

PRZEGŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH MIESIĘCZNIK

R O K XIV
W A R S Z A W A
C Z E R W I E C
1939 R.
Z E S Z Y T 6

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

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

Dr IGNACY M. SPITZER.

Bystra na Śląsku. Sanatorium Z. U. S.

PROBLEMY SANATORYJNE

Problemy stare, istniejące bodaj tak dawno, jak samo sanatorium, ciągle jednak żywe, ciągle ciekawe i w wielu punktach dalekie od rozstrzygnięcia. Jeśli raz jeszcze podejmuję ten temat, to czynię to tylko w tym przeświadczeniu, że dyskusja, jaką wywoła być może mój artykuł, przyczyni się do wyświeatlenia pewnych zagadnień, mających szczególne znaczenie dla naszych warunków; tym samym niewątpliwie da ona podstawę do stworzenia pewnych norm i wytycznych, które rozwojowi naszego sanatoryjnictwa ludowego nadadzą konieczny i właściwy kierunek. Wytyczne takie, oraz przepisy budowlane posiada już np. Francja, gdzie wgląd państwa w funkcjonowanie sanatoriów nawet prywatnych jest bardzo duży.

Stoimy obecnie w okresie znacznej rozbudowy naszego frontu przeciwgruźliczego, tym samym w okresie rozbudowy naszego sanatoryjnictwa ludowego. Znając historię tego ruchu na Zachodzie i posiadając już sporo własnego doświadczenia, możemy ominąć niejedną trudność, ułatwić i uprościć niejedno zadanie i stworzyć całość praktyczną, odpowiadającą celowi, wolną od zbytnich braków czy przerostów. Ilość naszych sanatoriów rośnie znacznie. W ostatnich latach dużo zwłaszcza przybyło sanatoriów i prewentoriów dziecięcych. Czy jednak rozłożenie, urządzenie i funkcjonowanie tych wszystkich zakładów z punktu widzenia interesu ogółu jest dobre? Sądzę, że nie zawsze, że ten sam wysiłek ujęty w jakieś wspólne dla wszystkich normy, centralizujący się we wspólnych stowarzyszeniach i instytucjach dałby wyniki znacznie lepsze. To też dokładne zapoznanie się z historią i rozwojem ruchu sanatoryjnego ustrzec nas może przed niejednym błędem, przed niepotrzebnym,

a częstokroć, jakże kosztownym, ponownym „odkrywaniem Ameryki”.

Omówienie wyczerpujące historii sanatoryjnictwa ludowego jest niemożliwe w ramach artykułu, wymaga specjalnych monografii; będę więc sięgał do historii tylko w miarę koniecznej potrzeby, chciałbym natomiast zwrócić uwagę na wielkość i ważność samego tematu. Nawet pracując w danym dziale, niezawsze zdajemy sobie sprawę z wielkości i rozległości zagadnienia leczenia sanatoryjnego.

Istnieje w Europie około 200.000 łóżek sanatoryjnych bez wliczenia w to wszystkich łóżek szpitalnych, przeznaczonych dla gruźlicy. Poza tym same np. Stany Zjednoczone Ameryki Północnej posiadają około 63.000 łóżek sanatoryjnych, nie mówiąc wcale o 100.000 łóżek rozmieszczonych w 1000 tak zwanych klinikach gruźliczych. Jeśli przytem uprzytomnimy sobie, że obecnie sanatoria i oddziały szpitalne w olbrzymiej większości krajów są zapelnione, a każde 100 łóżek daje w roku 36.500 dni leczenia, zrozumiemy, jak wielką rolę odegrać może i powinno sanatoryjnictwo w walce z gruźlicą. Praca włożona w rozpoznanie i leczenie w wymienionych zakładach jest kolosalna, dosyć powiedzieć, że w St. Zjedn. Am. Półn. w roku 1936 wykonano 600.000 zdjęć rentgenowskich klatki piersiowej.

Nie mogę niestety omawiać pracy naukowej wszystkich sanatoriów i oddziałów szpitalnych gruźliczych, bo to wymagałoby znowu osobnego studium. Efekty tej pracy są bez wątpienia duże, ale dla nikogo nie jest tajemnicą, że zbytnie rozdrobnienie zakładów, brak często odpowiedniego urządzenia, zła organizacja, skierowywanie nieodpowiednich przypadków do leczenia, wreszcie trudności finansowe, na jakie wszędzie jesz-

cze (wyjąwszy kraje małe a bogate, jak Szwajcaria, Holandia) natrafiają przeprowadzenie długiego leczenia, koniecznego dla osiągnięcia trwałych wyników, zmniejszają i ograniczają w dużym stopniu znaczenie sanatoriów i szpitali gruźliczych.

Dziwnym wydaje się również, że pomimo znacznej ilości prac omawiających zagadnienia sanatoryjnictwa, pomimo dyskusyj i ankiet poświęconych tej sprawie w poszczególnych państwach, zjazdy międzynarodowe mało stosunkowo zajmują się sprawą ujednolnienia pewnych typów sanatoriów. Różne instytucje międzynarodowe nie przeprowadziły dotychczas nawet, o ile mi wiadomo, odpowiednich badań na dużą skalę; a przecież ujęcie w pewne normy już istniejącego aparatu dałoby szybsze i bardziej namacalne rezultaty, niż długie dyskusje nad sprawami ważnymi niewątpliwie, lecz trudnymi do realizacji. Wprawdzie kwestia opracowania bardziej jednolitych programów dla sanatoriów przedstawia również duże trudności, jeśli uprzytomnimy sobie, jak wielka jest ilość różnych typów zakładów i jak bardzo różnią się one od siebie nie tylko metodami leczenia, ale i samym założeniem architektonicznym, nie mówiąc już o różnicach klimatycznych. Jeśli się zważy jednak, jakie korzyści przynieść nam może pokonanie tych trudności i jak bardzo daje się odczuwać brak stałych wytycznych w pracy przeciwnego sanatorium, to widzimy, że należy wytrwale dążyć do zdobycia pewnego minimum norm obowiązujących wszystkie zakłady przeciwgruźlicze.

Pierwszym krokiem naprzód w tej dziedzinie byłoby jasne określenie stanowiska sanatorium w całokształcie frontu przeciwgruźliczego, a następnie będzie można zająć się takimi sprawami, jak rozpatrzenie jakie są zadania i granice możliwości obecnego sanatorium, jakie typy z pośród istniejących zakładów można przyjąć za najlepsze pod względem architektonicznym, organizacyjnym, oraz stosowanych metod leczenia. A roztrząsając te wszystkie kwestie z punktu widzenia lekarskiego, musimy sądy i wnioski nasze kontrolować z drugiego jeszcze punktu, a mianowicie z punktu widzenia chorego, gdyż jemu to przecież ma dany zakład służyć. Przyjmując tedy za podstawę roztrząsania problemów sanatoryjnych ustalenie miejsca, jakie zajmuje, lub raczej jakie powinno zajmować sanatorium w arsenale przeciwgruźliczym, musimy sięgnąć do historii sanatoryjnictwa ludowego i przypomnieć sobie pokrótce, co następuje.

Metoda leczenia sanatoryjnego gruźlicy płuc powstała przed 90 laty; (Dr Brehmer) o jej ówczesnych podstawach naukowych mówić nie będziemy. Początkowe metody leczenia różniły się zasadniczo od dzisiejszych. W pierwszym sanatorium dr. Brehmera w Görbersdorfie chorzy nie weradowali, nie byli też dokładnie, klinicznie badani; leczenie polegało na spacerach po pięknym parku, lub krytych werandach, stosowano też energicznie wodolecznictwo. Trzeba bezstronnie przyznać, że wówczas już osiągnięto dobre rezultaty leczenia, co należy przypisać

przede wszystkim zmianie otoczenia, wypoczynkowi, obfitemu odżywianiu, dobremu nastawieniu psychicznemu, zarówno jak zmianie klimatu i wodolecznictwu (leczenie bodźcowe). Jeszcze lepsze rezultaty osiągnął właściwy twórca metody leczenia wypoczynkowo-klimatycznego Dr Piotr Dettweiler, asystent Brehmera, późniejszy dyrektor sanatorium w Falkenstein. Tutaj należy dodać, że te pierwsze sanatoria dostępne były prawie wyłącznie tylko dla ludzi b. zamożnych, aż dopóki korzystne wyniki leczenia gruźlicy metodą sanatoryjną nie zwróciły na siebie uwagi instytucji ubezpieczeń społecznych, które zmuszone były wypłacać ogromne sumy na renty inwalidzkie, wynikłe z powodu niezdolności do pracy szerokich rzesz pracowników ubezpieczonych, a dotkniętych gruźlicą. Instytucje te, widząc w rozwoju sanatoryjnictwa skuteczny sposób zwalczania gruźlicy, a tym samym w konsekwencji zmniejszenie wydatków na renty, przyczyniły się wydatnie do powstania sanatoriów ludowych; powstają więc liczne sanatoria przede wszystkim w Niemczech, w kraju posiadającym najbardziej rozbudowany system ubezpieczeń pracowniczych. I te pierwsze sanatoria o charakterze ludowym uzyskują szybko dobre wyniki leczenia, co dzisiaj przypisujemy poczęści i niedokładnej znajomości kliniki gruźlicy płuc, sądzono mianowicie wówczas, że gruźlica płuc u dorosłych zaczyna się zawsze w szczytach płuc, nie znano dokładnie gruźlicy dziecięcej, tak samo, jak nie znano obrazu zespołu pierwotnego, wysyłano więc do sanatorium przypadki, w których stwierdzono zmiany szczytowe, o ile możliwości najwcześniejsze bez prątków w płwocinie. Kierowano się stwierdzeniem zmian wypukowych i osłuchowych nad szczytami i stanami podgorączkowymi — słynne „apicity”, które w erze przedrentgenowskiej często nawet „apicitami” nie były. Czyli, że przyjmowano w przeważnej ilości przypadki, których dzisiaj nie uważamy za groźne i które leczą się łatwo. Nie spostrzegano natomiast wówczas jeszcze takich zasadniczych rzeczy, jak np., że leczenie wczesnych i lekkich przypadków gruźlicy nie stanowi racjonalnej walki z tą chorobą, bo źródła zarazy, ciężkie schorzenia gruźlicze pozostają nadal w terenie niewykryte, nieizolowane, stanowią trwałe i nieobjęte żadnymi rygorami niebezpieczeństwo.

Od roku 1900 datuje się żywiołowy rozwój sanatoryjnictwa. Liczb nie będziemy przytaczać, bo chodzi przede wszystkim o uwypuklenie przemian jakim sanatoryjnictwo ulegało. Zdając sobie dobrze sprawę z przesłanek jakim zawdzięcza swój rozwój sanatoria ludowe — niedokładnej znajomości kliniki gruźlicy płuc z jednej strony, a staraniom Ubezpieczeń Społecznych, chcących w ten sposób zmniejszyć wydatki na renty, z drugiej strony — nie będziemy się dziwili, że metody leczenia gruźlicy w tych zakładach długo pozostały konserwatywne, a w długiej i żmudnej drodze badań naukowych, nad leczeniem czynnej gruźlicy płuc, największe zasługi mają za sobą nieliczne stosunkowo sanatoria prywatne. Sanatoriom tym zawdzięczamy opra-

cowanie wielu problemów z kliniki i leczenia, a na materiale tych właśnie zakładów (Davos) wykonano pierwsze w Europie obserwacje na wielką skalę odnośnie do działania odmy sztucznej leczniczej (Brauer, Spingler ogłosili w roku 1910 wyniki leczenia 110 chorych); one również mają za sobą pierwsze próby stosowania tuberkuliny z fatalnymi zresztą wynikami. Rzecz prosta, że z czasem rozwój rentgenodiagnostyki i wyniki badań nad zarazkiem, zakażeniem i kliniką początkowych okresów gruźlicy płuc, rozwój poradni i wyniki przez nie osiągane nie mogły pozostać bez wpływu na poglądy i metody leczenia w sanatoriach ludowych. Konieczną reformę przyspieszyła wojna światowa. Zachorowalność na gruźlicę wzmożła się bardzo; coraz częściej na skutek niedożywienia, przemęczenia fizycznego i nerwowego pojawiać się zaczęły ostre, naciekowe i jamiste formy, wzmożła się też znacznie ilość przypadków z krwotokami, wymagającymi aktywnego leczenia, wzrastała ważność leczenia gruźlicy metodami chirurgicznymi. Ruch przeciwgruźliczy przybrał więc na sile po zakończeniu wojny. Gwałtowny rozwój wiedzy o gruźlicy w pierwszych latach powojennych, dalszy b. znaczny rozwój lecznictwa zapobiegawczego dopełniły miary. Zrozumiano, że leczenie łagodnych form gruźlicy nie doprowadzi do opanowania pandemii gruźliczej i że nacisk należy położyć przede wszystkim na zapobieganie zakażeniu, oraz starać się wszelkimi sposobami wyszukanę ogniska zakażenia doprowadzić do zamknięcia przez aktywne leczenie, lub unieszkodliwić je przez izolację. I od tego momentu rola sanatorium ludowego ulega zasadniczej zmianie; z roli najważniejszego środka w leczeniu gruźlicy sanatoria przechodzą do roli czynnika pomocniczego, ważnego lecz nie najważniejszego.

Aby więc jasno określić stanowisko, jakie zajmuje dzisiaj sanatorium w całokształcie frontu przeciwgruźliczego i rozstrzygnąć dla mających wątpliwości, czy sanatorium jest w chwili obecnej konieczne, musimy sprecyzować dokładnie jego obecną rolę i wykazać usługi jakie oddaje, a następnie przejść do omówienia jego zadań i możliwości.

Przy dzisiejszym stanie wiedzy, jak już powiedzieliśmy, zapobieganie zakażeniu jest najlepszym środkiem zwalczania gruźlicy. Siłą rzeczy zatem najważniejsze zadanie przypada na poradnię przeciwgruźliczą, której obowiązkiem jest wyszukiwanie w terenie źródeł zakażenia i skierowywanie przypadków nadających się do leczenia do sanatorium, lub też izolowanie przypadków beznadziejnych przez umieszczanie na specjalnych oddziałach szpitalnych. Poradnie wreszcie mają stałą pieczę nad zdrowymi a narażonymi na zakażenie (badania kontrolne, leczenia profilaktyczne) w celu przeciwdziałania i niedopuszczania do zapadnięć na gruźlicę. Jak widzimy z tego poradnia walczy i pracuje dla ogółu, podczas gdy sanatorium spełnia funkcję raczej pomocniczą, w zakres której wchodzi walka z gruźlicą już istniejącą i praca dla jednostki

dotkniętej już chorobą. Poradnia stoi na straży zdrowia ogółu, sanatorium służy jednostce. Nie należy jednak mimo to lekceważyć lub pomniejszać świadomie, czy też nieświadomie tej nowej roli sanatorium, bo przede wszystkim dzięki tak rozłożonej współpracy poradnie mają dokąd kierować przypadki czynnej gruźlicy mniej lub więcej zaawansowanej, w każdym razie nadającej się do leczenia. Przy tej okazji musimy zaznaczyć, że nie znamy środka, któryby potrafił zwalczyć radykalnie już istniejącą chorobę. Co kilka lat podnoszą się wprawdzie alarmy, że leczenie złotem, to znowu leczenie chirurgiczne potrafi zwalczyć czynny proces w organizmie i że wobec tego zbyteczne będzie kosztowne leczenie zakładowe, okazują się one jednak po miesiącach czy latach fałszywe. Środka takiego, niestety, ani metody nie posiadamy dotychczas, a wymienione wyżej metody bardzo cenne, zwłaszcza chirurgiczne, stosowane być mogą jedynie w pewnych odsetkach przypadków; przypadki obustronne, krwiopochodne, zawsze grożące przerzuty nawet po udanych zabiegach ograniczają znacznie wyniki leczenia chirurgicznego. Ponadto z naciskiem podkreślić możemy, że wszelkie metody lecznicze przeprowadzane w dobrze urządzonym zakładzie leczniczym przeciwgruźliczym dają możliwie najlepsze wyniki; że np. leczenie ambulatoryjne odmą jest wynikiem konieczności, braku zakładów i środków pieniężnych, a nie wynikiem leczenia planowego, o czym świadczą dostatecznie wyniki, lub chociażby porównanie ilości wysięków odmowych u chorych leczonych odmą w sanatoriach i ambulatoryjn.

Ze zbiegu przytoczonych i innych jeszcze okoliczności wynika jasno, że obecna rola sanatorium nie jest ani mała, ani nieważna, bo wówczas gdy profilaktyka walczy by osobnik nie zachorował, sanatorium zwalcza zło, które już zaistniało, walczy z winami przeszłości w imię dobra jednostki przede wszystkim. Nie należy jednak zapominać, iż poprzez jednostkę pełni ono również służbę dla dobra ogółu, będąc zarazem jak dotychczas środkiem nie do zastąpienia w całokształcie walki z gruźlicą.

Jedno jest tylko konieczne w obecnym stanie rzeczy, a mianowicie reforma istniejącego typu sanatorium, a raczej zróżnicowanie kilku typów. Przede wszystkim jeśli chodzi o nasze sanatoryjnictwo na pierwszy plan wybijają się konieczność budowy tak zw. sanatoriów-szpitali, które na zachodzie Europy dość często już dzisiaj spotykamy. Zanim jednak przystąpimy do omówienia tego typu zakładu, który niewątpliwie pierwsze i najważniejsze miejsce powinien zająć w sanatoryjnictwie ludowym, poświęćmy jeszcze chwilę uwagi sanatoriom specjalnym, które naszym zdaniem są nadal również potrzebne, a nawet konieczne. Będą to sanatoria: wysokogórskie, nadmorskie, oraz sanatoria pomocnicze o charakterze raczej domów wypoczynkowych dla chorych, którzy nie wymagają specjalnych zabiegów, ani specjalnego klimatu, zatem nie muszą zajmować miejsca w sanatorium-szpi-

tal, ani też w którymkolwiek z sanatoriów specjalnych już ze względów czysto ekonomicznych. Poza tym jeśli chodzi o nasze warunki koniecznym byłoby jeszcze otwarcie specjalnego sanatorium w Szczawnicy dla schorzeń płucnych niegruźliczych. Wymienione powyżej typy sanatoriów należałoby ujednolicić i opracować dla każdego z poszczególnych typów stałe wytyczne i normy ułatwiające i usprawniające pracę. Wracając teraz do wspomnianego już typu sanatorium-szpitala omówimy co następuje: a więc działalność zakładu tego typu ogranicza się do określonego, chociażby i dużego terytorium i służy do leczenia i izolacji zasadniczo wszystkich przypadków gruźlicy płucnej i pozapłucnej danego okręgu. Poradnie kierują do sanatorium-szpitala wszystkie przypadki czynnych spraw gruźliczych płucnych, kostnych itd., oraz przypadki wymagające izolacji ze względu na stosunki domowe. Sanatoria - szpitale, położone z reguły niedaleko największego miasta swego okręgu, przeprowadzają leczenie klimatyczno-wypoczynkowe, wykonują wszystkie potrzebne w danym przypadku zabiegi chirurgiczne, przeprowadzają leczenie specyficzne, a oprócz tego służą jako stacje obserwacyjne i przejściowe dla przypadków nadających się do leczenia w sanatoriach wysokogórskich, nadmorskich itp. Bliski zaś osobisty kontakt lekarzy sanatorium-szpitala z poradniami danego okręgu pozwala na celowe opracowanie planu i zorganizowanie walki z gruźlicą na danym odcinku.

To jest wszystko, co możnaby powiedzieć dla jasnego określenia jakie mianowicie stanowisko przeznaczamy obecnym sanatoriom przeciwgruźliczym. Taka jest ich zasadnicza rola w chwili obecnej, rola ta jednak nie wyklucza i nie wyczerpuje wszystkich zadań i możliwości, które z kolei postaramy się wysunąć i oświetlić.

Zdajemy sobie sprawę z tego, jak kosztowną i trudną rzeczą jest wybudowanie i wyposażenie chociażby kilku sanatorium - szpitali, to też zakładów tego typu nie trzeba dużo. W naszych warunkach wystarczyłaby niewielka sieć sanatoriów - szpitali z odpowiednią ilością sanatoriów mniejszych starego typu, spełniających rolę pomocniczą w leczeniu klimatyczno-wypoczynkowym. Natomiast dla lepszego wykorzystania kosztownych w budowie i wyposażeniu sanatoriów-szpitali należałoby obciążyć je jeszcze takimi zadaniami jak: orzecznictwo o zdolności do pracy, szkolenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego (dla całego frontu przeciwgruźliczego), praca naukowa, oraz prace statystyczne i opracowywanie pewnych zagadnień leczniczych i organizacyjnych dla całokształtu walki z gruźlicą. Do tych zadań można jeszcze dodać kilka innych — nazwijmy je, jeśli chodzi o nasze warunki, możliwości — i przy sanatorium-szpitalu otworzyć warsztaty dla chorych, zmuszonych długi czas przebywać w zakładzie, a równocześnie częściowo zdolnych do pracy. Chorych takich niejednokrotnie należy przeszkolić w sensie przygotowania do innego zawodu, wiemy przecież, że zmiana zawodu jest częstokroć koniecz-

nością życiową dla zaleczonych gruźlików z wybitnie zmniejszoną zdolnością do pracy. Nie poruszam już tutaj zagadnienia pracy w sanatorium, jako metody leczenia w znaczeniu psychicznym. Uważam natomiast, że sanatoria-szpitala należałoby jeszcze obciążyć opieką posanatoryjną dla gruźlików - inwalidów, ludzi często w mniejszym lub większym stopniu zdolnych do pracy, lecz latami prątkujących. Spotykamy już takie rozwiązanie tego problemu w Anglii i Ameryce, gdzie w oparciu o sanatoria - szpitale buduje się osiedla dla ozdrowieńców, wyposażone w warsztaty i fermy rolno - hodowlane; stwarza to równocześnie możliwości częściowo samowystarczającej gospodarki zakładu. Jest to znacznie łatwiejsze i może racjonalniejsze rozwiązanie kwestii opieki nad inwalidami gruźliczymi, niż rozwiązanie spotykane już również w innych krajach, a polegające na wydzieleniu pewnych warsztatów w fabrykach i ośrodkach przemysłowych dla pracowników o przeszłości gruźliczej, z równoczesnym stwarzaniem specjalnych towarzystw dobroczynnych, opiekujących się nimi, ułatwiających im badania kontrolne, oraz w miarę potrzeby wyjazd do specjalnych domów wypoczynkowych. Pierwsze z dwóch przytoczonych rozwiązań wydaje nam się prostsze, a równocześnie bardziej celowe, mniej kłopotliwe w organizacji, a zarazem lepiej wykluczające niebezpieczeństwo bezpośredniego kontaktu ze zdrowymi.

Z pewnością wymienione tutaj zadania sanatorium-szpitala nie stanowią granic jego możliwości i z chwilą, gdy zostaną i u nas zakłady tego typu powołane do życia, zakres ich działalności rozszerzą lub zwężą istotne potrzeby. Nie będziemy więc dłużej zastanawiali się nad kwestią którą tak samo, jak liczbę, wielkość i rozmieszczenie sanatoriów - szpitali w poszczególnych województwach, czy innych specjalnych okręgach ustalać kiedyś wspólnie wszystkie czynniki zainteresowane w naszym państwie w walce z gruźlicą. Bo nie wątpimy, że tylko drogą zbiorowego wysiłku tych wszystkich czynników można będzie ująć leczenie zakładowe gruźlicy w pewne normy i zapewnić mu odpowiedni poziom. Dorywczo stawiane, małe zakłady, bez głębszego zrozumienia istotnych potrzeb i bez skoordynowania swojej działalności z istniejącym aparatem przeciwgruźliczym, nigdy nie dadzą dobrych wyników. Aby wyniki były możliwie najlepsze, trzeba raz wreszcie krytycznie rozpatrzyć cały szereg problemów sanatoryjnych i związanych z nimi ściśle zagadnień walki z gruźlicą. Chodzi o to, aby jak już na samym wstępie zaznaczyliśmy zcentralizować i skoordynować poszczególne wysiłki różnych instytucji w tej dziedzinie pracujących, stworzyć sprężysty aparat, który potrafi ogarnąć całokształt zagadnień i zarówno już istniejące zakłady i urządzenia przekształcić w działające sprawnie i współmiernie, jak również nie dopuścić, aby budowało się coś, co z punktu widzenia istotnych naszych potrzeb jest bezsensownym przerostem lub też lekkomyślnie pomyślaną, a kosztowną zabawką. Brak nam jeszcze tak dużo zakładów leczni-

czych, że z pewnością budować będziemy długie lata, niechaj więc ta budowa będzie wyrazem rzeczywistych potrzeb z jednej a celowego przemyślenia z drugiej strony. Nie moim celem jest rozpatrywanie żalosnego losu wszystkich źle projektowanych, niedokończonych zakładów, które później tak trudno przerabiać, uruchamiać i utrzymywać przy życiu.

Wystarczy zwrócić na ten fakt uwagę i pamiętać o tym, nim się cokolwiek budować zacznie.

Przechodząc zatem do kwestii samego budownictwa, trzeba na wstępie zaznaczyć, że wszelką budowę takiego czy innego zakładu leczniczego zaczynamy od rozpatrzenia i przedyskutowania spraw zasadniczych, jak celowość budowy, zapewnienie środków na budowę i eksploatację zakładu oraz związanie nowego obiektu z istniejącym aparatem, prowadzącym walkę z taką, czy inną chorobą. I dopiero z chwilą, gdy powyższe kwestie zostaną rozstrzygnięte w sensie pozytywnym można przystąpić do starannego rozpatrzenia dalszych problemów, takich jak: wybór miejsca, położenia, skład i wielkość zakładu, a po dokładnym zbadaniu terenu, oraz zapewnieniu mającym powstać budynkom dostatecznej ilości wody, prądu elektrycznego, dogodnego dostępu itp. Szukamy najlepszego rozwiązania architektonicznego. Ważną jest rzeczą, aby zarówno we wszystkich rozważaniach wstępnych, jak w wyborze i ustaleniu już samych form architektonicznych, głos równorzędny mieli projektodawca i lekarz. Bo tylko ścisła współpraca tych dwóch czynników, przy budowie wszelkich zakładów leczniczych, może stworzyć całość żywą, celową i praktyczną, zapewnić wszystkie środki umożliwiające po wybudowaniu normalny bieg pracy.

Już przy wyborze miejsca na dany zakład leczniczy musimy przecież pamiętać o samej chorobie, nie zapominajmy więc o niej tym bardziej przy wyborze form architektonicznych; duże usługi odda nam tutaj właśnie lekarz, swoją znajomością psychiki chorego i znajomością samej choroby, a co specjalnie może zasługuje na uwagę, gdy mowa jest o gruźlicy. Budując sanatorium przeciwgruźlicze, pamiętajmy przede wszystkim uwzględnić dwa momenty, a mianowicie, że chory gruźliczo długo zazwyczaj musi przebywać w zakładzie i że gruźlica to choroba zakaźna.

Ponieważ zadaniem naszym jest omówienie spraw związanych z sanatorium przeciwgruźliczym, nie od rzeczy będzie zastanowić się w tym miejscu, jaki typ zakładu odpowiada najbardziej gruźlikowi?

Będziemy usiłowali odpowiedzieć na to pytanie przypominawszy pokrótce na podstawie pracy Kloss'a i Näser'a (Beitr. z Klin. d. T. b. k. tom 91 zeszyt, 4 marzec 1938) oraz własnych spostrzeżeń, dane z psychologii gruźlika. Podkreślamy fakt, że gruźlica nie stwarza żadnego specjalnego typu, ani nie powoduje schorzenia psychicznego, działa tak, jak każda długotrwała wyniszczająca choroba. Na wytworzenie

się pewnych zmian patologicznych w psychice chorego wpływają: jego zasadnicza konstytucja psychiczna, wpływy toksyczne, uraz jaki często powstaje u chorego przy stwierdzeniu czynnego procesu gruźliczego w organizmie, wreszcie wpływy otoczenia. Obraz psychiczny chorego zmienia się również w zależności od tego w jakim stadium choroby znajduje się chory, na co słusznie zwracają uwagę cytowani autorzy.

Wpływy toksyczne świeżego ogniska gruźliczego dominują w okresie początkowym, z objawami tymi spotykają się lekarze praktycy, lub lekarze poradni. Zmęczenie b. szybkie, utrata pamięci i bystrości, b. wzmożona wrażliwość na bodźce fizyczne i psychiczne należą tutaj. Zmiany te występują wcześniej, niż zmiany fizyczne i stąd pochodzi, że niejeden „neurastenik” okazał się później gruźlikiem. Lekarzy sanatoryjnych żywo obchodzą zmiany u chorego, który przybywa do leczenia i w ogromnej większości przypadków wie od razu, że cierpi na gruźlicę. Stwierdzenie rozpoznania, a zwłaszcza obecności prątków Koch'a w płwocinie, stanowi ciężki uraz psychiczny, zwłaszcza u chorych, którzy stracili na gruźlicę kogoś z bliskich, oraz u lekarzy, zdających sobie sprawę z ważności tego faktu. Chorzy przez dłuższy czas są wytrąceni z równowagi, niezdolni do skupienia się, b. drażliwi, przeculeni na punkcie odnoszenia się do nich otoczenia, niezdolni często do powzięcia decyzji itd., to wszystko spotęgowane jest jeszcze zatruciem organizmu jadami gruźliczymi.

Rozpoznanie jednak pomimo to nie wolno przed chorym ukrywać; należy tylko stworzyć mu, zwłaszcza w początkach choroby, jak najlepsze warunki fizyczne i psychiczne leczenia (nieduży, cichy, dobrze urządzony pokój, staranna obsługa i pielęgnacja, odpowiednie, współczujące zachowanie się lekarza). W tym okresie chorzy są bardzo podatni na psychoterapię i można dobrze nastawić ich na cały dalszy ciąg choroby, co jest rzeczą niezmiernie ważną. Chory jedzie do sanatorium najczęściej z pełną ufnością w skuteczność leczenia.

W czasie leczenia, kiedy pierwszy, najsilniejszy uraz mija, zaczynają poza wymienionymi czynnikami działać: otoczenie sanatoryjne, współpacjenci, tryb życia, metody leczenia.

Chorych można z grubsza podzielić na 3 zasadnicze typy. Jedni po pewnym czasie nie widząc poprawy tak szybkiej, jak się spodziewali, stają się nieufni, krytyczni, niespokojni, rezygnują z leczenia, przenoszą się chętnie z jednego sanatorium do innego, ulegają namowom i wpływom „doświadczonych” współchorych. Nie umieją się pogodzić z myślą, że leczenie musi trwać długo, nie potrafią też nagiąć się do wymogów leczenia. Inna grupa chorych stara się zapomnieć o chorobie, nie dopuścić jej objawów do swej świadomości, często dysymulując; to chorzy, którzy nie stosują się do zaleceń lekarza, lekkomyślni, nie zdolni do koncentracji. Wreszcie 3-ia, najlepsza grupa, to chorzy, którzy, otrząsnąwszy się z pierwszego urazu, spokojnie rozważają swoje położenie, starają się poddać

wszelkim wskazówkom lekarza, leczą się pilnie i chcą wyzdrowieć; a często okres leczenia spożytkowują na pracę nad sobą, pogłębiają swe wiadomości. Choroba jest dla nich okresem próby, z której, może nie fizycznie lecz psychicznie, wychodzą lepsi i silniejsi.

Takie nastawienie psychiczne u chorych jest z punktu widzenia prognozy najlepsze.

Długie przebywanie w sanatorium poza znanymi dobrymi stronami ma i swoje ciemne strony np.: zbyt rygorystyczny regulamin dla chorych może wywołać ostre znane z więziennictwa wybuchy niezadowolenia, długi pobyt w sanatorium działać też może źle na samodzielność i tężyźnię życiową chorego; chorzy stają się egocentryczni, tracą zdolność współpracy, zacieśnia się ich horyzont myślowy, stają się często złośliwi, zwłaszcza dla nowoprzybywających chorych. Tutaj należy wreszcie sprawa, rzekomo wzmożonego popędu płciowego gruźliczo-chorych. Należy stwierdzić, że jakkolwiek w gruźlicy popęd ten utrzymać się może bardzo długo, a w pewnych przypadkach daje się wykazać wpływ pobudzający jadów gruźliczych, to jednak przeważająca większość chorych zachowuje się tak, jak w danych warunkach zachowałby się osobnik normalny. Warunkom więc sanatoryjnym w sanatoriach dawnego typu, należy przypisać wyraźniejsze „zaakcentowanie” popędu w czasie leczenia sanatoryjnego. Wierdowanie, obfite odżywianie, brak zajęcia, bardzo często brak większych dolegliwości, łatwość zawierania znajomości w sanatoriach mieszanych, oddalenie od domu, powodują, że ów „gorset moralny”, jak go nazywają Kloss i Nässer, kruszeje i osobnicy o mniej stałych zasadach schodzą z właściwej drogi. Niejednokrotnie przyjść może w ten sposób do rozbicia rodziny.

Z tej krótkiej charakterystyki chorego na gruźlicę wyciągnąć już można pewne zasadnicze wskazania dla budowy, rozplanowania, wyposażenia i organizacji zakładu przeciwgruźliczego. Spróbujmy więc teraz omówić poszczególne problemy budowy, mając na względzie dobro gruźlika.

Dla jaśniejszego zaś obrazu całości postawmy sobie na początek kilka pytań dotyczących samej budowy, jak np.: wielkość zakładu i potrzebna na budowę wielkość terenu, oraz system budowy; rodzaj zakładu i jego skład; wreszcie pytanie, jak powinna wyglądać współpraca architekta z lekarzem przy planowaniu i budowie całości?

Jeśli chodzi o wielkość zakładu przeciwgruźliczego, to stanowczo głosować będziemy przeciwko budowie zbyt dużych obiektów, które z wielu względów technicznych, organizacyjnych, a zwłaszcza psychicznych są niewskazane. Liczba 500, do 600 łóżek w sanatoriach-szpitalach, wydaje nam się górną granicą, poza którą nie należy wychodzić, chcąc mieć dobre wyniki leczenia. Stosowanie mimo to obecnie większych nagromadzeń chorych, tłumaczyć się może jedynie względami ekonomicznymi. Brak funduszy na budowę potrzebnej ilości zakła-

dów zmusza do budowania obiektów jak najpojemniejszych, z odsunięciem na plan drugi indywidualnych potrzeb gruźlika.

Oczywiście, że ściśle z wielkością samego zakładu łączyć się będzie wielkość terenu potrzebnego pod budowę, bo większy zakład będzie wymagał większego obszaru terenowego, jakkolwiek węgdy oszczędności i tutaj każą nam pamiętać, że jeden zakład duży będzie wymagał stosunkowo mniejszego terenu, niż dwa zakłady mniejsze. We Francji odnośnie w tej sprawie przepisy przewidują na każde 100 łóżek 15 hektarów.

Zresztą, jeśli chodzi o wielkość terenu i wymienione już względy oszczędności, to zająbiamy się one jeszcze o inny problem, a mianowicie o system budowy.

Z punktu widzenia dobra chorego nie ulega żadnej wątpliwości, że najlepszy system, to system pawilonowy o niedużych oddziałach; system taki będzie jednak wymagał zarówno większego obszaru, jak i koszt samej budowy znacznie podniesie. Czyli, że trzy, tylko co rozpatrzone zagadnienia moglibyśmy zdefiniować w ten sposób — budowa dużego obiektu i systemem blokowym będzie najekonomiczniejsza, ale stworzy nam chronicznie złe warunki dla chorych, natomiast budowa pawilonowa bardzo dużego zakładu będzie ogromnie kosztowna i organizacyjnie niewygodna; z czego już prosty wniosek, że jeśli tylko pozwalają warunki finansowe, najlepsze są zakłady nieduże, zbudowane systemem pawilonowym.

I następne dwa zagadnienia, również pozostają w pewnej wzajemnej zależności od siebie. Bo, aby można było ustalić skład sanatorium, trzeba najpierw zdecydować, jakiego rodzaju zakład mamy zamiar zbudować: sanatorium, dziecinne, czy dla dorosłych, sanatorium-szpital, czy sanatorium starego typu, duże czy małe? Jeśli sanatorium starego typu, to będzie mniej zróżnicowane i pewne działy mogą być połączone, każde powinno jednak posiadać takie zasadnicze części składowe jak: salę operacyjną, kilka separaetek blisko położonych, oraz mały oddział obserwacyjny. Małe sanatoria mogą mieć kuchnię i pralnię pomieszczone razem w wydzielonym skrzydle gmachu. Bez względu jednak należy wyodrębnić pomieszczenia dla personelu, oraz jeśli warunki zmuszają do umieszczenia biur administracyjnych w domu personalnym, biura muszą posiadać oddzielne wejście.

Sprawie separowania mieszkań personelu i zapewnienia bezpieczeństwa rodzinom, zwłaszcza dzieciom pracowników należy poświęcić przy budowie sanatoriów przeciwgruźliczych więcej uwagi niż dotychczas, dlatego też powrócimy jeszcze do tego tematu.

Poza wymienionymi, w skład całości wejda jeszcze urządzenia pomocnicze takie, jak: portiernia, maszyny, oddział dezynfekcyjny, kotłownia, warsztaty, garaże, stajnie, przynajmniej mała oranżeria, kostnica, wspólne dla całości urządzenia dostarczające wody, prądu, gazu, odprowadzenie i oczyszczenie wód ściekowych.

Wszystkie te sprawy i części składowe dostosowujemy oczywiście do warunków terenowych, komunikacyjnych i finansowych. W zakładach większych odpowiednio rozbudowujemy odnośne działy, dodając, gdy warunki finansowe pozwalają na to, oddzielną kaplicę, oraz w budynkach chorych specjalne pomieszczenia, umożliwiające urządzenie działu zajęć i rozrywek dla chorych: sala kinowa, czytelnia, kilka pokoi dla zajęć kulturalno-oświatowych.

Duże zakłady będą wymagały oddzielnego budynku mieszkalnego dla lekarzy z kasynerem, budynku mieszkalnego dla pracowników umysłowych, z wydzielonym piętrem i świetlicą dla siostr - pielęgniarek, budynku dla pracowników fizycznych, o ile możliwości osobno dla mężczyzn, osobno dla kobiet, wreszcie budynku dla pracowników fizycznych z rodzinami, ten ostatni z ogródkami działkowymi.

Poza tym w zakładach dużych celowym jest zakładanie wzorem francuskim żłobków, ochronek, ogródków jordanowskich dla dzieci personelu. Kto widział infekcje sanatoryjne u dzieci pracowników sanatoryjnych, ten łatwo uzna nie tylko celowość, ale i konieczność takich urządzeń.

Wszystkie wymienione wyżej urządzenia będą obowiązywały oczywiście i sanatorium - szpital z tą różnicą, że stosownie do wielkości zakładu poszczególne części składowe zostaną odpowiednio rozbudowane, a w skład ich wejdą jeszcze właściwe temu typowi zakładu działy: a więc przede wszystkim duży i dobrze wyposażony oddział chirurgiczny, odpowiednio duży oddział izolacyjny i obserwacyjny, oraz ewentualnie: przychodnia dla danego okręgu, pracownia naukowa, dział szkolenia personelu, dział warsztatowy itp.

Nie poruszam już sprawy osiedla gruźliczego przy sanatorium - szpitalu, gdyż uważam, nieśtety, tę kwestię za dość odległą dla nas, tym nie mniej stanowi ona problem ważny i ściśle związany z całokształtem sanatoryjnictwa.

Z kolei przechodzimy do bardzo ważnego zagadnienia współpracy architekta z lekarzem przy budowie i rozplanowaniu zakładu leczniczego. Poruszyliśmy więc już szereg problemów, które miały nas przekonać, że, budując jakiegokolwiek sanatorium musimy od razu myśleć o całokształcie związanych, z mającym powstać zakładem, zagadnień, częstokroć nawet takich, które pozornie nie mają z budową nic wspólnego, gdyż obchodzą blisko i w pierwszej linii lekarza, a nie architekta. Ale wspominaliśmy już również, że architekt powinien być wprowadzony w te problemy właśnie przez lekarza, wypracowującego program budowy.

Program taki musi być zdecydowany, jasny i możliwie dokładny; architekt ze swej strony powinien, wykonując szkice wstępne w różnych podziałkach (szczegóły) i przekrojach, umożliwić lekarzowi przestronną orientację w przyszłym zakładzie. Lekarz powinien poruszać się swobodnie w przyszłym gmachu, namacalnie niejako przekonać się o szerokości korytarzy, klatki scho-

dowej, drzwi, orientować się w poszczególnych odległościach, które ma przebywać chory itd.

Najlepsze, ale też i najdroższe rozwiązanie podał wydział budowlany w Sztokholmie, mianowicie wykonuje się w wymiarach normalnych makiety poszczególnych ubikacji i urządzeń. Poruszam tutaj znowu obszerny temat, w którym głos powinni zabrać inżynierowie sanitarni, architekci, którzy zapewne niejedno będą mieli do zarzucenia lekarzom, jeśli chodzi o opracowanie programów budowy i definiowanie swych zamierzeń.

Chodzi jednak o to, aby, jak na początku zaznaczyliśmy, zarówno zasadnicze elementy budowy jak i rozplanowanie poszczególnych części zostały z punktu widzenia dobra chorego rozwiązywane szczęśliwie i nie utrudniały biegu pracy w uruchomionym już sanatorium. Jedynym zaś sposobem na to jest właśnie jak najściślejsza współpraca architekta z lekarzem.

Lekarz, i to oczywiście lekarz, który ma po za sobą szereg lat pracy w sanatorium przeciwgruźliczym, będzie wiedział, że dla gruźlika najlepszym zakładem jest zakład jak najmniej przypominający szpital, a więc: system budowy pawilonowy, nieduże oddziały, nieduże pokoje, leżalnie o ile możliwości na tym samym poziomie, aby chorych nie zmuszać do chodzenia po schodach, do noszenia koców itd., leżalnie jednorzędowe, nie masowe, odpowiednio głębokie, by chorych na gruźlicę płuc chronić przed nadmiarem słońca. Umywalnie wspólne, W. C., palarnie, kredensy powinny być tak rozmieszczone, aby nie zakłócały spokoju chorych. Odpowiednie rozmieszczenie pokoi lekarskich do badań i zabiegów, oraz pokoi dla siostr ułatwia pracę, kontrolę nad chorym i zapewnia lepszą opiekę. Nacisk położyć też należy na wszelkie urządzenia zmniejszające akustyczność budynków. Budynki powinny być zorientowane w ten sposób, by nie zasłaniały sobie wzajemnie światła i widoku. Szczególną też uwagę należy obecnie poświęcić salom bawialnym, czytelniom, salom kursowym i warsztatom, przy czym te ostatnie mieścić się muszą, rzecz prosta, w osobnym budynku.

Nie potrzebujemy podkreślać, że należy za wszelką cenę unikać tworzenia pawilonów mieszanych, rozdział według płci powinien być bezwzględnie przeprowadzony i pawilony rozmieszczone w terenie możliwie daleko. Obserwacje na ten temat potwierdzają doświadczenia wielu lekarzy sanatoryjnych.

Poza tym ogólnie należy, przy projektowaniu pawilonów dla chorych, unikać zbyt monotonii, czego na przykład nie uniknięto w dużych szpitalach - sanatoriach włoskich. Nie mało ważnym jest też i rozplanowanie parku, zwłaszcza położonego na stoku, konieczne są wówczas rozwiązywania łagodnych wzniesień, możliwości odpoczynku na krytych przystankach, gdyż dla chorych na gruźlicę płuc, pokonywanie nawet łagodnych wzniesień jest niejednokrotnie bardzo trudne.

Wszystko, co dotychczas rozważyliśmy przy budowie i rozplanowaniu sanatorium i sanatorium - szpitala, są to ramy techniczne, następne ważne problemy to: urządzenie wewnętrzne i wyposażenie zakładu.

Urządzenie, znów o ile możliwości nie szpitalne, bardziej urozmaicone i kolorowe.

Wyposażenie ściśle zależne od wielkości zakładu i dokładnego określenia zakresu działania i leczenia, a więc: wszystkie formy gruźlicy, czy tylko gruźlica płucna? Pełna chirurgia, czy tylko leczenie zapadowe przy pomocy odmy piersiowej. Zakład dla dorosłych, czy dzieci?

Jasne określenie sprawy pociąga za sobą też i odpowiednie urządzenie działu rozpoznawczego. A wszelkie zaniedbania w tym dziale mszczą się bardzo, latami hamując rozwój i uniemożliwiając pełne wyzyskanie zakładu, tym samym zmniejszając jego opłacalność.

Dział rozpoznawczy powinien bezwzględnie posiadać: oddział obserwacyjny wielkości ca. 5% łóżek sanatoryjnych, pracownię chemiczno-bakteriologiczną, gabinet z urządzeniami do badań spirometrycznych i przemiany materii, gabinet rentgenowski, stację meteorologiczną, wszystkie te urządzenia zresztą będą obsługiwały cały zakład.

Wylizanie wszystkich urządzeń nie byłoby tutaj na miejscu, należy tylko podkreślić, że pracownia bakteriologiczno - chemiczna w każdym z omawianych typów zakładów gruźliczych, musi być tak urządzona, aby można było wykonywać poza innymi hodowle gruźlicy, badania na zwierzętach i mniej skomplikowane badania serologiczne jak próbę Kahn'a, Meineckiego itp. W dziale chemicznym konieczne są aparaty, umożliwiające całkowity rozbiór płwociny, moczu i krwi, treści żołądkowej itd. Laboratoria sanatorium - szpitala muszą być większe i przygotowane ponadto do wyrobu pewnych szczepionek. Osobno zaś musi być w takich zakładach urządzona pracownia anatomo - patologiczna (histopatologiczna).

W każdym zakładzie niezbędna jest pracownia spirometryczna, w zakładach mniejszych wystarczy mały model ap. Knippinga, spirometry zwykłe, gazomierz i aparat van Sleyk'a, aparatura ta wystarczy również do badań podstawowej przemiany materii. Zakłady przeprowadzające, czy to dla celów orzecznictwa, czy też rozpoznawczych przed zabiegami operacyjnymi, funkcjonalne badania narządu oddechowego i krążenia, posiadać muszą duży model aparatu Knippinga, ergometr, pomocnicze maski, worki Douglas'a, wreszcie elektrokardiograf.

Nacisk należy położyć na urządzenie gabinetu rentgenowskiego. Aparaty nie pozwalające na dalekie $1\frac{1}{2}$ — 2 m. zdjęcia kl. piersiowej w czasie co najmniej 0,2 sek. powinny być wyeliminowane z wyjątkiem przenośnych, pomocniczych aparatów. W miejscowościach gdzie prądu dostarcza własna elektrownia, lub gdzie są znaczne wahania w sieci, należy stosować aparaty kondensatorowe. Urządzenia dodatkowe, jak tomograf, przestona syst. Bucky, są niezbęd-

ne, gdyż rentgenodiagnostyka odgrywa dzisiaj bodaj najważniejszą rolę w ustaleniu rozpoznania. Wszystkie urządzenia stosować się muszą do nowych przepisów to znaczy muszą być pełnoochronne.

Poza tym gabinet rentgenowski powinien być wyposażony we wszystkie inne urządzenia pomocnicze jak kymograf, ewentualnie urządzenie do zdjęć stereoskopowych, urządzenie do zdjęć masowych, jeśli przy sanatorium znajduje się poradnia przeciwgruźlicza.

Dział leczenia w każdym sanatorium musi posiadać wszystkie urządzenia umożliwiające leczenie klimatyczne, specyficzne i zapadowe, z urządzeniem do przepalania zrostów opłucnowych, oraz jako uzupełnienie: inhalatorium, gabinet lecz. fizykalnego z diatermią krótkofalową, dobrze urządzony pokój zabiegowy, gabinet dentystryczny, gabinet laryngologiczny z lampą Cemacha lub Wesely'ego i bodaj małą salę operacyjną.

W sanatoriach - szpitalach na pierwszy plan wybija się oddział chirurgiczny ze względu na tak dużą rolę leczenia chirurgicznego. Oddział taki powinien być pełny, ze stałym chirurgiem, dla zapewnienia ciągłości pracy i utrzymania techniki na należytych poziomach, oddział taki będzie zresztą obsługiwać duży okręg. Trzeba podkreślić, że dla chorego nie jest obojętnym, czy operowany jest w szpitalu, a później przewieziony do sanatorium, czy też operacja i leczenie późniejsze odbywają się w znacznie lepszych warunkach sanatorium - szpitala.

Przy sanatorium - szpitalach umieszczone być mogą oddziały specjalne, na przykład oddz. dla toczniowców.

Omawianie szczegółowe metod leczenia zakładowego gruźlicy nie leży w planie tego referatu. Chciałbym natomiast poruszyć sprawę urządzeń pomocniczych innego rodzaju, ułatwiających leczenie przez stwarzanie dobrego nastroju, takich jak rozrywki i zajęcia chorych. Dziedzina obszerna, u nas prawie jeszcze zupełnie nie uwzględniona. Wiemy, że dłuższy pobyt w sanatorium, jakkolwiek konieczny dla leczenia zmian gruźliczych, może destrukcyjnie wpływać na psychikę chorego, dlatego koniecznym jest wypełnienie godzin wolnych od leczenia przez dobrze dobraną lekturę, pokazy kinowe niebanalne, kursa językowe, fachowe takie jak księgowość, elektrotechnika, czy ogólnokształcące. To wszystko jest jeszcze mało, o ile chodzi o chronicznie chorych, którym należy dać regularne zajęcie, odpowiadające ich siłom; przy czym chcę zdefiniować jasno, że nie istnieje leczenie pracą, sama praca nie leczy. Produktywna natomiast praca pozwala choremu na nauczenie się nowego a stosownego dla niego rzemiosła, wzmacnia jego samopoczucie, stwierdza że nie jest on bezużytecznym członkiem społeczeństwa, praca łagodzi znacznie też to gwałtowne przejście z bezczynności sanatoryjnej do czynnego życia, skracając okres ponownego b. przykrego wprowadzenia się do zawodu.

Trzeba jednak podkreślić, że praca taka, jeśli się ją wprowadza do sanatorium, musi być produktywna i płatna. W osiedlach sprawa ta nie ulega dyskusji, trudniej jest to rozwiązać w sanatoriach, ale zupełnie możliwe, przykłady istnieją „Clinique Manufacture” prof. Rollier w Leysin. Sanatoria niemieckie w Agra (Szwajcaria). Sanatoria holenderskie itd. Sanatoria angielskie, a zwłaszcza amerykańskie idą jeszcze dalej, prowadząc nawet specjalne kursa uniwersyteckie, osobna linia telefoniczna łączy sanatorium z najbliższym wyższym zakładem naukowym, skąd profesorowie nadają prelekcje. Specjalne biura psychotechniczne i przeprowadzane w tym kierunku badania ułatwiają ocenę zdolności do pracy lub wybór nowego zawodu. Konsekwentnie postępując i broniąc interesów chorego, rozbudowano tam również opiekę posanatoryjną, gdzie między innymi ułatwieniami, znajdujemy np. specjalne biura pośrednictwa pracy. Opieka nad domem i rodziną chorego, opieka posanatoryjna i osiedla gruźlicze zamykają całokształt urządzeń służących do leczenia i izolacji gruźliczo chorych.

Omawialiśmy dotychczas zakłady dla dorosłych, dla uzupełnienia dodamy, że zakłady i pawilony przeznaczone dla dzieci będą wymagały osobnych urządzeń, jak oddział kwarantanny, oddział zakaźny, urządzenia szkolne itd.

Przechodzimy z kolei do problemu, który zasługuje na specjalną uwagę ze względu na duże trudności w jego rozwiązaniu.

Wszystkie wymienione typy i rodzaje zakładów wymagają odpowiedniej ilościowo i jakościowo obsady personalnej. Łączy się z tym sprawa ustalenia kwalifikacji, rekrutacji i okresowego przeszkalania i doszkalania, odnosi się to tak do personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, jak administracyjnego. Sprawy te dotychczas nie są uregulowane, a obecnie na przeszkodzie stoi w ogóle brak personelu wysokokwalifikowanego, brak jest też u nas specjalnych katedr fizjologii, a obowiązek szkolenia spada częściowo na same zakłady przeciwgruźlicze.

Zakład Ubezpiec. Społ. w zrozumieniu ważności tej sprawy, intensywnie organizuje szkolenie personelu, urządzając, czy finansując odpowiednie kursy, stwarzając miejsca dla stażystów w swych zakładach, przewidziane też są kursy dla innych pracowników sanatoryjnych. Obszernego tematu nie chcemy tutaj zbyt rozwijać, podkreślamy jednak jedną ważną okoliczność, że wszędzie i zawsze należy dążyć do tego, aby pracownik sanatoryjny, niezależnie od swego stanowiska, rozumiał chorego i umiał do niego podejść. Bez tego zrozumienia nie pomogą najwyższe nawet kwalifikacje. Dlatego też zakłady powinny zatrudniać, zwłaszcza na oddziałach dla gruźlicy otwartej, ludzi, którzy sami zwycięsko przeżyli jakiś proces gruźliczy. Ma to w stosunku do chorych wielkie znaczenie psychoterapeutyczne, nie mówiąc już o tym, że w ten sposób unika się zarażenia osób dotychczas zdrowych.

W tym miejscu zwrócimy uwagę na konieczność bliskiego kontaktu chorych z lekarzem i na wpływ, jaki zawsze wywiera osobowość dyrektora. Gdyż specjalnie w sanatoriach przeciwgruźliczych i w sanatoriach-szpitalach stanowisko dyrektora musi być inne, niż stanowisko dyrektora szpitala ogólnego, o szeregu oddziałów specjalnych. Indywidualność kierownika zawsze odgrywała bardzo ważną rolę w postawieniu, rozwoju i wynikach pracy sanatorium. W wielkich sanatoriach-szpitalach wpływ ten często krocę zatracą się i następuje bardzo duże zeschematyzowanie pracy, przy czym już trudno stworzyć odpowiedni klimat, którego każdy chory, a specjalnie gruźlik potrzebuje.

Musimy sobie powiedzieć, że żądając dużo od personelu trzeba i nie mniej dać mu, a więc przede wszystkim ochrona zdrowia personelu, tutaj należą dobre warunki pracy, umożliwienie odpoczynku po pracy, zwłaszcza w zakładach oddalonych od osiedli ludzkich; wygodne mieszkania; świetlice, ogródki działkowe, ochrona dzieci personelu, kontrola lekarska, kartoteka tuberkulinowa i rentgenowska, przedszkole z ogrodem jordanowskim itd.

Następnym ważnym zagadnieniem jest organizacja pracy, w zastosowaniu przede wszystkim do potrzeb chorego i do istniejących warunków budowlanych i technicznych, które, jak to już wiemy, w swym założeniu powinny umożliwiać i ułatwiać celową organizację pracy. Tutaj też nabiorą znaczenia takie sprawy jak: sytuacja budynków względem siebie, długość i szerokość poszczególnych korytarzy, odległość kredensu od separarek dla ciężko chorych, unikanie zbytniego zgęszczenia ruchu w jednym korytarzu, zwłaszcza niedaleko leżalni, czy pokoju do badań. Dużą rolę będą odgrywały dobrze pomyślane urządzenia instalacyjne, sygnalizacyjne; pomocnicze maszyny w pracowniach. kancelarii, odpowiednie urządzenie kartotekowe pewnych działów, na przykład protokół chorych, archiwum itd. Wszystkie urządzenia powinny ułatwiać przyjęcie, umieszczenie chorego, jego obserwację i leczenie. co łączy się znowu ściśle z organizacją służby lekarskiej i wielkością poszczególnych oddziałów dla chorych itd. Schematów gotowych podać nie mogę; sprawa wymaga przemyślenia i ustalenia wytycznych przez fachowców. gdyż właśnie organizacja pracy w poszczególnych działach sanatorium przeciwgruźliczego wciąż jeszcze nastęrcza duże trudności, a szereg spraw czeka tutaj na opracowanie i ujednolnienie na podstawie zdobytego doświadczenia. Jedno wydaje się być w tej chwili zupełnie pewne, że brak nam kwalifikowanych pracowników w poszczególnych działach i że należy możliwie jak najprędzej przystąpić do szkolenia zarówno lekarzy i pielęgniarek, (do pracy w sanatorium i do walki z gruźlicą w ogóle). jak do szkolenia wszystkich innych pracowników umysłowych i fizycznych, aby można było skończyć z metodą obsadzania stanowisk w sanatoriach ludźmi z przypadku. Szereg lat pracy sanatoryjnej pozwala

dostatecznie ocenić ważność tego problemu, który w codziennej pracy wysuwa się na czoło i dotkliwie daje się we znaki; w rezultacie bowiem niewykształcony i nieodpowiedni personel stoi na przeszkodzie stworzeniu dobrej organizacji pracy i w sposób niedopuszczalny przeciąża pracą i odpowiedzialnością nieliczne jednostki, a w pierwszym rzędzie kierownika zakładu.

W ten sposób możnaby omówić, a nawet szeroko rozwinąć wszystkie dziedziny i zagadnienia, jakie nasuwa planowanie, wystawienie i organizacja sanatorium, czy sanatorium-szpitala; nie jest jednak moim celem rozwinięcie poszczególnych problemów, w referacie tym chciałem raczej wskazać na ważność problemów składających się w sumie na całość dobrze zbudowanego, dobrze wyposażonego i zorganizowanego zakładu przeciwgruźliczego; aby zaś lepiej uwypuklić i sprecyzować poszczególne zagadnienia, omówiłem rolę zakładów, ich rodzaje i części składowe, pracę i wzajemne zabezpieczanie się i zahaczanie o siebie kółek składowych „mechanizmu”.

Zdaję sobie sprawę, że nie omówiłem wszystkiego, całe obszerne problemy administracyjno-lekarskie zaledwie zdołałem wymienić, innych, jak wybór klimatu itp., nie uwzględniłem zupełnie. Sprawy te wyjaśnią i rozwiną powołani do tego fachowcy i nie wątpię, że w ten sposób z czasem stworzy się pewna całość, obejmująca wszystkie problemy sanatoryjnictwa. Może artykuł ten będzie podjętą do rewizji pewnych poglądów i urzędzeń, a z pewnością każdy krok na tym polu podniesie wydajność pracy sanatoriów, podniesie odsetkę wyleczeń długotrwałych, dzisiaj jeszcze nikłą, bo wynoszącą zaledwie 18%, nie licząc popraw nawet dużych, lecz przejściowych.

Kończąc, stwierdzam raz jeszcze, że sanatoria i sanatoria-szpitala, jakkolwiek zepchnięte z pierwszego miejsca, są dla całokształtu walki z gruźlicą nieodzowne, a dokładne poznanie ich roli i mechanizmu pozwoli uniknąć nam wielu błędów poczynionych na Zachodzie i tym samym poprawi efekty ciężkiej i trudnej pracy sanatoryjnej.

R. SZYMANKO

POMOC LECZNICZA NA WSI

Zapewnienie ludności wiejskiej pomocy leczniczej — to wielki ogólnopanstwowy problem. Wieś bowiem nie tylko żywi, ale przede wszystkim dostarcza armii żołnierza, zwłaszcza zaś do kawalerii i piechoty, które grają decydującą rolę w naszej sile zbrojnej.

Zagadnienie więc czy chłop jest zdrowy czy też schorzał — to nie tylko kwestia chłopska. Tymczasem stan zdrowotny wsi nie przedstawia się dobrze. Dlatego też środki zaradcze muszą być znalezione i to znalezione jak najszybciej.

* * *

Zanim przystąpię do omawiania sprawy organizacji pomocy leczniczej na wsi — wydaje mi się słusznym podkreślić, chociaż można to uważać za truizm, że zapewnienie właściwej pomocy leczniczej na wsi możliwe jest tylko gdy:

- 1) jest duża ilość lekarzy, akuszerów, aptek itd. oraz
- 2) gdy opłaty za pomoc lekarską i leki będą niskie.

Bez tych zasadniczych warunków — zorganizowanie pomocy leczniczej na wsi jest nie tylko trudne, ale po prostu niemożliwe.

Jasne jest bowiem, że jeżeli brak jest lekarzy — to w ogóle nie ma leczenia, ponadto, gdyby nawet była na miejscu odpowiednia ilość lekarzy i aptek — ale lekarze ci i apteki pobierałyby ze swe usługi wysokie ceny — jak to na przykład obecnie zachodzi — to i tak ludność wsi nie mogłaby się leczyć i w razie potrzeby

po staremu korzystałaby ze znachora lub babki — bo wieś nasza jest na prawdę biedna.

* * *

Jakie więc w naszych warunkach istnieją możliwości zorganizowania na szerszą skalę pomocy leczniczej na wsi?

Jako system pozornie najprostszy wydawałoby się wprowadzenie społecznego ubezpieczenia na wypadek choroby — i to nie tylko dla robotników rolnych w ścisłym tego słowa znaczeniu, ale również i bezrolnych, a także małorolnych.

Nie wchodząc obecnie w bliższą analizę, jak wyglądać by mogło w szczegółach zorganizowanie tego systemu ubezpieczeniowego — czy to w formie ubezpieczeń społecznych, czy też w formie odrębnego powszechnego zakładu ubezpieczeń wzajemnych od choroby — jedno wydaje się ważne: w chwili obecnej system ubezpieczeniowy, który z konieczności musiałby się stać systemem powszechnym, jest niemożliwy do zrealizowania, ponieważ nie mamy obecnie potrzebnej ilości lekarzy.

Jak wynika z obliczeń przeprowadzonych przez dra Danielskiego, przedstawionych w art. pt. „Pomoc lecznicza dla wsi” (Praca i Opieka Społeczna, str. 434 z r. 1938) było w całej Polsce, w osadach i gminach wiejskich w dn. 1.1. 1938 r. zaledwie 1629 lekarzy, tj. na jednego lekarza przypada średnio 14.556 mieszkańców. Gdyby więc — jak oblicza dr Danielski — przyjąć

choć jako przejściową normę — 1 lekarz na 4.000 mieszkańców — trzeba byłoby osiedlić w okresie najbliższym około 4.500 lekarzy na wsi. Tymczasem rocznie przybywa zaledwie około 300 nowych lekarzy.

W tym stanie rzeczy zorganizowanie systemu ubezpieczenia chorobowego na wsi byłoby obecnie tylko wtedy możliwe, gdyby udało się w związku z wprowadzeniem tego systemu przenieść około 4.500 lekarzy z miast na wieś.

Kwestia przeniesienia lekarzy z miast na wieś zasadniczo nie powinna być uważana za niemożliwą, zwłaszcza z takich ośrodków miejskich jak Warszawa, Kraków, Wilno, Lwów, gdzie liczba lekarzy jest absolutnie, biorąc zbyt wygórowana dla potrzeb miejscowej ludności — nawet jeśli uwzględnimy istniejące w tych miastach fakultety medyczne — które z konieczności skupiają koło siebie większą ilość lekarzy.

Liczyć jednak na możliwość przeniesienia z tych ośrodków aż 4.500 lekarzy na wieś — byłoby zupełnie nierealne nawet, gdyby się zapewniło tym lekarzom jak najlepsze warunki egzystencji na wsi. Przywiązanie do miejsca, obawa przed życiem małym i samotnym, a tym bardziej wioskowym — działać będą niewątpliwie hamująco. Ponadto nie można jeszcze zapominać o tym, że w ogólnym przecięciu w miastach — o ile pominiemy wyżej przytoczone centra — też nie ma nadmiaru lekarzy.

W tych warunkach można się liczyć z góry z tym, że najwyżej drobna liczba lekarzy przeniesie się z miast na wieś i to tylko pod tym warunkiem, jeżeli zapewni im się na wsi odpowiednie warunki egzystencji.

W każdym razie, nawet gdyby i uwzględnić możliwości przesiedlania się części lekarzy z miast na wieś — za mało mamy lekarzy dla wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia chorobowego na wsi.

* * *

Zorganizowanie dostatecznego aparatu leczniczego na wsi musi z konieczności być rozłożone na szereg lat.

W jakim kierunku i w jaki sposób wskazane jest postępować w tym okresie, aby uzyskać możliwie jak największe rezultaty przy jak najmniejszych wydatkach — co oczywiście jest zasadniczym warunkiem powodzenia każdej akcji?

Uważam, że najodpowiedniejszą drogą postępowania jest ta droga, po której już dotychczas kroczy nasza służba zdrowia, a mianowicie dalsza rozbudowa tzw. ośrodków zdrowia.

Ośrodki zdrowia są to placówki terytorialne leczniczo-zapobiegawcze. Organizacja ich polega na tym, że samorząd terytorialny tworzy w danej miejscowości punkt lekarski. Lekarz osadzony w tej miejscowości jest zasadniczo lekarzem zaangażowanym przez samorząd, przede wszystkim jako lekarz sanitarny. Ponadto lekarz ten leczy na koszt samorządu ubogich według ustalonych stawek, również i innych chorujących. Zasadnicze wynagrodzenie lekarza składa się ze stałej pensji za wypełnianie specjalnych

funkcji sanitarnych itd., a ponadto z umówionego z gminami wynagrodzenia za leczenie ubogich itd. Do dochodów jego należy ponadto dochód z leczenia według specjalnej taryfy. Ponadto wykonuje on swoją prywatną praktykę.

Doświadczenia poczynione z ośrodkami zdrowia są na ogół dodatnie. Jedyną złą stroną tego systemu jest przede wszystkim zupełnie niedostateczna liczba tych ośrodków. W dn. 1. I. 1938 r. działało w osadach i gminach wiejskich zaledwie 185 ośrodków zdrowia.

Dodatnie doświadczenie uzyskane dotychczas z ośrodkami zdrowia dają podstawy do dalszego jej rozbudowania.

Na przeszkodzie temu stoi jednak słaby stan finansów gminnych, które uniemożliwiają zorganizowanie na szerszą skalę tych ośrodków.

Akcję ośrodków zdrowia należy w całym zakresie poprzeć, przy czym wielką rolę w tej mierze mogą odegrać ubezpieczalnie społeczne.

Rola ubezpieczeń społecznych w tym względzie polegałaby przede wszystkim na tym, że wszędzie tam, gdzie tylko znajdują się znaczniejsze skupiska ubezpieczonych, należałoby osadzić lekarzy ubezpieczalni, a więc na przykład przy cukrowniach, gorzelniach, krochmalniach, tartakach lub w tych punktach, gdzie wykonywane są roboty publiczne. W związku z tym zaznaczyć należy z góry, że przez umieszczenie w tych punktach lekarzy ubezpieczalni nie byłoby jeszcze możliwe stworzenie tak gęstej sieci lekarskiej, aby objęła ona bez większych luk cały kraj, ponieważ zakłady przemysłowe rolne nie są u nas dostatecznie liczne i gęste.

Pozostałe obszary musiałyby z konieczności zostać poza zasięgiem osiągalnej pomocy lekarskiej w ramach sieci lekarzy ubezpieczeniowych. Dla tych też obszarów pomoc leczniczą powinny zorganizować przede wszystkim władze samorządowe.

W każdym jednak razie takie rozszerzenie sieci lekarzy stanowiłoby samo w sobie już wielki krok naprzód w kierunku zapewnienia wsi potrzebnych kadr lekarzy.

Wynagrodzenie udzielane dla umieszczonych w tych punktach lekarzy ubezpieczeniowych winno być oczywiście proporcjonalne do ilości ubezpieczonych, których by leczyli. Decydującym czynnikiem do jego wymiaru powinno być tylko to, aby uzyskiwane w Ubezpieczalni wynagrodzenie zapewniło lekarzowi najwyżej minimum egzystencji, aby było dla niego jedynie zahaczeniem się na roli.

Zapewnienie lekarzowi takiego minimum egzystencji miałoby już samo wielkie znaczenie. Jasnym jest bowiem, że to minimum nie wyczerpywałoby wszystkich dochodów lekarza. Lekarz taki miałby ponadto możliwość leczenia robotników rolnych, którym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie art. 212 ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Warunki leczenia umiawiane byłyby wtedy bezpośrednio między lekarzem a właścicielem ziemskim.

Ponadto — i to jest właśnie najważniejsze — lekarz taki mógłby zawrzeć umowę z gminą, że będzie leczył — analogicznie jak to czyni dotychczas lekarz ośrodka zdrowia mieszkańców wsi. Przy zawieraniu umów z gminami mogłaby wtedy gmina wymagać od lekarza, by ubogich danej gminy leczył on bezpłatnie, innych natomiast według ustalonej taksy.

Ustalenie szczegółowego stosunku między takim lekarzem a gminą — jest jeszcze kwestią do dyskusji, w każdym jednak razie umowa ta niekoniecznie musiałaby polegać na istnieniu stosunku najmu pracy, a mogłaby raczej się opierać na zasadzie udzielania porad według ustalonej taksy, która nie powinna być w żadnym wypadku wyższa od tej normy wynagrodzenia, według której już obecnie lekarze leczą w ubezpieczalniach społecznych. A więc ponieważ przeciętne wynagrodzenie za wizytę lekarską w ubezpieczalni społecznej wynosi obecnie około 1 zł — przypuszczać by więc należało, że ta sama norma winna być przyjęta również i przy zawieraniu umowy między gminą a lekarzem.

Rozszerzając więc sieć lekarzy ubezpieczalnianych tworzy się więc tym samym naturalne warunki, aby powstały ośrodki zdrowia, których lekarze byłiby równocześnie lekarzami ubezpieczalni, lekarzami ośrodków zdrowia i lekarzami prywatnymi.

Aby zagadnienie osiedlania się lekarzy na wsi mogło być realne, koniecznym jest zapewnienie lekarzom odpowiednich warunków mieszkaniowych. Jeżeli bowiem lekarz ma mieszkać na wsi, to musi mieć odpowiednie mieszkanie. O tym, by lekarz chciał mieszkać w chłopskiej chałupie — mowy nie ma.

Ze sprawą tą łączy się więc kwestia budowy domów mieszkalnych dla lekarzy na wsi.

Domy dla lekarzy winna zasadniczo budować gmina, korzystając przy tym z długoterminowych kredytów, np. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Koszt budowy dostatniego domu lekarskiego, w którym niezależnie od ładnego, ale skromnego pomieszczenia prywatnego znajdowałyby się dostateczne pomieszczenia dla dokonywania praktyki lekarskiej przez danego lekarza, a ponadto i dodatkowe pomieszczenia dla innych lekarzy przyjeżdżających czasowo, np. dla specjalistów, nie powinny zasadniczo zbyt dużo kosztować z uwagi na to, że: 1) plac pod budowę tego domu winna dać gmina bezpłatnie i 2) zwiezenie materiałów budowlanych oraz wykonywanie prac pomocniczych przy budowie domów winno również być dokonane bezpłatnie przez gminę, np. w drodze szarwarków.

Udzielone przez Zakład kredyty na ten cel nie mogłyby być oprocentowane wyżej niż 4,5% rocznie, ponieważ wątpliwym jest, aby przy obecnym stanie finansowym wsi mogła ona zapewnić takim instytucjom wyższe oprocentowanie. Ponadto, gdyby poszczególna gmina nie była w stanie pokryć nawet i tych kosztów, koniecznym byłoby przyjęcie jej z pomocą Skarbu

Państwa w wysokości zapewniającej odpowiednie oprocentowanie. Wydatki z tego tytułu nie byłyby w żadnym wypadku duże.

Jeżeli zważymy, że koszt budowy w tych warunkach domu lekarskiego nie powinien przekraczać 20.000 — 25.000 zł, koszt roczny oprocentowania (bez amortyzacji) wyniósłby 1.125 zł. Biorąc jednak pod uwagę, że do pokrywania tych kwot powołany powinien co najmniej być w części sam lekarz, jak i gmina, dopłata Państwa byłaby bardzo mała. Jasnym jest bowiem, że gdyby dany lekarz udzielił w ciągu miesiąca 500 — 600 wizyt po 1 złotówce, to w tych warunkach mógłby śmiało pokryć z własnych dochodów część kosztów komornego.

Zasadniczym warunkiem powodzenia organizowanej w ten sposób akcji leczniczej na wsi jest kwestia kosztów leków. Ceny liczone dotychczas przez prywatne apteki są za wysokie dla kieszeni chłopskiej. Dlatego też winny być poczynione wszelkie kroki, by koszty te obniżyć.

Rola ubezpieczeń społecznych pod tym względem może być również olbrzymia. Przede wszystkim należałoby udostępnić masom chłopskim możliwość korzystania z lekarstw aptek ubezpieczalni społecznych po własnych cenach ubezpieczalni. Gdyby to nastąpiło — stanowiłoby olbrzymie potanień kosztów leków co najmniej o 50%.

Aby to mogło nastąpić koniecznym by było oczywiście rozbudowanie sieci aptek ubezpieczalni społecznych.

Ponieważ jednak w tej mierze liczyć się należy z oporem aptek prywatnych, sprawę tę można by było również załatwić i w ten sposób, że prywatne apteki byłyby zobowiązane jedynie do robienia zakupów w Centrali Zaopatrzenia Instytucji Ubezpieczeń Społecznych, a ponadto do sprzedawania tych leków chłopom według specjalnej taksy. Przy tym stanie rzeczy, przypuszczać należy, że apteki prywatne nie poniosłyby nie tylko żadnych strat, ale nawet zwiększyłyby razem z obrotami swoje zyski ogólne. Jeżeli by więc kto poniósł straty przy tym systemie, to najwyżej hurtownie leków. W każdym jednak razie ani ludność wiejska, ani przemysł farmaceutyczny, który zwiększyłby jedynie swą produkcję, ani ubezpieczenia społeczne nie poniosłyby przez to żadnych strat.

W tych warunkach, wobec wielkiej wagi, jaką dla państwa posiada zdrowie wsi, względy na drobne interesy drobnych grup nie powinny grać takiej roli, jaką one grały poprzednio w okresie, gdy tworzyły się apteki kas chorych, które, jak się w końcu okazało, wcale nie zmiały z powierzchni życia aptek prywatnych.

Przedstawione powyżej projekty organizacji pomocy leczniczej — mogą jednak okazać się skuteczne tylko wtedy, gdy posiadać będziemy odpowiednią liczbę lekarzy, farmaceutów itd., którzy zgodziliby się iść na wieś.

Ponieważ jednak obecnie takich lekarzy wielu się nie znajdzie — trzeba więc tworzyć takich lekarzy.

Otóż i pod tym względem planowa akcja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może dać wielkie rezultaty.

Zagadnienie tworzenia kadr lekarskich może być uregulowane przez specjalny system ubezpieczeniowo-stypendialny. System ten polegałby na tym, że np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych udzielałby wstępującej na wydział medyczny młodzieży subsydiów tytułem pożyczki oprocentowanej, do której obliczałby ponadto specjalną premię asekuracyjną na wypadek przedwczesnej śmierci, inwalidztwa itd. osoby subsydiowanej. Ten system polegałby więc na tym i tym różniłby się od normalnego ubezpieczenia życiowego, że ubezpieczalnia najpierw udzielałaby świadczeń, a premia za to ubezpieczenie wypłacana byłaby dopiero po wypłaceniu sumy ubezpieczonej tj. po udzieleniu pełnych subsydiów. Szczegółowymi warunkami do udzielenia takiego subsydium byłoby preliminarne zobowiązanie się lekarza-stypendysty, że po ukończeniu nauk będzie zobowiązany nie tylko do zwrotu łącznie z oprocentowaniem i premią, ale również i do leczenia na wsi, co najmniej przez pewien ściśle określony czas, z tym oczywiście zastrzeżeniem, że gdyby dany lekarz mimo swe zobowiązania nie chciał osiąść na wsi, musiałby płacić odpowiednio wysoką karę umowną ponad zwrot sumy ubezpieczeniowej.

Proponowany powyżej system miałby ponadto te dobre strony, że umożliwiłby w więk-

szym stopniu wykształcenie na lekarzy synów chłopskich, których w obecnych warunkach nie stać w ogóle na naukę. Ponadto lekarz — syn chłopa łatwiej znosiłby życie na wsi i tym samym byłby pod wieloma względami lepszym lekarzem od leczącego na wsi lekarza-miejskiego już chociażby z tego powodu, że lekarz chłop lepiej potrafiłby się zżyć z chłopem niż lekarz — pochodzący z miasta.

Pozostaje jeszcze sprawa szpitali dla ludności wiejskiej. W przeciwieństwie do sprawy osadzania lekarzy na wsi, do kwestii obniżenia kosztów lekarskich i do kształcenia nowych lekarzy, które zasadniczo dadzą się osiągnąć bez ofiar ze strony społeczeństwa, a w szczególności Z. U. S., bo jeśli proponuję budowę domów lekarskich, szkolenie lekarzy z funduszy Z. U. S.-owych itd., to tym samym wcale nie proponuję narażania Zakładu U. S. na straty, a jedynie zmianę kierunku lokat — sprawa budowy i utrzymania szpitali dla ludności wiejskiej jest bardzo trudna do osiągnięcia. Koszty leczenia w szpitalu są w obecnych warunkach dla chłopca — zarówno dla jednostki jak i dla gminy — zawsze za wysokie. Chłop bowiem, który będzie leczony w szpitalu przez dłuższy czas — nawet gdyby korzystał z najbardziej ulgowej taryfy — będzie zawsze narażony na ruinę. Sprawy szpitali dla wsi nie da się więc — moim zdaniem — rozstrzygnąć bez znacznych dotacji ze strony państwa.

R. G.

KILKA UWAG W SPRAWIE AKTUALNEJ

Artykuły Dra J. Szumskiego w poprzednim i R. Szymanki w numerze niniejszym aktualizują na łamach Przeglądu dyskusję nad jednym z najważniejszych zagadnień społecznych Polski, zagadnieniem zdrowia wsi, zdrowia 75% obywateli. Zagadnienie oczywiście o wiele zbyt szerokie, aby je do problematyki ubezpieczeń społecznych w całości zaliczyć. Ubezpieczeniowców mogą tu zająć dwa zagadnienia: 1) w jakiej mierze urządzenia ubezpieczeniowe mogą być właściwą formą organizacji opieki nad zdrowiem ludności wiejskiej, lub jej części (robotników rolnych), 2) jakie funkcje w organizacji opieki nad zdrowiem całej ludności wiejskiej mogą spełniać istniejące urządzenia ubezpieczeniowe. Autor niniejszych uwag nie zamierza konstruować pozytywnych tez i projektów, pragnie jedynie zwrócić uwagę na kilka aspektów tej sprawy, które w dyskusji nad obu problemami nie powinny być jego zdaniem pomijane.

1. Nie negując twierdzenia, że opieka nad zdrowiem — a więc nie tylko leczenie chorób społecznych, ale i ich zwalczanie — ma donioślejsze znaczenie społeczne, niż pieniądze zasiłki chorobowe, można zaryzykować drugie twierdzenie, że bez zasiłków chorobowych

ubezpieczenie na wypadek choroby nigdy by nie powstało. Jedynie bowiem utrata zarobku i odpowiedni zasiłek mają w pełni cechę wymierzalności, umożliwiającą zastosowanie metod ubezpieczeniowych, a w każdym razie one tylko mogą usprawiedliwić zastosowanie składki zmiennej zależnie od zarobku. Jeżeli dziś, wobec rozwoju prawodawstwa z zakresu umowy o pracę prawo do zasiłku pieniężnego utraciło swą wagę dla pracowników umysłowych, a w wyniku umów zbiorowych traci, lub może stracić również dla wielu kategorii robotników przemysłowych, to dla stałych robotników rolnych wobec przewagi wynagrodzenia w naturaliach, zagadnienie to może być poprawnie rozwiązane tylko w ramach zbiorowych bez potrzeby urządzeń ubezpieczeniowych. O możliwości zaś zapewnienia zasiłków chorobowych dla robotników rolnych dniówkowych, nie związanych z pracodawcą żadną trwalszą umową, lepiej chyba nie mówić. Pozostałyby więc dla ubezpieczenia tylko świadczenia rzeczowe. Określenie ilościowe i jakościowe leczniczych świadczeń rzeczowych jako przysługującego ubezpieczonemu prawa jest zadaniem wyjątkowo trudnym, tym bardziej, że konieczne ze względów finansowych ograniczenie tych świadczeń musi nie-

uchronnie prowadzić do znanych nam wszystkim konfliktów. Zapewnienie każdemu robotnikowi rolnemu podmiotowego prawa do pomocy leczniczej w każdym wypadku choroby jest celem, do którego dążyć należy. Może jednak na razie racjonalniej byłoby rozpocząć od celowej akcji zwalczania gruźlicy, chorób wenerycznych, jaglicy, opieki nad macierzyństwem, nie narażając się na to, że koszty normalnej pomocy lekarskiej w każdym wypadku choroby pochłona w całości rozporządzalne dochody.

2. Drugą cechą urządzenia ubezpieczeniowego to składki. Nie jest wyłączone, że dla ludności miejskiej robotniczej opiekę nad zdrowiem można byłoby racjonalniej i bardziej celowo zorganizować nie na zasadach ubezpieczenia. Ale przy ubezpieczeniu połowę kosztów tej opieki pokrywa się z zarobków robotniczych, które tylko składką, a nie podatkiem można na ten cel obciążyć. Wobec różnicowania zawodowego pracodawców przemysłowych i handlowych, tylko liczba zatrudnionych przez nich pracowników i wysokość wypłacanych zarobków, a więc cechy, stanowiące podstawę wymiaru składek, a nie uwzględniane w systemie podatkowym, mogą być właściwym miernikiem ich udziału w tych kosztach.

Natomiast nasze gospodarstwo wiejskie posiada jeszcze wiele cech gospodarstwa naturalnego, bezpieniężnego. Zwłaszcza w zakresie stosunków pracy. Zarobek gotówkowy stalego robotnika rolnego, to minimalna część jego wynagrodzenia, niezbędna na zaspokojenie tych potrzeb, które w ramach gospodarki naturalnej nie mogą być w żaden sposób pokryte. Na składkę ubezpieczeniową nie ma w nim miejsca. Pracodawcy rolni, to pracodawcy tego samego zawodu. Dla obciążenia gospodarstw rolnych kosztami opieki nad zdrowiem lub ich częścią nie jest konieczne uciekanie się do składek opartej na liczbie zatrudnionych i sumie zarobków. Inne cechy — obszar, klasa gleby, rodzaj uprawy, rodzaj uprzemysłowienia, a więc cechy uwzględniane już w systemie podatkowym dać mogą dostateczne wskaźniki dla słusznego rozdziału opłat, pozostają bowiem w stałym stosunku do liczby pracowników. Pamiętajmy zaś, że jeśli chcemy ściągać daniny publiczne od innych osób i według innych cech niż jest to już stosowane, to za darmo operacja taka przeprowadzona być nie może.

3. Trzecią cechą ubezpieczeń społecznych to samorząd. Nie zamierzam szerzej omawiać zagadnienia w jakiej mierze istnienie samorządu może ułatwić, czy też utrudnić prowadzenie celowej akcji opieki nad zdrowiem. Musi się jednak nasuwać pytanie, czy wyodrębnianie tych zagadnień z zakresu pracy samorządu terytorialnego i przekazywanie ich odrębnemu samorządowi celowemu jest wskazane. Jak odrębność taka i związana z nią możliwość obarczenia innej instytucji uciążliwymi kłopotami wpływa na ustosunkowywanie się do pewnych zadań ogólnych, mieliśmy niedawno możliwość zaobserwować na przykładzie stanowiska przedstawi-

cieli interesów samorządu terytorialnego w sprawie skasowania 15%-owej niżki kosztów szpitalnych.

4. Fundusze ubezpieczeń emerytalnych posiadają istotnie obecnie nadwyżki, przeznaczone do lokowania. Na rentowności i bezpieczeństwie tych lokat oparty jest los ubezpieczonych. Jeśli w ogólnych planach lokacyjnych można przewidzieć dokonanie części tych lokat na warunkach nieco pod względem rentowności gorszych od innych możliwych, to musi to być uzasadnione korzyścią społeczną, jaką z lokat tych odniesie odpowiednia grupa ubezpieczonych. Nie widzę zaś żadnego uzasadnienia, aby właśnie składki robotników przemysłowych miały być traktowane jako źródło, szczególnie dogodnego kredytu dla najważniejszych nawet zadań samorządu wiejskiego. Pożyczki dla samorządu terytorialnego wiejskiego mogą zatem być udzielane, jeśli będą pod względem rentowności i bezpieczeństwa dostatecznie atrakcyjne. Jeśli tak nie jest, to na pewno bez winy instytucji ubezpieczeniowych. Oczywiście możliwe są inne formy kredytu, na przykład zakup odpowiednich papierów. W tym jednak wypadku żądanie kredytów winno być skierowane pod adresem tego kto papiery te emituje. Wreszcie konieczne wydaje się przypomnieć, że w tym samym stopniu jak fundusze instytucji ubezpieczeń społecznych mogą być uwzględnione w tego rodzaju akcjach fundusze Państwowego Zakładu Emerytalnego, Fundusze Emerytalne Banku Gospodarstwa Krajowego, Państwowego Banku Rolnego, Pocztovej Kasy Oszczędności, Banku Polskiego, samorządów terytorialnych, monopoli państwowych itp. Pamiętać również trzeba, że lokaty uznane za dostatecznie pewne i rentowne dla zabezpieczenia świadczeń ubezpieczeniowych, tj. oszczędności zorganizowanej musiałyby być traktowane również jako dostateczne dla zabezpieczenia oszczędności zwykłych składanych w P. K. O. i Kasach Komunalnych.

5. Koszty administracji ubezpieczeń społecznych są pokrywane w Polsce całkowicie ze składek ubezpieczeniowych. Nie tylko ani Skarb Państwa, ani samorządy terytorialne nie mogą ze względów budżetowych przejąć na siebie, jak w większości innych krajów, części tych kosztów, ale nawet koszty czynności aparatu państwowego, związanych z istnieniem ubezpieczeń (koszty sądów ubezpieczeniowych i nadzoru) są u nas również ze składek ubezpieczeniowych pokrywane. Ubezpieczenia społeczne nie są w Polsce nawet w stosunku do pracowników najemnych poza rolnictwem instytucją powszechną. Istniejące wyłączenia i systemy odrębne sprawiają, że zarówno w zakresie ubezpieczenia chorobowego, jak emerytalnego robotników, a szczególnie emerytalnego pracowników umysłowych Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalnie Społeczne są tylko samowystarczającymi ubezpieczycielami pewnych określonych grup częściowych (zwykle najgorszych ryzyk). W tych warunkach nie ma istotnie

podstaw do traktowania istniejących instytucji ubezpieczeń społecznych, jako organizacji, którym pewne ogólne zadania z zakresu opieki i polityki społecznej mogą być powierzane (jak np. organizacja szkolenia lekarzy, sieci lekarskiej na wsi, dostarczanie leków itp.). Zasada koordynacji i współpracy nie przekraczającej granic rzeczowej właściwości, wydaje się tu być bardziej słuszna.

6. Krótką uwagę chciałbym poświęcić jeszcze sprawie różnic pomiędzy poszczególnymi terytoriami Rzeczypospolitej. Ubezpieczenie choro-
bowe robotników rolnych funkcjonuje sprawnie na Śląsku Górnym i Zaolziańskim. Być może, że zasada ubezpieczenia mogłaby być zrealizowana w województwach zachodnich, gdzie liczebność stałych robotników rolnych jest największa, robotnicy ci żyją w większych skupieniach, a zagadnienie komunikacji i rozmieszczenia lekarzy jest najłatwiejsze. Być może jednak również, że metody te nie dadzą się zastoso-

wać ani w województwach centralnych, ani południowych — nie mówiąc już o wschodnich. Nie sądzę, aby projektowanie jednolitych reform dla całego Państwa z pomijaniem tych różnic było celowe.

7. Na zakończenie jeszcze jedna uwaga ogólna. Ubezpieczenia społeczne, to urządzenie bardzo mądre, celowe i pożyteczne, to jedno z piękniejszych osiągnięć umysłu ludzkiego w walce zarówno z naturą samą jak i rozkładowymi czynnikami w życiu społecznym. Dla pewnych grup społecznych i pewnych klęsk życiowych ubezpieczenia okazały się metodą najlepszą i najracjonalniejszą. Ale ubezpieczenia społeczne nie są środkiem uniwersalnym, ani panaceum. Jak każde urządzenie ludzkie mają one wartość tylko w właściwym dla siebie zakresie. W pewnych wypadkach poszukiwanie rozwiązań w oparciu o urządzenia ubezpieczeniowe może okazać się niedostateczne albo zupełnie błędne.

M A T E R I A Ł Y

KAZIMIERZ JAROSZEWSKI

ZAGADNIENIE UBEZPIECZENIA SAMODZIELNYCH JEDNOSTEK GOSPODARCZO SŁABYCH

Zagadnienie ubezpieczeń społecznych dla samoistnych rzemieślników, drobnych przemysłowców, kupców i t. d. należy do najważniejszych problemów i najżywniejszych postulatów, wysuwanych od szeregu lat przede wszystkim przez samoistnych rzemieślników i ich organizacje.

Idąc za postępem społecznym i uwzględniając prądy ideowe, nurtujące społeczeństwa, rzemieślnicy szukali zawsze właściwej formy rozwiązania zagadnienia zapatrzenia na starość.

Już w wiekach średnich spotykamy w organizacjach rzemieślniczych komórki, w ramach których, dzięki myślowi solidarności zawodowej, zapewniano opiekę starcom i niezdolnym do pracy.

Rzemiosło było jednym z wielkich fundatorów instytucji opieki społecznej.

Zmysł solidarności i wzajemnej opieki przetrwał wśród rzemieślników mimo ciągłych zmian w formach organizacji zawodowej rzemiosła. Te dążenia skryształizowały się po wojnie w rzemiosło zarówno w Polsce jak i w bardzo wielu państwach Europy i poza Europą, w postaci różnych projektów ubezpieczenia społecznego rzemieślników, odpowiadających lepiej potrzebom danej społeczności, od dotychczasowych form pomocy, udzielanej niedostatecznie przez organizacje zawodowe.

Międzynarodowe organizacje rzemiosła, których jest obecnie trzy (Rzym, Paryż, Bruksela), również zajmowały się na swych zjazdach sprawą ubezpieczenia samoistnych rzemieślników.

Druga Międzynarodowa Konferencja rzemieślnicza, zorganizowana przez Międzynarodowe Centrum Rzemio-

sla w Rzymie, powzięła w czerwcu 1937 r. w Wiedniu uchwałę treści następującej:

„Organizacje rzemieślnicze we wszystkich państwach, które zgłosiły akces do Międzynarodowego Centrum Rzemiosła w Rzymie (np. Polska, Italia, Niemcy, Czechosłowacja, Węgry, Jugosławia, Dania, Norwegia, Szwecja i inn.), powinny dążyć w swych pracach, w oparciu o pomoc finansową państwa do realizacji ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby, wypadku przy pracy, inwalidztwa i na starość samoistnych rzemieślników łącznie z członkami rodziny”.

Konferencja ta zwróciła się także do różnych państw z apelem o rozwiązanie tego ważnego zagadnienia w rzemiosle przez wprowadzenie dla rzemieślników i ich rodzin ubezpieczeń społecznych. Z treści uchwały wynika, że autorzy jej widzą możliwości rozwiązania tego żywotnego problemu w rzemiosle tylko przy pomocy państwa.

Jak się rozwijała idea ubezpieczenia społecznego samoistnych rzemieślników w Polsce?

Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym w brzmieniu rozporządzenia Prezydenta z dnia 24 października 1934 r. normuje obowiązkowe ubezpieczenie osób bez różnicy płci i wieku, pozostających w stosunku służbowym. W myśl art. 12 tej ustawy mogą przystąpić dobrowolnie do ubezpieczenia od ryzyk, objętych ustawą scaleniową osoby, nie podlegające obowiązkowi ubezpieczenia, które ukończyły 16 rok życia, a nie przekroczyły czterdziestego piątego, jeżeli całkowity ich dochód roczny nie przewyższa 10.000 zł.

Przepis powyższy częściowo tylko wszedł w życie, gdyż rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 10 kwietnia 1934 r. określa warunki dobrowolnego ubezpieczenia tylko na wypadek choroby i macierzyństwa. Z możliwości tych jednak korzysta, jak dotychczas, nieznaczna liczba osób, a mianowicie w 1936 r. było według danych Z. U. S. dobrowolnie ubezpieczonych na wypadek choroby i macierzyństwa tylko 1.319. Na podstawie własnego doświadczenia możemy więc stwierdzić, że idea dobrowolności nie zdała egzaminu w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, jak zresztą w bardzo wielu innych dziedzinach gospodarczych, np. organizacji zawodowo-gospodarczych szczególnie drobnej i średniej wytwórczości. W zakresie ubezpieczeń społecznych, nie opartych na przymusie, nic nie można zbudować trwałego i planowo zakrojonego na szeroką skalę. Przykład liczbowy, wyżej podany, świadczy o tym dobitnie.

Dotychczas brak jest przepisów wykonawczych, które by normowały dobrowolne ubezpieczenie od innych ryzyk, objętych ustawą scaleniową.

Ministerstwo Opieki Społecznej w uzasadnieniu z dnia 2 marca 1932 r. do projektu ustawy scaleniowej, stwierdza, że reforma ubezpieczeń społecznych nie jest całkowita, gdyż reguluje ubezpieczenie tylko osób, utrzymujących się z pracy najemnej. Potrzeba ubezpieczenia sięga dalej, zdaniem Ministerstwa i daje się odczuć wśród wszystkich grup ekonomicznie słabych, a więc i pośród drobnych rzemieślników. W dalszej swej argumentacji Ministerstwo podkreśla, że ubezpieczenie samoistnych rzemieślników będzie w ogóle znacznie droższe, gdyż odsetek ludzi, którzy dożywają starszego wieku, a tym samym uzyskują prawo do renty starczej wśród samodzielnie zarabujących jest znacznie wyższy, niż wśród osób utrzymujących się z pracy najemnej; nadto mniejsza jest w tej grupie śmiertelność, wobec czego okres pobierania renty dłuższy. Argumentacja Ministerstwa Opieki Społecznej wydaje się prawdopodobna, lecz nie jest poparta żadnymi ścisłymi obliczeniami, ustalonymi przy pomocy aparatu aktuarialnego.

Problem ubezpieczenia samoistnych rzemieślników w Polsce został na terenie organizacji rzemieślniczych po raz pierwszy poruszony w 1930 r. w miesięczniku „Życie Rzemieślnicze”.

Z chwilą powołania do życia w Warszawie w 1931 r. Rady Izb Rzemieślniczych R. P., jako centralnego biura 17 Izb Rzemieślniczych, została rozpisana ankieta do wszystkich Izb Rzemieślniczych celem stwierdzenia w ośrodkach rzemieślniczych popularności ubezpieczenia samoistnych rzemieślników na starość, na wypadek niezdolności do pracy, lub śmierci.

Chodziło w tej ankiecie o ustalenie:

- 1) czy w okręgach Izb Rzemieślniczych zapoczątkowano akcję w sprawie ubezpieczenia samoistnych rzemieślników i ewentualnie w jakim stadium znajduje się ta akcja,
- 2) czy istnieją odpowiednie komórki przy Izbach, które by zajmowały się organizacją ubezpieczeniowych kas rzemieślniczych.

Ponadto chodziło o zebranie danych odnośnie wysokości jednorazowego wkładu w formie ubezpieczeniowej kasy rzemieślniczej z uwzględnieniem zdolności płatniczej rzemieślników w poszczególnych okręgach Izb Rzemieślniczych i wysokości składki miesięcznej za

ubezpieczenie od ryzyk przez nas wspomnianych na rzecz przyszłych rzemieślniczych kas rentowych. Treścią tej ankiety zostały zainteresowane cechy i organizacje rzemieślnicze. Na podstawie jej wyników można było stwierdzić, że ubezpieczenie samoistnych rzemieślników w omawianym zakresie jest bardzo popularne w sferach rzemieślniczych. W niektórych okręgach województw wschodnich i południowych proponowano wprowadzenie przymusu w tym ubezpieczeniu, chociaż w ankiecie nie było najmniejszej aluzji odnośnie tego zagadnienia.

W województwach zachodnich powstał wówczas komitet dla zorganizowania rzemieślniczego zakładu rentowego w Poznaniu, który miał być założony w myśl ankiety Rady Wojewódzkiej Narodowo - Chrześcijańskiego Zjednoczenia Rzemiosła z dnia 3 maja 1931 r. Projekt statutu był opracowany na wzorach przyjętych u naszego zachodniego sąsiada. Rzemieślniczy Zakład rentowy był pomyślany do pewnego stopnia jako towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, z przystosowaniem do przepisów rozporządzenia Prezydenta z dnia 28 stycznia 1928 r. o kontroli ubezpieczeń. Zakład ten nie powstał nie dlatego, ażeby rzemieślnicy zachodnich województw nie doceniali znaczenia tego zagadnienia, lub nie widzieli dla siebie korzyści, płynących z tego ubezpieczenia, lecz dlatego, że przepisy wspomnianego rozporządzenia o kapitale zakładowym są zbyt rygorystyczne i uniemożliwiały uruchomienie nowej instytucji wskutek trudności w zebraniu kapitału zakładowego. To też z chwilą sformułowania problemu ubezpieczenia samoistnych rzemieślników stwierdzono w miarodajnych ośrodkach rzemieślniczych, że rozstrzygnąć go będzie można, ale nie w ramach rozporządzenia Prezydenta o kontroli ubezpieczeń z 1928 r., lecz w drodze oddzielnych przepisów, uwzględniających specjalne potrzeby rzemieślników.

Jeden jeszcze moment ankiety zasługuje na szczególne podkreślenie. Na podstawie jej wyników można było stwierdzić, że stopień zainteresowania i popularności ubezpieczeń wśród rzemieślników był największy w zachodnich województwach. Jest to zjawisko zupełnie zrozumiałe, gdyż jak nas uczy historia gospodarcza, ubezpieczenie prywatne szczególnie długoterminowe, jest najlepiej rozbudowane i rozpowszechnione w tych krajach, które stoją na wysokim poziomie pod względem gospodarczym i cywilizacyjnym i które stworzyły odpowiednie podstawy prawne dla jego organizacji i pomyslnego rozwoju.

Zrozumienie tego zagadnienia przez samorząd gospodarczy rzemiosła znalazło swój wyraz w uchwale Rady Związku Izb Rzemieślniczych R. P. z dnia 8 marca 1935 r., stwierdzającej, że najwłaściwszym rozwiązaniem zagadnienia ubezpieczenia samoistnych rzemieślników, byłoby stworzenie odrębnej instytucji, która by wszechstronnie odpowiadała potrzebom rzemieślników, oraz dostosowała wysokość składek do ich możliwości finansowych. Ministerstwo Opieki Społecznej poinformowane o treści tej uchwały powiadomiło samorząd gospodarczy rzemiosła, że do idei wprowadzenia długoterminowego ubezpieczenia samoistnych rzemieślników odnosi się przychylnie.

Na terenie Sejmu sprawa ubezpieczenia samoistnych rzemieślników również była poruszana kilkakrotnie przez posłów, reprezentujących interesy rzemiosła.

B. poseł C. Pasiński (B. B.), w czasie dyskusji nad ustawą scaleniową, scharakteryzował poraż pierwszy szczegółowo w dniu 17 lutego 1933 r. zagadnienie ubezpieczenia społecznego samoistnych rzemieślników i domagał się w konkluzji oparcia tego ubezpieczenia na zasadach przymusowości. Następnie sprawę tę omawiano w Sejmie stale z okazji dyskusji nad budżetem Ministerstwa Opieki Społecznej. W styczniu 1939 podczas obrad nad budżetem M. O. S. posłowie i senatorowie, reprezentujący rzemiosło, przypomnieli również konieczność wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia rzemieślników na wypadek starości, niezdolności do pracy i śmierci.

Stanowisko rzemiosła wobec ubezpieczeń społecznych to jeszcze jeden dowód więcej na potwierdzenie faktu, że rozszerzenia zakresu zorganizowanej opieki państwowej domagają się klasy społeczne, złożone z jednostek samodzielnych, lecz gospodarczo słabych.

Na tym przykładzie możemy stwierdzić, że polityka ubezpieczeniowa Państwa i zainteresowania danej klasy społecznej zbiegają się w sprawie olbrzymiej wagi. Jest to fakt szczególnego znaczenia dla idei ubezpieczenia samodzielnych rzemieślników, zwłaszcza w fazie jej realizacji.

Niezmiernie ciekawym dla właściwego naświetlenia rozpatrywanego zagadnienia będzie przegląd stanu prawnego tego zagadnienia w niektórych państwach.

* *

RZESZA NIEMIECKA.

Ubezpieczenie samoistnych rzemieślników w Niemczech należy podzielić na dwa okresy:

- 1) do chwili wydania ustawy z dnia 21 grudnia 1938 r. o zaopatrzeniu na starość rzemieślników w Niemczech;
- 2) a drugi okres od dnia wejścia w życie wspomnianej ustawy, czyli od 1 stycznia 1939.

Samoistni rzemieślnicy opłacali już jako terminatorzy, praktykanci, a później jako czeladnicy, składki na ubezpieczenie inwalidzkie, po części także jako kierownicy warsztatu niejednokrotnie w ubezpieczeniu dla pracowników umysłowych. Nabytę w ten sposób prawa do świadczeń traciли jednakże później, w chwili usamodzielnienia się, nie korzystając z możliwości dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia. Doszło więc do tego, że wielu rzemieślników, którzy przez opłacanie składek ubezpieczeniowych przyczynili się do zapewnienia swoim pracownikom przyszłości, sami na starość zabezpieczeni nie byli. Należy jednak zaznaczyć, że możliwość dobrowolnego ubezpieczenia nie dla wszystkich rzemieślników była dostępna. Według dawnej ustawy prawo do dobrowolnego ubezpieczenia mieli tylko ci rzemieślnicy, którzy w swoim warsztacie nie zatrudniali żadnych pracowników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, albo najwyżej dwóch, którzy nie przekroczyli 40-go roku życia. Ustawa o rozbudowie ubezpieczenia emerytalnego z dn. 21-go grudnia 1937 r., z dn. 1-go stycznia 1938 r. przyznała wszystkim obywatelom niemieckim w kraju i zagranicą, aż do ukończenia 40-go roku życia, prawo do dobrowolnego ubezpieczenia, o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, przy czym mieli prawo wyboru między ubezpieczeniem emerytalnym a ubezpieczeniem dla pracowników umysłowych.

Miało to doniosłe znaczenie również dla młodszych rzemieślników samoistnych, ponieważ ubezpieczenie dla pracowników umysłowych w razie śmierci rzemieślnika wypłaca rentę wdowią bez względu na stan zdrowia wdowy (w przeciwieństwie do ubezpieczenia emerytalnego). Powyższa ustawa nie przyniosła jednakże ostatecznego rozwiązania zagadnienia, starsi rzemieślnicy nie mieli bowiem nadal dostępu do ubezpieczenia dla pracowników umysłowych, a stanowili oni większość wśród samoistnych rzemieślników.

Po ukończeniu prac przygotowawczych rząd opracował projekt nowej ustawy, która miała wszystkim samoistnym rzemieślnikom oraz ich rodzinom udostępnić korzystanie z ubezpieczenia dla pracowników umysłowych. Mimo gorących sprzeciwów ze strony ubezpieczeń prywatnych rząd wydał ustawę o zaopatrzeniu na starość rzemieślników niemieckich, wszystkich bez wyjątku.

Nie jest zadaniem artykułu szczegółowo omawianie faktycznego stanu dobrowolnego ubezpieczenia i jego rozwoju przed 1. I. 1939, kilka słów należy jednak poświęcić ubezpieczeniu samoistnych rzemieślników na wypadek choroby, inwalidztwa i na starość w płaszczyźnie dobrowolnego ubezpieczenia w instytucjach zawodowych (Berufsständische Versicherung).

Rzemieślnicy w Niemczech dążyli do zorganizowania własnych kas ubezpieczeń zawodowych, chociaż odnośne przepisy prawodawstwa ubezpieczeniowego pozwalały im na dobrowolne ubezpieczenie od wspomnianych ryzyk w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

W roku 1906 na zjeździe Związku Izb Rzemieślniczych została uchwalona rezolucja, wzywająca Izby Rzemieślnicze do propagowania i zakładania własnych kas chorych, zgodnie z potrzebami rzemiosła i pod warunkiem zapewnienia rzemieślniczym instytucjom ubezpieczeniowym trwałych podstaw finansowych. W wyniku tej uchwały powstały rzemieślnicze kasy chorych w różnych okręgach Izb Rzemieślniczych. Dopiero po wojnie rzemieślnicze kasy chorych zaczęły się organizować na zdrowych podstawach.

Kasy te powstawały o zasięgu terytorialnym większym niż okręg Izby Rzemieślniczej, poza tym postanowiono przeprowadzić fuzję powstałych uprzednio kas. W roku 1931 takich kas chorych istniało 15. Istniejące kasy stworzyły centralę, która istnieje od 1918 z siedzibą w Dreźnie.

Podobnie do ubezpieczenia chorobowego, zostało zorganizowane ubezpieczenie długoterminowe: na starość i na wypadek inwalidztwa. Potrzeba tego ubezpieczenia dała się szczególnie odczuć po wojnie, zwłaszcza w okresie inflacji wskutek nadmiernego zubożenia klas średnich miejskich.

W pierwszym rządzie rzemieślnicze kasy chorych uruchomiły we własnym zakresie wydziały ubezpieczenia na starość. Ponieważ z ubezpieczeniem na starość łączy się cały szereg trudności techniczno-ubezpieczeniowych, przeto nie każda kasa chorych samoistnych rzemieślników mogła sobie pozwolić na zorganizowanie tego oddziału. Aby wszystkim rzemieślnikom umożliwić tego rodzaju ubezpieczenie, rozszerzono na całe państwo niemieckie działalność Zakładu Ubezpieczeń Klas średnich w Hamburgu (Mittelstandversicherung a G., Hamburg), który później przekształcił się na zawodowy zakład ubezpieczenia na życie w rzemiosle i drobnym przemyśle (Lebensversicherungsanstalt A. G. für Handwerk und Gewerbe).

Samoistni rzemieślnicy mogą również, oczywiście z pewnymi ograniczeniami, ubezpieczyć się od wypadków przy pracy. Niektóre spółki zawodowe jak np. kowali, statutowo przeprowadziły w łonie swej organizacji ubezpieczenie od wypadków wszystkich samoistnych rzemieślników tych zawodów, bez względu na to czy w warsztatach zatrudniają siły pomocnicze czy też nie.

Dr J. Walle w jednym ze swych referatów, wygłoszonych w imieniu Centralnej Organizacji Rzemiosła Niemieckiego w 1931 r. tak scharakteryzowała rozwój instytucji ubezpieczeń rzemieślniczych.

„Stały rozwój zakładów ubezpieczeń zawodowych jest dowodem, że opierają się one na zdrowych podstawach finansowych. Rzemieślnicy mają zatem obowiązek podtrzymywać ten rozwój. Rzemieślnik musi zrozumieć, że jego własna przyszłość i przyszłość jego zawodu jest ściśle związana z przyszłością rzemieślniczych instytucji ubezpieczeń zawodowych, zatem własny jego interes wymaga, aby ubezpieczał się we własnej instytucji, jaka istnieje w okręgu wykonywania zawodu, przyczyniając się tym sposobem do jej rozwoju. Jedynie tylko własnym wysiłkiem, a nie oglądaniem się na pomoc ze strony rządu rzemiosło może dokonać wielkiego dzieła zapewnienia sobie pomocy”.

Trzeba obiektywnie stwierdzić, że rzemieślnicze instytucje ubezpieczeniowe rozwijały się pomyślnie i spełniały wielkie zadania, lecz nie objęły one swą działalnością, ze względu na swój charakter dobrowolny, szerokiej warstwy rzemieślniczej i w ostatnich czasach można było zauważyć intensywną propagandę w niemieckiej prasie rzemieślniczej za wprowadzeniem ubezpieczeń społecznych, opartych na zasadach przymusowości, dla samoistnych rzemieślników.

Urzędowy organ rzemiosła niemieckiego „Deutsches Handwerk” z 1937 r. ogłosił artykuł M. Schueler'a na temat p. t. „ubezpieczenie na starość samoistnych rzemieślników”. Artykuł ten wykazuje, jak trudnym i skomplikowanym jest powyższe zagadnienie i jak dużo kwestii pozostaje do wyjaśnienia. Nie mniej naczelna organizacja rzemiosła niemieckiego opracowała tymczasowy projekt ustawy, w którym starała się rozwiązać to zagadnienie w sposób praktyczny i prosty.

Praca Schueler'a wykazuje, że miarodajne czynniki rzemiosła niemieckiego oparły swój projekt na życiowych potrzebach starych rzemieślników, którzy nie mogą starać się o normalne ubezpieczenie z powodu nadmiernie wysokich składek. Według ówczesnego projektu przewidywało się także specjalne ubezpieczenie, które finansowali by wszyscy rzemieślnicy, a z dobrodziejstw którego korzystali by również i ci rzemieślnicy, którzy nie wypełnili wszystkich ustawowych warunków, aby móc ubiegać się o świadczenia emerytalne, którzy jednak, ze względu na swój wiek, wieloletnią pracę zawodową i specjalne zasługi, powinni mieć prawo do tych świadczeń. Czynniki te pragnęły nie tylko stworzyć instytucję przezorności społecznej dla tych, którzy potrzebują jej teraz i potrzebować będą w najbliższej przyszłości, ale zamierzały także rozwiązać całokształt zagadnienia ubezpieczenia na starość. Rozpowszechniało się idee, że każdy młody i samoistny rzemieślnik, jak również wszyscy mistrzowie - rzemieślnicy, mają prawo i obowiązek myślenia o emeryturze dla siebie.

Postulaty rzemiosła niemieckiego w zakresie zaopatrzenia na starość, na wypadek inwalidztwa i śmierci zostały zrealizowane ustawą z dnia 21 grudnia 1938 r.

Na specjalne podkreślenie zasługuje fakt, że po raz pierwszy włączona zostaje do przymusowego ubezpieczenia społecznego wielka zamknięta grupa zawodowa, składająca się tylko z pracowników samoistnych.

Włączenie tej grupy ma na celu tylko zaopatrzenie na starość i na wypadek niezdolności do pracy z wyłączeniem ubezpieczenia chorobowego.

Ustawa przewiduje włączenie ubezpieczenia rzemieślników do ubezpieczenia pracowników umysłowych. Przepisy ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych mają zastosowanie także i do rzemieślników, o ile nowa ustawa nie zawiera specjalnych w tym kierunku przepisów. Ustawa zawiera tylko 12 paragrafów, co wskazuje na to, że te przepisy specjalne ograniczają się tylko do rzeczy najważniejszych. Określenie grupy zawodowej jest możliwie proste i napewno pod względem prawnym nie będzie powodem do żadnych nieporozumień. W myśl ustawy bowiem za rzemieślników uważa się wszystkich rzemieślników i rzemieślniczki, którzy są wpisani do rejestru rzemiosła. Ustawa wyraźnie podkreśla, że mimo przyłączenia ich do ubezpieczenia emerytalnego dla pracowników umysłowych, samoistość rzemieślników z punktu widzenia prawnego nie zostanie naruszona. Ubezpieczeniu podlegają wszyscy rzemieślnicy, bez względu na wysokość i rodzaj dochodu. Podlega więc temu ubezpieczeniu nie tylko dochód pochodzący z czynności rzemieślniczej, ale cały dochód roczny. Dochód samoistnego rzemieślnika pochodzi często z różnych źródeł, np. z czynności jego majstra rzemieślniczego, z handlu, prowadzonego własnymi lub cudzymi wyrobami, z zysku na materiale dostarczonym do naprawy przedmiotów, z prowadzonego ubocznie gospodarstwa rolnego, z wynajmu domów, garaży i t. p. Ustalenie dochodu rocznego dokonać można najłatwiej na podstawie wymiaru podatków.

Granica zarobku 7.200 RM, zwalniająca od obowiązku ubezpieczenia nie dotyczy rzemieślników. Zaopatrzenie na starość i na wypadek niezdolności do pracy obejmuje więc także rzemieślnika, mającego nawet jak największe dochody.

Ustawa daje tylko główną zasadę tego obowiązku. Co zaś do przeprowadzenia jej w praktyce pozostawia faktycznie rzemieślnikom wielką swobodę. Jeżeli ktoś zawarł z publicznym lub prywatnym zakładem ubezpieczenia umowę ubezpieczeniową na życie, na wypadek śmierci, może zależnie od wysokości ubezpieczenia na życie, być zwolniony od obowiązku ubezpieczenia, albo żądać zwolnienia od płacenia połowy składki.

Od obowiązku ubezpieczenia może samotny rzemieślnik być zwolniony, jeżeli i dopóki w jakimś zakładzie ubezpieczeniowym płaci przynajmniej tyle, ile musiałby płacić w ubezpieczeniu emerytalnym dla pracowników umysłowych. Rzemieślnicy mogą wybrać również ubezpieczenie na połowę (Halbversicherung), ale tylko na podstawie podania i to wtedy, jeżeli i dopóki w jakimś zakładzie ubezpieczenia na życie płaci co najmniej połowę tego, co musiałby płacić w ubezpieczeniu emerytalnym dla pracowników umysłowych.

Należy zaznaczyć, że zwolnienie od ubezpieczenia względnie ubezpieczenie na połowę, nie jest przymusowe. Oprócz ubezpieczenia prywatnego na życie

mogą rzemieślnicy pozostawać na warunkach normalnych w ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Jeżeli rzemieślnicy, którzy zawarli umowę o ubezpieczenie na życie, nie chcą więcej korzystać z prawa zwolnienia od ubezpieczenia lub ubezpieczenia na połowę, to mogą rozpocząć w każdej chwili opłacanie pełnej składki w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Osoba, która zdobyła prawo zwolnienia od ubezpieczenia, może więc zrobić trójaki wybór: albo zwolnić się od obowiązku ubezpieczenia, albo wnieść podanie o ubezpieczenie „na połowę”, albo też dodatkowo zapewnić sobie pełne ubezpieczenie w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Z punktu widzenia społeczno-politycznego na specjalną uwagę zasługuje fakt, że wszyscy rzemieślnicy mają prawo zakupu wstecz okresów składkowych. Kto chce sobie i swoim najbliższym zapewnić natychmiastową ochronę ubezpieczeniową, może za okresy czasu, w których pracował samodzielnie, wstecz aż do dnia 1 stycznia 1924 r. opłacić składki w ubezpieczeniu dla pracowników umysłowych. Okresy, za które opłacono składki wstecz, zaliczone są do okresu wyczekiwania. Prawo wstecznego uiszczania składek może być wykonywane do dnia 31 grudnia 1941 r. Wygasa ona wcześniej, jeżeli rzemieślnik staje się niezdolnym do pracy, kończy 60 rok życia, lub umiera. Po większej części rzemieślnicy uścili już dawniej, jako uczniowie i czeladnicy składki w ubezpieczeniu inwalidzkim. Te dawne prawa nabierają bardzo często mocy, jeżeli w chwili realizowania się renty dana osoba otrzymuje połowę świadczeń.

Dla rzemieślników, którzy ukończyli 60 rok życia i odpowiedniego zaopatrzenia na starość dla siebie ani dla swoich najbliższych w ubezpieczeniu społecznym ani ubezpieczeniu na życie znaleźć nie mogą, Niemieckie Zgromadzenie Izb Rzemieślniczych utworzy specjalną organizację. W tym celu wprowadzi nowy podatek roczny, którego wysokość ustali rozporządzenie wykonawcze.

Włączenie samoistnych rzemieślników do ubezpieczenia dla pracowników umysłowych przedstawia dla nich wielkie korzyści. Przyznaje ono wyższą rentę zasadniczą niż w ubezpieczeniu emerytalnym robotników.

Ustawą z dnia 1 grudnia 1938 r. Rząd Rzeszy Niemieckiej, wprowadzając zaopatrzenie na starość i na wypadek niezdolności do pracy dla rzemieślników, rozwiązał jedno z najważniejszych zagadnień społeczno-politycznych. Zaopatrzenie to mogło być przeprowadzone przez stworzenie własnej, odrębnej instytucji emerytalnej, lecz prawodawca niemiecki wołał je włączyć w ramy istniejącej centralnej instytucji ubezpieczenia pracowników umysłowych, unikając w ten sposób rozdrobnienia organizacyjnego w ubezpieczeniach społecznych.

FRANCJA.

Francja należy do tych państw, które próbowały rozwiązać problem ubezpieczenia samoistnych jednostek gospodarczo słabych, a więc i rzemieślników samodzielnych, w formie dobrowolnego ubezpieczenia. Na podstawie ustawy o ubezpieczeniach społecznych, która weszła w życie w połowie 1930 r., Generalna Konferencja Rzemiosła Francuskiego w Paryżu uzyskała zatwierdzenie statutu pod nazwą: „Rzemieślnicza Kasa Rentowa”. Przystąpić do tej kasy mógł każdy rzemieślnik, który był

członkiem syndykatu rzemieślniczego. Kasa ta jednak skupiła bardzo małą liczbę samoistnych rzemieślników. O wynikach działalności Rzemieślniczej Kasy Rentowej prawie że nie można się dowiedzieć ani ze sprawozdań Centralnych organizacji rzemieślniczych, ani też z prasy rzemieślniczej. Obecnie zainteresowane organizacje rzemieślnicze wysuwają stale na zjazdach zagadnienie ubezpieczeń społecznych dla samoistnych rzemieślników.

Rzemiosło francuskie domaga się wprowadzenia dla samoistnych rzemieślników ubezpieczenia na starość i na wypadek choroby, oraz zasiłków rodzinnych. Ustawa z dnia 11. marca 1932 r. wprowadziła przymus wypłacania zasiłków rodzinnych dla robotników, zatrudnionych w przemyśle, handlu i rolnictwie. Ciężary finansowe z tytułu wypłaty zasiłków rodzinnych ponoszą wyłącznie pracodawcy. Zasiłki te stanowią dodatki do zarobków. Nie są one zapłatą za wydatniejszą pracę, lecz przyznawane są przez tak zw. kasy zasiłków rodzinnych tym wszystkim robotnikom, którzy mają dzieci i wychowują je. Zasiłki rodzinne nie są zarobkiem w sensie odnosnych przepisów i nie posiadają charakteru gospodarczego, lecz — społeczny i demograficzny. Nie należy ich identyfikować ze świadczeniami dla rodzin z tytułu ustawodawstwa o ubezpieczeniach społecznych. Ustalono zgodnie na wszystkich zjazdach rzemieślniczych, że powyższe postulaty mogą być zrealizowane tylko na zasadach solidarności i przymusowości.

Oczywiście istnieć może solidarność oparta na fakultatywności, lecz solidarność fakultatywna okazała się w praktyce nie wystarczającą.

Solidarność fakultatywna stworzyła wiele rzeczy godnych podziwu, ale nie mogła usunąć barier egoizmu i braku przewidywań jednostek czy grup jednostek, które udaremniały jej zbawienne wysiłki. Tym się tłumaczy niepowodzenie, np. dobrowolnego ubezpieczenia na starość zorganizowanego od 1885 r. w ramach narodowej kasy emerytalnej. To samo można powiedzieć o dobrowolnym ubezpieczeniu emerytalnym dla robotników i rolników.

Organizacje społeczne i gospodarcze, oparte na wzajemności, zawdzięczają swe powodzenie właśnie zmysłowi solidarności, który panuje w rzemiośle francuskim. Większość tych organizacji, istniejących po miastach, powstała dzięki rzemieślnikom. Obecne dążenia samoistnych rzemieślników do wprowadzenia dla siebie ubezpieczeń społecznych są jednym dowodem więcej na potwierdzenie tendencji do nawiązania z przeszłością, w formie nieco zmienionej.

Przy opracowaniu ustawy o ubezpieczeniach społecznych, normujących ubezpieczenie osób, pozostających w stosunku służbowym, pozostawiono tę samą co w innych krajach lukę w odniesieniu do rzemieślników i innych samodzielnych jednostek gospodarczo słabych, poprzestając na wprowadzeniu dla nich tylko dobrowolnego ubezpieczenia, które tak samo jak w innych państwach, nie zaspokoiło potrzeb szerokich rzesz rzemieślniczych.

Rząd francuski złożył w połowie roku 1938 w Izbie Deputowanych projekt ustawy o rencie dla starych pracowników.

W projekcie tym przewidziana jest także renta dla starych rzemieślników; renta wprowadzicie nie duża, ale projekt ustawy w razie wejścia w życie będzie stanowił

podstawę do wzniesienia potężnej instytucji ubezpieczeniowej.

Według tego projektu przewiduje się składki roczne w sumie 300 fr. dla pracowników: rzemieślników, kupców, rolników, a w sumie 360 fr., jeżeli żona pracuje razem z mężem w przedsiębiorstwie. Wypłatę renty przewiduje się po okresie wyczekiwania jednego roku. Renta ta wynosić będzie 1400 fr. rocznie, do której dojdą w przyszłości procenty powstałe z kapitalizacji. Omawiany projekt nie zaspakaja nawet w minimalnej części tych postulatów, które wysuwa w zakresie ubezpieczenia społecznego na starość klasa rzemieślnicza. Jeżeli chodzi teraz o zasiłki rodzinne, to należy stwierdzić, że wprowadzone w rolnictwie, objęły one automatycznie rzemieślników wiejskich, którymi w myśl odpowiednich przepisów są: kowale, naprawiacze obrabiarek (maszyn narzędziowych), narzędzi lub budynków rolniczych, rymarze, szewcy, bednarze, kołodzieje.

Samoistni rzemieślnicy miejscy zostali wyłączeni z przepisów o zasiłkach rodzinnych.

W dziedzinie ubezpieczenia chorobowego, rzemieślnicy dążą do rozwiązania na razie tego zagadnienia w ramach organizacji dobrowolnej, na zasadach wzajemności.

Prawodawca francuski zainteresował się również losem rzemieślnika na wypadek bezrobocia.

Dekret z mocą ustawy z dnia 8 sierpnia 1938 r. o organizacji opieki dla rzemieślników, pozostających bez pracy, upoważnia Izby Rzemieślnicze do zakładania kas i zarządzania nimi celem przyznawania zasiłków tym samoistnym rzemieślnikom, którzy pozbawieni są pracy, z której czerpali środki utrzymania.

Na wypłacanie zasiłków Izby Rzemieślnicze mogą otrzymywać subwencje od Państwa. Izby Rzemieślnicze mogą także nałożyć podatki na rzemieślników w formie dodatków do świadectw przemysłowych, ażeby zabezpieczyć odpowiednie środki finansowe omawianym kasom.

JUGOSŁAWIA.

Od szeregu lat społeczność rzemieślnicza domaga się wprowadzenia w drodze ustawy dla rzemieślników przymusu ubezpieczenia na starość, na wypadek niezdolności do pracy i na wypadek śmierci.

Przy poparciu rzemieślników Izby Rzemieślnicze wystąpiły do Ministra Przemysłu i Handlu z projektem ustawy o ubezpieczeniu społecznym, które objęłoby wszystkich członków organizacji rzemieślniczych do lat 55.

Starsi rzemieślnicy mogliby się ubezpieczać ale tylko dobrowolnie i korzystać z tych samych uprawnień do świadczeń, o ile by płacili składki w ciągu 10 lat. Rzemieślnicy ubezpieczeni mieliby, po ukończeniu 60 lat, prawo pobierania dożywotniej renty, jeżeliby przynajmniej przez 10 lat płacili składki i w chwili rozpoczęcia ubezpieczenia mieli 45 lat ukończonych. Dla rzemieślników liczących poniżej 45 lat w chwili rozpoczęcia ubezpieczenia okres wyczekiwania wynosić ma 15 lat. Wysokość składek zależałaby od finansowego położenia rzemieślników, ale renta byłaby prawie równej wysokości dla wszystkich rzemieślników. Tak np. rzemieślnik, płacący minimalną składkę 1 dynara dziennie, otrzymałby rentę wynoszącą 550 dynarów tak, jak gdyby był płacił 50 dynarów miesięcznie.

Na zakończenie należy zaznaczyć, że projekt ten był opracowany na podstawie tez, od 1931 r. uchwalanych przez poszczególne organizacje rzemieślnicze z Narodową Konfederacją Zrzeszeń i Korporacją Rzemieślniczych w Jugosławii na czele.

Oto niektóre z nich:

- 1) ubezpieczenie społeczne rzemieślników powinno być oparte na przymusie;
- 2) wszyscy rzemieślnicy, mistrzowie, właściciele przedsiębiorstw rzemieślniczych, którzy nie ukończyli jeszcze 60 lat, powinni podlegać obowiązkowi ubezpieczenia;
- 3) ubezpieczenie społeczne powinno objąć następujące ryzyka:
 - a) chorobę,
 - b) wypadki przy pracy,
 - c) starość,
 - d) inwalidztwo,
 - e) śmierć — na korzyść wdowy i dzieci, które nie doszły do wieku pełnoletniego;
- 4) ubezpieczeni dzielą się na trzy grupy, zależnie od wysokości składki miesięcznej; ubezpieczeni mają prawo wyboru grupy jak również zmiany grupy w czasie trwania ubezpieczenia;
- 5) z funduszy ubezpieczeniowych byłaby przeznaczona suma 160 — 200.000.000 dynarów, w formie kredytów hipotecznych na racjonalizację produkcji w przedsiębiorstwach rzemieślniczych,
- 6) Państwo wpłacać będzie do kasy ubezpieczeń rzemieślniczych sumę równąca się 20% wszystkich składek wpłaconych rocznie przez rzemieślników, objętych przymusem ubezpieczenia.

(d. c. n.)

Dr MARIAN JAKUBOWSKI

DZIAŁALNOŚĆ PROFILAKTYCZNA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W ROKU 1938-YM

Trudno kusić się o syntezę w kilkudziesięciu czy bodaj nawet kilkuset wierszach druku, mimo to pragnąłbym dać w niniejszym szkicu możliwie wszechstronny obraz akcji profilaktycznej ubezpieczeń społecznych na przykładzie roku 1938. Artykuły i notatki z jakimi się dotąd spotkałem w Przeglądzie U. S. ograniczały się bowiem do naświetleń fragmentarycznych, nie dając po-

jęcia o całokształcie i rozmiarze prac przedsięwziętych na tym odcinku, nie mniej ważnym jak lecznictwo i równoległe do niego rozbudowanym.

Jak wiemy, po wprowadzeniu w życie ustawy scaleniowej pierwszy okres krzepnięcia nowych form organizacyjnych nie sprzyjał inicjatywie twórczej w żadnym kierunku, stąd też dopiero w roku 1936 zaznacza się

przełom w rozbudowie akcji profilaktycznej. Od tej chwili aż do dnia dzisiejszego jesteśmy świadkami jej stalego rozrostu. Rokiem szczytowym zarówno pod względem finansowym jak organizacyjnym był rok 1937 i częściowo rok 1938. Podając zatem w niniejszym zestawieniu cyfry i obserwacje za rok 1938, najbliżsi jesteśmy odtworzenia stanu typowego i charakterystycznego dla całości akcji.

Rok 1938 odznacza się nie tylko celową i przemyślaną kontynuacją rozbudowy poszczególnych problemów podjętych w latach poprzednich, lecz wnosi jeszcze moment bardzo ważny koordynacji akcji profilaktycznej z analogicznymi posunięciami Ministerstwa Opieki Społecznej i samorządu terytorialnego. Nie twierdząc, by koordynacja ta odnośnie samorządu terytorialnego została osiągnięta, trudno pominąć wysiłki podjęte w tym kierunku, które jeżeli nie dziś to jutro dadzą wyniki pozytywne.

Cechą charakterystyczną akcji profilaktycznej ubezpieczeń społecznych jest jej wielokierunkowość, nie ma już dziś takiego problemu na odcinku zdrowia publicznego w Polsce, któryby nie znalazł oddźwięku w poczynaniach ubezpieczeń społecznych. Czy to będzie walka z chorobami społecznymi czy t. zw. akcja opiekuńcza, czy jakkolwiek inny problem o charakterze profilaktycznym, przekonamy się z prostego zestawienia cyfr, że wkład ubezpieczeń społecznych będzie tutaj wszędzie nieproporcjonalnie wielki, że zajmuje on nieraz miejsce dominujące w całości akcji, że w rękach Zakładu czy Ubezpieczalni leży częstokroć inicjatywa spraw wykraczających daleko poza ustawowe świadczenia. Jeżeli przyjmujemy, że ubezpieczenia społeczne dźwigają na sobie nie tylko ciężar tych świadczeń, które ujęte są czarno na białym na papierze, ale mają również obowiązek moralny współpracy nad całością zagadnień zdrowotnych w Państwie, stwierdzić będziemy mogli obiektywnie, że spełniają swą rolę w pełni, nie zacieśniając się bynajmniej do ram przymusowych.

Kształtowanie się wydatków na profilaktykę w przeciągu czterech ostatnich lat obrazuje nam poniższa tabela:

Rok	Wydano na profilaktykę.	Przypis składek z tyt. ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa	% przypisu składek wydany na profilaktykę
1935	1.387.100	104.979.300	1,3
1936	3.454.000	105.536.200	3,3
1937	5.941.000	119.159.400	5,0
1938	6.692.864	135.508.100	4,9

Jak widzimy skok w roku 1936 nie jest czymś wyjątkowym bo i lata późniejsze przynoszą nam bardzo efektowne wzmoczenie się kwot wydatkowanych na profilaktykę, tak np. w stosunku do roku 1936 w roku 1938 wydatkowano prawie dwa razy tyle. Gdybyśmy z tych cyfr wykreślili krzywą, biegłaby ona stromo do góry uzmysławiając nam natężenie rozbudowy akcji profilaktycznej.

Nie podaję specyfikacji wydatków na poszczególne działy akcji profilaktycznej w postaci jednolitego zestawienia czy też porównania z rokiem ubiegłym ze względu na nieustalenie w chwili obecnej ostatecznych

kwot w poszczególnych pozycjach budżetowych, jak też konieczność uwzględnienia w definitywnym zestawieniu subwencji ze strony Zakładu. Prowizoryczne kwoty globalne podane w artykule nie tracą przez to wartości, oddają bowiem w pełni zasadnicze linie pracy w danym dziale.

Przechodzę do omówienia poszczególnych działów akcji profilaktycznej ubezpieczeń społecznych, po czym zajmiemy się walką z chorobami społecznymi w zakresie w jakim mieści się ona w ramach profilaktyki.

Kolonie i półkolonie dziecięce.

Akcja kolonijna i półkolonijna była od lat trzonem wszelkiej działalności profilaktycznej w Ubezpieczalniach i zazwyczaj największy procent kwot budżetowych z działu profilaktyki przeznaczony jest w każdej Ubezpieczalni na ten właśnie cel w zrozumieniu wagi opieki nad dzieckiem. Kwoty budżetowe nie wahają się tutaj jak w innych pozycjach lecz wykazują stałą tendencję wzrostową. Ponieważ istnieje dążność osiągnięcia każdego roku wyznaczonego z góry przez Ministerstwo Opieki Społecznej optimum nasilenia akcji, a kwoty prelimitowane w budżetach Ubezpieczalni nie zawsze wystarczają na osiągnięcie tego optimum, Zakład w razie potrzeby dodaje brakującą kwotę z sum z art. 239-ego.

W roku 1938 z akcji kolonijnej korzystało:

25.916 dzieci kosztem	1.484.568,98 zł.
z akcji półkolonijnej korzystało	
30.458 dzieci kosztem	456.948,90 zł.
t. j. razem	
56.374 dzieci kosztem	1.941.517,88 zł

Ponieważ w roku 1937 korzystało z akcji kolonijnej 45,263 dzieci, w roku 1938 korzystało z akcji kolonijnej 11.111 d z i e c i w i ę c e j niż w roku ub.

P r z y c h o d n i e.

W porównaniu z rokiem ubiegłym nie tylko wydano na poradnictwo w roku 1938 daleko większe kwoty, ale również stworzono szereg nowych typów poradni jak: przeciwościcowe i inne oraz rozbudowano akcję żłobków, punktów rozdawnictwa mieszanek dla niemowląt itp. Stosunkowo większy wrost wydatków w pozycji „przychodnie obce” tłumaczy się trudnościami technicznymi w związku ze zwiększonym nasileniem akcji i koniecznością oparcia się i nawiązania kontaktu z organizacjami już pracującymi w danym zakresie poradnictwa. W chwili obecnej koordynacja pracy między Ubezpieczalniami a instytucjami subwencionowanymi zasadza się na zawieraniu indywidualnych umów, które gwarantują prawa i korzyści ubezpieczonych, normują świadczenia itd. Podnieść należy, że w wielu wypadkach w poradniach własnych porady udzielane są również nieubezpieczonym, jak z drugiej strony subwencje Ubezpieczalni dla poradni obcych idą nieraz do wspólnego kotła i tym samym z pomocy Ubezpieczalni korzysta nie tylko ubezpieczony, ale i bezrobotny pracownik.

Jak widzimy w poradnictwie, ze względu na znalezienie walki z chorobami społecznymi, stanowisko Ubezpieczalni Społecznych jest jak najbardziej elastyczne i kompromisowe.

Łączne wydatki na przychodnie w ł a s n e wynoszą:

w r. 1937	w r. 1938
437.018,54 zł	468.572,95 zł

Łącznie wydatki na przychodnie o b c e wynoszą:

w r. 1937	w r. 1938
502.738,59 zł.	845.976,12 zł.

Wzrost wydatków wynosi w r. 1938:

na poradnie własne:	na poradnie obce:
31.554,41 zł.	343.237,53

Ponieważ poradnictwo przeciwegruźlicze i przeciweneryczne zostanie omówione osobno, przypatrzymy się teraz poradniom dla niemowląt i poradniom dla ciężarnych.

Stacje opieki nad matką i dzieckiem.

W roku sprawozdawczym wydatkowano na nie razem zł. 300.161,64, a więc o zł 79.929,81 więcej, niż w roku ubiegłym. Kosztem tym udzielono:

w 196 poradniach dla niemowląt — 59.288 niemowlętom — 180.720 porad i
w 59 poradniach dla ciężarnych — 4.128 ciężarnym — 9.357 porad.

Pielęgniarki poradni dla niemowląt przeprowadziły 75.651 wywiadów domowych.

Pielęgniarki poradni dla ciężarnych przeprowadziły 4.827 wywiadów domowych.

Kolonie leczniczo-wypoczynkowe dla młodocianych.

Wzorem lat ubiegłych w sezonie zimowym 1938/39 zostały zorganizowane kolonie leczniczo-wypoczynkowe dla młodocianych robotników i robotnic. Kolonie organizowane były przez Zakład Ubezpiec. Społ. w porozumieniu z Państwowym i Okręgowymi Urzędami W. F. i P. W. oraz 23 Dywizją Piechoty w Katowicach. Kolonie nosiły charakter leczniczo-sportowy i miały na celu uodpornienie i wzmocnienie wyczerpanych pracą i osłabionych organizmów młodocianych. Zostały one zorganizowane w Zwardoniu, Siankach, Soli, Beskidzie i Rozłęczu dla 2.186 młodocianych robotników i w Istebnej i Poroninie dla 898 młodocianych robotnic.

Razem korzystało z zimowych kolonii leczniczo-wypoczynkowych 3.084 młodocianych robotników i robotnic kosztem zł 156.446.

W sezonie letnim roku 1938 zostało wysłanych przez Ubezpieczalnię Społeczne na letnie kolonie wypoczynkowo-lecznicze i obozy 1.390 młodocianych z czego 816 młodocianych robotników i 574 młodocianych robotnic, kosztem zł. 53.061,20.

Kolonie leczniczo-wypoczynkowe dla dorosłych.

W roku sprawozdawczym wysłano dorosłych ubezpieczonych i członków rodzin na kolonie wypoczynkowe, obozy, kolonie rodzinne itp. 7.952 osób, z czego: 5.190 mężczyzn, 2.448 kobiet i 314 członków rodzin kosztem 319.271 zł, z czego subwencja ZUS wynosiła 47.192,30 zł.

Akcja kolonijna dla dorosłych, t. zw. a k c j a w c z a s ó w została w roku 1938 rozbudowana orga-

nizacyjnie, już częściowo pod kątem widzenia mającej nastąpić koordynacji wysiłków organizacyjnych i ich ujednostajnienia.

Nie mniej sposób opłacania kosztów pobytu uczestników na wczasach był w roku sprawozdawczym jeszcze bardzo różnorodnym, od całkowitego subwencjonowania wczasów poszczególnego robotnika poczynając poprzez formy pośrednie podziału kosztów pomiędzy robotnika, pracodawcę i ubezpieczenia społeczne, do postaci subwencjonowania przez Ubezpieczalnię tylko wydatków inwestycyjnych wzgl. kosztów przejazdu.

Jeżeli akcji wczasów w r. 1938 nie możnaby jeszcze nazwać skoordynowaną, a planu jej przemysłanym, mimo to rok sprawozdawczy stanowi przełom w sposobie odnoszenia się organizacji i instytucji zarówno centralnych jak i terenowych w stosunku do zagadnienia akcji wczasów i przynosi ze sobą całkowite zrozumienie jej znaczenia profilaktycznego i ogólnopństwowego.

Właściwy rozwój wczasów, której naczelną myślą będzie nie subwencjonowanie tej czy innej inicjatywy, lecz wciągnięcie zarówno pracownika jak pracodawcy do wspólnej planowej akcji, przypadnie wraz ze stworzeniem Centralnego Biura Wczasów już na rok 1939.

Badanie młodocianych.

Badania młodocianych były przeprowadzane podobnie jak w latach ubiegłych przez większość Ubezpieczalni Społecznych.

Przebadano 3.084 młodocianych po raz pierwszy i 11.731 — po raz drugi kosztem zł. 54.813,01.

Dożywianie dzieci wraz z akcją tranową.

Kwota globalna sum przeznaczonych na Pomoc Zimową, akcję dożywiania dzieci i akcję tranową wynosi 1 milion 375 tysięcy złotych, stanowi więc bardzo znaczny wkład ubezpieczeń społecznych do zimowej akcji opiekuńczej. Również w stosunku do roku ubiegłego stanowi ona wzrost kredytów przeznaczonych na te cele.

Przeznaczając tak znaczne sumy „do wspólnego kotła” Zakład wychodził z założenia, że kwoty przeznaczone na Pomoc Zimową są doraźną pomocą dla grupy obywateli, która tylko chwilowo nie podlega ubezpieczeniu, a z chwilą otrzymania pracy uzyska normalne ustawowe uprawnienia — troska o jej stan zdrowotny i dożywienie jest więc dla ubezpieczeń społecznych problemem nader żywotnym.

Opieka dentystyczna w szkołach.

Akcja opieki dentystycznej w szkołach prowadzona była w dalszym ciągu, w roku 1938 wydatkowano na nią 40.559,74 zł.

Szczepienia ochronne.

Szczepienia ochronne przeprowadzane były przeciwko wszystkim prawie chorobom infekcyjnym podlegającym szczepieniu. Należy zwrócić uwagę, że akcja ta jest w działalności ubezpieczeń społecznych raczej przypadkową i prowadzoną najczęściej z konieczności przy wysyłce dzieci na kolonie, stąd też cyfry szczepio-

nych są szczupłe chociażby w stosunku do ilości ubezpieczonych. Szczepienia należą ustawowo do zakresu działania lekarzy urzędowych (powiatowych, miejskich i in.).

W roku 1938 przeszczepiono:

przeciwko durowi brzuszemu	186.283 osób
„ błonicy (anatoksyną)	37.517 „
„ ospie, płonicy, kokluszowi, tężcowi, wścieklicznie, czerwonce i in.	58.628 „

Zwalczanie gruźlicy.

Podjęta przez ubezpieczenia społeczne na szeroką skalę, z olbrzymim nakładem finansowym i wysiłkiem organizacyjnym walka z gruźlicą jako najgroźniejszą chorobą społeczną mieści się tylko częściowo w ramach akcji profilaktycznej. Charakter zapobiegawczy i leczniczy poszczególnych etapów walki z gruźlicą nie zawsze da się ściśle odgraniczyć i podział musi mieć siłą rzeczy cechę umowną. W niniejszym sprawozdaniu uwzględnimy jedynie:

- A) poradnictwo przeciwigruźlicze,
- B) leczenie izolacyjne gruźlicy,
- C) szczepienia ochronne niemowląt BCG.

A. Poradnie przeciwigruźlicze.

Doniosłe znaczenie poradni przeciwigruźliczych docenianych w pełni przez wszystkie Ubezpieczalnie Społeczne sprawia, że z roku na rok ilość ich wzrasta, a istniejące są doskonałe organizacyjnie i wyposażone technicznie coraz zasobniej w nowe aparaty Rentgena, aparaty odmowe itp. Wysiłek ten obrazuje nam najlepiej olbrzymi, procentowo największy w wydatkach na profilaktykę, wzrost wydatków na poradnie przeciwigruźlicze własne i subwencionowane w roku 1938.

Podczas gdy w roku 1937 wydano na ten cel 561.063,23 zł, w roku 1938 wydano 799.864,41 zł.,

a więc o zł. 238.801,81 więcej.

Pracę poradni przeciwigruźliczych zobrazują nam następujące cyfry:

W r. 1938 prowadzono poradni własnych	18
„ „ „ wspólnych	78
subwencionowano poradni obcych	127
razem	223

Udzielono 107.463 chorym — 347.957 porad.

Leczono 13.421 chorych odma.

Przeprowadzono 67.832 wywiadów domowych.

Forma współpracy przy poradniach wspólnych i obcych jest umówiona indywidualnie w każdym poszczególnym przypadku, zapewniając maksimum udogodnień i najwyższy poziom lecznictwa ubezpieczonemu.

B. Leczenie izolacyjne gruźlicy.

Usunięcie prątkującego ze środowiska zdrowego jest problemem nader ważnym przy zwalczaniu gruźlicy. Stosowaniu leczenia izolacyjnego chorych prątkujących na większą skalę stoi na przeszkodzie nie tylko brak kredytów, ale i nader ograniczona ilość miejsc szpitalnych mogąca być na ten cel wykorzystana.

W roku sprawozdawczym wydatkowano na leczenie izolacyjne gruźlicy kwotę zł. 799.658,25.

C) Szczepienia ochronne niemowląt B. C. G.

Szczepienia ochronne niemowląt szczepionką *Bacillus Calmette-Guerin*, w skrócie B. C. G. mimo sprzeciwów i powątpiewań uzyskały dziś w całym cywilizowanym świecie prawo obywatelstwa i sfery naukowe przywiązują do nich duże nadzieje. Ubezpieczalnie Społeczne były jednymi z pierwszych, które wprowadziły w swych szpitalach i stacjach opieki nad dzieckiem szczepienia ochronne B. C. G. i mogły się poszczycić takim spopularyzowaniem akcji (szczepienia noszą dotąd charakter dobrowolny), że mimo pionierskiego jej charakteru w r. 1938 przeszczepiono *lege artis* (czterokrotne szczepienie, okres izolacji około 8-tygodniowy) — 3.574 niemowląt.

Zwalczanie chorób wenerycznych.

W r. 1938 zainicjowana została na terenie ubezpieczeń społecznych systematyczna akcja zwalczania chorób wenerycznych. W myśl wskazań Rady Naukowo-Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych zostały pod koniec okresu sprawozdawczego opracowane zasady organizacyjne, których realizacja przypadnie na rok następny. W szczególności przygotowane zostały do druku „Wytyczne dla leczenia chorych kiłowych” pióra prof. Dra Pawłasa i ustalono wytyczne dla opracowania jednolitej karty rejestracyjnej chorego wenerycznie. Dalszy ciąg tych prac i ich całokształt omówiony zostanie w sprawozdaniu za rok 1939.

W roku 1938 poradnie przeciwweneryczne leczyły

na r z e ż a c z k ę:

14.887 mężczyzn i
8.542 kobiet;

na k i ł ę:

6.825 mężczyzn i
3.794 kobiet.

Cyfry te nie dają pojęcia o nasileniu chorób wenerycznych wśród ubezpieczonych i po wprowadzeniu w życie planu zwalczania chorób wenerycznych i ewidencji chorych kiłowych według prof. Pawłasa ulegną prawdopodobnie znacznemu zwiększeniu w roku przyszłym.

Propaganda.

Kwota wydatkowana w roku 1938 na propagandę wzrosła w stosunku do roku ubiegłego o 31.407,58 zł. i wynosiła zł. 161.930,94.

Poza zwiększonym zapotrzebowaniem pisma „Droga do zdrowia” (jedyne czasopismo o charakterze profilaktycznym wydawane przez U. S. w Krakowie), które rozdawane jest bezpłatnie w ambulatoriach, poczekalniach, poradniach itp. wzmoczeniu uległa akcja odczytowa, podczas gdy inne (film, pogadanki, ulotki i in.) pozostały na poziomie roku ubiegłego. Nasycenie propagandą terenu jest zasadniczo nie wystarczające i nieskoordynowane, problem ten wykracza zresztą w dużej mierze poza możliwości i kompetencje ściśle podjętej akcji lekarsko-profilaktycznej.

Z zagadnieniem propagandy łączy się interesująca impreza Zakładu, t. zw. Wystawa Higieniczna ZUS'u, która już wielokrotnie omawiana była wyczerpująco na tych łamach i której dobrze zasłużony rozgłos pozwala mi ograniczyć się jedynie do jej wymienienia, jako par excellence profilaktycznej. Ze tak właśnie pojętą ona jest przez Zakład dowodzi fakt, że kwoty budżetowe przeznaczone na ten cel utrzymywane są corocznie w bu-

dżecie Działu Lecznictwa, który poza tym bierze również czynny udział w pracach nad doskonaleniem poziomu Wystawy i jej rozbudową.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że obecna Wystawa Higieniczna ZUS'u jest jedyną w swoim rodzaju imprezą na terenie naszego kraju, zrozumiemy, że rola jej jest już dziś daleko obszerniejszą niżby sama nazwa mogła wskazywać. Świadczą o tym i jej rekordy frekwencji w terenie i uznanie jakim się cieszy w sferach lekarskich.

KRONIKA KRAJOWA

RUCH SŁUŻBOWY

Zmiany na stanowiskach kierowniczych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych:

Dr Antoni GUNIA, dotychczasowy dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Chorzowie, przeszedł z dniem 31.V. br. na emeryturę, pełniąc jednak nadal funkcję dyrektora Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie.

Dr Marian MOSKWA, objął z dniem 1.VI. br. stanowisko dyrektora Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Chorzowie.

Mgr Stanisław BALCERSKI, kierownik Wydziału Świadczeń Wypadkowych w Dziale Świadczeń, przejął pełnienie obowiązków (p. o.) zastępcy dyrektora Działu Świadczeń.

Wacław PETRYKOWSKI, kierownik Wydziału Finansowego w Dziale Finansowo-Majątkowym, przejął pełnienie obowiązków (p. o.) zastępcy dyrektora Działu Finansowo-Majątkowego.

RATYFIKACJA KONWENCJI O ZACHOWANIU UPRAWNIEN RENTOWYCH EMIGRANTÓW.

Z dniem 21 marca 1939 r. weszła w życie w stosunku do Polski konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy o zachowaniu uprawnień rentowych emigrantów, ogłoszona w „Dz. U. R. P.” nr 21, poz. 134.

Konwencja genewska uzupełnia szczęśliwie i rozwija na zbiorowej płaszczyźnie wzajemność w dziedzinie społecznych ubezpieczeń emerytalnych, opierającą się dotychczas jedynie i wyłącznie na umowach dwustronnych.

Racja bytu międzynarodowej reglamentacji wzajemności w tej dziedzinie nie może ulegać wątpliwości. Metoda umów dwustronnych zawodzi bowiem przede wszystkim w sytuacji, gdy ubezpieczony objęty był społecznym ubezpieczeniem emerytalnym kolejno nie tylko w dwóch państwach, lecz w większej liczbie państw. Umowy dwustronne nie dochodzą poza tym do skutku w stosunkach między państwami, pomiędzy którymi wymiana sił roboczych nie osiągnęła rozmiarów usprawiedliwiających nawiązanie między nimi osobnych rokowań, poświęconych temu zagadnieniu. W razie ratyfikacji konwencji o zachowaniu uprawnień rentowych emigrantów przez większą liczbę państw uzyskalibyśmy więc dla naszych emigrantów i reemigrantów automatycznie, bo bez konieczności zawierania umów z państwami, w których byli zatrudnieni i ubezpieczeni, ważne

korzyści socjalne. Tylko dotkliwemu kryzysowi współpracy międzynarodowej, który istnieje od dawna, a zaostriżył się tak dotkliwie w ciągu ostatnich lat, należy przypisać fakt, że dotąd konwencja ta ratyfikowana została poza Polską (data zarejestrowania ratyfikacji — 21 marca 1938 r.), tylko przez Hiszpanię (8 lipca 1937 r.), Węgry (10 sierpnia 1937 r.) i Holandię (6 października 1938 r.). Tak więc z chwilą wejścia jej w życie w stosunku do Polski (które nastąpiło w myśl art. 24 konwencji po upływie 12 miesięcy od zarejestrowania ratyfikacji przez Polskę) związaliśmy się wzajemnością na mocy konwencji genewskiej w zakresie ubezpieczenia na starość, na wypadek niezdolności do pracy i śmierci z Hiszpanią i Węgrami, z dniem 6 października 1939 r. wejście zaś w życie tej konwencji w stosunkach między Polską a Holandią. Nie wchodząc w tym miejscu w bliższą ocenę konwencji genewskiej, którą zajmowaliśmy się już poprzednio, przypomnijmy tylko w tym miejscu, że stosuje ona trzy zasady podstawowe, przyświecające międzynarodowej reglamentacji wzajemności w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, a mianowicie zasadę 1) zachowania niezrealizowanych uprawnień pracowników czynnych w razie przejścia pracownika z ubezpieczenia jednego do ubezpieczenia drugiego państwa (część II, art. 2—9), 2) równouprawnienia obywateli państw, które ratyfikowały konwencję zarówno co do poddania ich obowiązkowi ubezpieczenia, jak co do świadczeń ubezpieczeniowych (art. 18) i 3) zachowania praw nabytych do świadczeń emerytalnych w razie wyjazdu zagranicę (art. 10 i 11). Działanie konwencji przejawiać się będzie w Polsce bezpośrednio głównie w tym, że na jej podstawie będzie można domagać się zaliczenia na prawo do świadczeń okresów przebytych w ubezpieczeniu emerytalnym państw, związanych konwencją (i vice versa), na podstawie konwencji będą przyznane renty również w przypadkach, w których odmówiono już prawa do renty na skutek niezaliczenia okresów ubezpieczeniowych przebytych zagranicą w państwie, które ratyfikowało konwencję.

Wzajemność między Polską a Węgrami i Hiszpanią nie będzie posiadać większego znaczenia praktycznego zarówno z uwagi na ograniczone bardzo rozmiary migracji między Polską a dwoma tymi państwami, jak i z uwagi na poziom ubezpieczeń społecznych w dwóch tych państwach. Praktyczne znaczenie wzajemności polsko-węgierskiej zwiększy się może z chwilą przejścia przez Węgry odpowiedniego bloku zobowiązań ubezpieczeniowych po Czechosłowacji, między którymi znajdować się będą również zobowiązania przysługujące

obywatelom polskim. Co się tyczy wykonania konwencji przez Hiszpanię, należy stwierdzić, że może ona nasunąć zasadnicze trudności prawne i polityczne z uwagi na niewyjaśniony stosunek Hiszpanii do zobowiązań zaciągniętych przez rządy republikańskie w ciągu ostatnich lat.

Należy natomiast przyjąć, że dużą i bardzo korzystną rolę konwencja może odegrać w stosunkach między Polską a Holandią, w której pracowała i była ubezpieczona dość znaczna liczba wychodźców polskich (zwłaszcza górnicy zatrudnieni na obszarze Limburgii). Toteż należyte wyzyskanie konwencji celem zabezpieczenia uprawnień emerytalnych naszych wychodźców, którzy podlegali lub podlegają nadal holenderskiemu ubezpieczeniu emerytalnemu górników stanowi niewątpliwie najważniejsze zadanie, jakie w chwili obecnej będziemy musieli rozwiązać przy wprowadzeniu w życie konwencji o zachowaniu uprawnień rentowych emigrantów.

St. F.

LIKWIDACJA KASY EMERYTALNEJ ROBOTNIKÓW P.K.P.

Przez Sejm i Senat uchwalony został ostatnio projekt ustawy o likwidacji Kasy Emerytalnej dla robotników kolei państwowych w b. dzielnicy pruskiej. Ustawa ta, będąca wynikiem prac specjalnej komisji międzyministerialnej, załatwia jeden z ważnych odcinków z zakresu ubezpieczenia emerytalnego robotników, a mianowicie sprawę uprawnień emerytalnych robotników kolejowych w b. zaborze niemieckim. Pomimo bowiem, że zarówno przepisy emerytalne kolejowe, jak i ubezpieczenia emerytalne objęły już całą Polskę, to jednak pracownicy kolejowi w b. zaborze niemieckim poddani byli przepisom odrębnym, stanowiącym pozostałość jeszcze z czasów zaborczych. Przed wojną na Śląsku oraz w Poznanskim i na Pomorzu jedynie pracownicy kolejowi etatowi mieli zapewnione świadczenia emerytalne ze strony państwa. Ogromna większość pracowników kolejowych ubezpieczona była w Kasie Emerytalnej, jako t. zw. specjalnym zakładzie odrębnym. Kasa ta przy tym, obok normalnych świadczeń, przewidzianych przez powszechne ubezpieczenie, udzielała również świadczeń dodatkowych o znacznej wysokości w formie tzw. rent dodatkowych. Za czasów polskich Kasa Emerytalna działała nadal bez zmiany. Pozostawiła ją również przy życiu ustawa o ubezpieczeniu społecznym, postanawiając, że ubezpieczenie emerytalne pracowników kolejowych może być powierzone osobnej instytucji ubezpieczenia kolejarzy. Powyższy stan rzeczy powodował jednak krzywdzące często różnice w uprawnieniach emerytalnych pracowników kolejowych w zależności od tego, w jakiej dzielnicy byli zatrudnieni, a także stał na przeszkodzie w dążeniach do jak najpełniejszego ujednolicenia przepisów w całej Polsce i zatarcia różnic dzielnicowych. Ustawa uchwalona obecnie załatwia szczegółowo powyższe sprawy. Postanawia ona likwidację Kasy Emerytalnej w Poznaniu, przejęcie ubezpieczonych w Kasie pracowników stałych przez system emerytalny kolejowy oraz przejście do zakładów ubezpieczenia powszechnego pozostałej grupy pracowników kontraktowych. Prawa nabyte zostają honorowane i renty, wypłacane dotychczas przez Kasę Emerytalną, wypłacać ma P. K. P. w niezmniejszonej wysokości.

Sprawę likwidacji Kasy Emerytalnej omówimy obszerniej w jednym z najbliższych numerów Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych.

W. M.

ZARZĄD PAŃSTWOWY NAD MAJĄTKIEM CZECHOSŁOWACKICH INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Nr 110 „Monitora Polskiego“ z 13 maja 1939 r. przynosi nam (pod poz. 257) zarządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 kwietnia 1939 r. o ustanowieniu państwowego zarządu nad majątkiem czechosłowackich instytucji ubezpieczeń społecznych. Ustanowienie zarządu opiera się na dekretych w przedmiocie przymusowego zarządu państwowego z 16 grudnia 1918 r., znawelizowanego dwukrotnie rozporządzeniami Prezydenta Rzeczypospolitej z 25 maja 1927 r. (Dz. U. R. P. nr 49 poz. 437) i z 28 grudnia 1934 r. (Dz. U. R. P. nr 110 poz. 976). Zarządzenie ustanawia zarząd państwowy nad znajdującym się na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej (a więc zarówno na ziemiach odzyskanych, jak i na dotychczasowych ziemiach Rzeczypospolitej) majątkiem wyliczonych szczegółowo w par. 1 szesnastu czechosłowackich instytucji ubezpieczeń społecznych, których siedziba pozostała poza granicami Państwa Polskiego i które według posiadanych danych mają majątek na obszarach Polski. Zarządzenie nie obejmuje więc majątku dawnych czechosłowackich instytucji ubezpieczeń społecznych, których siedziba znalazła się w Polsce (Zakładu Pensyjnego hr Larischa Mönnicha, Zakładów ubezpieczenia na wypadek choroby w Cieszynie i Fryszacie oraz dwóch kas chorych przemysłowych, które zastano na Śląsku za Olzą). Zarządcą przymusowym został Zakład Ubezpieczeń Społecznych w stosunku do majątku wszystkich instytucji czechosłowackich z wyjątkiem instytucji ubezpieczenia górniczego (Centralnej Kasy Brackiej w Pradze i Rewirowej Kasy Brackiej w Morawskiej Ostrawie); w odniesieniu do mienia instytucji górniczych funkcje te przypadły bowiem w udziale Zakładowi Ubezpieczeń Górników i Hutników w Orłowej.

Podstawy rzeczowe i formalne zarządu przymusowego nad majątkiem instytucji czechosłowackich są zupełnie jasne i oczywiste. W wyniku rozrachunków międzypaństwowych w dziedzinie ubezpieczeń społecznych muszą Polsce przypaść bardzo poważne fundusze tytułem finansowego pokrycia zobowiązań, jakie Polska przejmie w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. W myśl praktyki przyjętej bezspornie we wszystkich rozrachunkach międzypaństwowych, Polska musi otrzymać na pokrycie częściowe tych należności, w każdym razie tę część podlegającego rozrachunkowi majątku, która w tej lub w innej formie związana jest z odstąpionym Polsce terytorium. Toteż zarządcą państwowym zostały mianowane instytucje ubezpieczeń społecznych, które będą musiały w wyniku międzypaństwowych rozrachunków otrzymać pokrycie finansowe zobowiązań ubezpieczeniowych, jakie według wszelkiego prawdopodobieństwa obciążą je ostatecznie. Niezależnie od tego — dalszego poniekąd i głębszego — uzasadnienia ustanowienie zarządu państwowego podyktowane było względami prawno-porządkowej natury, które nie pozwalają na to, by w granicach Państwa pozostawał majątek, którym nikt nie mógłby w obecnym stanie rzeczy prawnie dysponować.

Toteż podobnie, jak ustanowiono zarząd przymusowy — na mocy porozumienia trzystronnego między Polską, Czechosłowacją i Rzeszą Niemiecką — nad mieniem instytucji kredytowych na Śląsku Opawskim, tak również w toku rokowań społecznych odbytych w Warszawie w dniach od 10 do 14 marca 1939 r. delegacja czechosłowacka przyjęła protokółarnie do wiadomości deklarację delegacji polskiej, że istnieje zamiar objęcia obiektów majątkowych Rady Rewirowej Górniczej w Morawskiej Ostrawie w zarząd państwowy, co nie przesądziło by w niczym ostatecznych rozrachunków w tej dziedzinie (zarząd wprowadzono na mocy zarządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 17 marca 1939 r., o czym obwieszczenie ukazało się w „Monitorze Polskim” nr 81 poz. 184). Wprawdzie formalnie i pisemnie nie uzgodniono ze stroną czechosłowacką analogicznego wprowadzenia zarządu państwowego nad majątkiem czechosłowackich instytucji ubezpieczeń społecznych, ale stało się to tylko dlatego, ponieważ rokowania, w których omówiono już zasady takiego rozwiązania sprawy administracji majątkowej na ziemiach odzyskanych, musiały być przerwane z powodu znanych zmian co do sytuacji prawno-państwowej Czechosłowacji, które zaszły w połowie marca br.

Nie może ulegać wątpliwości, że wprowadzenie zarządu przymusowego nie przesądza w niczym przyszłych rozrachunków międzypaństwowych, wynikających z sukcesji poczeskiej w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Same zasady zarządu państwowego unormowane są przez obowiązujące prawo w sposób bardzo tylko ramowy i ogólnikowy. Nadwyżki powstające przy zarządzie przymusowym mają być po pokryciu kosztów związanych z jego prowadzeniem lokowane w sposób wskazany przez Ministra Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Skarbu. Zarządca będzie musiał prowadzić oddzielne rachunki w stosunku do majątku każdej z instytucji objętych zarządem. Zarządca za swe czynności odpowiada wyłącznie wobec Ministra Opieki Społecznej. Do zarządzanego majątku należeć będą nieruchomości, terminowe lokaty gotówkowe i pożyczki hipoteczne wraz z pożyczkami komunalnymi, których łącznej wartości nie można jeszcze ocenić w chwili obecnej nawet w przybliżeniu. Zarządca przymusowy będzie musiał włączyć do masy majątkowej należności na rzecz zastępczych zakładów ubezpieczeń społecznych figurujące w bilansie otwarcia spółek polskich powstających przy nostryfikacji dawnych spółek czechosłowackich w myśl postanowień dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 listopada 1938 r. (Dz. U. R. P. Nr 90, poz. 619). Natomiast do majątku instytucji powierzonego zarządcy przymusowemu do administracji nie należą należności prawno-publiczne, związane ze stosunkiem prawno-ubezpieczeniowym, a więc zaległe składki, kary pieniężne i odsetki zwłoki; stosują się w tej mierze postanowienia § 12 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 19 listopada 1938 r. (Dz. U. R. P. nr 92, poz. 632).

St. F.

ZJAZD LEKARZY ZWIĄZKOWYCH W ŁODZI W DNIU 20 MAJA 1939 R. W SPRAWACH LECZNICTWA ZBIOROWEGO

W dniu 20 maja br. — w przeddzień XX Dorocznego Walnego Zebrania Związku Lekarzy Państwa Polskiego, — odbył się w Łodzi Zjazd Lekarzy Związkowych,

zorganizowany przez Zarząd Główny Z. L. P. P. i poświęcony zagadnieniom lecnictwa zbiorowego w Polsce.

Na Zjeździe zostały wygłoszone następujące referaty: dra A l k i e w i c z a: „Związek Lekarzy Państwa Polskiego a ubezpieczenia społeczne na wypadek choroby”, — dra S t e f a n s k i e g o: „Organizacja lecnictwa w ubezpieczalniach społecznych”, — dra O w c z a r k i e w i c z a: „Ubezpieczalnie społeczne a obronność Państwa”, — dra R o d z i e w i c z a: „Organizacja pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych”, — dra W i t a s z k a: „Organizacja pomocy lekarskiej dla pracowników rolnych”, — dra D ł u ż n i e w s k i e g o: „Organizacja pomocy lekarskiej dla pracowników samorządowych”, — dra B a g d a c h a: „Ubezpieczenia prywatne na wypadek choroby”.

W wyniku dyskusji zostały ustalone a następnie przyjęte przez plenum Zjazdu oraz przez Walne Zebranie Z. L. P. P. tezy odnoszące się do przedstawionych w referatach zagadnień lecnictwa zbiorowego.

W odniesieniu do ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby przyjęto następujące „tezy ogólne”:

I. Związek Lekarzy Państwa Polskiego uznaje ubezpieczenie społeczne na wypadek choroby za najbardziej wskazane obecnie rozwiązanie sprawy zapewnienia należytej opieki lekarskiej ludności pracującej.

II. Choremu ubezpieczonemu powinna być zapewniona pomoc w chorobie przez lekarza, cieszącego się jego zaufaniem — i dlatego w organizacji lecnictwa ubezpieczeniowego powinna być uwzględniona zasada wolnego wyboru lekarza.

III. Postawienie na możliwie wysokim poziomie pomocy lekarskiej w ubezpieczeniu społecznym na wypadek choroby wymaga, aby przy organizacji tego ubezpieczenia brany był pod uwagę głos lekarzy praktyków, reprezentowanych przez ich organizacje zawodowe. Musi być również zagwarantowana całkowita autonomia działalności lekarskiej oraz zapewniona moralna niezależność lekarza w ustroju i działaniu ubezpieczenia na wypadek choroby.

IV. Wkraczanie czynnika administracyjnego pomiędzy lekarza a chorego powinno być zredukowane do niezbędnej konieczności.

V. Uznając za najstuszniejszą zasadę wolnego wyboru lekarza w lecnictwie ubezpieczeniowym, Związek Lekarzy P. P. ze względu na obecne warunki uważa, iż należy wprowadzić w ubezpieczalniach większych miast organizację lecnictwa opartą na ośrodkach zespołów lekarskich, składających się z kilku lekarzy. Obecny system lekarza domowego jako zbyt uciążliwy zarówno dla ubezpieczonych jak i lekarzy winien być zaniechany.

VI. Na terenie ośrodka zespołowego ubezpieczeniowi powinni mieć prawo wolnego wyboru lekarza z pośród lekarzy tam pracujących, lekarze zaś powinni mieć prawo zrzeczenia się leczenia pacjentów i przekazania ich innym lekarzom. Ośrodki zespołowe w razie wojny mogą być jednocześnie punktami ratowniczo-sanitarnymi.

VII. Zjazd Lekarzy Związku P. P. stwierdza z ubolewaniem, iż rozpoczęte przed 14-ma miesiącami rokowania o zasady do umów z lekarzami, a zatwierdzone przed trzema miesiącami przez Pana Ministra Opieki Społecznej, dotychczas nie zostały zrealizowane w po-

stacji zbiorowych umów miejscowych. Zjazd wypowiada się za koniecznością interwencji w tej sprawie u czynników miarodajnych.

VIII. Zjazd zwraca się do Zarządu Głównego z propozycją zwołania w ciągu roku konferencji dla rozpatrzenia wspólnie z zainteresowanymi instytucjami i organizacjami sprawy organizacji leczenia gruźlicy, chorób wenerycznych i nowotworów złośliwych.

IX. Zjazd uważa za wskazane zwoływanie okresowo zjazdów lekarzy celem omawiania spraw związanych z organizacją lecznictwa zbiorowego.

W sprawie pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych wysunięto postulaty wolnego wyboru lekarza z listy uzgodnionej ze Związkiem Lekarzy P. P., rozszerzenie zakresu udzielania pomocy na wszystkie dziedziny lecznictwa oraz udzielanie jej również emerytowanym urzędnikom państwowym i ich rodzinom, leczenie pracowników państwowych najniższych grup uposażeniowych w szpitalach i w sanatoriach na koszt Skarbu Państwa, rozszerzenie lekospisu, uregulowanie warunków pracy i płacy lekarzy — na drodze wydania przez Ministerstwo Opieki Społecznej „wytycznych do umów” itd.

W związku z referatem o pomocy lekarskiej dla pracowników samorządowych, przyjęto tezę o potrzebie organizowania pomocy leczniczej przez samorządy we własnym zakresie, w oparciu o system udzielania pomocy przy wolnym wyborze lekarza itd.

W sprawie ubezpieczenia chorobowego pracowników rolnych przyjęto tezę referenta o organizowaniu tej pomocy według wzorów województw pomorskiego i poznańskiego (umowy indywidualne pomiędzy lekarzami a pracodawcami rolnymi, unormowane wspólnie przez Związek Lekarzy P. P. i organizacje pracodawców rolnych, — przy współpracy z lekarzem powiatowym) oraz o poprawieniu sytuacji finansowej drobniejszych pracodawców przez tworzenie funduszy wyrównawczych na pokrywanie kosztów leczenia przewlekłych schorzeń oraz przez wydzielanie z ubezpieczenia chorób zakaźnych i leczenia tych chorych na koszt Skarbu Państwa.

Wreszcie wysunięto dezyderaty najdalej idącego rozszerzenia działalności ubezpieczenia prywatnego na wypadek choroby, opartego na zasadzie wolnego wyboru lekarza, apteki i szpitala i organizowanego przy udziale Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Należy na tym miejscu — oceniając charakter Zjazdu — podkreślić dominującą rolę zagadnień lecznictwa ubezpieczeniowego, którym poświęcone było oprócz trzech referatów przemówienie wstępne Prezesa Związku i które odbiły się nawet w tezach dotyczących innych instytucji lecznictwa zbiorowego (postulat organizowania pomocy lekarskiej dla pracowników samorządowych we własnym zakresie, rozszerzenie działalności ubezpieczeń prywatnych i in.). Z innych zagadnień uwzględniono tylko nieco szerzej aktualne braki pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych, — natomiast pozostałe referaty miały tylko charakter przyczynków, a przyjęte tezy wskazywały na wyrywkowe postrzeganie tych zagadnień.

Jeżeli celem Zjazdu z dnia 20 maja br. miało być ustalenie zasadniczego stosunku i zajęcie solidarnego stanowiska członków Związku Lekarzy P. P. (skupiającego obecnie około 5.000 lekarzy, — ca 70% polskiego „świata lekarskiego”), wobec zagadnień lecznictwa zbiorowego, to cele te — ogólnie biorąc — nie zostały osiągnięte.

Ta negatywna ocena odnosi się przede wszystkim do wyników obrad nad zagadnieniami ubezpieczenia na wypadek choroby. Nie można bowiem uważać za wyczerpującą i zasadniczą opinię zorganizowanego świata lekarskiego polskiego przyjętych w tej sprawie na Zjeździe łódzkim „tez ogólnych”, ujmujących zagadnienie rzeczywiście w bardzo ogólnikowy sposób i nie zajmujących stanowiska w zasadniczych sprawach zadań i zakresu działalności instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby. Z drugiej strony należy wskazać na niepokrywanie się tez wyrażonych w głównym referacie (dra Alkiewicza) z tezami ogólnymi, przyjętymi przez Zjazd i Walne Zgromadzenie Z. L. P. P. Referent wysunął m. in. postulaty ograniczenia działalności ubezpieczenia chorobowego (przez obniżenie granicy zarobku z pracy podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby z 725 zł do 500 zł itd.), wydzielenia z lecznictwa ubezpieczeniowego leczenia szpitalnego i leczenia niektórych chorób społecznych, odłączenia z ubezpieczenia chorobowego ubezpieczenia od braku zarobku (tj. odłączenia zasiłkowania od lecznictwa) itd. Postulatów tych ani Zjazd Lekarzy Związkowych ani Walne Zebranie Związku nie przyjęły za swoje.

Należy żałować, że w uchwałach Zjazdu nie nawiązano do utrwalonej w okólnikach Ministra Pracy i Opieki Społecznej z grudnia 1929 r. (zwłaszcza słynnego okólnika Nr. 638 z dnia 20 grudnia 1929 r.) opinii świata lekarskiego, wyrażonej na konferencjach w dniach 24 i 25 listopada 1929 r., poświęconych reorganizacji lecznictwa i unormowaniu problemu personalno-lekarskiego w ubezpieczeniu na wypadek choroby. Przyjęte na tych konferencjach zasady tylko częściowo zostały wprowadzone w życie (częściowo uległy spaceniu), stanowią one jednakże tak cenny wkład myśli społeczno-lekarskiej w ubezpieczeniach społecznych, że do momentu tego powinno się zawsze powracać przy poszukiwaniu najlepszych rozwiązań zagadnienia współpracy lekarzy z instytucjami ubezpieczenia na wypadek choroby.

Wyrazem obiektywnego i krytycznego ustosunkowania się łódzkiego Zjazdu do wyników własnych obrad jest uchwalenie 2-ch ostatnich „tez ogólnych”, wskazujących na potrzebę dalszego rozważenia zagadnień lecznictwa ubezpieczeniowego i zbiorowego na specjalnie zwołanych w tym celu konferencjach i zjazdach. Warto przy tym wspomnieć, że w dyskusji nad tymi ostatnimi tezami odzywały się głosy o konieczności podjęcia powstałej w roku 1937 i zarzuconej następnie inicjatywie zwołania „Powszechnego Kongresu Społeczno-Zawodowego Lekarzy Polskich”, którego naczelnym hasłem i głównym zadaniem miało być „zarówno podniesienie autorytetu i znaczenia stanu lekarskiego w Polsce, jak podjęcie przez ogół lekarski

zbiorowego wysiłku ku podniesieniu ogólnej zdrowotności kraju, a tym samym ku wzmoczeniu potęgi gospodarczej i politycznej Państwa Polskiego".

J. Chrzanowski.

ZJAZD DELEGATÓW ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

W Poznaniu odbył się w dniach 28 i 29 maja r. b. pierwszy Ogólny Zjazd Delegatów Związku Zawodowego Pracowników Instytucji Ubezpieczeń Społecznych.

Zjazd ten jest pierwszym zjazdem delegatów Związku, powstałego ze zjednoczenia 2-ch organizacji pracowników ubezpieczeń społecznych, dokonanego przed dwoma laty na Zjeździe Połączeniowym w Krakowie.

Po zagajeniu Zjazdu przez Prezesa J. Trębińskiego przemówienia powitalne wygłosili: Dyr. Chomicki imieniem Ministra Opieki Społecznej, Dyr. Pasternak imieniem Naczelnego Dyrektora i Dyrekcji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, W. Kościński imieniem Centralnej Komisji Porozumiewawczej i Unii Zw. Zaw. Prac. Umysł., Nacz. Dropiński imieniem Prezydenta miasta Poznania, p. Dederski imieniem Rady Naczelnej Pracowników Samorządowych, Dyr. Ubezpiecz. Społ. w Poznaniu Gadomski oraz przedstawiciele miejscowych organizacji i związków zawodowych.

Referaty wygłosili: Dyr. Stanisław Sasorski o wzmocnieniu struktury wewnętrznej instytucji ubezpieczeń społecznych oraz W. Kościński o roli związków zawodowych.

Zjazd powziął szereg uchwał między innymi dwie uchwały w sprawach ubezpieczeń społecznych, a mianowicie: uchwałę domagającą się wprowadzenia samorządu oraz uchwałę domagającą się powszechności ubezpieczeń społecznych dla ogółu pracowników najemnych w celu podniesienia stanu zdrowia mas pracujących i zwiększenia potencjału obronnego Państwa.

OGÓLNOPOLSKI ZJAZD PRZECIWGRUŻLICZY W GDYNI.

W dniach 27—29 maja b. r. w Gdyni odbył się VII. Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy. Zjazdy tego rodzaju są organizowane, zasadniczo, w odstępach 2-letnich przez Polski Związek Przeciwgruźliczy. Poprzedni Zjazd odbył się w 1936 r. w Wilnie.

Protoktorat nad Zjazdem Gdyńskim objął Pan Minister Opieki Społecznej Zyndram Kościalkowski. Udział w Zjeździe wzięła, między innymi, oficjalna delegacja Litewskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą z Kowna w liczbie kilkunastu lekarzy. Ministerstwo Opieki Społecznej było reprezentowane przez P. Dr. St. Pietraszewskiego i P. Dr. Skokowską-Rudolfową; ZUS — przez P. Komisarza Dr. P. Martyszewskiego i P. Dyr. Dr. St. Wąsowicza; Ministerstwo W. R. i O. P. — przez P. Dr. Cz. Wroczyńskiego.

Obrazy Zjazdu toczyły się w sali Państwowej Szkoły Morskiej.

Program VII. Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego zawierał omówienie — zgodnie z wieloletnią tradycją — 3 zasadniczych tematów:

- 1) biologicznego,
- 2) klinicznego i
- 3) społecznego.

Temat biologiczny został ujęty w referacie Dr. Z. Skibińskiego z Otwocka, pod tytułem — „Jady gruźlicze i ich działanie na ustrój”, i w koreferacie Prof. E. Syma z Warszawy.

Temat kliniczny został omówiony w referatach: „Rozpoznawanie różnicowe swoistych i nieswoistych chorób płuc u dzieci i młodzieży (Docent Dr. J. Zeyland z Poznania) i u dorosłych (Mjr Dr M. Telatycki z Otwocka).

Temat społeczny był reprezentowany przez referat Dr W. Chodźki z Warszawy pod tytułem — „Walka z gruźlicą na wsi” (konferenci: Doc. Dr Łabendziński z Poznania, Dr S. Karasiński z Krakowa, Dr L. Węgrzynowski ze Lwowa. Mjr Dr W. Leśniewski z Wilna, Dr P. Martyszewski z Warszawy i P. Dr Z. Mromliński z Katowic). Każdy z referatów był uzupełniony wyczerpującą dyskusją.

Przystępując do naszkicowania swych wrażeń, wyniesionych z wysłuchania referatów i dyskusji nad nimi, nie będę się zatrzymywać dłużej nad referatami na temat biologiczny i kliniczny, omówienie bowiem tych referatów i odnośnej dyskusji pozostawione być winno fachowej prasie lekarskiej. Ograniczę się jedynie do stwierdzenia, że referaty te były niewątpliwie interesujące, zwłaszcza referat Dr Z. Skibińskiego i referat Prof. E. Syma; te ostatnie odśłoniły nam niezmiernie ciekawe, poprostu sensacyjne szczegóły z „prywatnego życia” prątka gruźliczego w ustroju ludzkim i zwierzęcym i poza ustrojem żywym. Referaty te zrobiły duże wrażenie na audytorium i zostały nagrodzone żywymi oklaskami.

Zanim przejdę do omówienia III grupy referatów na temat społeczny („Walka z gruźlicą na wsi”), chcę dać wyraz narzucającemu się w przemożny sposób — na podstawie wysłuchania referatów zjazdowych — wrażeniu, że istnieje ogromna i jaskrawa różnica między naszymi osiągnięciami w dziedzinie biologicznej i klinicznej walki z gruźlicą z jednej strony — a osiągnięciami w zakresie społecznym tej walki z drugiej. O ile bakteriologia i klinika gruźlicy wykazały się w ostatnich latach imponującymi zdobyczami, które dają potężną broń do walki z gruźlicą i mogłyby zapewnić, gdyby o nie tylko chodziło, pełne zwycięstwo w tej walce, o tyle organizacja społeczna i państwowa walki z gruźlicą „zalatuje” średniowieczem w niepocholebnym tego słowa znaczeniu. Budzącym daleko idące nadzieje i optymizm osiągnięciom naukowców i klinicystów przeciwstawić możemy po stronie organizatorów i administratorów — jedynie powódź coraz to nowszych projektów i planów — przy fatalnym aktualnie stanie organizacyjnym walki z gruźlicą w Polsce, napawającym pesymizmem i głębokim zniechęceniem. Nie miejsce jest tutaj wnikać głębiej w przyczyny tych braków, w roztrząsanie, do jakiego stopnia winić tutaj należy niedostatek środków finansowych i ew. niewłaściwą ocenę hierarchii potrzeb państwowych, a w jakim stopniu naszą indolencją organizacyjno - administracyjną. Z obowiązku sprawozdawcy notuję jedynie powyższe uwagi i podkreślam dysproporcję zakresu osiągnięć na tych dwu zasadniczych odcinkach walki z gruźlicą — w oświetleniu referentów i mówców VII. Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego.

Referat Dr W. Chodźki „Walka z gruźlicą na wsi” niezmiernie interesująco, jasno i przejrzyście ujmując sprawę zagrzuźliczenia wsi i planu walki z tą plagą

i z tego względu, jest specjalnie godny polecenia laikom, którzy się interesują tym zagadnieniem. Zawiera on naświetlenie stanu obecnego i wytyczne działania na przyszłość.

Poprostu rewelacyjnie wygląda ustalony i dowiedziony, przez autora fakt, że w krajach względnie okręgach przeważnie rolniczych w Europie nasilenie umiæralności z gruźlicy jest naogół dwa razy większe, niż w krajach względnie okręgach przeważnie przemysłowych, albo posiadających rolnictwo wysoce uprzemysłowione. Teza ta wywraca zakorzeniony od dawna w społeczeństwie (nie wyłączając i sfer lekarskich) pogląd, że praca na roli, na „świeżym powietrzu“, chroni ustrój ludzki przed zakażeniem gruźliczym. Zdaje się, że nie będziemy dalecy od prawdy, przyjmując, że częstość gruźlicy na wsi polskiej wynosi 3 do 11% ogółu ludności (!). Toteż nic dziwnego, że sprawę gruźlicy na wsi uważa się teraz za ważniejszą od gruźlicy w mieście (Martyszewski).

Nie mając możności bardziej szczegółowego omówienia referatu Dr Chodźki, chcę się ograniczyć do przytoczenia tutaj w skrócie najciekawszych i najbardziej istotnych jego tez.

- 1) Gruźlica jest chorobą, atakującą wielkie masy ludzkie, a więc walka z nią musi być tak zorganizowana, aby wszyscy chorzy mogli korzystać z niezbędnej, wczesnej i skutecznej pomocy lekarskiej i opieki, a zdrowi — z należytej ochrony zapobiegawczej przed zakażeniem.
- 2) Walka z gruźlicą, aby była skuteczna, musi być prowadzona jednocześnie na terenie miast i na terenie wiejskim.
- 3) Dla wyników walki z gruźlicą ogromne znaczenie ma wczesne wykrywanie gruźlicy u dzieci i ich należyte leczenie.
- 4) Ze względu na szczególnie dużą zachorowalność na gruźlicę młodych kobiet wiejskich (20—35 lat), należy zwrócić baczną uwagę na warunki ich pracy i wydać niezbędne zarządzenia ochronne i opiekuńcze.
- 5) Dostateczne odżywianie jest niezbędnym warunkiem powodzenia zapobiegawczej akcji przeciwgruźliczej; dotyczy to w pierwszym rzędzie dzieci.
- 6) Dorosły chory na gruźlicę nie powinien być odseparowany od swego miejsca pracy tak długo, jak to pozwala jego stan zdrowia; i dlatego należy położyć duży nacisk na opiekę domową nad takim chorym, którą powinna roztoczyć przychodnia przeciwgruźlicza (w połączeniu ze stacją odmy sztucznej).
- 7) Należy przeprowadzać stałe i systematyczne badania dzieci szkolnych i nauczycieli na odczyn tuberkulinowy w połączeniu z prześwietleniem masowym; wymaga to należytego zorganizowania higieny szkolnej w szkołach wiejskich i miejskich.

- 8) Należy przeprowadzać ścisłą segregację nosicieli zarazków w armii i wprowadzić badanie przedpoborowe młodzieży męskiej.
- 9) Ze względu na duże niebezpieczeństwo gruźlicy typu bydłowego dla dzieci i młodzieży, należy dążyć do wyłepienia gruźlicy krów mlecznych, a wobec niedostateczności metod pasteuryzacji mleka, należy zalecać bezwzględnie jego przygotowanie przed spożyciem (robi to cała Holandia).
- 10) Wszelka racjonalna organizacja walki z gruźlicą powinna zapewniać jaknajszybsze wykrywanie wszystkich przypadków gruźlicy w okręgu działania każdej przychodni przeciwgruźliczej.
- 11) Co się tyczy metod walki z gruźlicą, to stosowane dotychczas w ośrodkach miejskich systemy są nieodpowiednie, a przede wszystkim za drogie dla terenu wiejskiego; a więc należy opracować dwa zasadniczo oddzielne programy działania: jeden — dla ośrodków miejskich, drugi — dla wsi.
- 12) Racjonalna i możliwa w naszych warunkach do zrealizowania organizacja walki z gruźlicą na wsi przedstawiałaby się w sposób następujący. Ośrodkiem akcji jest powiatowy ośrodek zdrowia, którego lekarz — ftizjolog byłby jednocześnie odpowiedzialnym kierownikiem całej akcji przeciwgruźliczej w danym powiecie. Przy ośrodku jest kolumna samochodowa z przenośnymi aparatami rentgenowskimi, kolumną tą kieruje lekarz, mający dodane do pomocy pielęgniarki. Zakładanie odmy piersiowej odbywa się w oddziale chirurgicznym, lub gruźliczym szpitala powiatowego, dopełnianie odmy — w wiejskich ośrodkach zdrowia, przez lekarzy rejonowych. Izolowanie chorych odbywałoby się zasadniczo w rodzinach z ewent. zastosowaniem namiotów izolacyjnych, lub szałasów, wynajmowanych chorym przez powiatowe ośrodki za minimalną opłatą poza tym — w przytułkach wiejskich (gruźlicza starcza). Koszty zwalczania gruźlicy na wsi (jak i gruźlicy w ogóle) powinny pokryć: powiat, województwo, Państwo i ubezpieczenia społeczne.

Kończy swój referat autor twierdzeniem, że „zawiąkną u nas sprawę walki z gruźlicą może rozwiązać jedynie Państwo przez wydanie ustawy, przewidującej centralne kierownictwo akcją zwalczania tej klęski, przymusową organizację współpracy wszystkich czynników, w walce z gruźlicą zaangażowanych, czy to ustawowo, czy dobrowolnie, oraz należytą repartycję pokrycia finansowego całej akcji. Na jakiegokolwiek dalsze rozpraszanie wysiłków dziś już w Polsce pozwolić sobie nie możemy, a każda ustawa, któraby decentralizowała działania mające na celu opanowanie gruźlicy u nas, będzie złą ustawą i spowoduje jedynie dalsze marnowanie czasu, pieniędzy i energii ludzkiej“.

Dr. M. Czyżewski.

KRONIKA ZAGRANICZNA

ANALIZA BEZROBOCIA W ANGLII

W ciągu całego powojennego okresu liczba osób zarejestrowanych, jako bezrobotnych w Wielkiej Brytanii rzadko kiedy spadła poniżej jednego miliona, podczas gdy w okresie największej depresji utrzymywało się bezrobocie na poziomie ponad 2 i pół miliona przez okres dwuletni (1930-2) a dopiero od lata 1937 zaznaczyła się poprawa na rynku pracy Wielkiej Brytanii i spadek bezrobocia długoterminowego (long-term unemployment).

Jak wykazują dane statystyczne Min. Pracy w lecie 1937 r. bezrobocie wśród pracowników angielskich w wieku od 16-go do 64-go roku życia spadło poniżej 10 procent, jednakże już w ciągu 1938 roku utrzymywało się stale na poziomie przeciętnie 12,6 procent za wyjątkiem bezrobocia w rolnictwie, które w ostatnim roku wyrażało się przeciętnie cyfrą 5 i pół procent.

Warto zaznaczyć, iż VI sprawozdanie komisji ubezpieczeń od bezrobocia charakteryzuje rok 1938 jako „rok dobrej koniunktury i mniej niż przeciętnego bezrobocia” (less than average unemployment). Ta stosunkowo pomyślna sytuacja na rynku pracy w odniesieniu do całego kraju wykazuje inny obraz, jeśli się rozpatruje sytuację w poszczególnych przemysłach i ośrodkach produkcji w Wielkiej Brytanii. Tak n. p. przeciętne bezrobocie w Londynie, połudn. wschodn. hrabstwach, jakoteż połudn. zachodniej połaci Wielkiej Brytanii wyrażało się w ciągu roku 1938 cyfrą tylko około 8 procent ubezpieczonych pracowników, natomiast w wielu północnych hrabstwach angielskich wyrażało się cyfrą dwukrotnie większą, zaś w okręgu górniczym Walii i w północnej Irlandii bezrobocie w 1938 r. obejmowało prawie jedną czwartą ubezpieczonych pracowników.

Następująca tabela odzwierciedla przeciętny odsetek bezrobocia wśród osób w wieku od 16 do 64 roku życia zarejestrowanych w ubezpieczalniach społecznych Wielkiej Brytanii.

O k r ę g:	1937 rok	1938 rok
Londyn	6.3 proc.	8 proc.
połud-wschod.	6.7 „	8 „
połud-zachodn.	7.8 „	8.1 „
północne hrabstwa	17.9 „	18.3 „
Szkocja	15.9 „	16.3 „
Walia	22.3 „	24.7 „
Półn. Irlandia	23.3 „	28.3 „
W. Brytania	10.6 „	12.6 „

Udoskonalenia techniczne w dziedzinie produkcji przyczyniły się w dużej mierze do zredukowania pracy, a tylko w pewnej mierze przenoszenie pracowników do bardziej prosperujących ośrodków i ich ponowne przeszkolenie do nowych zatrudnień pozwoliło na częściowe rozwiązanie problemu bezrobocia przemysłowego, pozostaje jednak nadal nierozwiązany problem chronicznego bezrobocia w tak zwanych specjalnych obszarach, które utraciły możliwość produkcji na eksport.

Realizacja programu obrony narodowej przyczyniła się w dużej mierze do poprawy stanu zatrudnienia na rynku pracy w Wielkiej Brytanii w ciągu całego roku 1938-go, w szczególności w ośrodkach produkcji samolotów wojennych. Znaczną również poprawę wykazał w roku sprawozdawczym, jeśli chodzi o stan zatrudnienia, przemysł okrętowy, zarówno stocznie, jak i warsztaty naprawy statków i budowy maszyn okrętowych. Poprawa ta pozostawała w związku z konstrukcją zamówionych przez rząd nowych jednostek floty wojennej.

W dużej również mierze realizacja programu dobrojeń ożywiła produkcję i zwiększyła zatrudnienie w całym szeregu drugorzędnych przemysłów w Anglii.

Następująca tabela obrazuje okres trwania bezrobocia wśród osób ubezpieczonych, korzystających z zasiłków, lub opieki społecznej w Wielkiej Brytanii.

w tysiącach					
O k r e s	mniej niż 3 mies	od 3 mies. wł. do 6 mies. wyl.	od 6 mies. wł. do 1 roku wyl.	1 rok lub dłużej	Globalna cyfra bezrobotnych
Rok 1938					
styczeń	1.087	189	127	278	1.681
czerwiec	1.037	194	166	279	1.676
grudzień	1.076	187	151	281	1.695
Rok 1939					
styczeń	1.187	249	151	289	1.876
luty	1.027	266	158	290	1.741

W końcu marca 1939 roku zaznaczyła się dalsza poprawa na rynku pracy w Wielkiej Brytanii. Jak wykazują dane statystyczne posiadało w tym czasie zatrudnienie 12.403 tys. ludzi w wieku od 16 do 64 roku życia.

L. Ch.

METODY WALKI Z BEZROBOCIEM MŁODZIEŻY W BELGII

Zagadnienie bezrobocia młodzieży jest w Polsce problemem o niezmiernie doniosłym znaczeniu nie tylko ze względu na wpływ okresu młodości na kształtowanie się całego, dalszego życia jednostek, ale również i dlatego, że młodzież w Polsce stanowi znacznie wyższy odsetek ludności zdolnej do pracy, niż w innych krajach europejskich. Z tego względu odpowiednie wykorzystanie obcych doświadczeń w dziedzinie metod walki z bezrobociem młodzieży zasługuje na specjalną z naszej strony uwagę. Ostatni numer Informations Sociales przynosi nader ciekawe sprawozdanie o walce z bezrobociem młodzieży w Belgii. Według spisu z r. 1937 liczba bezrobotnej młodzieży (do 25 lat) wynosiła w tym kraju około 29.000 mężczyzn i 5.500 kobiet, tzn. odpowiednio 15,7% ogółu bezrobotnych mężczyzn i aż 39% bezrobotnych kobiet. Większy odsetek bezrobotnych młodych kobiet tłumaczy się ogólnie znanym zjawiskiem mniej-

szego udziału na rynku pracy kobiet w starszym wieku z powodu wychodzenia zamąż.

Przy rozbiu młodzieży belgijskiej na grupy od lat 15 do 18 i od lat 18 do 25 okazuje się, że bezrobocie w młodszej grupie jest prawie trzy razy rzadziej spotykane niż w grupie starszej. Pochodzi to stąd, że młodzież w wieku 15—18 lat zatrudniana jest w tzw. zajęciach przejściowych, np. w charakterze gońców, gazeciarzy, uczniów w przemyśle spożywczym, gastronomicznym, litograficznym, hotelarskim itd. Zajęcia takie, nie dając odpowiedniego wykształcenia zawodowego zapewniają młodemu chłopcu czy dziewczynie 2—3 letni zarobek, a następnie przyjmuje się na ich miejsce innych, młodszych. W znacznej mierze stan taki przyczynia się do bardzo słabego przygotowania zawodowego młodzieży. Wśród bezrobotnych poniżej 25 lat w tak uprzemysłowionym kraju jak Belgia — jedynie 4% uczęszczało do szkoły zawodowej (w r. 1937). Od r. 1937 do r. 1939 zapisało się na kursy zawodowe jedynie około 2.000 osób, głównie spośród bezrobotnych. Dopiero ustawa ze stycznia rb., stwarzając przymus dokształcania się bezrobotnych pod groźbą utraty zasiłków, posunęła sprawę walki z bezrobociem młodzieży znacznie naprzód. Okazało się bowiem, że zagadnienie bezrobocia młodzieży, wobec braku robotników wykwalifikowanych, to niemal wyłącznie kwestia odpowiedniego jej wykształcenia. Młodych bezrobotnych podzielono na dwie grupy: pierwsza pobiera dokształcenie zawodowe bezpośrednio w odpowiednio do tego przygotowanych fabrykach, druga w szkołach zawodowych. Ścisłe połączenie systemu kursów i szkół dokształcających z siecią biur pośrednictwa pracy zapewnia rozładowanie w krótkim czasie bezrobocia młodzieży w Belgii. Natomiast próby zastosowania systemu obozów pracy nie dały w Belgii należytych rezultatów — w trzech ośrodkach pracy przebywało w r. 1938 zaledwie 170 bezrobotnych.

BEZROBOCIE WE FRANCJI

Jak wiadomo Francja jest krajem o minimalnym przyroście naturalnym, a z drugiej strony o wielkiej dynamice rozwoju gospodarczego. Jednakże słyszymy, że i w tym kraju istnieje zagadnienie bezrobocia, a na zapomogi dla bezrobotnych wydała Francja w ostatnim roku 1.100 mil. fr. Mimo to trzeba stwierdzić, że bezrobocie we Francji jest obecnie minimalne: robotnik znający dobrze swój fach znajduje zawsze pracę. Jeśli się jednak oblicza dziś bezrobocie na 400 tys. osób, to trzeba pamiętać, że od 50 lat nigdy nie spadało ono poniżej 210.000 (na początku bieżącego stulecia wynosiło 315.000, w r. 1921 — 522.000). Z drugiej strony spis bezrobotnych w okręgu paryskim (gromadzącym większość bezrobotnych całego kraju) wykazał, że aż 45% zarejestrowanych bezrobotnych to ludzie ponad 50 lat, częściowo niezdolni już do pracy. Niezdolność do pracy spowodowana jest również długotrwałym okresem bezrobocia — w rezultacie większość bezrobotnych nie nadaje się do pracy.

Doświadczenia czynione w okręgu paryskim wykazały, że na 23.000 bezrobotnych metalowców jedynie 20% okazało się zdolnych do pracy. Reszta bądź w ogóle nie nadawała się do wykonywania swego zawodu, bądź wymagała dłuższego dokształcania. W tym celu

podwyższono liczbę ośrodków dokształcania zawodowego z 14 na 20, w których corocznie będzie można dokształcać około 4.000 fachowców. Koszt tego programu dokształcania zawodowego wynosi około 25 mil. fr. rocznie.

SWIADCZENIA LECZNICZE NARODOWEGO FASZYSTOWSKIEGO INSTYTUTU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W 1937 R.¹⁾

W p ł y w y z e s k ł a d e k Instytutu przedstawiały się w 1937 r. następująco:

Ubezpieczenie inwalidzkie i na starość	L.	543.130.197
Zapisy grupowe	„	2.585.063
Ubezpieczenie od bezrobocia	„	167.334.698
Ubezpieczenie przeciwko gruźlicy	„	211.500.692
Ubezpieczenie macierzyństwa	„	12.985.442
Ubezpieczenie pracowników morskich	„	29.477.826
Ubezpieczenie pracowników transportowych	„	42.421.438
Ubezpieczenie pracowników telefonicznych	„	7.144.342
Ubezpieczenie pracowników urzędów podatkowych	„	14.835.954
Ubezpieczenie pracowników agencji morskich	„	5.384.538
razem		L. 1.036.800.195

Kwota ta stanowi wzrost w stosunku do 1936 r. o 21,46%.

Rezerwy finansowe Instytutu na wszystkie fundusze ubezpieczeniowe osiągnęły kwotę 11.501.235.542 L.

Globalne koszty administracyjne dla wszystkich funduszy ubezpieczeniowych wyniosły 10% składek.

Niektórym grupom pracowników posiadającym swoje odrębne ubezpieczenia, płaci Instytut premie ślubne i premie płodności, oraz udziela pożyczek rodzinnym. Stosowanie tego systemu stanowi wybitną pomoc w uprawianiu przez państwo konsekwentnej polityki ludnościowej.

U b e z p i e c z e n i e i n w a l i d z k i e posiada własnych 1.435 łóżek sanatoryjnych (w czym 45 dla dzieci) w 6 zakładach leczniczych, co umożliwia stosowanie w szerokim zakresie leczenia zapobiegawczego. Również skierowuje się chorych do licznych uzdrowisk. W 1937 r. leczono ogółem 21.355 osób. Poza tym 5.341 osób przebywało we własnych 4 domach wypoczynkowych dla ozdrowieńców po ostrych chorobach.

Ze szczególną energią prowadzona jest walka z jaglicą, za pośrednictwem 53 specjalnych przychodni.

¹⁾ Streszczenie niniejsze podano, celem uwypuklenia dużego zasięgu działania i rozwoju włoskich u. s. dla porównania z polskimi stosunkami; zaznacza się, że ubezpieczenie chorobowe nie jest objęte działalnością Instytutu. („Le Assicurazioni Sociali“, Annali XIV N. 5 (IX, X 1938).

Na pomocnicze środki lecznicze, jak pasy brzuszne, pończochy elastyczne, pasy przepuklinowe, przyrządy ortopedyczne, protezy zębowe, na operacje chirurgiczne, celem usunięcia grożącego inwalidztwa, wzgl. zmniejszenia jego stopnia wydano 14.630.004 L.

Ubezpieczenie przeciwko gruźlicy

Instytut Ubezpieczeń dysponował w 1937 r. — 12.850 łózkami w sanatoriach stałych i 1.742 ł. w pawilonach prowizorycznych. W najbliższym czasie przybędzie jeszcze ok. 5.000 nowych łóżek. W 1937 r. leczono w sanatoriach 25.100. osób, chorych na gruźlicę, w tym około 2.000 pracowników rolnych. Ogólna liczba dni leczenia wyniosła 8, 575, 662. Pod koniec sierpnia 1938 r. umieszczonych było w sanatoriach 27.885 osób. W ciągu ostatnich lat stwierdza się stale postępujący wzrost liczby osób leczonych w sanatoriach. Jest to między innymi następstwem polityki ubezpieczenia inwalidzkiego, które, celem wydatnego zmniejszenia ryzyk ubezpieczeniowych, skierowuje do sanatoriów osoby będące w początkowych okresach choroby. Poza tym zwiększono wydatnie liczbę przyjęć w stosunku do pracowników rolnych, na skutek bardziej intensywnego realizowania ubezpieczenia na tym ważnym odcinku. Z pośród członków rodzin pracowników (dzierżawców) rolnych przyjęto na leczenie 3.704 osób na okres 478.772 dni pobytu.

Na poczet zasiłków rodzinnych wypłacono w 1937 r. 5.596.192 L. Aktywa ubezpieczenia przeciwko gruźlicy, głównie w postaci własnych nieruchomości, wynosiły na dzień 31 grudnia 1937 r. — 561.984.173 L. Między pasywami ubezpieczenia przeciwko gruźlicy najwięcej wynosi dług zaciągnięty wobec administracji ubezpieczenia inwalidzkiego, który na dzień 31 grudnia 1937 r. wynosił 477.205.890 L. Ubezpieczenie to finansuje zatem w szerokim zakresie budownictwo sanatoryjne przeciwgruźlicze.

Wydatki świadczeniowe tego ubezpieczenia wyniosły 207 mil. L., rok 1937 został zamknięty niedoborem w wysokości blisko 17 mil. L.

Należy podnieść z naciskiem, że niedobór ubezpieczenia przeciwgruźliczego został spowodowany rozszerzeniem zasięgu ubezpieczenia na liczne nowe gru-

py pracownicze o niskich grupach zarobkowych, oraz rozszerzeniem działalności na najbardziej początkowe okresy gruźlicy i na stronę czysto zapobiegawczą.

Ubezpieczenie macierzyństwa: W r. 1936 rozszerzono jego zasięg także na niektóre grupy pracowników rolnych, również dniówkowych, co ma bardzo doniosłe znaczenie z punktu widzenia całokształtu polityki ludnościowej. Całkowity wpływ ubezpieczenia macierzyństwa wynosił w 1937 r. — 25.031.241 L. Poza składkami na to ubezpieczenie przypada:

8.388.300 L. na kwoty przekazane przez ubezpieczenie na wypadek bezrobocia,
2.659.264 L. przekazane przez skarb państwa,
979.196 L. z różnych innych wpływów.

Wydatki wyniosły w tym okresie czasu 23.350.957 L., w czym 20.849.250 L. — zasiłki położnicze, 191.616 L. — opieka zdrowotna (utrzymywanie specjalnych poradni) 2.228.009 L. koszty administracyjne i 82.081 — wydatki różne.

Warunkiem przyznania zasiłku połogowego jest pewien okres karencji, a to najmniej rok trwania ubezpieczenia przed połogiem, wzgl. u pracowników dniówkowych i współuczestniczących w ubezpieczeniu — opłacenie składki za co najmniej 100 dni roboczych.

W 1937 r. liczba kobiet, pracujących w przemyśle i handlu, podlegających ubezpieczeniu wynosiła 1.238.852, zaś pracujących w rolnictwie ok. 700.000.

Zasiłki połogowe otrzymało 57.828 pracowników przemysłu i handlu i 40.549 pracowników rolnych.

W trakcie studiów i prac przygotowawczych znajduje się objęcie ubezpieczeniem macierzyństwa również pracowników domowych, kobiet zajętych w publicznych urzędach administracji, kobiet podlegających przymusowemu ubezpieczeniu przeciwko chorobie i ewent. podniesienie przymusu ubezpieczenia dla kobiet zarabiających też wyżej 800 L. miesięcznie²⁾.

J. Szumski

²⁾ W streszczeniu nie podano szczegółów, mających mniejsze znaczenie z punktu widzenia społeczno-lekarskiego. Jak wiadomo w Polsce ubezpieczenie przeciwko gruźlicy i macierzyństwa objęte jest ogólnym ubezpieczeniem na wypadek choroby.

KSIAŻKI I CZASOPISMA

AUDIATUR ET ALTERA PARS.

W sprawie zamieszczonej w nr 3/39 Przeglądu Ub. Społ. recenzji podręcznika dr Naftalego Rotha „Gruźlica płuc i opłucnej” p. Dr. E. Piotrowskiego, redakcja otrzymała od autora książki następujące wyjaśnienie, które w myśl zasady, „audiatur et altera pars” zamieszczamy.

Nie miałem zasadniczo wcale zamiaru odpowiadać na tzw. ocenę fachową mojego podręcznika pt.

„Gruźlica płuc i opłucnej” autorstwa p. dra Piotrowskiego w Nr. III/39 Przeglądu Ub. Społ., gdyby nie szereg zarzutów, na które p. dr Piotrowski pozwala sobie w odniesieniu do mojej osoby we wspomnianym artykule.

P. dr Piotrowski czując się chyba niepewnym w roli recenzenta wołał oprzeć się w tym kierunku na nie pozostającym w żadnym związku z fachową oceną otwartym liście p. prof. dra Witolda Orłowskiego, który znowu wskazuje jako kryterium wartości praktycznej mej książki „Refleksje zamiast oceny” dra Telatyckiego

z Otwocka, ogłoszone w miesięczniku „Lek. Wojsk.” T. XXXII, Nr. 6/38 r., str. 762—766.

Już sama korelacja tych trzech „ocen” zdaje się dosadnie wskazywać na jedno i to samo ich źródło. Ponieważ zaś p. dr Piotrowski sam się przyznaje, że wydać oceny mej książki nie może i wystarczy mu zamiast żmudnego przestudiowania naukowego dzieła, streszczenie napisanych o nim „Refleksyj” dra Telatyckiego z Otwocka, nie znajduję możliwości przeprowadzenia dyskusji z p. drem Piotrowskim i pozostaje mi jedynie wyjaśnić to, co w samych „Refleksjach” usiłował zaciemnić p. dr Telatycki z Otwocka i za co gniewa się p. prof. dr Witold Orłowski.

Sprawa listu p. prof. dra W. Orłowskiego została zlikwidowana na skutek ogłoszenia mojej odpowiedzi w Dzien. Urz. Izb Lek. Nr 2 z 1939 r. Przyznaję się natomiast do jednej winy, a mianowicie tej, że pozwoliłem sobie wydać podręcznik naukowy, zanim do tego powołani się czuli mędrcy, mający szkiełko i oko. Nie jestem też w możności jako skromny badacz wywierać wpływ imperatywny na słuchaczy kursów dokształcających w kierunku zalecania przestudiowania tej właśnie książki, czynią tak inni, rozporządzający innymi wpływami.

Sprawa „rozsyłania płacht papierowych w celach szumnej reklamy” przedstawia się w rzeczywistości tak, że utartym zwyczajem wydawnictwo wysyłało lekarzom prospekty, obejmujące spis treści, 2 stronicę wzorcowe oraz zamówienie. Ze tego rodzaju komunikat zasadniczo drukuje się na papierze o rozmiarze, odpowiadającym treści, a nie na płótnie, to wyrażenie „płachta papierowa” brzmi nieco znamienne i złośliwie, skoro się uwzględni, że wszystkie inne wydawnictwa i księgarnie używają tego sposobu reklamowania dzieł bardzo poważnych autorów polskich.

Odnosnie do niedostatecznego uwzględnienia piśmiennictwa polskiego przez autora, który „na 50 stronach swojej książki przytacza źródła piśmiennicze, a wśród nich cytuje zaledwie kilka nazwisk polskich, mimo, że w języku tym okazało się sporo prac z zakresu gruźlicy płuc i opłucnej” pozwalam sobie oświadczyć, że p. dr Telatycki z Otwocka nawet nie był łaskaw przejrzeć tych 50 stron piśmiennictwa i wypisać sobie nazwiska autorów polskich. Przekonałby się wówczas, że tendencyjnie fałszywym jest powyższe twierdzenie, skoro w rzeczywistości uwzględniłem 114 prac autorów polskich, a w źródłach piśmienniczych tyleż nazwisk czytelnik naliczyć może. Przepraszam p. dra Telatyckiego z Otwocka, że nie wzmiankowałem jego „oryginalnych” prac naukowych, gdyż (w Cz. 2, rozdz. VII, str. 643) w „Leczeniu zapadłom chirurgicznem gruźlicy płuc i opłucnej” uwzględniłem wyłącznie prace oryginalne autorów polskich (Berdo N., Bühn i Oxner, Dąbrowski K. i J. Gackowski, Dziembowski, Fenczyn i Kulig, Martyszewski P. i Stankiewicz-Trybowska, Plebańczyk P., Reiterowski H. i Margolisowa H., Ostrowski Wł., S. Sterling, Węgrzynowski L.) i zagranicznych, ogłoszone do końca 1937 r., w którym to czasie piśmiennictwo, uwzględnione w mej książce zostało zamknięte, a zatem przed ogłoszeniem pracy p. dra Telatyckiego z Otwocka. Proszę p. dra Telatyckiego z Otwocka, by zechciał łaskawie zapodać inną pracę, napisaną w języku polskim p. tyt. „Gruźlica płuc i opłucnej”, wydaną do końca 1937 r., jakoteż o zapodanie mi pracy naukowej, uwzględ-

nijącej ok. 6000 pozycji bibliografii, w tym aż 114 prac, napisanych w języku polskim.

Opierając się jedynie na fałszywych danych i mylnej interpretacji sposobu reklamowania mej książki dochodzi p. dr Telatycki z Otwocka do końcowego wniosku, że książka moja „jako całość nie zasługuje na żadną wzmiankę”. A zdaje mi się, że żadna z dotychczasowych publikacji nie wywołała takiego „oburzenia” i takiego „napiętnowania”, jak moja praca i to stanowi dla mnie jakoteż dla ogółu lekarzy najlepszą ocenę. Albowiem skoro książka moja nie zasługuje na żadną wzmiankę, jak twierdzi autor „refleksyj”, to pocóż tyle wrzasku, najlepiej pominąć milczeniem, zignorować, lub w końcu zadać sobie tyle trudu i zebrać wszystkie „omyłki w druku” i „dziwolagi stylistyczne” itp. i napisać „oryginalną” pracę np. p. tyt. Komentarz do dzieła itd., przede wszystkim zaś należałoby też książkę przeczytać.

Odnosnie do czynionych mi zarzutów językowych i stylistycznych oświadczam, że praca moja po otrzymaniu jej od Komisji Naukowej P. Z. P. w 1934 r. została przed wydrukowaniem skrupulatnie przejrzana przez dwóch polonistów: WPP. dra Stachowicza Józefa ze Stanisławowa i Karola Dresdnera, literata z Warszawy. Wymienieni PP. zapewнили mnie, że praca moja pod względem formy językowej i stylistycznej jest bez zarzutu, czego zresztą i sam byłem pewien.

Całkiem już pojąć nie mogę zarzutów autorów obydwu artykułów, a to p. dra Telatyckiego z Otwocka i dra Piotrowskiego o niekompetencji mojej wydania podręcznika naukowego i podzielenia się z innymi lekarzami swoimi długoletnimi spostrzeżeniami na polu fizjologii. Jako wychowanek Uniwersytetu Polskiego i obywatel, który czasu potrzeby wojennej do cna wypełnił swój obowiązek wojskowy, mam przecie prawo naukowo pracować w wolnej Ojczyźnie, bez względu na to, że inni zajmując intratne posady, wcale tak nie czynią, zadowalniając się mniej lub więcej nieudatą krytyką drugich. Ze zaś niefachowa i zjadliwa krytyka wcale wartości mej książki nie obniża, lecz bezwiednie ją raczej reklamuje, świadczy choćby to, że popyt na książkę stale się zwiększa i zmusza mnie do przygotowania nowego nakładu. Co się zaś tyczy proponowanej przez p. dra Piotrowskiego konfiskaty książki i apel do samego p. Premiera, uważam ze swej strony, że właśnie skonfiskowana być winna taka krytyka, jakiej używa p. dr Piotrowski, gdyż nie jest ona w mocy zmienić faktu, że podręcznik dra Naftalego Rotha p. tyt. Gruźlica płuc i opłucnej znajduje się na półkach księgarskich i nie został zdyskredytowany żadną, naprawdę rzeczową oceną.

Jeśliżby zaś miał o „krytykach” p. dra Telatyckiego i dra Piotrowskiego wydać moją opinię ograniczyłbym się do jednego zaledwie zdania: „Difficile est satiram non scribere”.

Dr Naftali Roth

Franz Seldte: SOZIALPOLITIK IM DRITTEN REICH 1933—1938, Monachium i Berlin r. 1939, str. IV + 274.

Praca jest niejako sprawozdaniem, które ma dać pogląd na działalność społeczno-polityczną rządu narodowo - socjalistycznego od dnia 30 stycznia 1933 r., przy czym wykorzystano tę okazję dla celów propagandowych. Dlatego autor — minister pracy Rzeszy — przed-

stawia naprzód stan, jaki zastał w poszczególnych działach, podległych jego resortowi, poddając go surowej krytyce, a następnie charakteryzuje dorobek pięciolecia i przedstawia zamierzenia na przyszłość, przypisując rozwój i osiągnięcia pozytywne idei narodowo - socjalistycznej a niepowodzenia i odroczenie wykonania wytyczonego planu stosunkom i okolicznościom, niezależnym od rządu. Praca ma charakter résumé działalności Ministerstwa Pracy, mającego przedstawić ją w jak najlepszym świetle; podzielona jest na stosowne rozdziały, obejmujące: prawo pracy, dostarczanie pracy, ubezpieczenia społeczne, ochronę pracy, politykę mieszkaniową i osadniczą, zaopatrzenie inwalidów wojennych, opiekę społeczną oraz międzynarodową politykę społeczną.

W rozdziale, dotyczącym ubezpieczeń społecznych, autor przedstawia dążność do reformy, omawiając dosyć szczegółowo przesłanki i postanowienia ustawy o rozbudowie (Aufbaugesetz), dużo miejsca poświęca sanacji finansowej ubezpieczenia społecznego, przedstawia unormowanie stosunków z lekarzami, stosunek ubezpieczeń społecznych do służby wojskowej i służby pracy, dostosowanie ubezpieczenia w b. Austrii — nie wnosząc żadnych nowych czy nieznanych już z szeregu publikacji momentów. Jedynie interesującą jest, krótka zresztą, wzmianka o stosunku ubezpieczenia społecznego do planu czteroletniego, z której wynika, że właściwym inicjatorem reform jest pełnomocnik do wykonania planu czteroletniego, którego celem musi się ubezpieczenie społeczne podporządkować!

Do ubezpieczeń społecznych odnosi się jeszcze jeden, krótki rozdział o stosunkach międzynarodowych, w którym autor na pierwszym planie stawia umowę polsko-niemiecką o ubezpieczeniu społecznym, podnosząc jej znaczenie dla obu stron i podkreślając zgodne wysiłki obu ministerstw, zmierzające do sprawiedliwego rozwiązywania powstających trudności.

B.

Dr. Zdzisław Wyżnikiewicz. OKRES WYCZEKIWANIA I UTRZYMANIE PRAW DO ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH SYSTEMACH EMERYTALNYCH, W REGULACJI WEWNĘTRZNO - PAŃSTWOWEJ I MIĘDZYNARODOWEJ. (Chorzów 1939, str. 113).

W ostatnich dniach ukazała się w druku, powyższa praca jako praca doktorska. Uważam za pożądane szczególnie podkreślić ten fakt jako, że do niedawna jeszcze temat ubezpieczeniowo - społeczny nigdy nie mógłby służyć jako temat do pracy doktorskiej.

Dowodzi to coraz powszechniejszego zrozumienia, że polityka ubezpieczeniowa staje się w coraz wyższym stopniu wielkim ogólnopañstwowym zagadnieniem, wymagającym naukowego pogłębienia.

W pracy powyższej wysuwają się na czoło dwa zasadnicze elementy:

1) szczegółowe przedstawienie zagadnienia okresu wyczekiwania i systemu utrzymania ekspektatywy w różnych państwowych i międzypañstwowych systemach ubezpieczeniowych oraz

2) szczegółowa analiza tego zagadnienia pod kątem widzenia celowości i słuszności społecznej poszczególnych rozwiązań.

Dobre i przejrzyste przedstawienie pierwszej kwestii nie należy do rzeczy łatwych. Rozwiązania przyjęte

w tym zakresie w różnych państwach i w różnych systemach są tak różnorodne, że na pierwszy rzut oka wątpliwem się nawet wydaje czy w ogóle możliwa jest próba stworzenia jakiejś syntezy. Tę próbę przeprowadza jednak i to z dużym powodzeniem aczkolwiek nie bez pewnych braków dr. Wyżnikiewicz.

A jakie wyciąga stąd ogólne wnioski?

Po zanalizowaniu całokształtu rozwiązań dotyczących okresu wyczekiwania i zachowania ekspektatywy dr. Wyżnikiewicz stawia tezę, że ustawodawca z jednej strony wprowadza stosunkowo surowe przepisy dotyczące zachowania ekspektatywy a wyrażające się przede wszystkim w zasadzie ciągłości ubezpieczenia, z drugiej zaś strony — jak gdyby przerażony skutkami społecznymi tych zarządzeń — wydaje cały szereg przepisów łagodzących bądź też osładzających skutki utraty uprawnień, np. wprowadzanie okresów zastępczych, odpraw itd.

Te wszystkie środki łagodzące i znieczulające są — zdaniem autora — niewystarczające, ponieważ na ogół są zbyt sztuczne i w charakterze swym niespołeczne. Zasada „pereat mundus fiat ius” nie jest dewizą dr. Wyżnikiewicza. Aby uniknąć tych sytuacji dr. Wyżnikiewicz proponuje cały szereg oryginalnych koncepcji — z którymi czytelnicy zechcą się prawdopodobnie bliżej zapoznać przy szczegółowej lekturze pracy.

Na koniec jeszcze jedna uwaga. W podejściu dr. Wyżnikiewicza do zagadnienia wyczuwa się nie tylko znajomość polskich i zagranicznych systemów ubezpieczeniowych, ale ponadto głębokie ich zrozumienie — niejednokrotnie nieosiągalne dla tych, którzy na problem ubezpieczeń społecznych patrzą jedynie pod kątem widzenia polskich doświadczeń — zrozumienie, które dr. Wyżnikiewicz nabył nie tylko ze studiów, ale ze stałego stosowania polskich i międzynarodowych systemów ubezpieczeniowych, jako że od kilkunastu lat bez przerwy wykonywa i współpracuje przy zawieraniu wielu umów, jakie Polska zawarła z innymi państwami z zakresu ubezpieczeń społecznych.

R. Szymanko.

WSPÓŁPRACA WOJSKA I ORGANIZACJI CYWILNYCH W ZWALCZANIU GRUŻLICY — referaty wygłoszone podczas 5 Zjazdu Naukowego Oficerów Zdrowia w Poznaniu (Archiwum Wojskowej Służby Zdrowia — Warszawa, 1939 r.).

Do licznych w ostatnich czasach głosów lekarskich, alarmujących i ostrzegających społeczeństwo przed klęską gruźlicy, przybywa głos niezmiernie ważki, bo naświetlający sprawę pod kątem obronności kraju i bezpośredniego interesu naszej Armii — jest to głos lekarzy wojskowych.

W omawianej książce zostały zebrane referaty Dr. P. Martyszewskiego, F. Łabendzińskiego, M. Telińskiego, M. Bujwida, J. Faleńskiego, E. Gorzkowskiego, F. Jaroszewskiego i W. Leśniewskiego.

Przed przystąpieniem do omówienia tematu programowego: Współpraca wojska i organizacji cywilnych w zwalczaniu gruźlicy — zilustrowana została liczbowo groza gruźlicy w Polsce i przypomniane zasadnicze wytyczne racjonalnej walki z gruźlicą. Z powodu gruźlicy narządów oddechowych umiera rocznie w Polsce na 10 tys. mieszkańców — 17,6 (w Niemczech — 6,2), co wynosi 61.600 osób rocznie przy 35 milionach ludno-

ści Polski. Wśród dzieci szkolnych okręgu podstolecznego 56% reaguje dodatnio na odczyn Pirquet'a, to znaczy jest zakażonych gruźlicą (na zachodzie Europy odsetek reagujących dodatnio na odczyn Pirquet'a waha się od 16 do 30%). Gruźlica wybitnie upośledza zdrowotność i żywotność ludności, upośledzając tym samym zdolność obronną Państwa. Doszukując się przyczyn zagrzuźliczenia kraju, nie należy przywiązywać zbyt dużej wagi do złego stanu ekonomicznego ludności; dobrobyt ogólny we Francji nie jest niższy niż w Niemczech, a jednak śmiertelność na gruźlicę w Niemczech jest prawie dwukrotnie mniejsza, niż we Francji, co należy tłumaczyć lepszą organizacją akcji przeciwgruźliczej. Podstawą każdej racjonalnej walki z gruźlicą jest wykrywanie źródeł zakażenia i ich możliwie wczesne i szybkie unieszkodliwienie: droga do tego celu prowadzi najpewniej przez masowe badania promieniami Rentgena grup ludności (szkoły, zakłady przemysłowe, wojsko). Systematyczne badanie rentgenowskie żołnierzy prowadziła Niemcy, Francja, Szwecja, Włochy, Holandia i Anglia.

Jeśli chodzi o Armię, to jej zainteresowanie akcją przeciwgruźliczą kształtuje się w trzech kierunkach:

- 1) zapobieganie przenikaniu do jej szeregów (z poboru, z tytułu ćwiczeń rezerwy) chorych na gruźlicę,
- 2) utrzymanie stanu liczbowego Armii na poziomie, dostosowanym do potrzeb obrony Państwa (zapewnienie dostatecznego dopływu rekruta i przeciwdziałanie ubywania z szeregów wyszkolonych żołnierzy),
- 3) opieka nad żołnierzem, opuszczającym szeregi z powodu gruźlicy.

Ramy niniejszej notatki sprawozdawczej nie pozwalają mi na bardziej szczegółowe omówienie niezmiennie interesujących uwag i spostrzeżeń na temat przyczyn i mechanizmu „zagrożenia” Armii gruźlicą, jak również proponowanych środków zaradczych, zawartych w omawianej książce; każdy, kto się interesuje organizacją akcji przeciwgruźliczej w Polsce, powinien ją dokładnie przestudiować.

Na tym miejscu ograniczę się do przytoczenia poglądu referentów, że w skład planowanej współpracy wojska z organizacjami cywilnymi w zwalczaniu gruźlicy powinny wchodzić następujące elementy:

- a) czynny udział osobisty lekarzy wojskowych w ogólnie - społecznej przeciwgruźliczej akcji terenowej — co niewątpliwie ożywi i zrationalizuje tę akcję,
- b) współudział finansowy Min. Spraw Wojskowych i Z. U. S. w zaopatrzeniu terenu w przenośne aparaty rentgenowskie dla przychodni przeciwgruźliczych i komisji poborowych — po jednym aparacie na powiat, co kosztowałoby rocznie około 200 tysięcy złotych,
- c) prowadzenie propagandy przeciwgruźliczej wśród żołnierzy służby czynnej i rezerwy.

Na zakończenie dodam, że przez większość referatów przewija się, jak czerwoną nitką, myśl uzależniająca w sposób zdecydowany skuteczność zamierzonej akcji przeciwgruźliczej od ujęcia jej w postaci ogólnopństwowego programu walki z gruźlicą, opartego w jego realizacji o żywotną i skuteczną ustawę.

Dr M. Czyżewski.

PRZEGLĄD CZASOPISM I WYDAWNICTW OKRESOWYCH

N a s z ś w i a t — miesięcznik — maj 1939 r.
Warszawa.

Podwójny numer czasopisma, poświęcony jest prawie w całości sprawom organizacyjnym pracowników. Znajdujemy w nim także, w ramach zagadnienia populacji, artykuł o dodatkach rodzinnych, rozpatrywanych w związku ze spadkiem przyrostu naturalnego w Polsce.

W latach 1923 — 1932 wynosił on średnio po 485 tys. rocznie.

W latach 1933—1936 ustabilizował się na poziomie 402—410 tys. rocznie, w roku 1937 obniżył się do 374—370, a w roku 1938 do 370—371. Przyczyn spadku przyrostu naturalnego autor dopatruje się w fatalnym położeniu materialnym najbiedniejszych i średnio uposażonych warstw ludności, które zazwyczaj wykazać się mogą największą liczbą dzieci. Inicjatywa społeczna nie zapobiegnie złu. Sprawa zasiłków rodzinnych powinna być ujęta planowo i gruntownie przez odpowiednie czynniki państwowe.

W rozważaniach swych autor dochodzi do słusznych wniosków, zdążających do zniesienia różnic w dodatkach rodzinnych, przyznawanych obecnie w niektórych instytucjach.

W ten sposób problem dodatków rodzinnych nabiera właściwego charakteru, tj. społecznego i demograficznego i na tej płaszczyźnie powinien być rozpatrywany celem rozwiązania go w skali ogólnopństwowej.

D r o g i P o l s k i — miesięcznik — Nr 4 — 1939 — Warszawa.

Poza zagadnieniami gospodarczymi, finansowymi, poruszony jest w tym numerze także problem uposażenia pracowników państwowych, lub zatrudnionych w przedsiębiorstwach państwowych. Spostrzeżenia ogólne autora mogą odnosić się zarówno do zagadnienia uposażenia pracowników państwowych jak i w ogóle do podobnych zagadnień wszystkich pracowników administracji rządowej, samorządowej, słowem wszystkich instytucji publiczno-prawnych.

P r a c o w n i k S a m o r z ą d o w y — dwutygodnik nr 9 — maj 1939, Warszawa.

W jednym z artykułów p. t. „Zabezpieczajmy swe rodziny”, mówi się obszernie o Funduszu wypłat pośmiertnych, utworzonym i czynnym już od lat 5 w ramach Związku Pracowników Samorządu Terytorialnego. Dzięki temu, że Fundusz (oparty o ścisłą i fachową kalkulację matematyczno-ubezpieczeniową) nie jest obliczony na zysk, można było ustalić stosunkowo znaczną sumę „pośmiertnego”, przy bardzo niskiej stawce ubezpieczeniowej, wynoszącej 2 zł miesięcznie. Do Funduszu należy 1/3 Związkowców. Fundusz należy traktować jako jeszcze jedną formę oszczędności. Regulamin statutu przewiduje w § 5, iż członek Związku, który opłacał specjalne dodatki do składki członkowskiej przynajmniej przez 180 miesięcy, może na żądanie wzamian za zrzeczenie się prawa do „pośmiertnego”, otrzymać gotówką 60% pośmiertnego, ustalonego w § 4 regulaminu, o ile przekroczył 65 lat życia. Uczestniczenie w Funduszu Wypłat Pośmiertnych Związku Zawodowego Pracowników S. T. może być korzystnym dodatkiem do emerytury.

Samorząd miejski — wychodzi dwa razy na miesiąc — nr 10/11 maj—czerwiec — 1939, Warszawa.

W numerze tym ogłoszony jest m. inn. artykuł p. t. „Projekt ustawy o prawach i obowiązkach pracowników samorządowych”. Projekt jest obecnie przedmiotem rozważań komisji ustrojowej Związku Miast Polskich. Istnieją rozbieżności w łonie zainteresowanych czynników co do samej techniki ustawodawczej, czy objąć jedną ustawą wszystkie sprawy pracowników samorządowych, czy też wydać osobne ustawy: 1) o stosunku służbowym, 2) uposażeniach, 3) zaopatrzeniu emerytalnym, i 4) odpowiedzialności służbowej. Autor artykułu, Dr. W. Dalbor, omówi szczegółowo w następnym numerze czasopisma kwestię uposażeń służbowych i zaopatrzenia emerytalnego.

W pracy tej kładzie się silny nacisk na konieczność ustawowego unormowania wspomnianych kwestii, które odnoszą się do olbrzymiej rzeszy pracowników samorządu terytorialnego wszystkich stopni: powiatów, miast i gmin wiejskich.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Wydawców Dzienników i Czasopism, Warszawa — 1939.

Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że została powołana komisja ubezpieczeniowa, której zadaniem jest opracowanie systemu ubezpieczeń dla dziennikarzy.

Przewodnik Społeczny — miesięcznik nr 4 — kwiecień, 1939 — Poznań.

W jednym z artykułów p. t. „Socjologiczne uwagi nad pojęciami opieki społecznej, pomocy wzajemnej, służby społecznej i polityki społecznej”, Dr W. Okiński wskazuje kilka zasad klasyfikacji form samopomocy czy pomocy wzajemnej.

Na tym miejscu wspomnieć należy przynajmniej o jednej z nich, ze względu na formę społeczną. Formy społeczne pomocy wzajemnej mogą być różne na wsi bądź w mieście. Są to m. inn.: 1) pomoc na odrobek, 2) pomoc starcom na wsi traktowaną nieraz (zwłaszcza dawniej) nie jako jałmużna, ale jako pewnego rodzaju renta starcza, czy emerytura, 3) pomoc w nieszczęśliwych wypadkach (tradycyjna forma ubezpieczeń), 4) kasy wzajemnej pomocy np. pożyczkowe, pogrzebowe, posagowe, 5) kasy pożyczek bezprocentowych, 6) ubezpieczenia wzajemne, 7) przymusowe ubezpieczenia społeczne.

Przegląd Społeczny — miesięcznik, nr 1—2, Lublin 1939.

Numer poświęcony całkowicie I Zjazdowi działaczy społecznych województwa lubelskiego, na którym omówiono następujące sprawy: postawa opiekuńcza w stosunku do dziecka, ochrona zdrowia dzieci i młodzieży, opieka społeczna na wsi, koordynacja prac opiekuńczych w ramach działalności komitetów pomocy dzieciom i młodzieży, zagadnienie opieki nad nieletnimi, znaczenie wychowawcze kolonii i półkolonii letniej, pomoc zimowa dla dzieci, szkolenie zawodowe młodzieży, opieka społeczna nad dziećmi i młodzieżą w Polsce i jej linie rozwojowe, wczasy robotnicze i inn.

Pracownik Umysłowy, Nr 6 — czerwiec 1939 — Katowice

W obszernym artykule wstępnym omówione są z punktu widzenia ideowego cele i zadania związków zawodowych. W jednym z następnych artykułów p. t. „O udział przemysłu w organizacji społecznej akcji wczasów w Polsce” podkreśla się, że jednym z najważniejszych czynników tej akcji są przedsiębiorcy przemysłowi. Ostatnio odbyta w dniu 27. IV. rb. konferencja przedstawicieli przemysłu wykazała, że upowszechnienie akcji wczasów nie może się obyć bez współudziału przemysłu tak w formie pomocy materialnej jak i moralnej, wynikającej ze zrozumienia i przychylnego ustosunkowania się do sprawy wczasów”.

Trzeba zgodzić się z wnioskiem zawartym w tym artykule, że sprawa wypoczynku pracowników powinna być przedmiotem planowej akcji czynników publicznych. Żadnemu pracodawcy nie może być obojętne, czy pracownik wraca do pracy ze wzmożonymi siłami umysłowymi, psychicznymi i fizycznymi.

Sprawozdanie Izby Rzemieślniczej w Tarnopolu za 1938 r.

W części ogólnej sprawozdania o położeniu rzemiosła, Izby Rzemieślniczej w Tarnopolu. Sprawozdawca pisze co następuje:

„Już w poprzednim sprawozdaniu poruszyliśmy sprawę ubezpieczenia samoistnych rzemieślników na życie i zapewnienia im bytu na starość, czy też w razie niemożności dalszej pracy. Sprawą tą nawet zainteresował się Dział ubezpieczeniowy P. K. O. Jednak kwestia ta dotychczas nie posunęła się naprzód, jakkolwiek posiada tak ważne znaczenie dla rzemieślników. Zdarza się bowiem często, że rzemieślnik pozostaje wraz ze swą rodziną bez zaopatrzenia na starość, chociaż przez całe swoje życie ciężko pracował, a niekiedy nawet dobrze zarabiał. Lekkomyślność, brak zmysłu praktycznego, a czasem jakieś nieprzewidziane wydarzenia doprowadzają ich do katastrofy. Ubezpieczenie rzemieślników na życie musiałoby być pomyślane jako przymusowe, ażeby miało spełnić swój cel”.

Ubezpieczenie społeczne przymusowe samoistnych rzemieślników obok zagadnień zasadniczych jak n. p. brak odpowiednich organizacji zawodowo - gospodarczych oraz instytucji kredytowych z przystosowaniem do potrzeb drobnej wytwórczości, niski poziom zawodowy, duże braki w dziedzinie oświaty zawodowej i organizacji nauki rzemiosła, konieczność nadania rzemiosłu bardziej handlowego kierunku, umożliwienie rzemieślnikowi udziału w robotach i dostawach państwowych i samorządowych — jest przedmiotem głównych trosk i prac izb rzemieślniczych.

PRZEGLĄD CZASOPISM Z ZAKRESU BEZPIECZEŃSTWA PRACY

Numer 5 „Przeglądu Bezpieczeństwa Pracy” podaje wyczerpujące wiadomości o konferencji w sprawie wczasów robotniczych, jaka z inicjatywy Instytutu Spraw Społecznych, działającego w danym przypadku w po-

rozumieniu z Centralnym Biurem Wczasów, odbyła się przy udziale przedstawicieli najpoważniejszych zrzeszeń przemysłowych, Ministerstwa Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Inicjatorzy konferencji przedłożyli zebranim tezy, dotyczące zorganizowania akcji urlopowej pracowników umysłowych i fizycznych w Polsce. Tezy te w dziesięciu punktach ujęły treść pojęcia wczasów, zasady organizacyjne akcji w tym zakresie oraz role poszczególnych czynników: państwowych, samorządowych i społecznych.

Dyskusja, jaka się wywiązała po referatach, wyясniła szczegóły organizacji akcji wywczasowej oraz ustaliła jej zasady.

W artykule p. t. „Nauka o człowieku w programach szkół zawodowych” autor W. Adamiecki, wicedyrektor Instytutu Spraw Społecznych, omawia potrzebę wprowadzenia do programu nauczania w szkołach zawodowych nauki o człowieku, o jego pracy, jako jednym z najważniejszych czynników składowych każdego procesu wytwórczego.

Artykuł ten należy uważać za przyczynek do dyskusji, jaka od wielu lat toczy się między Ministerstwem Opieki Społecznej a Ministerstwem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego na temat nauczania bezpieczeństwa i higieny pracy w szkolnictwie zawodowym.

Inżynier B. Filipkowski w artykule p. t. „Problem zabezpieczenia pras mechanicznych” omawia na podstawie swych doświadczeń, poczynionych podczas pracy w charakterze podinspektora pracy, sprawę zastosowania zabezpieczeń przy prasach; jest to zagadnienie dużej wagi ze względu na to, że prasy są stosowane w różnych gałęziach przemysłu i że dotychczas powodują one pokaźną liczbę uszkodzeń rąk.

Dr Inż. S. Micewicz omawia w artykule następnym wyniki badań nad współzależnością wypadkowości i wieku zatrudnionych; badania te autor przeprowadził w kierowanym przez siebie dużym zakładzie przemysłowym.

Największą wypadkowość zaobserwowano wśród robotników w wieku 20—25 lat, najmniejszą zaś w okresie wieku lat 35—45. Dla ludzi starszych następuje ponowny okres wzrostu niebezpieczeństwa, aczkolwiek procentowo wzrost ten nie zaznacza się, co autor przypisuje faktowi, że dla robotników starszych dobiera się prace specjalne.

Artykuł następny omawia wyniki konkursu, jaki ogłosił wydawany przez Instytut Spraw Społecznych „kalendarz bezpieczeństwa pracy” na rok bieżący. Nistykający się bliżej z ruchem bezpieczeństwa pracy, będą zapewne zaskoczeni wiadomością, że na rok bieżący kalendarz ten osiągnął nakład stu osiemdziesięciu tysięcy egzemplarzy, co stanowi niewątpliwy rekord w dziejach kalendarnictwa polskiego.

Treść odpowiedzi konkursowych zawiera bardzo wiele materiału charakteryzującego poglądy świata pracy na różne sprawy i porusza dużo zagadnień w sposób bardzo nieraz ciekawy.

Działy zwykłe p. t. „Przykłady, pomysły, udoskonalenia” oraz „Opisy wypadków” przynoszą treść urozmaiconą, ilustrowaną rysunkami. Następnie został podany komunikat dziesiąty Wzorcowni Urzędzeń Ochronnych i Poradni Bezpieczeństwa Pracy przy Muzeum Techniki i Przemysłu, omawiający sprawę wyłączników ruchu wa-

ków zasilających w sieczkarniach; komunikat ten zawiera opis przebiegu badań oraz wyniki tych badań, przeprowadzonych w zakładzie maszynoznawstwa rolniczego S. G. G. W.

Dalej inż. T. Pałkański opisuje apteczki ratownicze dla rolnictwa i podnosi korzyści, wynikające z powszechnego wprowadzenia apteczek jednego typu. Dział stały, poświęcony działalności Wydziału Bezpieczeństwa Pracy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zawiera dane dotyczące organizacji akcji bezpieczeństwa pracy w rolnictwie na terenie lwowskiej oraz poleskiej Izby Rolniczych oraz podaje szczegółowy opis dwóch wypadków, zasługujących na uwagę specjalną.

Następnie zostały podane przepisy bezpieczeństwa pracy przy dźwigniach, uchwalone przez Komisję Bezpieczeństwa Pracy Naczelnej Organizacji Hutnictwa Żelaznego, oraz program II-ej Międzynarodowej Konferencji Bezpieczeństwa Pracy, jaka odbyć się ma w Rzymie i Mediolanie w październiku roku bieżącego.

Dział „Z kraju i ze świata” zawiera różne wiadomości, jak o wspomnianej II-ej konferencji Bezpieczeństwa Pracy, o kursach przeciwpożarowych dla instruktorów bezpieczeństwa pracy, zorganizowanych przez Wzorcownię przy udziale Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych (na jeden z tych kursów uczęszczali inspektorowie bezpieczeństwa pracy ZUS), o kursie dla kierowników warsztatów i majstrów w papierniach i inne.

Wreszcie, niejako już poza tekstem, została podana wiadomość o zaszczytnym wyróżnieniu, jakie spotkało polski plakat ostrzegawczy: pięciu artystów grafików których plakaty wydane przez Instytut Spraw Społecznych zostały wystawione w r. 1937 w Paryżu na ówczesnej wystawie międzynarodowej, jak również sam Instytut — otrzymali dyplomy najwyższej nagrody „Grand—Prix”.

Nr 4 (kwietniowy) „Instruktora Społecznego”, wydawanego przez Dyрекcję Naczelną Lasów Państwowych, podaje wyniki drugiego z rzędu konkursu dla robotników z dziedziny bezpieczeństwa pracy. Konkurs zgromadził dużą liczbę odpowiedzi, bo aż 9.800, co jest najlepszym świadectwem zainteresowania bezpieczeństwem pracy wśród robotników lasów państwowych oraz sprawdzianem akcji propagandowej ze strony organów miejscowych.

W tymże numerze została podana analiza wypadków zaszłych w marcu zarówno w państwowych zakładach przemysłowych przeróbki drzewa, jak też i w państwowych eksploatacjach leśnych.

Statystyka roczna (rok 1937/8) wykazuje wzrost w porównaniu z rokiem poprzedzającym zarówno liczby wypadków, jak i ich częstotliwości (w zakładach przemysłowych częstotliwość wzrosła o 6,6%, w nadleśnictwach 16,6%).

Nr 4 (kwietniowy) „Przeglądu Chemicznego” przynosi artykuł inż. St. Filipkowskiego p. t. „Problem bezpieczeństwa i higieny pracy w cukrownictwie”, oparty na danych, zaczerpniętych z wykazów wypadków przy pracy, jakie od paru lat cukrownie prowadzą na żądanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Liczba wypadków została podana z uwzględnieniem przyczyn oraz z podziałem na okres kampanii i przedkampanijny. Autor

szerzej omawia poszczególne działy robót w cukrowni oraz warunki bezpieczeństwa pracy przy ich wykonywaniu.

R.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ

Międzynarodowe Biuro Pracy

INTERNATIONALE RUNDSCHAU DER ARBEIT. Kwiecień 1939 r. Nr. 4. — Zawiera artykuł na temat wpływu uprzemysłowienia kraju rolniczego na położenie rolników i to na przykładzie Węgier.

W części sprawozdawczej omówione jest posiedzenie rady międzynarodowego Zrzeszenia instytucji ubezpieczeń społecznych, odbytego w grudniu ub. roku oraz zmiany, dokonane na terenie ubezpieczeń społecznych w poszczególnych krajach.

Maj 1939 r. — Nr 5 — Zawiera artykuł przedstawiający związki między polityką społeczną a zagadnieniami populacyjnymi.

W dziale sprawozdawczym przedstawione są m. in. poczynania niektórych państw w zakresie bezpieczeństwa pracy, oraz zasady ubezpieczenia na starość rolników rolnych na Węgrzech według ustawy z 27. IV. 1938 r.

REVUE INTERNATIONALE DU TRAVAIL. Maj 1939 r. — Nr 5. — Zawiera obszerny artykuł o ubezpieczeniach społecznych w Grecji.

Czerwiec 1939 r. — Nr 6. — W dziale statystyki podaje zestawienie kształtowania się zatrudnienia i bezrobocia w poszczególnych państwach w ostatnim dziesięcioleciu oraz badanie porównawcze budżetów rodzinnych.

Francuskie

BULLETIN DE L'OFFICE GÉNÉRALE DES ASSURANCES SOCIALES D'ALSACE ET DE LORRAINE. — Strasburg — kwiecień 1939 r. — Nr. 4.

Zawiera dekret z 24 marca 1939 r. o utworzeniu Komisji Studiów celem zbadania możliwości ulepszenia lokalnych ubezpieczeń społecznych w Alzacji i Lotaryngii oraz przystosowania ich do systemu ubezpieczeń społecznych, obowiązującego na pozostałym obszarze Francji.

BULLETIN MENSUEL DES ALLOCATIONS FAMILIALES ET DES ASSURANCES SOCIALES. — Paris. Marzec 1939 r. — Nr. 3.

We wstępnym artykule omówiona jest ustawa belgijska o rozszerzeniu ubezpieczenia rodzinnego (allocations familiales) na wszystkich samodzielnie zarabiających.

Ponadto numer zawiera krytyczne przedstawienie projektów ustaw, dot. wprowadzenia powszechnych emerytur starczych dla osób nie objętych dotychczas ubezpieczeniem (samodzielnie zarabiających i wyłączonych z ubezpieczenia).

W numerach z kwietnia i maja 1939 r. (Nr Nr 4 i 5) przedstawione są dalsze projekty ustaw w tym zakresie. Pismo przeprowadza krytykę projektów w obronie równowagi finansowej i nieuszczipiania świadczeń ubezpieczeń społecznych.

Ponadto w numerze 5 znajduje się artykuł poświęcony sytuacji ubezpieczonych w razie mobilizacji.

St. Zjedn. A. P.

SOCIAL SECURITY BULLETIN — Washington — Marzec 1939 r. Tom 2, Nr 3. Zawiera m. i. sprawozdanie za rok 1937 dotyczące liczby i zarobków pracowników podlegających ubezpieczeniu na starość w St. Zjedn., analizę warunków zatrudnienia służby domowej, sprawozdanie z badań nad stanem zdrowotnym i opieką lekarską, udzieloną milionowi osób korzystających z zaopatrzeń starczych oraz dane dotyczące zaopatrzenia dla bezrobotnych, składu itp. ubezpieczonych na starość, świadczeń opieki społecznej itp.

Niemieckie

ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT, organ niemieckiego związku wiedzy ubezpieczeniowej, Berlin, luty 1939. M. i. zawiera referat Dr Dobbernacka na temat ustawy z dnia 21 grudnia 1938 r. o zabezpieczeniu na starość rzemieślników. Autor rozwija zasady, na których zbudowana jest ustawa stanowiąca swego rodzaju przełom w niemieckim ubezpieczeniu społecznym. Rozszerzyła ona obowiązek ubezpieczenia na wszystkich samodzielnych rzemieślników, a ponadto ustaliła współpracę w tym zakresie ubezpieczeń społecznych z ubezpieczeniami prywatnymi. Zestawiając warunki ubezpieczenia w ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Angestellten - Versicherung) z warunkami ubezpieczeń prywatnych, referent wskazuje, że wypadki wyłączania się z pod ubezpieczenia powszechnego powinny być bardzo nieliczne, ponieważ forma świadczeń (rentowa a nie jednorazowa), wysokość świadczeń i koszt ubezpieczenia dają wyższość ubezpieczeniu społecznemu nad prywatnym.

Inny artykuł poświęcony jest analizie istoty i granic stopniowanej składki ubezpieczeniowej, jako zawierającej w sobie to, co poospolicie, zdaniem autora fałszywie, określa się jako składkę „sprawiedliwą”. Wreszcie wskazać należy na rozważania n. t. wzajemnego oddziaływania na siebie techniki ubezpieczeniowej i prawa.

REICHSARBEITSBLATT, Berlin, 5 maja 1939, nr 13.

W dziale I zamieszczony jest tekst ustawy o książkach pracy, które muszą posiadać wszyscy pracownicy najemni i samodzielni oraz pomagający im członkowie rodziny z wyjątkiem wolnych zawodów i kilku innych kategorii. Książka pracy ma stanowić przede wszystkim podstawę do planowanego skierowywania ludzi do właściwej pracy. Przy pomocy książek pracy urzędy pracy (Arbeitsamt) wykonywują kontrolę nad całym rynkiem pracy, zarówno najemnej, jak samodzielnej. W ten sposób książka pracy jest ewidencją całego przebiegu pracy zarobkowej.

AMTLICHE NACHRICHTEN FÜR REICHVERSICHERUNG, Berlin, 5 maja 1939 r., nr 13. Zawiera m. i.:

Ustawę z dnia 19. 4. 1929 (Gesetz zum weiteren Abbau der Notverordnungen in der Reichsversicherung). Ustawa, która wchodzi w życie z dniem 1 lipca b. r., przedłuża okres pobierania rent sierocych i dodatków do rent z 15 do 18 lat życia, łagodzi przepisy o spoczywaniu w razie zbiegu rent (połowa renty inwalidzkiej wypłacana w pełni, druga zależnie od wysokości renty wypadkowej), oraz wyłącza okresy służby wojennej z rachunku przy obliczaniu pokrycia okresu ubezpieczenia połową składek. W tym samym numerze artykuł komentujący ustawę. Poza tym okólnik o współdziałaniu urzędów pracy i instytucji ubezpieczeń społecznych przy ocenie inwalidztwa bezrobotnego, zmierzający do wykluczenia możliwości sprzecznych ocen lekarskich zdolności do pracy.

Nr 14 z 15 maja 1939. zawiera m. i. rozporządzenie z 20. 4. 1939 o ubezpieczeniu na wypadek choroby pozostałych po biorących udział w wojnie, oraz zasadnicze rozstrzygnięcie R. V. A. w sprawie skuteczności zgłoszenia roszczenia w polskiej instytucji ubezpieczeniowej w stosunku do zakładów niemieckich (art. 12 umowy polsko-niemieckiej).

DAS VERSICHERUNGSARCHIV — Monatsblätter für private u. öffentliche Versicherung — Wiedeń, marzec/kwiecień 1939. Nr 9/10).

Zawiera m. i. omówienie ustawy i rozporządzeń wykonawczych dot. wprowadzenia w Austrii niemieckiego ustawodawstwa ubezpieczeń społecznych.

MONATSSCHRIFT FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTEN VERSICHERUNG — Berlin, kwiecień 1939 — Nr 4.

Zawiera m. i. przedstawienie zmian niemieckiego ubezpieczenia społecznego w latach 1937 — 1938 w formie systematycznego zestawienia wszystkich aktów ustawodawstwa, zarządzeń wykonawczych itd., podkreślając w szczególności ustawę z grudnia 1937 o rozbudowie ubezpieczeń społecznych, ustawy z grudnia 1938 o zabezpieczeniu na starość rzemieślników, oraz ustawy o zrównaniu z niemieckim — ustawodawstwa ubezpiec. społ. w Austrii i Sudetach. Specjalny artykuł komentuje ustawę o zabezpieczeniu rzemieślników.

ZENTRALBLATT FÜR REICHVERSICHERUNG UND REICHVERSORGUNG — Stuttgart — Berlin, kwiecień 1939.

M. i. artykuły poświęcone: omówieniu ustawy z dnia 17. 2. 1939 r. rozszerzającej krąg ubezpieczonych i świadczenia w ubezpieczeniu od wypadków, stosunkom prawnym osób zatrudnionych w instytucjach ubezpieczeń społecznych, przejęciu ubezpieczeń społecznych w Austrii, zwalczaniu nadużyć w ubezpieczeniu chorobowym i i.

Maj 1939. Omawia m. i. zagadnienie statystyki chorobowej w przedsiębiorstwach, jako narzędzia akcji o przedłużenie zdolności zarobkowej pracownika.

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG — Berlin, maj 1939.

Omawia ustawę z dnia 19. 4. 1939 w sprawie ograniczenia rozporządzeń kryzysowych, prawo ubezpieczonego do opłacania składek za okresy minione, sprawę zwolnienia z pod obowiązku ubezpieczenia osób, pobierających renty itp.

DIE ARBEITERVERSORGUNG — Berlin, 21. 4. 1939. — nr 12.

Przynosi rozważania na temat rozgraniczenia pracy najemnej, związanej z obowiązkiem ubezpieczenia, od samodzielnych czynności gospodarczych w związku z niektórymi nowymi zawodami, jak np. obsługą stacji benzynowych.

DIE DEUTSCHE ERSATZKASSE — Berlin, 15. V. 1939. nr 5.

Omawia podobne zagadnienie, a mianowicie trwanie stosunku pracy najemnej w razie przerw w rzeczywistym wykonywaniu czynności zarobkowych, zagadnienie, kto jest pracodawcą itp. i to w związku z uzależnieniem od stosunku pracy obowiązkiem ubezpieczenia.

DIE INNUNGSKRANKENKASSE — Berlin, 1. IV. 1939 r. nr 7.

Powraca do ustawy o zaopatrzeniu na starość rzemieślników i w obszerniejszym artykule wskazuje na liczne wątpliwości, związane z wykonaniem ustawy.

DIE BETRIEBSKRANKENKASSE—Essen, 25. V. 1939 r. nr 10.

Poświęca artykuł rozważaniom na temat właściwości terytorialnej urzędów ubezpieczeń w sporach o świadczenia chorobowe i w związku z tym zajmuje się pojęciem „zamieszkania”.

ENTSCHEIDUNGEN UND MITTEILUNGEN DES REICHVERSICHERUNGSAMTS — 44 tom zawiera na str. 235 wyrok, że art. 6 b umowy polsko-niemieckiej dotyczy wyłącznie ustalania inwalidztwa, natomiast stwierdzenie ustąpienia inwalidztwa przez zakład, do którego ubezpieczony ostatnio składował, nie wiąże zakładu drugiego państwa.

PRZEGLĄD PRASY

Poprawa gospodarcza a ubezpieczenia społeczne. — Zasada powszechności. — Ubezpieczenie pracowników rolnych. — Budownictwo Z. U. S. — Akcja kolonijna. — Na terenie C. O. P. — W czasy robotnicze. Akcja lecznicza w okręgach podmiejskich.

POPRAWA GOSPODARCZA A UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE.

W artykule p. t. „Poprawa gospodarcza w stosunkach pracy” pisze „Gazeta Polska” z dn. 21 ub. m.:

„Ubezpieczenia społeczne nie tylko w okresie ciężkiego kryzysu ponosiły wielkie ciężary wzmożonych świadczeń przy zmniejszających się katastrofalnie wpływach, lecz również w okresie koniunktury 1936 r. złożyły ofiarę na rzecz szybkiego wzmożenia spożycia przez zastosowanie na okres niespełna dwóch lat, a następnie jeszcze o rok przedłużonego zmniejszenia składek ubezpieczeniowych. Wniesione w ten sposób do obiegu gospodarczego kwoty niewątpliwie pobudziły obroty gospodarcze, a powrót z chwilą zakończenia okresu ulgowego do ustawowo obowiązujących stawek oznacza, iż istniejące ubezpieczenia społeczne mogą doznać korektury, lecz w żadnym razie idea ich nie może ulec załamaniu.

„Poza wniesieniem przez Rząd do Sejmu ustawy o sądownictwie ubezpieczeniowym, co należy ocenić, jako poważny, rzeczowy krok w kierunku uporządkowania istniejącej praktyki, w zakresie stosunku dnia codziennego, ogromne znaczenie posiadało ostateczne uregulowanie sprawy ubezpieczeń emerytalnych robotników rolnych w województwie poznańskim i pomorskim, co pozwoliło na zapewnienie prawidłowej wypłaty 55 tysięcy rent ubezpieczeniowych emerytom i ich rodzinom, oraz w stosunku do niemal ćwierć miliona ubezpieczonych robotników rolnych na tym terenie stworzyło pewne podstawy realizacji ich przyszłych uprawnień”.

ZASADA POWSZECHNOŚCI

W „Dzienniku Powszechnym” z dn. 9 ub. m. (artykuł p. t. „Ubezpieczenia Społeczne korygują krzywdzący podział dochodu społecznego”), czytamy:

„Ubezpieczenia społeczne posiadają ogromne znaczenie gospodarcze, gdyż wielomilionowe sumy zasiłków, rent, zaopatrzeń i wszelkiego rodzaju świadczeń zapobiegają wzrostowi nędzy. Dostarczając środków do życia setkom tysięcy ubezpieczonych, świadczenia te zapobiegają nadmiernemu kurczeniu się siły nabywczej mas i zwięźnieniu rynku zbytu, a tem samem przeciwdziałają kryzysowi i łagodzą jego skutki.

„Nie wszyscy korzystają ze świadczeń w jednakowej mierze, ale wszyscy przyczyniają się do niesienia pomocy najbardziej potrzebującym. Naprzykład świadczenia chorobowe nie są zależne od sumy wpłaconych składek, dzięki czemu dochód społeczny jest tutaj rozprowadzony wśród ubezpieczonych w sposób możliwie równomierny.

„Żeby ubezpieczenia mogły spełnić swoją wielką rolę, muszą być oparte na zasadzie powszechności. Nie mogą być wyłączane z ubezpieczeń najlepsze ryzyka. Obowiązkowi ubezpieczenia winni podlegać robotnicy rolni i w ogóle cały świat pracy”.

UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW ROLNYCH

W tygodniku „Naród i Państwo” z dn. 15 ub. m. znajdujemy artykuł p. Jerzego Jacyny p. t. „Ubezpieczenie społeczne pracowników rolnych”. Konkluzje obszernego wywodu brzmią:

„Przeciwnicy ubezpieczeń społecznych w rolnictwie skarżą się na ciężkie położenie rolnictwa w krajach nieprzemysłowych. Jest to prawdą, nie mniej warunki nie są tak ciężkie, aby rolnictwo nie mogło ponosić częściowo kosztów tak nieodzownej instytucji, jak ubezpieczenia społeczne.

„Za wprowadzeniem ubezpieczeń społecznych w rolnictwie przemawiają następujące względy: 1) mechanizacja pracy w rolnictwie powoduje częste wypadki a także intensyfikację tej pracy, co oddziałuje ujemnie na zdrowie robotnika rolnego, który musi się leczyć, 2) stosunki zdrowotne na wsi nie są lepsze, niż w mieście. Jest alkohol i choroby weneryczne i nędza mieszkaniowa i gruźlica i brak higieny. Nie brak tylko świeżego powietrza, z którego jednak niedostatecznie korzystają mieszkańcy wsi, zamknięci w zatęchłych izbach.

„Wniosek: realizacja ubezpieczeń społecznych dla wsi na wzór ubezpieczeń robotników przemysłowych i handlowych jest koniecznością społeczną, mającą duże znaczenie dla życia gospodarczego, państwowego i dla zdrowia całej ludności, a zatem zarówno dla ogólnego stanu, jak też szczególnego dla obronności Państwa”.

AKCJA KOLONIJNA

„Głos Poranny” z dn. 14 ub. m. w artykule p. t. „Przed nowym sezonem kolonijnym” pisze:

„Chcąc związać koniec z końcem, Ubezpieczalnia nie może powiększać swych świadczeń nieobowiązkowych w nieskończoność, musi być tutaj pewna granica. I ta właśnie granica została już osiągnięta w roku ubiegłym. Ponieważ ogólna sytuacja gospodarcza nie uległa jakiejś wybitniejszej poprawie, nie pozostawało w roku bieżącym nic innego, jak starać się utrzymać akcję kolonijną przynajmniej na poziomie roku ubiegłego. Tylko w wyjątkowych przypadkach będzie ona o nieznaczny procent zwiększona. Akcja kolonijna została już bowiem w ubezpieczeniach społecznych do tego stopnia rozbudowana, że pójść dalej było by trudno, poprostu ze względu na brak pomieszczeń i możliwości organizacyjnych.

„Rok obecny jest momentem nader korzystnym, by iść w głąb i dokonać całego szeregu żmudnych a zasadniczych prac organizacyjnych nad skoordynowaniem i pogłębieniem akcji kolonijnej. W ramy rozbudowane z rozmachem, ale nie zawsze planowo, należy włożyć treść jednolitą i znormalizowaną. Dla pogłębienia i przeprowadzenia organizacyjnego całej akcji kolonijnej, wskazującej w wielu punktach rażące braki i niedociągnięcia Zakład Ubezpieczeń Społecznych wspólnie z Ministerstwem Opieki Społecznej podjął szereg prac o charakterze zasadniczym, prace ankietowe, statystyczne, z zakresu norm wyżywienia, kwalifikacji lekarskiej, wyboru terenu i wiele innych. Ukończenie tych prac i przekazanie ich w tej czy innej formie terenowi stanowić będzie nader doniosły etap akcji kolonijnej na terenie ubezpieczeń społecznych.

„Liczba dzieci, wysłanych na kolonie będzie taka sama, co w roku ubiegłym, ale dzieci będą miały lepsze warunki, lepszą opiekę, większy komfort, celowsze wykorzystanie czasu. I to jest hasło tegorocznej akcji kolonijnej”.

O tegorocznej akcji kolonijnej, zorganizowanej przez Ubezpieczalnię Społeczną w Warszawie „Express Poranny” z dn. 1 ub. m. podaje następujące informacje:

„Akcja kolonijna ma objąć swym działaniem ponad 6 tysięcy dzieci w wieku od 7 do 14 lat. Na cel ten Ubezpieczalnia Warszawska przeznacza sumę 350.000 złotych. Kolonie trwać będą od 1 czerwca do 31 sierpnia b. r. Pobyt dziecka na kolonii trwać będzie 4 tygodnie.

Kwalifikowanie dzieci na kolonie powierzone zostało lekarzom domowym.

Przeprowadzone będzie badanie dzieci i segregacja na poszczególne kategorie, w zależności od stanu zdrowia i warunków domowych dziecka. Na kolonie skierowane zostaną przede wszystkim dzieci, pozostające w stałej styczności mieszkaniowej z osobnikami chorymi na zakaźną postać gruźlicy; poza tym dzieci, które przebyły choroby płuc i opłucnej, ostre choroby zakaźne,

wreszcie dzieci źle odżywione ze znaczniejszym niedoborem wagowym, zwłaszcza z rodzin licznych. Dla bezpieczeństwa ogółu dzieci jest ściśle przestrzegana okoliczność, aby na kolonie nie były wysyłane dzieci, dotknięte świerzmem, jaglicą i innymi cierpieniami udzielającymi się oraz wszawicą.

A więc będą kolonie: nad morzem urządzone w Mostach i Jastrzębiej Górze; w górach w powiecie nowotarskim.

Kolonie nizinne w woj. warszawskim zorganizowane będą w Urlach, Miłosnej, Otwocku, Lesznie, Młodzieszynie, Małkini i Wólce Krofleckiej.

W woj. białostockim — w Rudzie k/Walif i w Mostach n/Niemnem.

W woj. pomorskim — w Kozielcu.

Ponadto dość liczny procent dzieci ubezpieczonych korzysta rok rocznie z kolonii, organizowanych przez różne stowarzyszenia i organizacje ideowo-społeczne. Dzieci, zakwalifikowane na kolonie, których rodzice należą do niektórych organizacji społecznych, zostaną skierowane na kolonie urządzone przez takie organizacje jak: Zw. Strzelecki, Federację Obrońców Ojczyzny, Harcerstwo i inne".

NA TERENIE C. O. P.

„Express Poranny” z dn. 12 ub. m. w korespondencji ze Stalowej Woli pisze o działalności instytucji ubezpieczeń społecznych na terenie Centralnego Okręgu Przemysłowego:

„Żeby sprostać wielkiemu zadaniu, które spoczywa na ubezpieczeniach społecznych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przystępuje niebawem do budowy wielkiego nowoczesnego szpitala (400 łóżek) w Stalowej Woli na zakupionym już terenie. Szpital, wyposażony według największych wymogów medycyny i higieny stanie się niewątpliwie dobrodziejstwem miasta-osiedla i okolicy. Do czasu ukończenia go Ubezpieczalnia Społeczna w Tarnobrzegu, która w ub. roku pobudowała w sąsiedztwie Zakładów Południowych ambulatorium z siedzibą dla 3-ch lekarzy-internistów, obecnie rozszerza je, dobudowując piętro, przy czym uwzględnione zostały dodatkowe lokale na gabinety dla lekarzy-specjalistów, oraz, na razie niewielki szpitalik na 15 łóżek. Przyjmować więc będą na miejscu lekarze: interniści (4), pediatra, ginekolog, chirurg, wenerolog, dentysta i dojeżdżający laryngolog. Tu również zagarażowała Ubezpieczalnia duży samochód sanitarny, służący do przewozu chorych. Obecnie ilość wypadków przy pracy wyraźnie zmalała, co tłumaczy się tym, że w ub. r. najbardziej niebezpieczne były roboty przy montowaniu olbrzymich hal fabrycznych. Złamanie rąk i nóg były na porządku dziennym. Tarnobrzeka Ubezpieczalnia miała z tym nie mało kłopotu, z ZUS-u płynęły poważne kwoty na świadczenia długoterminowe. Szczęśliwie czasy zmieniły się na lepsze, nerwowy etap rozbudowy ustąpił miejsca wytężonej, ale spokojnej produkcji, przy równoczesnym rozszerzaniu dalszych obiektów fabrycznych.

Stalowa Wola, tak bliska starych miast: Rozwadowa, Niska, Sandomierza, Tarnobrzega, jest całkowitym ich zaprzeczeniem — kontrastem i to tym charakterystyczniejszym, że zjawia się oczom zupełnie niespożądanie — spośród gąszczów leśnych — potężna, zorganizowana. Obok nowoczesnych bloków mieszkalnych dla robotników i urzędników, są tu hotele, szkoła pow-

szechna, gimnazjum i liceum, rynek i targowisko, jest ambulatorium Ub. Społ. W budowie — kościół, jeszcze 90 bloków mieszkalnych, olbrzymi szpital ZUS-u i wiele innych inwestycji.

Wytężona akcja ubezpieczeń społecznych dostrójona jest do kolosalnego tempa rozwoju tego terenu".

„S ł o w o N a r o d o w e” z dn. 14 ub. m. w korespondencji z Tarnobrzega uwydatnia doniosłą rolę Ubezpieczalni Społecznej na tym terenie:

„W roku 1938 liczba ubezpieczonych w tarnobrzejskiej Ubezpieczalni wynosiła 18.223, co w porównaniu do dwóch lat ubiegłych stanowi wzrost o 118 proc. i 87 proc.

Wydatki na zasiłki, opiekę lekarską, środki lecznicze i pomocnicze, szpitale i zakłady rozpoznawcze, leczenie w bratnich ubezpieczalniach i profilaktykę wyrażały się kwotą 657.366 zł (wobec 285,066 zł z roku 1937).

Na olbrzymi ten skok złożyło się kilka przyczyn, głównie zwiększona tak wydatnie liczba ubezpieczonych. Nie bez znaczenia był fakt, że w związku z rozbudową Okręgu Przemysłowego zjeżdżali tu z całej Polski bezrobotni, w dużej mierze dotknięci chorobami chronicznymi, którzy przepracowawszy okres czasu, uprawniający ich do świadczeń pieniężnych, zgłaszali się do lekarzy i pobierali zasiłki aż do wyczerpania ustawowego okresu. Przy robotach sezonowych, jak obwałowanie Wisły itp., pracowali robotnicy przeważnie z Zagłębia, którzy z braku mieszkań przyjeżdżali sami, ich zaś rodzinom udzielała tarnobrzejska Ubezpieczalnia pomocy świadczeniowo - leczniczej przez bratnie ubezpieczalnie, na terenie których rodziny te stałe zamieszkiwały. Przekazów zastępczych wydano w ub. r. dla 2.784 rodzin.

Lekarze udzielili porad w gabinetach i w domu chorych ogółem, łącznie z zabiegami 108,556 (co stanowi wzrost o 111 proc. w stosunku do roku 1937). Pomocą акушерycznej udzielała Ubezpieczalnia Społeczna za pośrednictwem wszystkich egzaminowanych położnych, zamieszkałych na terenie czterech powiatów, zostawiając ubezpieczonym ich wybór. Do szpitali skierowano poza chorymi, których stan wymagał leczenia stałego, także chorych, którzy z powodu złych warunków mieszkaniowych (pracownicy sezonowi) musieli być leczeni w szpitalu, mimo, że choroby ich mogły być leczone w domu, jak na przykład zapalenie płuc. Kosztem 134,644 zł wysłano do szpitali w Tarnobrzegu, Sandomierzu, Staszowie, Tarnowie, Krakowie, Lwowie, Rzeszowie, Jarosławiu i Przemyślu — 2,041 osób. Poza tym do Bystrej, Wrochty, Tuszyńka, Zakopanego itd. wysłano 199 osób na leczenie sanatoryjne.

Rok 1938 wykazał, że Ubezpieczalnia Społeczna w Tarnobrzegu weszła na tory pomyślnego rozwoju, opierając się nareszcie na silnych i zdrowych podstawach, przy celowej gospodarce. Na najżywotniejszej części COP-u ubezpieczenia społeczne wykazały dobrą organizację".

WCZASY ROBOTNICZE

„R o b o t n i k” z dn. 1 ub. m. w artykule p. t. „Wczasy robotnicze” podkreśla doniosłość akcji, skoncentrowanej obecnie — z inicjatywy p. Ministra Opieki Społecznej — w Centralnym Biurze Wczasów:

„Mimo, że Centralne Biuro Wczasów jest instytucją nadrzędną, stworzoną pod auspicjami Ministerium

Opieki Społecznej, pozostawia ono nadal inicjatywę w rękach organizacji społecznych, które akcją wczasów robotniczych dotąd prowadziły i pojmują swą rolę jako czynnika doradczego i koordynującego. Takie stanowisko Centralnego Biura Wczasów daje rękojmię, że akcja prowadzona będzie nadal terenowo i indywidualnie i unikniemy w roku bieżącym zbyt raptownego przejścia do akcji planowej, pozostawiając ją na lata dalsze w miarę opracowywania poszczególnych problemów i usuwania trudności, które piętrzą się w chwili obecnej. To co mamy dzisiaj jest więc pewnego rodzaju prowizorium. Kiedy się ono skończy i jak pojęta byłaby akcja wczasów planowana w skali ogólnie - państwowej (gdyby każdy robotnik mógł każdego roku wyjechać w Polsce na wczasy) tego dziś powiedzieć się nie da i to zależy wyłącznie od możliwości finansowych instytucji popierających akcję, jak też od podniesienia skali zarobków naszych robotników.

Nie należy jednak przypuszczać, że wyniki inicjatywy poszczególnych organizacji, pośród których Ubezpieczenia Społeczne grają główną rolę, przedstawiać się będą w roku bieżącym liczebnie nisko. Możemy się śmiało spodziewać, że w nadchodzącym sezonie letnim wyjedzie na wczasy w najpiękniejsze okolice Polski po słońce i po zdrowie około 20.000 robotników i robotnic. Biorąc pod uwagę, że w roku ubiegłym wyjechało zaledwie około 5.000 robotników, zgodzimy się, że jest to już duży sukces Centralnego Biura Wczasów".

AKCJA LECZNICZA W OKRĘGACH PODMIEJSKICH

W „Tygodniu Robotnika“ z dn. 14 ub. m. czytamy:

„Nigdzie może lecznictwo nie spotyka jak dotąd na tyle trudności, nigdzie może lekarz nie staje wobec tak dużych obowiązków umiętnej i ofiarnej pracy, jak właśnie w okręgach podmiejskich, wśród których zwłaszcza okręg warszawski należy nie tylko do najrozleglejszych ale i bodaj, że najcięższych terenów pracy.

Ujęty jest w sieć dwunastu podobwodów, rozmieszczonych w Jabłonie, Nowym Dworze, Markach, Wo-

łominie, Otwocku, Rembertowie, Jeziornie, Pruszkowie, Grójcu, Mińsku Mazowieckim, Garwolinie i Piasecznie, ogarniając rozległy teren powiatu warszawskiego (z wyłączeniem pewnych części tuż przy stolicy), garwolińskiego, grójeckiego, mińskiego i radzyńskiego. W całym okręgu znajduje się 175.418 osób uprawnionych do świadczeń Ubezpieczalni Społecznej, będących w stałej opiece 79 lekarzy domowych, 12 specjalistów, 44-ech osób personelu pomocniczego, nie licząc tu pokaźnej cyfry liczby akuserek zakontraktowanych, rozproszonych po wioskach i osadach, oraz pomocy Pogotowia Ubezpieczalni.

Wysoka frekwencja w gabinetach lekarzy świadczy dobitnie o niskim poziomie zdrowia ludności, na przykład w dwóch ostatnich miesiącach r. ub. ubezpieczeni wykorzystali 94.533 porady, pobrali w tym czasie z 5-iu własnych aptek Ubezpieczalni Społecznej 93.815 numerów. Nie bierze się tu pod uwagę jeszcze wysokiej statystyki wydawanych środków leczniczych przez 18 punktów rozdawnictwa leków i przez poszczególne apteki prywatne. Nie uwzględnia się jeszcze cyfr, ilustrujących pracę gabinetów zabiegowych, światłolecznictwa (Pruszków), stan korzystania przez ubezpieczonych z lamp roentgenowskich, jakie posiadają niektóre podobwody i niektóre ośrodki zdrowia, intensywnej działalności higienistek itp.

Dość trudną ze względu na warunki jest kwestia lecznictwa specjalistycznego, realizowana tylko w części w ramach własnych. Najczęściej rozwiązywana jest ona przez dojazdy chorych do Warszawy, względnie jeśli to będą choroby społeczne, jak weneryczne, gruźlica, jaglica — na terenie tych ośrodków zdrowia, z którymi Ubezpieczalnia współpracuje: w Mińsku Mazowieckim, Grójcu, Garwolinie, Żelechowie; liczba ich wkrótce się powiększy ponieważ projektowane są umowy w sprawie nawiązania kontaktów z ośrodkami w Pruszkowie, Nowym Dworze i Rembertowie.

Kontakt z samorządami i koordynacja terenowej służby zdrowia jest obecnie jednym z najbardziej absorbujących Ubezpieczalnię problemów, w nie mniejszym stopniu jak i zagadnienie rozwoju i usprawnienie lecznictwa na całym terenie okręgu podwarszawskiego.

RÉSUMÉ DE CERTAINS ARTICLES INHALTSANGABE EINIGER AUFSÄTZE

DR IGNACY SPITZER

PROBLÈMES SANATORIAUX.

A la base de l'histoire du développement de l'activité des sanatoriums populaires, l'auteur vise l'importance du problème, prouvée par le nombre de lits sanatoriaux (200.000, — non compris les Etats-Unis d'Amérique du Nord), disponibles au service de la lutte universelle contre la tuberculose.

En indiquant cette importance et la valeur réelle des sanatoriums dans l'ensemble du problème de la lutte contre le péril tuberculeux, l'article envisage en même temps les défauts et lacunes, existant encore dans le ser-

DR IGNACY SPITZER

FRAGEN BETREFFEND DAS KRANKENHAUSWESEN.

Der Aufsatz geht von einem historischen Grundriss der Entwicklungsgeschichte der Volkskrankenhäuser aus. Der Verfasser hebt die Wichtigkeit der Frage hervor, auf die schon die Bettenzahl der Krankenhäuser die zur Disposition der Antituberkulosenfront stehen, hinweist (ungefähr 200.000, die Nordamerikanischen Vereinigten Staaten ausgenommen).

Die Klarstellung der Wichtigkeit dieser Frage und der eigentlichen Rolle, die die Krankenhäuser heutzutage in Bekämpfung der Tuberkulose spielen, führt zur Fest-

vice sanatorial, ce qui entrave dans une mesure considérable le travail normal des sanatoriums et empire les résultats obtenus.

Depuis l'organisation du premier sanatorium, c'est à dire depuis environ 90 ans, le service sanatorial s'est développé énormément et a subi une transformation complète; étant auparavant un moyen le plus important de la lutte contre la tuberculose, il est devenu actuellement un des plusieurs moyens — mais pas unique. L'action préventive et celle des dispensaires ont gagné les premières places, en éliminant au deuxième rang le service sanatorial, qui fut obligé de prendre un rôle auxiliaire dans la lutte générale.

Cette réforme a transformé le type du sanatorium existant. L'article comporte le projet du service anti-tuberculeux rationnellement organisé, basé à la collaboration étroite des dispensaires, des sanatoriums modernes (sanatoriums-hôpitaux), ainsi que des sanatoriums de type ancien, toujours en usage, même dans l'ensemble des moyens puls modernisés. Il faut ajouter que les sanatoriums-hôpitaux diffèrent de types anciens de leur construction, installations et activité.

Un établissement moderne de ce genre possède habituellement des divisions: d'observation, chirurgique et d'isolation, bien munies d'installations, d'ateliers de travail pour les malades-chroniques et enfin — de colonies pour les tuberculeux, dans les environs.

Sanatorium - hôpital, après avoir fait des observations et recherches, classifie le matériel des malades, fourni par les dispensaires régionaux, et à fur et mesure de la nécessité et des indications médicales, il les destine soit au traitement actif, soit aux sanatoriums du type ancien à la cure de repos. Les malades chroniques et désespérés sont placés dans des divisions d'isolation ou bien — dans des colonies pour les tuberculeux.

En outre — l'auteur précise tous les problèmes de l'établissement moderne anti-tuberculeux comme: les décisions médicales concernant la capacité de travail, les travaux scientifiques, statistiques, l'enseignement du corps médical et technique pour la lutte contre la tuberculose etc.

L'attention spéciale fut consacrée à la construction et l'organisation du nouveau modèle d'établissement de santé et à l'organisation des divisions de travail des sanatoriums.

A l'époque d'un développement considérable et de la construction en masse des sanatoriums populaires, où nous nous trouvons en Pologne, il s'agit avant tout de bâtir des établissements pratiques et utiles, ce qu'on ne peut atteindre qu'à l'aide de leur liaison étroite au service existant de la lutte contre la tuberculose. Il y faut organiser des bonnes conditions de travail et les munir des installations qui leur permettraient d'accomplir leur tâche d'une manière efficace. Pour atteindre ces buts il faut examiner tout d'abord la sphère d'activité de l'établissement donné, son adaption aux besoins de l'action contre la tuberculose, sa composition de ser-

stellung mancher Mängel- und Fehler, die immer noch im Krankenhauswesen zu finden sind und die im hohen Grade die Arbeit des Krankenhauswesens verhindern, und vor allem die Erfolge dieser Arbeit beeinträchtigen.

Seit dem Entstehen des ersten Krankenhauses, d. i. ungefähr vor 90 Jahren, hat sich das Krankenhauswesen nicht nur ausserordentlich entwickelt, aber es hat sich vom einzigen und wichtigsten zu einem von vielen allerdings wichtigen, aber nicht wichtigsten Mitteln der Tuberkulosenbekämpfung umgestaltet. Die Verhütung und die Arbeit der Beratungsstellen haben sich als wichtigste Mittel der Tuberkulosebekämpfung hervorgeschoben, die Krankenhäuser dagegen, die mit dem schon bestehenden Übel kämpfen, beschränkten sich zur Hilfsrolle. Im engen Zusammenhang mit der Änderung der Aufgabe der Krankenhäuser steht die Notwendigkeit entsprechender umgestaltung der bestehenden Typen derselben. Der Aufsatz enthält den Vorschlag einer zweckmässig organisierten Tuberkulosenbekämpfung, durch enge Mitarbeit der Beratungsstellen mit den Krankenhäusern neuen Typs, (s. g. Krankenhäuser - Spitäle) und den Krankenhäusern alten Typs; für die letzteren findet sich auch Raum in der modernen Organisation der Antituberkulosenfront. Es muss dabei klargestellt werden, dass das Krankenhaus-Spital sich wesentlich, sowohl durch den Bau und die Ausstattung, wie auch durch den Wirkungskreis, vom Krankenhaus des alten Typus unterscheidet. So eine Anstalt besitzt eine grosse Beobachtungsabteilung, eine grosse und gut ausgestattete chirurgische Abteilung, eine grosse Isolationsabteilung, mit Arbeitswerkstätten für chronisch Kranke, und endlich eine nicht zu sehr vom Krankenhause entfernte Tuberkulosenkolonie. Das Menschenmaterial das durch die Beratungsstellen an die Krankenhaus - Spitäle, geleitet wird, wird dort nach Untersuchung und Beobachtung verteilt und entweder zur aktiven Behandlung oder zur Ruhekur in Hilfskrankenhäuser (alten Typs), gesandt. Die chronischen und hoffnungslosen Fälle werden den Isolationsabteilung oder der Tuberkulosenkolonie zugesandt.

Ausser dem wurden in dem Aufsatz die Aufgaben und Möglichkeiten einer modernen Tuberkulosenanstalt positiv hervorgehoben und präzisiert, nämlich: Begutachtung der Arbeitsfähigkeit, wissenschaftliche und statistische Forschungen, Schulung des ärztlichen und technischen Personals zur allgemeinen Tuberkulosenbekämpfung u. s. w.

Besondere Aufmerksamkeit wurde dem Bau und der Organisation einzelner Arbeitsprobleme der Krankenhäuser gewidmet.

In der heutigen Zeit einer so raschen Entwicklung und eines so grossen Aufbaues des Volkskrankwesens in Polen ist die Zweckmässigkeit jedes einzelnen Bauobjektes von besonderer Wichtigkeit; sie kann nur durch Verbindung mit dem bestehenden Aparat der Tuberkulosenbekämpfung, durch Schaffen vorteilhafter Existenzmöglichkeiten und durch die allerbeste Ausstattung der Krankenhäuser die die richtige Ausführung seiner Aufgaben ermöglichen, erreicht werden. Um ein zweckmässiges und praktisches Ganzes zu erreichen, müssen noch vor dem Beginn des Baues einzelne Probleme eingehend durchgedacht und bearbeitet werden. Zu diesen gehören: der Wirkungskreis des künftigen Objektes, seine Anpassung an die Bedürfnisse der Antituberkulosenfront, Zusammenstellung und Grösse, Auswahl der Lage, Sicherung des Baukapitals und der Exploitation, Anpassung

vice et son volume, le choix de l'endroit de son activité, la possibilité d'obtenir un capital suffisant pour construire et exploiter le sanatorium, l'adaptation de l'ensemble aux besoins psychiques et physiques du malade tuberculeux, l'arrangement et l'organisation en détail du local, du traitement, de l'éducation même du malade. Une organisation rationnelle du travail en corrélation avec les qualifications du personnel des sanatoriums, la question enfin d'assurer à ce dernier des bonnes conditions sanitaires (jardins d'enfants, jardins ouvriers, logements et conditions de travail) termine les amples problèmes qu'il faudrait prendre en considération avant de bâtir un sanatorium moderne. La bonne solution de ces sujets est confiée aux médecins et aux architectes dans la mesure égale, la collaboration étroite de ces deux éléments pouvant donner des résultats satisfaisants.

En soulignant d'un côté la nécessité de collaboration de ces deux éléments et de l'autre - la nécessité d'introduire quelques modifications de principe dans l'organisation des sanatoriums existants, on peut conclure, qu'il reste encore beaucoup à faire pour élever le rendement du travail sanatorial et pour diminuer la mortalité, due à la tuberculose.

des Ganzen an die Psychologie und die Bedürfnisse der Tuberkulosenkranken, ausführliches Planieren der inneren Einrichtung und der Organisation besonderer Einzelheiten betreffend die Unterbringung, die Behandlung, die Erziehung und sogar die Ausbildung der Patienten. Die Arbeitsorganisation, die Qualifikationen der Krankenhausangestellten, endlich die Sicherung der Gesundheit derselben und besonders ihrer Familien (Gärten, gute Wohnungs- und Arbeitsverhältnisse) schliessen die wichtigsten Fragen, die vor dem Beginn des Krankenhausbaues erwogen sein müssen. Die Sorge um die richtige Auflösung dieser Probleme soll sowohl den Ärzten als auch den Architekten in gleichem Masse überlassen werden: denn nur eine enge Mitarbeit dieser Fachleute kann bei Errichtung einer Heilanstalt zu einem harmonischen Ganzen führen.

In Beachtung der Notwendigkeit dieser Mitarbeit beim Baue neuer Objekte sowie der Notwendigkeit mancher wesentlicher Änderungen in der Arbeitsorganisation der bestehenden Krankenhäuser, kann mit Recht behauptet werden, dass noch viel geleistet werden kann und muss, um die Arbeitsfähigkeit der Krankenhäuser zu heben und die Sterblichkeit infolge der Tuberkulose zu vermindern.

ZAGUBIONE LEGITYMACJE

Ubezpieczalnia Społeczna podają do wiadomości, iż niżej wymienione osoby zagubiły legitymacje ubezpieczeniowe, wydane im przez Ubezpieczalnię Społeczną:

	Num. leg.	
Kalkowski Szczepan	6081813	Bydgoszcz
Warszczyński Edward	1524977	"
Geppert Maria	6126179	"
Michalik Paweł	9331172	Bielsk (w. śl.)
Fritsch Maria	7439904	Biała Krak.
Pruszyński Henryk	2027185	Ciechanów
Zieliński Jan	7561048	Chrzanów
Gintelówna Stefania	1113651	Grodno
Barleben Edmund	3401780	Łódź
Buchelt Franciszek	3391270	"
Bek Anna	3559004	"
Abkin Ludwik	1205476	"
Baśko Stanisław	3399548	"
Cygielman Perla	3611895	"
Bartenbach Adolf	3708013	"
Bukowska Łucja	3526042	"
Jędrzejczak Jan	3716037	"
Dylewski Wacław	3637834	"
Draszczyk Tadeusz	3612753	"
Iteld Efra	1232812	"
Frenkel Stanisław	1222920	"
Jakubowicz Lejzor	3395902	"
Epsztajn Juda-Lajb	3502395	"
Filipczak Ignacy	4104989	"
Jagoda Władysław	3655084	"
Lityńska Zofia	1224782	"
Hendeles Łazarz	1211709	"
Goldfarb Abram-Jakub	3662891	"
Gufa Abe	3648601	"

Glicensztajn Fajwel	3416581	Łódź
Giser Boruch-Mordka	1199267	"
Lichosik Antonina	3474328	"
Grynberg Abram	3655275	"
Lewin Mina	1199428	"
Waberski Wincenty	3577475	"
Liwszak Estera	3697524	"
Libman Jankiel	3545935	"
Kopydłowski Czesław	4093372	"
Karczyńska Stanisława	3604525	"
Kurpik Wanda	3679472	"
Kowalski Stefan	3443908	"
Kurczewski Jan	3560198	"
Kupis Helena	3529609	"
Klonowski Stanisław	3556730	"
Kwiatkowski Chil-Majer	3549029	"
Kober Bronia	4293565	"
Kosiński Tadeusz	3659113	"
Kozioł Marianna	3538816	"
Klar Alta	3478907	"
Michalska Helena	3576324	"
Mass Józefa	3516026	"
Miller Bruno	3496091	"
Macke Karol	3546356	"
Oberwajs Jakub	3703429	"
Majda Kazimierz	3478640	"
Nowak Marianna	3625132	"
Moczkowski Władysław	3471411	"
Skonieczny Eugeniusz	3523621	"
Smolarski Stefan	1226353	"
Srebrnik Szlama	1217712	"
Szpektor Abram	3661029	"
Staszewski Moszek	3523720	"
Pawlak Stanisław	3433822	"

Patentreger Łajg	3692346	Łódź	Koczorowska Pelagia	6776170	Poznań
Szmigulska Helena	3400350	"	Koralewski Franciszek	6253281	"
Staszczak Zygmunt	1223487	"	Krajecki Józef	6697988	"
Pawlak Stefan	3591544	"	Księżniak Franciszek	6717289	"
Profesorska Ajdla	1225651	"	Majchrzak Władysław	6795938	"
Półczyński Aron	3556602	"	Mankiewicz Marian	6758678	"
Siennicki Stanisław	3544225	"	Martyńska Agnieszka	6696644	"
Piekarski Stefan	3427384	"	Mertka Tadeusz	1623656	"
Zaczek Ignacy	3417740	"	Obiałówna Anna	11599412	"
Radoszycki Szlama	1221771	"	Oleszak Anna	6553094	"
Rokoszewski Czesław	3620206	"	Powałowska Julia	6774465	"
Zarzycka Józefa	3423256	"	Staszewski Antoni	6794106	"
Rosiński Henryk	3629242	"	Słomińska Władysława	6814364	"
Rafalska Irena	3619572	"	Urban Władysława	6702167	"
Robaszek Karol	3651947	"	Waliszewski Leon	6815011	"
Wilczek Franciszka	3625843	"	Wegner Leokadia	1600408	"
Szczepanik Kazimierz	3463449	"	Wiśniewski Felicjan	6807156	"
Wajnberg Aron	1210236	"	Zawadzki Adam	6807612	"
Szala Czesława	3611732	"	Majewski Władysław	4610595	Radom
Walczak Zdzisław	1234381	"	Kopeć Martyna	5138266	Siedlce
Szmulewicz Ita	3652364	"	Figielski Jan	7270224	Toruń
Strauch Łajb	3685508	"	Giersówna Irena	3211309	Włocławek
Schwertfinger Izrael	1356147	"	Burówna Stefania	1823865	Warszawa
Szylił Jankiel	3619680	"	Bojarska Helena	2674074	"
Sternlicht Rachela	3660176	"	Dąbrowska Kazimiera	2700817	"
Pancerz Ignacy	7938184	Nowy Sącz	Darmochwał Anna	2189952	"
Kamyszek Paweł	6935765	Oborniki	Gurenceig Szmul-Majer	2536098	"
Karpińska Adela	4012813	Pabianice	Gruszczyńska Genowefa	2242339	"
Dudok Kunegunda	4000657	"	Janik Aniela	2504459	"
Antoniewski Antoni	6752249	Poznań	Kucharski Teofil	2405018	"
Beychler Henryk	1608192	"	Raczycki Elias	2427634	"
Bober Józef	6731711	"	Sztreja Kazimiera	2279989	"
Czech Wiktoria	6251046	"	Wiśniewski Józef	2327465	"
Gólecki Jan	6739765	"	Wrzosek Władysław	2338702	"
Gryża Ludwika	1610100	"	Wyczółkowska Felicja	1077666	"
Hadyńska Marta	6765340	"	Midera Władysława	2254092	"
Kiszel Franciszka	6726582	"	Zarzyńska Ludwika	2713200	"

SANDOZ S. A.

BAZYLEA, SZWAJCARIA

BELLAFOLIN

w kroplach, tabletkach, ampuł-
kach, proszku do receptury
jako preparat czysty, oparty
o izolowane alkaloidy — jest
t r w a ł y m, pewnym lekiem.

Przedstawicielstwo Biura Naukowego

Inż. K. A. SOMMER

Warszawa, Hoża 42/8.

Tel. 809-36.

WYRÓB KRAJOWY

„ACUSAN”

NAZWA ZASTRZEŻONA

WYTWÓRNIĄ IGIEŁ

MEDYCZNYCH I CHIRURGICZNYCH

J. CZEKALIŃSKI

Warszawa, Aleje Jerozolimskie 117

Telefon 6-03-65

Prosimy ządać wszędzie igieł „ACUSAN”

S T A T Y S T Y K A

Zestawienia ogólne

I. Zakłady pracy i ubezpieczeni

1936 — 1939

Okresy	Zakłady pracy, ^a których pracownicy ubezpiecze- ni są	Pracownicy podlegający ubezpieczeniu				
		na wypadek choroby	emerytal- nemu robotników	emerytal- nemu	na wypadek braku pracy	od wypad- ków w za- trudnieniu ^b
				pracowników umysłowych		
				w ubezpieczalniach społecznych		
Przeciętna w 1936 r. . . .	410 127	1 761 784	1 465 236	293 328	291 742	1 967 039
Przeciętna w 1937 r. . . .	435 965	1 954 362	1 638 053	316 736	314 349	2 175 228
Przeciętna w 1938 r. . . .	464 700	2 130 040	1 786 780	350 540	347 420	2 369 340
Stan w końcu lutego 1938 r.	460 616	1 869 630	1 533 050 ^c	339 300 ^c	336 300 ^c	2 092 260 ^c
" " marca "	466 145	1 957 070	1 615 700 ^c	343 200 ^c	340 180 ^c	2 183 680 ^c
" " kwietnia "	466 410	2 038 789	1 696 730	343 419	340 413	2 272 713
" " maja "	467 820	2 160 167	1 816 560 ^c	347 240 ^c	344 190 ^c	2 395 210 ^c
" " czerwca "	465 747	2 229 431	1 884 250 ^c	351 270 ^c	348 180 ^c	2 466 880 ^c
" " lipca "	461 681	2 266 798	1 921 100 ^c	356 040 ^c	352 900 ^c	2 511 260 ^c
" " sierpnia "	458 796	2 295 377	1 952 650 ^c	354 900 ^c	351 700 ^c	2 539 770 ^c
" " września "	462 751	2 331 436	1 987 050 ^c	359 000 ^c	355 750 ^c	2 574 680 ^c
" " października "	467 171	2 336 074	1 983 388	363 900	360 646	2 589 456
" " listopada "	477 638	2 289 815	1 934 500 ^c	366 500 ^c	363 230 ^c	2 543 680 ^c
" " grudnia "	478 382	2 020 366	1 666 300 ^c	365 760 ^c	362 480 ^c	2 277 330 ^c
" " stycznia 1939 r.	484 464	2 028 985	1 672 000 ^c	368 680 ^c	365 400 ^c	2 282 200 ^c
" " lutego "	490 379	2 071 834	1 711 500 ^c	372 270 ^c	368 980 ^c	2 322 350 ^c

II. Składki (w tysiącach złotych)

1936—1939

O k r e s y	Ogółem	n a u b e z p i e c z e n i e						
		na wy- padek choroby	emerytal- ne robot- ników	emerytalne	na wypadek braku pracy	od wypadków w zatrudnieniu		
				pracowników w ubezpieczal. społ.	umysłowych	razem	w przemyśle	w rolnict- wie
A. Przypis składek ^d								
w 1936 r.	294 309	105 536	62 426	56 819	18 145	51 383	42 612	8 771
w 1937 r.	325 335	119 159	69 858	59 590	19 438	57 290	48 275 ^c	9 015 ^c
w 1938 r.	379 477	135 508	84 462	70 182	21 756	67 569	58 875	8 694
„ lutym 1938 r.	30 781	10 610 ^e	7 270 ^e	6 344	1 691	4 866	4 607 ^e	259
„ marcu „	29 437	9 479	6 494	6 601	1 775	5 088	4 029	1 059
„ kwietniu „	30 895	9 983	7 341	6 740	1 772	5 059	4 357	702
„ maju „	31 585	11 967 ^e	7 129 ^e	5 481	1 798	5 210	4 864 ^e	346
„ czerwcu „	28 473	10 452	6 195	5 531	1 805	4 490	4 261	229
„ lipcu „	29 771	10 954	6 546	5 704	1 865	4 702	4 672	30
„ sierpniu „	36 323	13 346 ^e	7 968 ^e	5 587	1 830	7 592	6 204 ^e	1 388
we wrześniu „	31 919	11 495	6 884	5 588	1 848	6 104	4 978	1 126
w październiku „	33 414	11 970	7 257	5 663	1 846	6 678	4 966	1 712
„ listopadzie „	37 476	13 994 ^e	8 674 ^e	5 570	1 859	7 379	6 155 ^e	1 224
„ grudniu „	32 003	11 361	7 050	5 862	1 911	5 819	5 376	443
„ styczniu 1939 r.	33 908	12 873 ^e	7 513 ^e	5 915	1 936	5 671	5 642 ^e	29
„ lutym „	28 343	9 938	5 806	5 874	1 933	4 792	4 535	257
B. Wpływy z tytułu składek i odsetek zwłoki								
w 1936 r.	294 162	105 649	62 132	59 497	18 981	47 903	41 330	6 728
w 1937 r.	336 742	121 613	68 231	63 978	20 547	62 373	54 458	7 915
w 1938 r.	387 980	137 781	84 024	74 243	22 761	69 171	61 641	7 530
„ lutym 1938 r.	28 636	9 913	6 607	5 625	1 737	4 754	4 248	506
„ marcu „	32 229	10 923	7 070	6 805	2 508	4 923	4 441	482
„ kwietniu „	30 270	10 128	6 943	6 383	1 951	4 865	4 437	428
„ maju „	31 245	11 929	7 002	5 518	1 807	4 989	4 653	336
„ czerwcu „	28 700	10 775	6 247	5 585	1 819	4 274	4 044	230
„ lipcu „	30 979	11 092	6 502	5 648	1 845	5 892	4 951	941
„ sierpniu „	32 874	12 633	7 395	5 250	1 716	5 880	5 456	424
we wrześniu „	31 018	11 451	6 705	5 538	1 829	5 495	5 055	440
w październiku „	34 698	12 397	7 400	6 036	2 017	6 848	5 302	1 546
„ listopadzie „	36 822	13 816	8 388	5 730	1 876	7 012	6 384	628
„ grudniu „	35 049	12 679	7 829	6 595	2 156	5 790	5 316	474
„ styczniu 1939 r.	32 634	12 172	6 938	5 530	1 807	6 187	5 318	869
„ lutym „	30 432	10 757	6 135	6 144	2 020	5 376	4 680	696

Wyszczególnienie	1 9 3 8												1 9 3 9	
	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	
Ubezpieczenie na wypadek choroby^f	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
1. Ogółem ^g	8 600	9 042	8 661	9 000	8 914	9 650	10 296	10 021	9 858	9 873	12 543	9 505	9 378	
2. opieka lekarska	2 700	2 723	2 728	2 762	2 776	3 026	3 059	3 013	3 022	2 971	3 854	2 824	2 962	
3. środki leczn. i pom.	1 402	1 466	1 476	1 542	1 409	1 352	1 565	1 594	1 606	1 621	1 933	1 673	1 573	
4. szpitale i zakł. leczn.	2 612	2 658	2 538	2 626	2 588	2 727	2 903	2 907	3 038	2 928	3 219	2 521	2 623	
5. zasiłki pieniężne	1 571	1 733	1 556	1 599	1 551	1 656	1 728	1 772	1 753	1 753	1 955	2 069	1 830	
6. lecz. w brat. ubez.	129	220	174	206	154	170	198	190	130	219	222	111	122	
7. profilakt. i cele sanit.	186	242	189	265	436	719	843	545	309	381	1 320	307	268	
Liczby udzielonych świadczeń (w tysiącach złotych)														
8. porady lekarsk. ogół.	1 618	1 843	1 623	1 835	1 650	1 681	1 780	1 805	1 853	1 931	1 871	2 097	1 826	
9. " lekarzy dom.	1 170	1 323	1 179	1 335	1 186	1 226	1 304	1 289	1 326	1 396	1 394	1 571	1 332	
10. " specjal.	448	520	444	500	464	455	476	516	527	535	477	526	494	
11. zabiegi dentystyczne	135	154	124	143	120	122	137	146	155	161	136	155	147	
12. leki i środki opatr.	1 946	2 142	1 893	2 063	1 867	1 882	2 031	2 084	2 153	2 300	2 358	2 520	2 180	
13. zabiegi fizyko-terap.	229	254	184	188	148	109	75	133	180	208	182	211	247	
14. " rentgenowskie	45	52	45	50	47	43	41	47	47	50	45	54	52	
15. przekazy do szpit. ^h	15	18	15	18	18	20	21	21	20	20	17	24	21	
16. przyrost chorych we własnych szpitalach ⁱ	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	6	7	6	
17. dni szpitalne ^j	88	97	87	99	101	104	105	102	102	98	96	101	93	
18. dni zasiłkowe ^k	1 143	1 291	1 129	1 190	1 117	1 258	1 302	1 383	1 394	1 375	1 475	1 315	1 307	
19. zasiłki pogrzebowe	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	
Ubezpieczenie emeryt. robotników^l	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
20. Ogółem	1 673	1 688	1 779	1 796	1 831	1 794	1 743	1 879	1 631	1 948	2 776	.	.	
21. renty	798	798	832	878	892	854	860	890	979	1 011	1 177	.	.	
22. zaopatrzenia	874	868	884	861	886	872	882	880	601	884	1 188	.	.	
23. świadc. jednoraz. ^m	1	22	63	57	53	68	1	109	51	53	411	.	.	
Liczby wypłaconych świadczeń														
24. renty ⁿ	47 337	47 759	48 843	50 440	50 843	51 301	51 907	52 488	52 712	54 731	55 621	.	.	
25. zaopatrzenia	41 828	41 931	42 402	42 663	42 953	43 260	43 665	43 814	43 958	44 385	44 679	.	.	
26. świadc. jednoraz. ^m	9	196	.	.	.	.	2	.	27	492	.	.	.	
Ubezpieczenie pracowników umysłow.	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
27. Ogółem	4 589	4 678	4 669	4 546	4 574	4 524	4 642	4 692	4 794	4 699	5 326	.	.	
28. renty	3 693	3 731	3 763	3 645	3 774	3 731	3 856	3 858	3 914	3 956	4 389	.	.	
29. zaopatrzenia ⁿ	116	112	107	118	117	115	109	111	114	108	127	.	.	
30. świadc. jednoraz. ^o	122	97	102	135	69	101	84	98	133	32	112	.	.	
31. zasiłki bezrobotnych	658	738	697	648	614	577	593	625	633	603	698	524	650	
Liczby wypłaconych świadczeń														
32. renty	30 000	30 563	30 809	31 080	31 301	31 461	31 852	32 032	32 328	32 867	32 927	.	.	
33. zaopatrzenia ⁿ	2 272	2 264	2 661	2 269	2 271	2 277	2 291	2 288	2 299	2 302	2 311	.	.	
34. świadc. jednoraz. ^o	133	.	127	.	.	165	101	149	155	54	.	.	.	
35. zasiłki z powodu braku pracy	9 529	10 714	10 180	9 317	8 930	8 266	8 468	9 340	9 656	9 220	10 381	8 019	9 524	
36. bezrobotni, którym wypłacono zasiłki ^p	8 160	9 071	8 855	8 213	7 788	7 055	7 161	7 712	8 083	7 899	8 753	6 833	8 142	
Ubezpiecz. od wypadk.	Świadczenia (w tysiącach złotych)													
37. Ogółem	3 964	4 397	4 415	4 400	4 125	4 306	4 089	4 562	4 226	4 448	6 891	.	.	
38. renty	3 821	4 101	4 093	4 074	3 911	4 050	3 862	4 211	3 990	4 189	5 680	.	.	
39. świad. jedn. i rzecz. ^r	143	296	322	326	214	256	227	351	236	259	1 211	.	.	
Liczby wypłaconych świadczeń														
40. renty	12 441	12 583	12 632	12 624	12 650	12 657	12 688	12 694	12 705	12 780	13 151	.	.	
41. świadc. jednoraz. ^s	84	120	122	78	80	81	69	108	114	114	.	.	.	

a Zakłady pracy, których pracownicy są indywidualnie ubezpieczeni w ubezpieczalniach społecznych. b Bez pracowników rolnych i wykazywanych kwartalnie. c Dane szacunkowe. d Przypis składek w danym miesiącu obejmuje zasadniczo przypis składek za miesiąc poprzedni z wyjątkiem przypisu na ubezpieczenie od wypadków w rolnictwie, w którym przypis składek dokonywany jest za okresy półroczne, wzgl. roczne (za producentów rolnych w województwach zachodnich). e Przypis za miesiące 5-tygodniowe. f Bez Górnego Śląska. g Wydatki na przewóz chorych i lekarzy mieszczą się częściowo w poz. 2 oraz w poz. 4. h Przekazy do obcych szpitali, zakładów położniczych i sanatoriów. i — względnie sanatoriach, j — względnie sanatoryjne we własnych szpitalach i sanatoriach. k Chorobowe, poługowe i dla karmiących. l Świadczenia funduszu ubezpieczenia emerytalnego robotników Z. U. S. m Renty z ordynacji ubezpieczeniowej podane są bez dodatku państwowego. n Odprawy wdów i sieroc, zasiłki pogrzebowe i zapomogi pośmiertne. o Na rachunek Skarbu Państwa. p Jednorazowe odprawy inwalidzkie i pośmiertne oraz zasiłki pogrzebowe. q Liczba bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki, jest mniejsza od liczby wypłaconych zasiłków w danym miesiącu, ponieważ niejednokrotnie bezrobotny otrzymuje łącznie zasiłki za okres dłuższy niż jeden miesiąc. r Zapomogi pośmiertne, odprawy wdowie oraz koszty protez i leczenia. s Odprawy i zapomogi pośmiertne.

U w a g a. Dane za ostatnie miesiące są częściowo tymczasowe.

Z r ó d ł o. Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

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

Stan w końcu miesiąca

II 1939

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy ^a	Ubezpieczeni na wypadek choroby			
			r a z e m		robotnicy	pracownicy umysłowi
			liczby bezwzględne	w stos. do stanu w końcu II. 38=100		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Ogółem		490 379	2 071 834	110,8	1 733 543	338 291
<i>woj. centralne</i>		<i>224 734</i>	<i>1 053 673</i>	<i>110,3</i>	<i>887 243</i>	<i>166 430</i>
woj. warszawskie						
1	Ciechanów	3 814	11 603	120,3	9 489	2 114
2	Kutno	4 468	19 484	122,5	16 922	2 562
3	Płock	3 840	10 016	108,5	7 991	2 025
4	Warszawa	97 564	396 172	112,0	313 502	82 670
5	Żyrardów	4 523	18 922	105,3	16 689	2 233
woj. łódzkie						
6	Łódź	32 727	201 000	109,8	179 749	21 251
7	Pabianice	4 725	27 037	109,9	24 932	2 105
8	Piotrków Trybunalski	3 909	19 784	106,3	17 478	2 306
9	Tomaszów Mazowiecki	2 936	22 075	105,5	19 974	2 101
woj. kieleckie						
10	Częstochowa	7 446	43 650	100,5	39 596	4 054
11	Kielce	6 090	23 583	119,0	19 235	4 348
12	Ostrowiec S-tokrzyski	2 269	25 465	108,1	22 695	2 770
13	Radom	5 781	24 582	108,6	20 577	4 005
14	Sosnowiec	12 312	87 725	106,9	78 914	8 811
woj. lubelskie						
15	Lublin	10 560	39 482	115,9	31 551	7 931
16	Siedlce	3 244	10 033	95,3	7 555	2 478
17	Zamość	3 727	13 861	110,8	11 369	2 492
woj. białostockie						
18	Białystok	6 513	33 175	116,2	27 535	5 640
19	Grodno	4 847	16 925	109,7	13 887	3 038
20	Łomża	3 439	9 099	103,0	7 603	1 496
<i>woj. wschodnie</i>		<i>41 093</i>	<i>170 696</i>	<i>113,5</i>	<i>136 050</i>	<i>34 646</i>
woj. wileńskie						
21	Wilno	15 288	56 105	117,4	44 574	11 531
woj. nowogródzkie						
22	Baranowicze	3 306	12 271	99,0	9 594	2 677
23	Lida	3 016	12 480	95,1	9 532	2 948
woj. poleskie						
24	Brześć n/Bugiem	4 408	15 208	95,2	11 199	4 009
25	Pińsk	2 046	11 020	104,9	8 872	2 148
woj. wołyńskie						
26	Łuck	5 627	20 530	114,7	15 694	4 836
27	Równe	7 402	43 082	131,4	36 585	6 497

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Zakłady pracy ^a	Ubezpieczeni na wypadek choroby			
			r a z e m		robotnicy	pracownicy umysłowi
			liczby bezwzględne	w stos. do stanu w końcu II. 38=100		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	<i>woj. zachodnie</i>	84 143	319 632	112,1	260 122	59 510
	<i>woj. poznańskie</i>					
28	Gniezno	4 597	13 065	110,8	10 928	2 137
29	Grodzisk Wlkp.	3 515	10 620	107,9	9 027	1 593
30	Kalisz	5 432	16 780	116,6	14 181	2 599
31	Leszno	3 563	9 645	109,5	8 141	1 504
32	Oborniki	4 438	13 996	111,6	11 917	2 079
33	Ostrów Wlkp.	5 694	16 172	110,2	13 784	2 388
34	Poznań	19 315	79 646	112,4	62 058	17 588
	<i>woj. pomorskie</i>					
35	Bydgoszcz	7 812	40 639	120,0	33 904	6 735
36	Gdynia	5 829	34 302	114,9	27 329	6 973
37	Grudziądz	6 275	20 248	108,8	16 378	3 870
38	Inowrocław	2 875	11 631	109,4	9 821	1 810
39	Tczew	5 588	20 523	108,9	17 024	3 499
40	Toruń	4 683	17 302	106,2	13 191	4 111
41	Włocławek	4 527	15 063	106,6	12 439	2 624
	<i>woj. południowe</i>	133 505	485 969	110,2	413 229	72 740
	<i>woj. krakowskie</i>					
42	Biała Krakowska	6 100	31 397	113,2	28 292	3 105
43	Chrzanów	3 004	21 422	104,4	19 585	1 837
44	Kraków	27 959	93 500	108,2	78 710	14 790
45	Nowy Sącz	5 766	23 175	103,4	20 634	2 541
46	Tarnów	5 612	20 486	108,2	17 733	2 753
47	Zakopane	3 556	12 889	133,8	11 016	1 873
	<i>woj. lwowskie</i>					
48	Drohobycz	6 349	23 225	101,0	19 714	3 511
49	Krosno	3 066	18 694	111,1	16 643	2 051
50	Lwów	29 450	88 820	109,1	70 937	17 883
51	Przemyśl	6 797	23 593	112,8	20 558	3 035
52	Rzeszów	4 724	17 922	133,6	15 409	2 513
53	Tarnobrzeg	2 552	16 447	169,1	13 994	2 453
	<i>woj. stanisławowskie</i>					
54	Kołomyja	3 608	12 886	118,7	10 795	2 091
55	Stanisławów	6 280	19 588	101,4	16 603	2 985
56	Stryj	4 929	24 393	107,5	21 864	2 529
	<i>woj. tarnopolskie</i>					
57	Brzeżany	2 846	6 926	102,6	5 650	1 276
58	Czortków	3 207	10 565	97,1	8 781	1 784
59	Tarnopol	3 979	9 920	99,7	7 905	2 015
60	Złoczów	3 721	10 121	105,2	8 406	1 715
	<i>Śląsk Cieszyński</i>	6 904	41 864	110,6	36 899	4 965
61	Bielsko	6 904	41 864	110,6	36 899	4 956

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

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

Przypis składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w m-cu styczniu 1939 r.^a

w złotych

L. p.	Ubezpieczalnia Spółeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Ogółem . . .		33 879 405	12 873 419	7 513 036	5 915 032	1 936 057	5 641 861
%		100,0	38,0	22,2	17,4	5,7	16,7
<i>woj. centralne</i>		<i>17 484 416</i>	<i>7 156 789</i>	<i>4 229 629</i>	<i>2 848 521</i>	<i>940 026</i>	<i>2 309 451</i>
%		100,0	40,9	24,2	16,3	5,4	13,2
<i>woj. warszawskie</i>							
1	Ciechanów	125 985	55 236	30 084	21 434	6 656	12 575
2	Kutno	263 635	115 599	73 456	34 040	10 849	29 691
3	Płock	129 478	55 872	28 009	22 095	6 901	16 601
4	Warszawa	7 764 022	3 053 765	1 669 490	1 572 578	520 069	948 120
5	Żyrardów	279 363	125 174	78 654	33 281	10 682	31 572
<i>woj. łódzkie</i>							
6	Łódź	3 026 173	1 350 644	859 341	376 169	127 129	312 890
7	Pabianice	340 494	153 407	106 058	33 279	10 832	36 918
8	Piotrków Trybunalski	247 052	107 019	66 418	32 715	10 271	30 629
9	Tomaszów Mazowiecki	295 380	131 351	90 242	30 309	9 708	33 770
<i>woj. kieleckie</i>							
10	Częstochowa	584 358	250 590	172 714	60 542	19 771	80 741
11	Kielce	291 394	120 215	63 443	49 490	15 569	42 677
12	Ostrowiec Ś-tokrzyski	457 346	205 546	38 742	58 190	19 888	134 980
13	Radom	528 249	163 802	161 440	88 192	28 558	86 257
14	Sosnowiec	1 629 393	631 284	448 380	170 053	59 832	319 844
<i>woj. lubelskie</i>							
15	Lublin	577 609	240 352	130 832	101 202	31 981	73 242
16	Siedlce	118 809	50 234	23 008	25 273	7 917	12 377
17	Zamość	137 143	56 103	27 930	27 240	8 570	17 300
<i>woj. białostockie</i>							
18	Białystok	410 935	172 075	96 934	63 785	19 846	58 295
19	Grodno	192 096	82 319	43 901	34 552	10 652	20 672
20	Łomża	85 502	36 202	20 553	14 102	4 345	10 300
<i>woj. wschodnie</i>		<i>1 763 858</i>	<i>731 231</i>	<i>359 213</i>	<i>337 284</i>	<i>104 765</i>	<i>231 365</i>
%		100,0	41,5	20,4	19,1	5,9	13,1
<i>woj. wileńskie</i>							
21	Wilno	504 403	210 230	101 656	103 418	32 236	56 863
<i>woj. nowogródzkie</i>							
22	Baranowicze	133 504	55 264	24 512	28 008	8 618	17 102
23	Lida	124 941	52 444	23 602	27 160	8 371	13 364
<i>woj. poleskie</i>							
24	Brześć n. Bugiem	214 158	91 488	43 605	41 485	12 922	24 658
25	Pińsk	112 093	46 939	22 190	22 029	6 850	14 085
<i>woj. wołyńskie</i>							
26	Łuck	232 912	97 941	43 606	48 800	15 053	27 512
27	Równe	441 847	176 925	100 042	66 384	20 715	77 781

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	Przypis składek					
		Razem	na ubezpieczenie				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
woj. zachodnie %		4 817 399 100,0	1 905 481 39,6	1 119 225 23,2	895 033 18,6	288 963 6,0	608 697 12,6
woj. poznańskie							
28	Gniezno	155 722	59 477	32 285	31 252	9 925	22 783
29	Grodzisk Wlkp.	122 588	49 348	26 207	25 777	8 203	13 053
30	Kalisz	179 960	79 425	43 618	28 744	8 965	19 208
31	Leszno	102 986	38 806	20 391	25 069	7 836	10 884
32	Oborniki	163 656	64 502	37 455	31 335	9 892	20 472
33	Ostrów Wlkp.	276 154	68 979	139 841	34 283	10 697	22 354
34	Poznań	1 265 714	527 924	260 732	258 542	83 715	134 801
woj. pomorskie							
35	Bydgoszcz	564 569	215 653	128 256	93 704	30 198	96 758
36	Gdynia	793 891	307 898	169 725	144 365	48 936	122 967
37	Grudziądz	270 406	114 248	59 666	49 924	15 826	30 742
38	Inowrocław	142 885	55 494	32 405	28 486	9 232	17 268
39	Tczew	257 287	103 928	51 456	49 163	15 413	37 327
40	Toruń	275 222	113 920	55 228	56 165	17 736	32 173
41	Włocławek	246 359	105 879	61 960	38 224	12 389	27 907
woj. południowe %		6 686 636 100,0	2 772 714 41,5	1 607 441 24,0	1 019 964 15,2	325 792 4,9	960 725 14,4
woj. krakowskie							
42	Biała Krakowska	468 406	196 291	126 826	54 941	17 712	72 636
43	Chrzanów	474 311	181 004	131 135	46 384	15 686	100 102
44	Kraków	1 419 580	596 898	337 936	230 550	75 010	179 186
45	Nowy Sącz	319 641	127 455	80 655	40 127	12 649	58 755
46	Tarnów	295 126	128 639	76 670	39 371	12 887	37 559
47	Zakopane	159 733	67 186	39 816	24 742	7 637	20 352
woj. lwowskie							
48	Drohobycz	446 423	182 635	108 473	62 913	17 820	74 582
49	Krosno	242 160	99 789	63 659	29 724	9 382	39 606
50	Lwów	1 181 839	509 261	244 994	230 567	74 607	122 410
51	Przemyśl	175 556	75 044	43 261	27 917	8 836	20 498
52	Rzeszów	253 339	102 636	63 268	32 111	10 397	44 927
53	Tarnobrzeg	288 886	113 123	69 528	41 616	13 435	51 184
woj. stanisławowskie							
54	Kołomyja	99 021	41 922	21 915	17 858	5 534	11 792
55	Stanisławów	218 061	90 681	51 672	33 044	10 383	32 281
56	Stryj	305 720	121 242	78 416	36 240	11 517	58 305
woj. tarnopolskie							
57	Brzeżany	53 756	21 505	9 856	12 874	3 961	5 560
58	Czortków	96 328	41 254	21 401	19 149	5 890	8 634
59	Tarnopol	100 313	41 169	20 240	21 095	6 512	11 297
60	Złoczów	88 437	34 980	17 720	18 741	5 937	11 059
woj. śląskie %		3 127 096 100,0	307 204 9,8	197 528 6,3	814 230 26,0	276 511 8,9	1 531 623 49,0
61	Bielsko	724 641	307 204	197 528	90 093	29 111	100 705
	Oddz. ZUS. w Chorzowie	2 402 455	—	—	724 137	247 400	1 430 918

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

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

Przypis składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń

w m-cu lutym 1939 r.^a

w złotych

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	P r z y p i s s k ł a d e k					
		Razem	n a u b e z p i e c z e n i e				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Ogółem		28 085 840	9 937 705	5 805 592	5 873 620	1 933 530	4 535 393
%		100,0	35,4	20,7	20,9	6,9	16,1
<i>woj. centralne</i>		14 539 386	5 569 658	3 367 398	2 878 682	952 455	1 771 193
%		100,0	38,3	23,2	19,8	6,5	12,2
<i>woj. warszawskie</i>							
1	Ciechanów	103 914	41 460	21 659	23 097	7 541	10 157
2	Kutno	172 371	70 788	42 259	30 836	9 725	18 763
3	Płock	89 013	36 182	15 933	21 378	6 645	8 875
4	Warszawa	6 510 457	2 375 392	1 293 582	1 568 567	523 293	749 623
5	Żyrardów	219 076	94 277	58 789	32 887	10 836	22 287
<i>woj. łódzkie</i>							
6	Łódź	2 553 974	1 082 140	687 806	405 767	135 507	242 754
7	Pabianice	271 602	119 363	83 918	31 661	10 278	26 382
8	Piotrków Trybunalski	187 271	77 963	48 328	28 672	9 281	23 027
9	Tomaszów Mazowiecki	272 114	118 004	82 731	30 329	9 860	31 190
<i>woj. kieleckie</i>							
10	Częstochowa	456 661	188 636	133 273	57 865	18 936	57 951
11	Kielce	262 708	104 155	59 420	48 611	15 286	35 236
12	Ostrowiec Ś-tokrzyski	433 671	169 329	112 902	60 832	20 865	69 743
13	Radom	412 938	99 723	107 365	109 481	35 010	61 359
14	Sosnowiec	1 403 572	525 584	370 458	174 622	59 873	273 035
<i>woj. lubelskie</i>							
15	Lublin	409 445	161 496	83 736	89 102	28 242	46 869
16	Siedlce	94 116	35 962	16 113	25 362	7 856	8 823
17	Zamość	118 429	44 850	23 002	27 746	8 762	14 069
<i>woj. białostockie</i>							
18	Białystok	324 813	129 629	72 985	60 784	18 909	42 506
19	Grodno	170 520	65 581	37 571	36 147	11 150	20 071
20	Łomża	72 721	29 144	15 568	14 936	4 600	8 473
<i>woj. wschodnie</i>		1 514 948	583 549	285 329	355 493	111 147	179 430
%		100,0	38,5	18,8	23,5	7,3	11,9
<i>woj. wileńskie</i>							
21	Wilno	505 089	200 799	95 043	122 636	38 183	48 428
<i>woj. nowogrodzkie</i>							
22	Baranowicze	106 725	39 829	19 914	26 727	8 228	12 027
23	Lida	106 220	40 553	18 042	28 680	8 840	10 105
<i>woj. poleskie</i>							
24	Brześć n. Bugiem	175 871	69 865	32 698	41 622	12 952	18 734
25	Pińsk	96 006	36 685	16 710	24 077	7 480	11 054
<i>woj. wołyńskie</i>							
26	Łuck	188 618	74 526	30 768	48 381	14 927	20 016
27	Równe	336 419	121 292	72 154	63 370	20 537	59 066

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia Społeczna	P r z y p i s s k ł a d e k					
		Razem	n a u b e z p i e c z e n i e				od wypadków w przemyśle
			na wypadek choroby	emerytalne robotników	pracowników umysłowych emerytalne	na wypadek braku pracy	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
woj. zachodnie %		3 800 484 100,0	1 429 518 37,6	761 457 20,0	872 293 23,0	278 115 7,3	459 101 12,1
woj. poznańskie							
28	Gniezno	119 066	43 670	22 890	30 285	9 609	12 612
29	Grodzisk Wlkp.	97 689	33 143	17 151	24 325	7 661	15 409
30	Kalisz	148 706	61 355	31 465	31 222	9 773	14 891
31	Leszno	82 484	29 026	14 852	23 432	7 334	7 840
32	Oborniki	121 105	44 916	26 026	28 463	8 938	12 762
33	Ostrów Wlkp.	140 886	52 024	28 252	34 110	10 619	15 881
34	Poznań	1 087 754	421 674	208 733	264 846	85 337	107 164
woj. pomorskie							
35	Bydgoszcz	445 720	165 999	101 554	93 998	29 921	54 248
36	Gdynia	608 595	218 663	121 131	134 881	43 498	90 422
37	Grudziądz	229 720	88 208	46 928	46 035	14 522	34 027
38	Inowrocław	116 933	43 476	26 016	27 111	8 797	11 533
39	Tczew	216 314	80 203	41 512	44 572	13 936	36 091
40	Toruń	217 851	81 068	38 154	53 538	16 831	28 260
41	Włocławek	167 661	66 093	36 793	35 475	11 339	17 961
woj. południowe %		5 370 148 100,0	2 125 860 39,6	1 243 698 23,1	969 774 18,1	322 686 6,0	708 130 13,2
woj. krakowskie							
42	Biała	344 537	140 512	94 286	44 536	14 391	50 812
43	Chrzanów	389 216	144 642	106 263	45 144	15 153	78 014
44	Kraków	1 103 206	445 272	263 542	201 380	64 943	128 069
45	Nowy Sącz	282 190	113 984	74 587	37 092	11 567	44 960
46	Tarnów	270 371	113 851	71 447	39 627	12 982	32 464
47	Zakopane	100 336	40 815	22 783	20 375	6 289	10 074
woj. lwowskie							
48	Drohobycz	352 016	137 873	82 260	61 381	20 147	50 355
49	Krosno	190 443	75 062	47 070	29 641	9 558	29 112
50	Lwów	965 563	386 456	190 964	216 492	81 201	90 450
51	Przemyśl	188 576	77 432	41 345	36 483	11 305	22 011
52	Rzeszów	193 868	74 929	42 691	34 897	11 263	30 088
53	Tarnobrzeg	227 162	83 566	47 134	45 592	14 881	35 989
woj. stanisławowskie							
54	Kołomyja	84 054	33 190	16 782	18 298	5 611	10 173
55	Stanisławów	171 893	65 206	36 519	30 756	9 647	29 765
56	Stryj	227 035	85 464	53 850	37 031	11 765	38 925
woj. tarnopolskie							
57	Brzeżany	45 941	17 149	7 710	12 905	3 971	4 206
58	Czortków	81 272	32 413	17 190	19 260	5 934	6 475
59	Tarnopol	82 628	31 912	14 275	21 206	6 535	8 700
60	Złoczów	69 841	26 132	13 000	17 678	5 543	7 488
woj. śląskie %		2 860 874 100,0	229 120 8,0	147 710 5,2	797 378 27,9	269 127 9,4	1 417 539 49,5
61	Bielsko	568 994	229 120	147 710	90 771	29 306	72 087
	Oddz. ZUS w Chorzowie	2 291 880	—	—	706 607	239 821	1 345 452

a) Zestawienie obejmuje przypis dokonany w ubezpieczalniach społecznych oraz w Oddziale Z. U. S. w Chorzowie (na ubezpieczenie pracown. umysłowych i od wypadków), nie obejmuje zaś przypisu na ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu w rolnictwie.

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

Świadczenia ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa w ubezpieczalniach społecznych

w tysiącach złotych.

I — III 1939 r.

L. p.	Ubezpieczalnia społeczna	Razem świadczenia	Zasiłki pieniężne	Opieka lekarska	Środki lecznicze i pomocnicze	Szpitala i zakłady lecznicze	Leczenie w bratnich ubezpieczalniach i zwroty ubez.	Profilaktyka i cele sanitarne
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Ogółem	29 049,8	5 729,3	8 905,1	4 906,4	8 162,6	424,7	921,7
	%	100,0	19,7	30,7	16,9	28,1	1,4	3,2
	<i>woj. centralne . . .</i>	<i>16 679,1</i>	<i>3 090,5</i>	<i>5 210,6</i>	<i>2 855,5</i>	<i>4 845,4</i>	<i>238,2</i>	<i>438,9</i>
	%	100,0	18,5	31,3	17,1	29,1	1,4	2,6
	<i>woj. warszawskie</i>							
1	Ciechanów . . .	95,9	11,5	37,9	20,8	22,5	1,6	1,6
2	Kutno	201,8	36,6	67,7	44,5	45,8	2,7	4,5
3	Płock	106,2	19,8	34,1	22,2	22,8	2,4	4,9
4	Warszawa	7 574,3	1 208,0	2 466,8	1 261,4	2 460,2	68,3	109,6
5	Zyrardów	310,9	68,9	98,0	60,7	71,0	3,6	8,7
	<i>woj. łódzkie</i>							
6	Łódź	2 849,0	580,7	863,2	481,0	804,7	11,7	107,7
7	Pabianice	359,7	71,2	112,3	63,8	97,1	5,3	10,0
8	Piotrków Tryb. .	233,8	50,1	68,1	41,6	65,7	1,4	6,9
9	Tomaszów Maz.	324,1	76,5	103,6	57,5	70,3	9,6	6,6
	<i>woj. kieleckie</i>							
10	Częstochowa . .	585,1	150,8	156,6	114,1	130,6	3,0	30,0
11	Kielce	248,5	41,0	78,8	47,4	62,8	9,1	9,4
12	Ostrowiec S.-krz.	416,8	115,2	107,7	70,0	103,4	7,7	12,8
13	Radom	339,1	53,6	122,0	56,3	75,7	11,2	20,3
14	Sosnowiec	1 644,9	397,9	490,3	272,4	433,5	15,0	35,8
	<i>woj. lubelskie</i>							
15	Lublin	460,6	64,7	143,0	67,9	148,1	11,7	25,2
16	Siedlce	120,1	15,8	33,7	28,6	32,7	4,0	5,3
17	Zamość	126,7	14,5	37,6	26,8	34,1	1,6	12,1
	<i>woj. białostockie</i>							
18	Białystok	385,6	65,4	104,5	67,7	94,0	44,9	9,1
19	Grodno	209,0	36,8	55,2	36,7	51,4	15,1	13,8
20	Łomża	87,0	11,5	29,5	14,1	19,0	8,3	4,6
	<i>woj. wschodnie . . .</i>	<i>1 676,0</i>	<i>252,6</i>	<i>518,2</i>	<i>370,3</i>	<i>494,5</i>	<i>50,8</i>	<i>59,6</i>
	%	100,0	15,1	30,9	17,9	29,5	3,0	3,6
	<i>woj. wileńskie</i>							
21	Wilno	566,2	97,9	164,2	83,6	189,9	5,5	25,1
	<i>woj. nowogródzkie</i>							
22	Baranowicze . .	122,2	14,1	34,5	25,8	31,8	8,5	7,5
23	Lida	103,5	10,8	35,1	26,1	24,0	1,8	5,7
	<i>woj. poleskie</i>							
24	Brześć n. B. . . .	205,0	27,3	67,2	33,5	59,7	9,0	8,3
25	Pińsk	117,0	17,1	38,2	18,5	34,9	2,6	5,7
	<i>woj. wołyńskie</i>							
26	Łuck	194,7	24,0	61,1	39,0	54,7	13,7	2,2
27	Równe	367,4	61,4	117,9	73,8	99,5	9,7	5,1

Ciąg dalszy tablicy

L. p.	Ubezpieczalnia społeczna	Razem świadczenia	Zasiłki pieniężne	Opieka lekarska	Środki lecznicze i pomocnicze	Szpitala i zakłady lecznicze	Leczenie w bratnich ubezpieczalniach i zwroty ubezp.	Profilaktyka i cele sanitarne
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<i>woj. zachodnie . . .</i>		4 158,1	681,9	1 376,1	703,8	1 173,3	31,9	191,1
<i>%</i>		100,0	16,4	33,1	16,9	28,2	0,8	4,6
<i>woj. poznańskie</i>								
28	Gniezno	135,4	16,3	52,0	19,5	36,2	1,2	10,2
29	Grodzisk	105,7	21,4	38,1	18,0	20,2	0,3	7,7
30	Kalisz	162,6	30,2	57,2	28,4	40,4	1,7	4,7
31	Leszno	107,2	14,1	36,6	19,2	32,0	0,7	4,6
32	Oborniki	159,0	28,4	56,5	29,7	38,2	1,1	5,1
33	Ostrów	166,1	27,8	59,6	30,6	41,2	1,0	5,9
34	Poznań	1 177,8	191,6	376,4	197,0	381,8	5,6	25,4
<i>woj. pomorskie</i>								
35	Bydgoszcz	496,3	66,9	147,1	78,4	160,0	9,4	34,5
36	Gdynia	601,2	109,7	193,2	106,7	153,2	1,2	37,2
37	Grudziądz	238,2	34,7	85,2	47,6	56,4	1,6	12,7
38	Inowrocław	139,7	25,1	54,2	22,4	31,2	0,4	6,4
39	Iczew	236,8	37,0	79,4	31,9	69,8	2,4	16,3
40	Toruń	220,6	35,2	78,0	35,2	58,0	2,0	12,2
41	Włocławek	211,5	43,5	62,6	39,2	54,7	3,3	8,2
<i>woj. południowe ^a . .</i>		6 536,6	1 704,3	1 800,2	1 046,8	1 649,4	103,8	232,1
<i>%</i>		100,0	26,1	27,5	16,0	25,2	1,6	3,6
<i>woj. krakowskie</i>								
42	Biała	395,4	134,1	99,7	55,9	92,8	4,8	8,1
43	Chrzanów	442,4	170,4	113,1	63,2	89,5	3,4	2,8
44	Kraków	1 327,7	298,2	358,5	207,1	392,1	5,7	66,1
45	Nowy Sącz	231,9	61,1	64,3	34,5	54,5	5,6	11,9
46	Tarnów	218,7	52,8	71,1	40,3	48,7	1,5	4,3
47	Zakopane	151,3	34,7	41,0	27,9	40,8	4,2	2,7
<i>woj. lwowskie</i>								
48	Drohobycz	441,3	150,6	112,9	71,2	94,6	2,1	9,9
49	Krosno	236,6	77,5	57,5	38,2	54,7	1,4	7,3
50	Lwów	1 133,9	233,3	326,6	203,8	326,2	8,3	35,7
51	Przemyśl	168,1	28,3	59,5	32,8	33,7	1,7	12,1
52	Rzeszów	162,6	35,6	53,8	32,2	38,3	1,1	1,6
53	Tarnobrzeg	207,1	51,0	57,6	31,5	53,2	8,0	5,8
<i>woj. stanisław.</i>								
54	Kołomyja	85,8	12,2	27,2	17,4	23,2	0,6	5,2
55	Stanisławów	167,1	25,0	47,0	35,8	36,0	18,2	5,1
56	Stryj	251,6	69,0	67,6	34,9	47,5	22,6	10,0
<i>woj. tarnopolskie</i>								
57	Brzeżany	48,5	5,5	19,4	8,3	12,7	0,3	2,3
58	Czortków	66,7	11,4	23,9	15,0	13,8	0,4	2,2
59	Tarnopol	83,6	10,7	26,2	18,8	23,7	0,9	3,3
60	Złoczów	65,5	6,5	23,5	9,0	23,6	0,7	2,2
<i>śląsk Cieszyński</i>								
61	Bielsko	650,8	236,4	149,8	69,0	149,8	12,3	33,5

a - łącznie ze Śląskiem Cieszyńskim.

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

Świadczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych

III 1939

W o j e w ó d z t w a	Liczba bezro- botnych, którym wypłacono zasiłki	Liczba wypłaconych zasiłków miesięcznych ^a	Kwoty wy- płaconych zasiłków (w złotych)	Przeciętna miesięczna wysokość zasiłku I—III (złotych)
Ogółem	8 775	10 738	725 730,06	67,15
centralne	3 908	4 548	332 281,45	72,20
M. st. Warszawa	2 213	2 459	189 037,57	75,48
Warszawskie				
łódzkie	729	882	60 779,55	71,15
Kieleckie	458	572	41 691,04	72,33
Lubelskie	321	392	25 789,50	61,52
Białostockie	187	243	14 983,79	58,61
wschodnie	815	1 004	65 966,33	65,18
Wileńskie	228	301	19 470,52	61,85
Nowogródzkie	143	155	9 960,70	68,46
Poleskie	160	180	12 790,45	69,56
Wołyńskie	284	368	23 744,66	64,42
zachodnie	2 434	2 885	192 960,85	67,04
Poznańskie	868	1 045	57 730,50	54,80
Pomorskie	916	1 032	67 209,00	65,33
Śląskie	650	808	68 021,35	83,96
południowe	1 618	2 301	134 521,43	58,41
Krakowskie	487	697	47 752,40	66,52
Lwowskie	778	1 100	59 103,97	54,07
Stanisławowskie	189	264	14 048,80	52,66
Tarnopolskie	164	240	13 616,26	60,83

^a Liczba wypłaconych zasiłków w danym miesiącu jest większa od liczby bezrobotnych, którym wypłacono zasiłki, ponieważ niejednokrotnie bezrobotny otrzymuje łącznie zasiłki za okres dłuższy niż jeden miesiąc.

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

Świadczenia emerytalne Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie

III 1939

Rodzaj świadczenia	P r z y z n a n o			W y p ł a c o n o	
	rent	na sumę (w złotych) ^a	przeciętna mie- sięczna wysokość świadczenia	ilość osób (rencistów)	na sumę (w złotych)
Ogółem					2 111 987,25
Renty inwalidzkie	417	13 509,20	32,40	45 916	1 637 552,85
" wdowie	160	2 826,15	17,66	16 850	312 234,00
" sieroce	222	1 746,95	7,87	19 513	159 248,85
" zaliczkowe	7	105,00	15,00	76	2 951,55

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

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

Ź r ó d ł o: Dane Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Inwalidztwa w Chorzowie.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁODZI

ogłasza K O N K U R S

na stanowiska:

- 1 lekarza ordynatora oddz. okulistycznego Szpitala im. Prezydenta Mościckiego w Łodzi,
- 1 lekarza domowego w Łodzi,
- 4 lekarzy pediatrów w Łodzi,
- 1 lekarza przychodni phtisiologicznej w Łodzi.

Płace i warunki pracy obowiązują według norm, ustalonych umową ze Związkiem Lekarzy P. P. Obwodu łódzkiego i regulaminami dla odnośnych lekarzy.

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

- 1) własnoręcznie napisany życiorys,
- 2) metryka urodzenia,
- 3) dowód obywatelstwa polskiego,
- 4) dyplom lekarski, ważny na terenie Rzplitej Polskiej,
- 5) zaświadczenie na prawo wykonywania praktyki lekarskiej,
- 6) świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza urzędowego,
- 7) stosunek do służby wojskowej,
- 8) świadectwa z dotychczasowej pracy,
- 9) dowód z przesłuchania kursu przeciwegazowego,

Pierwszeństwo przy równych kwalifikacjach mają lekarze, którzy mogą się wykazać dwuletnią praktyką lekarską w gminach wiejskich lub w miastach, liczących ponad 5.000 mieszkańców.

Podania należy składać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, ul. Wólczańska nr 225, pokój 28, do dnia 10 sierpnia 1939 roku, do godz. 12-ej, w zamkniętej kopercie, z napisem:

Konkurs na stanowisko...

Podania bez dołączenia wyżej podanych dokumentów rozpatrywane nie będą.

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej
w Łodzi

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

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

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

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

Redakcja i administracja: Czerniakowska 231, tel. 5-73-20 red. wewn. 27,
admin. wewn. 38. Konto P. K. O. Warszawa Nr 23-429.

Redakcja: Mgr ROMAN GARLICKI, Mgr ANDRZEJ KOŹNIEWSKI i EUGENIA WAŚNIEWSKA

Wydawca: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W WARSZAWIE

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA w OSTROWIE Wlkp.

ogłasza konkurs

na stanowisko Dyrektora Ubezpieczalni Społecznej
w Ostrowie Wlkp.

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

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

Podania wraz z dokumentami wyżej oznaczonymi nadsyłać należy pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowie w terminie do dnia 25 lipca 1939 r., godz. 12 w południe w zapieczętowanych kopertach z napisem „konkurs na stanowisko dyrektora Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowie Wlkp.”

Komisarz

Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowie Wlkp.
Inż. Bronisław Leleweł

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA w LIDZIE

ogłasza konkurs

na 12 stanowisk lekarzy domowych: 2 stanowiska w Lidzie, 1 w Iwii, pow. lidzki, 1 w Lipniskach, pow. lidzki, 1 w Werenowie pow. lidzki, 1 w Lubczy pow. nowogrodzki, 1 we Wsielubiu pow. nowogrodzki, 1 w Niehniewiczach pow. nowogrodzki, 1 w Skrzybowicach pow. Szczuczyn Nowogr., 1 w Wasiliskach pow. Szczuczyn Nowogr., 1 w Baksztach pow. wołyński, 1 w Iwieńcu, pow. wołyński.

Kandydaci na stanowiska lekarzy domowych winni dołączyć do podania następujące oryginalne dokumenty lub ich uwierzytelnione odpisy:

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

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

Podania wraz z dokumentami wyżej wymienionymi należy nadsyłać pod adresem Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Lidzie, ul. Suwalska 93, w terminie do dnia 25 lipca 1939 r. w kopertach zapieczętowanych z napisem „konkurs na stanowisko lekarza domowego”.

Warunki pracy i płacy w/g umów indywidualnych zawartych na „Zasadach ogólnych umów między Ubezpieczalnią Społeczną a lekarzami”.

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej
w Lidzie

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA w CZĘSTOCHOWIE

ogłasza konkurs na stanowiska:

- 1) lekarza domowego w Konopiskach k. Częstochowy,
- 2) lekarzy domowych w Częstochowie.

Kandydaci na te stanowiska winni wnieść do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Częstochowie ul. Mickiewicza 12, podanie zaopatrzone w następujące oryginalne dokumenty, lub ich uwierzytelnione odpisy.

- a) metrykę urodzenia,
- b) dowód obywatelstwa polskiego,
- c) dyplom lekarski,
- d) dowód prawa wykonywania prakt. lekarskiej,
- e) świadectwa z poprzedniej pracy,
- f) świadectwo o przesłuchaniu kursu gazowego,
- g) dowód stwierdzający stosunek do służby wojskowej (odpis wzgl. wyciąg z książeczki wojskowej),
- h) świadectwo zdrowia,
- i) własnoręcznie napisany życiorys.

Pierwszeństwo przy równych kwalifikacjach mają lekarze, którzy mogą wykazać się 2-letnią praktyką w gminach wiejskich lub miastach liczących poniżej 5.000 mieszkańców.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do 20 lipca 1939 r. z zaznaczeniem, na jakie stanowisko reflektuje dany kandydat.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy (na zasadzie umowy zbiorowej).

Stanowiska są do objęcia od chwili rozstrzygnięcia konkursu.

Podania bez dołączenia wyżej wymienionych dokumentów, nie będą rozpatrywane, a pozostawione bez odpowiedzi, należy uważać za nieuwzględnione.

Lekarz naczelny: dr Aleksander Hall
Dyrektor: mgr Czesław Mańkowski

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA w ŻYRARDOWIE

ogłasza konkurs

na stanowisko Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Żyrardowie.

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

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

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

Do stanowiska Lekarza Naczelnego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości określonej przy zawieraniu umowy. Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Żyrardowie w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Lekarza Naczelnego” do dnia 20 czerwca 1939 r. do godziny 12ej.

Komisarz Ubezpieczalni Społecznej
w Żyrardowie
R. Tomczak

SPIS RZECZY

Artykuły:

Dr LUDWIK DZIUS: Idee przewodnie lecznictwa społecznego w Polsce, rozdział III	383
EUGENIUSZ MODLIŃSKI: Ustawa o sądach ubezpieczeń społecznych w Izbach Ustawodawczych	389
Dr STANISŁAW FISCHLOWITZ: Ubezpieczenia społeczne w pamiętnikach emigrantów polskich	394

Materiały:

E. W.: Sprawozdanie Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy na XXV Konferencję Pracy	402
W. Z.: Stan ubezpieczeń społecznych w oświeceniu Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy	403
KAZIMIERZ JAROSZEWSKI: Zagadnienie ubezpieczenia samodzielnych jednostek gospodarczo słabych (dokończenie)	407
Kronika krajowa	411
Kronika zagraniczna	415
Książki i czasopisma	418
Statystyka	428

SOMMAIRE.

INHALT.

Articles:

- Dr. Ludwik Dzius:** Idées — maîtresses de la thérapeutique d'assurances sociales (suite) 383
- Eugeniusz Modliński:** Loi sur les Tribunaux d'Assurances Sociales au Parlement polonais 389
- Dr. Stanisław Fischlowitz:** Assurances sociales à la lumière des mémoires des émigrés polonais 394

Matériaux:

- E. W.:** Rapport du Directeur du Bureau International du Travail, présenté à la XXV Conférence Internationale du Travail 402
- W. Z.:** Situation des assurances sociales d'après le rapport du Directeur du Bureau International du Travail 403
- Kazimierz Jaroszewski:** Problème de l'assurance des personnes indépendantes économiquement faibles 407

Actualités:

- Pologne 411
- Étranger 415
- Livres et périodiques 418
- Statistiques 428

Aufsätze:

- Dr. Ludwik Dzius:** Der Leitgedanke des sozialen Heilwesens (III Teil) 383
- Eugeniusz Modliński:** Das Gesetz über die Sozialversicherungsgerichte im polnischen Reichstage 389
- Dr. Stanisław Fischlowitz:** Die Sozialversicherung im Lichte der Memoiren der polnischen Auswanderer 394

Materialen:

- E. W.:** Bericht des Direktors des Internationalen Arbeitsamtes für die XXV Internationale Arbeitskonferenz 402
- W. Z.:** Stand der Sozialversicherungen im Berichte des Direktors des Internationalen Arbeitsamtes 403
- Kazimierz Jaroszewski:** Die Frage der Versicherung von wirtschaftlich schwachen Selbstständigen 407
- Landeskronik 411
- Auslandskronik 415
- Bücher und Zeitschriftenschau 418
- Statistik 428

W najbliższym czasie ukaże się nakładem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydawnictwo p. t.

„Przepisy prawne w zakresie stosunków polsko-niemieckich w dziedzinie ubezpieczeń społecznych”.

w opracowaniu

ST. HOJANA i mgr. J. RADZICKIEGO

KOMPLETNY ZBIÓR TEKSTÓW przepisów prawnych, dotyczących stosunków polsko-niemieckich w dziedzinie ubezpieczeń społecznych: Umowa polsko-niemiecka o ubezpieczeniu społecznym z 11. 6. 1931 r., Decyzja Rady Ligi Narodów z 1922 r., Konwencja Górnośląska, porozumienia między państwowe i międzyzakładowe, protokoły i oświadczenia, akty prawne polskie i niemieckie, mające związek z umową i inne wraz z wszelkimi zmianami i uzupełnieniami.

Przejrzysty układ systematyczny — obszerny spis treści o charakterze skorowidzowym.

Wydawnictwo kartkowe (w oprawie płóciennej) umożliwiające wymianę kart na nowe, w razie zmiany tekstów. — Uzupełnienia będą wydawane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Objętość około 220 stron

Cena około 6 złotych

Wydawnictwo niezbędne dla urzędów, instytucji ubezpieczeń społecznych, sądów, adwokatów, związków zawodowych i wszystkich którzy zajmują się sprawami ubezpieczeń społecznych.

Zamówienia należy kierować do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, (Referat Wydawnictw), WARSZAWA, ULICA CZERNIAKOWSKA 231. tel. 5.73-20 wewn. 38.