżka premii od 10 — 40% w zależności od stopnia tych braków;

1 grudnia e) dla monterów, konserwatorów i rzemieślników zatrudnionych w administracjach nieruchomościami; stawka akordowa z premią progresywną za przekroczenie normy;

1 grudnia — f) dla księgowych i kontystów administracji nieruchomościami; stawka akordowa z premią progresywną za przekroczenie normy; norma czasu na obsługę jednego konta lokatorskiego i jedną pozycję na koncie eksploatacyjnym;

1 grudnia — g) dla pracowników umysłowych administracji nieruchomościami czynszowymi; norma: 1) 80 lokatorów (najemców(na 1 pracownika, 2) ściągalność komornego — minimum 95% przypisu, 3) dobry porządek i konserwacja w ramach planu, 4) terminowość w sprawozdawczości; premia indywidualna za osiągnięcie poszczególnych norm;

1 grudnia — h) dla dozorców domowych; punktacja za dyscyplinę pracy, czystość, dozór, stosunek do lokatorów itp.; premia indywidualna w stosunku do liczby otrzymanych punktów.

Ponadto opracowano, lecz nie wprowadzono jeszcze w życie, regulaminy wydajności pracy i premiowania dla pracowników komórek gospodarczych ZUS, jak: sprzątaczki, telefonistki, intendenci, magazynierzy, zaopatrzeniowcy i pracownicy taboru samochodowego.

Regulaminy norm wydajności i premiowania dla poszczególnych grup pracowników regulowały również premiowanie kierowników tych grup, zawsze w procentowym stosunku ich wynagrodzenia miesięcznego, a stawka premiowa uzależniona była od liczebności komórki ustrojowej, stopnia przeciętnego przekroczenia normy wydajności przez wszystkich pracowników danej komórki, terminowego wykonania prac i składania w określonych terminach sprawozdań periodycznych itp.

Jeśli idzie o pracowników ubezpieczalni społecznych, to początkowo zamierzano centralnie ustalić normy wydajności dla poszczególnych rodzajów prac, posługując się projektami norm, złożonymi przez ubezpieczalnie społeczne. Szczegółowa analiza otrzymanych z ubezpieczalni materiałów wykazała, że technika i warunki pracy są tak różne w poszczególnych ubezpieczalniach, iż doprowadzenie ich w krótkim czasie do wspólnego mianownika nie jest możliwe. Wobec tego naczelny dyrektor ZUS w październiku 1948 r. upoważnił dyrektorów wszystkich ubezpieczalni do ustalenia norm na miejscu w ścisłym porozumieniu z miejscowymi czynnikami związku zawodowego. Ubezpieczalnie otrzymały szczegółowe instrukcje i wzory, co umożliwiło im dość szybkie ustalenie norm i wprowadzenie ich w życie.

III.

W pierwszym kwartale 1949 r., który kończył drugą fazę prac w zakresie normowania wydajności pracy pracowników ubezpieczeń społecznych, objętych było normami wydajności pracy i premiowania 53% pracowników administracyjnych centrali ZUS, 80% pracowników adm.

Spośród pracowników, objętych normami wydajności	Ogółem		Z tego pracownicy			
			komórek rentowych		pozostałych komórek	
	liczba pracown.	stos. %	liczba pracown.	stos. %	liczba pracown.	stos. %
nie przekroczyło 100% normy	217	18,8	114	19,6	103	19,2
osiągnęło 100 — 105% „	64	5,7	40	6.9	24	4,4
106 — 110% „	74	6,6	62	10.7	12	2,2
111 — 115% „	47	4,2	28	4,8	19	3,5
116 — 120% „	51	4,6	26	4,5	25	4,6
121 — 125% „	51	4,6	20	3,4	31	5.7
126 — 130% „	47	4,2	19	3.3	28	5,2
131 — 140% „	110	9,8	50	8,6	60	11,0
141 — 150% „	83	7,4	28	4,8	55	10,1
151 — 160% „	173	15,4	85	14,6	88	16 1
161 — 170% „	58	5,2	16	2.8	42	7,7
171 — 180% „	50	4,5	17	2.9	33	6,1
181 — 190% „	8	0,8	5	0,9	3	0,6
191 — 200% „	14	1,3	9	1,5	5	0,9
przekroczyło 200% „	77	6,9	62	10,7	15	2,7
Razem	1124	100,0	581	100,0	543	100,0

oddziałów ZUS oraz około 60% pracowników administracyjnych ubezpieczalni społecznych.

Wydajność pracy pracowników centrali i oddziałów ZUS w stosunku do ustalonych norm ilustruje poniższa tabelka. Obliczenia dokonano w grudniu 1948 r.; obejmowało ono 581 pracowników zatrudnionych w komórkach rentowych (pracownicy kancelaryjni, referenci i aprobanci) oraz 543 pracowników, zatrudnionych w pozostałych działach pracy.

Uwidoczniające się w powyższej tabeli nasilenie przy przekroczeniu 150% normy tłumaczy się ograniczeniem wzrostu progresywnej premii.

Przeciętne wykonanie normy przez wspomnianych wyżej 1124 pracowników wynosiło 132,3%. Jeśli odliczyć 217 pracowników nie osiągających normy, to pozostali pracownicy osiągnęli przeciętnie 144,8% normy, w tym pracownicy rentowi 145,3%, zaś pozostali pracownicy 144,3%. Tu zaznaczyć należy, że i w drugiej fazie nie przestrzegano rygorystycznie, aby praca dokonywana było tylko w godzinach obowiązkowych; nie przestrzegano dlatego, że rozmiar prac stale wzrastał, a odpływ kwalifikowanych pracowników przybierał coraz bardziej na sile. Lepsze wynagrodzenie w innych instytucjach, najczęściej nie stosujących norm wydajności, stanowiło nadal atrakcyjność w przechodzeniu pracowników do innych zakładów pracy. W tych warunkach trudno dokładnie odpowiedzieć, jaki % normy osiągali pracownicy w godzinach obowiązkowych. Bez obawy popełnienia większego błędu można przyjąć, że około 2/3 części przekroczenia normy przypada na pracę w godzinach nadobowiązkowych, a 1/3 na godziny obowiązkowe. Biorąc powyższe pod uwagę, trzeba stwierdzić, że normy wydajności, stosowane przez ZUS, nie należały do łatwo osiągalnych.

Należy tu zaznaczyć, że kiedy w grudniu 1948 r. liczba ubezpieczonych wynosiła 116% stanu ze stycznia 1948 r. (wzrastając z 3248 tysięcy na 3750 tysięcy) kiedy w 1948 r. wprowadzono nowe, o dużym zakresie działania, ubezpieczenia rodzinne, kiedy wznowiono działalność na odcinku obsługi zleconych rent zagranicznych i krajowych tj. płaconych na rachunek zagranicznych i krajowych, przydzielając do tych prac około 100 pracowników, to liczba administracyjnych pracowników umysłowych w centrali i oddziałach ZUS spadła na koniec 1948 r. do 96% stanu ze stycznia 1948 r. (z 2004 do 1934), a w tym liczba pracowników rentowych (komórki przyznawania i wypłaty rent) spadła do 92% (z 1237 do 1137).

IV.

Jeśli idzie o kształtowanie się zarobków pracowników świadczeń rentowych, to i w drugiej fazie pracę wykonaną ponad normę wynagradzano jak pracę w godzinach nadliczbowych. Przeciętne wynagrodzenie pracownika wynosiło w listopadzie 1948 r. 12.298 zł miesięcznie. Zarobek pracowników, nie osiągających 100% normy, ograniczał się tylko do podstawowego zarobku, wypływającego z zaszerogowania do odpowiednich grup zarobkowych. Pracownicy przekraczający normę (przeciętnie o 45,3%) osiągnęli w listopadzie 1948 r. — łącznie z wynagrodzeniem za godziny nadliczbowe — przeciętny zarobek w kwocie 21.238 zł. Za osiągnięcie 145,3% normy zarobek akordowy wynosiłby 17.868 zł.; różnica 3.370 zł (18,86% zarobku akordowego) stanowiła rekompensatę za stosowaną w innych komórkach premię progresywną za przekroczenie normy. W innych komórkach ZUS, objętych normami, przeciętne wynagrodzenie, wypływające z zaszeregowania do poszczególnych grup zarobkowych, wynosiło 9.410 zł miesięcznie i tyle tylko zarabiali pracownicy nie osiągając normy. Zarobek akordowy pracowników przekraczających normę (przeciętnie o 44,3%) wyniósł w listopadzie 1948 r. przeciętnie 13.692 zł, a z premią progresywną (42,7% zarobku akordowego) — 19.542 zł. Wynagrodzenie 64 kierowników, według zaszeregowania do grup zarobkowych, wynosiło przeciętnie 20.021 zł miesięcznie. Osiągnęli oni w listopadzie 1948 r. premie przeciętnie w wysokości 53,3% wynagrodzenia miesięcznego.

V.

Druga faza skończyła się w lutym 1949 r. Dnia 21 lutego 1949 r. zawarty został zbiorowy układ pracy, normujący — w tej formie po raz pierwszy — warunki pracy i płacy pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych. Utrzymanie nadal systemu zarobku akordowego z premią progresywną za przekroczenie normy nie znalazło uznania w Komisji płacy, to też system ten został zawieszony z dniem 1 marca 1949 r. i od tego dnia weszliśmy w trzecią fazę naszych płac w zakresie normowania wydajności pracy. Należy zaznaczyć, że komisja płac oceniła bardzo pozytywnie wyniki stosowanych dotąd norm wydajności pracy i — uwzględniając stanowisko przedstawicielstwa pracowniczego co do zachowania w pełni systemu szeregowania pracowników do grup uposażenia miesięcznego — zgodziła się tylko na system premii za przekraczanie norm wydajności pracy, co znalazło swój wyraz w art. 9 zbiorowego układu pracy.

Oceniając wyniki drugiej fazy, należy stwierdzić znaczny postęp w technice ustalania norm wydajności, choć nie zawsze mógł być brany pod uwagę w odpowiednim stopniu czynnik przodujących (mobilizujących) norm, choć wiele jeszcze błędów popełniano przy odróżnianiu pracy operacyjnej od pracy przygotowawczej i zakończającej, pracy zasadniczej od pomocniczej, uchwytywaniu — przy systemie uproszczonych norm — należytego stosunku czasu

wymienionych prac i koniecznych przerw w pracy, co ma szczególne znaczenie w przypadkach przekraczania lub nieosiągania normy. Zasada, minimum zarobku miesięcznego według grupy zaszeregowania, utrudniała często różnicowanie zarobku według kategorii czynności, jeżeli jeden i ten sam pracownik wykonywał prace należące do różnych kategorii czynności. I w tej fazie miał jeszcze nadal miejsce odpływ pracowników kwalifikowanych, których brak nie mógł być w dostatecznym stopniu pokryty wyszkoleniem nowego narybku, co — niestety — pociągało za sobą konieczność stosowania w dalszym ciągu pracy w godzinach nadobowiązkowych. Pewne jest, że gdyby nie normy wydajności pracy i związany z nimi system wynagrodzenia pracowników, to instytucje ubezpieczeń społecznych nie byłyby — ze względu na niskie zarobki — powstrzymały masowego odpływu kwalifikowanych pracowników, nie mogłyby były sprostać swoim zadaniom przy utrzymaniu dotychczasowej liczby pracowników i przy tak niskich kosztach administracyjnych.

Ogólny wzrost wydajności pracy, osiągnięty w wyniku normowania wydajności, miał duże znaczenie przy ustaleniu zarobków pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych w wysokości przyjętej w zbiorowym układzie pracy.

VI.

Trzecią fazę rozpoczęły prace nad ustaleniem ramowego regulaminu normowania wydajności pracy i premiowania. Tekst tego regulaminu ogłosił ZUS dnia 13 czerwca 1949 r. z mocą obowiązującą od 1 marca 1949 r. Równocześnie wprowadzono w życie regulaminy szczegółowe pracy i premiowania: w komórkach świadczeniowych ZUS, w komórkach wypłaty rent krajowych i zagranicznych, w maszynowniach i powielarniach ZUS i ubezpieczalni społecznych, regulamin premiowania pracowników komórek finansowych ZUS i ubezpieczalni społecznych oraz regulamin wynagradzania lekarzy orzekających ZUS.

Zasady, przyjęte w ramowym regulaminie, rozwój i wyniki prac w pierwszym okresie trzeciej fazy omówimy w następnym artykule.

Kronika zagraniczna

ORGANIZACJA POWSZECHNEJ SŁUŻBY ZDROWIA W Z. S. R. R.

I. Ochrona zdrowia w ZSRR jest jednym z podstawowych zadań socjalistycznego budownictwa, które jako swój cel ostateczny wysuwa najpełniejszy rozwój sił wytwórczych mających zabezpieczyć wszechstronny rozwój fizyczny i umysłowy obywateli radzieckich na podstawie nieprzerwanego wzrostu materialnego dobrobytu. Opiera się ona na systemie państwowych środków i urządzeń zapobiegania chorobom i ich leczenia, zabezpieczenia zdrowego rozwoju wzrastającego pokolenia i uzdrawianiu warunków pracy i bytowania. System tych środków i urządzeń jest wynikiem analizy zasadniczych prawidłowości określających zależność zdrowia od warunków społecznych, analizy historycznego rozwoju służby zdrowia i wreszcie analizy stanu zdrowia ludności.

Zgodnie z konstytucją, służbą zdrowia kieruje Ministerstwo Zdrowia ZSRR poprzez ministerstwa zdrowia związkowych republik. Należy do niego kontrola działalności służby zdrowia w terenie, bezpośrednie podejmowanie środków dla zapobieżenia epidemiom, sanitarna ochrona granic, sanitarno - uzdrowiskowa pomoc i przygotowanie kadr lekarzy.

Ministerstwa zdrowia związkowych republik realizują swoją działalność na podstawie ogólnych metodycznych dyrektyw Ministerstwa Zdrowia ZSRR. Ministerstwa zdrowia związkowych republik spełniają z kolei analogiczne funkcje w stosunku do ministerstwa zdrowia autonomicznych republik i krajowych oddziałów zdrowia, a te ostatnie w stosunku do miejskich i rejonowych oddziałów zdrowia. Rejonowe oddziały zdrowia istnieją w zasadzie na wsi, mogą jednak występować również i w wielkich miastach, jeżeli dzielą się one na rejony (dzielnice).

Struktura Ministerstwa Zdrowia ZSRR jest odbiciem jego kierowniczych funkcyj w zakresie podstawowych gałęzi zdrowia.

W skład Ministerstwa wchodzą następujące główne działy:

1) Wszechzwiązkowa państwowa inspekcja.
2) Główny Urząd sanitarno - przeciwepidemiczny, który obejmuje:
   a) urząd sanitarny,
   b) urząd przeciwepidemiczny.
3) Główny urząd miejskich leczniczo - profilaktycznych zakładów, obejmujący:
   a) urząd miejskich szpitali i poliklinik,
   b) urząd lekarskiej obsługi robotników przedsiębiorstw przemysłowych,
   c) oddział pomocy onkologicznej (przeciwrakowej),
   d) oddział walki ze skórnymi i wenerycznymi chorobami,
   e) oddział pomocy stomatologicznej,
   g) oddział lekarskiej pomocy inwalidom ostatniej wojny.
4) Urząd pomocy leczniczo - profilaktycznej dla ludności wiejskiej.
5) Urząd zakładów przeciwgruźliczych.
6) Urząd pomocy leczniczo - profilaktycznej dla dzieci.
7) Urząd pomocy akuszeryjnej.
8) Główny Urząd uzdrowisk i sanatoriów.

9) Urząd leczniczo - sanitarnych zakładów wodnego transportu.
10) Oddział kultury fizycznej.
11) Oddział sanitarnej oświaty.
12) Główny urząd wyższych naukowych zakładów lekarskich.
13) Urząd średnich naukowych zakładów lekarskich.
14) Urząd kadr.
15) Urząd planowania i finansów.
16) Oddział lekarskiej i sanitarnej statystyki.
17) Oddział apteczny.
18) Główny urząd przemysłu medycznego.

Struktura ministerstw zdrowia związkowych republik jest w większym lub mniejszym stopniu powtórzeniem struktury Ministerstwa Zdrowia ZSRR. W ministerstwach zdrowia autonomicznych republik i w Krajowych Oddziałach Zdrowia znajduje się z uwagi na to, że podstawowym ich zadaniem jest kierownictwo i kontrola działalności wydziałów zdrowia i leczniczych zakładów, głównie instruktorsko - inspektorski personel dla podstawowych gałęzi ochrony zdrowia. Przy ministerstwach i dużych oddziałach zdrowia ustanowione są stanowiska głównych terapeutów, chirurgów, pediatrów itp. spośród przodujących uczonych w danej gałęzi medycyny, których zadaniem jest udzielanie autorytatywnej opinii w zasadniczych kwestiach. Bezpośrednie operacyjne, planowe i metodyczne kierownictwo urządzeniami leczniczymi należy do miejskich rejonowych oddziałów zdrowia. W oddziałach tych lekarze kierują poszczególnymi gałęziami służby zdrowia przy pomocy rejonowych specjalistów w danej dziedzinie. Kierownictwo zakładami leczniczymi i podległymi hierarchicznie organami służby zdrowia polega:

a) na rozpracowaniu zasadniczych metodycznych wskazań, określających cele, zadania i formy pracy leczniczych urządzeń,
b) na organizacji ewidencji i sprawozdawczości w zakresie zakładów leczniczych, zdrowotnego stanu ludności oraz metod analizy skuteczności podejmowanych zarządzeń,
c) na zabezpieczeniu rozwoju służby zdrowia według jednolitego planu, zgodnie z ogólnopaństwowym planem,
d) na zabezpieczeniu niezbędnych materialnych warunków działalności istniejących urządzeń i tworzeniu nowych,
e) na doborze i rozmieszczeniu kierowniczego personelu urządzeń leczniczych, organizacji przygotowania kadr lekarskich, ich dokształcaniu i rozlokowaniu,
d) na systematycznym, stałym sprawdzaniu jakości lekarskiej pracy, wykonania ważniejszych dyrektyw partii, rządu i organów służby zdrowia.

Organa służby zdrowia podległe Ministerstwu Zdrowia ZSRR i ministerstwom związkowych republik, nie obejmują pewnych grup ludności, dla których istnieje odrębna organizacja służby zdrowia. I tak, obsługę lekarską sił zbrojnych przeprowadza Główny Wojskowo-lekarski Urząd Ministerstwa Sił Zbrojnych ZSRR i odpowiednie okręgowe sanitarne urzędy oraz sanitarne oddziały jednostek wojskowych. Analogicznie zorganizowana jest służba zdrowia obsługująca wojska Ministerstwa Spraw Zagranicznych i Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego. Lekarsko - sanitarną obsługę na kolejach żelaznych wykonują: Lekarsko - sanitarna Administracja Ministerstwa Komunikacji i jej organa — kolejowe lekarsko - sanitarne oddziały.

Dla komunikacji wodnej (morskiej i śródlądowej) utworzony jest Urząd Sanitarnej Obsługi Rzecznego i Morskiego Transportu, który posiada swoje oddziały zdrowia w portach i basenach.

II. Podstawowymi gałęziami radzieckiej służby zdrowia są pomoc lecznicza i służba sanitarna. Obie one zapewniają wykonanie dwóch głównych zadań służby zdrowia, którymi są: leczenie chorób i zapobieganie tymże.

Ochrona zdrowia kobiet brzemiennych, pomoc położnicza i ochrona zdrowia dzieci objęte są systemem ochrony matki i dziecka.

W ten sposób wszelkie urządzenia lecznicze wchodzące w zakres radzieckiej służby zdrowia mogą być podzielone w następujący sposób: 1) leczenie i profilaktyka w ogólności, obejmujące zjednoczone (z poliklinikami) szpitale, ambulatoria, polikliniki, punkty zdrowia, specjalistyczne przychodnie (dyspansery), sanatoria oraz apteki; 2) lekarsko - profilaktyczna obsługa macierzyństwa i dziecięctwa, która obejmuje domy porodowe i poradnie dla kobiet, szpitale dziecięce, poradnie dla dzieci, szpitale i polikliniki dziecięce, żłóbki, domy dziecka, (dziecińce), lecznicze domy dla dzieci i medyczno - sanitarną obsługę ogrodów jordanowskich i innych zbiorowisk dziecięcych, jak szkoły itp., 3) służba sanitarna, w której skład wchodzą: państwowa inspekcja sanitarna, sanitarno - epidemiczna organizacja, stacje sanitarno - epidemiologiczne, domy oświaty sanitarnej oraz specjalne sanitarne stacje i instytuty.

Lecznicza obsługa pracowników wielkich przedsiębiorstw należy do całych zespołów urządzeń objętych nazwą medyczno - sanitarnych oddziałów (mediko - sanitarnyje czasti).

Ze względu na odmienne warunki organizacji pomocy leczniczej w miastach i na wsi organizacja lekarsko - sanitarnej obsługi ludności miejskiej różni się od organizcaji obsługi ludności wiejskiej. Obsługa ludności wiejskiej, kołchozów i sowchozów odbywa się poprzez urządzenia rejonowego ośrodka i wiejskie lekarskie obwody.

III. W zakresie lecznictwa na pierwsze miejsce wysuwają się szpitale, które w radzieckiej służbie zdrowia stanowią jej zasadniczą materialną podstawę. Według planu na 1950 r. liczba łóżek szpitalnych w miastach, bez uwzględnienia zakładów psychiatrycznych, wynosić ma w ZSRR 691.900. Znaczy to, iż na 1000 osób miejskiej ludności przypadać będzie 10 łóżek. Już zatem w tym roku ZSRR zbliży się w dużym stopniu do optymalnej normy obsługi szpitalnej, która wynosi, jak wykazuje praktyka, od 10 do 12 łóżek na każdy tysiąc miejskiej ludności.

Sieć szpitalna w mieście obejmuje szpitale ogólne i specjalistyczne. Szpitale ogólne mają z reguły oprócz terapeutycznych i chirurgicznych oddziałów również

oddziały specjalne. Szpitale specjalistyczne — to głównie szpitale infekcyjne, gruźlicze i innych wąskich specjalności. Oprócz szpitali dla chorych stomatycznych istnieje znaczna sieć szpitali psychiatrycznych.

Powszechnym prawie typem szpitala w ZSRR jest tzw. zjednoczony szpital, tj. szpital połączony z poliklinika względnie ambulatorium.

Chorych leczonych w poliklinice szpitalnej lub związanej z danym szpitalem kieruje do szpitala bezpośrednio lekarz leczący polikliniki. Innych chorych skierowują lekarze właściwych urządzeń leczniczych za pośrednictwem specjalnych ośrodków tzw. „ewakopunktów". Ten tryb kierowania chorych stosowany jest zwłaszcza, jeżeli idzie o szpitale specjalistyczne albo o oddziały specjalne w szpitalach ogólnych. Oprócz tego do szpitala dostarczani są chorzy przez pogotowie ratunkowe. Tylko w wyjątkowych wypadkach szpital może przyjąć chorego bezpośrednio.

Szpital w ZSRR jest nie tylko miejscem leczenia chorych lecz jako najbardziej kwalifikowany zakład leczniczy, służy do ciągłego doskonalenia kwalifikacyj kadr lekarskich i średniego personelu lekarskiego zwłaszcza w warunkach połączenia szpitali z poliklinika. Doskonalenie to zapewnione jest już w toku samej pracy lekarzy w złączonym oddziale szpitala i polikliniki przez ocenę — w czasie obchodów klinicznych i na lekarskich konferencjach oddziałowych — materiałów dotyczących diagnostyki i leczenia zarówno szpitalnego jak i ambulatoryjnego i przez odbywanie ogólnoszpitalnych konferencyj. Podnoszenie kwalifikacyj personelu lekarskiego odbywa się również w drodze odbywania specjalnych kursów, seminariów i praktyk, w drodze sprawozdań i referatów oraz wykładów wybitnych specjalistów i wciągania lekarzy do prac naukowo-badawczych pod kierownictwem klinik, naukowo-badawczych instytutów i specjalnie do tego celu przydzielonych kierowników. Rola szpitala w zakresie doskonalenia kwalifikacyj lekarskich nie ogranicza sie tylko do własnego personelu szpitala, bowiem szpital ma wielkie znaczenie również w ogólnym systemie przygotowania i doskonalenia lekarzy. Większość dużych najbardziej kwalifikowanych szpitali służy jako baza wyższych lekarskich zakładów naukowych, instytutów naukowo - badawczych i instytutów dokształcania lekarzy.

IV. Najbardziej masowym i dostępnym urządzeniem w ogólnym systemie radzieckiej służby zdrowia są polikliniki i ambulatoria. Są one albo złączone ze szpitalami albo samodzielne. Polikliniki i ambulatoria są pełnymi zakładami realizującymi różne rodzaje pomocy leczniczo - profilaktycznej. Pomocy w ambulatoriach i poliklinikach udzielają lekarze terapeuci oraz lekarze innych specjalności. Zgodnie z tym w poliklinice istnieje oddział terapeutyczny i oddziały względnie gabinety dla innych specjalności. Oddziały te w poliklinikach szpitalnych są połączone z takimiż oddziałami szpitalnymi i pozostają pod kierownictwem tego samego lekarza, który prowadzi odnośny oddział szpitalny. Prowadzi polikliniką lekarz naczelny.

W radzieckim systemie służby zdrowia ambulatoria i polikliniki zostały szczególnie rozwinięte. Jeszcze na 1 stycznia 1947 r. istniało tylko w miastach 15 603 ambulatoriów i poliklinik. O rozmiarach pomocy ambulatoryjno - poliklinicznej sądzić można na podstawie liczby wizyt: w roku 1946 było ich ponad 400 milionów. Pod koniec obecnej pięciolatki liczba lekarskich stanowisk w miejskiej sieci ambulatoryjno - poliklinicznej wynosić będzie 118.000.

Pomoc ambulatoryjno - poliklinicznа zorganizowana jest według obwodów. W całej organizacji systemu pomocy leczniczej podstawową rolę odgrywają ordynujący lekarze terapeutyczni, którzy obsługują poprzez ambulatoria i polikliniki niedużą grupę ludności (obwód), sięgającą do 3 000 ludzi z wyłączeniem dzieci, dla których istnieje oddzielna organizacja lecznictwa (dzieci do 3-ch lat obsługuje obwodowy lekarz pediatra poradni dla dzieci; dzieci od 4 do 13 lat włącznie obsługuje pediatra dziecięcy polikliniki). Obsługa lekarska ludności w systemie tzw. zjednoczonych szpitali tj. w przypadku połączenia ambulatorium (polikliniki) ze szpitalem, odbywa się w ten sposób, iż jeden i ten sam zespół lekarzy udziela pomocy w danym szpitalu, ambulatorium (klinice) i na miejscu w danym obwodzie. Do zespołu tego należy również przeprowadzanie wszelkich akcyj sanitarno - przeciwepidemicznych. W poliklinikach (ambulatoriach) i w domu pomocy lekarskiej udziela dwóch lekarzy, z których jeden przyjmuje chorych w ambulatorium, drugi zaś odwiedza chorych w domu. Każdy z nich obowiązany jest pracować w szpitalu przez 2½ — 3 godziny. Wyjątkowo tylko lekarze mogą pracować w ciągu dnia we wszystkich 3 ogniwach szpitalno - ambulatoryjnej (poliklinicznej) pomocy leczniczej, a więc leczyć w szpitalu, przyjmować w ambulatorium i odwiedzać chorych w domu. Może to mieć miejsce tylko wtedy, gdy obwód jest zwarty, ma nieduży promień, a zaludnienie jego wynosi od 1 500 do 1 800 dorosłych osób.

Czynnikiem jednoczącym obwodowych lekarzy ordynatorów w ich działalności ambulatoryjno - poliklinicznej jest terapeutyczny oddział szpitala. Zarządzający terapeutycznym oddziałem szpitala jest zarazem zarządzającym terapeutycznym oddziałem szpitalnej polikliniki a obwodowi lekarze są równocześnie ordynatorami terapeutycznego oddziału szpitala. W dużych poliklinikach każdych pięciu, sześciu lekarzy stanowi zespół, pozostający pod kierownictwem starszego ordynatora terapeutycznego oddziału.

Zarządzający terapeutycznym oddziałem polikliniki, który zarządza zarazem terapeutycznym oddziałem szpitala jednoczy i kieruje działalność obwodowych lekarzy, sprawdza i kontroluje ich pracę a w razie konieczności sam konsultuje chorych zarówno w szpitalu jak i w poliklinice lub w domu. Ważną częścią jego pracy jest zapewnienie lekarzom obwodowym pomocy w możliwie wczesnym rozpoznaniu choroby, a zwłaszcza ostrych infekcyj, gruźlicy, złośliwych nowotworów oraz kontrola i systematyczne sprawdzanie prowadzenia lekarskiej dokumentacji.

Jakkolwiek ambulatoryjno - poliklinicznа organizacja opiera się na obwodach to jednak nie jest ona zwykłym terytorialnym rozdziałem chorych pomiędzy obwodowych lekarzy. Organizacja ta zmierza przede wszystkim w tym kierunku, aby lekarz obwodowy był nie tylko specjalistą w tej czy innej dziedzinie lecz aby

troszczył się o zdrowie ludności całego obwodu jako takiego. To też lekarz obwodowy przeprowadza w oparciu o specjalną sanitarno - epidemidogiczną organizację i w bezpośrednim związku ze swą lekarską pracą całą działalność sanitarną w rodzinie i jej mieszkaniu, śledzi uważnie i kontroluje wykonanie w swoim obwodzie przeciwepidemicznych zarządzeń. Nieodłączną częścią jego pracy, zwłaszcza przy sposobności odwiedzin chorego w domu, jest systematyczna propaganda sanitarna.

Lekarz obwodowy jest w istocie lekarzem domowym. Nieprzerwana obserwacja jednej i tej samej rodziny przez tego samego lekarza ma ogromne znaczenie, jeżeli idzie zarówno o udzielenie lekarskiej pomocy jak i obniżenie zachorowalności oraz zapobieganie chorobom.

Wykorzystuje on szerokie możliwości kliniki względnie ambulatorium skierowania chorego do specjalistycznych zakładów leczniczych, sanatoriów i uzdrowisk, przy współdziałaniu zaś społecznych organizacyj troszczy się o zmianę warunków pracy i bytowania chorego.

V. Udzielanie pomocy leczniczej (w ambulatorium i w domu) powiązane jest z bardzo ważnym obowiązkiem lekarza wprowadzenia w życie zagwarantowanego konstytucyjnie prawa obywateli radzieckich do materialnego zabezpieczenia w czasie zachorowania, przysługującego od instytucyj ubezpieczenia społecznego.

W każdym wypadku choroby na lekarzu spoczywa obowiązek stwierdzenia czasowej niezdolności do pracy i okresu jej trwania. Fakt czasowej niezdolności do pracy, rozpoznanie choroby i okres jej trwania lekarz zaświadcza na karcie czasowej niezdolności do pracy (karcie zachorowania — bolnicznyj listok). Kartę czasowej niezdolności do pracy wydaje się również wtedy, gdy: 1) choroba powstała wskutek wypadku w zatrudnieniu; 2) w razie konieczności pielęgnowania chorego, zwłaszcza niemowląt przez matki; 3) w wypadku konieczności odbycia kwarantanny przez osoby, które stykały się z zakaźnie chorym; 4) w razie konieczności uzyskania urlopu poza normalną kolejnością w celach profilaktycznych; 5) w razie ciąży i porodu.

Na podstawie karty niezdolności do pracy dana osoba uzyskuje prawo do zwolnienia z pracy i do odpowiedniego zasiłku.

Kartę czasowej niezdolności do pracy wydają lekarze polikliniki, ambulatorium, specjalnych przychodni (dyspanserów), szpitali i punktów zdrowia. W razie zachorowania lekarz polikliniki (ambulatorium) zwalnia od pracy na okres nie dłuższy niż trzydniowy. Jeżeli stan zdrowia chorego wymaga dalszego zwolnienia od pracy, lekarz udziela takiego zwolnienia, jednakowoż na okres nie dłuższy niż 3 dni, ogółem zaś zwolnienie nie może trwać dłużej aniżeli 10 dni. Dalsze zwolnienia muszą być zatwierdzone przez głównego lekarza lub przez lekarsko - konsultacyjną komisję (wraczebno - konsultacjonnaja komisja — WKK) urzędująca przy danym zakładzie leczniczym.

Punkt zdrowia ma prawo zwolnić od pracy na 3 dni i to tylko w razie ostrej choroby lub wypadku; dalszego zwolnienia udziela w ogólnym trybie poliklinika (ambulatorium) lub szpital.

Kartę czasowej niezdolności do pracy ze względu na konieczność odbycia kwarantanny wydaje lekarz - epidemiolog, a w braku takiego lekarza, lekarz sanitarny ewentualnie lekarz leczący.

Zwolnienie z pracy w związku z koniecznością pielęgnowania chorych członków rodziny wydaje lekarz leczący chorego lecz tylko w przypadku ostrych chorób i jeżeli nie można umieścić chorego w szpitalu. Zwolnienie nie może opiewać na dłuższy okres aniżeli trzydniowy. Tylko w nader wyjątkowych wypadkach okres ten może być przedłużony przez leczącego lekarza i głównego lekarza razem lecz jedynie do ograniczonego terminu.

Dla wydania ekspertyzy w sprawie zdolności do pracy a także w celach podwyższenia jakości leczenia, potworzone są przy zakładach leczniczych (zjednoczonych szpitalach, samodzielnych szpitalach, poliklinikach, ambulatoriach itp.) wspomniane już poprzednio lekarsko - konsultacyjne komisje (WKK). Do kompetencyj tych komisyj należy:

a) rozstrzyganie w sprawach zwolnienia od pracy przez czas dłuższy niż 10 dni i ustalanie niezdolności do pracy w przypadkach wątpliwych;
b) przeniesienie w przypadku czasowej niezdolności do pracy z dotychczasowej pracy do innej pracy w tym samym zakładzie pracy na czas nie dłuższy aniżeli miesiąc (ustalanie konieczności przeniesienia, charakter rekomendowanej pracy i okres trwania przeniesienia);
c) wydawanie opinii w sprawie prawidłowego leczenia chorych w przypadku gdy rozpoznanie jest skomplikowane i niewyjaśnione;
d) ustalanie potrzeby konsultacji i konieczności specjalnego leczenia w celach skierowania chorego do zakładu leczniczego znajdującego się poza miastem lub rejonem, w którym chory przebywa;
e) skierowanie chorego na lekarską komisję rzeczoznawców w sprawach pracy (wraczebno - trudowaja ekspertnaja komisja — WTEK) dla określania stanu trwałej utraty zdolności do pracy.

W skład lekarsko - konsultacyjnej komisji wchodzą: przewodniczący, którym jest lekarz główny polikliniki, jego zastępca lub specjalnie wyznaczona osoba, lekarz - terapeuta, lekarz - chirurg, lekarz - neuropatolog i lekarz leczący chorego. Poza tym powołuje się do komisji w razie potrzeby innych specjalistów.

Wspomniane powyżej lekarskie komisje rzeczoznawców w sprawach pracy (WTEK), które orzekają, czy dana osoba jest trwale niezdolna do pracy i to całkowicie lub częściowo, są organami Ministerstwa Opieki Społecznej względnie podległych mu urzędów. Komisje te są organizowane przy ambulatoriach i poliklinikach w następującym składzie: przewodniczący komisji, którym jest przedstawiciel miejscowego urzędu opieki społecznej i trzech lekarzy rzeczoznawców (terapeuta, chirurg i neurolog). W razie potrzeby komisja zasięga opinii innych specjalistów. W wyjątkowo skomplikowanych przypadkach wymagających badania w zakła-

dzie leczniczym przeprowadza się ekspertyzą w szpitalach.

Zadaniem W. T. E. K. jest:

a) ustalenie stopnia niezdolności do pracy i określenie grupy inwalidztwa;
b) ustalenie przyczyn utraty zdolności do pracy: ogólna choroba, choroba zawodowa, wypadek w zatrudnieniu, inwalidztwo powstałe w okresie dzieciństwa, inwalidztwo powstałe w związku ze służbą wojskową;
c) ustalenie konieczności stworzenia specjalnych warunków pracy dla inwalidów i osób dotkniętych częściową niezdolnością do pracy (zwolnienie od pracy w nocnych zmianach, przydzielenie do innej pracy ze wskazaniem jej rodzaju, skierowanie na przeszkolenie w nowym zawodzie);
d) badanie warunków pracy inwalidów w przedsiębiorstwach i zakładach i sprawdzanie czy odbywa się ona zgodnie z zaleceniem komisji.

Ważną funkcją lekarskich komisji rzeczoznawców w sprawach pracy jest ich udział w organizacji pracy dla inwalidów. Wnioski komisji w sprawach warunków pracy są wiążące dla administracji przedsiębiorstw i zakładów.

Komisje przeprowadzają periodyczną i systematyczną obserwację stanu zdrowia inwalidów, poddając ich okresowym badaniom.

VI. Charakterystyczną i istotną właściwość radzieckiej medycyny stanowią tzw. „dyspansery" tj. specjalne ambulatoryjno - poliklinicznе urządzenia. Urządzenia takie są wprawdzie znane i w krajach kapitalistycznych, gdzie noszą nazwę ośrodków zdrowia, poradni itp., jednakże w krajach tych ze względu na znane społeczno - ekonomiczne przyczyny nie mogły się one odpowiednio rozwinąć. To też liczba ich jest tam znikoma a działalność ogranicza się prawie jedynie do rozpoznawania chorób i nie wychodzi poza ramy filantropii. Natomiast w ZSRR urządzenia te zapewniają w pełni przeprowadzenie akcji w zakresie społecznej i indywidualnej profilaktyki, realizują kwalifikowane leczenie, szybkie przywrócenie zdolności do pracy i zapobiegają rozszerzaniu się chorób.

Rozróżnia się następujące typy dyspanserów: samodzielne dyspansery, specjalne oddziały i gabinety dyspanseryjne w poliklinikach i specjalne punkty.

W zależności zaś od chorób, które są przedmiotem zainteresowania dyspanserów, istnieją dyspansery gruźlicze, wenerologiczne, przeciwrakowe (onkologiczne) i neuro-psychiatryczne.

Cechą zasadniczą, która wyróżnia dyspanser od normalnej polikliniki względnie ambulatorium, to metoda jego pracy, polegająca na aktywnym ujawnieniu chorych i ich ewidencji, aktywnej obserwacji, opiece i społecznej profilaktyce.

Dyspanser nie czeka aż chory zwróci się do niego z własnej inicjatywy, przeciwnie on sam wyszukuje chorych w rejonie swej działalności i skłania ich do poddania się leczeniu. Środkami i metodami, które mu służą do tego celu są: 1) łączność z ambulatoriami, poliklinikami i innymi urządzeniami leczniczymi, które skierowują chorych do dyspansera; 2) ściągnięcie do dyspansera członków rodziny chorego i osób pozostających z nim w kontakcie, celem ich zbadania; 3) udział w przeprowadzanych okresowo badaniach poszczególnych grup ludności a w pewnych warunkach przeprowadzanie specjalnych badań; 4) systematyczne analizowanie zachorowalności i przyczyn śmiertelności w rejonie.

Wszystkie osoby, u których stwierdzono daną chorobę, którą zajmuje się specjalnie dany dyspanser, i które mieszkają w jego rejonie, są przezeń ściśle ewidencjonowane ze względu na konieczność podejmowania tych czy innych kroków w stosunku do nich. W odniesieniu do osób, u których ustalono rozpoznanie, dyspanser przeprowadza dalsze specjalne leczenie.

Dyspanser współdziała przy organizacji napółzamkniętych urządzeń leczniczych — dziennych i nocnych sanatoriów i dietetycznych stołówek.

Przy gruźliczych dyspanserach są organizowane ozdrowieńcze place dziecięce, gdzie przeprowadza się prace pedagogiczne przy zachowaniu odpowiedniego reżimu higienicznego. Ważną funkcją gruźliczego dyspansera jest kierowanie dzieci do szkół położonych w lasach. W działalności dyspansera wyjątkowe miejsce zajmuje tzw. „patronaż", przez co rozumie się stałą więź między dyspanserem a chorym, systematyczne obserwowanie chorego w jego warunkach życiowych i pomaganie mu w polepszeniu warunków pracy i bytowania. Funkcja ta należy do zadań niższego personelu lekarskiego, a w szczególności do sióstr - pielęgniarek.

Dyspanser przeprowadza także szeroką akcję w zakresie społecznej profilaktyki. Środki społeczne w kierunku zapobiegania zachorowaniom w rejonie działalności dyspansera są oparte na: 1) powiązaniu z innymi leczniczymi urządzeniami danego rejonu; 2) organizacji działalności samego społeczeństwa; 3) przeprowadzaniu szerokiej masowej sanitarno - oświatowej pracy.

Z reguły przy dyspanserze organizowane są wystawy stałe lub ruchome, a poczekalnie, gabinety i inne jego lokale zaopatruje się w odpowiednie materiały propagandowo - oświatowe.

VII. Organizacja wszechstronnej obsługi leczniczej w ZSRR nie opiera się jednak wyłącznie na zasadzie terytorialności, uwzględniającej głównie bytowe warunki chorego i jego rodziny. Walka z zachorowalnością wymaga również uwzględnienia warunków pracy i czynników wytwórczych wpływających na zachorowalność i w konsekwencji działalności leczniczo - profilaktycznej i sanitarnej bezpośrednio w zakładach przemysłowych.

Tym samym konieczne jest połączenie zasady obsługi leczniczej w/g miejsca zamieszkania z zasadą leczniczej obsługi robotników przemysłowych na miejscu pracy. W tym celu w fabrykach i zakładach przemysłowych są zorganizowane punkty służby zdrowia prowadzone przez polikliniki; w wielkich przedsiębiorstwach są zorganizowane leczniczo - sanitarne oddziały.

Punkty służby zdrowia (tzw. zdrawpunkty) organizuje się w przedsiębiorstwach zatrudniających od 1000

robotników wzwyż. W przedsiębiorstwach w których liczba zatrudnionych wynosi mniej aniżeli 1000 pracowników organizuje się felczerskie punkty. W dużych oddziałach fabrycznych organizuje się również felczerskie punkty a niekiedy także lekarskie punkty służby zdrowia. W bardzo wielkich przedsiębiorstwach punkt służby zdrowia może mieć pomocnicze urządzenia lecznicze i specjalne gabinety, jak gabinet położniczo - ginekologiczny, izba dla kobiet itp.

Kieruje punktem poliklinika, w której rejonie znajduje się przedsiębiorstwo. W razie istnienia kilku punktów organizuje się dla kierowania ich działalnością specjalny gabinet.

Praca punktu idzie w dwu kierunkach: leczniczo - profilaktycznym i sanitarno - przeciwepidemicznym.

W zakresie leczniczo - profilaktycznym podstawowym zadaniem punktu jest udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej w razie wypadku, zatrucia w związku z pracą zawodową i nagłego zachorowania oraz przedsięwzięcie kroków w kierunku zapobieżenia wypadkom, zatruciom zawodowym i innym chorobom mogącym powstać przy niekorzystnych warunkach pracy.

W zakresie sanitarno - przeciwepidemicznym punkt realizuje jednolity plan środków dla poprawienia zdrowotnych warunków w przedsiębiorstwach przemysłowych. Pod kierownictwem specjalnych organów sanitarnych punkt służby zdrowia bierze udział w przeprowadzaniu środków mających na celu ochronę pracy, zapewnienie bezpieczeństwa i walkę z ujemnymi wpływami zawodu na zdrowie.

Oddziały leczniczo - sanitarne w poszczególnych wielkich przedsiębiorstwach są już tak urządzone, iż mogą udzielić wszelkiego rodzaju pomocy leczniczej pracownikom i przeprowadzać pełną obsługę sanitarną przedsiębiorstwa.

Oddziały leczniczo - sanitarne są samodzielnymi organizacjami obejmującymi wszystkie leczniczo - sanitarne urządzenia, obsługującymi robotników i pracowników umysłowych danego przedsiębiorstwa a tam, gdzie to jest możliwe, także członków ich rodzin.

Zarządzają oddziałami bezpośrednio rejonowe i miejskie organa służby zdrowia, oddziałami zaś największych przedsiębiorstw krajowe (okręgowe) oddziały służby zdrowia.

W odniesieniu do pomocy leczniczej oddziały leczniczo - sanitarne spełniają funkcje zamkniętego zakładu leczniczego, ambulatorium, polikliniki i punktu. W stosunku do przedsiębiorstwa oddział leczniczo - sanitarny spełnia wszystkie funkcje państwowej inspekcji sanitarnej.

VIII. Odrębną gałąź radzieckiej służby zdrowia stanowi ochrona matki i dziecka, która jest głęboko przemyślanym systemem nieprzerwanej lekarskiej obserwacji i pomocy kobiecie i dziecku. Celowi temu służą: poradnię kobiece, zakłady położnicze, dziecięce poradnie i polikliniki, dziecięce szpitale, żłóbki i dziecińce.

Poradnie kobiece są to specjalistyczne ośrodki typu leczniczo - profilaktycznego, których zadaniem jest zabezpieczenie normalnego przebiegu ciąży w taki sposób, iżby się ona zakończyła w terminie urodzeniem zdrowego dziecka. Ponadto do zadań poradni należy okazanie leczniczo - profilaktycznej pomocy w chorobach ginekologicznych i profilaktyczne porady w kwestiach płciowej higieny kobiety.

Poradnie kobiece połączone są w swej działalności z zakładami położniczymi, których lekarze pracują równocześnie w tych poradniach.

W ten sposób realizuje się jednolitość położniczej pomocy na wszystkich etapach brzemienności, połogu i okresu popołogowego.

U podstaw działalności poradni kobiecej leży aktywne ujawnianie wszystkich brzemiennych kobiet w rejonie poradni drogą odpowiedniej masowej uświadamiającej akcji, mającej za zadanie wyjaśnić kobietom wielkie znaczenie zwrócenia się we właściwym czasie do poradni, drogą utrzymywania systematycznej łączności z ambulatoriami i poliklinikami celem zabezpieczenia skierowania do poradni zwracających się do tych instytucyj brzemiennych kobiet oraz drogą utrzymywania łączności z punktem służby zdrowia i organizacjami ubezpieczenia społecznego.

Ujawniwszy kobiety brzemienne w swoim rejonie poradnia roztacza nad nimi systematyczną obserwację, która obejmuje następujące zasadnicze elementy: 1) systematyczne udzielanie leczniczo - diagnostycznej pomocy w celu: a) określenia w odpowiednim czasie terminu połogu, b) zabezpieczenia normalnego przebiegu brzemienności, profilaktyki patologii brzemienności i porodu, wcześniejszego wykrycia oznak patologicznych, 2) nauczanie brzemiennych kobiet higieny, 3) okazanie w koniecznych przypadkach pomocy w zakresie materialnym i prawnym, 4) lekarską obserwację w okresie po porodzie.

Jednym z ważnych zadań poradni kobiecych jest także walka ze spędzaniem płodu, które może być przeprowadzone tylko w przypadkach prawem przewidzianych i na podstawie zezwolenia wydanego przez specjalną komisję lekarską.

Zakłady położnicze oraz oddziały położnicze w szpitalach są podstawowymi urządzeniami w zakresie pomocy połogowej. Sieć tych urządzeń jest tak dalece rozwinięta w ZSRR, iż tylko w nadzwyczajnych przypadkach kobiety brzemienne odbywają poród w domu.

Już w 1947 r. liczba łóżek w zakładach położniczych wynosiła 114.544, z czego na miasta przypadało 63.061. Według pięcioletniego planu liczba łóżek porodowych osiągnie w 1950 r. — 141.000, z której to liczby przypadnie na miasta 76.000 łóżek, co stanowić będzie 1,1 łóżka na 1.000 mieszkańców miejskich. Fachowe czynniki radzieckie uważają jednak, że pełne zabezpieczenie pomocy połogowej nastąpi dopiero wówczas, gdy na 1.000 mieszkańców przypadać będzie 1,2—1,4 łóżka (przy liczbie urodzeń 35—40 na 1.000 mieszkańców i normalnym obłożeniu łóżka 30—35 razy w roku).

Podstawowymi urządzeniami w zakresie leczniczej obsługi dzieci są poradnie dziecięce, żłóbki, dziecińce, polikliniki dziecięce, specjalne oddziały w klinikach ogólnych, szpitale dziecięce i oddziały dziecięce w szpitalach ogólnych.

Dla obsługi dzieci w szkołach i ogródkach istnieje instytucja szkolnych lekarzy, w braku tychże odnośne funkcje pełnią ogólni lekarze sanitarni.

Poradnie dziecięce obsługują z reguły dzieci w wieku do 3 lat. Dziecięce polikliniki zajmują się dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym, tj. od 4 do 13 lat włącznie.

Poradnie dziecięce są albo samodzielne albo połączone ze szpitalami dziecięcymi; w ostatnim przypadku obwodowi lekarze dziecięcej poradni są jednocześnie ordynatorami szpitala dziecięcego, względnie oddziału dziecięcego w szpitalu ogólnym.

Sieć poradni dziecięcych jest dość rozwinięta. W 1946 r. było ich 5.813, z czego 3.058 w miastach.

Działalność poradni dziecięcych opiera się na zasadzie terytorialnej. Rejon działalności poradni dzieli się na obwody, obsługiwane przez obwodowego lekarza, który ma do pomocy dwie pielęgniarki. Każdy lekarz obwodowy obsługuje około 600—700 dzieci w wieku do 3 lat; z liczby tej przypada na dzieci przy piersi 200—250 (dzieci w wieku do 3 lat stanowią około 8—10% miejskiej ludności, niemowlęta 3—3,5%).

Podstawą systemu obsługi niemowląt jest tzw. aktywny patronaż (aktywna opieka) nad niemowlętami, przebywającymi na obszarze działalności poradni dziecięcej od momentu urodzenia się niemowlęcia do osiągnięcia przez nie 1 roku życia.

Wstępnym etapem czynnego patronażu jest patronaż przedporodowy, którego zadaniem jest zabezpieczenie pomyślnych warunków życiowych dla dziecka jeszcze przed jego przyjściem na świat. Idzie tu mianowicie o zabezpieczenie dla przyszłej matki należytych warunków mieszkaniowych i okazanie pomocy w kierunku ustalenia uprawnień majątkowych rodziny dziecka (prawo do alimentów, prawo do premii z tytułu dużej ilości dzieci) oraz pomocy społeczno-prawnej.

W okresie przedporodowym przeprowadza się niezbędną pracę wychowawczą, przygotowując brzemienną do jej przyszłego macierzyństwa, ucząc ją sposobów pielęgnowania i karmienia dziecka i pomagając w nabyciu i przygotowaniu wszystkiego co jest niezbędne dla dziecka. Przedporodowy patronaż przeprowadzają pielęgniarki pod ogólnym kierownictwem lekarza.

Następnym etapem jest patronaż w pierwsze dni po urodzeniu się dziecka. W tym celu poradnia musi pozostawać w kontakcie z zakładem porodowym. Codziennie jedna z pielęgniarek poradni przychodzi do zakładu porodowego dla uzyskania informacyj o dzieciach, które się urodziły dnia poprzedniego, a także o matkach wypisujących się w tenże albo następny dzień. Przy tej sposobności pielęgniarki informują ze swej strony lekarza zakładu porodowego o stanie zdrowia dzieci, które w poprzednich dniach opuściły zakład. W ten sposób mogą być usuwane ewentualne braki w pielęgnacji niemowląt w zakładzie porodowym i zapobiega się ich przedwczesnemu wypisaniu z zakładu.

Jeszcze wówczas, gdy matka z dzieckiem znajduje się w zakładzie położniczym, pielęgniarka odwiedza rodzinę dla stwierdzenia, czy wszystko znajduje się przygotowane na przyjęcie matki i dziecka. W dniu wypisania się matki z zakładu porodowego pielęgniarka zjawia się w mieszkaniu matki i pomaga jej w pierwszych pracach związanych z pielęgnacją niemowlęcia i odwiedza ją jeszcze 2—3 dni pod rząd ucząc ją sposobu karmienia dziecka itd. W tych dniach odwiedza matkę również lekarz poradni, aby: 1) zaznajomić się ze stanem zdrowia dziecka i udzielić ewentualnej niezbędnej pomocy lekarskiej, wskazówek i rad, 2) skontrolować pielęgniarkę i wydać jej odpowiednie zarządzenia, 3) zaznajomić się bezpośrednio z warunkami społeczno-bytowymi matki.

Po upływie miesiąca matka obowiązana jest przychodzić raz na miesiąc do poradni w oznaczonym przez lekarza terminie. Celem takich odwiedzin jest systematyczne obserwowanie dziecka i udzielanie matce porad w sprawach karmienia i pielęgnowania dziecka.

Przy normalnym i zadawalającym stanie zdrowia dziecka przydziela się je po upływie roku do następnej grupy, obejmującej dzieci w wieku od 1 roku do 3 lat. Oprócz czynnej opieki (patronażu) nad niemowlętami lekarze i pielęgniarki poradni okazują lekarsko-profilaktyczną pomoc wszystkim dzieciom w wieku do 3 lat. Działalność ta opiera się na ogólnej organizacyjno-metodycznej zasadzie terytorialnej (według obwodu). W odniesieniu do dzieci w wieku od 1 roku do 3 lat lekarze obwodowi stosują metody stosowane przez poradnie dziecięce. Lekarz obwodowy odwiedza więc dziecko w drugim roku życia 3—4 razy do roku, później zaś 1—2 razy do roku, tak samo też postępuje pielęgniarka.

W poszczególnych przypadkach, gdy matka ze względu na stan zdrowia nie może w ogóle albo też częściowo karmić piersią dziecka, poradnia obowiązana jest przyjść jej z pomocą dostarczając mleka kobiecego.

W okresie normalnego dokarmiania (od 6 miesiąca do 12 miesiąca życia dziecka), a w przypadkach wskazanych przez lekarza także wcześniej, poradnia winna zapewnić matce możliwość otrzymania potrzebnych mieszanek odżywczych itp. Dla tych celów poradnia prowadzi punkty mleka kobiecego i mleczne kuchnie. Zaopatrzenie w mleko kobiece poradnia organizuje na podstawie dobrowolnego zaofiarowania przez kobiety karmiące, u których mleko wydziela się w nadmiarze. Kobiety, które zaofiarowały mleko, są poddawane gruntownemu badaniu w celu wyśledzenia, czy nie są chore na gruźlicę lub kiłę. Kobiety ofiarodawczynie obserwuje się również bacznie, aby przez ściąganie mleka nie naraziły na szwank zdrowia swych własnych dzieci. Ściągnięte z piersi mleko jest starannie przechowywane i poddawane w miarę możności bakteriologicznej kontroli.

Kuchnia mleczna jest pomocniczym urządzeniem, którego zadaniem jest dostarczanie dzieciom we wczesnym okresie życia specjalnych mieszanek odżywczych, sporządzanych wg wskazań lekarza. Kuchnia mleczna jest specjalnym zakładem żywnościowym, w którym stosowane są ostre wymogi co do planowania, wyposażenia, aparatury, utrzymania czystości lokalu i naczyń oraz systematyczna kontrola wytwarzanych i wydawanych produktów oraz kontrola zdrowia i osobistej higieny pracującego w kuchni personelu.

W zakresie przeciwepidemicznej akcji podstawowymi metodami działania dziecięcej poradni są szczepienia, wczesne wyjawienie zakaźnych chorób, uprzedzenie we właściwym czasie dzieci przed kontaktami. Każde dziecko, jeśli nie ma przeciwwskazań, szczepi się, po osiąg-

nięciu drugiego miesiąca życia, przeciw ospie oraz w terminach oznaczonych przeciw dyfterytowi. Dzieciom, które miały kontakty z dziećmi chorymi na odrę (kur) szczepi się szczepionki przeciw odrze. Poradnia dziecięca organizuje także gromadzenie krwi od matek, niezbędnej do wytwarzania przeciwodrowej surowicy. W celach wczesnego wykrycia gruźlicy przeprowadza się u każdego dziecka szczepienia Pirquet'a względnie Mantou'a.

Żłobki są urządzeniem przeznaczonym do społecznego wychowywania dzieci w wieku od 1 miesiąca do 3 lat.

Umieszczenie dziecka w żłobku umożliwia kobiecie pełną pracę w fabryce lub kołchozie, udział w pracy społecznej i pomaga do ogólnego podniesienia wydajności pracy, do wzrostu ekonomicznej, kulturalnej i społeczno-politycznej aktywności kobiet.

W zależności od właściwości obsługi tego czy innego kontyngentu dzieci żłobki bywają rejonowe, miejskie lub też o specjalnym przeznaczeniu, jak żłobki fabryczne, żłobki przy sowchozach, kołchozach, stacjach maszynowo-traktorowych itp.

Żłobki znajdują się albo na pełnym budżecie a tym samym i w zarządzie organów służby zdrowia, albo też na budżecie i w zarządzie odpowiednich zakładów i przedsiębiorstw i kołchozów, jakkolwiek nawet w tych przypadkach pozostają one pod ogólnym kierownictwem i nadzorem oddziałów zdrowia.

Na wsi oprócz stałych żłobków urządzane są na czas pewnych robót żłobki sezonowe.

Szczególne warunki bytowania i produkcji powodują konieczność przebywania dzieci w żłobkach w rozmaitych okresach. Z reguły żłobki przeznaczone są do przebywania w nich dzieci w czasie pracy matki, czynne są zatem na jedną zmianę przez 9—12 godzin albo też w zależności od warunków pracy matki przez całą dobę.

Dobór dzieci do żłobków przeprowadzają obwodowi lekarze w poradniach dziecięcych; jeżeli liczba miejsc w żłobkach jest mniejsza aniżeli zapotrzebowanie, dobór dzieci przeprowadzają komisje powoływane przy oddziałach zdrowia.

Podstawową strukturalną częścią żłobka jest grupa. Dzieci dzieli się na grupy według wieku. Grupa obejmuje od 15 do 20 dzieci. Jeżeli w żłobku istnieją 3 grupy, w pierwszej grupie łączy się dzieci w wieku od 1 miesiąca do 1 roku; jest to grupa dzieci karmionych piersią; w drugiej grupie łączy się dzieci w wieku od 1 roku do dwóch lat, a w trzeciej — dzieci od 2 do 3 lat. Jeżeli jednak podział dzieci przeprowadza się na 4 grupy, natenczas do pierwszej grupy przydziela się dzieci w wieku od 1 do 9 miesięcy, do drugiej w wieku od 9 do 14 miesięcy, do trzeciej od 14 miesięcy do 2 lat i do czwartej od 2 do 3 lat.

Żłobek prowadzi zarządzająca z wykształceniem medycznym. Lekarz żłobka kieruje lekarską obsługą i przy pomocy pedagoga-instruktora kieruje pracą wychowawczą. Bezpośrednią pracę w grupach wykonują wychowawczynie pielęgniarki przy pomocy piastunek. W niektórych przypadkach obowiązek lekarskiej obsługi i obserwacji dzieci w żłobkach spoczywa na poradni dziecięcej.

Dziecińce są to urządzenia typu zamkniętego, których zadaniem jest wychowywanie dzieci w wieku od 1 roku do 3 lat, jeżeli utraciły one rodziców. Ze względu na fakt, iż problem leczniczy odgrywa w dziecińcach podobnie jak w żłobkach ogromną rolę, znajdują się one pod zarządem organów służby zdrowia. Po osiągnięciu 3 lat dzieci przechodzą do domów dziecięcych, którymi zarządza Ministerstwo Oświaty. Do dziecińców mogą być przyjmowane również dzieci samotnych matek i to albo na stałe albo na określony czas, stosownie do życzenia matki. Dzieci z dziecińca mogą być oddane na wychowanie rodzinom, które zgłoszą chęć ku temu. Oddanie następuje na podstawie formalnej umowy zawartej przez daną rodzinę i organ służby zdrowia. Organa zdrowia dążą również do tego, aby dzieci z dziecińców były adoptowane.

Rodzina biorąca dziecko na wychowanie otrzymuje miesięczny zasiłek oraz niezbędne rzeczy dla dziecka, jak odzież, bieliznę itp.

Poliklinika dziecięca (albo dziecięcy oddział powszechnej kliniki) jest zakładem leczniczo-profilaktycznym, którego zadaniem jest udzielanie pomocy leczniczej dzieciom w wieku od 4 do 13 lat zarówno według ich miejsca zamieszkania przy rodzinie, jak i w naukowo-wychowawczych zakładach (ogródki jordanowskie, szkoły itd.). Poliklinika jest albo samodzielna albo też połączona ze szpitalem dziecięcym, względnie z oddziałem dziecięcym zwykłego szpitala.

Praca polikliniki dziecięcej w zakresie obsługi dzieci wg ich miejsca zamieszkania opiera się na ogólnej zasadzie organizacji terytorialnej (wg obwodów). Jednemu obwodowemu lekarzowi i jednej pielęgniarce obwodowej przydziela się do obsługi 1500—2500 dzieci. W poliklinikach połączonych z dziecięcymi szpitalami lekarze pracują — podobnie jak w poliklinikach ogólnych — 2½ godziny w szpitalu, 2 godziny w poliklinice i 2 godziny poświęcają na odwiedziny chorych dzieci w domu.

Lekarz obwodowy polikliniki dziecięcej realizuje w odniesieniu do dzieci zamieszkałych w jego obwodzie:

1) pomoc lekarską w poliklinice i w domu, a także zabezpieczenie pomocy specjalistycznej i umieszczenie w szpitalu,
2) selekcję dzieci w razie skierowania ich do jakichś zbiorowisk,
3) systematyczną obserwację stanu zdrowia i fizycznego rozwoju dzieci,
4) specjalną obserwację dzieci, jeżeli jest ona niezbędna ze względu na wskazania lekarskie,
5) ogólną akcję profilaktyczną,
6) bieżące akcje przeciwepidemiczne,
7) udział w ogólnej sanitarnej i sanitarno-oświatowej akcji.

Dla udzielania pomocy specjalistycznej poliklinniki dziecięce mają własnych specjalistów lub też korzystają z pomocy specjalistów ogólnych poliklinik.

Obsługa dzieci w istniejących dla nich urządzeniach — ogródki, szkoły, internaty itp. — odbywa się albo przez specjalnego lekarza albo przez lekarza obwodu, w którym mieści się dane urządzenie.

Radzieccy teoretycy wysuwają następujące normy co do personelu lekarskiego obsługującego urządzenia dla dzieci:

w zakładach przedszkolnych (ogródki dziecięce): 1 lekarz na 600—800 dzieci, 1 siostra na 200—300 dzieci;

w szkołach: 1 lekarz na 2500—3000 dzieci, 1 siostra na wielką szkołę (800—1200 dzieci) albo na 2—3 niedu-że szkoły (700—800 dzieci).

W celach obsługi domów dla dzieci w starszym wieku i internatów pozostających w zarządzie organów Ministerstwa Oświaty przydziela się lekarza z dziecięcej poliklinik, pielęgniarki zaś pozostają na etacie danego zakładu.

Do obowiązków lekarza obsługującego kolektywy dziecięce należy:

1) kontrola i lekarska selekcja dzieci przyjmowanych do zakładu,
2) systematyczna obserwacja stanu zdrowia i fizycznego rozwoju na podstawie systematycznych badań i bieżących profilaktycznych przeglądów,
3) masowa leczniczo-profilaktyczna akcja,
4) pogłębiona obserwacja indywidualna w specjalnych przypadkach ujawnionych rozpoznaniem lekarskim,
5) sanitarny nadzór i przeciwepidemiczne szczepienie,
6) jeżeli idzie o pomoc leczniczą: zapewnienie na miejscu natychmiastowej pomocy przez pielęgnarkę; współdziałanie i kontrola, aby lecznicza pomoc była udzielona dziecku w miejscu jego zamieszkania przez poradnię dziecięcą, poliklinikę lub inny zakład leczniczy,
7) lekarska kontrola sportu i wychowawczo-pedagogicznego procesu.

IX. Jak już wspomniano na wstępie, gospodarcze właściwości i związane z nimi szczególne warunki bytu powodują, iż organizacja służby zdrowia na wsi odbiega nieco od organizacji stosowanej w miastach. Organizacja ta przedstawia się w sposób następujący .W rejonowym ośrodku znajdują się wszystkie podstawowe urządzenia. Obszar ośrodka dzieli się na oddzielne obwody z wiejskimi obwodowymi lekarzami na czele. Lekarze obwodowi udzielają wszelkiego rodzaju pomocy leczniczej, wzywając do pomocy ośrodek rejonowy w przypadkach, gdy zachodzi potrzeba pomocy szczególnie kwalifikowanej.

W wiejskich obwodach leczniczych istnieją następujące urządzenia z odpowiednim personelem leczniczym:

1) obwodowy szpital z ambulatorium albo tylko ambulatorium, kierowane bezpośrednio przez lekarza,
2) felczersko-akuszerskie punkty,
3) akuszerskie punkty,
4) żłobki stałe i sezonowe.

Ta część rejonu, która przylega bezpośrednio do rejonowego ośrodka tworzy obwody podmiejskie. Rolę obwodowych urządzeń w stosunku do obwodów podmiejskich spełnia rejonowa poliklinika szpitalna; lekarzem obwodowym jest albo lekarz zarządzający poliklinika albo jeden z lekarzy terapeutów. Do pracy w obwodzie podmiejskim przydziela się specjalny średni personel lekarski (felczer, akuszerka, pielęgniarka).

W ten sposób więc lekarski obwód jest połączeniem leczniczych urządzeń określonej części rejonu z rejonowym szpitalem (połączonym z ambulatorium) lub tylko ambulatorium na czele. Lekarz obwodowy zarządzający szpitalem lub ambulatorium jest kierownikiem wszystkich leczniczych urządzeń obwodu. Oprócz omówionych poprzednio urządzeń służby zdrowia dla ludności wiejskiej, ludność ta obsługiwana jest także w znacznym stopniu przez medyczno - sanitarną sieć miast, albowiem około 1/3 całej pomocy leczniczej (ambulatoryjnej i szpitalnej) otrzymuje ludność wiejska w miastach.

Wiejskie szpitale obwodowe bywają różnej wielkości mają bowiem od 8 — 10 do 30 — 40 łóżek. Typowymi są szpitale na 25 łóżek które przypadają na 7000 — 10000 ludności.

Jeżeli w danym obwodzie nie ma szpitala, pomocy leczniczej udziela ambulatorium, w którym przyjmuje jeden lekarz mający do pomocy falczera. Chorych przyjmują także felczersko - akuszerskie punkty, skierowując ich w przypadkach bardziej skomplikowanych do obwodowych ambulatoriów. Aby zbliżyć pomoc leczniczą jak najbardziej do ludności, lekarze obwodowi organizują systematyczne wyjazdy według zgóry ułożonego planu do punktów felczersko - akuszerskich. Poza tymi przypadkami lekarz wyjeżdża dla udzielenia pomocy choremu tylko w razie ostrych zachorowań infekcyjnych lub innych oraz w razie patologicznego porodu.

Zgodnie z przepisami wydanymi przez Ministerstwo Rolnictwa i Ministerstwo Zdrowia lekarz zarządzający wiejskim obwodem leczniczym albo też lekarz rejonowego szpitala mają prawo zwalniać kołchoźników od pracy do czasu ozdrowienia, nie dłużej jednak niż na 3 miesiące.

Zwolnienie może nastąpić tylko pod warunkiem, że chory zgłosi się do ambulatorium albo też, że lekarz odwiedzi go w domu nie rzadziej aniżeli raz w tygodniu.

Zarządzający punktem felczersko - akuszerskim może zwalniać od pracy członków rolnego artelu w czasie czasowej niezdolności do pracy na okres nie dłuższy niż 7 dni, dalsze zwolnienie nastąpić może tylki przez lekarza zarządzającego obwodem leczniczym albo przez lekarza rejonowego szpitala.

Zarząd kołchozu przeprowadza kontrolę, czy chory spełnia zarządzenia lekarskie. Zaświadczenia w sprawie konieczności przeniesienia ze względu na stan zdrowia do innej pracy może wydawać lekarz obwodowy i lekarz szpitala rejonowego na okres najwyżej jednomiesięczny, zaświadczenie na okres dłuższy wydane być może tylko przez dwu lekarzy: obwodowego i szpitala rejonowego.

Prawo wydania zaświadczenia w sprawie zwolnienia kołchoźnicy od pracy z powodu brzemienności przysługuje lekarzowi obwodowemu, lekarzowi poradni kobiecej, lekarzowi rejonowego szpitala i domu porodowego. Jeżeli kołchoźnica mieszka daleko od lekarskiego obwodowego urządzenia oraz w przypadkach niecierpiących zwłoki zaświadczenie wydaje felczersko-akuszerski względnie akuszerski punkt lub dom porodowy.

Zaświadczenie w sprawie zwolnienia od pracy z powodu konieczności pielęgnowania chorego członka rodziny, zwłaszcza niemowlęcia, wydaje lekarz lub felczer na okres do 5 dni. Przedłużenie może nastąpić tylko w wyjątkowych wypadkach i na ograniczony

okres. Zaświadczenie o zwolnieniu od pracy z powodu konieczności odbycia kwarantanny wydaje zarządzający wiejskim obwodem lekarskim lub felczersko - akuszerskim punktem.

Ochrona dziecka i matki odbywa się na wsi według tych samych zasad co i w mieście, jednak organizacja jej z uwagi na szczególne warunki życia wiejskiego odbiega nieco od organizacji miejskiej. Dotyczy to przede wszystkim pomocy połogowej, duże bowiem odległości nie pozwalają na skoncentrowanie pomocy połogowej w jednym zakładzie obwodowym a rozrzucenie osiedli uniemożliwia urządzenie większych domów porodowych na peryferiach obwodu.

Dlatego też na wsi, obok lekarskiej pomocy połogowej w obwodowym szpitalu, zorganizowanej pomocy akuszeryjnej udzielają również akuszerskie i felczersko - akuszerskie punkty a także kołchozowe domy porodowe.

Na oddziale połogowym obwodowego szpitala pomocy akuszeryjnej udziela się we wszystkich przypadkach przeważnie ludności zamieszkałej w miejscowości, gdzie się szpital znajduje oraz w miejscowościach w promieniu od 3 do 5 km. W bardziej odległych miejscowościach normalne porody obsługuje sieć akuszerskich względnie felczersko - akuszerskich punktów i kołchozowych domów porodowych.

Akuszerski punkt ma tylko jedną akuszerkę do udzielania w domu pomocy połogowej mieszkankom swego obszaru działalności, niekiedy jednak poród mogą kobiety odbyć także i w punkcie są bowiem i takie punkty, w których znajdują się 1 — 3 łóżka porodowe.

Obowiązkiem akuszerek punktów akuszerskich jest patronaż nad kobietami brzemiennymi i położnicami w okresie poporodowym oraz nad noworodkami. Działalność punktów akuszerskich pozostaje pod kontrolą lekarza.

We wszystkich przypadkach, w których poród ma charakter patologiczny a położnicy nie można odtransportować do szpitala względnie domu porodowego akuszerka obowiązana jest wezwać natychmiast lekarza. Podobne funkcje jak punkty akuszerskie spełniają punkty felczersko - akuszerskie.

Kołchozowy dom porodowy jest jednym z podstawowych urządzeń pomocy połogowej na wsi. Jest on zazwyczaj niedużych rozmiarów (2 — 4 łóżka) i obsługuje najbliższe kołchozy, zabezpieczając odbycie od 50 do 100 porodów rocznie. Zarządza nim akuszerka mając do pomocy 1 — 2 sanitariuszki. Środki utrzymania kołchozowego domu porodowego pochodzą z dwóch źródeł: uposażenie personelu, akuszerek, wydatki na lekarskie wyposażenie i lekarstwa obciążają budżet Ministerstwa Zdrowia; wydatki gospodarcze — wyżywienie chorych, konserwacja i remont budynku i utrzymanie sanitariuszek obciąża kołchoz. Wzajemne zobowiązania organów służby zdrowia i kołchozów normują zawarte między nimi umowy.

Ze względu na opiekę (patronaż) nad niemowlętami, obszar wiejskiego obwodu lekarskiego dzieli się na nieduże opiekuńcze części w zależności od liczebności średniego personelu lekarskiego. Każda osoba z zespołu średniego personelu lekarskiego sprawuje opiekę nad niemowlętami przydzielonego jej obszaru. Przebieg opieki (patronażu) jest mniej więcej taki sam jak w mieście, kontrolę nad wykonywaniem opieki sprawuje specjalna siostra (pielęgniarka) patronażna wchodząca w skład etatowego personelu obwodowego. Do obowiązków tej siostry należy: systematyczne badanie stanu opieki, instruowanie felczerów, pielęgniarek i organizacja masowej sanitarno - uświadamiającej pracy; oprócz tego siostra patronażna roztacza sama bezpośrednio opiekę nad niemowlętami w punkcie i miejscowościach oddalonych od punktu 2 — 3 km.

Stałe żłobki organizują się w obwodzie przy punktach, sowchozach, wielkich kołchozach itd.; praca w nich odbywa się na analogicznych zasadach jak w mieście.

Na okres polnych i innych sezonowych robót organizowane są żłobki sezonowe, które obsługują miliony dzieci i są jednym z ważnych czynników zabezpieczenia wysokiej wydajności pracy kołchoźniczek i zapobiegania zachorowalności i śmiertelności dzieci.

Żłobki sezonowe są utrzymywane w całości ze środków kołchozu. Na organach zaś służby zdrowia spoczywa obowiązek przygotowania kierowników żłobków i przewodniczek grup dziecięcych. Wszyscy pracownicy służby zdrowia obwodu pociągani są do pracy w żłobkach sezonowych; każdemu z nich przydziela się pewną grupę żłobków, w których ma pieczę nad ich sanitarnym stanem.

Podobnie jak w stosunku do domów porodowych w kołchozach tak samo też i w stosunku do żłobków obowiązki oddziału zdrowia i kołchozów normują specjalne umowy zawierane między nimi.

Jeżeli matki pracują daleko w polu, natenczas dla niemowląt przy piersi organizowane są ruchome żłobki, dla grup obejmujących od 10 do 15 dzieci. Żłobki takie obsługuje pielęgniarka i piastunka.

Do obowiązków lekarza wiejskiego obwodu lekarskiego należy organizacja wszelkich podstawowych akcyj epidemiologicznych, jak izolacja i umieszczanie w szpitalu zakaźnych chorych, dezynfekcja, szczepienie zapobiegawcze itp. Dla przeprowadzania tych akcyj lekarz ma odpowiednie urządzenia i pomocniczy personel.

Felczersko - akuszerskim punktem kieruje felczer, który jest pomocnikiem lekarza w jego pracy lekarskiej i sanitarno - epidemicznej. Do punktu należy udzielenie pierwszej pomocy w czasie wypadku lub zachorowania na ostrą chorobę, pomoc ambulatoryjna w prostych przypadkach nie wymagających ingerencji lekarza, pomoc przy porodzie, obserwacja w zakresie wskazanym przez lekarza i pod jego kierownictwem — chorych na gruźlicę, choroby weneryczne, jaglicę i malarię; przeprowadzanie szczepień, sanitarny nadzór nad żłobkami, bieżący sanitarny nadzór nad obszarem działalności punktu itp.

W rejonowym ośrodku znajdują się następujące urządzenia lecznicze: szpital z ambulatorium lub poliklinika, poradnia dla kobiet, poradnia dziecięca z mleczną kuchnią (w rejonach o mniejszym zaludnieniu poradnia dla kobiet połączona jest z poradnią dziecięcą), żłobek, sanitarno - epidemiologiczna stacja i apteka.

Szpital rejonowy jest podstawowym leczniczo - profilaktycznym zakładem wiejskiego rejonu. Oprócz specjalnych oddziałów, obejmujących sale dla pobytu chorych, szpital rejonowy posiada oddział poliklinieczny z gabinetami specjalistycznymi, gabinety diagnostyczne (rentgen, laboratorium fizio - teraupatyczne i laboratorium kliniko - diagnostyczne). W zespół poliklinicznego oddziału wchodzą także przychodnie wenerologiczne i przychodnie dla gruźlików.

W obecnej chwili istnieją cztery typy wiejskich szpitali rejonowych, obliczonych na 35, 50, 75 i 100 łóżek. Struktura ich przedstawia się w sposób następujący:

	Liczba łóżek			
ogółem w szpitalu	35	50	75	100
z tego przypada na oddział:				
terapeutyczny	12	12	15	30
chirurgiczny	10	10	15	20
porodowy	5	8	10	15
zakaźny (infekcyjny)	8	10	15	15
dziecięcy	—	5	10	10
na inne specjalności	—	5	10	10

Lekarska obsługa ludności rejonowego ośrodka odbywa się w takim samym porządku i według tych samych metod jakie są stosowane w miastach. Idzie ona w dwóch kierunkach 1) zaspokojenia potrzeb chorych skierowanych przez lekarzy obwodowych oraz chorych zwracających się samodzielnie i bezpośrednio do ośrodka w zakresie wszelkich rodzajów pomocy leczniczej (ambulatoryjne przyjęcia u specjalistów, hospitalizacja, przeprowadzanie badań, zapewnienie kompetentnych porad w odniesieniu do poszczególnych chorych, diagnostyka i leczenie chorób, wyjazdy na specjalne wezwania), 2) przeprowadzenia przez urządzenie ośrodka a przede wszystkim przez szpital rejonowy prac bezpośrednio w obwodach w drodze periodycznych wyjazdów specjalistów.

W celach zabezpieczenie leczniczym urządzeniom rejonowych ośrodków i wiejskich obwodów lekarskich pomocy konsultacyjnej i metodycznego kierownictwa w kwestiach klinicznej medycyny są zorganizowane szpitale okręgowe (obłastnaja bolnica). Przy szpitalach tych istnieją poliklinik, przyjmujące chorych kierowanych przez rejonowych i obwodowych lekarzy. W ośrodkach okręgowych koncentrują się urządzenia lecznicze dla obsługi okręgu jako całości, jak np. szpitale psychiatryczne; prócz tego w okręgowych ośrodkach wydziela się odrębne urządzenia (szpitale, przychodnie specjalistyczne, poradnie) jako ośrodki naukowo - metodycznego kierownictwa działalnością odnośnych zakładów w okręgu w szczególności w ośrodkach rejonowych i wiejskich obwodach lekarskich.

Aby zabezpieczyć ludności wiejskiej wysoko kwalifikowaną pomoc leczniczą w niezbędnych przypadkach, zwłaszcza pomocy chirurgicznej zorganizowane jest w centrum okręgów i republik sanitarne lotnictwo, które ma za zadanie dostarczanie specjalistów do oddalonych miejsc na wezwanie lekarzy rejonowych i przewóz chorych do zakładów leczniczych okręgu względnie republiki.

X. Wyjątkowe znaczenie w dziedzinie służby zdrowia ma problem celowego przygotowania personelu lekarskiego, jego doskonalenia, rozmieszczenia i wyzyskania.

Kierownictwo w zakresie przygotowania kadr lekarskich w instytutach lekarskich spoczywa bezpośrednio na ministerstwach związkowych republik i na Ministerstwie Zdrowia ZSRR, którym instytuty te podlegają.

W celu zapewnienia planowej i metodycznej jednolitości w przygotowaniu wszystkich specjalistów ministerstwa zdrowia stosować się muszą do dyrektyw i zarządzeń Ministerstwa Wyższego Wykształcenia (Ministerstwo Wyższego Obrazowania). W 1946 r. istniały w ZSRR 72 instytuty medyczne, w których kształciło się 116.000 studentów.

Oprócz instytutów lekarskich przygotowujących lekarzy na oddzielnych fakultetach istnieją specjalne stomatologiczne i farmaceutyczne instytuty.

W celach nieprzerwanego podwyższania kwalifikacyj lekarzy i ich specjalizacji zorganizowana jest sieć instytutów doskonalenia lekarzy i sieć kursów przy naukowych instytutach i największych zakładach leczniczych.

Przygotowanie kadr średniego personelu lekarskiego należy do bezpośrednich obowiązków krajowych i okręgowych wydziałów zdrowia.

Do kształcenia średniego personelu lekarskiego służy sieć średnich szkół lekarskich.

W 1948 r. liczba lekarzy w ZSRR wynosiła 180.000 osób, w 1950 r. liczba ich winna według planu dojść do 223,9 tysięcy (łącznie z lekarzami - dentystami). Przygotowanie kadr dla żłobków, sanitariuszów itp. należy do rejonowych względnie miejskich wydziałów zdrowia (raj-gor-zdrawotdiały). Troska o podnoszenie kwalifikacyj niższego personelu lekarskiego należy do zakładów leczniczych.

Naukowo - badawcze prace w dziedzinie medycyny prowadzą zasadniczo katedry instytutów, kliniki wyższych szkół i specjalne naukowo - badawcze instytuty przy współudziale wszystkich urządzeń leczniczych, a zwłaszcza wielkich szpitali, przychodni itp.

Wyższym kierowniczym zakładem naukowym jest Akademia Nauk Medycznych ZSRR, jednocząca w swym zestawie znaczną liczbę wybitnych naukowych instytutów.

Oprócz tego poważna liczba zakładów naukowych znajduje się w bezpośrednim zarządzie Ministerstwa Zdrowia ZSRR i ministerstw zdrowia związkowych republik. Zakłady te pełnią swe funkcje pod kierownictwem naukowych rad lekarskich istniejących przy ministerstwach.

W szeregu okręgów, krajów oraz w stolicach są również naukowo - badawcze i naukowo - praktyczne instytuty podległe bezpośrednio wydziałom zdrowia.

Do obowiązków wydziałów zdrowia należy dobór kadr kierowniczych, wyznaczenie kierowników podległych im zakładów (urządzeń) leczniczych, pomaganie tymże kierownikom w doborze personelu zwłaszcza zarządza-

jącego oddziałami, specjalistów itp. i w ogóle zagadnienie rozmieszczenia lekarzy i pomocniczego personelu lekarskiego i personelu administracyjno - gospodarczego.

Młodzi specjaliści - lekarze, którzy ukończyli wyższe zakłady naukowe i absolwenci szkół lekarskich obowiązani są, zgodnie z przepisami prawa, pracować przez określony okres czasu tam, dokąd zostaną skierowani przez wydziały zdrowia (lekarze — 5 lat, felczerzy i akuszerki — 3 lata).

• • •

Na tym kończymy omówienie organizacji lecznictwa w ZSRR. Zagadnienie sanitarnej części radzieckiej służby zdrowia odkładamy do jednego z następnych numerów P.U.S.

Szczygielski J.

Kronika krajowa

ZJAZD DYREKTORÓW I PLANISTÓW UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH I ODDZIAŁÓW ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, doceniając znaczenie narad z przedstawicielami podległych i nadzorowanych instytucji ubezpieczeń społecznych, zwołał na dzień 19 i 20 listopada 1949 r. do Centrali ZUS konferencję dyrektorów ubezpieczalni społecznych i oddziałów ZUS oraz planistów tych instytucji.

Zasadniczym przedmiotem obrad konferencji były następujące sprawy:

a) układ planu finansowego działalności na rok 1950 oraz

b) plan usług instytucji ubezpieczeń społecznych na rok 1950.

Ponadto wygłoszone zostały referaty o tabeli etatów i sprawozdawczości osobowej, o planie inwestycyjnym na rok 1950 oraz o gospodarce taborem samochodowym.

Przed konferencją wręczono uczestnikom zjazdu schemat planu finansowego działalności na rok 1950 z ogólnymi wyjaśnieniami i dyrektywami oraz wykazy limitów liczb ubezpieczonych i składek dla poszczególnych ubezpieczalni społecznych. Przedstawiciele oddziałów ZUS otrzymali ponadto limity świadczeń pieniężnych dla poszczególnych oddziałów ZUS.

Z osób zaproszonych Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej reprezentowali:

ob. mgr Balcerski St. — dyr. Departamentu Ubezpieczeń Społecznych,

ob. Biernat St. — naczelnik wydziału.

Ministerstwo Skarbu:

ob. Frejlak St. — dyrektor Departamentu V,

ob. Tomaszewski — naczelnik wydziału.

Centralną Radę Związków Zawodowych:

ob. Ferenc Wł. — z-ca kier. Działu Socjalnego,

ob. Malejczyk T. — naczelnik wydziału.

Obradom przewodniczył dyr. Działu Finansowo-Majątkowego ZUS ob. Pawlik Stefan. Konferencję zagaił pełniący obowiązki naczelnego dyrektora Zakładu ob. dyr. Gorczyca Władysław.

— Wchodzimy w trzeci okres rozwoju gospodarczego — mówił ob. dyr. Gorczyca — w okres budowy fundamentów socjalizmu. Konferencja dzisiejsza ma na celu takie ustalenie hierarchii potrzeb, aby one nie były hamulcem, lecz by wzmogły tempo budowy tych fundamentów. O ile w pierwszym okresie (lata 1945—1946) ubezpieczenia społeczne ograniczały się do organizowania się, o ile w okresie planu 3-letniego obserwujemy rozkwit ubezpieczeń społecznych, o tyle na progu okresu planu 6-letniego mamy za zadanie tak zharmonizować i zsynchronizować ubezpieczenia społeczne, aby podołały one nałożonym na nie obowiązkom w tym niezmiernie doniosłym okresie, aby obsłużyły bez zarzutu masy pracujące, budujące zręby socjalizmu w naszym kraju.

Następnie zabrał głos prezes Tymcz. Rady ZUS ob. Stańczyk Jan.

— Do obowiązków naszych — mówił ob. prezes — należy m. in. obowiązek uspołecznienia człowieka w tym sensie, aby rozumiał on treść socjalizmu. Socjalizm to uczciwa, planowa praca ludzka to maksymalne wykorzystanie wszystkich ośrodków produkcyjnych, to wysiłek całego społeczeństwa dla tworzenia coraz większej ilości dóbr społecznych, dla podniesienia dobrobytu całego społeczeństwa. Nie ma takiej siły, która mogłaby nas zatrzymać na drodze do socjalizmu. Im szybciej będziemy szli ku socjalizmowi, tym szybciej dojdziemy do powszechnego pokoju. Jakkolwiek pracownicy ubezpieczeń społecznych nie produkują dóbr bezpośrednio, to jednak ubezpieczenia społeczne spełniają swą dużą rolę, gwarantując pomoc i opiekę tym, którzy produkują te dobra. Naszym zadaniem jest udowodnienie produkującym, że Państwo Ludowe należycie troszczy się o ich los.

Ob. dyr. Pawlik przemówienie swe rozpoczął od omówienia zagadnienia planowania.

— Metody planowania i ich zakres są stale przystosowywane do potrzeb. Zagadnienie planowania ulega pogłębieniu tak na odcinku państwowym, jak i ubezpieczeniowym. W rezultacie wnikliwej analizy i doświadczenia musieliśmy zmienić metody planowania oraz opracować nowy plan. Rok 1949 był eksperymentem w sprawozdawczości miesięcznej i planowaniu. Okazało się, że nasza sprawozdawczość jest postawiona na odpowiednim poziomie, lecz musi ulec pewnym modyfikacjom, które wymagają zmiany planu kont. Zmiana ta nie wywoła jednak specjalnych perturbacji. Nowy układ opiera się na następujących założeniach:

1) Plan kont musi być taki sam jak rachunek działalności.

2) Przechodzimy na budżetowanie brutto. Dotychczas mieliśmy cały szereg pomocniczych planów finansowych działalności, które wchodziły do planu głównego netto; wynikiem tego była utrudniona kontrola planów pomocniczych. Budżet ma zawierać całość obrotów.

3) Budżet jest jeden dla wszystkich funduszy. Podział na fundusze odbywać się będzie odgórnie. W budżecie będziemy mieć tylko wpływy — przypisy wykazywane będą w rachunkach majątkowych.

4) Rezygnujemy z amortyzacji. W zakładzie usługowym wprowadzanie jej okazało się zbędne.

5) Do budżetu wejdą wydatki inwestycyjne pozaplanowe; ewidencja majątkowa pozostanie bez zmiany.

6) Emerytury i odprawy b. pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych przenosi się z różnych świadczeń osobowych do rent zleconych. Renty będą płacone w ciężar ZUS — Centrali. Poszczególne jednostki nie będą miały przydzielonych na ten cel kredytów.

7) Wprowadza się miesięczną sprawozdawczość z wykonania etatów osobowych i samochodowych.

Następnie ob. dyr. Pawlik omawia sprawę wykonania planu inwestycji budowlanych i urządzeniowych oraz sprawę ściągalności składek.

W celu zlikwidowania zaległości, zwłaszcza na odcinku gospodarki prywatnej, należy nawiązać kontakty z urzędami skarbowymi, które otrzymały polecenie, ażeby zaległości ubezpieczeń społecznych traktować na równi z państwowymi.

W zakończeniu swego przemówienia ob. dyr. Pawlik wyraził przekonanie, że zadania jakie mamy do wykonania będą osiągnięte, gdyż pracownicy ubezpieczeń społecznych potrafią je w terminie i należycie wykonać.

Układ planu finansowego działalności na rok 1950 omówić kier. ob. Pawełczyk. Jednolity plan kont obowiązujący w roku bieżącym ulega zasadniczym zmianom od dnia 1 stycznia 1950 roku.

Zamiast dotychczasowych 9 grup przeznaczonych dla:
a) rachunków majątkowych — 1, 2, 3 grupa
b) rachunków wynikowych głównych — 4, 5, 6 grupa
c) rachunków wynikowych pomocniczych — 7, 8 i 9 grupa

wprowadza się układ jednolitego planu kont dostosowanych do układu preliminarza budżetowego Skarbu Państwa.

W nowym układzie jednolitego planu kont zamiast podziału na grupy, zastosowany będzie podział na części, a następnie na grupy, działy, paragrafy i pozycje. Zasadniczym podziałem w jednolitym planie kont będzie podział na:
a) rachunki planu finansowego działalności,
b) rachunki majątkowe.

Dla rachunków planu finansowego działalności zarezerwowano 22 części, z których każda stanowi zamkniętą całość, gdyż obejmuje dochody i wydatki. Układ części jest następujący:

część 10 — składki, odsetki i grzywny,
„ 11 — dochody z majątku,
„ 12 — wydatki administracyjne,
„ 13 — wydawnictwa własne,
„ 14 — nieruchomości mieszkalne, place i grunty,
„ 15 — warsztaty,
„ 16 — drukarnia,
„ 17 — gospodarstwa rolne,
„ 18 — ogólna organizacja i kontrola lecznictwa,
„ 19 — koszty sądów ubezpieczeń społecznych,
„ 20 — popularyzacja ubezpieczeń społecznych i szkolenie,
„ 21 — świadczenia pieniężne,
„ 22 — opieka lekarska, otwarta i orzecznictwo,
„ 23 — zakłady lecznicze i rozpoznawcze,
„ 24 — leki i świadczenia w naturze,
„ 25 — szpitale,
„ 26 — sanatoria,
„ 27 — pogotowie lekarskie,
„ 28 — protezownie dentystyczne,
„ 29 — kolonie i półkolonie,
„ 30 — akcja zapobiegawcza, rehabilitacyjna i bezpieczeństwo pracy,
„ 31 — straty i umorzenia.

W dalszym rozwinięciu części na grupy, grup na działy, działów na paragrafy, a paragrafów na pozycje utrzymano podział dziesiętny. W poszczególnych częściach zarezerwowano grupy 0, 1 i 2 dla dochodów, grupę 3 dla wydatków na własne urządzenia, a grupy 4, 5, 6 — dla wydatków ponoszonych na świadczenia w zakładach obcych.

Zastosowano jednolity podział grupy 3 we wszystkich wydatkach przy uwzględnieniu trójstopniowego podziału w części 18 „Ogólna organizacja i kontrola lecznictwa" oraz w części 12 „Wydatki administracyjne" (Centrala ZUS, Oddziały ZUS i ubezpieczalnie społeczne) na następujące paragrafy:

a) przelewy § 0
b) wydatki osobowe § 1
c) wydatki rzeczowo-administracyjne § 2
d) inne wydatki rzeczowe § 3
e) wydatki specjalne § 4

Paragrafy 0, 1, 2 i 3 mają jednolity podział na pozycje w układzie dziesiętnym, a więc:

§ 0 Przelewy — obejmujące pozycje:

poz. 0 — ubezpieczenia społeczne,
„ 1 — ubezpieczenia rzeczowe i osobowe,
„ 2 — akcja socjalna,
„ 3 — podatki i opłaty.

§ 1. Wydatki osobowe:

poz. 0 — płace,
„ 1 — robocizna,
„ 2 — premie, godziny nadliczbowe i zastępstwa,
„ 3 — różne świadczenia osobowe,
„ 4 — nagrody,
„ 5 — zapomogi,
„ 6 — udział w komisjach,
„ 7 — honoraria,
„ 8 — prace zlecone.

§ 2. Wydatki rzeczowo-administracyjne:

poz. 0 — podróże służbowe i przesiedlenia,
„ 1 — środki lokomocji,
„ 2 — pomieszczenie,
„ 3 — wydatki biurowe,
„ 4 — opłaty pocztowe, telefoniczne i telegraficzne,
„ 5 — biblioteka urzędowa i wydawnictwa,

„ 6 — remont i konserwacja nieruchomości,
„ 7 — szkolenie pracowników,
„ 8 — fundusz reprezentacyjny,
„ 9 — różne wydatki rzeczowo-administracyjne.

§ 3. Inne wydatki rzeczowe:
poz. 0 — koszty współpracy z zagranicą,
„ 1 — koszty przyjęć, zjazdów i konferencji,
„ 2 — koszty prac organizacyjnych, badawczych i programowych,
„ 3 — koszty nakładu,
„ 4 — koszty postępowania administr. i sądowego,
„ 5 — koszty przekazywania świadczeń,
„ 6 — zwroty pracodawcom za wypłatę zasiłków rodzinnych,
„ 7 — manipulacje bankowe,
„ 8 — koszty badań uprawnionych,
„ 9 — różne.

Z podanych pozycji w §§ 0, 1, 2 i 3 zamieszczono w podziale stopniowym dla poszczególnych części tylko pozycję takich wydatków, na które będą przydzielone kredyty do wykonania poszczególnym instytucjom oraz tylko takie pozycje, jakie są właściwe dla danej części, np. pozycja 0 § 3. „Koszty współpracy z zagranicą" — występować będzie tylko w części 12 „Wydatki administracyjne" w Centrali ZUS. Oddziały ZUS, ani ubezpieczalnie społeczne nie będą pokrywały tego rodzaju wydatków.

§ 4 „Wydatki specjalne" również rozwinięto na pozycje wydatków właściwych dla danej części, np. w części 13 „Wydawnictwa" do wydatków specjalnych zalicza się wydatki na druk, papier, karton; w części 15 „Warsztaty" do wydatków specjalnych należą wydatki na: 1) materiały do produkcji, b) maszyny i narzędzia, c) koszty prądu na siłę itp.

W wydatkach ponoszonych za udzielone świadczenia w obcych zakładach również zastosowano jednolity podział w paragrafach, przyjmując:

§ 5 — dla zakładów państwowych,
§ 6 — dla zakładów samorządowych,
§ 7 — dla zakładów spółdzielczych,
§ 8 — dla zakładów społecznych,
§ 9 — dla zakładów prywatnych.

Poza samą zmianą układu jednolitego planu kont dla instytucji ubezpieczeń społecznych na rok 1950 wprowadzone zostaną zasadnicze zmiany do księgowania poszczególnych operacji i tak:

1) zamiast wykazywanego dotychczas przypisu składek ubezpieczeniowych od 1.I 1950 r. w planach finansowych działalności wykazywane będą wpływy z tytułu składek i opłat. W tym ujęciu tworzenie rezerwy na pokrycie nieściągalnych składek i odsetek jest zbędne;

2) zniesione będzie dokonywanie odpisów amortyzacyjnych.

Wytyczne do planu finansowego omówił ob. kier. Utrysko, uzasadniając na wstępie powód ustalenia dla niektórych części planu szczegółowych limitów. Ustalone limity są w zasadzie obowiązujące, zaś ewent. odchylenia mogą mieć miejsce tylko w wyjątkowych przypadkach, przekonywująco uzasadnionych. W limitach składek zastosowano ściągalność w poszczególnych gałęziach społecznej gospodarki od 95 do 100% należności przypisanych — przeciętnie około 99%.

Jeśli idzie o wydatki, to w zasadzie oprą się ubezpieczalnie społeczne i oddziały ZUS na planach pierwotnych, które były z Zakładem konsultowane. Ewentualne zmiany szczególnie w wydatkach świadczeniowych będą wynikały z przyjęcia wyższej niż w planach poprzednich liczby ubezpieczonych i wyższej podstawy składkowej (przeciętnych zarobków ubezpieczonych).

Nowe wytyczne przewidują zaniechanie z dn. 1 I 1950 r. amortyzowania nieruchomości i ruchomości, w związku z czym ulegną skreśleniu preliminowane poprzednio kredyty na odpisy amortyzacyjne. Do planów finansowych działalności wejdą natomiast kredyty na tzw. inwestycje pozaplanowe, tj. na zakupy ruchomości nie objętych Państwowym Planem Inwestycyjnym. Wysokość kredytów na ten cel została również zalimitowana dla poszczególnych ubezpieczalni społecznych i oddziałów ZUS i wykazy tych limitów zostały uczestnikom konferencji dostarczone.

Kończąc omawianie zagadnień ogólnych referent podkreślił konieczność uwzględniania przy preliminowaniu kwot planu nie tylko istotnych potrzeb instytucji ale i realnych możliwości ich zaspokojenia, czego przy poprzednich planach niektóre instytucje nie brały pod uwagę.

Następnie referent przeszedł do szczegółowego omówienia poszczególnych części planu finansowego działalności uwzględniając specjalnie ustalone dla niektórych wydatków normy oraz podkreślił konieczność ścisłego powiązania planu finansowego działalności z planem usług, zawierającym odpowiednie elementy do obliczenia kredytów kwotowych dla większości wydatków świadczeniowych.

Ob. kier. Krogulski Franciszek zreferował wytyczne do planu usług i do tablicy etatów. Układ formularza „sprawozdanie z wykonania usług i plan usług" na 1950 r. został dostosowany do nowego układu kont i składa się z oddzielnych części tak jak sprawozdanie lub plan finansowy działalności. Według nowego układu ww formularza ubezpieczalnie społeczne sporządzą plan usług na 1950 rok, podając równocześnie wykonanie za I półrocze 1949 r. oraz współczynniki usług, obliczone na podstawie wykonania i przyjęte do planu. Miesięczne sprawozdania z wykonania usług i plany usług powinny być począwszy od stycznia 1950 r. sporządzane na formularzach nowego wzoru. Referent podkreślił z całym naciskiem konieczność podawania w sprawozdaniu z wykonania usług i w planie usług danych odpowiadających kwotom, wykazywanym w sprawozdaniu (planie) finansowym działalności. Tylko w tym wypadku przeciętny koszt jednostkowy usług będzie obliczony prawidłowo. Dane liczbowe sprawozdania z wykonania usług powinny być również zgodne z liczbami, wykazywanymi w szczegółowych sprawozdaniach oraz w sprawozdaniach i ankietach sporządzanych dla różnych instytucji lub komórek Zakładu. Zarówno dane finansowe jak i dane statystyczne powinny być zupełne; dotyczy to zwłaszcza liczby ubezpieczonych i przypisu składek. Przypis

składek powinien obejmować całkowitą należność składek ubezpieczeniowych za miesiąc wymiarowy (w razie braku danych wymiar z urzędu), a sprawozdanie z usług i sprawozdanie o liczbie ubezpieczonych, odpowiadającą temu przypisowi liczbę ubezpieczonych. Zwrócić przy tym należy uwagę na właściwy podział składek na poszczególne fundusze ubezpieczeniowe, w szczególności na fundusz ubezpieczenia chorobowego, gdyż przypis składek na to ubezpieczenie jest podstawą do obliczania funduszu płac pracowników najemnych i przeciętnej podstawy wymiaru składek, elementów bardzo ważnych nie tylko dla ubezpieczalni społecznych i Zakładu, ale również dla władz państwowych.

Należy więcej uwagi poświęcić zagadnieniom sprawozdawczości i statystyki, bo dobra sprawozdawczość i statystyka to podstawa racjonalnej gospodarki planowej, gospodarki socjalistycznej. Od pełności i prawdziwości danych statystycznych zależy prawidłowa i właściwa ocena działalności instytucji, prawidłowe i właściwe planowanie działalności, prawidłowa i właściwa gospodarka zarówno ubezpieczalni społecznych jak również Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a częściowo niektórych instytucji państwowych.

W zakresie sprawozdawczości osobowej US powinny opracować i nadesłać do dnia 4 grudnia 1949 r. obsadę osobową wg stanu istniejącego w dniu 31 października 1949 r. i plan etatów na 1950 r. na nowych formularzach, przewidzianych jako sprawozdanie miesięczne o ruchu i stanie pracowników, począwszy od stycznia 1950 r. Sam wzór sprawozdania miesięcznego i projekt instrukcji do niego nie jest jeszcze ostateczny. Referent zaapelował więc do przedstawicieli ubezpieczalni społecznych, aby nadesłały one swe uwagi i spostrzeżenia, zarówno co do układu, formy i treści sprawozdania i instrukcji, jak również co do trudności i wątpliwości, które nasuną się podczas sporządzania planu etatów na 1950 r. i obsady osobowej w dniu 31.X.1949 r. Podobnie jak w sprawozdaniu finansowym przewiduje się dla każdej części budżetu, w której istnieje pozycja „płace" oddzielne sprawozdanie (plan) o stanie osobowym. Każda część tworzy dla siebie odrębną, zamkniętą całość, a zatem osoby zatrudnione w kilku częściach, powinny być wykazywane w każdej części jako rzeczywiste osoby fizyczne. Sprawozdanie (plan) powinno podawać wg grup uposażenia prócz ogólnego stanu, oddzielnie pracowników zaszeregowanych wg różnych siatek płac, a poza tym w każdej siatce podział bądź na komórki organizacyjne (w ogólnej administracji), bądź na spełniane czynności lub ich charakter. Dla lekarzy należy podać prócz liczby osób liczbę godzin pracy dziennie. Szczegółowe wskazówki co do sporządzania sprawzodania (planu) podaje projekt instrukcji w sprawie sporządzania sprawozdania o ruchu i stanie osobowym.

Referat o planie inwestycyjnym wygłosił ob. kier. J. Mansfeld. W okresie przełomowym, kiedy dobiegają końca prace inwestycyjne przewidywane planem 3-letnim i jesteśmy u progu nowych wielkich zadań Planu 6-letniego, które wymagać będą znacznie lepszego przygotowania i wyższego poziomu organizacji, planowania i wykonawstwa, należy zdać sobie sprawę z dotychczasowych trudności i błędów popełnianych w tej dziedzinie.

Typowe błędy t. zw. „wąskie gardła" planowania w skali ogólnopaństwowej dotyczą również w swej przeważającej części planowania w instytucjach ubezpieczeń społecznych. Jest to niski na ogół poziom planowania inwestycyjnego, a w szczególności niedostateczne formułowanie założeń projektów inwestycyjnych, tendencje do uzyskiwania dużych limitów, rozpraszanie nakładów inwestycyjnych, wadliwa lokalizacja, niedostateczne zwracanie uwagi na porównanie efektu użytkowego z nakładem, niedostateczna kontrola ze strony inwestorów wykonania planu inwestycyjnego niepozwalająca na czas likwidować niedociągnięcia i dysproporcje na tym odcinku.

Obok tych błędów natury ogólnej istnieją jeszcze „wąskie gardła" właściwe naszym instytucjom, takie jak słaba znajomość instrukcji, brak samodzielności przejawiany przez poszczególnych inwestorów, słabe zainteresowanie tempem prowadzonych robót, brak energii w realizowaniu zamówień i wreszcie najpowszechniejsza niedomoga, jaka jest niedotrzymywanie terminów.

Części tych błędów zdołano uniknąć przy opracowaniu planu 6-cioletniego, inne muszą być usunięte w najbliższym czasie.

W czasie realizowania planu inwestycyjnego roku bieżącego poszczególne instytucje ubezp. społ. napotykały również na trudności powstające z przyczyn od nich niezależnych. Najcharakterystyczniejsze wynikały z niedostatecznej sprawności władz planowania przestrzennego w uzgadnianiu lokalizacji obiektów inwestycyjnych oraz z niedostatecznej zdolności wytwórczej biur projektowych.

Poważną przyczyną innej natury opóźniającą realizację planu inwestycyjnego w roku 1949 było utrzymywanie wprowadzonego w latach ubiegłych okresu ulgowego dla wykonania planu inwest. 1948 r., tzw. „poślizgu". Zajęcie inwestorów w pierwszym kwartale roku bieżącego wykańczaniem planu inwestycyjnego roku poprzedniego spowodowało w instytucjach ubezpieczeń społecznych znaczne przesunięcie procesów inwestycyjnych i szczytowe ich nasilenie w czwartym kwartale. Obecnie przewiduje się, że plan inwestycyjny za rok 1949 winien być wykonany pod względem technicznym do 31.XII br. a tzw. okres ulgowy rezerwuje się wyłącznie na rozliczenia finansowe.

Ta reforma oraz szereg innych, jak postanowienia władz państwowych w sprawie organizacji służb inwestycyjnych, reorganizacji Ministerstwa Budownictwa, powołania Banku Inwestycyjnego będą pomocą w osiągnięciu wyższego poziomu planowania.

Reformy te dadzą jednak pozytywne rezultaty tylko wówczas, gdy u każdego planisty istnieć będzie świadomość ważności wykonywanych zadań i właściwe do nich podejście.

Jesteśmy już w ostatnich tygodniach realizacji planu inwestycyjnego roku 1949. Cóż pozostaje do zrobienia? Stała i ścisła kontrola tempa robót, żywy

kontakt z Centralą Zakładu, polegający na niezwłocznym meldowaniu o wszelkich trudnościach i przeszkodach, uzyskiwanie rachunków za roboty wykonane, powiadamianie Zakładu jakie roboty będą musiały być przeniesione na rok 1950 — oto zadania, które spadają na poszczególnych inwestorów w tym końcowym okresie.

W zakończeniu referatu omówiony został układ planu inwest. na rok 1950 oraz podano do wiadomości poszczególnych inwestorów limity przydzielone na rok 1950.

Sprawę g o s p o d a r k i s a m o c h o d o w e j w roku 1950 zreferował insp. Jaegerman. Referent podał do wiadomości opracowaną przez ZUS w myśl wytycznych Ministerstwa Pr. i Op. Społ. ilość etatów pojazdów mechanicznych dla instytucji ubezpieczeń społecznych na rok 1950 oraz ilościowy przydział tychże dla potrzeb lecznictwa i administracji; zaznajomił uczestników zjazdu z normami eksploatacyjnymi, ze sposobem preliminowania do budżetu kwot na pokrycie wydatków związanych z eksploatacją taboru samochodowego oraz omówił ważniejsze zagadnienia z dziedziny gospodarki samochodowej.

Przedstawicieli ubezpieczalni społecznych i oddziałów ZUS zaopatrzono w broszury dotyczące norm zużycia materiałów pędnych, ogumienia i okresów międzynaprawczych oraz w plan etatów.

Dyrektor Działu Nadzoru i Lecznictwa ZUS ob. K. Rohloff, udzielając wyjaśnień w sprawie o ś r o d k ó w z d r o w i a, stwierdza, że ubezpieczalnie społeczne bronią się przed wiązaniem się z ośrodkami zdrowia. Każde jednak urządzenie lecznicze musi służyć lecznictwu ubezpieczeniowemu. Umowy z ośrodkami zdrowia zostaną załatwione centralnie. Dla lecznictwa ubezpieczeniowego obojętne jest pod jaką firmą ośrodek będzie prowadzony. Następnie ob. Rohloff wyjaśnia, że zwolnienie z pracy otrzymuje pracownik, który jest niezdolny do pracy. Większość chorób leczonych w sanatoriach zdrojowiskowych nie powoduje niezdolności do pracy, muszą więc one być leczone w okresie urlopów.

Na wszystkie zapytania i poruszone w dyskusji zagadnienia, będące przedmiotem konferencji, odpowiedzieli kolejno właściwi referenci.

Ob. kier. mgr Goszczurny omówił sprawę nadsyłanych sprawozdań z dokonanych przez instytucję ubezp. społ. o s z c z ę d n o ś c i. Wskazał na ich brak. Oszczędności miały wynosić 10% kosztów administracyjnych. Zbyt mała jest jeszcze inicjatywa instytucji us w zakresie oszczędności.

D y s k u s j ę p o d s u m o w a ł dyr. Działu Finansowo - Majątkowego ob. S. Pawlik. Zakład, doceniając wypowiedzi uczestników konferencji, ustala termin nadesłania planu finansowego na dzień 4 grudnia 1949 r. Ob. dyr. Pawlik podkreśla, że jakkolwiek ubezpieczalnie społeczne muszą ponownie opracować plan w układzie ustalonym przez Zakład w porozumieniu z Ministerstwem Skarbu, to jednak — zgodnie z regulaminem — będzie wypłacona tylko jedna premia, o ile termin 4 grudnia będzie dotrzymany.

Wobec wyjaśnienia sprawy ośrodków zdrowia przez ob. dyr. Rohloffa, dyr. Pawlik stwierdza, że kwoty na współpracę z ośrodkami zdrowia należy preliminować. Zagadnienie to niewątpliwie zainteresuje Departament V Ministerstwa Skarbu.

Poruszone w dyskusji trudności w ściąganiu zaległości składek przez ubezpieczalnie społeczne będą, zdaniem ob. dyr. Pawlika, wzięte pod uwagę przez Ministerstwo Skarbu.

Sprawę uruchomienia ambulatoriów w ubezpieczalniach śląskich należy uważać za słuszną. Kredyty na dostosowanie lokali do celów ambulatoryjnych mogą być załatwiane bieżąco przez przewidywanie ich w planie rocznym, a następnie w miesięcznych planach finansowych działalności.

Wydatki na ambulatoria mające charakter inwestycji jak kapitalne remonty i adaptacje, mogą być dokonane tylko wtedy, gdy są zamieszczone w PPI. Również o uruchomieniu kredytów na urządzenie gabinetów lekarskich może być mowa wówczas tylko, gdy Zakładowi uda się uzyskać dodatkowe kredyty.

Następnie ob. dyr. Pawlik rozważa zagadnienie wyróżniania lekarzy ofiarnie pracujących. Sprawa ich urlopów bezpłatnych jak i płatnych, będzie przez Zakład rozpatrzona. Podobnie sprawa delegowania pracowników do prac społecznych będzie rozważona.

Kredyty na akcję socjalną na rok 1950 zostały zniżone do poziomu 3,2%, funduszu płac z czego 0,64% przypada na zasilenie funduszów pracowniczych kas pożyczkowo - zapomogowych, 0,64% na nagrody, 0,64% na zapomogi, oraz 1,28% na różne świadczenia społeczne. Z tych ostatnich kredytów (1,28%) w dyspozycji instytucji us i związków zawodowych pozostaje 0,96%, zaś 0,32% będzie odprowadzane do CRZZ na akcję kulturalno - oświatową i sportową.

Ponadto są przewidziane odpowiednie kredyty na akcję wczasów pracowniczych i na pokrycie wydatków administracyjno - rzeczowych stołówek.

Wydatki mające charakter inwestycyjny dla uruchomienia żłobków, przedszkoli itp. należy pokrywać z kredytów na nakłady majątkowe akcji socjalnej.

Na naszym terenie działają dwa związki zawodowe: pracowników służby zdrowia i pracowników instytucji społecznych. ZZPIS ma zamiar akcję socjalną (różne świadczenia społeczne) prowadzić w komórkach terenowych, zostawiając im przysługujące kredyty. ZZP Służby Zdrowia przewiduje ściągnięcie kredytów do zarządu głównego i finansowanie komórek terenowych. Ostateczna decyzja tego zarządu głównego wkrótce nastąpi.

Kończąc swe przemówienie ob. dyr. Pawlik zaznaczył że rok 1949 był dla planowania w ubezpieczeniach społecznych rokiem prób, uczenia się. Z dniem 1 stycznia 1950 r. eksperyment kończymy. Od nauki przechodzimy do solidnej roboty. Mówca wierzy, że robota będzie zrobiona dobrze.

Nacz. Biernat wskazuje na znaczną ilość głosów krytycznych. W zakresie planowania jesteśmy młodzi, rozpoczynamy dopiero gospodarkę wg planu. W ubezpieczalniach społecznych brak jest narad, na których omawiane byłyby sprawy planowania.

Podaje do wiadomości, że na odcinku taboru samochodowego będą dokonywane kontrole. Należy tępić nadużycia ,wzmóc czujność.

Nacz. Biernat wyraża przekonanie, że konferencja przyczyni się do dalszego usprawnienia działalności ubezpieczalni społecznych dla dobra klasy robotniczej.

Naczelny dyrektor ob. Gorczyca, zamykając obrady, dziękuje przedstawicielom ministerstw oraz uczestnikom konferencji za udział i dokonany wkład pracy.

T. B.

DZIAŁALNOSC UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W II KWARTALE 1949 R.*)

1. UBEZPIECZENI

Ogólna liczba ubezpieczonych (liczba osób ubezpieczonych objętych przynajmniej jednym rodzajem ubezpieczenia) wynosiła w dniu 1 lipca 1949 r. 4.127,0 tys. osób. Liczba ta wzrosła w porównaniu ze stanem na 1 stycznia br. o 11,1%, a w ciągu kwartału sprawozdawczego o 7,1%.

Z ogólnej liczby ubezpieczonych w dniu 1 lipca 1949 r. przypada na:

1)	ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa	4.062,5 tys. osób	(98,4%)
2)	ubezpieczenie emerytalne	3.723,0 „ „	(90,2%)
3)	ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych	3.942,0 „ „	(95,5%)
4)	ubezpieczenie rodzinne	3.782,6 „ „	(91,7%)

Podana powyżej liczba ubezpieczonych na wypadek choroby i macierzyństwa nie obejmuje uprawnionych do pomocy leczniczej 5.282 tys. (szacunkowo) członków rodzin ubezpieczonych, 586,6 tys. rencistów i emerytów oraz 440 tys. (szacunkowo) członków rodzin rencistów i emerytów. Ponadto 36,9 tys. zatrudnionych w przemyśle węgowym na Dolnym Śląsku i Ziemi Lubuskiej podlegało tymczasowo obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa w Spółce Brackiej w Tarnowskich Górach (ekspozytura w Wałbrzychu).

Podana powyżej liczba ubezpieczonych od wypadków i chorób zawodowych nie obejmuje drobnych producentów rolnych, których liczbę szacuje się na 1.500 tys. osób.

Liczba dobrowolnie ubezpieczonych i kontynuujących ubezpieczenie chorobowe lub emerytalne wynosiła w dniu 1 lipca 1949 r. 1,7 tys. osób, czyli mniej niż 0,1% ogółu ubezpieczonych, reszta zaś ogółu ubezpieczonych była ubezpieczona obowiązkowo.

Liczba ubezpieczonych zatrudnionych w rolnictwie wynosiła w dniu 1 lipca 1949 r. 354,3 tys. osób, czyli 8,6% ogółu ubezpieczonych, wzrósłszy w porównaniu ze stanem w dniu 1 stycznia b. r. o 24,3%, a w ciągu kwartału sprawozdawczego o 14,1%.

Liczba ubezpieczonych na wypadek choroby i macierzystwa wzrastała w kwartale sprawozdawczym w dalszym ciągu, przekraczając w czerwcu liczbę 4 milionów osób. Podczas gdy liczba ubezpieczonych ze składką opłacaną centralnie wzrastała stosunkowo powoli (wskaźnik stanu na 1 lipca 105 w stosunku do stanu na 1 stycznia), a szczególniej liczba publiczno - prawnych funkcjonariuszy państwowych, liczba ubezpieczonych ze składką opłacaną indywidualnie rosła znacznie szybciej. W ramach tej ostatniej zbiorowości daje się zauważyć, że wzrost liczby pracowników umysłowych jest szybszy niż wzrost liczby robotników, podobnie zresztą jak w poprzednich kwartałach. Na szczególną uwagę zasługuje jednak fakt bardzo wielkiego przyrostu robotników w maju i czerwcu, do tego stopnia, że wskaźniki wzrostu na 1.VI. i 1.VII. są dla robotników tylko o 1 punkt niższe od analogicznych wskaźników dla pracowników umysłowych. Tłumaczy się to dalszym rozwojem robót sezonowych i działalności inwestycyjnej oraz w dziedzinie odbudowy, szczególniej w zakresie robót publicznych co omówiono już szczegółowo w sprawozdaniu za 1 kwartał b. r.

O ile chodzi o podział ubezpieczonych według rodzaju gospodarki narodowej, to w kwartale sprawozdawczym daje się spostrzec nadal postępujący proces uspołecznienia. O ile liczba ubezpieczonych w gospodarce prywatnej maleje z miesiąca na miesiąc (ubytek w ciągu kwartału wyniósł 57,6 tys. osób, wyjątek stanowi rolnictwo), gospodarka uspołeczniona wykazuje wzrost o 127,4 tys. osób czyli 182,5% ogólnego półrocznego przyrostu. Największy przyrost w liczbach bezwzględnych wykazuje w tym okresie gospodarka państwowa, a w liczbach względnych gospodarka spółdzielcza.

Udział gospodarki prywatnej w ogólnej liczbie ubezpieczonych spadł w okresie od 1 lutego do 1 lipca 1949 r. z 11,7% do 9,9%. W gospodarce uspołecznionej względnie najwięcej wzrósł udział gospodarki spółdzielczej, bo z 8,3% do 9,7%.

Liczba dobrowolnie ubezpieczonych na wypadek choroby i macierzyństwa oraz kontynuujących to ubezpieczenie stale spada, wzrasta natomiast liczba rencistów, przy czym na przyrost w ciągu maja i czerwca przypada 93% przyrostu półrocznego. Zjawisko to podobnie jak i poprzednim roku, wynika stąd, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje ubezpieczalniom społecznym wykazy nowych rencistów i emerytów nie równomiernie co miesiąc, lecz falami w dłuższych odstępach czasu — stąd pochodzi nieregularne ujmowanie ich w ewidencję przez ubezpieczalnie społeczne .

2. ZAKŁADY PRACY.

Ogólna liczba zakładów pracy, zatrudniających pracowników podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, wynosiła w dniu 1 lipca 1949 r. 234,2 tys., w tym 37,3 tys. zakładów rolnych czyli 15,9% ogólnej liczby zakładów pracy. W porównaniu ze stanem w dniu 1 stycznia 1949 r. ogólna liczba zakładów pracy wzrosła o 0,2%, a w ciągu kwartału sprawozdawczego o 1,1% (pierwszy kwartał wykazał spadek). Należy jednak przy tym zauważyć, że zmiany liczbowe zakładów pracy rolnych i pozostałych nie zachodziły w sposób równomierny. Podczas gdy liczba zakładów rolnych wzrosła o 21,9% w ciągu półrocza, a o 16,2% w ciągu kwartału sprawozdawczego, liczba zakładów pozostałych wynosiła 203,2 tys. w dniu 1 stycznia 1949 r., 199,5 tys. w dniu 1 kwietnia 1949 r. i 196,9 tys. w dniu 1 lipca br., a za-

*) W omówieniu nie podaje się tablic, gdyż odnośne zestawienia tabelaryczne zamieszczane były w poprzednich numerach PUS.

tem wykazywało ciągły spadek (o 3,1% w ciągu półrocza i o 1,3% w ciągu kwartału sprawozdawczego).

Przy rozpatrywaniu rozwoju liczby zakładów pracy według rodzajów gospodarki narodowej można spostrzec, że udział gospodarki prywatnej w ogólnej liczbie zakładów pracy spadł w ciągu okresu od 1 lutego do 1 lipca 1949 r. niewiele, bo tylko z 73% na 72%.

O ile jednak liczba prywatnych zakładów rolnych wzrosła w tym okresie o 33%, a udział gospodarki prywatnej w ogólnej liczbie zakładów rolnych z 80% na 84%, to liczba prywatnych zakładów pozostałych spadła w tym czasie ze 142,2 tys. na 138,5 tys., czyli o 2,6%; tym samym liczba zakładów prywatnych w stosunku do ogólnej liczby zakładów pracy poza rolnictwem obniżyła się w tym okresie z 71,7% na 70,2%. Jest to przejawem postępującego coraz dalej, jednak w tempie słabszym niż w I kwartale br., procesu uspołeczniania zakładów pracy poza rolnictwem.

Ponieważ przyrost liczby ubezpieczonych jest szybszy niż przyrost liczby zakładów pracy, przeciętna liczba ubezpieczonych, przypadająca na 1 zakład pracy zwiększyła się w dniu 1 lipca 1949 r. w porównaniu z analogiczną przeciętną na dzień 1 kwietnia br. z 16,4 na 17,0.

Wzrosta ten dotyczy jednak tylko gospodarki uspołecznionej (szczególnie w gospodarce spółdzielczej z 28 2 na 33,4), podczas gdy gospodarka prywatna nie wykazała zmiany przeciętnego zatrudnienia.

3. Podstawa wymiaru składek.

Przeciętna podstawa wymiaru składek ubezpieczonych na wypadek choroby i macierzyństwa, za których składki są opłacane indywidualnie, wzrosła w II kwartale 1949 r. w porównaniu z I kwartałem br. średnio o 13,3%. Największy wzrost wykazała gospodarka społeczna (o 15,7%), następnie idą gospodarki państwowe (o 14.5%), spółdzielcza (o 11,0%), samorządowa (o 8,9%), najmniejszy przyrost był w gospodarce prywatnej (o 1,5%). Najwyższy poziom przeciętnej podstawy wymiaru w ciągu prawei całego I półrocza wykazywała gospodarka spółdzielcza, najniższy zaś prywatna. Wpływają na to niskie zarobki służby domowej, dozorców, uczniów, terminatorów, robotników rolnych itp.

Ciekawym zjawiskiem jest spadek podstawy wymiaru składek w czerwcu 1949 r. w porównaniu z miesiącem poprzednim (średnio o 2%). Poza gospodarką społeczną, która wykazała nawet mały wzrost w tym okresie (o 0,1%), inne rodzaje gospodarki narodowej wykazały spadek (największy w gospodarce spółdzielczej, gdyż o 7,1%). Wynika to ze wzrostu liczby ubezpieczonych u niewykwalifikowanych robotników budowlanych, drogowych i rolnych. Udział zarobków tych pracowników w ogólnym funduszu płac wpłynął na obniżenie ogólnego przeciętnego zarobku.

4. Składki ubezpieczeniowe.

Rozpatrując rozwój przypisu i wpływów składek ubezpieczeniowych oraz odsetek zwłoki w poszczególnych miesiącach, trzeba być bardzo ostrożnym przy wysnuwaniu jakichkolwiek wniosków. Należy bowiem pamiętać, że w II kwartale 1949 r., podobnie jak w kwartale poprzednim, wobec centralnego prowadzenia rachunków działalności przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dane niektórych ubezpieczalni społecznych były uwzględniane nie w miesiącu sprawozdawczym, lecz w miesiącu następnym. A więc dane za kwiecień i za cały II kwartał obejmują ponadto dane za marzec U. S. we Włocławku, a dane za maj nie obejmują danych U. S. w Łomży, które są włączone do danych za czerwiec.

W kwartale sprawozdawczym uwzględniono w przypisie i wpływach z tytułu składek i odsetek zwłoki opłaty na Akcję Socjalną. Na podstawie bowiem umowy z Centralną Radą Związków Zawodowych ubezpieczalnie społeczne wymierzają i ściągają opłaty na akcję socjalną od niektórych pracodawców prywatnych w wysokości 8% podstawy wymiaru składek ubezpieczeniowych. Akcja Socjalna podobnie jak tzw. fundusze bezrobocia, nie ma właściwie charakteru ubezpieczeniowego, a pozostaje jedynie w administracji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Należy przy tym zauważyć, że w czerwcu br. tylko niektóre ubezpieczalnie społeczne wymierzyły opłaty na akcję socjalną (przypis wyniósł tylko 50,6 mil. zł), przypis zaś lipcowy (384 9 mil. zł) w większości ubezpieczalni społecznych obejmuje należności za dwa miesiące.

Przy rozpatrywaniu rozwoju przypisu składek z miesiąca na miesiąc można spostrzec, że wzrost przypisu ogólnego w lipcu w porównaniu z czerwcem jest tylko pozorny, gdyż, po potrąceniu opłat na akcję socjalną okaże się, że przypis na pozostałe fundusze uległ obniżeniu. Przyczyny należy szukać we wzroście liczby ubezpieczonych o niskich zarobkach, o czym wspomniano już w rozdziale poświęconym podstawie wymiaru składek.

Porównywując udział poszczególnych funduszów względnie rodzajów ubezpieczenia w ogólnym przypisie składek, można stwierdzić, że począwszy od marca 1949 r. stosunki te nie ulegają większym wahaniom. Od czerwca br. zachodzą pewne perturbacje, lecz są one tylko pozorne, gdyż wynikają z uwzględnienia przypisu na akcję socjalną. Udział poszczególnych rodzajów gospodarki narodowej, zarówno w ogólnym przypisie składek jak i w przypisie na poszczególne fundusze, nie uległ prawie zmianie w ciągu kwartału sprawozdawczego. To samo dotyczy też udziału poszczególnych funduszów w przypisie składek należnych od poszczególnych rodzajów gospodarki narodowej. Oczywiście wprowadzenie składek na akcję socjalną wprowadziło pewne perturbacje w przypisie składek należnych od gospodarki prywatnej.

Przy rozpatrywaniu ściągalności składek, czyli stosunku procentowego wpływów do przypisu składek i odsetek zwłoki, można łatwo zauważyć, że najgorszymi płatnikami składek ubezpieczeniowych są instytucje objęte umowami o centralnym regulowaniu składek oraz pracodawcy prywatni. Znaczny spadek ściągalności składek należnych od gospodarki prywatnej wynika z wprowadzenia w życie składek na akcję socjalną. Różnice w ściągalności w poszczególnych funduszach wynikają z metody repar-

tycji wpływów, dokonywuje się ich bowiem proporcjonalnie do wszystkich należności funduszów (przypis bieżący oraz składki i odsetki zaległe). Wskutek tego fundusze młodsze, jako mające mniej zaległości (Fundusz Zasiłków Rodzinnych, a w jeszcze większym stopniu Akcja Socjalna), wykazują mniejszą ściągalność. Wyrówna się ona po wyrównaniu stosunku zaległości składkowych do przypisu bieżącego w każdym funduszu.

5. Renty i zaopatrzenia.

Ogólna liczba rent i zaopatrzeń, wypłaconych w lipcu 1949 r. przez centralę i oddziały Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wyniosła (wraz z rentami zleconymi) 574,5 tys. na kwotę 2087,8 mil. zł. Liczba osób, pobierających renty i zaopatrzenia wyniosła (bez rent zleconych), 763 3 tys.) na 551,7 tys. gron). Ponadto na 39 2 tys. dzieci inwalidów wypłacono z ubezpieczeń rentowych zasiłki rodzinne wzgl. dodatki do rent.

W ciągu kwartału sprawozdawczego liczba wypłaconych rent i zaopatrzeń rosła stale z miesiąca na miesiąc. W lipcu br. zaznaczył się spadek liczby rent, wypłacanych wdowom po zmarłych pracownikach umysłowych, a to w związku z ograniczeniem ich uprawnień przez art. 4 ustawy z dnia 1 marca 1949 r Wstrzymano mianowicie renty wdowom nie posiadającym ukończonych 55 lat życia, jeżeli są zdolne do pracy lub nie wychowują dzieci uprawnionych do pobierania rent sierocych.

Wydatki na renty i zaopatrzenia nie rosły w sposób regularny, w niektórych miesiącach zaznaczył się ich spadek. Przyczyną tych perturbacji były wydatki na zaległe renty i zaopatrzenia. O ile bowiem wypłaty bieżące rosły stale z miesiąca na miesiąc, wypłaty zaległe rozwijały się w sposób daleki od regularności, stanowiąc od 12,5% w styczniu do 22,1% w marcu ogółu wypłat z tytułu rent i zaopatrzeń. W ciągu II kwartału 1949 r. wysokość wypłat zaległych zmniejszała się z miesiąca na miesiąc, zarówno w liczbach bezwzględnych jak i w stosunku do ogółu wypłat. Ponieważ jednak wypłaty zaległe w lutym i marcu były szczególnie wysokie a wskaźnik wzrostu wypłat zaległych w stosunku do stycznia 1949 r. był stale wyższy od analogicznego wskaźnika dla wypłat bieżących (wypłata wyrównań z tytułu podwyższenia wysokości rent jednostkowych na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 marca 1949 r. — szczegóły patrz str. III — V sprawozdania za I kwartał 1949 r.), tłumaczy to spadek ogólnej kwoty wypłat w ciągu całego II kwartału br. (dopiero lipiec wykazał wzrost).

6. Zasiłki rodzinne.

W związku ze wzrostem liczby ubezpieczonych (o 6%) wzrosła w II-gim kwartale liczba rodzin, którym wypłacono zasiłki, i liczba wypłaconych zasiłków (o 7%) oraz kwota wypłaconych zasiłków (o 12%). Większy wzrost kwot wypłaconych od liczby zasiłków przypisać należy zmniejszeniu się wypłat zaległych za okresy sprzed 1.I.49 r., kiedy wysokość zasiłków była niska, a powiększeniu wypłat zaległych w wysokości obowiązującej po 1.I.49 r. W związku z tym przeciętna wysokość zasiłku (na 1 ubezpieczonego, na 1 rodzinę i na 1 członka rodziny) stale wzrasta.

Wypłaty zasiłków rodzinnych uskuteczniane bezpośrednio przez U. S. wynoszą zaledwie 4% ogólnej sumy wypłaconych zasiłków rodzinnych, resztę tj. 96% wypłacali pracodawcy bezpośrednio swym pracownikom. Z akcji mlecznej korzysta 31% członków rodzin, przy czym dzieci stanowią 91%, a żony ubezpieczonych 9%.

7. Lecznictwo i inne usługi ubezpieczalni społecznych.

W czerwcu 1949 r. ubezpieczalnie społeczne zatrudniały 4309 lekarzy domowych i specjalistów oraz 1386 lekarzy dentystów, tj. o 5,3% lekarzy domowych i specjalistów oraz o 11.2% lekarzy dentystów więcej niż w grudniu 1948 r. Odpowiednie przyrosty w stosunku do marca 1949 r. wynosiły 3,9% i 8,9%.

Liczba porad lekarskich w 1949 roku ulegała wielkim wahaniom. Po stałym wzroście w ciągu pierwszego kwartału i osiągnięciu w marcu wskaźnika 111 w stosunku do stycznia, w kwietniu nastąpił znaczny spadek (wskaźnik 95); w maju zaznaczył się wzrost liczby udzielonych porad (wsk. 107), który nie osiągnęła jednak poziomu marcowego, natomiast czerwiec wykazał pewną obniżkę, przy czym liczba porad udzielonych w czerwcu była niewiele wyższa od poziomu kwietniowego (wsk. 95). Przeciętna miesięczna liczba porad obliczona w stosunku do 100 ubezpieczonych i rencistów wykazywała podobne wahania z tą różnicą, że w czerwcu była ona nawet mniejsza niż w kwietniu. Najważniejszymi z przyczyn tych wahań były epidemie grypy w ciągu pierwszego kwartału i w maju, święta wielkanocne w kwietniu oraz nierówność liczby dni powszednich w poszczególnych miesiącach.

Przeciętna miesięczna liczba dni zasiłków chorobowych, domowych i szpitalnych, obliczona w stosunku do 100 ubezpieczonych, ulegała w II kwartale 1949 r. ciągłemu spadkowi, osiągnąwszy poziom nawet niższy od styczniowego. Przyczyną tego był spadek zachorowalności oraz wzmożona kontrola przyznawanych zasiłków (walka z symulacją spekulacyjną).

W ciągu kwartału sprawozdawczego dokonano ogółem 1701,4 tys. zabiegów i analiz w otwartych zakładach leczniczych i rozpoznawczych, z czego 80,7% w zakładach własnych.

W omawianym okresie liczba przyjęć lekarzy dentystów wyniosła 1615 4 tys.; dokonano w tym czasie 1939,6 tys. zabiegów dentystycznych (nie licząc zabiegów związanych z protetyką), czyli średnio 1,2 zabiegów na jedno przyjęcie.

Na rachunek Funduszu Zasiłków Rodzinnych ubezpieczalnie społeczne wydały w ciągu II kwartału 1949 r. 85,2 tys. wyprawek niemowlęcych. Ponadto dla osób nieubezpieczonych wydano 9,9 tys. wyprawek niemowlęcych.

8. Prowizoryczne rachunki działalności ubezpieczeń społecznych.

Przy analizie prowizorycznych rachunków działalności ubezpieczeń społecznych w 1949 roku należy mieć na uwadze manipulacje buchalteryjne, o których była już mowa w rozdziale poświęconym składkom. Ponadto trzeba pamiętać, że porównanie z rachunkami działalności za 1948 rok jest bardzo utrudnione z powodów omówionych już w sprawozdaniu za I kwartał 1949 roku.

Prowizoryczne rachunki działalności za I półrocze 1949 r. obejmują wszystkie fundusze administrowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zarówno własne jak i obce. Ponieważ jednak fundusze obce nie mają charakteru ubezpieczeniowego a z drugiej strony udział ich w globalnej kwocie wszystkich funduszów jest nieweilki, działalność ich nie będzie przedstawiona w poniższych rozważaniach, które ograniczą się do całości wszystkich funduszów oraz do Funduszu Ubezpieczeń i Funduszu Zasiłków Rodzinnych.

Ogólna kwota dochodów wszystkich funduszów w I półroczu br. wyraża się sumą 75.524,8 mil. zł, z czego przypada na Fundusz Ubezpieczeń 35.398 6 mil. zł, a na Fundusz Zasiłków Rodzinnych 38.203.7 mil. zł. Ponieważ najważniejszą pozycją w dochodach są składki, omówione już w osobnym rozdziale, dochody nie będą już bliżej analizowane.

Wydatki, łącznie z odpisami na zaległe składki wszystkich funduszów wyraziły się w I półroczu br. kwotą 82.103 7 mil. zł, z czego przypada na Fundusz Ubezpieczeń 30 728,7 mil. zł, a na Fundusz Zasiłków Rodzinnych 47.627 0 mil. zł.

Z zestawienia dochodów z wydatkami wynikł ogólny niedobór w wysokości 6 578,9 mil. zł (8,9% przypisu składek), na który składają się poza wynikami działalności funduszów obcych, nadwyżka Funduszu Ubezpeczeń w wysokości 4.669,9 mil. zł (13 7% przypisu składek) oraz niedobór uFnduszu Zasiłków Rodzinnych w wysokości 9.425.3 mil. zł (25 0% przypisu).

Najważniejszą częścią składową wydatków są wydatki na świadczenia, które wyniosły łącznie w omawianym półroczu 73.7333.1 mil. zł (99,9% przypisu składek). z czego przypada 29.654,0 mil. zł na Fundusz Ubezpieczeń (86 5% przypisu składek i 1306 zł przeciętnie miesięcznie na 1 ubezpieczonego na wypadek choroby i macierzyństwa) i 44 079 1 mil. zł na Fundusz Zasłków Rodzinnych (117,0% przypisu składek i 2077 zł przeciętnie miesięcznie na każdego ubezpieczonego).

Na świadczenia pieniężne ubezpieczenia społeczne wydały w I półroczu br. 56.961 8 mil. zł (77 2% przypisu składek), z czego Fundusz Ubezpieczeń wydał 16.527,6 mil. zł (48,2% przypisu składek i 728 zł przec. mies. na 1 ub.), a Fundusz Zasiłków Rodzinnych 40.434,2 mil. zł (107,3% przyp. skł. i 1905 zł przec. mies. na 1 ub.).

Jak widać z powyższych liczb, Fundusz Zasiłków Rodzinnych wydaje na świadczenia pieniężne 91 7% ogółu wydatków na świadczenia, podczas gdy Fundusz Ubezpieczeń tylko 55,7%.

Należy przy tym zaznaczyć, że większość wydatków na świadczenia rzeczowe dotyczy ubezpieczenia chorobowego.

Na podstawie powyższych liczb ogólnych oraz danych miesięcznych i kwartalnych można wyciągnąć parę wniosków z działalności finansowej ubezpieczeń społecznych w I półroczu 1949 r.

Fundusz Ubezpieczeń wykazywał nadwyżkę w ciągu półrocza, jednak zmniejszała się ona coraz bardziej wskutek podwyższenia poziomu świadczeń, rozszerzenia uprawnień do świadczeń na większą liczbę osób, częściowego przedłużenia okresu wypłacania świadczeń krótkoterminowych, zwiększenia wydatków na sanatoria i na akcję zapobiegawczą itp., a ponadto wskutek częściowego obniżenia składki ubezpieczeniowej.

Fundusz Zasiłków Rodzinnych wykazuje natomiast stały niedobór wskutek stosunkowo małej podwyżki stopy składki (o 20%) wobec znacznie podwyższonych wydatków na zasiłki. Należy przy tym dodać, że w styczniu br. pobierano składki według stopy obowiązującej w 1948 r. Jednak niedobór ten ma tendencję malejącą wskutek wzrostu liczby ubezpieczonych, za których opłaca się składki przy mniejszym wzroście liczby wypłacanych zasiłków oraz wskutek wzrostu podstawy wymiaru składek.

ZASADY PLANOWANIA INWESTYCYJNEGO NA R. 1950 I DYSPOZYCJE W PRZEDMIOCIE WYKONANIA PLANU

I. „Ewolucja, którą przeżywamy w związku z przebudową socjalną, przemiany zachodzące w naszej działalności gsopodarczej charakteryzujące się olbrzymim wysiłkiem w kierunku likwidacji zniszczeń wojennych są powodem, że metody planowania inwestycyjnego są ciągle pogłębiane i doskonalone" (patrz PUS Nr 3-4-5 z 1949 r. metoda planowania inwestycyjnego oraz tryb finansowania w roku 1949 inwestycji objętych planem P.P.I.).

Niezależnie od tych przyczyn powodujących konieczność ciągłego pogłębiania i doskonalenia metod planowania, z roku na rok wzrastają nakłady inwestycyjne oraz różne zadania wynikające z potrzeb nowego etapu naszej przebudowy społecznej i rozwoju naszego życia gospodarczego. Okoliczności te wymagają przeprowadzenia gruntownych przemian w dziedzinie planowania.

Przemiany te dotyczą nie tylko rozszerzenia zakresu planowania; chodzi głównie o przyjęcie nowych zasad planowania i o przyswojenie lepszych metod planowania — wyższego poziomu organizacji planowania i wykonawstwa planu, a jednocześnie o uproszczenie tych metod i zasad.

Artykuł 10 dekretu z dn. 25.VI.1946 r. o państwowym planie inwestycyjnym stanowi, że przewodniczący P.K.P.G. uprawniony jest do ustalania zasad i trybu sporządzania planu inwestycyjnego.

Stosownie do tych postanowień zarządzeniem przewodniczącego P.K.P.G. z dn. 30.V.1949 r. została wydana instrukcja ustalająca zasady i tryb sporządzania P.I. na rok 1950.

Ponieważ układ tej instrukcji, tryb i zasady obowiązujące dla sporządzenia planu inwestycyjnego na rok 1950 oraz dla wykonawstwa tego planu są w wielu punktach odmienne niż w instrukcji na rok 1949, przeto omówimy w ogólnych zarysach postanowienia instrukcji na rok 1950; sądzimy, że będzie to pożyteczne dla służb inwestycyjnych w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

Omawiana instrukcja dzieli się na dwie części:

Część I — zawiera definicje podstawowych pojęć będących przedmiotem planowania inwestycyjnego i klasyfikacji, część II instrukcji — zawiera postanowienia szczegółowe do P.I. na rok 1950.

II. Na wstępie instrukcja zawiera definicję inwestycji: „pod pojęciem inwestycji należy rozumieć nakłady gospodarcze, zmierzające do stworzenia lub powiększenia obiektu majątku trwałego". Należy tu zauważyć, że ta definicja jest analogiczna jak w instrukcji na r. 1949, a znacznie wyrazistsza niż definicja tego pojęcia w instrukcji na rok 1947 i 1948.

Dla bliższego zorientowania się w rozległości i różnorodności nakładów inwestycyjnych, a w szczególności nakładów inwestycyjnych będących przedmiotem planowania w budownictwie, instrukcja dzieli te nakłady inwestycyjne na następujące rodzaje:

a) roboty budowlane,
b) roboty budowlane specjalne, oraz rolniczo-leśne,
c) roboty montażowe,
d) zakup maszyn i urządzeń technicznych,
e) zakup sprzętu i inwentarza,
f) prace inwestycyjne projektowo-badawcze,
g) pozostałe nakłady inwestycyjne.

Wyżej wymienione poszczególne rodzaje nakładów inwestycyjnych instrukcja bliżej charakteryzuje w sposób następujący:

ad a) do robót budowlanych zalicza się wszelkie prace wstępne, przygotowawcze do budowy jak — odgruzowanie terenu, niwelacja terenu, prace polegające na wznoszeniu nowych budynków, na przebudowie, rozbudowie, odbudowie wszelkich rodzajów budynków w miastach i na wsiach, tj. mieszkalnych, gospodarczych, socjalnych, administracyjnych wraz z wszystkimi instalacjami stanowiącymi wyposażenie nieruchomości (wodociągi, kanalizacja, instalacje ogrzewcze, świetlne itd.).

ad b) do robót budowlanych specjalnych oraz rolniczoleśnych zalicza się prace budowlnae o specjalnym charakterze a więc:
— roboty budowlane o charakterze przemysłowym jak budowa pieców przemysłowych, budowa kotłowni, budowa hal przemysłowych, budowa szybów kopalnianych itp.,
— roboty inżynieryjno-lądowe i wodne, jak budowa wszelkiego rodzaju dróg, mostów, tuneli, wiaduktów, rurociągów, stadionów, portów, kanałów itp.,
— roboty elektryfikacyjne i telekomunikacyjne naziemne i podziemne,
— roboty rolniczo-leśne jak melioracje gruntów, likwidacje odłogów, zalesienia, kultury specjalne itp.

ad c) do robót montażowych zalicza się roboty polegające na montażu i ustawieniu maszyn w zakładach przemysłowych i na ich wypróbowaniu,

ad d) należy tu zakup maszyn i urządzeń technicznych, wytwórczych oraz przetwórczych, zakup maszynowego sprzętu budowlanego, maszyn i urządzeń transportowych, jak statki, wagony, parowozy, tabor samochodowy specjalny jak chłodnie, autobusy, tabor przewozowy powietrzny, traktory, maszyny rolnicze itp.,

ad e) do zakupu sprzętu inwentarza należy zakup narzędzi i przyborów roboczych, sprzętu dla celów naukowych, sprzętu lekarskiego, sprzętu przeciwpożarowego, urządzeń dla zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy, ruchomości biurowych, taboru samochodowego i konnego oraz inwentarza żywego (użytkowego i hodowlanego),

ad f) do prac inwestycyjnych projektowo-badawczych zalicza się opracowanie dokumentacji prawnej i dokumentacji technicznej, studia, ekspertyzy i badania takie, jak wstępne wiercenia gruntu, celem ustalenia rodzaju i uwarstwienia gleby. Do tych prac zalicza się np. wstępne wiercenia badawcze gruntu dla kolei podziemnej, tunelu, wykopu itp.,

ad g) instrukcja nie zalicza do żadnej z powyższych grup, lecz określa jako „pozostałe nakłady inwestycyjne" następujące rodzaje nakładów:
1) koszty zakupu nieruchomości,
2) wydatki nowych przedsiębiorstw (np. koszty utrzymania kierownictwa) w okresie ich budowy do chwili rozpoczęcia przez nie działalności eksploatacyjnej — dotyczy to oczywiście tylko przypadków, które nie dają się zaliczyć do żadnego z wyżej wymienionych rodzajów nakładów,
3) badania geologiczne, poszukiwanie bogactw naturalnych, np. wiercenia dla odkrycia pokładu węgla lub ropy naftowej. Jak z powyższego widać w tych przypadkach nie chodzi o konkretnie zaplanowaną inwestycję (konkretny obiekt), lecz nakłady spowodowane są badaniami mającymi na celu poszukiwanie bogactw naturalnych,
4) opracowanie dokumentacji technicznej typowej dla obiektów typowych, np. opracowanie planu i kosztorysu typowego szpitala powiatowego, typowego szpitala wojewódzkiego, typowego ambulatorium pierwszego, drugiego czy trzeciego stopnia, jakie mają być wznoszone przez instytucje ubezpieczeń społecznych itp.

Jak wynika z przytoczonych wyliczeń instrukcja na rok 1950 bardzo szczegółowo różniczkuje rodzaje nakładów inwestycyjnych, które mogą być przedmiotem planu. Tak szczegółowego zróżniczkowania różnych typów nakładów nie zawierały instrukcje ani na rok 1947, ani na rok 1948, ani też na 1949 rok.

Rozbicie nakładów inwestycyjnych na poszczególne grupy i typy zilustrowane przykładami umożliwia ła-

twiejsze zakwalifikowanie zamierzonych nakładów do tego czy innego rodzaju nakładów.

III. Instrukcja rozróżnia trzy pojęcia w zakresie planowania inwestycyjnego, a mianowicie:

1) pojęcie inwestycji,
2) „ kapitalnego remontu,
3) „ remontu bieżącego.

Pojęcie inwestycji, jak już wyżej mówiliśmy, jest jasno określone w omawianej instrukcji. Rozgraniczenie pomiędzy pojęciem inwestycji i kapitalnym remontem również jest jasne; kapitalny remont to nakład gospodarczy, którego celem jest — „przywrócenie czynnym obiektom majątku trwałego ich sprawności technicznej zmniejszonej na skutek zużycia lub uszkodzenia".

W związku z tym nakład, który spowoduje zwiększenie zdolności produkcyjnej ponad pierwotnie istniejącą, nie będzie kapitalnym remontem, lecz inwestycją, np. koszt zmiany napięcia sieci rozdzielczej ze 120 V na 220 V.

Dalej kapitalny remont może odnosić się tylko do przedmiotów czy urządzeń już istniejących, np. w budynku jest instalacja centralnego ogrzewania, przystępujemy do wymiany i uzupełnienia znacznej ilości zużytych części, albo choćby niewielu to jednak części zasadniczych — w tym wypadku nakład będzie miał charakter kapitalnego remontu.

Jeżeli natomiast w budynku nie ma centralnego ogrzewania, więc nakład na założenie w tym domu c. o. będzie inwestycją — urządzenia tego w domu dotąd nie było.

Inwestycją, a nie kapitalnym remontem będzie nakład, którego celem jest przywrócenie zdolności użytkowej obiektom zniszczonym na skutek działań wojennych lub z innych przyczyn losowych, np. jest wypalony dom — nakład na odbudowę pod względem technicznym nie odbiega od pojęcia kapitalnego remontu, jednak obiekt nie był w stanie użytkowym, a przez ten nakład stanie się użytkowym, a więc jest to inwestycja.

„Remontem bieżącym nazywamy nakłady, które dla zachowania ciągłości zdolności użytkowej obiektów czynnego gospodarczo majątku trwałego muszą być dokonywane bieżąco". Mimo tej dość ścisłej definicji mogą być tu przypadki niewłaściwej kwalifikacji nakładu.

W odniesieniu do budynków — bieżącym remontem są nakłady reparacyjne i konserwacyjne z dopuszczeniem znacznej częściowej wymiany zużytych lecz n i e z a s a d n i c z y c h e l e m e n t ó w k o n s t r u k c j i.

W odniesieniu do maszyn i urządzeń — remontem bieżącym są czynności reparacyjne i konserwacyjne mające na celu należyte utrzymanie ich — ponadto dopuszczalna jest wymiana n i e w i e l k i e j l i c z b y o d d z i e l n y c h c z ę ś c i n a n o w e.

Jak widzimy określenia „niezasadniczych elementów konstrukcji" i „niewielkiej liczby oddzielnych części na nowe" nie są ścisłe. Kwalifikacja tych określeń może być różnorodna i bardzo indywidualna.

Na podstawie tej definicji remontu bieżącego, nie będzie, zdaniem naszym, łatwo zakwalifikować czynności związanych z położeniem dachu na budynku na miejsce zerwanego przez wichurę. Czynności związane z położeniem nowego dachu na budynku z powodu jego normalnego zużycia na skutek działań atmosferycznych będą stanowiły remont bieżący. Natomiast nakład na nowy dach z powodu zerwania dawnego przez wichurę będzie, w naszym mniemaniu, remontem kapitalnym. Jeżeliby dodać do podanej wyżej definicji remontu bieżącego ustęp „...a dają się zawczasu przewidzieć", kwalifikacja byłaby łatwiejsza.

IV. Instrukcja rozróżnia cztery szczeble inwestorów, a mianowicie: inwestora bezpośredniego, głównego, naczelnego i centralnego. Inwestorem bezpośrednim (najniższy szczebel inwestujący) jest instytucja, w której inwentarzu majątku trwałego zostanie zapisany przyrost tego majątku.

Każda ubezpieczalnia społeczna, która inwestuje, jest więc inwestorem bezpośrednim. Także Zakład, jeżeli prowadzi inwestycje we własnym zakresie, jest inwestorem bezpośrednim.

Inwestorem głównym jest instytucja jednocząca pewną ilość inwestorów bezpośrednich, nad którymi sprawuje nadzór. W stosunku więc do ubezpieczalni społecznych inwestorem głównym jest Zakład. Inwestorem naczelnym jest instytucja podległa bezpośrednio resortowemu Ministerstwu. Zakład jest więc równocześnie i inwestorem naczelnym w stosunku do ubezpieczalni społecznych.

Inwestorem centralnym jest ministerstwo, posiadające wyodrębnioną część w Planie Inwestycyjnym.

W roku 1950 Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej będzie inwestorem centralnym w stosunku do wszelkich inwestycji prowadzonych przez instytucje ubezpieczeń społecznych i to zarówno w odniesieniu do inwestycyj budowlanych jak i inwestycyj wyposażeniowych. W roku 1949 i w latach poprzednich w odniesieniu do inwestycyj budowlanych instytucji ubezpieczeń społecznych inwestorem centralnym było Ministerstwo Budownictwa (Ministerstwo Odbudowy), w odniesieniu zaś do inwestycyj wyposażeniowych inwestorem centralnym było Ministerstwo Pr. i Op. Społ.

Może zachodzić zbieżność poszczególnych szczebli inwestorów, tj. inwestor naczelny czy główny, czy nawet centralny może być jednocześnie inwestorem bezpośrednim. Jak już powyżej zaznaczono, Zakład, który inwestuje, a więc jest inwestorem bezpośrednim, jest jednocześnie inwestorem głównym i naczelnym w stosunku do ubezpieczalni społecznych i Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

V. Terminowe wykonawstwo planu zależy między innymi od właściwej i w odpowiednim czasie sporządzonej dokumentacji inwestycyjnej. W wielu wypadkach brak dokumentacji inwestycyjnej utrudnia wykonanie inwestycji we właściwym czasie lub też uniemożliwia jej rozpoczęcie w odpowiednim czasie.

Nieterminowe rozpoczęcie i ukończenie inwestycji lub też w ogóle nierozpoczęcie inwestycji może wprowadzić dywersję w planie racjonalnego wykorzystania środków materiałowych, sił roboczych i środków finansowych.

Należy zauważyć, że tego zagadnienia nie określały i nie uwypuklały instrukcje z lat poprzednich, ani nawet instrukcja z 1949 roku. Jak wielką wagę czynniki kierujące polityką inwestycyjną przywiązują do zaopatrzenia się inwestora we właściwym czasie w potrzebną dokumentację inwestycyjną świadczy o tym fakt, że w omawianej instrukcji poświęcono temu zagadnieniu specjalny rozdział.

Co to jest dokumentacja inwestycyjna? — Jest to zbiór dokumentów odnoszących się do działalności inwestycyjnej i będących w zasadzie podstawą do jej podejmowania. Dzieli się ona na dwa rodzaje:

dokumentacją prawną i

dokumentację techniczną.

Ważkość obu rodzajów dokumentacji jest równorzędna i inwestor starać się winien o nie równocześnie. Zarówno bez jednej jak i bez drugiej dokumentacji inwestycja w zasadzie nie może być rozpoczęta.

Dokumentację prawną stanowią wszelkie dokumenty ustalające „stosunek prawny inwestora do inwestowanego obiektu oraz do terenu, a w szczególności uzgodnienie z władzami planowania przestrzennego". Będą to uwierzytelnione odpisy wszelkich tytułów własności, umów lub decyzji władz, stwierdzających warunki, na jakich inwestor może użytkować obiekty, w których zamierza inwestować.

Dokumentacja prawna obejmuje również uwierzytelnione odpisy dowodów związanych z jakimkolwiek ograniczeniem prawa użytkowania.

Przed podjęciem działalności inwestycyjnej, jeżeli przepisy budowlane, techniczne lub milicyjne tego wymagają, winien inwestor zaopatrzyć się w dowody stwierdzające jego prawo do podjęcia robót inwestycyjnych.

Ponieważ zagadnienie jest ważne, przeto równocześnie omówimy przepisy specjalne obowiązujące obecnie w tym zakresie, tj. Instrukcję Tymczasową z dnia 28.II.1949 r. w sprawie finansowania i kontroli inwestycyj zamieszczonych w P. I. (Dz. U. M. Skarbu Nr 8/49, poz. 38) oraz pismo okólne Ministerstwa Odbudowy z dnia 2.IV.1949 r. L. dz. VII.3779/1/49.

Przepisy te, a w szczególności powołane pismo okólne, z punktu widzenia wymagalności i zakresu dokumentacji, rozróżnia między innymi następujące grupy inwestycji (nas interesujące):

budownictwo właściwe (naziemne),

roboty rozbiórkowe.

W odniesieniu do budownictwa właściwego podstawą do użytkowania nieruchomości mogą być:

1) tytuł własności,
2) przydział budynku do naprawy w trybie dekretu z dnia 26.X.1945 r. o rozbiórce i naprawie budynków zniszczonych i uszkodzonych wskutek wojny (Dz. U.R.P. Nr 37 z 1947 r. poz. 81 i Nr 50 z 1948 r. poz. 383),
3) umowa dzierżawna.

Instytucja zamierzająca inwestować winna przeto zaopatrzyć się:

a) w świadectwo hipoteczne, stwierdzające, że tytuł własności opiewa na inwestora, a w wypadku braku księgi wieczystej w odpowiednie zaświadczenie zarządu gminy,
b) w zaświadczenie władzy administracji ogólnej II instancji, stwierdzające przydział budynku do naprawy na rzecz inwestora (inwestującego użytkownika),
c) lub też umowę dzierżawną zatwierdzoną przez odpowiednie władze,
d) względnie dowód dysponowania nieruchomością na podstawie specjalnych przepisów (np. użytkowanie nieruchomości na podstawie postanowień dekretu z dnia 8.III.1946 r. o majątkach opuszczonych i poniemieckich (Dz. U.R.P. Nr 13, poz. 87).

W m. st. Warszawie jest szczególna sytuacja prawna. Na podstawie dekretu z dnia 21.XI.1945 r. o własności i użytkowaniu gruntów na obszarze m. st. Warszawy (Dz. U.R.P. Nr 50, poz. 279) grunty w Warszawie przeszły na własność gminy; dla inwestycyj budowlanych położonych na obszarze m. st. Warszawy wystarczającą dokumentacją prawną jest tzw. promesa terenowa, przyrzekająca czasowe ustanowienie własności na rzecz inwestora (inwestującego użytkownika).

Przy robotach rozbiórkowych dokumentację prawną stanowi zaświadczenie właściwej władzy budowlanej, stwierdzające, że dany obiekt jest przeznaczony na rozbiórkę w trybie powołanego dekretu z dn. 26.X.1945 r.

VI. Według powołanej instrukcji tymczasowej Ministra Skarbu z dnia 28.II.1949 r. „pod pojęciem dokumentacji technicznej rozumie się szczegółowe projekty techniczne oparte o wytyczne użytkowe technologiczne i techniczne oraz o odnośne kosztorysy".

Omawiana instrukcja dla sporządzenia P. I. na rok 1950 stanowi, że dokumentacja techniczna „...jest obowiązująca dla inwestycji realizowanych w formie budownictwa inwestycyjnego i powstaje zasadniczo w czterech następujących stadiach:

— założenia projektu,
— projekt wstępny,
— projekt techniczny z kosztorysem,
— rysunki wykonawcze".

Omówimy kolejno każdy z tych czterech etapów:

— Założenia projektu — są to określone przez inwestora założenia planowanej inwestycji oraz wymogi jakim planowana budowa winna odpowiadać. Założenia te winny zawierać wszystkie życzenia, żądania i propozycje inwestora. Ten etap, mimo swoich pozorów, jest ważny, gdyż nieprawidłowo i nieprzemyślanie opracowane założenia, a następnie ich zmiana mogą przedłużać wykonanie dalszych etapów dokumentacji technicznej, a w konsekwencji i rozpoczęcie wykonania samej inwestycji.
— Projekt wstępny — jest drugim etapem dokumentacji technicznej. Celem jego jest określenie ekonomicznej celowości planowanej inwestycji budowlanej w ściśle wybranym miejscu z określeniem możliwości czasu jej wykonania, oraz określeniem samej technicznej możliwości wykonania. Słowem jest to rozwinięcie założeń i życzeń zgłoszonych przez inwestora.
— Projekt techniczny — to trzeci etap prac dokumentarycznych technicznych, ma on zawierać roztrzygnięcie w sposób ostateczny technicznego

oraz ekonomicznego zagadnienia budowy, a ponadto ma określić jej koszt.

Częścią składową projektu technicznego jest kosztorys generalny, składający się z kosztorysów częściowych. Projekt techniczny jest dokumentem podstawowym i niezbędnym dla włączenia zamierzonej inwestycji do planu, a następnie stanowi podstawę do upłynnienia środków finansowych (uruchomienie wypłat) przez Bank Inwestycyjny.

— Rysunki wykonawcze — stanowią końcowy etap prac dokumentarycznych; służą one za podstawę do bezpośredniego wykonania robót na ustalonym miejscu.

Wyżej omówione stadia dokumentacji technicznej stanowią program maksymalny w tym zakresie i są wymagalne szczególnie w budownictwie przemysłowym przy budowlach dużych.

Na okres przejściowy (na rok 1950), w drodze wyjątku, właściwe ministerstwa w porozumieniu z P.K.P.G., stosownie do postanowień omawianej instrukcji, dopuszczą dokumentację uproszczoną, która winna zawierać co najmniej: założenia projektu, szacunkowy kosztorys całości inwestycji i specyfikacje ważniejszych maszyn.

Jeżeli terminowe rozpoczęcie inwestycji jest nieodzowne Bank Inwestycyjny ma prawo wstępne inwestycje finansować, nawet przed przedłożeniem dokumentacji technicznej. Oczywiście musi być deklaracja inwestora określająca, kiedy dostarczy niezbędną dokumentację.

Musimy tu podkreślić jeszcze, że kosztorys generalny składający się z kosztorysów częściowych uzgodniony między zleceniodawcą i wykonawcą oraz zatwierdzony przez odpowiednie władze, jest częścią integralną dokumentacji technicznej i jedną z podstaw do finansowania inwestycji.

Na nim opierają się wszelkie rozliczenia z wykonawcą w formie faktur przejściowych, względnie rachunków ostatecznych, przeznaczonych do realizacji w banku finansującym inwestycje.

Dokumentacja techniczna, zgodnie z instrukcją na rok 1950, winna być przez inwestora przedłożona odpowiedniemu oddziałowi banku finansującemu inwestycje w zasadzie przed 1.I.1950 r.

Sprawę dokumentacji prawnej i technicznej omówiliśmy dość obszernie, gdyż jest ona wyjątkowo ważna. W wielu wypadkach inwestorzy zabiegają o jak największe limity; wykonawstwo zaś inwestycji w ramach tych limitów jest opieszałe, co w szczególności ma miejsce z powodu nieprzygotowania na czas względnie nieprzygotowania w ogóle właściwej dokumentacji inwestycyjnej.

Przygotowanie dokumentacji winno więc być dokonane w stopniu pozwalającym na pełne prowadzenie robót i uruchomienie wypłat środków finansowych.

VII. W odróżnieniu od instrukcji z lat ubiegłych, instrukcja na rok 1950 określa systemy wykonawstwa inwestycji.

Rozróżnia się roboty inwestycyjne budowlane, które mogą być wykonane systemem zleconym, albo systemem gospodarczym.

Już w okresie sporządzania P. I. inwestorzy obowiązani są określić system, w którym będą wykonywane planowane roboty; potrzebne to jest w związku z koniecznością powiązania planu instrukcyjnego z planem wykonawstwa.

System zlecony polega na tym, że roboty są wykonywane przez przedsiębiorstwa budowlane zgodnie z ich rocznymi planami produkcji. Wykonanie prac odbywa się według umowy pomiędzy zleceniodawcą (inwestorem) a zleceniobiorcą (przedsiębiorcą).

Inwestor nadzoruje postęp robót i jakość ich wykonania oraz obowiązany jest do: złożenia w terminie ustalonym w dokumentacji inwestycyjnej, zapewnienia środków finansowych na regulację należności za roboty, zaopatrzenia budowanych objektów w maszyny i urządzenia techniczne (chodzi tu o objekty przemysłowe).

Zleceniobiorca obowiązany jest przy pomocy swych kadr roboczych oraz swoim sprzętem budowlanym wykonać objęte umową roboty w terminie określonym w tejże umowie.

Wykonawstwo robót systemem gospodarczym polega na prowadzeniu robót samego inwestora, własnymi kadrami roboczymi oraz własnymi środkami materiałowo technicznymi.

VIII. Omawiana instrukcja podkreśla następnie, że:

— działalność inwestycyjna nie może być wykładnikiem doraźnych potrzeb inwestora lecz musi harmonizować z zamierzeniami Państwa w tym zakresie oraz musi opierać się o analizę możliwości inwestycyjnych wynikających z planów produkcji, zaopatrzenia, finansów i planów zatrudnienia;

— każda zamierzona inwestycja winna więc być wszechstronnie i dokładnie przeanalizowana, nie może jej cechować doraźność, potrzeba chwili;

— następnie działalność inwestycyjną winna cechować terminowość. Wysiłki powinny być skierowane w tym kierunku, aby nakład inwestycyjny dał jak najszybszy i jak największy efekt gospodarczy w naszych instytucjach efekt usługowy.

Według postanowień omawianej instrukcji zamierzenia w kierunku zakupu wyposażenia winny być oparte na realnych możliwościach rynku krajowego i rynków zewnętrznych. Wreszcie działalność inwestycyjną we wszystkich jej etapach winna cechować oszczędność.

Jak widzimy omawiana instrukcja bardzo szczegółowo określa zasady i tryb postępowania przed przystąpieniem do wykonania zamierzonej inwestycji oraz daje wytyczne w jakich ramach i warunkach można inwestycje planować i prowadzić je.

IX. Z części II instrukcji, tj. z postanowień szczegółowych do Planu Inwestycyjnego na rok 1950, omówimy sprawę inwestycyj wyposażeniowych, która jest ujęta odmienie niż w instrukcji na rok 1949.

Instrukcja określa, że „nie stanowią nakładu inwestycyjnego wydatki na zakup środków lokomocji oraz ruchomości biurowych przeznaczonych do użytku ad

ministracji rządowej lub samorządowej względnie jednostek budżetu państwowego lub samorządowego".

Na podstawie tego przepisu P. K. P. G. wyraziła zgodę, aby wszelkie ruchomości dla potrzeb administracji oraz środki lokomocji dla potrzeb administracji w instytucjach ubezpieczeń społecznych zakupywane były w roku 1950 nie z kredytów P. I. lecz z kredytów budżetowych. W związku z tym ruchomości dla potrzeb administracji i tabor samochodowy administracyjny we wszystkich ubezpieczalniach społecznych, Spółce Brackiej w Tarnowskich Górach, w Kasie Bratniej Zagłębia Dąbrowskiego, Centrali Zaopatrywania I. U. S., w Centrali Z. U. S. i w Oddziałach Z. U. S. w roku 1950 zakupywane będą z kredytów budżetowych.

Odmiennie jest ta sprawa uregulowana dla potrzeb lecznictwa, — a więc w zasadzie wszelkie ruchomości dla potrzeb lecznictwa zakupywane będą z kredytów P. I. i to zarówno sprzęt lekarski, sanitarno - gospodarczy jak i biurowy oraz tabor samochodowy bez względu na to czy to jest samochód ciężarowy czy osobowy, czy też tabor konny.

Ta zasada ogólna ma dwa aspekty, a mianowicie:

1) Pierwsze wyposażenie w ruchomości **nowych urządzeń** (zakładu leczniczego, ambulatorium, biura lecznictwa) dotychczas nieczynnych bez względu na wartość i czasokres użyteczności poszczególnych ruchomości jest zawsze nakładem inwestycyjnym i wydatek na ten cel ma być pokryty w roku 1950 z kredytów P. I.
2) Zakup ruchomości do **istniejących już urządzeń** stanowi nakład inwestycyjny i ma być pokryty z kredytów P. I. tylko wtedy, gdy wartość ruchomości przekracza kwotę zł 30.000.—, a jednocześnie okres jej użyteczności przekracza jeden rok. Jeżeli więc ruchomość będącą oddzielną pozycją inwentarzową posiada wartość poniżej zł 30.000.— (np. stół), a okres jej użyteczności wynosi więcej niż jeden rok (np. 10 lat) zakup takiej ruchomości do istniejących urządzeń nie stanowi nakładu inwestycyjnego w rozumieniu omawianej instrukcji i ma być pokryty z kredytów budżetowych.

I na odwrót, jeżeli wartość ruchomości wynosi np. 100.000 zł, a okres jej użyteczności według przyjętych norm nie przekracza jednego roku, wydatek na zakup takiej ruchomości nie stanowi nakładu inwestycyjnego i pokrywa się z kredytów budżetowych.

W instrukcji na r. 1949 przy kwalifikacji; czy zakup ruchomości zakupywanej do istniejących urządzeń może być pokrywany z kredytów P. I., był inny kierunek wartości i czasokresu używalności.

Niezależnie od powyższego należy podkreślić, że są przypadki, kiedy zakup ruchomości dla potrzeb lecznictwa bez względu na wysokość ceny (np. 1.000.000.— zł) dokonuje się z kredytów budżetowych, a nie z kredytów P. I. — chodzi tu o zakupy ruchomości od O. U. L. (Skarbu Państwa) względnie od użytkownika, który nabył tę ruchomość w ramach kredytów P. I. — ruchomość ta była już więc przedmiotem planu. W tych przypadkach według otrzymanych wyjaśnień w P. K. P. G. wydatek na zakup ruchomości bez względu na wysokość ceny pokrywa się z kredytów budżetowych.

Jeżeli chodzi o zakup ruchomości, to w zasadzie każdy inwestor w limicie określonym dla niego na rok 1950 ma część kredytu przeznaczoną na zakup ruchomości z produkcji krajowej i część kredytu przeznaczoną na zakup ruchomości pochodzących z importu.

Zakup ruchomości z produkcji krajowej może się odbywać tylko w ramach kredytu określonego na ten cel dla danego inwestora.

Kredyt ten nie może być powiększony kosztem zmniejszenia kredytu przeznaczonego na import.

Jeżeli chodzi o import inwestycyjny, to w roku 1949 inwestor nie był związany limitem określonym dla niego na import, mógł nawet nie mieć kredytu na import; mimo to dostawy inwestycyjne z importu były pokrywane przez Bank Inwestycyjny z ogólnej puli przeznaczonej na import inwestycyjny. Sprawa ta na rok 1950 nie jest jeszcze definitywnie uregulowana.

Należy tu nadmienić, że mogą być przypadki, kiedy wydatek na zakup ruchomości nieprodukowanej w kraju pokrywa się z kredytów P. I. przeznaczonych na zakup ruchomości z produkcji krajowej, a nie z kredytów określonych na import inwestycyjny. Taki przypadek zachodzi wtedy, kiedy zakupujemy np. aparat Rentgena od użytkownika — od lekarza, który likwiduje swój gabinet, mimo, iż ten aparat w swoim czasie został sprowadzony z zagranicy i zapłacono za niego dewizami.

W instrukcji na rok 1949 i w instrukcjach z lat ubiegłych nie było dostatecznnie jasno określone, z jakich kredytów mają być zakupywane wymienne części składowe ruchomości, na miejsce takichże części składowych zużytych.

Jeżeli chodzi o instytucje ubezpieczeń społecznych, to najwięcej wątpliwości z tego zakresu nasuwała sprawa zakupu lamp rentgenowskich na miejsce zużytych.

Naszym zdaniem, wydatek na zakup lamp rentgenowskich na miejsce zużytych nie powinien był być dokonywany z kredytów P. I.

Przy uzasadnieniu tego stanowiska kierowano się niżej określonymi przesłankami.

— Lampa rentgenowska przy pracy aparatu podlega stałemu zużywaniu. Teoretycznie okres jej użyteczności wynosi do 1.000 godzin; przy 4-ch godzinach pracy dziennie, w ciągu 25 dni pracy w miesiącu, cały okres jej użyteczności wyniesie 10 miesięcy. Żaden jednak z konstruktorów nie określił faktycznego okresu użyteczności lamp. To teoretyczne określenie czasokresu jej wydajności jest raczej przypadkowe, a nie ścisłe. Tylko wyjątkowo lampy rentgenowskie zachowują swą siłą emisyjną w ciągu teoretycznie ustalonej ilości godzin.

Z braku dostatecznej ilości aparatów (względnie rentgenologów) faktyczny okres pracy aparatu (i lampy) w ciągu dnia jest dłuższy od 4-ch godzin. W związku z tym i okres użyteczności lampy do rentgena znacznie odbiega in minus od teoretycznego ustalenia okresu jej użyteczności

Ponadto na mniejszą lub większą zużywalność lamp ma duży wpływ niestałe napięcie prądu. Wahania w napięciu prądu powodują nie tylko szybkie zużywanie się lamp lecz i nagłe, nieprzewidziane uszkodzenia.

Dla utrzymania aparatu Rentgena w stanie używalności wymiana lampy zużytej na nową musi następować szybko. Kredyt na ten cel winien więc być elastyczny, a nie zamykać się w limicie. Ponadto potrzeby w tym zakresie nie mogą być przewidziane i ustalone tak, aby mogły być przedmiotowo i podmiotowo określone w planie. Miernikiem, z jakich kredytów ma być zakupiona lampa nie jedna lecz kilka, jej okres używalności i to że nie stanowi ona pozycji inwentarzowej — nie jest ruchomością.

Sprawa ta nasuwała jednak wątpliwości. Ostatecznie instrukcja na rok 1950 reguluje sprawę zakupu wymiennych części składowych ruchomości. Według postanowień tej instrukcji pierwszy zakup ruchomości wraz z jej częściami wymiennymi stanowi nakład inwestycyjny i pokrywa się z kredytów P. I.

Natomiast zakup wymiennej części składowej ruchomości na miejsce zużytej nie stanowi nakładu inwestycyjnego w rozumieniu planu i pokrywa się z kredytów budżetowych. Ponadto instrukcja określa, że pod pojęciem części rozumie się element ruchomości nie dający się wyodrębnić w oddzielną pozycję inwentarzową.

Obecnie nie ma więc wątpliwości, że lampa do rentgena na miejsce zużytej winna być zakupiona z kredytów budżetowych.

Powyższe uwagi nie wyczerpują wszystkich spraw i zagadnień ustalonych w instrukcji na rok 1950. Zagadnienia omówione w nin. notatce wydają się nam najważniejsze, zarówno przy opracowywaniu planu, jak i przy jego wykonawstwie.

Rok 1950 jest pierwszym rokiem okresu planu 6-letniego, należy przypuszczać, że instrukcja obowiązująca na 1950 rok nie ulegnie zmianie w swych zasadniczych założeniach i dla lat przyszłych planu 6-letniego.

Wskazane jest więc, aby pracownicy instytucji ubezpieczeń społecznych zatrudnieni przy planowaniu inwestycji i przy wykonaniu planu zapoznali się należycie z postanowieniami zawartymi w tej instrukcji.

Z. Cybulski

Przegląd ustawodawstwa

za czas do 13.12.49 r. (Dz. U. R. P. nr 60)

A. Ustawodawstwo Ubezpieczeniowe.

Dzienniki Ustaw z okresu sprawozdawczego nie zawierają nowych przepisów prawnych z tej dziedziny.

B. Ustawodawstwo Związkowe.

1. Praca młodocianych.

Rozporządzeniem z dnia 20.IX.1949 r., ogłoszonym w Dzienniku Ustaw nr 52, poz. 397, Minister Pracy i Opieki Społecznej wprowadził zmiany w obowiązującym dotychczas rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej z dnia 3.X.35 r. o robotach wzbronionych młodocianym i kobietom (Dz. U. R. P. 78 poz. 484), podyktowane dążeniem do umożliwienia praktycznego szkolenia uczniów w przemyśle węglowym i przysposobienia ich do pracy w tej dziedzinie.

Istota zmian polega na tym, że pozostawiając nadal w mocy zasadniczy zakaz pracy pod ziemią dla młodocianych mężczyzn w wieku ponad lat 16, nowe rozporządzenie rozszerza znacznie zakres robót lżejszych, dozwolonych pod ziemią dla młodocianych, warunkując wszakże ich wykonywanie szeregiem zastrzeżeń, wynikających z opieki nad zdrowiem i życiem młodocianych (m. in. zakaz pracy w warunkach wymagających szczególnej ostrożności lub doświadczenia, w miejscach słabo przewietrzanych, mokrych, obowiązek dodatkowych badań lekarskich itp.).

2. Umowy i konwencje międzynarodowe.

Tenże Dziennik Ustaw przynosi szereg Oświadczeń rządowych w sprawach różnych umów i konwencji międzynarodowych. Podają je również Dzienniki nr 58, 59 (cały poświęcony tym sprawom) oraz 60.

3. Polska Izba Handlu Zagranicznego.

W celu rozwijania i umacniania stosunków gospodarczych Polski z zagranicą powołana została do życia dekretem z dnia 28.IX.49 r. Polska Izba Handlu Zagranicznego. (Dz. U. Nr 53, poz. 403).

Izba jest osobą prawną prawa publicznego i działalnością swoją obejmuje cały obszar Państwa Polskiego. Nadzór nad nią należy do Ministra Handlu Zagranicznego.

4. Koncesjonowanie przedsiębiorstw wydawniczych.

Z dniem 14.X.1949 r. rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 21.IX.49 r. Dz. U. nr 53, poz. 407 wprowadzone zostało koncesjonowanie przedsiębiorstw wydawniczych książek i druków nieperiodycznych. Obowiązek posiadania koncesji dla prowadzenia tych przedsiębiorstw obejmuje przedsiębiorstwa już istniejące i nowopowstałe. Koncesji udziela Minister Handlu Wewnętrznego za zgodą Prezesa Rady Ministrów. Rozporządzenie przewiduje możność zwalniania poszczególnych przedsiębiorstw oraz poszczególnych kategorii przedsiębiorstw od obowiązku uzykiwania koncesji.

5. Jednolite teksty — dekretu o opłacie skarbowej i dekretu o podatku od nabycia praw majątkowych.

Dziennik Ustaw nr 53 zamieszcza 2 Obwieszczenia Ministra Skarbu z dnia 29.IX.49 r., podające jednolity tekst dekretu z dnia 3.II.49 r o podatku od nabycia praw majątkowych oraz dekretu z takiejże daty o opłacie skarbowej (poz. 418 i 419).

6. Bezpieczeństwo i higiena pracy.

Z zakresu przepisów, regulujących bezpieczeństwo i higienę pracy, ukazało się rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej wydane łącznie z innymi Ministrami, dotyczące ochrony życia i zdrowia osób zatrudnionych przy natryskiwaniu powierzchni przedmiotów substancjami rozpuszczonymi przy użyciu aparatów natryskowych. Rozporządzenie zawiera szereg rygorów zapobiegających niebezpieczeństwu dla życia i zdrowia pracowników, m. in. zabrania używania do natryskiwania związków ołowiu, arsenu i rtęci oraz rozpuszczalników wyszczególnionych w rozporządzeniu. W natryskowniach nie może się odbywać żadna praca nie związana bezpośrednio z natryskiwaniem. Rozporządzenie ogłoszono w Dzienniku nr 54, poz. 420.

7. Ulgi w podatku od lokali dla emerytów.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Administracji Publicznej z dnia 15.IX.1949 r. (Dz. U. R. P. nr 54, poz. 421) w stosunku do osób pobierających zaopatrzenie emerytalne (ubezpieczeniowe) z funduszów publicznych, a nie posiadających innych źródeł dochodu, utrzymana zostaje na rok podatkowy 1949 ulga 75%-wa w opłacie podatku komunalnego od lokali. Ulga ma zastosowanie tylko do lokali mieszkalnych obejmujących najwyżej 3 izby.

8. Przedsiębiorstwa Miejskiego Handlu Detalicznego.

W ramach dekretu z dnia 26.X.49 r., ogłoszonego w Dz. U. nr 55, poz. 433, gminy miejskie uzyskują możność prowadzenia przedsiębiorstw Miejskiego Handlu Detalicznego. Przedsiębiorstwa tej kategorii mają na celu zaspokajanie zapotrzebowania na środki obrotowe i inwestycyjne. Przedsiębiorstwa powołują do życia w drodze wydania zarządzenia Ministrowie Handlu Wewnętrznego i Administracji Publicznej. Przedsiębiorstwo winno być wpisane do rejestru handlowego i z chwilą tego wpisu uzyskuje osobowość prawną. Za zobowiązania zaciągnięte przez przedsiębiorstwo Miejskiego Handlu Detalicznego, niezależnie od odpowiedzialności majątkiem przedsiębiorstwa, odpowiada właściwa gmina miejska swoim majątkiem nieruchomym, oddanym w zarząd lub użytkowanie przedsiębiorstwu.

9. Ochrona tajemnicy państwowej i służbowej.

Z dniem 12.XI. br. wszedł w życie ważny akt prawny, mianowicie dekret z dnia 26.X.49 r. o ochronie tajemnicy państwowej i służbowej (Dz. U. R. P. nr 55, poz. 437). Celem dekretu jest zapobieżenie rozpowszechnianiu i wykorzystywaniu na szkodę Państwa wiadomości, które ze względu na dobro Polski Ludowej powinny być zachowane w tajemnicy.

Dekret rozróżnia tajemnicę państwową (art. 1) oraz tajemnicę służbową (art. 2), dając definicję tych dwóch pojęć. Tajemnicę państwową w myśl dekretu stanowią wszelkie wiadomości, dokumenty lub inne przedmioty, które są udostępnione tylko osobom uprawnionym z uwagi na obronę, bezpieczeństwo lub ważne interesy gospodarcze bądź polityczne Państwa Polskiego. Z Państwem Polskim zrównane w tym względzie zostają w myśl dekretu państwa zaprzyjaźnione. Tajemnicę służbową stanowią analogicznie, jak w pierwszym przypadku, wiadomości, dokumenty lub inne przedmioty, udostępnione tylko osobom uprawnionym ze względu na dobro służby.

Dekret przewiduje surowe sankcje karne za przestępstwa przeciwko ochronie tajemnicy państwowej i służbowej (kara więzienia do lat 15). Rzecz oczywista, że sankcje karne są surowsze, gdy chodzi o zdradę tajemnicy państwowej. W szczególności wyższy wymiar kary przewidziany jest w przypadkach, gdy w grę wchodzi wzgląd na obronę lub bezpieczeństwo Państwa. Również kwalifikowany wymiar kary przewidywany jest, gdy sprawcą jest urzędnik, mający dostęp do tajemnicy w związku ze służbą. Na równi z urzędnikami traktowani są tu między innym członkowie ciał kolegialnych o charakterze publicznoprawnym, członkowie kolegialnych ciał związków zawodowych oraz organizacji społecznych i politycznych.

Sprawy o przedstępstwa wynikające z przepisów dekretu należą do właściwości sądów wojskowych, o ile dotyczą zdrady tajemnic państwowych oraz do sądów apelacyjnych, gdy w grę wchodzi naruszenie tajemnicy służbowej.

10. Dekret o nabywaniu i przekazywaniu nieruchomości niezbędnych dla realizacji narodowych planów gospodarczych.

W dekrecie z dnia 26.4.49 r. o nabywaniu i przekazywaniu nieruchomości niezbędnych dla realizacji narodowych planów gospodarczych, wprowadzony został szereg zmian, ujętych dekretem z dnia 26.10.49 r. (Dz. U. R. P. nr 55, poz. 438). Między innymi dodany został przepis przewidujący, iż w wypadku przekazania nieruchomości będącej własnością Skarbu Państwa lub jednego z wykonawców narodowego planu gospodarczego, umowy i inne tytuły prawne mające za przedmiot używanie lub użytkowanie przekazanej nieruchomości mogą być niezwłocznie rozwiązane lub uznane za wygasłe.

11. Państwowy arbitraż gospodarczy.

W tym samym numerze Dziennika zamieszczone zostało zapowiedziane w dekrecie o państwowym arbitrażu gospodarczym rozporządzenie Rady Ministrów, normujące organizację państwowych komisji arbitrażowych i tryb postępowania arbitrażowego.

12. Akademie Lekarskie.

Na mocy rozporządzenia Rady Ministrów, ogłoszonego w Dzienniku nr 58, poz. 450, utworzone zostały jako państwowe wyższe szkoły akademickie, Akademie Lekarskie w Krakowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Warszawie i Wrocławiu. Jednocześnie tymże rozporządzeniem zniesione zostały wydziały lekarskie i farmeceutyczne, istniejące na Uniwersytetach w tych miastach.

13. Służba zdrowia — rejestracja i zezwolenia na przekroczenie normy ilościowej.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, które ukazało się w Dzienniku nr 58, poz. 454, został unormowany tryb postępowania w sprawie rejestracji fachowych pracowników służby zdrowia oraz udzielania zezwoleń na przekroczenie ustalonych norm ilościowych. Rejestracja pracowników fachowych, do których rozporządzenie zalicza lekarzy, lekarzy - dentystów, felczerów, techników dentystycznych oraz położne, prowadzi właściwa wojewódzka władza administracji ogólnej. Zezwolenia na przekroczenie norm ilościowych daje Minister Zdrowia. Zezwolenia są udzielane dla celów dokształcania się lub z innych ważnych powodów.

Orzecznictwo Trybunału Ubezpieczeń Społecznych

Art. 2 ust. o ub. społ. i art. 2 rozp. Prez. R. P. o ub. prac. umysł. obowiązek ubezpieczenia członków spółdzielni pracy.

z orzeczenia w sprawie Nr Tr 1372/48

W Spółdzielniach Pracy stosunek między członkami a Spółdzielnią wykazuje pewną dwoistość, polegającą na tym, że w stosunku tym występują dwie sfery obowiązków i praw. Jedna z nich wynika z samego faktu należenia do spółdzielni i wyraża się w szeregu obowiązków i praw, określonych w statucie spółdzielni. Druga sfera wypływa z faktu zatrudnienia członka zarobkowo w zakresie celów spółdzielni i powstaje z chwilą podjęcia przez członka pracy zarobkowej. Ta dwoistość stosunku występuje szczególnie wyraźnie w skarżącej Spółdzielni, gdzie — jak wynika z przepisów statutu — można być członkiem spółdzielni a nie być równocześnie przez pewien okres czasu jej pracownikiem (§ 34 lit. e statutu), z drugiej zaś strony można być pracownikiem Spółdzielni, a nie być równocześnie jej członkiem.

W sprawie rozpoznawanej przez Trybunał jest kwestią sporną, czy sfera obowiązków i praw członka Spółdzielni jako jej pracownika stwarza stosunek pracy najemnej, uzasadniający obowiązek ubezpieczenia na podstawie ustawy o ubezp. społ. Przy rozważaniu zagadnienia należy przede wszystkim ustalić, jak jest przeprowadzona organizacja pracy zarobkowej w Spółdzielni i na jakich zasadach opiera się stosunek pracy zarobkowej jej członków. Z przepisów statutu Spółdzielni wynika, że Zarząd Spółdzielni przyjmuje do pracy zarobkowej w Spółdzielni i zwalnia z tej pracy członków (§ 34 lit. d statutu). Zarząd zawiera umowy o wykonywanie robót przez Spółdzielnię i zarządza robotami (§ 34 lit. i i ł statutu), Zarząd przydziela członkom roboty przyjęte do wykonania, członkowie wykonują roboty według podziału czynności ustalanego przez Zarząd, członkom wypłaca się zarobki miesięczne w wysokości, zależnej od wykonanej pracy, według ustalonych z góry stawek, odbiorcy Spółdzielni, którzy zamówili roboty, zgłaszają swe pretensje z powodu wad i usterek do Zarządu, który daje następnie polecenia członkom, wykonującym roboty, członkowie odpowiadają za zobowiązania Spółdzielni tylko do wysokości zadeklarowanych udziałów (§ 8 statutu).

Z przedstawionego wyżej stanu rzeczy wynika, że stosunek członków Spółdzielni jako jej pracowników posiada wszelkie cechy pracy najemnej, do których według miarodajnych dla tej kwestii przepisów kodeksu zobowiązań należy pełnienie pracy na rzecz pracodawcy (art. 441 k z.), zapłata wynagrodzenia, obliczonego według odstępów czasu lub według rezultatu pracy (art. 451 k. z.) podporządkowanie się pracownika pracodawcy, przejawiające się w konieczności stosowania się do jego poleceń i wskazówek (art. 448 k. z.), pełnienie pracy na ryzyko pracodawcy. Pracodawcą w niniejszym wypadku jest Spółdzielnia, działająca za pośrednictwem Zarządu. Wbrew twierdzeniu skargi rewizyjnej kwoty, jakie otrzymują członkowie Spółdzielni z tytułu pracy zarobkowej, stanowią wynagrodzenie za pracę w ścisłym tych słów znaczeniu, czego dowodzi sposób ich obliczania i wypłacania.

Charakter pracy zarobkowej członków Spółdzielni jako pracy zależnej, najemnej, uwydatnia się szczególnie wyraźnie przy porównaniu jej z pracą tych osób, które według przepisów statutu mogą pracować zarobkowo w Spółdzielni, nie będąc równocześnie jej członkami. Należą tutaj przede wszystkim kandydaci na członków, którzy w myśl § 6 statutu obowiązani są odbyć w Spółdzielni próbny okres pracy zarobkowej nieprzerwanie lub z przerwami w ciągu 200 dni roboczych. W myśl § 15 statutu Zarząd ma prawo angażować do pracy w Spółdzielni poza członkami i kandydatami pracowników posiłkowych innej specjalności lub innego poziomu kwalifikacyjnego, niezbędnych dla całokształtu działalności Spółdzielni, a także innych pracowników w wypadkach chwilowej konieczności, przy czym § 16 statutu zastrzega, że pracownicy nie członkowie nie mogą być wynagradzani za swoją pracę według norm niższych niż członkowie za taką samą pracę. Przepisy statutu wskazują na to, że zatrudnieni w Spółdzielni pracownicy winni być traktowani jednakowo bez względu na to, czy są członkami Spółdzielni czy tylko pracownikami. Skoro zaś warunki pracy wszystkich pracowników Spółdzielni są jednakowe, trudno odmawiać stosunkowi pracy pracowników, będących członkami Spółdzielni, tych samych cech, jakie posiada stosunek pracy pracowników, nie będących członkami Spółdzielni. Również byłoby rzeczą nieuzasadnioną, a nawet wprost rażącą, wyłączać od ubezpieczenie pracowników Spółdzielni, będących jej członkami, podczas gdy pracownicy nie będący członkami, obowiązkowi ubezpieczenia podlegają. Wyłączenie takie byłoby sprzeczne z założeniem ustawy o ubezp. społ., że obowiązkiem ubezpieczenia winna być objęta warstwa pracownicza w znaczeniu ogólnie przyjętym, t. j. grupa osób zarobkujących nie samodzielnie w przeciwstawieniu do grupy osób, które pracują samodzielnie na własne ryzyko (rolnicy, kupcy, przemysłowcy, wolne zawody itp.), praca zaś zarobkowa członków Spółdzielni nie posiada znamion pracy zarobkowej samodzielnej.

Art. 14 ust. o ub. społ. i art. 11 rozp. Prez. R. P. o ub. prac. umysł. — T. zw. gwarancja kart żywnościowych nie wchodzi do podstawy wymiaru składek.

z orzeczenia w sprawie Nr Tr 801/48

O ile chodzi o zagadnienie, czy tzw. gwarancja kart żywnościowych, wyrażająca się w wypłacaniu pracownikom ekwiwalentu gotówkowego za niezrealizowane przez Fundusz Aprowizacyjny karty żywnościowe podpada pod przepisy art. 14 ustawy o ubezpieczeniu społecznym i art. 11 Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysło-

wych to zagadnienie to było już przedmiotem rozważań Trybunału Ubezpieczeń Społecznych i rozstrzygnięte zostało w sensie negatywnym.

Jak to bowiem Trybunał Ubezpieczeń Społecznych w sprawie Państwowego Monopolu Solnego — Kopalnia Soli w Wapnie przeciw Ubezpieczalni Społecznej w Obornikach w wyroku swym z dnia 11.4.1949 roku — Nr akt. Tr. 364/48 — wyjaśnił, odnośnie wypłaty dokonywane w zastępstwie Państwa nie były zarobkiem pracowników w rozumieniu przepisów ubiezpieczeniowych.

Art. 154 art. 1 ust. społ. i art. 286 Prawa o Sąd. ub. społ. — zasadność uzyskiwania opinii biegłych w zakresie warunków lokalnego rynku pracy.

z orzeczenia w sprawie Nr Tr 502/49

Przy rozpoznawaniu sprawy Okręgowy Sąd rozporządzał sprzecznym ze sobą materiałem dowodowym w postaci z jednej strony orzeczeń lekarzy zakładowych, którzy nie uznali inwalidztwa skarżącej w rozumieniu ust. 1 art. 154 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, z drugiej strony orzeczeń dwóch lekarzy prywatnych, którzy ocenili stopień niezdolności skarżącej do zarobkowania na 70%, a więc uznali inwalidztwo skarżącej. W tym stanie rzeczy Okręgowy Sąd poddał skarżącą badaniu lekarza biegłego sądowego, który nie uznał inwalidztwa skarżącej a na wezwanie Okręgowego Sądu w dodatkowej opinii podtrzymał swoją pierwotną opinię i wyraźnie stwierdził, że skarżąca nie jest inwalidą w rozumieniu ust. 1 art. 154 wspomnianej ustawy. Skoro biegły sądowy, powołany przez Okręgowy Sąd właśnie do wyświetlenia spornego przypadku, wymagającego wiadomości specjalnych, w swojej opini fachowej uznał, że brak jest u skarżącej inwalidztwa, to opinii tej Sąd Okręgowy nie mógł pominąć bez wysłuchania opinii innego biegłego, któryby ewentualnie wyraził inny pogląd na sporną kwestię inwalidztwa i bez wyjaśnienia w zaskarżonym wyroku, z jakich powodów nie uwzględnił opinii lekarza biegłego sądowego, którego sam powołał w celu wyświetlenia kwestii inwalidztwa skarżącej.

Wskutek tego uchybienia treść sentencji wyroku i jego uzasadnienie nie pozwalają na wyrobienie sobie poglądu, w jakim stopniu na ustalenie przez Okręgowy Sąd inwalidztwa skarżącej zaważyła opinia biegłego z miejscowego urzędu zatrudnienia, dotycząca warunków lokalnego rynku pracy.

Okoliczność ta jest istotna, ile że w myśl art. 154 ustawy decydującym czynnikiem jest stopień upośledzenia organizmu ubezpieczonego, stosunki zaś na lokalnym rynku pracy wchodzą przy ocenie gospodarczych **następstw** upośledzenia pod uwagę o tyle, o ile samo upośledzenie fizjologiczne, **jako istotna przyczyna** braku zarobku została stwierdzona, a stopień upośledzenia fizjologicznego uzasadnia uznanie go za główną i istotną przyczynę niezdolności zarobkowania określonego minimum.

W konkretnym przypadku skarżąca, z zawodu gospodyni (pomocnica domowa) nie mogłaby być uznana za niezdolną do zarobkowania, jeżeliby Sąd uznał ją za zdolną do wykonywania czynności i prac z grupy średnio - ciężkich, nawet w tym przypadku, gdyby z opinii biegłego z Urzędu Zatrudnienia wynikały mniejsze możliwości zatrudnienia skarżącej w jej zawodzie, aniżeli te, jakie określił biegły w swej opinii.

Osoba ubezpieczona, której zawodem jest praca w gospodarstwie domowym, ograniczona w swej zdolności zarobkowej w tym stopniu, że może wykonywać czynności z grupy prac średnio - ciężkich, nie jest niezdolna wskutek swego upośledzenia fizjologicznego do zarobienia 1/3 zarobku osób zdrowych w swoim zawodzie. Jeżeli faktycznie nie mogłaby uzyskać tego zarobku, to główną i istotną przyczyną nie byłyby okoliczności, określone w art. 154 ust. 1, ustawy, lecz okoliczności zewnętrzne istniejące poza osobą ubezpieczoną, w szczególności takie, które mają decydujące znaczenie przy świadczeniach ze strony urządzeń społecznych zapobiegających bezrobociu i jego skutkom.

Tego rodzaju okoliczności mogą mieć przy ocenie niezdolności do zarobkowania w rozumieniu art. 154 ust. 1 ustawy tylko znaczenie pomocnicze, drugorzędne.

Jeżeli np. robotnik z powodu swego upośledzenia stanie się niezdolnym do wykonywania czynności swego zawodu, połączonych ze znacznym wysiłkiem, lecz jest zdolny do innych czynności zarobkowych poza swoim zawodem, wymagających znacznie mniejszego wysiłku, to w razie wątpliwości, czy praca zarobkowa poza swoim zawodem, możliwa dla skarżącego ze względu na jego stan zdrowia i uzdolnienia, jest dla niego na dostępnym mu rynku pracy realna i czy realna jest możliwość osiągnięcia tą pracą właściwego dla niego minimum zarobku, — opinia biegłego w zakresie stosunków na rynku pracy jest celowa. W omawianym przykładzie nie możnaby uwzględnić teoretycznych zajęć, a więc wszelkich zajęć zarobkowych, na jakie pozwala ubezpieczonemu jego upośledzenie, bez względu na to, czy zajęcia takie w ogóle istnieją realnie na dostępnym rynku pracy lub czy ze względu na wiek i upośledzenie ubezpieczonego są dla niego realne. Idzie tu o podjęcie czynności zarobkowych, odmiennych od dotychczas wykonywanych. Taka zmiana rodzaju zarobkowania, która miałaby nastąpić wskutek znacznego upośledzenia organizmu osoby ubezpieczonej i zwykle w stosunkowo starszym wieku, musi być realnie możliwa.

W takich warunkach ocena biegłego w zakresie stosunków rynku pracy może mieć znaczenie pomocnicze dla oceny gospodarczych skutków stwierdzonego upośledzenia, a w szczególności zorientowania się, jakie zajęcie zarobkowe (poza dotychczasowym zawodem), leżące w granicach pozostałej sprawności ubezpieczonego, są realne na danym rynku pracy, jakie jest zapotrzebowanie i możliwości zarobkowe.

Stosunki na rynku pracy w zawodzie ubezpieczonego są zasadniczo dla oceny inwalidztwa obojętne, gdy ubezpieczony zdolny jest do zarobkowania w swoim zawodzie lub ograniczenie tej zdolności jest

stosunkowo nieznaczne i nie uzasadnia wątpliwości, co do zdolności zarobienia w swoim zawodzie 1/3 zarobków osób zdrowych. Doświadczenie nabyte w zawodzie jest czynnikiem, które ułatwia zarobkowe zużytkowanie posiadanej zdolności, nierzadko nawet uzyskanie normalnego zarobku mimo upośledzonej sprawności.

Art. 154 ust. 1 i 2 art. o ub. społ. — zarobkowanie osoby niezdolnej do wykonywania pracy zarobkowej.
z orzeczenia w sprawie Nr Tr.

Jak z akt sprawy wynika, badanie lekarskie przeprowadzone przez lekarza zaufania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w dniu 28.2.1947 r. wykazało u badanego ułomności o charakterze starczym, czyniąc go według opinii tegoż lekarza niezdolnym do wykonywania każdej zarobkowej pracy fizycznej, a lekarz orzekający Zakładu uznał, że z powodu ogólnych zmian zwyrodnienia starczego jest trwale niezdolny do zarobkowania.

W świetle powyższych ustaleń lekarskich należy, stwierdzić, że Okręgowy Sąd słusznie przyjął, że fakt wykonywanej przez skarżącego pracy nie powinien stanowić przeszkody do przyznania mu renty inwalidzkiej ,gdyż praca wykonywana w takich warunkach, z niebezpieczeństwem dla zdrowia, a nawet życia, wobec konieczności zdobycia środków na utrzymanie, nie może być dowodem przeciwnym, iżby skarżący zachował zdolność do pracy.

Art. 154 ust. 2 i 3 i art. 307 ust. 2 art. o ub. społ. — Zaliczanie czasu pracy z przed 1.I.1934.
z orzeczenia w sprawie Nr Tr 689/49

Według ustalenia Sądu skarżący zatrudniony był na kopalni „Generał Zawadzki" w Dąbrowie Górniczej w czasie od 1899 r. do 1910 r., od 1918 r. do 1927 r i od 1941 r. do 1947., a więc na terenie objętym obowiązkiem ubezpieczenia emerytalnego robotników dopiero od dnia 1.I.1934 r. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie zawiera przepisu, któryby dozwalał na zaliczenie na okres 750 tygodni z art. 154 ust. 3 okresów pracy w górnictwie i hutnictwie przed dniem wejścia w życie tej ustawy, art., bowiem 307 ust. 2 cyt. ustawy wyraźnie określa, że okresy pracy w górnictwie i hutnictwie przed wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym zalicza się wyłącznie na okres 600 tygodni składkowych z art. 154 ust. 2 cytowanej ustawy. Stosując zasadę wskazaną w art. 7 dekretu z dnia 8.1.1946 r. o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 22 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. R. P nr 4, poz. 28 z 13.2.1946 r. i nr 6, poz. 57 z 4.3.1946 r.), Zakład zalicza na okres 750 tygodni okresy pracy w górnictwie i hutnictwie przebyte z normalną składką w ubezpieczeniu emerytalnym na podstawie ordynacji ubezpieczeniowej na terenach b. zaboru pruskiego, b. Wolnego Miasta Gdańska i Ziem Odzyskanych, gdzie miała ona zastosowanie. Jednakże zaliczenie to uzasadnione na terenach, które podlegały w dziedzinie ubezpieczenia społecznego powołanej ordynacji, faktem obowiązkowego ubezpieczenia, nie stanowi żadnej podstawy do zaliczania również okresów pracy górniczej i hutniczej na terenie Zagłębia Dąbrowskiego, na którym przed 1.1.1934 r. w ogóle obowiązek ubezpiecznia amerytalnego robotników nie istniał.

Art. 154 ust. 4 art. o ub. społ. — dzień powstania inwalidztwa.
z orzeczenia w sprawie Nr Tr 328/49

Trybunał rozważył co następuje:

Art. 154 ustawy o ubezpieczeniu społecznym w ustępie 4 nakazuje, ażeby we wszystkich tych wypadkach, gdy dzień powstania inwalidztwa nie da się ustalić — przyjmować datę zgłoszenia jako dzień powstania inwalidztwa. W sprawie niniejszej Okręgowy Sąd usiłował ustalić datę powstania inwalidztwa przez biegłego sądowego, który jednak orzekł, że wobec przewlekłego charakteru schorzeń badanej data ta nie da się ustalić, lecz „że można przyjąć z pewnym prawdopodobieństwem, iż inwalidztwo powstało przed około 3 laty". Sąd na tej podstawie przyjął datę 1.1.1947 r. jako datę, w której inwalidztwo — zdaniem biegłego już istniało.

Stanowiska tego jednak, wobec kategorycznego brzmienia powołanego wyżej przepisu ustawy, nie można uznać za zgodne z zacytowanym przepisem ustawy.

Art. 154 ust. 4 ust. o ub. społ. — Dzień powstania inwalidztwa.
z orzeczenia w sprawie Nr Tr 1579/48

Według przepisu art. 154 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jeśli dzień powstania inwalidztwa nie da się określić, za dzień ten przyjmuje się datę zgłoszenia roszczenia o rentę.

W spornej sprawie biegły sądowy w opinii swej, stanowiącej podstawę zaskarżonego wyroku, daty powstania inwalidztwa skarżącego nie określił. W tym stanie rzeczy, biorąc również pod uwagę rodzaj schorzeń skarżącego (niewydolność układów krążenia), które to schorzenie czyni niemożliwym, a co najmniej, nasilając się stopniowo, w wysokim stopniu utrudnia obiektywnie ustalenie daty powstania schorzenia. Sąd powinien był zastosować powołany przepis ust. 4 art. 154 i jako datę powstania inwalidztwa przyjąć dzień 6.6.1947 r., t. j. dzień, w którym, według stanu akt wystąpił skarżący z rozszczeniem o przyznanie renty.

Art. 155 ust. o ub. społ. i art. 238 Prawa o S. ub. sp. — Tygodnie składkowe nie objęte kartami przebiegu ubezpieczenia. Domniemania faktyczne.
z orzeczenia w sprawie Nr Tr 264/49

W myśl art. 238 prawa o sądach ubezpieczeń społecznych, ustalenia faktyczne mogą być oparte także na okolicznościach bezspornych lub udowodnionych, gdy okoliczności te, wzięte pojedyńczo lub łącznie, usprawiedliwiają wniosek o prawdziwości pewnego, istotnego dla sprawy faktu (domniemania faktyczne).

Zaskarżony wyrok oparty został na domniemaniu, że zmarły mąż skarżącej pozostawał w zatrudnieniu,

uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia, również w okresach nie wykazanych w znajdujących się w aktach kartach przebiegu ubezpieczenia. Domniemanie to Okręgowy Sąd oparł na tym, że 1) mąż skarżącej, utrzymując się z własnej pracy zarobkowej, pracował i był ubezpieczony także w okresach nie uwidocznionych w kartach przebiegu ubezpieczenia, oraz że 2) bezpornym jest, że w czasie powstania część akt Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie została zniszczona. Te dwie okoliczności, przyjęte przez Okręgowy Sąd za udowodnione, względnie bezsporne, w rzeczywistości nimi nie są. Okoliczność bowiem, że zmarły utrzymywał siebie i rodzinę także w okresach nie objętych kartami przebiegu ubezpieczenia, wcale nie dowodzi, by pozostawał on w tych okresach w zatrudnieniu uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia, gdyż na utrzymanie swoje i rodziny zarabiać mógł różnymi czynnościami, jak np. samodzielnym handlem lub wykonywaniem umów o dzieło, nie stanowiącymi pracy najemnej i wobec tego nie uzasadniającymi obowiązku ubezpieczenia. Ani postępowanie przed instytucją ubezpieczenia społecznego, ani też postępowanie przed Okręgowym Sądem nie dostarczyło żadnego materiału dowodowego, stwierdzającego, że zmarły mąż skarżącej w okresach nie objętych kartami przebiegu ubezpieczenia, zarabiał na utrzymanie pracą najemną. Przeciwnie, z oświadczenia skarżącej podczas rozprawy w dniu 19.II.1948 r. wynika, że nie ma ona żadnych dowodów pracy najemnej męża poza okresami, podanymi w kartach przebiegu ubezpieczenia. Domniemanie, że karty te nie odzwierciadlają rzeczywistych okresów pracy najemnej zmarłego, oparte zostało przez Okręgowy Sąd nie na okolicznościach bezspornych lub udowodnionych, lecz jedynie na domniemaniu, że utrzymując siebie i rodzinę w okresach nieobjętych kartami przebiegu ubezpieczenia, na utrzymanie to zarabiał drogą pracy najemnej. Oparcie się na takim domniemaniu zamiast na udowodnionych lub bezspornych faktach jest oczywiście niedopuszczalne w świetle przepisów art. 238 prawa o sądach ubezpieczeń społecznych. To samo dotyczy domniemania Okręgowego Sądu, że karty przebiegu ubezpieczenia nie odtwarzają rzeczywistego przebiegu jego pracy najemnej i ubezpieczenia. Wprawdzie jest rzeczą notoryczną, że część akt Ubezpieczalni Społecznej została podczas powstania warszawskiego zniszczona, lecz brak wszelkich podstaw do przyjęcia, aby zaginęła właśnie część akt przebiegu ubezpieczenia zmarłego, skoro nie ma żadnych dowodów na to, by pozostawał on w zatrudnieniu uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia, poza okresami uwidocznionymi w kartach, które znajdują się w aktach sprawy i obejmują okres od 1934 r. do 1941 r.

Art. 207 art. o ub. społ. — Konieczność dokładnego określenia istotnej zmiany.

z orzeczenia w sprawie Nr Tr. 1162/48

Lekarz rzeczoznawca Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w badaniu skarżącego przeprowadzonym dnia 1 marca 1947 r. nie określił, czy zapisana przezeń w rubryce 3 formularza badania poprawa jest poprawą istotną i na czym polega, aby zgodnie z art. 207 ustawy o ubezpieczeniu społecznym usprawiedliwiała obniżenie skarżącemu renty z 60% na 30%. W rubryce 3 formularza badania postawiono pytanie, czy i jakie zmiany zaszły w uszkodzeniach doznanych przez badanego od czasu ostatniego badania lekarskiego. Zamiast wyszczególnienia tych zmian w odpowiedzi na to pytanie lekarz rzeczoznawca napisał wyraz „poprawa", który, oczywiście, nie daje podstawy do należytej odpowiedzi na pytanie rubryki 4 formularza badania, czy zmiany podane w rubryce 3 spowodowały istotne w rozumieniu ustawy zwiększenie zdolności zarobkowej badanego.

Ar. 286 Prawa w S. U. S. — Biegli w sprawach schorzeń sercowych

z orzeczenia w sprawie Nr 1515/48

Zapatrywanie skargi rewizyjnej, jakoby o schorzeniach sercowych opiniować mógł tylko lekarz specjalista chorób sercowych nie jest uzasadnione. Pominąwszy, że specjalistów kardiologów jest bardzo mało, stwierdzić należy, że choroby serca należą do zakresu chorób wewnętrznych i wszyscy lekarze interniści muszą znać dobrze te schorzenia.

Art. 4 dekretu z 28.10.1947 (Dz. U. R. P. nr 66, poz. 413). — Uprawnienia osób winnych odstępstwa od narodowości polskiej.

z orzeczenia w sprawie Nr Tr. 693/48

W rozpoznawanej sprawie Zakład powołuje się na okoliczność, iż skarżący był wpisany na niemiecką listę narodowościową, a wobec tego, skoro służyły mu środki prawne od decyzji niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej, decyzji tej instytucji nie można uważać za pozbawioną mocy prawnej.

W związku z tym rozważyć wypadnie, jakie konsekwencje pociąga za sobą w świetle obowiązujących przepisów polskich prawnych wpisanie na listę narodowościową niemiecką, a w szczególności w świetle przepisów o ubezpieczeniu społecznym.

Otóż w tej mierze zaznaczyć należy, iż polskie przepisy ubezpieczeniowe w odniesieniu do osób, które popełniły odstępstwo od narodowości polskiej, zawierają w art. 4 dekretu z dnia 28 października 1947 roku o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U.R.P. Nr 66. poz. 413) postanowienie iż świadczenia rentowe ubezpieczeń społecznych wypłaca się osobom objętym dekretem z dnia 28.6.1946 r. o odpowiedzialności karnej za odstępstwo od narodowości w czasie wojny (Dz. U. R. P. nr 41, poz. 237), a nie pozbawionym obywatelstwa polskiego w myśl przepisów dekretu z dnia 13.9.1946 r. o wyłączeniu ze społeczeństwa polskiego osób narodowości niemieckiej (Dz. U. R. P nr 55, poz. 310) — nie wcześniej niż od dnia 1.10.1946 r. Poza powyższym przepisem, polskie ustawodawstwo ubezpieczeniowe nie zawiera norm, któreby wprowadza-

ty dyskryminację osób podpadających pod cytowany dekret z dnia 28.6.1946 r. o odstępstwie od narodowości.

W tym stanie rzeczy Trybunał określając decyzje wydane podczas okupacji przez niemieckie instytucje ubezpieczeniowe, jako pozbawione mocy prawnej, nie widzi żadnej podstawy do czynienia w tym względzie dyskryminacji w stosunku do osób, które wpisane zostały na niemiecką listę narodowościową, choćby im nawet służyły podczas okupacji środki prawne, oczywiście o ile osoby te nie zostały pozbawione obywatelstwa polskiego.

Jeśli zaś odstępca od narodowości został stosownie do przepisów art. 1 powołanego dekretu z dnia 28.6.1946 r. skazany na karę utraty wolności, natenczas podpada pod sankcję przewidziane w art. 137 ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Art. 5 Przep. Ogólnych Prawa Cyw. (Dz. U. R. P. nr 67/46, poz. 369) — Niemieckie stosowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

z orzeczenia w sprawie Nr Tr. 1446/48

Przepisy ogólne prawa cywilnego nie dotyczą dziedziny ubezpieczeń społecznych, która jest unormowana przepisami prawa o ubezpieczeniu społecznym (ustawą z dnia 28 marca 1933 r. i rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 roku). Prawo o ubezpieczeniu społecznym nie jest działem prawa cywilnego, do którego mogłyby być stosowane przepisy ogólne prawa cywilnego. W zakresie prawa o ubezpieczeniu społecznym art. 5 przepisów ogólnych prawa cywilnego nie może być stosowany ponieważ dotyczy praw prywatnych, a prawo o ubezpieczeniu społecznym nie jest prawem prywatnym i realizuje właśnie cel społeczny.

Współzawodnictwo

OD REDAKCJI

Socjalistyczne współzawodnictwo pracy zatoczyło już szerokie kręgi wśród pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych.

Pracownicy jednego z najważniejszych urządzeń usługowych, jakim są ubezpieczenia społeczne, wszedłszy w pełni na drogę socjalistycznego współzawodnictwa pracy w jednym, zwartym szeregu z całą masą pracujących, dążą z nią razem wszystkimi siłami do budowy socjalizmu.

Zagadnienia, powstające w toku współzawodnictwa, poczynione doświadczenia i wyniki poszczególnych etapów wszelkiego rodzaju form współzawodnictwa wymagają przedyskutowania w szerokich kręgach pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych; powinny one docierać do wszystkich zainteresowanych osób. Jedną z najważniejszych form jest ich omawianie na łamach prasy fachowej. Toteż z dniem dzisiejszym otwieramy w naszym miesięczniku stały dział pt. „Współzawodnictwo".

Stronę redakcyjną tej rubryki prowadzić będzie Branżowy Komitet Współzawodnictwa Ubezpieczeniowców Społecznych.

Pragniemy, aby w tej rubryce znalazły odbicie przejawy naszego współzawodnictwa w terenie i dlatego zwracamy się do wszystkich Kolegów z gorącym apelem o nadsyłanie przedmiotowych artykułów, notatek z narad roboczych i zebrań ogólnych, zestawień wyników współzawodnictwa w poszczególnych etapach, pomysłów co do nowych form współzawodnictwa, opisów zastosowanych pomysłów racjonalizatorskich i nowatorskich itp. W tym dziale zamieszczać będziemy również odpowiedzi na pytania dotyczące zagadnień z dziedziny współzawodnictwa, jeżeli będą one interesujące dla szerszego ogółu pracowników.

Żywimy nadzieję, że ogół Kolegów powita z radością tę inowację i chętnie pomoże nam w redagowaniu działu. Niech nikt nie krępuje się formą nadsyłanych materiałów; nam chodzi o treść, braki redakcyjne uzupełnimy. Dla nas cenne będą nawet drobne uwagi, jeżeli dotyczyć będą spraw o szerszym zasięgu.

Materiały należy kierować pod adresem: Branżowy Komitet Współzawodnictwa Pracy Ubezpieczeniowców Społecznych (ZUS), Warszawa 1, skrytka pocztowa nr 42.

POMYSŁY RACJONALIZATORSKIE I NOWATORSKIE PRACOWNIKÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Zorganizowany ruch racjonalizatorski i nowatorski rozpoczął się wśród pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych w kwietniu 1947 r. W tym to czasie Zakład Ubezpieczeń Społecznych powołał do życia Komisję Oceny Projektów, w której skład wchodzili przedstawiciele organu samorządu ubezpieczeniowego, partii, związku zawodowego i administracji ubezpieczeniowej.

Ogólną działalność w tym zakresie ilustruje następująca tabela:

Okres	Liczba pomysłów			Liczba pomysłodawców, których projekty oceniono dodatnio	Kwota przyznanych nagród w zł
	zgłoszonych	ocenionych			
		ujemnie	dodatnio		
1947 r. (od IV—XII)	36	24	12	25	461 000
1948 r.	31	8	23	33	441.000
1949 r. (od I—XI)	39	15	24	33	251.000
Razem	106	47	59	91	1.153.000

Niektóre projekty były opracowane kolektywnie przez 2 i więcej osób; stąd liczba nagrodzonych pomysłodawców jest większa od liczby pomysłów, ocenionych dodatnio. Nagrody otrzymało 91 osób w granicach od 1.000—30.000 zł; przeciętna na jedną nagrodzoną osobę wynosi 12 570 zł.

Nazwiska pomysłodawców, nagrodzonych w czasie do końca maja 1948 r., podaliśmy w 5 zeszycie „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" z 1948 r. (str. 150 i 151), dzisiaj podajemy dalszy wykaz osób, nagrodzonych w 1948 r.:

1. **Biernat Stanisław,**
2. **Durski Adam,**
3. **Garlicki Roman,**
4. **Gleixner Tadeusz,**
5. **Stawowczyk Stefan,**
6. **Waręski Marian,**

wszyscy z Warszawy, nagrody po 20.000 zł za projekt zniesienia tzw. kart przebiegu ubezpieczenia;

7. **Seniów Kazimierz** z Warszawy, nagroda 5.000 zł za pomysł uproszczenia ewidencji osób wymeldowanych z ubezpieczenia;

8. **Bielobradek St.** z Łodzi, nagroda 10.000 zł za pomysł usprawnienia repartycji składek ubezpieczeniowych, wymierzanych nakazami płatniczymi;

9. **Utrysko Aleksander** z Warszawy, nagroda 10.000 zł. za projekt usprawnienia rachunkowego ujęcia wpływów ze składek ubezpieczeniowych;

10. **Siwikowa M.** z Warszawy, nagroda 3.000 zł za pomysł lepszego układu formularza asygnaty kasowej i noty memoriałowej;

11. **Frankiewicz Henryk** z Krakowa, nagroda 15.000 zł za pomysł usprawnienia sprawozdawczości okresowej;

12. **Stawowczyk Stefan,**
13. **Durski Adam,**

obaj z Warszawy, nagrody po 5.000 zł za pomysł lepszego formularza nakazu płatniczego;

14. **Stawowczyk Stefan,**
15. **Gleixner Tadeusz,**

obaj z Warszawy, nagrody po 15.000 zł za pomysł zniesienia numerowania legitymacji ubezpieczeniowych i projekt uproszczenia ewidencji wydanych legitymacji.

W 1949 r. przyznano następujące nagrody:

1. **Zając Michał** z Katowic — 15.000 zł za projekt b. łatwego obliczania zasiłków rodzinnych na grona wieloosobowe;

2. **Gleixner Tadeusz,**
3. **Waręski Marian,**

obaj z Warszawy — po 2.500 zł za pomysł zmniejszenia do połowy formularza wymeldowania z ubezpieczenia;

4. **Durski Adam,**
5. **Gleixner Tadeusz,**
6. **Stawowczyk Stefan,**
7. **Staszkiewicz Henryk,**

wszyscy z Warszawy — po 15.000 zł za projekt usprawnienia, uproszczenia i potanienia wymiaru składek za ubezpieczenie wypadkowe drobnych producentów rolnych;

8. **Ciećwierz Jan** z Warszawy — 10.000 zł za projekt norm wydajności personelu kontrolerskiego ubezpieczalni społecznych;

9. **Miara-Mierzyński St.** z Warszawy — 5.000 zł za pomysł uproszczenia w zakresie wymiaru składek ubezpieczeniowych;

10. **Niwiński Aleksander** z Łodzi — 5.000 zł za pomysł skumulowania skorowidzów w komórkach świadczeń rentowych;

11. **Makowiecki Eugeniusz,**
12. **Soszyński Walenty,**

obaj z Warszawy — po 10.000 zł za projekt regulaminu współzawodnictwa zadaniowego pomiędzy ubezpieczalniami społecznymi;

13. **„Rencista"** (nazwisko nieujawnione) — 5.000 zł za pomysł uproszczenia i potanienia manipulacji przy wypłacie rent periodycznych;

14. **„Kursista"** (nazwisko nieujawnione) — 1.000 zł za pomysł estetycznego umieszczania w gmachu biurowym ogłoszeń i afiszów;

15. **Hanke E.,** lekarz z Chorzowa — 5.000 zł za pomysł usprawnienia i uproszczenia manipulacji przy stawianiu wniosku lekarskiego o protezę dentystyczną;

16. **Frankiewicz Henryk** z Warszawy — 10.000 zł za pomysł usprawnienia działalności obwodów leczniczych;

17. **Zespół lekarzy z Katowic** — 5.000 zł za pomysł sprawniejszego i tańszego zestawiania statystyki zachorowań;

18. **„Taniej"** (nazwisko nieujawnione) — 3.000 zł za projekt zmniejszenia do połowy druku „Karta statystyczna chorego", który to druk jest masowo używany;

19. **Gleixner Tadeusz** z Warszawy — 5.000 zł za pomysł unifikacji wydawanych okólników ZUS;

20. **Bielobradek St.** z Łodzi,
21. **Durski Adam** z Warszawy,

— po 5.000 zł za pomysł zniesienia miesięcznych nakazów płatniczych i wprowadzenia rocznych kart obliczeniowych za składki od drobnych zakładów pracy;

22. **Bralter Stanisław,**
23. **Brzozowska Zofia,**
24. **Langowa Aniela,**
25. **Kurowski Kazimierz,**

wszyscy z Warszawy — łącznie 20.000 zł za projekt kart ewidencyjnych dla poszczególnych rodzajów rent zagranicznych;

26. **Gelner Kazimierz** z Warszawy — 3.000 zł za pomysł stołu rozdzielczego, ułatwiającego obieg akt w gmachu biurowym;

27. **Karabarz Antoni** z Poznania — 3.000 zł za pomysł zastosowania sprawniejszego sposobu wysyłki korespondencji;

28. **Krakowski Wacław** z Tczewa — 3.000 zł za pomysł zastosowania sprawniejszego sposobu kierowania rencistów do badania przez lekarzy rzeczoznawców;

29. **Durek Bronisław** z Rybnika — 10.000 zł za szczegółowe wykazanie niedomagań w funkcjonowa-

niu ubezpieczeń społecznych i wskazanie sposobu usunięcia niektórych niedociągnięć;

30. **Zdanowicz Mieczysław** z Warszawy — 30.000 zł za projekt kompletu tabel, ułatwiających obliczanie liczby tygodni ubezpieczeniowych;

31. **Krzymowski Janusz** z Warszawy — 5.000 zł za projekt tabel, ułatwiających wymiar rent górniczych tzw. konwencyjnych;

32. **Szeremeta Emil** z Warszawy — 3.000 zł za projekt sprawniejszego formularza na oświadczenie ubezpieczonego dla otrzymywania zasiłków rodzinnych;

33. **Frankiewicz Antoni** z Warszawy — 10.000 zł za projekt uproszczeń przy zestawianiu i odprowadzaniu podatku od wynagrodzeń i składki na SFO.

Zaznaczamy, że powyższy wykaz nie obejmuje wielokrotnie większej liczby poważnych pomysłów nowatorskich i racjonalizatorskich kierowników, organizatorów i pracowników normatywnych, zrealizowanych przez nich w toku ich normalnej działalności na terenie instytucji ubezpieczeń społecznych.

Oszczędności, uzyskane w wyniku zrealizowania przyjętych 59 pomysłów, wyrażają się w kwocie 1.161.807.000 zł rocznie. Jest to olbrzymia suma. Nie obejmuje ona — oczywiście — dalszych korzyści, wypływających z niektórych pomysłów, jak polepszenie jakości i narzędzi pracy, lepszą kontrolę, zapobieganie ewent. nadużyciom. itp. Widzimy z tego, jakie kolosalne znaczenie społeczne ma ruch racjonalizatorski i nowatorski.

Żałujemy bardzo, że ruch ten nie przybrał już w minionym okresie charakteru masowego, że ograniczył się tylko do niektórych pracowników. Jest to w dużej mierze nasza wina, że nie potrafiliśmy przeprowadzić należytej popularyzacji i propagandy tego ruchu szeregiem dostępnych nam łożysk.

Zagadnienie racjonalizatorstwa i nowatorstwa weszło — w świetle nowego regulaminu socjalistycznego współzawodnictwa ubezpieczeniowców społecznych — w orbitę całości ruchu współzawodnictwa. W nowych warunkach, przy coraz bardziej wzrastającej świadomości naszych szeregów pracowniczych, musimy nadrobić zapóźnienie.

Prowadźmy nadal zapoczątkowaną walkę z rutyniarstwem biurokratycznym i śmiało ze wzmożonymi siłami kroczmy po drodze nowatorswa. Jeszcze wiele, bardzo wiele mamy do zrobienia.

Dotychczasowa Komisja Oceny Projektów kończy swoją działalność. Odtąd pomysły racjonalizatorskie i nowatorskie może każdy pracownik zgłaszać ustnie bądź pisemnie na naradach roboczych, bądź też w miejscowym komitecie współzawodnictwa, istniejącym w każdym zakładzie pracy; może je również przesyłać na piśmie do Branżowego Komitetu Współzawodnictwa Ubezpieczeniowców Społecznych w Warszawie, ul. Czerniakowska 231 (ZUS).

Zakładajcie Kluby Racjonalizatorów i Nowatorów i wspólnymi siłami, łącznie z administracją, ustalajcie plan potrzeb w zakresie racjonalizatorstwa i nowatorstwa i rozwiązujcie zagadnienia, najlepiej, w hierarchii potrzeb. Każdy może być racjonalizatorem i nowatorem. W technicznym rozwiązywaniu pomysłów pomagajmy sobie wzajemnie.

Podkreślamy, że ocenę pomysłów — w nowym układzie — przeprowadza na miejscu Zakładowy Komitet Współzawodnictwa i on stawia wnioski o wyróżnianie i nagradzanie racjonalizatorów i nowatorów. Ocena projektu musi obecnie odbywać się bardzo szybko; ustalono na to 14-dniowy termin.

Poważniejsze pomysły będziemy omawiać na łamach „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych". W najbliższym czasie omówimy również i te ważniejsze pomysły, które w ubiegłym czasie zostały nagrodzone przez Komisję Oceny Projektów przy ZUS. Podamy też skutki zastosowania tych pomysłów w praktyce i osiągnięte oszczędności.

K. W.

MAŁY ZABIEG RACJONALIZATORSKI DAŁ MILIONOWE OSZCZĘDNOŚCI

Pamiętamy wszyscy pierwszą asygnatę na mleko, wydaną na okres od 1 stycznia do 15 lutego 1949 r. Nie była ona dobra. Przygotowana jeszcze przed ustaleniem sposobu wydawania mleka i regulowania należności za mleko nie mogła — oczywiście — odpowiadać wymogom, jakie ustalono dopiero po jej wydrukowaniu.

Następne formularze asygnat dostosowano już do aktualnych potrzeb, zmniejszając format do wymiarów 105 x 70 mm (A7). Wydawane w ilości około 2 milionów sztuk miesięcznie, były one w użyciu przez 8 miesięcy i nikt nie zgłosił w stosunku do nich żadnych uwag. Słusznie więc można było przypuszczać, że są one zupełnie dobre.

Wnikliwa jednak obserwacja ob. Weymana Karola, ówczesnego komisarza organizacyjnego ubezpieczenia rodzinnego, doprowadziła go do wniosku, że asygnaty można w pewnym stopniu zracjonalizować.

Asygnata zawierała 14 kuponów półlitrowych i 3 kupony zapasowe oraz odcinek rejestracyjny, a ponadto wymagała uzupełnienia przez wpisanie na asygnacie i na kuponie rejestracyjnym nazwiska, imienia, wieku i adresu osoby uprawnionej. Obserwacja wykazała, że uprawnieni — z małymi tylko wyjątkami — pobierają mleko w pełnych litrach, gdyż zazwyczaj jedna rodzina dysponuje kilkoma asygnatami i nie zachodzi potrzeba pobierania mleka w mniejszej ilości, niż jeden litr; funkcję kuponu rejestracyjnego może zatem w pełni zastąpić pierwszy kupon asygnaty przy jego realizacji. Ponieważ zaś wypełnianie asygnaty personaliami osoby uprawnionej nie spełniało zadań kontrolnych, wobec tego zmniejszono liczbę kuponów do siedmiu, zniesiono kupon rejestracyjny i zrezygnowano z wpisu danych personalnych osoby uprawnionej. Pozwoliło to na zmniejszenie rozmiaru asygnaty o połowę (70 x 52 mm — A8).

Wydawać się może, że ten „mały" zabieg racjonalizatorski nie ma poważniejszego znaczenia, bliższa jednak analiza wykazuje, że dał on bardzo poważne oszczędności bezpośrednie dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz oszczędności (pośrednie) dla aparatu spółdzielni mleczarskich, ubezpieczonych i zakładów pracy. **Oszczędności te wynoszą bowiem 146 milionów** złotych rocznie.

Zaoszczędzono miesięcznie:

1) na kosztach papieru i druku oraz kosztach transportu asygnat (bezpośrednia oszczędność ZUS) zł 240.000
2) na kosztach kontroli kuponów (bezpośrednia oszczędność ubezpieczalni społecznych) „ 110.000
3) na kosztach druku arkuszy zbiorczych kuponów i kontroli kuponów (oszczędność wojew. oddziałów Centrali Spółdzielni Mlecz.-Jajcz.) „ 160.000
4) na kosztach zestawiania rachunków przez spółdzielnie mleczarskie okręgowe „ 240.000
5) na kosztach zakładów pracy, związanych z wypełnianiem asygnat i kuponów rejestracyjnych (1.720.000 asygnał, po 1 minucie na wypełnienie jednej asygnaty = 143 pracownikomiesięcy; jeden pracownikomiesiąc = 20.000 zł — zarobek, koszt urlopu, ubezpieczenie, akcja socjalna, koszty rzeczowe itp.) „ 2.860.000
6) na kosztach sklepów spółdzielczych, związanych z umniejszeniem liczby kuponów o połowę i zniesieniem kuponu rejestracyjnego (wycinanie kuponów, segregowanie, naklejanie na arkusze zbiorcze i liczenie), licząc po 5 minut na 1 asygnatę $\frac{(1720000 \times 5)}{60 \times 200}$ = 716 pracownikomiesięcy po 12.000 złotych „ 8.592.000

Są to oszczędności tak sklepów spółdzielczych, jak i ZUS, gdyż pozwoliły one na obniżenie marży detalicznej sklepów

Razem miesięcznie zł 12.202.000

czyli rocznie 146.424.000 zł.

Z dokonanej zmiany racjonalizatorskiej wypływają jeszcze dalsze ułatwienia, jak skrócenie czasu ekspedycji w sklepie, łatwiejsze przechowywanie i manipulowanie asygnatami przez wszystkie operujące nimi osoby itd.

Z tego widzimy, jak niezmiernie ważną jest wnikliwa obserwacja urządzeń czy czynności powtarzających się masowo i jak groszowe oszczędności na sztuce dają milionowe oszczędności, gdy się zliczy masowo powtarzające się czynności, czy też masowo używane materiały. Szukajmy tedy oszczędności przede wszystkim w robocie masowej! **hf.**

„KSIĄŻECZKA OSZCZĘDNOŚCIOWA"
pomysłu tow. Walaszczyka

Wiemy, jak kolosalne znaczenie dla naszej gospodarki ma system oszczędnościowy. Każda oszczędność na czasie, oszczędność w użyciu maszyn i narzędzi w zużyciu materiałów i środków finansowych — to potęgowanie naszych sił wytwórczych, to wzrost dobrobytu mas pracujących. Toteż świat pracy włączył zagadnienie oszczędności do czołowych zadań socjalistycznego współzawodnictwa.

Głośnym echem w masach pracujących odbił się pomysł tow. Walaszczyka.

Pomysł tow. Walaszczyka polega na umasowieniu systemu oszczędnościowego na drodze współzawodnictwa o wysoki indywidualny wkład każdego człowieka pracy w budowę dobrobytu społecznego i rejestrowaniu wysokości tego wkładu w formie „książeczki oszczędnościowej". I ta forma współzawodnictwa — jak wszystkie inne — ma charakter dobrowolny.

Technika jest bardzo prosta. Książeczkę oszczędnościową wydaje każdemu współzawodnikowi zarząd miejscowego koła związku zawodowego względnie miejscowy komitet współzawodnictwa pracy. W warunkach naszych wskazane jest, aby książeczki oszczędnościowe — dla jednolitości akcji współzawodnictwa — wydawały zakładowe komitety współzawodnictwa.

Do książeczki oszczędnościowej, przedkładanej bieżąco przez współzawodnika, wpisuje przewodniczący bądź z jego upoważnienia członek właściwej trójki współzawodnictwa (mąż zaufania grupy związkowej) każdą oszczędność na czasie w liczbie zaoszczędzonych godzin pracy, które mogą być odrazu przeliczone na równowartość w złotych oraz każdą oszczędność w użyciu maszyn i narzędzi, bądź zużyciu materiałów i środków finansowych, bądź też przez zastosowanie pomysłów racjonalizatorskich i nowatorskich — określoną w złotych. Ułamki godzin i złotówek zaokrągla się do pełnych jednostek, opuszczając ułamki od 0,5 w dół i podnosząc do całości ułamki powyżej 0,5. Wpis następuje w bezpośrednim porozumieniu z technicznym, wzgl. administracyjnym kierownikiem komórki ustrojowej, w której współzawodnik pracuje; kierownik potwierdza wpis swoim podpisem i pieczątką. Wpisy potwierdza zbiorowo również komitet współzawodnictwa w terminach przez siebie oznaczonych, czyniąc ewent. odpowiednie uwagi co do trafności oceny wpisanej wysokości wkładu oszczędnościowego.

Wpis oszczędności w złotych nie wymaga bliższego omówienia. Stosunkowo łatwo można ustalić zaoszczędzoną kwotę na zużyciu środków finansowych czy materiałów, a znając koszt narzędzia czy maszyny, normę ich zużycia i czas przedłużenia ich użyteczności, łatwo można obliczyć uzyskaną w tej formie oszczędność. Podobnie przedstawia się obliczenie oszczędności na czasie pracy; jest nią czas, o który skrócono czas wykonania pracy w porównaniu z ustaloną normą techniczną czasu (zaplanowanym czasem). Przeliczając zaoszczędzony czas pracy na złotówki, należy przemnożyć liczbę zaoszczędzonych godzin pracy prez stawkę zarobkową powiększoną o odpowiedni odsetek pośrednich kosztów osobowych, jak: koszty urlopu, ubezpieczenia, akcji socjalnej itp. Oczywiście, odsetek ten należy obliczyć możliwie jednakowo dla wszystkich pracowników danej kategorii względnie — dla ułatwienia — sporządzić tabelę stawek godzinowych wraz z wszelkimi dodatkami dla każdej grupy zarobkowej.

Wpis oszczędności na czasie wnosi się do książeczki w chwili ukończenia określonego odcinka zaplanowanej pracy. Mogą to być odcinki, np. miesięczne, dekadowe, tygodniowe lub dzienne. Drobniejsze oszczędności na czasie bądź w pieniądzach można notować zbiorowo.

Rozróżniamy dwa rodzaje oszczędności: 1) bezpośrednią, tj. obniżającą bezpośrednio koszty własne danego zakładu pracy, 2) pośrednią, tj. powodujące obniżenie kosztów innych zakładów pracy, instytucyj lub osób prywatnych. W celu odróżnienia obu tych rodzajów oszczędności, należy każdy z nich wpisać do książeczki w oddzielnym wierszu. Oszczędności pośrednie oblicza się w pieniądzach, określając je w kol. „uwagi".

Książeczka oszczędnościowa stanowi własność pracownika i służy mu w każdym zakładzie pracy. Odejście z pracy notuje zakład pracy w książeczce oszczędnościowej i przy tej sposobności sumuje kwoty oszczędności na czasie i w pieniądzach (kol. 5 i 6 książeczki) i wpisuje je cyframi i słowami.

Książeczka, przystosowana do użytku w naszej branży (format A6), składać się będzie z miękkiej okładki i 6 kartek wkładkowych i będzie zawierać miejsce na 70 wpisów. Po zapisaniu całej książeczki wydaje się nową.

Druki na książeczki można zamawiać w Branżowym Komiteoie Współzawodnictwa Pracy Ubezpieczeniowców Społecznych (ZUS), Warszawa 1, skrytka pocztowa 42.

STATYSTYKA Z ZAKRESU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Ubezpieczeni wg rodzajów ubezpieczenia 1949

Wyszczególnienie	Ubezpieczeni ogółem		w tym podlegający ubezpieczeniu							
			na wypadek choroby a)		emerytalnemu		od wypadków b)		rodzinnemu	
	tys.	wsk.	tys.	%	tys.	%	tys.	%	tys.	%
Przec. w I półroczu	3.846,3	103	3.782,6	98	3.466,0	90	3.663.7	95	3.537.0	92
Przec. w I kwartale	3.741,0	101	3.678.1	98	3.374,4	90	3.559.7	95	3.436 8	92
Przec. w II kwartale	3.952,0	106	3.887,2	98	3.558,0	90	3.767.6	95	3.637.3	92
Stan na:										
1. stycznia	3.716,3	100	3.653,6	98	3.355,8	90	3.538.0	95	3.422.2	92
1. lutego	3.715,1c)	100	3.652,4	98	3.352,3c)	90	3.533.0c)	95	3.412.7	92
1. marca	3.791,7c)	102	3.728,1	98	3.414,2c)	90	3.608.1c)	95	3.475.4	92
1. kwietnia	3.855,1	104	3.790,7	98	3.467,1	90	3.671.8	95	3.558.9	92
1. maja	3.946,8c)	106	3.882,3	98	3.553.4c)	90	3.763.0c)	95	3.633.0	92
1. czerwca	4.053,1c)	109	3.988,6	98	3.653,4c)	90	3.868.6c)	95	3.720.1	92
1. lipca	4.127,0	111	4.062,5	98	3.723,0	90	3.942.0	96	3.782.6	92
w tym zatrudnieni w rolnictwie										
Przec. w I półroczu	311.9	109	310.5	100	242.0	78	298.1	96	82.2	26
Przec. w I kwartale	294.7	103	293.3	100	226.9	77	280.6	95	73.2	25
Przec. w II kwartale	329.1	115	327.8	100	257.2	78	315.7	96	88.1	27
Stan na:										
1. stycznia	285.1	100	284.0	100	218.4	77	270,9	95	.	.
1. lutego	293.3c)	103	292.0	100	225.7c)	77	279.2c)	95	72.0	25
1. marca	305.7c)	107	303 9	99	236.5c)	77	291.8c)	95	74.5	24
1. kwietnia	310 4	109	308.5	99	240.7	78	296.9	96	84.9	27
1. maja	329.8c)	116	328.5	100	257 8c)	78	316 4c)	96	89.5	27
1. czerwca	347.1c)	122	346.4	100	273.0c)	79	333.9c)	96	90.0	26
1. lipca	354.3	124	353.8	100	279.3	79	341.0	96	82.5	23

a) Bez zatrudnionych w przemyśle węglowym na Dolnym Śląsku i bez rencistów uprawnionych do leczenia (patrz tablica następna);
b) Bez drobnych producentów rolnych;
c) Dane czacunkowe.

Zakłady pracy, ubezpieczeni na wypadek choroby i macierzyństwa oraz renciści (emeryci), uprawnieni do leczenia a) 1949

Wyszczególnienie	Zakłady pracy tys.	Ubezpieczeni i renciści		Ubezpieczeni na wypadek choroby					Renciści (emeryci) uprawn. do leczenia tys.
		tys.	wsk. b)	razem tys.	robotnicy tys.	pracownicy umysłowi tys.	publ. prawni funkcj. państwowi tys.	dobrow. ubezp. i kontyn. ub. tys.	
Przeciętna w I półroczu	231.9	4.331.5	103	3.782.6	2.747.7	857.1	176.4	1.4	548.9
Przeciętna w I kwartale	229,9	4.221.3	101	3.678 1	2.674.8	827.2	174.6	1.5	543.2
Przeciętna w II kwartale	233.1	4.441.8	106	3.887.2	2.820.6	887.0	178.2	1.4	554.6
Stan na:									
1. kwietnia	231.6	4,335.7	103	3.790.7	2.744.1	867.6	177.6	1.4	545.0
1. maja	233.3	4.427.4	106	3.882.3	2.815.8	887.0	178.1	1.4	545.1
1. czerwca	234.2	4.562.3	109	3.988.6	2.901.9	906.4	179.0	1.3	573.7
1. lipca	234.2	4.649.1	111	4.062.5	2.961.9	919.7	179.7	1.2	586.6
1. sierpnia	**232.6**	**4.717.1**	**112**	**4.132.9**	**3.004.8**	**947.9**	**179.0**	**1.2**	**584.2**
gospodarka:									
1. państwowa	30.6	.	.	2.367.2	2.133,4	554.8	179.0	—	.
2. samorządowa	11.3	.	.	326.6	199.2	127.4	—	—	.
3. spółdzielcza	11.7	.	.	418.9	279.3	139.6	—	—	.
4. społeczna	11.4	.	.	134.2	50.8	83.4	—	—	.
5. prywatna	167.6	.	.	386.0	342.1	42.7	—	1.2	.

a) Bez zatrudnionych w przemyśle węglowym na Dolnym Śląsku, podlegających ubezpieczeniu na wypadek choroby w Spółce Brackiej, których liczba wynosiła na 1. sierpnia 1949 r. 37,5 tys.;
b) Wskaźnik w stosunku do stanu na 1.I.1949 r.

Prowizoryczne rachunki działalności ubezpieczeń społecznych

za okres od stycznia do sierpnia 1949

Wyszczególnienie	Styczeń—sierpień			w tym sierpień			
	mil. zł	% składek	mies. na 1 ubezp.	mil. zł	% składek	% lipca	na 1 ubezp.
Ogółem							
Dochody	**103.825.3**	**102.4**	**3.361**	**14.567.9**	**102.6**	**106.1**	**3.525**
1. Składki (przypis)	101.391.0	100.0	3.282	14.194.9	100.0	106.0	3.435
2. Inne dochody	2 434.3	2.4	79	373.0	2.6	109.1	90
Wydatki i odpisy	**110.543.4**	**109.0**	**3.578**	**14.209.6**	**100.1**	**99 9**	**3.438**
Wydatki	108.194.7	106.7	3.502	13.990 5	98.6	101.5	3.385
1. Świadczenia	100.094.2	98 7	3.240	13.283 8	93.6	101.6	3.214
2. Wydatki administracyjne	3.2 i5.9	3.2	104	408 1	2 9	98.1	99
3. Inne wydatki	4.894 6	4.8	158	298.6	2.1	100.7	72
4. Odpisy na zaległe składki	2 348.7	2 3	76	219.1	1.5	49.8	53
Nadwyżka	—	—	—	358.3	2.5	—	87
Niedobór	6.718.1	6.6	217	—	—	—	—
Fundusz Ubezpieczeń							
Dochody	**48.326.5**	**103.3**	**1.564**	**6.681.0**	**103,1**	**106.9**	**1.616**
1. Składki (przypis)	46.769.1	100.0	1.514	6.481.6	100.0	107.6	1.568
2. Odsetki zwłoki	315.0	0.7	10	45.4	0.7	124.0	11
3. Inne dochody	1.242.4	2.6	40	154.0	2.4	82.4	37
Wydatki i odpisy	**42.480.9**	**90.8**	**1.375**	**6.034.4**	**93.1**	**105.5**	**1.460**
Wydatki	42.499.5	90.9	1 376	5.896.5	91.0	104 3	1.427
1. Świadczenia	40 770.9	87.2	1.320	5.678.9	87.6	104.4	1.374
a) świadczenia pieniężne ubezp. rent.	16.624.5	35.6	538	2.179.6	33.6	105.6	327
b) świadczenia pieniężne ubezp. chor.	5.798.5	12.4	188	852.0	13.2	106.6	206
c) ogólna organ. i kontrola lecznictwa	303.5	0.7	10	38.8	0.6	93.3	9
d) opieka lek. otwarta i orzecznictwo	3.380.0	7 2	109	498.4	7.7	105.8	120
e) otwarte zakłady lecz. i rozpoznawcze	518.7	1.1	17	48.0	0.7	58.6	12
f) środki lecznicze i pomocnicze	3.757.8	8 0	122	477.7	7.4	102.1	116
g) szpitale	7.166.6	15.3	232	1.136.1	17.5	113.1	275
h) sanatoria	2.722.5	5.8	88	404 8	6 2	126.1	98
i) akcja zapobiegawcza	445.4	1.0	14	24.1	0.4	13.9	6
j) akcja rehabilitacyjna i bezp. pracy	53.6	0.1	2	19.4	0.3	143.7	5
2. Wydatki administracyjne	1.457.6	3.1	47	189 5	2.9	99.3	46
3. Inne wydatki	271.0	0.6	9	28.1	0 5	106.4	7
4. Odpisy na zaległe składki	— 18.6	— 0.1	— 1	137 9	2.1	221.0	33
Nadwyżka	5.845 6	12.5	189	646.6	10.0	122.2	156

Fundusz Zasiłków Rodzinnych							
Dochody	**52.512.5**	**101.5**	**1.820**	**7.409.8**	**101.6**	**107.4**	**1.926**
1. Składki (przypis)	51.754.8	100.0	1.794	7.290.6	100.0	106.3	1.895
2. Odsetki zwłoki	269.9	0.5	9	48.0	0.6	124.7	12
3. Inne dochody	487.8	1.0	17	71.2	1.0	103.9	19
Wydaki i odpisy	**63.622.2**	**122.9**	**2.205**	**7.883.3**	**108.1**	**97.2**	**2.049**
Wydatki	60.919.0	117.7	2.111	7.803.8	107.0	99.4	2.029
1. Świadczenia	59.323.2	114 6	2.056	7 604.9	104.3	99.6	1.977
w tym:	54.724.7	105.7	1.897	7.018.5	96.3	96.5	1.825
a) zasiłki rodzinne	3.797.5	7.3	131	479.7	6.6	98.9	125
b) koszt mleka	799.6	1.6	28	106 1	1.4	89.8	27
c) wyprawki niemowlęce	1.595.2	3.1	55	198 4	2 7	92.2	52
2. Wydatki administracyjne	0.6	0.0	0	0.5	0.0	137.5	0
3. Inne wydatki	2.703.2	5.2	94	79.5	1.1	31.2	20
4. Odpisy na zaległe składki	11.109.7	21.4	385	473.5	6.5	39.1	123
Niedobór							
Fundusze Bezrobocia							
Dochody	**2.334.9**	**105.3**		**261.3**	**125.1**	**129.5**	
1. Składki (przypis)	2.218.0	100.0		208 9	100.0	109.5	
2. Inne dochody	116.9	5.3		52.4	25.1	472.1	
Wydatki i odpisy	**4.287.6**	**193.3**		289.7	138.7	106.7	
Wydatki	4.766.0	214.9		280.0	134.0	100.0	
1. Wydatki administracyjne	143.0	6.5		10.0	4 8	100.0	
2. Inne wydatki	4.623.0	208.4		270.0	129 2	100.0	
3. Odpisy na zaległe składki	— 478.4	— 21.6		9 7	4.7	115.5	
Niedobór	1.952.7	88.0		28.4	13.6	40.7	
Akcja Socjalna							
Dochody	**651.4**	**100.3**		**215.8**	**100.9**	56.1	
1. Składki przypis	649.1	100.0		213.8	100.0	55.6	
2. Odsetki zwłoki	2.3	0.3		2.0	0.9	1.000.0	
Wydatki i odpisy	**152.7**	**23.5**		**2.2**	**1.0**	1.7	
Wydatki	10.2	1.6		10.2	4.8	—	
1. Wydatki administracyjne	10.2	1.6		10.2	4.8	—	
2. Odpisy na zaległe składki	142.5	21.9		— 8.0	— 3.8	6.1	
Nadwyżka	498.7	76.8		213.6	99.9	84.1	

Wyszczególnienie	Przypis składek i odsetek zwłoki		Przypis składek		Przypis odsetek		W p ł y w y		
	mil. zł	w % miesiąca poprzed.	mil. zł	w % miesiąca poprzed.	mil. zł	w % miesiąca poprzed	mil. zł	w % miesiąca poprzed.	ściągalność w %
O g ó ł e m									
kwiecień a)	12.410.3	101.1	12.346.5	101.2	63.8	84.4	13 064.8	105.6	105.3
maj b)	12.629.4	101.8	12.553.8	101.7	75.6	118.5	12.038.2	92.1	95.3
czerwiec c)	13.327.1	105.5	13.243.5	105.5	83.6	110.6	12.486.7	103.7	93.7
lipiec	13.467.6	101.1	13.390.9	101.1	76.7	91.7	13.027.3	104.3	96.7
sierpień	**14.291,9**	**106.1**	**14.194.9**	**106.0**	**97.0**	**126.5**	**14.072.7**	**108.0**	**98,5**
Gospodarka									
1. państwowa	9.493.3	108.1	9.463.0	108.1	30.3	116.5	9 504.3	110.3	100.1
2. samorządowa	904.2	110.1	884.6	108.6	19.6	280.0	807.2	100.9	89.3
3. spółdzielcza	1.881,3	109.8	1.861.7	109.8	19.6	114.6	1.825 0	104 3	97.0
4. społeczna	560 0	107.3	556.9	107.4	3.1	91.2	549.7	99.9	98.2
5. prywatna d)	1.453.1	89.0	1.428.7	88.8	24.8	105.2	1.386,5	105.5	95.5
Fundusz Ubezpieczeń (chorob., emeryt., wypadk.)									
kwiecień a)	5.742.9	101.1	5.711.1	101.3	31.8	76 8	6.061.5	101.0	105.5
maj b)	5.892.9	102.6	5.856.3	102.5	36.6	115.1	5 722.6	94.4	97.1
czerwiec c)	6.152.3	104 4	6.114.0	104.4	38 3	104.6	5.848.5	102.2	95 1
lipiec	6.060.0	98.5	6.023.4	98 5	36,6	95.6	5.997.5	102.5	99.0
sierpień	**6.527.0**	**107.7**	**6.481.6**	**107.6**	**45.4**	**124.0**	**6.389.6**	**106.5**	**97.9**
Fundusz Zasiłków Rodzinnych									
kwiecień a)	6.486.0	101.3	6.456.0	101.4	30.0	97 7	6.758.1	112.3	104.2
maj b)	6.525.1	100 6	6.487.7	100 5	37.4	124.7	6.094.8	90.2	93.4
czerwiec c)	6.913.7	106.0	6 870.1	105.9	43.6	116.6	6.392.1	104.9	92.5
lipiec	6.830.5	98.8	6.792.0	98.9	38.5	88.3	6.575.0	102.9	96.3
sierpień	**7.328.6**	**107.4**	**7.290,6**	**107.3**	**48,0**	**124.7**	**7.259.0**	**110.4**	**98.9**
Fundusz Bezrobocia									
kwiecień a)	181.4	90.8	179.4	91.4	2.0	57.1	245.2	70.7	135.0
maj b)	211.4	116.5	209 8	116.9	1.6	80.0	220.8	90.0	104.4
czerwiec c)	210.5	99 6	208.8	99 5	1.7	106.3	215.2	97.5	102.2
lipiec	192.1	91.3	190.7	91.3	1.4	82 4	200.6	93.2	104.4
sierpień	**210.5**	**109.6**	**208.9**	**109.5**	**1.6**	**114.3**	**201.0**	**100.2**	**95.4**
Akcja Socjalna									
kwiecień a)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
maj b)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
czerwiec c)	50.6	×	50.6	×	—	—	30.9	×	61.1
lipiec	385.0	760.9	384.8	760.5	0.2	×	254.1	822.3	66.0
sierpień	**215,8**	**56.1**	**213.8**	**55.6**	**2.0**	**1.000,0**	**223.8**	**88.1**	**103.7**

a) łącznie z danymi US. we Włocławku za III; b) brak danych US. w Łomży; c) łącznie z danymi US. w Łomży za V; d) łącznie ze składkami za dobrowolne ubezpieczenie i kontynuowanie ubezpieczenia.

Ściągalność składek ubezpieczeniowych wg. rodzajów gospodarki narodowej i funduszów

1949

Wyszczególnienie	Wpływy w % przypisu składek i odsetek zwłoki						
	I kwartał	II kwartał	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień
Ogółem gospodarki	**97.5**	**98.0**	**105.3**	**95.3**	**93.7**	**96.7**	**98.5**
1) państwowa	98.3	97.9	107.7	93.4	92.9	98.1	100.1
a) składki indywid.	102.2	99.0	101.7	97.8	97.7	103.2	95.1
b) „ centralne	87.6	92,4	135.1	65.9	71.6	69.6	131.1
2) samorządowa	109.7	102.8	107.4	100.1	101.2	97.4	89.3
3) spółdzielcza	94.1	98.4	101.8	95.6	98.3	102.2	97.0
4) społeczna	89.2	98,1	93.8	103.6	96.2	105.4	98.2
5) prywatna	90.6	94.8	95.7	101.3	87.8	80.5	95.5
Fundusz Ubezpieczeń	102.2	99.1	105.5	97.1	95.1	99.0	97.9
Fundusz Zasił. Rodzin.	90.6	96.6	104.2	93.4	92.5	96.3	98.9
Fundusze Bezrobocia	132.5	112,9	135.2	104.4	102.2	104.4	95.4
Akcja Socjalna	—	61.1	—	—	61.1	66.0	103.7

Renty i zaopatrzenia[a)]

1949

Wyszczególnienie	Razem				Ubezpieczenie			
					emerytalne		od wypadków	
	liczba rent tys.	wypłata mil. zł	przeciętna mies. wypłata zł	przeciętna mies. wypłata u sk.	liczba rent tys.	wypłata mil. zł	liczba rent tys.	wypłata mil. zł
I półrocze	**532.0b)**	**11.584.5**	**3.629**	**112**	**464,3b**	**10.158.9**	**67.7b**	**1.425.6**
I kwartał	520.1b)	5.663.2	3.629	112	457.6b	4.985.0	62.5b	678.2
II kwartał	543.8b)	5.921.3	3.630	112	470.9b	5.173.9	72.9b	747,4
Styczeń	515.3	1.666.8	3.235	100	453.5	1.474.0	61.8	192,8
Luty	519.8	1.900.4	3.656	113	457.5	1.683.8	62.3	216.6
Marzec	525.2	2.096.0	3.991	123	461.8	1.827.2	63.4	268.8
Kwiecień	537.4	1.991.9	3.707	115	465.9	1.736.7	71.5	253.2
Maj	544.1	1,975.4	3.631	112	471.0	1.725.3	73.1	250.1
Czerwiec	549.9	1.954.0	3.553	110	475.8	1.709.9	74.1	244.1
Lipiec	552.2	2.015.9	3,691	113	476.8	1.764.7	75.4	251,2
Sierpień	**558.4**	**2.020.3**	**3.618**	**112**	**481.5**	**1.761.0**	**76.9**	**259.3**
Renty i zaop. inwal.	297.2	1.051.3	3.537	109	244.9	892.0	52.3	159.3
„ „ pozost. odw.	261,2	969.0	3.710	115	236.6	869.0	24 6	100.0

a) Łącznie z rentami dewizowymi i z konwencji polsko - francuskiej, a bez rent zleconych;
b) Przeciętnie miesięcznie.

Zasiłki rodzinne [a]

1949

Wyszczególnienie	Ubezpieczeni tys.	Rodziny, którym wypłacono zasiłki		Liczba zasiłków wypłac. na czł.		Suma wypłac. zasiłków tys. zł b	Przeciętna wypłata na 1		
		tys.	w % ubezp.	tys.	na 100 ubezp.		ubezp. zł	rodzinę zł	czł. rodz zł
I kwartał	3.436.8c	1.563.9c	45.5	11.690.5	113.4	17.663.707	1.713c	3.765c	1.511c
II kwartał	3.637.3c	1.661.9c	45.7	12.561.7	115.1	19.788.830	1.813c	3.969c	1.575c
Kwiecień	3.558.9	1.616.4	45.4	4.065.1	114.2	6.375.879	1.792	3,944	1.568
Maj	3.633.0	1.677.6	46 2	4.223.9	116.3	6.654.968	1.832	3.967	1.576
Czerwiec	3.720.1	1.679.7	45.5	4.272.7	114.9	6.757.983	1.817	3.995	1.582
Lipiec	3.782.6	1.820.5	48.1	4.591.6	121.4	7.283.240	1.925	4.001	1.586
Sierpień	3.816.6	1.734.1	45.1	4.398.7	114.4	6.998.737	1.819	4.036	1 591
z mlekiem	×	×	×	1.321.5	×	2.091.605	×	×	1.583
bez mleka	×	×	×	3.077.2	×	4.907.132	×	×	1.595
wypłaty bież.	×	1.516.5	×	3.841.1	×	6.092.944	×	4.018	1.586
„ zal.	×	217.6	×	557.6	×	905.793	×	4.163	1.624
U.S. bezpośr.	3.353.4	64.9	45.2	165.5	114.9	262.649	1.827	4.053	1.588
prac. indyw.		1.450.6		3.686.3		5.863.334		4.042	1.591
„ centr.	493.2	218.6	44.3	546.9	110.9	872.554	1.769	3.992	1.595

a) Dane dla ubezpieczonych ze składką indywidualną (opłacaną bezpośrednio do U.S.), sporządzono na podstawie sprawozdań U.S., dane dla ubezpieczonych ze składką centralną — szacunkowo;
b) Niezgodność kwot wypłaconych zasiłków rodzinnych z danymi zamknięć rachunkowych, wynika z nieuwzględnienia w zestawieniu zwrotów świadczeń nieprawnie pobranych i rozliczeń za 1948 r. z instytucjami opłacającymi składki centralnie;
c) Przeciętnie miesięcznie.

Członkowie rodzin, na których wypłacono zasiłki rodzinne [b]

1949

Wyszczególnienie	Ogółem tys.	Żonu				Dzieci					
		bez dzieci		z dziećmi		pierwsze		drugie		trzecie i dalsze	
		tys.	%	tys.	%	tys.	%	tys.	%	tys	%
I kwartał	3.375.0b	163.0b	4,8	925.9b	27.4	1.189.9b	35.3	653.8b	19.4	442.4b)	13.1
II kwartał	3.659.9b	153.6b	4.2	1.001.0b	27.4	1.296.3b	35.4	717.0b	19.6	492.0b)	13.4
Kwiecień	3.547.8	152.7	4.3	971.2	27.4	1.255.0	35(4	692.0	19.5	476.9	13.4
Maj	3.706.6	156.4	4.2	1.012.8	27.3	1.313.7	35.5	726.8	19.6	496.9	13.4
Czerwiec	3.725.3	151.6	4.1	1.019.2	27.4	1.320.1	35.4	732.2	19.6	502.2	13.5
Lipiec	4.040.2	162.8	4,0	1.103.7	27.3	1.438.1	35 6	795.3	19.7	540.3	13.4
Sierpień	3.851.8	153.9	4.0	1.053.8	27.4	1.358.8	35.3	758.8	19.7	526.5	13.6
z mlekiem	1.168.3	0.5	0.0	105 6	9.1	571.5	48.9	318.8	27.3	171.8	14.7
bez mleka	2.683.5	153.4	5.7	948.2	35.3	787.3	29.4	440.0	16.4	354.7	13.2
U.S. bezp.	165.5	5.3	3.2	43.2	26,1	58.9	35.6	33.5	20 3	24.5	14.8
pracodawcy	3.686.3	148.6	4.0	1.010.6	27.4	1.299.9	35.3	725.3	19.7	502.0	13.6

a) Zestawieniem objęte są dane, dotyczące tylko ubezpieczonych, za których składki są opłacane indywidualnie (bezpośrednio do U. S.).
b) Przeciętnie miesięcznie.

Wyszczególnienie		II kwartał				Lipiec	Sierpień
		razem	kwiecień	maj	czerwiec		
1. Ubezpieczeni i renciści	tys.	4.441,8a)	4.335,7	4.427,4	4.562.3	4.649.1	4.717.1
2. Lekarze:							
a) domowi		2.719 a)	2.697	2.738	2.722	2.679	2.679
b) specjaliści		1.575 a)	1.556	1.583	1.587	1.535	1 536
c) dentyści		1.370 a)	1.355	1.369	1.386	1.386	1.434
3. Personel pomocniczo-lekarski		1.688 a)	1.645	1.698	1.722	2.021	2.194
4. Porady lekarskie — ogółem	tys.	7.277,2	2.284,3	2.638.7	2.354.2	2.279.1	2.416.8
udzielone:							
A. a) ubezpieczonym	„	4,125,0	1.307,5	1.479.7	1.337.8	1.313.3	1.394.3
b) członkom rodzin	„	3.152,2	976,8	1.159.0	1.016.4	965.8	1,022.5
B. a) przez lekarzy domowych	„	5.016,9	1.581,1	1.812.6	1.623.2	1.597.6	1.686 0
b) przez lekarzy specjalistów	„	2 260,3	703,2	826.1	731,0	681.5	730·8
C. a) w gabinetach i ambulatoriach	„	7.001,3	2.189.1	2.542.4	2.269.8	2.203.4	2.344.2
b) w domu chorego	„	275,9	95,2	96.3	84.4	75.7	72.6
5. Zabiegi personelu pomocniczo-lekarskiego	„	2.651,5	841,1	915.0	895.4	876.9	916.8
6. Lekarstwa i środki opatrunkowe:							
ogółem	„	10.561.1	3.554,1	3.575.1	3.432.0	3.231.0	3.377.8
a) w aptekach własnych	„	6 306,7	2.095.3	2.205.0	2.006.4	1.881.3	2.000 6
b) „ obcych	„	4.254,5	1.458,8	1.370.1	1.425.6	1.349.6	1.377.2
7. Przekazy do zakładów leczniczych:							
ogółem	„	273,5	86,2	94.4	92,9	90.5	101.7
a) do zakładów własnych	„	31,7	9,8	11.2	10 7	10.7	11.2
b) „ obcych	„	241,8	76,4	83.2	82.2	79.8	90.5
8. Zabiegi w zakładach Roentgena:							
ogółem	„	461,9	147,8	166 2	147.9	131.9	123.4
a) w zakładach własnych	„	347,5	112,5	129.0	106.0	95.0	87 3
b) „ obcych	„	114,4	35,3	37.2	41.9	36.9	36.1
9. Zabiegi leczenia fizykalnego:							
ogółem	„	768,9	253,3	285.1	230.5	180.0	204.2
a) w zakładach własnych	„	677,7	227,6	251.0	199.1	155 3	173.1
b) „ obcych	„	91,2	25,7	34.1	31.4	24,7	31.1
10. Analizy chemiczno-bakteriologiczne:							
ogółem	„	470,6	151,7	169.4	149.5	143.5	136 2
a) w zakładach własnych	„	348,5	114,0	124.4	110.1	99 5	100.7
b) „ obcych	„	121,1	37,7	45.0	39.4	44.0	35.5
11. Przyjęcia przez lekarzy dentystów:							
ogółem	„	1.615,4	516.7	573.6	525.1	477.9	551 2
a) ubezpieczonych	„	944,1	298.3	333 6	312.2	288.2	329.1
b) członków rodzin	„	671,3	218.4	240 0	212.9	189.7	222.1
12. Zabiegi dentystyczne — ogółem	„	1.939,6	614.1	690.5	635.0	560 2	679.3
a) plomby	„	382,8	123.6	134,3	124 9	109.1	127.6
b) usunięte zęby	„	453,2	140.2	163.9	149.1	143.4	167.5
c) inne zabiegi	„	1.103,6	350 3	392.3	361.0	307.7	384 2
13. Protezy dentystyczne	„	22,2	6.9	7.8	7.5	6.8	7.2
16. Dni zasiłków:							
a) chorobowych	„	4 613,8	1.623.7	1.522.3	1.467.8	1.572.1	1.663 1
b) domowych i szpitalnych	„	1.021,5	349.4	336.1	336.0	347.5	355.2
c) połogowych	„	710,3	240.7	243.1	226.5	244.4	251.9
d) dla karmiących	„	3.640,5	1.139.9	1.308.9	1.191.7	1.406.0	1.364.8
17. Liczba żywych urodzeń:							
ogółem	„	68,0	231.1	23.3	21.6	22.5	22.5
a) przez kobiety ubezpieczone	„	13,9	4.4	4.8	4.7	5 2	4.7
b) „ członkinie rodzin	„	54,1	18.7	18.5	16.9	17.3	17.8
18. Liczba zasiłków pogrzebowych:							
a) po ubezpieczonym	„	6'0	2 1	2.1	1.8	1.7	1.8
b) po członkach rodzin	„	10,9	3.7	3.8	3.4	3.7	3.6
Na 100 ubezpieczonych i rencistów uprawnionych do leczenia przypada miesięcznie:							
1. Porad lekarskich		54.6	52.7	59.6	51.6	49.0	51.2
udzielonych:							
A. a) ubezpieczonym		30.9	30.2	33.4	29.3	28.2	29.5
b) członkom rodzin		23,7	22.5	26.2	22.3	20.8	21.7
B. a) przez lekarzy domowych		37.6	36.5	40.9	35.6	34.4	35.7
b) przez lekarzy specjalistów		17.0	16.2	18.7	16.0	14.6	15.5
C. a) w gabinetach i ambulatoriach		52.5	50.5	57.4	49.8	47.4	49.7
b) w domu chorego		2.1	2.2	2.2	1.8	1.6	1.5
2. Zabiegów personelu pomocniczo-lekarsk.		19.9	19.4	20.7	19.6	18.9	19.4
3. Leków i środków opatrunkowych		79.3	82.0	80.8	75.2	69,5	71.6
4. Przekazów do zakładów leczniczych		2.1	2.0	2.1	2.0	1.9	2.2
5. Zabiegów w zakładach Roentgena		3.5	3.4	3.8	3.2	2.8	2.6
6. „ leczenia fizykalnego		5.8	5.8	6.4	6.1	3.9	4.3
7. Analiz chemiczno-bakteriologicznych		3.5	3.5	3.8	3.3	3 1	2.9
8. Przyjęć lekarzy dentystów		12.1	11.9	13.0	11.5	10,3	11.7
9. Dni zasiłków:							
a) chorobowych b)		39.6	42.8	39.2	36.8	38.7	40.2
b) domowych i szpitalnych b)		8.7	9.2	8.7	8.4	8.6	8.6

a) przeciętnie miesięcznie; b) na 100 ubezp.

Zakłady pracy, ubezpieczeni na wypadek choroby i renciści uprawnieni do leczenia

wg. ubezpieczalni społecznych a)

Stan na 1. VIII. 1949 r

L. p.	Wyszczególnienie	Zakłady pracy		Ubezpieczeni i renciści	Ubezpieczeni						Renciści (emeryci) uprawnieni do leczenia	Na 1 zakład pracy przypada ubezpieczonych	Na 100 ubezpieczonych przypada		
					Ogółem										
		razem	w tym rolne		razem	w tym zatrudnieni w rolnictwie	robotnicy	pracownicy umysłowi	funkcjonariusze państwowi	dobrowolnie i kontynuujący ubezp.			robotników	zatrudnionych w rolnictwie	rencistów
	Ogółem	**232.572**	**39.212**	**4.717.091**	**4.132.884**	**360.990**	**3.004 811**	**947 885**	**179.003**	**1.185**	**584.207**	**17,8**	**72,7**	**8,7**	**14,1**
	woj. warszawskie														
1	U.S. Ciechanów	2.059	595	24.435	22.595	2.274	13.183	7.639	1.773	—	1.840	11.0	58,3	10,1	8,1
2	„ Płock	3.129	1.338	28.995	26 662	3.633	17.210	7.627	1 825	—	2.333	8,5	64,5	13,6	8,9
3	„ Siedlce	2.628	624	29 948	27.009	1.862	14.949	9.385	2.661	5	2.948	10,3	55,4	6,9	10,9
4	„ Warszawa	22.644	789	383 661	347.944	5 841	209 258	121.904	16.759	23	35.657	15,4	60,1	1,7	10,2
5	„ Żyrardów	2.363	328	38.124	33.789	3.059	25.491	6.896	1.400	2	4.335	14,3	75,4	9,0	12,8
	woj. łódzkie														
6	U.S. Kutno	3.437	1.216	37.463	34.584	5 744	25.202	7.627	1.755	—	2.879	10,1	72,9	16,6	8,3
7	„ Łódź	8.694	183	321.314	295.542	1.498	229.269	60.187	6.082	4	25.772	34,0	77,6	0,5	8,7
8	„ Pabianice	2.060	221	45.030	41.546	1.788	33 203	7.139	1.203	1	3.484	20,2	79,9	4,3	8,4
9	„ Piotrków Tryb.	2.077	369	34.223	30.149	2 174	22.402	5.951	1.790	6	4.074	14,5	74,3	7,2	13,5
10	„ Tomaszów Maz.	2.220	640	43.825	39.125	3.122	29 855	7.579	1.691	—	4.700	17,6	76,3	8,0	12,0
	woj. kieleckie														
11	U.S. Częstochowa	4.358	275	69 493	61.142	1.860	48.662	10.387	2 084	9	8.351	14,0	79,6	3,0	13,7
12	„ Kielce	2.549	186	47.166	42.665	1.671	28 629	11.574	2,458	4	4.501	16,7	67,1	3,9	10,5
13	„ Ostrowiec	1 649	316	31.127	28.404	1.759	20.487	6 214	1.702	1	2.723	17.2	72.1	6,2	9,6
14	„ Radom	2.453	74	56.493	50.679	1.434	35.897	12 381	2.372	29	5.814	20,7	70,8	2,8	11,5
	woj. lubelskie														
15	U.S. Lublin	4.754	412	69.848	63.673	2.898	37.729	20.752	5.187	5	6.175	13,4	59,3	4,6	9,7
16	„ Zamość	1.618	141	26.521	24.971	2.377	15.331	7.591	2.049	—	1.550	15.4	61,4	9,5	6,2
	woj. białostockie														
17	U.S. Białystok	2.265	241	46.745	43.628	2 830	26.327	13.489	3.812	—	3.117	19.3	60,3	6.5	7,1
18	„ Łomża	1.900	157	27.652	26.145	3.057	15.050	8.822	2.272	1	1.507	13,8	57,6	11,7	5,8
	woj. olsztyńskie														
19	U.S. Olsztyn	4.002	502	98.765	93.189	26.324	65.222	22.507	5.460	—	5.576	23,3	70,0	28,2	6,0
	woj. gdańskie														
20	U.S. Gdańsk	3.941	179	105.668	100.749	5.997	69.893	27.086	3.763	7	4.919	25,6	69,4	6,0	4,9
21	„ Gdynia	3.648	363	77.515	67 937	6 420	48.168	16.481	3.269	19	9.578	18,6	70,9	9,4	14,1
22	„ Tczew	3.357	1.325	45.913	38.571	10.122	28.716	7.654	2.190	11	7.342	11,5	74,4	26,2	19,0
	woj. pomorskie														
23	U.S. Bydgoszcz	7.120	1 624	114 496	97.871	16.136	68.258	24.453	5.129	31	16.625	13.7	69,7	16,5	17,0
24	„ Grudziądz	4.784	1.874	58.030	43.989	8.470	32 225	9 519	2.236	9	14.041	9,2	73,3	19,3	31,9
25	„ Inowrocław	2.711	1.110	32.723	25.563	6.660	20 074	4.295	1 181	13	7.160	9,4	78,5	26,1	28,0
26	„ Toruń	2.513	505	37.630	31.250	3 088	21.263	7.829	2.141	17	6.380	12,4	68,0	9,9	20.4
27	„ Włocławek	3.211	1.238	35.151	32.383	4.665	23.041	7.798	1.544	—	2.768	10,1	71,2	14,4	8,5
	woj. szczecińskie														
28	U.S. Słupsk	2 210	294	53 022	51 647	17.997	37.908	11.443	2.290	6	1 375	23.4	73,4	34,8	2,7
29	„ Szczecin	5.169	608	147.349	144.839	30.352	106.646	33 559	4.630	4	2 510	28,0	73,6	21,0	1,7
	woj. poznańskie														
30	U.S. Gniezno	3.784	1.353	41 581	31.255	8.251	23.506	6.245	1.486	18	10.326	8,3	75,2	26,4	33,0
31	„ Gorzów	1.508	259	35.306	33 938	7.269	24 477	8.093	1.368	—	1.368	22,5	72,1	21,2	4,0
32	„ Grodzisk Wlkp.	3.262	1.081	36 805	26.396	9.455	20 218	4.853	1.319	6	10 409	8,1	76,6	35,8	39,4
33	„ Kalisz	4.533	1.509	39.589	36.959	3 884	27.486	7.876	1.691	6	2.630	8,2	74,1	10,5	7,1
34	„ Leszno	3.904	1.100	47.247	39 023	14.276	30.357	7.036	1.622	8	8.224	10,0	77,8	36,6	21,1
35	„ Oborniki	4.813	1.495	57.181	43.928	12.233	33.350	8.262	2.299	17	13.253	9,1	75,9	27,8	30,2
36	„ Ostrów Wlkp.	4.940	1.309	53 722	40.357	7.747	30 267	7.709	2.372	18	13 365	8,2	75 0	19,2	33,1
37	„ Poznań	10.815	1.196	153.425	129 131	8.320	88 871	34.167	5.973	120	24.294	11,9	68,8	6.4	18,8
38	Zielona Góra	1.599	107	49.764	48.689	6.156	36.399	10.517	1.770	3	1.075	30,4	74,8	12,6	2,2
	woj. wrocławskie														
39	U.S. Jelenia Góra	1.398	114	45.342	44.274	1.938	33.362	9.743	1.169	—	1.068	31.7	75,4	4,4	2,4
40	„ Kłodzko	1.904	361	45.078	44 021	5 486	34.008	8 413	1.599	1	1.057	23,1	77,3	12.5	2,4
41	„ Legnica	2.561	516	83.024	81.607	15 174	64.569	14.456	5 582	—	1.417	31,9	79.1	18,6	1,7
42	„ Wałbrzych	3.155	501	93.519	91.046	4.487	72.493	16 273	2.278	2	2.473	28,9	79,6	4.9	2,7
43	„ Wrocław	5.584	606	172.628	167.788	20.843	121.423	40.192	6.158	15	4.840	30,0	72,4	12,4	2,9
	woj. śląskie														
44	U.S. Bielsko	3.360	771	72 248	65.174	2.127	51.512	11.506	2.143	13	7.074	19,4	79,0	3,3	10,9
45	„ Bytom	1.712	20	91.349	74 023	384	59.084	13.357	1.577	5	17.326	43.2	79,8	0,5	23,4
46	„ Chorzów	1.828	38	144.403	112.772	361	94.770	16 493	1.464	45	31.631	61,7	84,0	0,3	28,0
47	„ Gliwice	1 740	97	80.216	64.832	1.611	47.980	14.577	2.266	9	15.384	37,5	74,0	2,5	23,7
48	„ Katowice	4.920	46	170.144	141.104	382	99.152	37.397	4 395	160	29.040	28,7	70,3	0,3	20,6
49	„ Opole	6.447	1.719	141.942	110 620	16.164	86.329	19.383	4 903	5	31.322	17,2	78,0	14,6	28,3
50	„ Rybnik	4.132	781	153.094	111.644	6.230	92.640	16.002	2.921	81	41.450	27,0	83,0	5,6	37,1
51	„ Sosnowiec	2.976	94	136.906	119.253	521	98.946	17.803	2 496	8	17 653	40.1	83,0	0.4	14,8
52	„ Tarnowskie Góry	1 366	149	52.536	34.923	1.730	27 545	5 978	1.387	13	17.613	25,6	78.9	5,0	50,4
53	„ Zabrze	1.200	8	68.050	51.683	242	42.001	8.959	718	5	16.367	43,1	81.3	0,5	31,7
	woj. krakowskie														
54	U.S. Biała	3.105	571	64.898	57 793	3.816	46.539	9.065	2.183	6	7.105	18,6	80,5	6,6	12,3
55	„ Chrzanów	962	129	45.694	37.422	468	31.693	5.066	654	9	8.272	38.9	84.7	1,3	22,1
56	„ Kraków	12.696	686	168 185	143.181	3.215	94 015	39.941	8.892	333	25 004	11,3	65,7	2,2	17,5
57	„ Nowy Sącz	4.935	1.492	51.297	45.912	3.209	30.982	11.289	3 621	20	5.385	9,3	67,5	7,0	11,7
58	„ Tarnów	3.217	926	38.399	32.773	2.664	23.064	7.083	2.600	26	5.626	10,3	70,4	8.1	17,2
	woj. rzeszowskie														
59	U.S. Krosno	1.582	577	27.010	23.672	1.341	16 852	4.751	2 063	1	3.338	15,0	71,2	5,7	14,1
60	„ Rzeszów	5.416	1.388	57.712	50.933	3.829	30 890	13 816	6.204	23	6 779	9,4	60.6	7,5	13,3
61	„ Tarnobrzeg	1.705	486	30.532	28.527	2.145	20.583	5.825	2.117	2	2.005	16,7	72,2	7,5	7,0

a) Bez zatrudnionych w przemyśle węglowym na terenie Dolnego Śląska, podlegających tymczasowo ubezpieczeniu na wypadek choroby w Spółce Brackiej w Tarnowskich Górach, których liczba na początku sierpnia wynosiła 37.530 osób.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA
W PIOTRKOWIE TRYB.

OGŁASZA
KONKURS
na stanowiska:

1) naczelnego lekarza w Piotrkowie Tryb.
2) zastępcę lekarza naczelnego w Piotrkowie
3) lekarza internistę na rejon w Piotrkowie wg 6 godzin obl.
4) „ „ „ „ w Radomsku „ 6 „ „
5) „ okulistę w Piotrkowie „ 5.5 „ „
6) „ pediatrę w Piotrkowie „ 3 „ „
7) „ pediatrę w Radomsku „ 3 „ „
8) mgr farmacji lub pom. apt. w Piotrkowie
9) mgr farmacji lub pom. apt. w Radomsku
10) asystenta szpitala własnego na 50 łóżek

Ad. 1

Kandydat na stanowisko lekarza naczelnego winien odpowiadać wymogom art. 49 pkt 3 Ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28. III. 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396) oraz § 72 ust. 2 Statutu Ubezpieczalni.

Ad. 2, 3, 4, 5, 6 i 7

Kandydaci winni złożyć podania wraz z życiorysem i odpisy następujących dokumentów:

a) świadectwa obywatelstwa polskiego,
d) dyplomu lekarskiego,
c) świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej, wzgl. świadectwa specjalnego.

Ad. 8, 9 i 10

Wymienieni kandydaci złożą: podanie, życiorys i odpis dyplomu.
Warunki pracy i płacy unormowane zarządzeniem Z.U.S. w Warszawie (okólnik Nr 44/49).
Podania wraz z załącznikami składać należy do Ubezpieczalni Społecznej w Piotrkowie Tryb., ul. Roosevelta 3, w ciągu 14 dni od daty ogłoszenia konkursu (zaznaczając: „Konkurs na stanowisko“....).

DYREKCJA
U. S. w Piotrkowie

PRZEWODNICZĄCY
Tymczasowego Zarządu

SPIS RZECZY

Artykuły

str.

Stanisław Garlicki — Jednorazowe odprawy w świetle orzecznictwa Trybunału Ubezp. Społ. 1

J. Januszkiewicz — Lecznictwo w świetle badań metodą korelacji krzywoliniowej 5

Roman Jackow — Wypadki w zatrudnieniu a pijaństwo 8

Kronika zagraniczna

Ewidencja i sprawozdawczość w budżecie ubezpieczenia społecznego w ZSRR 12

Kronika krajowa

A. Utrysko — Zmiana struktury finansowej instytucji ubezpieczeń społecznych 21

M. M. — Z Górnego Śląska 24

Dr med. E. Piotrowski i Mgr M. Tuszyńska — Choroby społeczne na terenie ubezpieczalni społecznych w świetle cyfr 25

Jadwiga Szlagowska — Osiągnięcia Zakładu Ubezp. Społ. w zakresie szkolenia pielęgniarek w 1948 r. 31

A. Woźnicka — Szkolenie pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych w roku 1948 39

Książki i czasopisma

Dr Józef Pasternak — Pojęcie inwalidztwa w polskim ubezpieczeniu społecznym 33

Polski numer czasopisma „Socjalni Revue" . . . 36

Przegląd ustawodawstwa 36

Orzecznictwo T.U.S. 38

Statystyka z zakresu ubezpieczeń społecznych . . 42

PRENUMERATA: rocznie zł 600.—, numer pojedyńczy zł 50.—.

Redakcja i administracja: ul. Czerniakowska 231. Konto P.K.O. 1970, Warszawa.

REDAGUJE KOMITET REDAKCYJNY

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH w WARSZAWIE

Drukarnia Spółdz. Wyd. „Wydawnictwo Ludowe" Warszawa Skolimowska 5 B-76805

GŁÓWNA BIBLIOTEKA PRACY
I ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
GBPiZS
P-25/II
1949