

# przez rząd ubezpieczeń społecznych

organ instytucyj  
ubezpieczeń  
społecznych

7



**DOSTARCZAMY CAŁKOWITE URZĄDZENIA GABINETÓW ELEKTRO-FIZYKALNYCH**  
 URZĄDZILIŚMY KILKANASIE STACJI SANITARNYCH W POSZCZEGÓLNYCH KASACH CHORYCH



## APARATY ELEKTROMEDYCZNE

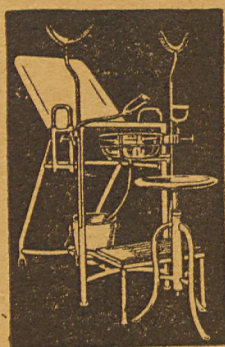
Lampy kwarcowe i Solux, oryg. Hanau, Diatermje, Multo-Pan-  
 ———— tostaty, Kąpiele świetlne, Aparaty rentgenowskie. ————

## MEBLE OPERACYJNE

Mikroskopy Reicherta, wagi analityczne, szkła dla celów labo-  
 ———— ratoryjnych oraz wszelkie aparaty badawcze. ————



**WSZELKIE NARZĘDZIA LEKARSKIE**  
**ORAZ MATERJAŁ OPATRUNKOWY**



## JAROSZKA i S-ka

Tel. 25-54. POZNAN—Św. Marcin 33. Tel. 25-54.

Największe przedsiębiorstwo tego rodzaju. — Ceny bardzo umiarkowane.

ŻĄDAJCIE KOSZTORYSY!



### FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

przetworów chemiczno - farmaceu-  
 tycznych i pracownia sterylizacyjna

## R. STRZELECKI

Warszawa, ul. Kujawska 1, telefon 4890

12 złotych i srebrnych medali

Poleca:

PLASTRY SMAROWANE zwyczajne i kauczukowe, nie  
 ustępujące wyrobom zagranicznym. PLASTRY KAUCZU-  
 KOWE W KOPERTACH (do odręcznej sprzedaży).  
 PLASTER KAUCZUKOWY na szpulkach. „CAPSICOL“  
 (empl. Capsici elast. perforat). PLASTEREK ANGIEL-  
 SKI, przewyższający wyroby zagraniczne, w różnym opa-  
 kowaniu. PLASTER „THAPSIA“. PLASTER TATRZAŃ-  
 SKI na odciski. PLASTER PRZEPUKLINOWY dziecięcy.  
 KATAPLAZMY antyseptyczne. GORCZYCZNIKI (syna-  
 pizma). PAPIER „VLINSI“ i „FAYARD ET BLEYN“.  
 MOUCHES DE MILAN, GAZY I WATY aseptyczne i an-  
 tyseptyczne. OPATRUNKI wyjałowione (sterylizowane).  
 Opatrunki dla wojska. BANDAŻE, PODUSZECZKI HI-  
 GJENICZNE dla pań. PUDER dla dzieci antyseptyczny.

**NOWOŚĆ:** BANDAŻE Z ZAKOŃCZONEMI BRZE-  
 GAMI, BANDAŻE DO TAMPONOWANIA  
 dla ginekologii i laryngologii aseptyczne i antyseptyczne  
 z zakończonemi brzegami. GAZIKI do operacji z zakoń-  
 czonemi brzegami.

Dostawy dla wojska, Kas Chorych, szpitali i instytucyj  
 sanitarnych, państwowych i komunalnych.



Srebrny medal.

Fabryka Wyrobów Ortopedycznych

## B-ci Ch. i B. Zaner

Egz. od. roku 1898

Warszawa, Franciszkańska 31

Tel. 156-93

POLECA:

P. K. P. 13.898

Pasy rupturowe, brzuszne, lecznicze, higieniczne,  
 nerkowe, suspensorja, opaski oczne, do twarzy i t. p.

PROSIMY

O WPŁACANIE

PRENUMERATY

ZA III KW. 1930 R.



# PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN INSTYTUCYJ UBEZ-  
PIECZEŃ SPOŁECZNYCH

R O K V

WARSZAWA  
1 LIPCA 1930 R.  
ZESZYT 7

M I E S I Ę C Z N I K

---

Oddawna odczuwana była przez instytucje ubezpieczeń społecznych potrzeba posiadania wspólnego organu fachowego, któryby informował o całokształcie działalności wszystkich działów ubezpieczeń społecznych i służył wszystkim rodzajom ubezpieczeń.

Przeгляд Ubezpieczeń Społecznych, który w ciągu 4-letniej swej działalności starał się spełniać zadanie to w sposób możliwie wszechstronny, albowiem wszystkie organizacje ubezpieczające posiadają cel wspólny — troskę o masy ubezpieczonych, był jednak formalnie tylko organem Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych, musiał więc zwracać uwagę przede wszystkim na zagadnienia ten Związek interesujące, tembardziej, że nie zawsze miał dostęp i możność zużytkowania materiałów z innych działów ubezpieczeń.

Od dnia 1 lipca nastąpi w Przeglądzie pod tym względem zmiana o doniosłości zasadniczej. Przegląd przestaje być wyłącznie organem Związku Państwowego i będzie organem wspólnym Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych i Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, a następnie zapewne i innych jeszcze instytucji ubezpieczeń społecznych, zaproszonych do współpracy. Mamy bowiem nadzieję, że inicjatywa nasza, która znalazła u instytucji tych należyte zrozumienie, zostanie w najbliższym czasie zrealizowana i Przegląd stanie się wspólnym organem wszystkich instytucji ubezpieczeń społecznych, działających w Rzeczypospolitej.

W zewnętrznej szacie Przeglądu nie nastąpią żadne zmiany. Również pozostanie bez zmiany i naczelne zadanie Przeglądu, ustalone przez Ogólno-Państwowy Związek w chwili rozpoczynania wydawania Przeglądu — wszechstronne i obiektywne informowanie czytelnika o wszelkich przejawach życia i rozwoju ubezpieczeń społecznych w Polsce i zagranicą.

Celem wykonania powyższego zadania Przegląd, podobnie jak i dotychczas, będzie ogłaszał sprawozdania z działalności wszystkich gałęzi ubezpieczeń oraz artykuły dyskusyjne z dziedziny ubezpieczeń społecznych, o ile artykuły te będą miały cel ten sam, który przyświeca Przeglądowi — dobro i rozwój ubezpieczeń społecznych.

**ZWIĄZEK ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ  
PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH**

**OGÓLNO-PAŃSTWOWY ZWIĄZEK  
KAS CHORYCH W POLSCE**

## O STATYSTYCE KAS CHORYCH\*)

1. Artykuł niniejszy zawiera uzasadnienie i plan statystyki Kas Chorych w zakresie znacznie przewyższającym dotychczasowy. Prowadzenie statystyki w takim zakresie byłoby wprawdzie związane z nie małym kosztem, a natychmiastowe zrealizowanie tego planu obciążałoby budżety Kas Chorych w zbyt wielkim stopniu. Jednakże zakres statystyki Kas winien być stopniowo rozszerzany, aby w końcu sprostała wszystkim swym zadaniom. Zresztą opracowanie materiału z dziedziny statystyki chorobowości, pólógów i zgonów w zakresie niżej naszkicowanym mogłoby być dokonywane nie rocznie, lecz raz na kilka lat. W każdym razie karty osobowe ubezpieczonych i karty chorych muszą już teraz zawierać wszystkie dane, potrzebne w statystyce w niżej oznaczonym zakresie, aby przynajmniej w przyszłości mogły być użytkowane w udoskonalonej statystyce.

2. Statystyka Kas Chorych winna w pierwszym rzędzie służyć samym Kasom, celem umożliwienia im racjonalnej działalności, która polega na osiągnięciu możliwie największej korzyści dla ubezpieczonych w razie potrzeby przez udzielanie w jaknajszerszym zakresie świadczeń przy najmniejszym obciążeniu ubezpieczonych i produkcji w teraźniejszości i przyszłości. Zadaniem statystyki Kas Chorych jest tedy przede wszystkim dostarczanie danych, potrzebnych by można było oprzeć cały gmach ubezpieczeniowy Kas Chorych na solidnych podstawach statystycznych, niezbędnych dla ewentualnego przeprowadzenia na drodze prawodawczej zmian w ustawie o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Prócz tego statystyka Kas winna w miarę możliwości dostarczać danych, potrzebnych dla polityki i higieny społecznej oraz gospodarstwa narodowego.

3. Statystyka chorobowości winna być prowadzona oddzielnie dla każdej z trzech kategorii uprawnionych do świadczeń, a mianowicie: dla członków\*\*) obowiązkowo i dobrowolnie ubezpieczonych oraz dla członków rodzin obowiązkowo ubezpieczonych. Ten potrójny podział jest niezbędny ze względu na to, że jak należy przypuszczać, chorobowość nie jest jednakowa we wszystkich tych trzech kategoriach uprawnionych do świadczeń, co zostało stwierdzone np. przez statystykę lipskiej miejscowej Kasy Cho-

rych przynajmniej wśród członków obowiązkowo i dobrowolnie ubezpieczonych (p. Krankheits — und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung, Berlin 1910\*\*\*). W przeciwieństwie bowiem do trzeciej kategorii uprawnionych do świadczeń, do członków rodzin, kategoria pierwsza składa się wyłącznie z ludzi pracujących zawodowo, więc z ludzi, którzy z jednej strony posiadają siły niezbędne do wykonywania pracy zawodowej, a z drugiej strony są narażeni na wszystkie niebezpieczeństwa pracy zawodowej (nieszczęśliwe wypadki przy pracy, choroby zawodowe i t. p.). Druga kategoria zaś składa się, jak należy wywnioskować z faktu dobrowolnego ubezpieczenia, z ludzi słabowitych. Poza tym członkowie rodzin w przeciwieństwie do członków Kas nie mają prawa do zasiłku pieniężnego, który ma pewien wpływ (przeważnie jako warunek sprzyjający symulacji) na częstotliwość zachorowań i na czas trwania choroby wśród członków Kas.

Kwestja wyodrębniania statystyki chorobowości i śmiertelności dla członków dobrowolnie ubezpieczonych nie jest u nas jeszcze aktualna, gdyż liczba członków dobrowolnych wszystkich Kas Chorych, działających na mocy ustawy z dn. 19 maja 1920 r., wynosi od szeregu lat zaledwie około 2000 i nie sięga 1 promila liczby członków ubezpieczonych obowiązkowo.

4. Statystyka chorobowości obejmuje statystykę dni choroby, wypadków choroby i statystykę chorych; przyczem powinny być uwzględniane wszystkie choroby nawet takie, które nie są połączone z niezdolnością do pracy. Statystyka chorych, wypadków i dni choroby rzuca światło na chorobowość wśród uprawnionych do świadczeń; najważniejszą jest jednak statystyka dni choroby, gdyż ma ona największe znaczenie w obliczaniu wydatków Kas Chorych.

Statystyka chorobowości winna uwzględniać podział według płci i wieku, a statystyka chorobowości członków Kas także i podział według zawodu, gdyż płeć, wiek i zawód są czynnikami, od których zależna jest chorobowość, a więc i ryzyko ubezpieczenia.

Pozatem statystyka chorobowości winna uwzględniać podział według rodzajów choroby.

\*) Umieszczamy artykuł p. D-ra Berlinera, licząc się z tem, iż wywoła on pewne zastrzeżenia. Uważamy go za znakomitą próbę ujęcia teoretycznego zadań i możliwości statystyki w K. Ch., których realizacja wymagać będzie bardzo długich wysiłków i wielkich funduszy. — Red.

\*\*) Obowiązkowo ubezpieczony przestaje być członkiem Kasy przez opuszczenie zatrudnienia (art. 13, p. II ustawy z dn. 19.V 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby), zachowuje jednak prawo do świadczeń przez czas i w warunkach, określonych w art. 36, p. I i II powołanej ustawy. Bliższe szczegóły w następnym rozdziale niniejszego artykułu.

\*\*\*) Według tej statystyki (patrz tom II, str. 3 tabl. A1 i A2) wynosi np. dla mężczyzn w grupie wieku od lat 25 do 34 roczna częstotliwość zachorowań dla obowiązkowo ubezpieczonych 0,368, a dla dobrowolnie ubezpieczonych 0,718 i cyfra chorobowości dla członków pierwszej kategorii 7,53, a dla członków drugiej kategorii 22,13; przyczem uwzględniono tylko wypadki choroby połączone z niezdolnością do pracy. Roczna częstotliwość zachorowań mężczyzn obowiązkowo - ubezpieczonych wspomnianej grupy wieku wynosi zatem tylko 51 proc. rocznej częstotliwości zachorowań mężczyzn dobrowolnie ubezpieczonych tejże grupy wieku, a cyfra chorobowości pierwszych wynosi tylko 34 proc. cyfry chorobowości tych ostatnich.

Wprawdzie uprawnieni do świadczeń w Kasach Chorych stanowią tylko część ludności kraju i w Polsce nie wynoszą obecnie więcej niż 20 proc. ogólnej liczby ludności, wskutek czego stosunki chorobowości wśród uprawnionych do świadczeń w Kasach Chorych nie są miarodajne dla całej ludności kraju, podział jednak według zawodu i rodzajów chorób ma wielkie znaczenie nie tylko ze stanowiska Kas, lecz i higieny społecznej. Podział ten pozwala na zbadanie zdrowotności tej warstwy ludności, której źródłem utrzymania jest praca najemna fizyczna lub umysłowa. Prócz tego jest on źródłem statystyki chorób zawodowych, niezbędnej w zwalczaniu tych chorób.

5. Statystyka chorobowości winna uwzględniać także podział według miesięcy, w których nastąpiło zachorowanie wzgl. na które miesiące przypadają dni choroby. Podział ten jest ważny nie tylko z punktu widzenia higieny społecznej, lecz i ze względu na następujące okoliczności:

Roczna częstotliwość zachorowań równa się ułamkowi, którego mianownikiem jest liczba osób obserwowanych przez cały rok, a licznikiem roczna liczba wypadków choroby zaszłych u tych osób. Oznaczając zatem roczną częstotliwość zachorowań przez  $z$ , liczbę osób, obserwowanych przez cały rok kalendarzowy, przez  $u$ , a liczbę wypadków choroby, zaszłych u tych osób w miesiącu styczniu przez  $c_1$ , — w lutym, przez  $c_2$ , — w marcu, przez  $c_3$  i t. d., otrzymujemy:

$$(1) \quad z = \frac{c_1 + c_2 + c_3 + \dots + c_{12}}{u}$$

czyli:

$$(2) \quad z = \frac{c_1}{u} + \frac{c_2}{u} + \frac{c_3}{u} + \dots + \frac{c_{12}}{u}$$

Oznaczając teraz liczbę osób z pośród grupy obserwowanej  $u$ , które umarły w styczniu, przez  $s_1$ , — w lutym, przez  $s_2$ , — w marcu, przez  $s_3$  i t. d., a liczbę osób z pośród tejże grupy, które dożyły do dnia pierwszego stycznia, przez  $u_1$ , — do dnia pierwszego lutego, przez  $u_2$ , — do dnia pierwszego marca, przez  $u_3$  i t. d., otrzymujemy:

$$(3) \quad u_1 = u, u_2 = u - s_1, u_3 = u - s_1 - s_2, u_4 = u - s_1 - s_2 - s_3, \dots, u_{12} = u - s_1 - s_2 - \dots - s_{11},$$

więc:

$$(4) \quad u_1 = u, u_2 = u_1 - s_1, u_3 = u_2 - s_2, u_4 = u_3 - s_3, \dots, u_{12} = u_{11} - s_{11},$$

albo:

$$(5) \quad u_1 = u, u_2 = u_1 \left(1 - \frac{s_1}{u_1}\right), u_3 = u_2 \left(1 - \frac{s_2}{u_2}\right), \\ u_4 = u_3 \left(1 - \frac{s_3}{u_3}\right), \dots, u_{12} = u_{11} \left(1 - \frac{s_{11}}{u_{11}}\right)$$

Liczby  $\frac{s_1}{u_1}, \frac{s_2}{u_2}, \frac{s_3}{u_3}$  i t. d. nie są niczem innym jak miesięcznymi prawdopodobieństwami śmierci a mianowicie  $\frac{s_1}{u_1}$  dla stycznia,  $\frac{s_2}{u_2}$  dla lutego,  $\frac{s_3}{u_3}$  dla marca i t. d. Oznaczamy te miesięczne prawdopo-

dość śmierci kolejno przez  $q_1, q_2, q_3$  i t. d., a więc:

$$(6) \quad \frac{s_1}{u_1} = q_1, \frac{s_2}{u_2} = q_2, \frac{s_3}{u_3} = q_3, \dots, \frac{s_{11}}{u_{11}} = q_{11},$$

to równania (5) przechodzą w

$$(7) \quad u_1 = u, u_2 = u_1 (1 - q_1), u_3 = u_2 (1 - q_2), \\ u_4 = u_3 (1 - q_3), \dots, u_{12} = u_{11} (1 - q_{11}).$$

Podstawiając w każde równanie (7) dla  $u_i$  ( $i = 1, 2, 3, 4, \dots, 11$ ) jej wartość z poprzedzającego równania, otrzymujemy:

$$(8) \quad u_1 = u, u_2 = u (1 - q_1), u_3 = u (1 - q_1) (1 - q_2), \\ u_4 = u (1 - q_1) (1 - q_2) (1 - q_3), \dots, u_{12} = \\ = u (1 - q_1) (1 - q_2) (1 - q_3) \dots (1 - q_{10}) (1 - q_{11}).$$

Dając teraz równaniu (2) następującą postać:

$$z = \frac{u_1}{u} \cdot \frac{c_1}{u_1} + \frac{u_2}{u} \cdot \frac{c_2}{u_2} + \frac{u_3}{u} \cdot \frac{c_3}{u_3} + \dots + \frac{u_{12}}{u} \cdot \frac{c_{12}}{u_{12}}$$

otrzymujemy za pomocą (8):

$$(9) \quad z = \frac{c_1}{u_1} + (1 - q_1) \frac{c_2}{u_2} + (1 - q_1) (1 - q_2) \frac{c_3}{u_3} + \\ \dots + (1 - q_1) (1 - q_2) (1 - q_3) \dots (1 - q_{11}) \frac{c_{12}}{u_{12}}.$$

Liczby  $\frac{c_1}{u_1}, \frac{c_2}{u_2}, \frac{c_3}{u_3}$  i t. d. nie są niczem innym jak miesięcznymi częstotliwościami zachorowań, a mianowicie:  $\frac{c_1}{u_1}$  dla stycznia,  $\frac{c_2}{u_2}$  dla lutego,  $\frac{c_3}{u_3}$  dla marca i t. d. Oznaczamy te miesięczne częstotliwości zachorowań kolejno przez  $z_1, z_2, z_3$  i t. d., więc:

$$(10) \quad \frac{c_1}{u_1} = z_1, \frac{c_2}{u_2} = z_2, \frac{c_3}{u_3} = z_3, \dots, \frac{c_{12}}{u_{12}} = z_{12},$$

to (9) przechodzi w

$$(11) \quad z = z_1 + (1 - q_1) z_2 + (1 - q_1) (1 - q_2) z_3 + \dots + (1 - q_1) (1 - q_2) (1 - q_3) \dots (1 - q_{11}) z_{12}.$$

Wzór (11) znajduje swoje potwierdzenie również przez znane teorematy o prawdopodobieństwach pełnych i złożonych.

Wzór (1) pozwala oznaczyć roczną częstotliwość zachorowań  $z$  tylko wtedy, gdy grupa  $u$  pozostawała pod obserwacją przez cały rok. Wzór (11) zaś wyraża  $z$  jedynie zapomocą miesięcznych prawdopodobieństw śmierci  $q_1, q_2, q_3$  i t. d. oraz miesięcznych częstotliwości zachorowań  $z_1, z_2, z_3$  i t. d., pozwala więc oznaczyć roczną częstotliwość zachorowań nawet wtedy, gdy w każdym miesiącu inna grupa była obserwowana.

O ile zatem masa obserwowana nie pozostała przez cały rok jedna i ta sama, jak to się dzieje wśród uprawnionych do świadczeń w Kasach Chorych, to celem oznaczenia rocznej częstotliwości zachorowań trzeba uciec się do wzoru (11), a więc naprzód oznaczyć miesięczne częstotliwości zachorowań  $z_1, z_2, z_3$  i t. d. Nie wystarczy zatem wtedy poznanie ogólnej rocznej liczby wypadków choroby, lecz trzeba znać poszczególne miesięczne liczby wypadków choroby  $c_1, c_2, c_3$  i t. d.

Nawet zadawalnijac się przybliżoną wartością dla rocznej częstotliwości zachorowań  $z$  i nie uwzględniając tych stosunkowo małych miesięcznych praw-

dopodobieństw śmierci  $q_1, q_2, q_3$  i t. d. \*) , przez co (11) przechodzi w

$$(12) \quad z = z_1 + z_2 + z_3 + \dots + z_{12},$$

czyli według (10):

$$(13) \quad z = \frac{c_1}{u_1} + \frac{c_2}{u_2} + \frac{c_3}{u_3} + \dots + \frac{c_{12}}{u_{12}},$$

to też tylko wtedy można dać (13) następującą postać:

$$(14) \quad z = \frac{(c_1 + c_2 + c_3 + \dots + c_{12})}{12 \cdot (u_1 + u_2 + u_3 + \dots + u_{12})}$$

kiedy miesięczne liczby obserwowanych są równe między sobą, więc kiedy:

$$(15) \quad u = u_1 = u_2 = u_3 = \dots = u_{12},$$

lub kiedy miesięczne częstotliwości zachorowań są równe między sobą, więc kiedy:

$$(16) \quad z_1 = z_2 = z_3 = \dots = z_{12},$$

czyli według (10):

$$(17) \quad \frac{c_1}{u_1} = \frac{c_2}{u_2} = \frac{c_3}{u_3} = \dots = \frac{c_{12}}{u_{12}} = \frac{c_1 + c_2 + c_3 + \dots + c_{12}}{u_1 + u_2 + u_3 + \dots + u_{12}}.$$

W wypadku (15) bowiem mamy:

$$z = \frac{c_1 + c_2 + c_3 + \dots + c_{12}}{u} = \frac{c_1 + c_2 + c_3 + \dots + c_{12}}{12 \cdot (u_1 + u_2 + u_3 + \dots + u_{12})}$$

a w wypadku (16):

$$z = 12 z_1 = 12 \cdot \frac{c_1 + c_2 + c_3 + \dots + c_{12}}{u_1 + u_2 + u_3 + \dots + u_{12}} = \frac{(c_1 + c_2 + c_3 + \dots + c_{12}) \cdot (u_1 + u_2 + u_3 + \dots + u_{12})}{12}$$

Naogół jednak, jak to ma miejsce w Kasach Chorych, miesięczne liczby obserwowanych różnią się między sobą. Również miesięczne częstotliwości zachorowań, jak należy przypuszczać i jak stwierdzono np. przez statystykę Kas Chorych w Niemczech\*\*), są różne pomiędzy sobą, gdyż chorobowość zależna jest między innymi od pory roku i stanu pogody.

\*) Największemu błędowi, spowodowanemu przez nieuwzględnienie tych  $q$ , ulegnie współczynnik przy  $z_{12}$ ,  $(1-q_1)$   $(1-q_2)$   $(1-q_3)$  ...  $(1-q_{11})$ . Ten współczynnik jednak nie jest niczym innym jak prawdopodobieństwem przeżycia najbliższych jedenastu miesięcy, a zatem stosunkowo mało różni się od jednostki, szczególnie dla tych grup wieku, które są przeważnie reprezentowane wśród uprawnionych do świadczeń w Kasach Chorych. Całkowity błąd, spowodowany przez nieuwzględnienie tych  $q$ , jest zatem stosunkowo dość mały.

\*\*) Patrz: Die Krankenversicherung im Jahre 1927, Statistik des Deutschen Reichs, tom 363, str. 10. Według tej statystyki miesięczne cyfry chorobowości dla ogółu mężczyzn ubezpieczonych w Kasach Chorych wahały się w r. 1926 między 0,053 (w styczniu) i 0,035 (w maju), a w r. 1927 między 0,063 (w styczniu) i 0,033 (w maju); przyczem uwzględniono tylko wypadki choroby połączone z niezdolnością do pracy. Cyfra chorobowości miesiąca maja wynosiła zatem w r. 1926 tylko 66 proc., a w r. 1927 tylko 52 proc. cyfry chorobowości miesiąca stycznia r. 1926 wzgl. r. 1927.

Niezbędne jest zatem poznanie poszczególnych miesięcznych liczb wypadków choroby celem oznaczenia choćby tylko przybliżonej wartości rocznej częstotliwości zachorowań.

To samo dotyczy rocznego prawdopodobieństwa zachorowań i cyfry chorobowości t. j. liczby dni choroby, które przeciętnie przypadają na jedną osobę obserwowaną w ciągu roku. Wszystkie wyżej podane wzory dla  $z$  oznaczają bowiem również cyfrę chorobowości, jeżeli pod  $c_1, c_2, c_3$  i t. d. będziemy rozumieli nie miesięczne liczby wypadków choroby, lecz miesięczne liczby dni choroby. Następnie wzór (11) oznacza także roczne prawdopodobieństwo zachorowania, jeżeli pod  $q_1, q_2, q_3$  i t. d. będziemy rozumieli nie miesięczne prawdopodobieństwa jedynie śmierci, lecz miesięczne prawdopodobieństwa śmierci lub zachorowania, a pod  $c_1, c_2, c_3$  i t. d. w (10) miesięczne liczby chorych po raz pierwszy w danym miesiącu.

Podział chorych, wypadków i dni choroby według miesięcy jest tedy potrzebny celem oznaczenia rocznego prawdopodobieństwa zachorowania, rocznej częstotliwości zachorowań i cyfry chorobowości. Pozatem podział ten rzuca światło na związek między chorobowością wśród członków Kas Chorych a stanem rynku pracy, wyrażającym się w stanie liczebnych obowiązkowo ubezpieczonych członków tych Kas.

6. Z ogólnej statystyki chorobowości wśród członków Kas winna być wyodrębniana statystyka niezdolności do pracy wskutek choroby. Wyodrębnienie to jest potrzebne z jednej strony ze względu na poważność chorób, połączonych z niezdolnością do pracy, i na większe obciążenie przez nie Kas (między innymi przez wypłatę zasiłku pieniężnego) i z drugiej strony ze względu na wyżej (Nr. 3) wspomniany wpływ obcego czynnika, jakim jest zasiłek pieniężny, na częstotliwość zachorowań i czas trwania choroby, połączonej z niezdolnością do pracy.

Ponadto statystyka wypadków choroby winna uwzględniać podział, według czasu trwania choroby. Podział ten ma znaczenie praktyczne, umożliwia bowiem ustalenie wpływów długości okresu wyczekiwania i okresu zasiłkowego na finanse Kas.

Wreszcie byłoby wskazane, aby statystyka chorobowości, szczególnie zaś statystyka wypadków i dni choroby, połączonej z niezdolnością do pracy, dla członków Kas uwzględniała także podział według grup zarobkowych. Podział ten rzuca światło na związek który niewątpliwie zachodzi między chorobowością, a wysokością zarobku. Z jednej strony bowiem należy przypuszczać, że im lepszy jest stan materialny, tem większa jest odporność przeciwko chorobom, a zatem tem mniejsza chorobowość. Z drugiej strony zaś wpływ zasiłku pieniężnego na częstotliwość zachorowań i na czas trwania choroby (symulacja) jest niewątpliwie zależny od wysokości zarobku. Zasiłek pieniężny stanowi bowiem tylko pewną część zarobku, strata zaś części zarobku wskutek choroby jest tem dotkliwsza, im mniejszy jest sam zarobek. Podział według grup zarobkowych może tedy dostarczać niezbędnych danych, czy i w jaki sposób należy uzależnić procentową wysokość zasiłku pieniężnego (w stosunku do zarobku) od wysokości

samego zarobku. Zależność taka zresztą byłaby może słuszna i z innego punktu widzenia.

7. Statystyka połogów winna być prowadzona oddzielnie dla członkiń obowiązkowo ubezpieczonych, dla członkiń dobrowolnie ubezpieczonych i dla członkiń rodzin obowiązkowo ubezpieczonych. Częstotliwość połogów jest bowiem przypuszczalnie większa u kobiet niepracujących zawodowo niż u kobiet pracujących zawodowo, a jeszcze większa u kobiet dobrowolnie ubezpieczonych, gdyż, jak należy przyjąć, duża część tych ostatnich ubezpieczyła się dobrowolnie tylko w przewidywaniu połogu. Również wyżej wspomniana statystyka lipskiej miejscowej Kasy Chorych: (patrz l. c. tom 4, str. 256 i 257, tablice E1 i E2) dowodzi, że częstotliwość połogów u członkiń dobrowolnie ubezpieczonych jest o wiele większa niż u członkiń obowiązkowo ubezpieczonych. Poza to członkinie rodzin obowiązkowo ubezpieczonych w przeciwieństwie do członkiń Kas nie mają prawa do zasiłku połogowego, wskutek czego ich połogi mniej obciążają Kasy.

Statystyka połogów obejmuje statystykę porodów, statystykę dni zasiłku połogowego, statystykę dni choroby, połączonej z połogiem, i statystykę wypadków śmierci na skutek połogu.

Statystyka połogów winna uwzględniać podział według wieku, a statystyka połogów wśród członkiń Kas także podział według zawodu. Częstotliwość połogów jest bowiem zależna nie tylko od wieku, lecz i od zawodu. Tak np. wynosi według statystyki lipskiej miejscowej Kasy Chorych (patrz: l. c. tom 4, str. 256 tablicę E3 i str. 262 tabl. E17) częstotliwość połogów obowiązkowo ubezpieczonych w grupie wieku od lat 20 do 24 w grupie metalowo - przetwórczej 0,132, a w grupie hotelowo - gastronomicznej zaś 0,016, a więc tylko 12 proc. pierwszej częstotliwości.

Ponadto statystyka połogów winna uwzględniać podział na porody normalne i porody, połączone z chorobą, przyczem z tych ostatnich winny być wyodrębniane porody przedwczesne i poronienia. Statystyka taka rzuca światło na związek, który niewątpliwie zachodzi między zawodem a porodem, nie mającym przebiegu normalnego, szczególnie między zawodem a porodem przedwczesnym lub poronieniem. Tak np. wynosi liczba porodów przedwczesnych lub poronień, która przypada na 100 połogów obowiązkowo ubezpieczonych w grupie wieku od lat 25 do 34, według statystyki lipskiej miejscowej Kasy Chorych (patrz: l. c. tom 4, str. 268, tabl. E47, str. 256, tabl. E3, str. 264, tabl. E27 i str. 272, tabl. E59) 8,8 wśród robotnic w ogrodnictwie, rolnictwie i leśnictwie, 21,5 w grupie hotelowo - gastronomicznej, 34,3 wśród personelu biurowego i sklepowego i 63,6 wśród polerownic metalu (ostatnia liczba jednak obserwowana u grupy, która liczyła zaledwie 215 osób i u której liczba połogów wynosiła 22).

8. Statystyka zgonów wśród uprawnionych do świadczeń w Kasach Chorych jest ważna i dla samych Kas, gdyż umożliwia ona obliczenia obciążenia przez wypłatę zasiłku pogrzebowego. Z punktu widzenia higieny społecznej szczególnie ważna jest statystyka zgonów wśród członków Kas; wysświetla ona bowiem niebezpieczeństwa zagrażające życiu związane z wykonywaniem zawodu.

Statystyka zgonów uprawnionych do świadczeń nie ma wielkiego znaczenia w statystyce umieralności (wyrażającej się stosunkiem liczby zgonów do liczby osób obserwowanych wobec ryzyka śmierci) nie tylko wśród całej ludności kraju, lecz i wśród klasy pracującej. Kasy Chorych bowiem rejestrują tylko takie zgony, z powodu których wypłacają zasiłki. Zasiłki te wypłaca się tylko wówczas, gdy zgony nastąpiły w okresie członkostwa lub, jeżeli dana osoba zachorowała, będąc jeszcze członkiem Kasy i zmarła wskutek tej samej choroby (nie odzyskawszy zdolności do zarabkowania), w przeciągu pół roku po wyczerpaniu pomocy dla chorych (art. 32, ust. II ustawy\*) z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby). Nie są więc zarejestrowane przez Kasy Chorych zgony członków rodzin, które nie nastąpiły w okresie członkostwa głów rodziny, jak również zgony byłych członków Kas, które nie były spowodowane chorobą z okresu członkostwa lub które były spowodowane taką chorobą, lecz trwającą dłużej niż pół roku po wyczerpaniu pomocy dla chorych. Kasy Chorych rejestrują zatem tylko małą część zgonów osób z łona klasy pracującej, gdyż tylko mała część tej klasy umiera w okresie ubezpieczenia w Kasie Chorych.

Statystyka zgonów jest natomiast bardzo ważna w statystyce śmiertelności (wyrażającej się stosunkiem liczby zgonów do liczby chorych, lub do liczby przypadków choroby, albo wreszcie do liczby dni choroby, które były obserwowane wobec ryzyka wyniku śmiertelnego) wśród uprawnionych do świadczeń.

Zapewne i statystyka śmiertelności oparta na statystyce zgonów Kas Chorych nie jest bez błędów. Kasy Chorych bowiem, jak wyżej wspomniano, nie rejestrują zgonów osób, które zachorowały, gdy były jeszcze uprawnione do świadczeń, i zmarły wskutek tej samej choroby, nie mając już prawa do zasiłku pogrzebowego, podczas gdy choroby powodujące te zgony bywają przez nie rejestrowane. Celem ustalenia zaś śmiertelności winny być rejestrowane wszystkie zgony spowodowane chorobami rejestrowanymi. Statystyka śmiertelności członków Kas daje jednak prawdziwy obraz śmiertelności w pewnym okresie choroby, t. j. w okresie nieprzewyższającym 65 (39 + 26) tygodni od pierwszego dnia niezdolności do pracy\*\*) dla Kas, udzielających tylko obowiązkowych świadczeń, wzgl. 78 (52 + 26) tygodni dla Kas, udzielających statutowych świadczeń w myśl art. 26 Ustawy.

Statystyka śmiertelności wśród ubezpieczonych w Kasach Chorych jest ważna ze względu na to, że wskazuje stopień niebezpieczeństwa zagrażającego życiu wskutek różnych chorób w różnych zawodach i jest poniekąd sprawdzianem skuteczności leczenia w Kasach Chorych. Poza to ma ona znaczenie praktyczne w układaniu tablic prawdopodobieństwa za-

\*) W dalszym ciągu niniejszego artykułu: Ustawa.

\*\*) Dokładniej: od pierwszego dnia udzielania zasiłku pieniężnego, w wypadku bowiem, gdy choroba od pierwszego dnia była połączona z niezdolnością do pracy, zasiłek udzielany jest dopiero od trzeciego dnia niezdolności do pracy.

chorowania, częstotliwości zachorowań i wyżej (Nr. 5) wspomnianej cyfry chorobowości wśród grup osób, u których chorobowość nie była obserwowana, o ile umieralność wśród tych grup podobna jest do umieralności wśród uprawnionych do świadczeń w Kasach Chorych (patrz: Krankheits — und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung, tom. 1, str. 40). Jeżeli bowiem umieralność wśród tych grup podobna jest do umieralności wśród uprawnionych do świadczeń, to można uważać za prawdopodobne, że i śmiertelność wśród tych grup odpowiada śmiertelności wśród uprawnionych do świadczeń. Oznaczając zatem prawdopodobieństwo śmierci jednej z tych grup przez  $q$ , a śmiertelność w stosunku do przypadków choroby odpowiedniej grupy uprawnionych do świadczeń przez  $s$ , to można przypuszczać, że  $q : s$  daje w przybliżeniu wartość częstotliwości zachorowań w pierwszej grupie.  $q$  bowiem równa się liczbie zgonów, podzielonej przez liczbę osób obserwowanych,  $s$  — liczbie zgonów, podzielonej przez liczbę wypadków choroby, a zatem  $q : s$  równa się liczbie wypadków choroby, podzielonej przez liczbę osób obserwowanych, czyli częstotliwości zachorowań. Analogicznie można oznaczyć cyfry chorobowości i prawdopodobieństwa zachorowania wśród tych grup.

9. Statystyka zgonów tak, jak statystyka chorobowości winna być prowadzona oddzielnie dla członków obowiązkowo ubezpieczonych, dla członków dobrowolnie ubezpieczonych i dla członków rodzin obowiązkowo ubezpieczonych i winna uwzględniać podział według płci, wieku i rodzaju choroby, która była przyczyną śmierci. Statystyka zgonów wśród członków Kas winna uwzględniać także podział według zawodu.

Pozatem jest wskazane aby statystyka zgonów uwzględniała podział według miesięcy. Podział ten jest potrzebny dla ustalania rocznego prawdopodobieństwa zachorowania, cyfry chorobowości i rocznej częstotliwości zachorowań (Nr. 5) oraz dla ustalania rocznego prawdopodobieństwa śmierci z powodu analogicznego do wyżej wspomnianego (Nr. 5).

Z ogólnej statystyki zgonów należy wyodrębnić statystykę zgonów niespowodowanych chorobami zgłoszonymi do Kas (zgony nagłe i t. d.), gdyż zgony takie nie mogą wejść w rachubę przy ustalaniu śmiertelności.

Z punktu widzenia lekarskiego ważne są jeszcze: statystyka dni choroby powodującej śmierć (dni choroby śmiertelnej), wyodrębnienie statystyki zgonów szpitalnych z ogólnej statystyki zgonów i statystyka dni szpitalnych, poprzedzających zgony szpitalne (szpitalnych dni choroby śmiertelnej). Ze stanowiska lekarskiego jest bowiem sprawą większej wagi możliwość porównania liczby dni choroby śmiertelnej, które przeciętnie wypadają na jeden wypadek śmierci, z liczbą szpitalnych dni choroby śmiertelnej, które przeciętnie wypadają na jeden szpitalny wypadek śmierci.

10. Statystyka uprawnionych do świadczeń ma ogromne znaczenie zarówno dla samych Kas, jak i dla gospodarstwa narodowego. Z jednej strony bowiem wszystkie zjawiska masowe, związane z ubez-

piezieniem w Kasach Chorych, odnoszą się do masy uprawnionych do świadczeń wzgl. członków jako masy podstawowej, a z drugiej strony stan i ruch obowiązkowo ubezpieczonych w Kasach Chorych wskazuje na stan i ruch zatrudnienia w gospodarstwie narodowym.

Statystyka uprawnionych do świadczeń, tak jak statystyka chorobowości dzieli się na statystykę członków (patrz uwagę do Nr. 3) obowiązkowo ubezpieczonych, statystykę członków dobrowolnie ubezpieczonych i statystykę członków rodzin obowiązkowo ubezpieczonych; winna ona również uwzględnić podział według płci, wieku, a statystyka członków także według zawodu i grup zarobkowych. Poczwojny ten podział jest potrzebny Kasom Chorych i gospodarstwu narodowemu. Z jednej strony bowiem zjawiska masowe: chorobowość, połogi i zgony winny być podzielone według płci, wieku i zawodu, a chorobowość także według grup zarobkowych (Nr. 6), a zatem i masa podstawowa winna być w ten sposób podzielona. Z drugiej strony podział ten wskazuje na stan i ruch zatrudnienia w poszczególnych zawodach i rzuca światło na stan i ruch zarobków klasy pracującej, a tem samym na jej siłę nabywczą, co jest też bardzo ważne dla badań koniunkturalnych. Pozatem podział według grup zarobkowych pozwala ustalać sumę płac ustawowych wszystkich członków Kas, od której to sumy zależne są dochody i wydatki Kas Chorych. Suma ta daje wespół z sumą składek w przybliżeniu obraz z obciążenia produkcji kosztem ubezpieczenia na wypadek choroby.

11. Statystyka świadczeń jest ważna nie tylko z punktu widzenia administracyjno - lekarskiego i kontroli praktyki lekarskiej, lecz i dla obliczania obciążenia Kas przez każdą z kilkakrotnie już wspomnianych trzech kategorii uprawnionych do świadczeń oraz przez poszczególne świadczenia statutowe (art. 26 Ustawy) i wogóle ze stanowiska polityki świadczeniowej Kas. Tak np. statystyka świadczeń wspólnie ze statystyką finansową (Nr. 12) może rzucić światło na kwestję wolnego wyboru lekarza, na kwestję własnych ambulatorjów i systemu gabinetowego, własnych i obcych aptek, własnych i obcych szpitali i t. d. Z tych powodów statystyka świadczeń winna być prowadzona bardzo szczegółowo celem ustalania użyteczności poszczególnych rodzajów obowiązkowych i statutowych świadczeń oraz obciążenia Kas przez nie dla każdej z trzech kategorii uprawnionych do świadczeń.

Statystyka świadczeń obejmuje: 1) pomoc lekarską (bez dentystrycznej): A. w ambulatorjach, B. w gabinetach lekarzy prywatnych; 2) pomoc dentystryczną: A. w ambulatorjach, B. w gabinetach dentystrycznych prywatnych; 3) pomoc lekarską domową: A. przez lekarzy Kas, B. przez lekarzy prywatnych; 4) leczenie w szpitalach: A. własnych, B. Związków Kas Chorych, C. obcych; 5) leczenie sanatoryjne i klimatyczno-zdrojowiskowe w zakładach: A. własnych, B. Związków Kas Chorych, C. obcych; 6) leczenie fizykalne w zakładach: A. własnych, B. Związków Kas Chorych, C. obcych; 7) zabiegi pomocniczo-lekarskie: A. w ambulatorjach, B. w gabinetach prywatnego pomocniczego personelu lekarskiego, C. w domu cho-



regó przez pomocniczy personel lekarski: a. Kas, b. prywatny; 8) zabiegi dżagnostyczne (zdjęcia rentgenologiczne, analizy i t. p.) w zakładach: A. własnych, B. Związków Kas Chorych, C. obcych; 9) pielęgnowanie chorych w domu; 10) środki lecznicze i opatrunkowe: A. lekarstwa i środki opatrunkowe, wydane chorem do domu na zasadzie recept: a. przez apteki własne, b. przez apteki obce, B. inne środki lecznicze (art. 23, I, lit. a Ustawy); 11) środki pomocnicze przeciwko kalectwu i zniekształceni, służące do utrzymania zdolności do pracy (na które wydatki są statutowo ograniczone, art. 23, I, lit. a Ustawy); 12) zwroty gotówkowe członkom za leczenie: A. na podstawie art. 23, III. Ustawy, B. na podstawie art. 42, III Ustawy; 13) pomoc położnicza: A. w domu, B. w zakładach dla położnic: a. własnych, b. Związków Kas Chorych, c. obcych; 14) pielęgnowanie położnic w domu; 15) opieka nad matką i dzieckiem; 16) zasiłek pieniężny w chorobie: A. dla chorych domowych w wysokości: a. 60 proc., b. 65 proc., c. 70 proc., d. 75 proc. (65 — 75 proc. dla Kas, udzielających statutowych świadczeń), B. dla chorych szpitalnych (zasiłek domowy) w wysokości: a. 30 proc., b. 32.5 proc., c. 35 proc., d. 37.5 proc. (32.5 — 37.5 proc.\*) dla Kas, udzielających statutowych świadczeń, C. 10 proc. dla chorych szpitalnych, niepobierających zasiłku domowego; 17) zasiłek połógowy: A. pełny, B. niepełny (z powodu pielęgnowania w domu), C. połowa zasiłku (z powodu utrzymania w zakładach dla położnic); 18) zasiłek dla karmiących i 19) zasiłek pogrzebowy.

Statystyka pomocy lekarskiej, 1) A, B, winna z ogólnej liczby porad lekarskich wyodrębnić liczbę porad pierwszych dla każdego nowego wypadku choroby i uwzględnić podział według rodzaju choroby. To samo dotyczy statystyki pomocy lekarskiej domowej, 3) A, B.

Statystyka pomocy dżentystycznej, 2) A, B, obejmuje liczbę osób, korzystających z tej pomocy, jak również ilość i rodzaj zabiegów.

Statystyka leczenia szpitalnego, 4) A, B, C, która obejmuje liczbę szpitalnych wpadków choroby i liczbę dni szpitalnych, winna również uwzględnić podział według rodzaju choroby. To samo dotyczy leczenia sanatoryjnego i klimatyczno-zdrojowiskowego, 5) A, B, C.

Statystyka leczenia fizykalnego, 6) A, B, C, która obejmuje liczbę osób, korzystających z tego leczenia i liczbę zabiegów fizykalnych, winna uwzględnić podział według rodzaju zabiegu. To samo dotyczy statystyki zabiegów pomocniczo-lekarskich, 7) A, B, Ca, b, i dżagnostycznych, 8) A, B, C.

Statystyka pielęgnowania chorych w domu, 9), obejmuje liczby wypadków i dni pielęgnowania. To samo dotyczy statystyki pielęgnowania położnic w domu, 14).

Statystyka środków leczniczych, opatrunkowych i pomocniczych obejmuje liczby sporządzonych recept,

\*) Wynika to ze ścisłej interpretacji art. 29, I ustawy, aczkolwiek logicznie winnoby być: 35 (30+5), 40 (30+10) i 45 (30+15).

10) Aa, b, wydanych innych środków leczniczych, 10) B, i środków pomocniczych, 11).

Statystyka zwrotów gotówkowych, 12), A, B obejmuje liczbę tych wypadków. Statystyka pomocy położniczej obejmuje liczbę połógów, 13) A, oraz liczbę wypadków i dni zakładowych, 13) Ba, b, c.

Statystyka opieki nad matką i dzieckiem, 15), obejmuje liczbę matek i liczbę dzieci, korzystających z opieki, liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt domowych przez higienistki oraz statystykę chorobowości i zgonów wśród tych dzieci. Statystyka dzieci, korzystających z opieki, winna uwzględniać podział według płci i wieku, przyczem wiek w pierwszym roku winien być podawany w miesiącach. To samo dotyczy ich statystyki chorobowości i zgonów. Pozatem statystyka chorobowości winna uwzględniać podział według rodzaju choroby.

Statystyka chorobowości i zgonów wśród dzieci, korzystających z opieki, jest wyodrębniana z ogólnej statystyki chorobowości i zgonów wśród uprawnionych do świadczeń dla wykazania skuteczności opieki.

Statystyka zasiłków chorobowych, 16) Aa, b, c, d, 16) Ba, b, c, d, 16) C, połógowych, 17) A, B, C, i dla karmiących, 18), obejmuje liczby wypadków choroby wzgl. połógów i liczby dni zasiłku. Statystyka zasiłków pogrzebowych, 19), właściwie wynika ze statystyki zgonów (Nr. 9), gdyż tylko zgony odszkodowane zasiłkiem pogrzebowym są rejestrowane przez Kasy Chorych.

Statystyka świadczeń winna być prowadzona oddzielnie dla każdej ze wspomnianych trzech kategorii uprawnionych do świadczeń, a mianowicie: 1) — 6) i 8) bez podziałów na A, B i C; 7) bez podziału na A i B; 7) C, 10) A i 13) B bez podziałów na a, b i c; pozostałe ze wszystkimi podziałami. Podziały 1) — 6) i 8) na A, B i C, 7) na A i B, oraz 7) C, 10) A i 13) B na a, b i c są potrzebne tylko dla ustalenia celowości własnych ambulatoryj, szpitali, apteki i t. d. (patrz niżej Nr. 12).

Z ogólnej statystyki świadczeń winna być wyodrębniona statystyka świadczeń statutowych, udzielanych w myśl art. 26 Ustawy.

12. Statystyka finansowa wespół ze statystyką świadczeń winna dawać szczegółowy obraz całej gospodarki Kas. Musi ona być prowadzona w sposób umożliwiający krytyczne badanie działalności Kas, aby móc udoskonalać istniejące już instytucje i urządzenia i tworzyć nowe normy celowe działalności Kas. Do zadań statystyki finansowej należy zatem między innymi dostarczanie danych niezbędnych: celem obliczenia wpływu ze składek członków obowiązkowo ubezpieczonych i ze składek członków dobrowolnie ubezpieczonych, celem obliczenia obciążenia Kas przez każdy poszczególne rodzaj świadczenia obowiązkowego i statutowego dla każdej z trzech grup uprawnionych do świadczeń, celem obliczenia przeciętnego kosztu jednej porady lekarskiej w ambulatorjum Kasy i w gabinecie lekarza prywatnego, celem obliczenia przeciętnego kosztu jednodniowego utrzymania w szpitalu własnym i w szpitalu obcym, przeciętnego kosztu jednej recepty, sporządzonej w aptece własnej i w aptece obcej i t. d. Statystyka finansowa musi więc być bardzo szczegółowa i prowadzona w części

dotyczącej składek i wydatków na świadczenia, oddzielnie dla każdej z trzech kategorii uprawnionych do świadczeń i pozatem w części, dotyczącej wydatków na świadczenia, dla których dopuszczalne są świadczenia nadobowiązkowe, oddzielnie dla świadczeń obowiązkowych i dla świadczeń statutowych (nadobowiązkowych w myśl art. 26).

Statystyka finansowa dzieli się na statystykę dochodów, statystykę wydatków, statystykę aktywów i statystykę pasywów.

Statystyka dochodów obejmuje: 1) przypis składek za rok sprawozdawczy; 2) rzeczywisty wpływ ze składek: A. za rok sprawozdawczy, B. za lata ubiegłe, C. za rok następny (przedpłata); 3) odsetki od zaległych składek (rzeczywiste wpływy); 4) kary nałożone w roku sprawozdawczym: A. na pracodawców, B. na pracowników; 5) rzeczywisty wpływ z kar: A. z roku sprawozdawczego: a. od pracodawców, b. od pracowników, B. z lat ubiegłych: a. od pracodawców, b. od pracowników; 6) odsetki: A. od papierów wartościowych i innych lokat, B. od dyskonta weksli; 7) należności od Skarbu Państwa w myśl art. 48 Ustawy za rok sprawozdawczy: A. za leczenie bezrobotnych i ich rodzin, B. 50 proc. zasiłków dla położnic i karmiących; 8) rzeczywisty wpływ na rachunek należności od Skarbu Państwa: A. za rok sprawozdawczy, B. za lata ubiegłe; 9) należności za leczenie w roku sprawozdawczym: A. od innych Kas Chorych, B. od samorządów terytorjalnych (gminy wiejskiej i miejskiej, powiaty i województwa), C. od innych instytucji prawno - publicznych, D. od pracodawców; 10) rzeczywisty wpływ na rachunek należności za leczenie: A. za rok sprawozdawczy: a. od innych Kas Chorych, b. od samorządów terytorjalnych, c. od innych instytucji prawno - publicznych, d. od pracodawców, B. za lata ubiegłe: a. od innych Kas Chorych, b. od samorządów terytorjalnych, c. od innych instytucji prawno - publicznych, d. od pracodawców; 11) czynsze za wynajem lokali; 12) różne dochody; 13) wpływy ze sprzedaży majątku i zwrotu długów: A. papiery wartościowe, B. pożyczki, C. hipoteki, D. nieruchomości, E. ruchomości, F. inne; 14) pozostałość w Kasie i bankach: a. na początku roku sprawozdawczego, b. na końcu roku.

Statystyka wydatków obejmuje: I. świadczenia: 1) pomoc lekarska (bez dentystycznej) w ambulatoriach Kasy: A. lekarze, B. pracownicy ambulatoryjni, C. środki lecznicze dla zabiegów na miejscu, D. inne wydatki na utrzymanie ambulatorjów; 2) pomoc dentystyczna w ambulatoriach Kasy: A. dentyści, B. pracownicy ambulatoryjni, C. środki lecznicze dla zabiegów na miejscu, D. inne wydatki na utrzymanie ambulatorjów; 3) pomoc lekarska w gabinetach lekarzy prywatnych: A. lekarze, B. środki lecznicze dla zabiegów na miejscu; 4) pomoc dentystyczna prywatna: A. dentyści, B. środki lecznicze dla zabiegów na miejscu; 5) pomoc lekarska domowa: A. lekarze Kas Chorych, B. lekarze prywatni; 6) zabiegi pomocniczo-lekarskie: A. w domu chorego przez pomocniczy personel lekarski: a. Kas Chorych, b. prywatni, B. w gabinetach prywatnego pomocniczego personelu lekarskiego; 7) pielęgnowanie chorych w domu; 8) przewóz

personelu leczniczego; 9) leczenie szpitalne: A. w szpitalach własnych, B. w szpitalach Związków Kas Chorych, C. w szpitalach obcych: a. państwowych, b. samorządów terytorjalnych, c. innych; 10) przewóz chorych; 11) leczenie sanatoryjne i klimatyczno-drojo-wiskowe: A. w zakładach własnych, B. w zakładach Związków Kas Chorych, C. w zakładach obcych (z podziałem na a — c jak 9) C); 12) leczenie fizykalne: A. w zakładach własnych, B. w zakładach Związków Kas Chorych, C. w zakładach obcych; 13) zabiegi dajagnostyczne (zdjęcia rentgenologiczne, analizy i t. p.): A. w zakładach własnych, B. w zakładach Związków Kas Chorych, C. w zakładach obcych; 14) środki lecznicze: A. lekarstwa i środki opatrunkowe, wydane chorym do domu na zasadzie recept: a. przez apteki własne, b. przez apteki obce, B. inne (art. 23, I. Ustawy); 15) środki pomocnicze przeciwko kalectwu i zniekształceniu, na które wydatki są statutowo ograniczone (art. 23, I. Ustawy); 16) zwroty gotówkowe członkom za leczenie: A. na podstawie art. 23, III Ustawy, B. na podstawie art. 42, III. Ustawy; 17) pomoc położnicza: A. w domu, B. w zakładach dla położnic: a. własnych, b. Związków Kas Chorych, c. obcych: c-1. państwowych, c-2. samorządów terytorjalnych, c-3. innych; 18) opieka nad matką i dzieckiem; 19) zasiłki pieniężne w chorobie: A. dla chorych domowych, B. zasiłek domowy dla chorych szpitalnych, C. 10 proc. zasiłek dla chorych szpitalnych, niepobierających zasiłku domowego; 20) zasiłek połogowy: A. pełny, B. niepełny (z powodu pielęgnowania w domu), C. połowa zasiłku (z powodu utrzymania w zakładach dla położnic); 21) zasiłek dla karmiących; 22) zasiłek pogrzebowy; 23) zwroty innym Kasom Chorych za wydatki: A. na chorych, B. na położnice; II. wydatki na kontrolerów chorych; III. koszty statystyki; IV. koszty administracji: 1) osobowe: A. odszkodowanie władz Kasy, B. personel biurowy, a. zajęty ściąganiem i kontrolą składek, b. pozostały; C. inne; 2) rzeczowe; V. koszty ogólne: 1) składki na Okręgowy Związek Kas Chorych; 2) koszty wyborów; 3) odsetki; 4) administracja własnych domów dochodowych; 5) remonty bieżące domów dochodowych; 6) różne wydatki; VI. straty na nieściągalnych wierzytelnościach: A. na składkach członkowskich: a. z roku sprawozdawczego, b. z lat ubiegłych, B. na karach: a. z roku sprawozdawczego, b. z lat ubiegłych, C. na innych wierzytelnościach: a. z roku sprawozdawczego, b. z lat ubiegłych; VII. Straty na kursie papierów wartościowych; VIII. odpisy na fundusz amortyzacyjny: 1) nieruchomości; 2) ruchomości; IX. odpisy przymusowe na fundusz zapasowy; X. lokaty: 1) papiery wartościowe: A. państwowe, B. komunalne, C. listy zastawne, D. inne; 2) hipoteki; 3) pożyczki: A. na cele powszechnego użytku, B. instytucjom publiczno - prawnym, C. inne; 4) nieruchomości (kupno, budowa, kapitalny remont): A. szpitale, ambulatorja i t. p., B. biura administracyjne, C. dochodowe; 5) urzędnienia szpitali, ambulatorjów, aptek i t. p.; 6) inne.

Statystyka aktywów obejmuje: 1) gotówkę w Kasie, 2) należności w bankach i kasach oszczędnościowych: A. Bank Polski i banki państwowe, B. inne



banki, C. Poczta Kasa Oszczędności, D. inne Kasy oszczędności; 3) papiery wartościowe: A. państwowe, B. komunalne, C. listy zastawne, D. inne; 4) hipoteki; 5) pożyczki: A. na cele powszechnego użytku, B. instytucjom publiczno - prawnym, C. inne; 6) zaległe składki: A. za ostatni miesiąc roku sprawozdawczego, B. za poprzednie miesiące roku sprawozdawczego, C. za lata ubiegłe; 7) wierzytelności: A. Skarb Państwa, B. Związki Kas Chorych, C. za wydatki poczynione na rachunek: a. innych Kas Chorych, b. samorządów terytorjalnych, c. innych instytucji publiczno - prawnych, d. pracodawców; D. zaliczki: a. na dostawy, b. na rachunek poborów pracowników; E. inne wierzytelności; 8) weksle; 9) sumy do wyliczenia; 10) zapasy materiałów: A. środki lecznicze, opatrunkowe i t. p., B. materiały gospodarcze, C. zapasy taboru przewozowego, D. inne; 11) nieruchomości: A. szpitale, ambulatorja i t. p., B. biura administracyjne, C. dochodowe; 12) ruchomości; 13) inny majątek.

Statystyka pasywów obejmuje: 1) zobowiązania: A. zaległe świadczenia wobec członków, B. wydatki na chorych i położnice, poniesione przez inne Kasy Chorych i instytucje na rachunek Kasy, C. zobowiązania wobec dostawców, D. zaległe honoraria lekarskie i t. p. E. inne; 2) przedpłata składek; 3) długi kredytowe; 4) weksle własne; 5) długi hipoteczne; 6) sumy do zwrotu; 7) fundusz amortyzacyjny: A. nieruchomości, B. ruchomości; 8) fundusz zapasowy: A. z odpisów przymusowych, B. z nadwyżek bilansowych: a. z lat poprzednich po ewentualnem potrąceniu na pokrycie niedoborów, b. przydział tegoroczny.

W statystyce wydatków (I — V) należy dla każdej poszczególnej pozycji podawać: wydatki za rok sprawozdawczy, wydatki w roku sprawozdawczym za poprzednie lata oraz pozostałości do uregulowania z roku sprawozdawczego.

13. Statystyka pracodawców (zakładów pracy) nie wymaga wielkiego nakładu pracy w Kasach Chorych, a jest ważna nie tylko ze względu na politykę gospodarczą, lecz i celem kontroli administracji Kas, gdyż rozmiar prac administracyjnych Kas, a zatem i stan liczebny personelu administracyjnego zależne są nietylko od liczby ubezpieczonych, lecz oprócz innych czynników również i od liczby pracodawców, od których ściągane są składki.

Statystyka pracodawców (zakładów pracy) winna uwzględniać podział według wielkości zakładów (t. j. według liczby zatrudnionych pracowników) oraz według rodzajów zakładów pracy.

Podział zakładów pracy według wielkości i rodzaju jest ważny ze względu na to, że daje materiał o rozwoju i stanie zatrudnienia w różnych gałęziach pracy.

14. Statystyka władz i personelu Kasy obejmuje: 1) władze Kasy: A. członkowie rady Kasy, Komisji rewizyjnej i rozjemczej, B. członkowie zarządu; 2) personel biurowo - administracyjny: A. urzędnicy: a. zajęci ściąganiem i kontrolą składek, b. pozostali, B. służba niższa; 3) kontrolerów chorych; 4) personel lekarski: A. lekarze, B. lekarze - dentyści, C. personel pomocniczy lekarski, D. technicy dentyści; 5) personel zakładów (ambulatorja, szpi-

tale i t. p.): A. urzędnicy, B. szoferzy, C. służba niższa; 6) personel aptek: A. farmaceuci, B. urzędnicy, C. służba niższa.

Statystyka władz i personelu Kasy wespół z statystyką finansową i statystyką pracodawców rzuca światło na administrację Kas.

15. Statystyka samych Kas winna uwzględniać podział: 1) według terytoriów (województw lub grup województw), 2) według wielkości Kas (t. j. według liczby ich członków), 3) według procentowej wysokości składki w stosunku do płacy ustawowej, 4) według statutowych świadczeń, t. j. według statutowego przedłużenia ustawowego okresu pomocy lekarskiej i zasiłku pieniężnego, według statutowego podwyższenia procentowej wysokości zasiłku pieniężnego w stosunku do płacy ustawowej, według uzależnienia tych statutowych świadczeń od czasu trwania przynależności do Kasy (art. 26 Ustawy) i według statutowo określonej maksymalnej wysokości wydatków na środki pomocnicze przeciw kalectwu i zniekształceniu, służące do utrzymania zdolności do zarobkowania (art. 23, ust. I, lit. a Ustawy), 5) według tego, czy udzielają opieki nad matką i dzieckiem, 6) według tego, czy mają w roku sprawozdawczym nadwyżkę bilansową lub niedobór, 7) według tego, czy mają nadwyżkę aktywów lub pasywów (po ewent. potrąceniu niedoborów z części funduszu zapasowego, powstałej z nadwyżek bilansowych) i 8) według procentowej wysokości funduszu zapasowego do przepisanej ustawą wysokości przeciętnego wydatku rocznego.

Dla podziałów według wielkości, 2), wysokości składki, 3), statutowych świadczeń, 4), i wysokości funduszu zapasowego, 8), trzeba ustalić pewne kategorie. Tak np. co do wielkości Kas można ustalić, że do pierwszej kategorii należy Kasa, której liczba członków jest mniejsza niż 1000, do drugiej kategorii Kasa, której liczba członków wynosi od 1000 do 3000 i t. d.

Dla każdej z grup Kas, powstałych wskutek tych podziałów winny być podawane liczby jej członków obowiązkowo ubezpieczonych, członków dobrowolnie ubezpieczonych i członków rodzin obowiązkowo ubezpieczonych.

16. Całokształt statystyki Kas Chorych należy prowadzić oddzielnie dla każdej z dzielnic kraju (centralne, wschodnie, zachodnie i południowe województwa), gdyż stosunki lokalne mają wpływ na chorobowość i śmiertelność, szczególnie zaś na finanse Kasy.

Wskazane jest też prowadzenie statystyki chorobowości, świadczeń i finansowej oddzielnie dla każdej grupy Kas, składającej się z Kas tej samej kategorii pod względem statutowych świadczeń, i oddzielnie dla każdej grupy, składającej się z Kas tej samej kategorii pod względem wielkości. W przeciwieństwie bowiem do Kas, udzielających tylko ustawowych świadczeń, Kasy, których statut przewiduje dłuższy niż ustawowy okres pomocy lekarskiej i zasiłku pieniężnego, rejestrują dni choroby, trwającej dłużej niż okres ustawowy, aż do wyczerpania okresu statutowego. Poza to wyżej (Nr. 3) wspomniany wpływ zasiłku pieniężnego na częstotliwość zachorowań i czas trwania choroby jest niewątpliwie większy

u członków Kas, udzielających statutowego zasiłku, przewyższającego procentowo (w stosunku do płacy ustawowej) ustawowy, niż u członków Kas, udzielających tylko ustawowego zasiłku. Następnie pojęcie choroby nie jest tak proste, jak np. pojęcie śmierci i często jest ono zależne od subiektywnego poglądu lekarza, a na ten pogląd może mieć wpływ wielkość Kasy. Chorobowość może tedy być zależna od wielkości Kasy. Ponadto koszty świadczeń i administracji są zwykle w mniejszych Kasach stosunkowo większe niż w większych Kasach.

Wreszcie wskazane jest, aby także statystyka

zgonów prowadzona była oddzielnie dla każdej grupy Kas, składającej się z Kas, mających ten sam statutowy okres pomocy lekarskiej i zasiłku pieniężnego. Statystyka śmiertelności wśród członków Kas Chorych daje bowiem, jak już wyżej (Nr. 8) wspomniano, tylko obraz śmiertelności w pewnym okresie choroby. Ten okres zaś nie jest jednakowy dla wszystkich Kas, a wynosi 65 (39 + 26) tygodni dla Kas, udzielających tylko ustawowych świadczeń, i 78 (52 + 26) tygodni dla Kas, których statut przewiduje 52 tygodniowy okres pomocy lekarskiej i zasiłku pieniężnego.

## PLAN DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ Z. U. P. U. W 1930 ROKU

Poza ustaleniem zasad ogólnych i wydaniem instrukcji wykonawczej Związek Zakładów, stosownie do swoich statutowych kompetencji, opracował plan działalności leczniczej Zakładów Ubezpieczeń w 1930 roku. Dotychczas poszczególne Zakłady prowadziły akcję leczniczą na odmiennych zasadach i działalność ich nie była skoordynowana.

W myśl uchwały Zarządu Związku ogólna wysokość wydatków na lecniczo dobrowolne wszystkich Zakładów razem ma w r. 1930 wynosić 1.600 tys. zł. Podziału tej kwoty między poszczególne Zakłady dokonał Zarząd Związku, uwzględniając dotychczasowe rozmiary akcji leczniczej Zakładów i ich potrzeby na tem polu. Stosownie do tego podziału na Zakład w Królewskiej Hucie przypada 400 tys. zł., na Zakład we Lwowie — 400 tys. zł., Zakład w Poznaniu — 450 tys. zł. i na Zakład w Warszawie — 350 tys. zł. Stosunkowo niewielka kwota, przypadająca na Zakład warszawski, tłumaczy się tem, że lecniczo stosowane jest przedewszystkiem wobec ubezpieczonych, którzy przebyli 5 - letni okres wyczekiwania, a takich ubezpieczonych Zakład warszawski, istniejący dopiero 2 lata prawie wcale nie posiada, a poza tem koniecznością wytworzenia odpowiedniej praktyki i aparatu wykonawczego.

Dalsze prace Związku nad organizacją lecniczo Zakładów zmierzały do skoncentrowania leczenia ubezpieczonych w mniejszej, niż dotychczas liczbie miejscowości, i do scentralizowania leczenia członków we wspólnych zakładach leczniczych.

Związek w planach swoich objął zgodnie z postanowieniem ustawy wyłącznie leczenie istniejących stanów chorobowych, grożących inwalidztwem, a wyłączył wszelkiego rodzaju akcje wypoczynkowe, wskutek czego dążył do oparcia działalności leczniczej Zakładów na odpowiednich urządzeniach, zapewniających celowość i skuteczność leczenia, a więc na zamkniętych lecznicach, przystosowanych do celów lecniczo prowadzonego przez Zakłady.

Ponieważ Zakład lwowski posiadał w niektórych miejscowościach kuracyjnych i zdrojowych pensjonaty, które częściowo już poprzednio były przeznaczone na akcję profilaktyczną, przeto Związek starał się, aby te pensjonaty zostały przeznaczone wyłącznie dla

leczenia ubezpieczonych i obrócone na zamknięte lecniczo. Tak się też i stało. Począwszy od dnia 1 maja b. r. pensjonaty Zakładu lwowskiego, z wyjątkiem hotelu - pensjonatu „Lwiogród” w Krynicy, a więc w Zakopanem („Warszawianka”, „Konstantynówka”, „Mazowsze”), w Truskawcu („Świtezianka”, „Grażyna”) i w Jaremczu („Lwiogród”) będą przyjmowały jedynie tylko ubezpieczonych, skierowanych tam na leczenie przez poszczególne zakłady. Również posiadany przez Zakład poznański dom wypoczynkowy w Międzychodzie włączony został do planu działalności leczniczej Zakładów.

Wymienione wyżej lecniczo nie mogą jednak zaspokoić, nawet w ramach 1.600 tys. zł., wszystkich potrzeb Zakładów zarówno pod względem wymagań, co do różnorodności miejscowości leczniczych, jak i ze względu na potrzebną do dyspozycji liczbę miejsc. Wobec braku własnych nieruchomości w szeregu miejscowości, w których leczenie pewnych chorób winno być przeprowadzane, musiały Zakłady wynajmować w tych miejscowościach pensjonaty prywatne, odpowiadające ich potrzebom; przyczem wynajęto także pensjonaty, które mogły być w całości przeznaczone dla leczenia ubezpieczonych i w których opieka lekarska może być odpowiednio zorganizowana. Miejscowościami temi są Krynica, Szczawnica i Ciechocinek. W Krynicy i Szczawnicy zorganizowaniem lecniczo zajął się Zakład poznański, a w Ciechocinku — Zakład warszawski.

W szeregu miejscowości, poza wymienionymi, mogą Zakłady korzystać, aczkolwiek już w mniejszych rozmiarach, z urządzeń leczniczych (sanatoriów i innych zakładów), będących w posiadaniu innych instytucyj ubezpieczeń społecznych, lub różnego rodzaju instytucyj publicznych. Należą tu zakłady lecznicze w Inowrocławiu, Obornikach, Chodzieży, Jastrzębiu, Bystrej, Nałęczowie, Miłowodach, Grodzisku.

Warunki korzystania z lecniczo Zakładu lwowskiego, i z innych zakładów leczniczych, zostały uregulowane przez umowy specjalnie w tym celu zawarte.

We wszystkich lecznicach, w których będą umieszczani ubezpieczani, będą chorzy korzystać



z opieki i pomocy lekarskiej, przyczem dla celów opieki nad chorymi w lecznicach, administrowanych przez Z. U. P. U. zostali zaangażowani pośród miejscowych praktyków przychodni lekarze. Do obowiązków tych lekarzy należy badanie i przepisywanie kuracji dla każdego chorego bezpośrednio po przyjeździe do lecznicy, stałe obserwowanie stanu zdrowia chorych, udzielanie chorym pomocy leczniczej oraz wykonywanie drobnych zabiegów, jak np. zastrzyki, wreszcie stałe badanie jakości i ilości pożywienia oraz nadzór nad stanem sanitarnym lecznicy.

We wszystkich lecznicach chorzy obowiązani są przestrzegać postanowień regulaminu lekarskiego, regulującego ich zachowywanie się w lecznicy.

Poszczególne Zakłady Ubezpieczeń posiadają w roku bieżącym (począwszy od dn. 1 maja) w różnych miejscowościach następujące liczby miejsc do swej dyspozycji.

Podział tych miejsc przedstawia się następująco:

I. Zakład U. P. U. w Warszawie:

1) 4.350 dni leczenia w Zakopanem w miesiącach od V do X wł. i w XII.

2) 3.150 dni leczenia z Jaremczu w miesiącach: V — IX wł.

3) 900 dni leczenia w Szczawnicy w miesiącach: V — IX wł.

4) 900 dni leczenia w Krynicy w miesiącach: V — IX wł.

5) 3.390 dni leczenia w Truskawcu w miesiącach: V — IX wł.

6) 660 dni leczenia w Ciechocinku w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

7) 1.800 dni leczenia w Rudce i w Bystrej w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

8) 2.400 dni leczenia w Nałęczowie, Miłogodach, Grodzisku w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

II. Zakład U. P. U. we Lwowie:

1) 5.550 dni leczenia w Zakopanem w miesiącach: V — X wł. i w XII.

2) 5.400 dni leczenia w Jaremczu w miesiącach: V — IX wł.

3) 450 dni leczenia w Szczawnicy w miesiącach: V — IX wł.

4) 3680 dni leczenia w Truskawcu w miesiącach: V — IX wł.

5) 6720 dni leczenia w Krynicy w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

6) 480 dni leczenia w Hołosku w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

III. Zakład U. P. U. w Poznaniu:

1) 4.050 dni leczenia w Zakopanem w miesiącach: V — X wł. i w XII.

2) 1.800 dni leczenia w Szczawnicy w miesiącach: V — IX wł.

3) 1.800 dni leczenia w Krynicy w miesiącach: V — IX wł.

4) 450 dni leczenia w Truskawcu w miesiącach: V — IX wł.

5) 5.760 dni leczenia w Obornikach i Chodzieży w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

6) 9.800 dni leczenia w Międzychodzie w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

7) 2.800 dni leczenia w Inowrocławiu w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

IV. Zakład U. P. U. w Królewskiej Hucie:

1) 4.200 dni leczenia w Zakopanem w miesiącach: V — X wł. i XII.

2) 1.350 dni leczenia w Szczawnicy w miesiącach: V — IX wł.

3) 3.450 dni leczenia w Truskawcu w miesiącach: V — IX wł.

4) 2.160 dni leczenia w Krynicy w miesiącach: V — IX wł.

5) 1.650 dni leczenia w Jastrzębiu w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

6) 6.000 dni leczenia w Bystrej, Obornikach, Chodzieży w różnych miesiącach stosownie do zapotrzebowania.

Jeżeli teoretycznie przypuścimy, że każdy chory będzie przebywał w lecznicy po dni 30, to okaże się iż Zakład warszawski będzie mógł leczyć w roku bieżącym około — 585 ubezpieczonych, Zakład lwowski — 740, Zakład poznański — 882, Zakład w Królewskiej Hucie — 627 czyli wszystkie Zakłady razem — 2.834. W rzeczywistości będą Zakłady leczyły mniej ubezpieczonych gdyż pewna część chorych będzie korzystała z pomocy leczniczej przez dłuższe okresy czasu aniżeli jeden miesiąc.

Podział dni leczenia według grup chorobowych w poszczególnych Zakładach przedstawia się w sposób następujący:

I. Zakład U. P. U. w Warszawie:

1) leczenie klimat. (dróg oddechowych)	58.1%
2) leczenie solankowe	23.1%
3) leczenie szczawami alkalicznymi i kwaso - węglowemi	5.1%
4) leczenie psychonerwic i uzdrowieńców	13.7%
	<hr/>
	100.0

I. Zakład U. P. U. we Lwowie:

1) leczenie klimatyczne (dróg oddechowych)	53.3%
2) leczenie solankowe	16.5%
3) leczenie szczawami alkalicznymi i kwaso - węglowemi	30.2%
	<hr/>
	100.0

III. Zakład U. P. U. w Poznaniu:

1) leczenie klimatyczne (dróg oddechowych)	43.9%
2) leczenie solankowe	12.3%
3) leczenie szczawami alkalicznymi i kwaso - węglowemi	6.8%
4) leczenie psychonerwic i uzdrowieńców	37.0%
	<hr/>
	100.0

IV. Zakład U. P. U. w Królewskiej Hucie:

1) leczenie klimatyczne (dróg oddechowych)	61.4%
2) leczenie solankami	27.1%
3) leczenie szczawami alkalicznymi i kwaso - węglowemi	11.5%
	<hr/>
	100.0

Należy wyjaśnić że przy podziale na różne rodzaje leczenia, uwzględniono iż:

1) leczenie klimatyczne odbywać się będzie w Zakopanem, Jaremczu, Szczawnicy, Rudce, Bystrej, Hołosku, Obornikach, Chodzieży,

2) leczenie solankami — w Truskawcu, Ciechoćniku, Inowrocławiu, Jastrzębiu,

3) leczenie szczawami alkalicznymi i kwasowęglowymi — w Krynicy,

4) leczenie psycho-nerwic i uzdrowieńców—w Nałęczowie, Miłowodach, Grodzisku, Międzychodzie.

Podany wyżej stosunkowy podział dni leczenia na grupy chorobowe, wykazuje znaczne różnice w poszczególnych Zakładach. Wynika to z tego powodu,

że przy układaniu planu organizacji lecznictwa nie można było opierać na istotnych potrzebach leczniczych ubezpieczonych pracowników umysłowych, gdyż potrzeb tych nie można było dotychczas stwierdzić wobec kompletnego braku odpowiednich danych statystycznych; przy układaniu więc planu lecznictwa kierowano się dotychczasowym doświadczeniem Zakładów na tem polu. Praktyka jednak Zakładów, jeszcze niezbyt długa i przytem oparta na różnych zasadach, nie mogła dać rzeczywistego obrazu stanu zdrowotności ubezpieczonych, a w szczególności nie mogła wykazać, jakie stany chorobowe są najczęstszą przyczyną powstawania niezdolności do wykonywania zawodu.

ADAM ANTONI KRYNSKI.

## UWAGI O TERMINOLOGII UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH<sup>\*)</sup>

Artykuł p. n. „Ustalenie terminologii w ubezpieczeniach społecznych” w Nr. 2-im „Przeglądu” porusza sprawę ujednostajnienia mianownictwa (terminologii) ubezpieczeń społecznych. Sprawa ta ważna wobec niejednostajnych i niezgodnych z sobą nazw, używanych dziś do wyrażenia tych samych pojęć, stosownie do tego, z której z trzech b. dzielnic Polski, czyli z którego z różnych źródeł ustawy ubezpieczeniowej pochodzą. Potrzeba załatwienia tej sprawy przedstawiona jest jasno i uzasadniona dowodami, które dają pojęcie o panującym w tej dziedzinie chaosie wśród wyrazów i wyrażen, często niewłaściwych, a nieraz wprost w języku niemożliwych.

Całości terminologii dzisiejszej nie znam. Przytoczone jednak przez p. Z. Z. przykłady nazw różnorodnych pozwalają czytelnikowi utworzyć przybliżone pojęcie o wadach i niedokładnościach tego mianownictwa. Wymaga ono bezwarunkowo poprawy, t. j. usunięcia nazw nieodpowiednich i zastąpienia ich wyrazami i wyrażeniami właściwymi i prawidłowymi. Pracę taką wykonać może, jak słusznie mówi p. Z. Z. odpowiednia komisja, podobnie jak to odbywa się w innych gronach specjalistów, np. w Komisji językowej w ministerjum komunikacji, w komisji ministerjum rolnictwa w departamencie leśnictwa, od lat paru w Komisji słownictwa morskiego przy lidze morskiej, w komisji słownictwa technicznego w Akademii nauk technicznych w Warszawie, oraz w innych komitetach.

Zarzut, jaki przewiduje p. Z. z czyjejkolwiek strony, że terminologia to sprawa „drugorzędna i mało istotna” nie powinien być uważany za głos poważny, ani nawet rozsądny. Zarzut podobny pochodzić może ze strony niezdolnej ocenić należycie znaczenia języka w rozwoju życia narodu i nieświadomej tego szacunku, jakim każdy naród kulturalny swój język otacza i stara się zachować jego poprawność, a tym samym od wszelkich zбочeń i usterek zabezpieczyć.

<sup>\*)</sup> Na naszą prośbę zabiera głos w sprawie terminologii ubezpieczeń społecznych prof. Kryński, jeden z najznakomitszych naszych lingwistów. Red.

Dążność światłego społeczeństwa polskiego do utrzymania poprawności języka ojczystego skłania też do zaprowadzenia koniecznej poprawy w słownictwie zawodowym w różnych dziedzinach wiedzy technicznej i naukowej, w tej liczbie i w dziedzinie Ubezpieczeń społecznych.

Z przytoczonych przez p. Z. zestawień różnorodnych terminów już możnaby dokonać wyboru niektórych, zasługujących na ogólne przyjęcie i utrwalenie ich w języku, a usunięcie zupełne innych, nieodpowiednich pod jakimkolwiek względem. Tak np. zarówno „ubezpieczenie” jak i „ubezpieczenie społeczne” są wyrażeniami równouprawnionymi i używanymi odpowiednio w miarę potrzeby.

Tak samo w pewnych razach jest „ubezpieczenie od (czego)”, w innych ubezpieczenie **przeciw** (czemu), w innych znowu ubez. **na** (co), lub **na wypadek** (czego). Zwykle jest np. wyrażenie: ubezpieczenie **na wypadek** choroby („ubezpieczenie chorobowe” jest niewłaściwe i niepotrzebne wobec od dawna utartego: na wypadek choroby).

W wyrażeniu zwykłym „ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków przy pracy” określenie „nieszczęśliwych” nie jest zbyteczne. Wprawdzie przy tej nazwie „od wypadków” nie trudno domyślić się, że tu mowa nie o jakimkolwiek wypadku, ale tylko o nieszczęśliwym zdarzeniu przy pracy; sądzę jednak, że dla dokładności pozostawić należy całkowite, od dawna używane wyrażenie: „ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków”.

Zastąpienie zaś wyrazu „od wypadków” przymiotnikiem **wypadkowe** byłoby ciemne, niezrozumiałe, tym samym — niepotrzebne.

Natomiast może zostać „ubezpieczenie **inwalidzkie**”, jako nazwa, dotycząca głównie **inwalidów** (zwykle żołnierzy - kalek); albo też: „ubezpiecz. **na wypadek inwalidztwa**”. Mniej zaś właściwe, a nawet niepotrzebne są określenia: „ubez. **inwalidowe**”, jako też: „ubez. **od inwalidztwa**”.

Obok tego istnieje nazwa o znaczeniu ogólnym: „ubezpieczenie **na wypadek niezdolności do pracy**”.



Za właściwe i poprawne uznać należy wyrażenie: „ubezpieczenie na starość”; nieodpowiednie zaś: ubezpieczenie na wypadek starości (starość nie jest wypadkiem).

Należy też utrzymać nieco przydługie wyrażenie: „ubezpieczenie członków rodziny w razie śmierci żywiciela”.

Dobre są terminy: „ubezpieczenia brackie, górnicze, gwareckie”; ale niemożliwe i konieczne do usunięcia: „ubezp. knapszaftowe”(1); ma ono znaczyć ubezpiecz. na ciężkie czasy. Tak samo nie może być miejsca w języku polskim na „towarzystwo knapszaftowe”.

Nazwa „zakład ubezpieczeń społecznych” jest zupełnie poprawna i odpowiednia; dopełniacz w niej „ubezpieczeń” użyty właściwie. Zbyteczne jest wprowadzenie do tej nazwy określenia przymiotnikowego ubezpieczeniowy, jak również nowotworu chybionego w postaci: „ubezpieczalnia”.

Zwykły jest w użyciu wyraz *rentjer* na oznaczenie osoby pobierającej jakąkolwiek rentę. Wobec tego inne nazwy: *rencista*, *rentobiorca* i t. d. są zbędne.

Uarty jest oddawna wyraz *składka*, jako datę składany w pewnym celu bądź dobrowolnie, bądź obowiązkowo; np. składka dla biednych, składka miesięczna, składka członkowska i t. p. *Wkładka*, wyraz również prawidłowy, w ostatnich latach używany przeważnie jako nazwa opłaty w sumie określonej, wnoszonej obowiązkowo co pewien okres

czasu. „Wkładka ubezpieczeniowa” byłby terminem właściwym.

Wyrażenia: „opłata uznawcza” i „opłata za uznanie” są niezrozumiałe; wyraz „uznaniówka” równie ciemny, przytem niemożliwy.

Nazwy: *renta starości*, lub *renta na starość* lepsze są niż „renta starcza”.

Zamiast „kontynuowanie ubezpieczenia” lub „ubezpieczania się nadal”, właściwsze jest i jaśniejsze wyrażenie: „dalsze ubezpieczenie”.

Płaca *podstawowa* ma znaczyć płacę *zasadniczą*. Wyrażenie „płaca ustawowa” jest nie dość jasne, nasywa wątpliwości.

Przez „zasiłek sierocy” rozumie się pomoc, czy zapomogę *jednorazową*; a „renta sieroca” oznacza *dochód stały*.

Zrozumiałe jest wyrażenie: „ubezpieczenie dobrowolne”, lub dowolne, nieobowiązkowe; wyraz zaś „*fakultatywny*” — ciemny barbaryzm — zasługuje na stanowcze usunięcie.

„Renta ubezpieczeniowa” lub „renta ubezpieczeń społecznych” wystarcza; zbyteczna jest nazwa „renta socjalna”.

Znaczenie nazwy „zasiłek pogrzebowy” jest jasne; sam zaś wyraz „pogrzebowy” (bez rzeczownika *zasiłek*) byłby tu mniej odpowiedni z powodu swego znaczenia bardziej ogólnego.

Wyrażenia: „okresy zastępcze”, „okresy, które zastępują opłatę wkładek” i „okresy upodobnione”, wszystkie trzy są zupełnie niezrozumiałe; wymagają określeń jaśniejszych, dla ogółu przystępniejszych.

Dr. T. P.

## UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW W SZWAJCARJI W OKRESIE 1923 — 1927

Przymusowe ubezpieczenie robotników od nieszczęśliwych wypadków istnieje w Szwajcarji w myśl ustawy związkowej (*loi fédérale*) z 13 czerwca 1911 r. Przed wejściem w życie tej ustawy pracodawcy wypłacali odszkodowania robotnikom z tytułu nieszczęśliwych wypadków, w myśl ustawy o odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorców.

Ustawa z dn. 13 kwietnia 1911 r. reguluje zarówno ubezpieczenie na wypadek choroby, jak i ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków. Połączenie (kodyfikacyjne) tych dwóch rodzajów ubezpieczeń w jedną ustawę spowodowane zostało jedynie względami natury politycznej; w żadnym razie nie należy sądzić, że te dwa rodzaje ubezpieczeń zostały organicznie ze sobą związane. Wręcz przeciwnie. Ubezpieczenie na wypadek choroby pozostało, jak poprzednio, *dobrowolnem*; wprowadzono jedynie upoważnienie dla poszczególnych kantonów wprowadzenia obowiązku ubezpieczenia na terenie całego kantonu lub poszczególnych gmin. Kasom Chorych, które odpowiadać będą ustalonym przez rząd związkowy (*conseil fédéral*) warunkom, mają być wypłacane zasiłki państwowe, tak iż tę część ustawy, która dotyczy ubezpieczenia na wypa-

dek choroby uważać można jako „ustawę o subwencjach”. Na zupełnie zaś innych podstawach uregulowane zostało ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków. Ubezpieczenie to zostało wprowadzone jako *ubezpieczenie przymusowe*; w stosunku do osobowego zakresu działania, zbliżało się ono bardzo do poprzednio obowiązującej odpowiedzialności cywilnej, z tą jednakże charakterystyczną inowacją, że wprowadzone ubezpieczenie dotyczy nie tylko nieszczęśliwych wypadków przy pracy, lecz i wszelkich innych wypadków, jakim ubezpieczeni mogą ulec, nawet w swem życiu prywatnem. Jednym z ważniejszych motywów rozciągnięcia przymusowego ubezpieczenia na wypadki poza pracą był wzgląd uniknięcia procesów, przy ustaleniu prawa do odszkodowania. Klasyfikacja wypadków na wypadki przy pracy i wypadki poza pracą ma obecnie znaczenie jedynie wewnętrznego dla zakładu ubezpieczeń, a to ze względu na przewidzianą w ustawie odrębną rachunkowość tych dwóch działów z odrębną składką za każde z tych ubezpieczeń. Składkę bowiem za wypadki przy pracy płaci wyłącznie przedsiębiorca (pracodawca), za wypadki zaś poza pracą — ubezpieczony pracownik wraz z subwencją państwową.

Następujące świadczenia przewidziane są w ustawie:

- a) pomoc lekarska i zasiłki podczas leczenia,
- b) renty inwalidzkie,
- c) renty dla pozostałej rodziny.

Zasiłki podczas leczenia, należne od trzeciego dnia po wypadku, wynoszą 80 proc. zarobku, przyczem nadwyżki zarobków dziennych ponad franków 14 — nie bierze się w rachubę.

Jeżeli po dalszej kuracji uszkodzowanego nie można się spodziewać wydatnej poprawy zdrowia, a wypadek pociąga za sobą przypuszczalnie trwałą niezdolność do pracy, to przysługuje uszkodzowanemu — zamiast zasiłków — prawo do renty inwalidzkiej, która — przy całkowitej niezdolności do pracy — wynosi 70 proc. zarobku (w razie bezradności — 100 proc.); nadwyżki zarobków rocznych ponad fr. 4.000 nie są brane w rachubę. Przyznane renty podlegają rewizji i mogą ulec zwiększeniu lub też zmniejszeniu względnie cofnięciu, jeżeli zdolność do pracy się zwiększyła lub zmniejszyła. Rewizja renty może nastąpić w każdej chwili, o ile od jej przyznania nie upłynęło jeszcze trzech lat, po upływie zaś tego czasu 2 razy w odstępach trzyletnich: po 6-ciu i 9-ciu latach. Bardzo charakterystycznym postanowieniem ustawy jest przepis art. 82, który przewiduje wypłatę jednorazowej odprawy (zamiast renty) w wypadku, jeżeli z dalszego kontynuowania leczenia nie należy oczekiwać wydatnej poprawy zdrowia uszkodzowanego, a istnieje uzasadnione przypuszczenie, że w razie uregulowania jego pretensyj ubezpieczeniowych i podjęcia pracy, zdolność zarobkowa będzie przywrócona. Wysokość tej odprawy oblicza się jako kapitałową wartość najwyższej trzyletniej renty przy uwzględnieniu stopnia niezdolności do pracy. Postanowienie to ma na widoku walkę z psychicznymi skutkami — nie tyle samego wypadku ile ubezpieczenia; czyli walkę z t. zw. psychozą rentową, lub ściślej — psychozą ubezpieczeniową.

Ubezpieczenie przymusowe przeprowadza specjalnie powołany do tego celu zakład publiczno-prawny w Lucernie.

Zasady systemu finansowego ustalone zostały w samej ustawie, przez postanowienie art. 48-go, który przewiduje system „kapitałowego pokrycia rent”. Co do zasad budowy taryfy premij za ubezpieczenie, to i te ustalone zostały w ustawie (art. 192); przyjęta została zasada, że premia za ubezpieczenie od wypadków zawodowych jak również i niezawodowych odpowiadać musi „ryzyku” wypadku. Przyczem przy wypadkach zawodowych bierze się pod uwagę ryzyko wypadku w poszczególnym przedsiębiorstwie lub jego części; w stosunku zaś do ubezpieczenia od „wypadków niezawodowych — „ryzyko” poszczególnego ubezpieczonego; jako charakterystykę tego ostatniego ryzyka zakład uważa m. i.: płeć, zajęcia uboczne, długość i rodzaj zatrudnienia (przerywane czy nieprzerywane) w zajęciu głównym itp.

Szwajcarska taryfa stosowana w ubezpieczeniach od wypadków przy pracy posiada — ze względu na powyższe wymogi ustawy — kilka tysięcy pozycji wzgl. stopni taryfowych, jest to największa, zdaje się, liczba pozycji ze wszystkich istniejących taryf ubezpieczeń przymusowych; swą objętością i drobiazgo-

wością taryfa ta przekracza zresztą taryfy indywidualnego ubezpieczenia towarzystw prywatnych.

Przygotowania do wprowadzenia w życie ustawy z 13 kwietnia 1911 trwały kilka lat, tak iż przymus ubezpieczenia rozpoczął się dopiero 1 kwietnia 1918 r.

Zarówno ustawa, jak i władze zakładu kładą wielki nacisk na należyte zaszeregowanie przedsiębiorstw, odpowiednio do ponoszonego ryzyka. Dlatego też materiały statystyczne zbierane przez Zakład są starannie opracowywane i to nie tylko z racji „zamiłowania do statystyki”, lecz dla wyciągnięcia z nich należytych wniosków.

Jako okres obserwacyjny uważany jest okres pięcioletni. Pierwszym takim okresem były lata 1918 — 1922, następnym zaś lata 1923 — 1927. Wyniki statystyki wypadkowej z tego drugiego okresu leżą właśnie przed nami i pragniemy podzielić się tutaj z czytelnikami niektórymi interesującymi rezultatami; zwłaszcza, że rezultaty te mają znaczenie nietylko lokalno-szwajcarskie, lecz i bardziej ogólne.

Dane okresu 1923/27 nadają się znacznie lepiej do badań naukowych, aniżeli dane okresu poprzedniego, nietylko ze względu na to, że okres 1918/22 był pierwszym okresem działalności Zakładu, ze wszystkimi stąd wynikającymi skutkami, ale również ze względu na to, że okres 1923/27 charakteryzuje się znacznie większą stabilizacją stosunków gospodarczych, aniżeli okres poprzedni. Ciekawe są przytem dane porównawcze tych dwóch okresów. Należy jednak podkreślić, że wyniki statystyczne nawet tych dwóch okresów łącznie nie dają jeszcze odpowiedzi na szereg zagadnień, m. in. na sprawę wysokości kapitałowego pokrycia rent.

Jako „miarę ryzyka” przyjmuje statystyka szwajcarska, według wzorów skandynawskich nie tylko „częstotliwość” wypadku, lecz i jego skutki, t. j. liczbę utraconych dni pracy; ta „roczna miara ryzyka” jest definiowana matematycznie przez następujący wzór:

$$K = \frac{1}{N} (S + 75 I + 7500 T)$$

gdzie N oznacza ilość t. zw. „robotników normalnych” (zatrudnionych przez 300 dni), S — ilość straconych dni pracy przy przejściowej niezdolności do pracy, I — sumę procentów inwalidności wszystkich wypadków i T — ilość wypadków śmierci. Co do współczynników 75 i 7500 to przejęte one zostały ze wzorów skandynawskich, bez skontrolowania, czy nadają się one dla obserwacji szwajcarskich; raport wspomina jedynie, że współczynnik 75 jest zapewne za wysoki.

Čzęstotliwość t. j. względna (w stosunku do ilości „robotników normalnych”) ilość wypadków wahała się w okresie 1923/27 od 14,4 proc. do 15,5 proc., o ile idzie o wypadki zawodowe i od 3,9 proc. do 4,6 proc. dla wypadków niezawodowych.

Ilość utraconych dni pracy na jednego „robotnika normalnego” czyli wyżej określona „miara ryzyka” wahała się od 14,3 do 15,6 — dla wypadków zawodowych, wzgl. od 5,0 do 6,0 — dla wypadków niezawodowych; przeciętnie w tym okresie ilość straconych dni pracy wskutek wypadku zawodowego wynosiła 15,2 na jednego „robotnika normalnego”;

wskutek zaś wypadku niezawodowego 5,5 dnia. Rozkładając te liczby na poszczególne składniki, widzimy, że przejściowa niezdolność do pracy powoduje utratę 2,7 dnia pracy (przy wypadkach zawodowych) wzgl. 0,8 dnia (przy wyp. niezawodowych); inwalidów 8,7 wzgl. 2,5, a śmierć 3,8 wzgl. 2,2.

Na wielkość „miary ryzyka“ wpływają czynniki dwojakiego rodzaju, które można nazwać czynnikami obiektywnymi i subiektywnymi. Te pierwsze zależne są od rodzaju produkcji itp., drugie zaś od osobistych cech ubezpieczonych robotników. Statystyka szwajcarska stara się ująć te różne czynniki i dochodzi do ciekawych rezultatów. Przedewszystkiem stwierdzono, że częstotliwość wypadków jest prawie niezależna od wieku; jeżeli stwierdzono, że wśród młodszych robotników częstotliwość ta jest nieco większa, to należy ją raczej przypisać stosunkowo większej ilości niewykształconych robotników; stopień bowiem wykszolenia ma bardzo znaczny wpływ na częstotliwość wypadków. I tak np. w przemyśle metalowym stwierdzono, że częstotliwość ta dla terminatorów wynosi 0,29 a dla robotników 0,16. Również i przyzwyczajenie wzgl. przystosowanie się do danego środowiska odgrywa doniosłą rolę; tak np. stwierdzono, że 14 proc. wszystkich wypadków dotyczy robotników zatrudnionych w danym przedsiębiorstwie krócej niż 1 miesiąc, a 46 proc. dotyczy robotników zatrudnionych krócej niż rok. Przy względnej długotrwałości stosunków roboczych w Szwajcarii, są to liczby bardzo charakterystyczne. Z drugiej strony stwierdzono, że z wiekiem wzrasta prawdopodobieństwo wypadku, pociągającego inwalidztwo lub śmierć, oraz że z wiekiem wzrasta także przeciętna długość przejściowej niezdolności do pracy. Do tej samej grupy czynników raport zalicza niebadałość wzgl. nieostrożność oraz „predyspozycję“ do wypadków. W sprawie predyspozycji statystyka szwajcarska dochodzi do wniosku, że wśród osób uległych wypadkowi w jednym roku prawdopodobieństwo stania się ofiarą wypadku w następnym roku, jest o połowę większe, niż dla ogółu ubezpieczonych.

Bardzo interesujące są dane dotyczące trwania stanu „przejściowej niezdolności“ do pracy, czyli rekonwalescencji po wypadku. Z danych tych wynika, że wypadki niezawodowe są naogół cięższe, gdyż stan niezdolności trwa dłużej. Podajemy poniżej tabliczkę, która uwidacznia ilu poszkodowanych (na 1000) pozostaje jeszcze w leczeniu po upływie „t“ tygodni.

t	Wypadki	
	zawodowe	niezawodowe
$\frac{3}{7}$ tygodnia	1000	1000
1 tydzień	866	886
2 tygodnie	514	538
3 „	295	324
4 „	176	201
5 „	116	135
6 „	81	98
9 „	38	47
12 „	22	28
15 „	14	17
18 „	10	12
26 „	5	5

Z danych tych ułożyć można bardzo ciekawą tabliczkę wskazującą przypuszczalne dalsze trwanie leczenia, jeżeli od dnia wypadku upłynęło „t“ tygodni. Jest to następująca tablica:

t	Wypadki	
	zawodowe	niezawodowe
$\frac{3}{7}$ tyg.	2,59 tyg.	2,80 tyg.
1	2,38	2,55
2	2,67	2,88
3	3,28	3,45
4	4,16	4,25
5	5,05	5,09
6	6,01	5,82
9	8,44	7,81
13	11,22	9,65
26	18,67	16,74

Mówiąc o długości stanu leczenia warto wspomnieć o zaobserwowanej w Szwajcarii jak zresztą i w innych krajach, tendencji podejmowania ponownie (po wypadku) pracy w *poniedziałki*; „tendencja“ ta pociągnęła za sobą wzrost wydatków prawie o 1 milion franków rocznie.

Dotychczasowe obserwacje Zakładu co do „porządku wygasania“ rent inwalidzkich wskazują na duże wahania w tej dziedzinie. Pochodzi to stąd, że przeważającą (i to w bardzo znacznym stopniu) przyczyną wygasania rent w pierwszym dziesięcioletnim okresie (po wypadku, wzgl. przyznaniu rent) jest rewizja renty, czyli reaktywowanie. Te znów zależne są przedewszystkiem od stosowanych metod przyznawania rent, od praktyki sądowej itp. Z tego też względu dane co do wygasania rent, zwłaszcza w tym okresie kiedy wpływ wymieralności jest znikomy, są specyficzne nietyle dla danego narodu, ile dla danego zakładu, wzgl. ustawodawstwa. Dlatego też zastosowane przy początku działalności Zakładu Szwajcarskiego doświadczenia austriackie (w braku lepszych) okazały się nieodpowiednie. Interesujące są rezultaty badań wymieralności inwalidów. Porównując tę wymieralność z tablicą wymieralności szwajcarskiej ludności męskiej 1920/21, widzimy że — w pierwszych dziesięciu latach od chwili wypadku wzgl. przyznania renty — śmiertelność inwalidów jest *mniejsza*, aniżeli śmiertelność ogółu ludności; wynika to z tego, że wymieralność inwalidów t. zw. „wypadkowych“ w pierwszym okresie po wypadku wzgl. przyznaniu renty jest bardzo mała; zjawisko wręcz odmierne, od obserwowanego przy t. zw. niezdolności do pracy wskutek choroby, lub wypadku sił.

Z tego rodzaju rozważań wyciąga sprawozdanie bardzo słuszny wniosek, że kapitalizacja rent wypadkowych nie jest zagadnieniem łatwym i że każdy zakład ubezpieczeń dobrze uczyni, jeżeli będzie w tym względzie bardzo ostrożny, i — w miarę możliwości — opierać się będzie na własnych obserwacjach i doświadczeniach.

Ciekawe są dane zamieszczone w sprawozdaniu, a dotyczące finansowych skutków akcji zmierzającej do zapobiegania wypadkowi. I tak np. stosowanie okularów ochronnych zmniejszyło ilość wypadków nieszczęśliwych (w dziedzinie oczu) przy pewnych pracach w okresie 1920 — 1927 z 2 proc. do 0,33 proc. i t. d.



Niezmiernie ciekawe są uwagi sprawozdania co do ujemnych zjawisk spowodowanych przez ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków; przytoczeniem tych zjawisk nie ma zamiaru sprawozdanie zwalczać ubezpieczeń społecznych. Przez ujawnienie i przestudjowanie tych skutków szuka się dróg do ich zwalczania. Przedewszystkiem zwraca sprawozdanie uwagę na pewną „zniewieściałość“ woli do pracy i w znoszeniu bólu. Poza tem „wykorzystywanie“ ubezpieczenia sięgające od często podświadomego „przeczulenia“ do rozmyślnych czynów przestępczych. Sprawozdanie bada wpływ ubezpieczeń dodatkowych na przeciąganie okresu choroby i rekonwalescencji i dochodzi do wniosku, że — dozwolone przez prawo — ubezpieczenia dodatkowe zwiększają obciążenie, wynikające z zasiłków podczas leczenia o 15 proc. do 20 proc.; dlatego też przy istnieniu tych ubezpieczeń dodatkowych stopa składki podlega odpowiedniemu podwyższeniu. Tą zależność częstotliwości i trwania choroby od wysokości świadczeń należy mieć na względzie przy kalkulacji składek w razie wprowadzenia zmian w naszych istniejących ustawach.

Sprawozdanie kończy się bardzo ciekawą, specjalnie dla nas — analizą matematyczną w dobie rozważań nad projektami o nowelizacji ubezpieczenia wypadkowego, — która przeprowadza porównanie pomiędzy składką według systemu kapitałowego pokrycia rent oraz obciążeniem według repartycji. Z analizy tej wynika, że obciążenie przy systemie repartycji wynosiłoby:

w roku 1927	—	13,8 ‰	zarobków
„ 1935	—	17,8 „	„
„ 1940	—	19,6 „	„
„ 1945	—	21,0 „	„
„ 1950	—	22,2 „	„
„ 1955	—	23,1 „	„
„ 1960	—	23,8 „	„
„ 1970	—	24,7 „	„
w chwili t. zw. „nasylenia“		25,0 „	„

Składka — netto zaś, według stosowanej, zgodnie z zasadami kapitałowego pokrycia — wynosi około 25 promil; nagromadzone rezerwy pozwalają na obniżenie dodatkowe taryf poniżej norm technicznie wymagalnych.

Z innej znów analizy matematycznej wynika, że w „chwili nasylenia“ kapitałowe pokrycie rent Zakładu wynosić będzie — w dziale wypadków zawodowych — około 330 milionów franków przy robociznie rocznie 1,9 miljarda. Z kwoty 330 milionów Zakład osiągnie dochód w wysokości 4 proc. rocznie (stopa techniczna), t. j. 13,2 miliona, czyli około 7 ‰ robocizny, — kwotę, która uzupełnia stałą składkę (18 promil) do wydatków w chwili nasylenia (25 ‰).

W szkicu niniejszym musieliśmy się ograniczyć do uwag i rozważań, które nam się wydawały najważniejszymi. Sprawozdanie to zasługuje wszakże na dokładne przestudjowanie, gdyż jest w wielu punktach bardzo i dla nas pouczające.

Dr. BRUNON NOWAKOWSKI.

## OŁOWICA WŚRÓD DRUKARZY A UBEZPIECZ. SPOŁECZNE

Choroby zawodowe od dawna budzą żywe zainteresowanie zarówno w sferach naukowych, jak wśród działaczy społecznych. Zagranicą istnieją poważne organizacje narodowe i międzynarodowe, poświęcone badaniom tego zagadnienia. U nas poświęca się im zbyt mało, — może nie słów, — ale poważnych obiektywnych badań, bez których akcja ochronna nie może się należycie rozwijać. Nawet świadomość istoty chorób zawodowych nie jest jeszcze u nas powszechna. Znam świadectwo lekarskie, w którym powiedziano, że praca nikomu zaszkodzić nie może. Więc negacja nawet możliwości chorób zawodowych. Na drugim krańcu mamy oficjalną statystykę naszych ubezpieczeń społecznych, która zna choroby zawodowe u osób niezatrudnionych. W III. roczniku ubezpieczeń społecznych za r. 1927, strona 125 czytamy, że prawie tyle było przypadków chorób zawodowych wśród członków rodzin, co wśród ubezpieczonych! Mamy ich 309 u pierwszych, a 461 wśród drugich. Podawanie ogólnej liczby „chorób zawodowych“ może tylko czytelnika wprowadzić w błąd, a nie posiada żadnej wartości. Nie stanowią one grupy obiektywnie określonej. Najlepszym tego dowodem, że w Polsce mamy aż trzy różne listy chorób zawodowych. Dwie takie listy znajdujemy w rozporządzeniu wykonaw-

czem do dekretu o zapobieganiu chorobom zawodowym, a trzecią w projekcie scalenia ubezpieczeń społecznych. Nie można również przeciwstawić chorób zawodowych np. chorobom nerwowym czy chorobom innego układu, jak to uczynione w tem zestawieniu, gdyż są to wartości najzupełniej różne, nie nadające się do porównania.

Nie wiemy też dotąd zupełnie, w jakim stopniu poszczególne zawody narażone są na choroby zawodowe. Może w przyszłości posiadziemy statystykę zgłoszonych przypadków chorób zawodowych, na razie nie mamy jej, choć już od r. 1920 obowiązuje zgłoszenie pięciu zatruć zawodowych, w tem zatruć tak rozpowszechnionego, jak ołowica. Poprawa istotna nastąpi prawdopodobnie dopiero z chwilą wprowadzenia ubezpieczenia od chorób zawodowych, wtedy więc, gdy sam poszkodowany będzie miał interes w zgłoszeniu swej choroby. Niestety tą drogą dowiemy się tylko o małej grupie chorób, narazie o zatruciu ołowiem i rtęcią oraz o węgliku, przytem tylko o przypadkach cięższych, powodujących dłuższy okres niezdolności do pracy. Tymczasem dla nakreślenia racjonalnego programu zapobiegawczego potrzebny jest możliwie pełny obraz natężenia poszczególnych chorób zawodowych.

Z tych to względów oddział higieny pracy Państwowej Szkoły Higieny zapoczątkował badania masowe poszczególnych grup zawodowych na razie pod względem ołowicy. Rozpoczęto od drukarzy warszawskich. Szczegółowe wyniki ogłoszone zostały w prasie lekarskiej\*). Tutaj wystarczy scharakteryzować wyniki ogólne.

Badano drukarzy „zdrowych”, a raczej ściślej, subiektywnie zdolnych do pracy. Odbywało się to w związkach zawodowych na zasadzie dobrowolnego zgłoszenia się. Chodziło o rozproszenie wszelkich możliwych podejrzeń co do celu badania, by uzyskać możliwie wielkie liczby, konieczne dla zorientowania się w stanie zdrowotnym całej grupy zawodowej. Metodyka badania była znormalizowana w oparciu w bogate w tej mierze doświadczenie zagranicy. Dla oceny miarodajne były objawy obiektywne. Ogółem poddało się badaniu 427 drukarzy, pochodzących z 87 zakładów, od największych do najmniejszych. W tej liczbie mieści się 81 bezrobotnych, których większość była jednak czasowo zatrudniona, zastępując kolegów urlopowanych lub chorych. Według poszczególnych zajęć zbadano 246 składaczy ręcznych, 72 maszynowych, 20 odlewaczy, 72 maszynistów i 17 nakładaczek (czy). Kobiet zbadano ogółem 12. Grupa zbadanych reprezentuje 27.4% stowarzyszonych odnośnych podgrup zawodowych. W stosunku do ogółu drukarzy warszawskich, stowarzyszonych i niestowarzyszonych zbadano w przybliżeniu piątą część.

U 207 osób nie stwierdzono żadnego obiektywnego objawu działania ołowiu, u reszty, to znaczy w 36.8%, znaleziono objawy podejrzane względnie świadczące wyraźnie o tym działaniu. Ołowica nie tylko że naogół przebiega dość powoli, ale ma charakterystyczny okres poprzedzający wystąpienie objawów alarmujących chorego i stosunkowo łatwych do zidentyfikowania przez lekarza, jak np. kolka. Przebieg ten zależy i od dawki ołowiu i od wrażliwości osobniczej. Przy małych dawkach i niedużej wrażliwości w przebiegu zatrucia może zabraknąć wogóle epizodów podostrych. Z czasem dopiero zjawiają się zmiany degeneratywne różnych narządów, zmiany późne, trudne do rozpoznania jako skutek zatrucia zawodowego. W drukarstwie raczej takich późnych zmian należy oczekiwać. Okazało się bowiem, że, jakkolwiek u 157 osób znalazły się zmiany podejrzane albo świadczące o działaniu ołowiu, tylko u 7, czyli w 1.6% objawy te wskazywały na kolkę lub podobne zmiany chorobowe. Zgodnie z tem tylko u 12 osób uzyskaliśmy opisy przebytych chorób, które za kolkę poczytywane być mogą, — stanowi to 2.8% badanych.

Ta możliwość przebiegania zatrucia ołowiem przez czas dłuższy, poniżej progu świadomości spowodowała specjalną klasyfikację tego okresu. Dzielimy go na dwa stopnie: wchłaniania ołowiu i zadziałania ołowiu. W pierwszym przypadku mamy jedynie pewność co do tego, że ołów krążył w krwi, — a wiemy, że właśnie ten ołów krążący jest szkodliwy — jednak tych szkód jeszcze uchwycić dokładnie nie możemy. W drugim przypadku już pewne szkody zostały stwier-

dzone, choć chory może o tem jeszcze nie wiedzieć. Podział wyników badania według tych dwóch stopni zawarty jest w załączonej tablicy.

### STOPIEŃ ODDZIAŁYWANIA OŁOWIU U DRUKARZY.

ZAJĘCIE	Wolni od działania ołowiu i wątpliwi		Conajmniej w okresie wchłaniania ołowiu		Conajmniej w okresie zadziałania ołowiu	
	liczby		liczby		liczby	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Składacze ręczni, maszynowi i odlewacze	247	73.1	69	20.4	22	6.5
Maszyniści i nakładaczki . . . . .	71	79.8	13	14.6	5	5.6
Ogółem . . . . .	318	74.4	82	19.3	27	6.3

Jak wynika z tej tablicy, przy daleko posuniętym krytycyzmie wobec zaobserwowanych objawów, jednak 25.6% ogółu badanych z pewnością było pod działaniem krążącego w krwi ołowiu, a u conajmniej 6.3% badanych wystąpiły wyraźne objawy zachwiania równowagi fizjologicznej ustroju. Należy jeszcze raz podkreślić że ocena była raczej zbyt ostrożna, dalej, że drukarze niestowarzyszeni, niebadani, pracujący naogół w gorszych warunkach higienicznych, daliby prawdopodobnie jeszcze gorsze wyniki. Również wśród badanych stosunkowo więcej pochodziło z zakładów większych, naogół lepiej urządzonych.

Stąd z dużym prawdopodobieństwem dla całej tej grupy zawodowej należy przyjąć wyższe liczby będących pod działaniem ołowiu.

Jest to niewątpliwie wynik bardzo niepomyślny. Zważyć trzeba, że drukarstwo nie należy bynajmniej do zawodów najbardziej niebezpiecznych pod względem ołowicy, przeciwnie malarze, hutnicy ołowiu, robotnicy fabryk akumulatorów i fabryk farb i związków ołowianych i t. p. znacznie więcej są narażeni. W tych warunkach stwierdzenie, że conajmniej co czwarty drukarz w stołecznych drukarniach wykazuje obiektywne znamiona krążenia ołowiu w krwi, jest wysoce nienormalne. Nie udało się niestety przeprowadzić porównania pomiędzy poszczególnymi podgrupami zawodowymi. Liczby były na to za małe. W każdym bądź razie uderza przy porównaniu grupy składającej się ze składaczy ręcznych, maszynowych i odlewaczy, którzy przy pracy są znacznie więcej narażeni na styczność z ołowiem, z grupą maszynistów i nakładaczek, że zachodzą tak małoznaczne różnice. Widocznie następuje z biegiem czasu niejako „zakazanie” całej drukarni pyłem ołowianym i tym sposobem zasięg tej szkodliwości zawodowej rozszerza się również na osoby, które przy większej dbałości o czystość i porządek mogłyby być bezpieczne.

Program profilaktyczny, o ile chodzi o ołowicę w drukarstwie, jest już dawno ustalony i polega na walce z rozpylaniem ołowiu, na dbałości o czystość pomieszczenia i ludzi oraz na perjodycznym badaniu lekarskiem. Tutaj pragnę poświęcić kilka słów badaniu lekarskiemu, gdyż skuteczność jego zależy w wy-

\*) Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1929 r. Nr. Nr. 36 — 38, 40.

sokim stopniu od ubezpieczeń społecznych. Cały szereg bardzo ważnych pytań, które drogą takiej ankiety dałoby się wyjaśnić, pozostało niestety bez odpowiedzi wskutek zebrania zbyt małych liczb. Warunki dla uzyskania danych dostatecznych były pozornie bardzo korzystne. Badanie było bezpłatne, nie zabierało zbyt dużo czasu, odbywało się przy poparciu inspekcji pracy i zarządów związków zawodowych. Cel i doniosłość badań zostały wyjaśnione przez pogadanki i artykuły propagandowe. Drukarze poszli na pierwszy ogień i dlatego, że przedstawiają śmietankę intelektualną robotniczą i posiadają doskonałą organizację zawodową. Mimo to wszystko nie udało się zbadać nawet trzeciej części zorganizowanych. Gdzież leży przyczyna? Otóż badanie to było świadomie wzorowane na badaniu perjodycznym. Wiemy, że i to badanie spotyka się u robotników z wielką nieufnością. Istnieje w krajach, gdzie badanie perjodyczne jest już zrealizowane, specjalna technika dyssymulacji! Przyczyna tych trudności jest w obu przypadkach wspólna, a polega na tym, że robotnicy obawiają się ujemnych dla siebie skutków materialnych i społecznych z zarządzenia, które ma na widoku ich interesy zdrowotne. Tymczasem właśnie ołowica w drukarstwie dostarcza najlepszego przykładu konieczności takiego badania. Wychodzi się naogół z założenia, że chory sam wie najlepiej, kiedy ma przestać pracować i leczyć się. Liczby powyżej przytoczone dowodzą, że bardzo znaczny odsetek jakiejś grupy zawodowej może być pod działaniem określonej szkodliwości zawodowej, że szkodliwość ta może już wywołać istotne szkody dla zdrowia, które muszą się przedzej czy później odbić na zdrowiu, zdolności do pracy i życiu danego osobnika, a dzieje się to poniżej progu świadomości zainteresowanych. Istnieje tu nadzwyczajna sposobność ochronienia tych osób przed ujemnymi skutkami pracy sposobem najsukuteczniejszym i naogół najtańszym: przez usunięcie osób, zdradzających pierwsze objawy działania danej szkodliwości z pod jej działania, czy to czasowo, czy na stałe, w zależności od tego, czy wrażliwość tych ludzi jest normalna czy nadmierna. To jest zadaniem perjodycznego badania lekarskiego. Korzyść, wynikająca z takiego postępowania, nie przemawia jednak bezpośrednio do zrozumienia danego osobnika, gdyż polega na uniknięciu szkody, której jeszcze nie odczuł, która mogła dopie-

ro nastąpić w przyszłości, gdy ujemne skutki odczuwa zaraz w sposób bardzo dotkliwy: jako utratę zarobku, może zajęcia, ewentualnie kwalifikacji zawodowej, — jeżeli zmiana zawodu stanie się konieczna. Istnieje więc bardzo często konflikt pomiędzy interesem społeczeństwa oraz interesem zdrowotnym i ekonomicznym, ale obliczonym na dalszą metę, danej jednostki z jednej strony a bezpośrednim jej interesem materialnym. Ten ostatni wzgląd w praktyce okazuje się silniejszy, jest to aż nazbyt dobrze zrozumiałe.

Dlatego też ten bardzo ważny sposób zapobiegania chorobom zawodowym wymaga istotnie pomocy ze strony ubezpieczeń społecznych. Ktoś inny, nie robotnik dotknięty chorobą zawodową, musi ponieść te ujemne gospodarcze konsekwencje, wtedy ta trudność zniknie. W praktyce tą instytucją będą przede wszystkim ubezpieczenia społeczne. Przy obecnym stanie prawnym Kasy Chorych winny przyznawać niezdolność do pracy ze względów profilaktycznych, a więc w przypadkach, gdy w danej chwili zdolność do pracy jeszcze istnieje ale jest zagrożona na wypadek kontynuowania jej. W Niemczech ta sprawa jest już w tym duchu rozstrzygnięta. Nie jest to jeszcze słuszne rozwiązanie, gdyż nawet w tym przypadku robotnik ponosi 40% straty. Przez podniesienie składki pracodawcy w myśl art. 59 obecnie obowiązującej ustawy o ubezpieczeniu chorobowym możnaby uzyskać pokrycie finansowe na podniesienie odsetka zasiłku. Tą drogą dałoby się w znacznym stopniu ułatwić sytuację w tych przypadkach, gdy chodzi o czasową niezdolność do pracy. W rzadszych przypadkach, gdzie zachodzi konieczność zmiany zawodu, należałoby umożliwić przeszkolenie do nowego zawodu, gdy chodzi o robotników kwalifikowanych. To należy już do ubezpieczenia specjalnego od chorób zawodowych. Znowuż Niemcy wskazali tu drogę przewidując tak zwaną rentę przejściową. Zakłady ubezpieczeniowe mogą wypłacać taką rentę wtedy, gdy po odzyskaniu zdolności do pracy powrót do dawnego zawodu z powodu groźby ponownej utraty zdolności nie jest wskazany. Wprowadzenie podobnego przepisu do projektu ustawy scaleniowej byłoby więc bardzo wskazane. Ze nie jest to dyskusja oderwana, że chodzi tu o bardzo żywotne sprawy, tego dowodem mogą być choćby wyniki omawianej ankiety o ołowicy wśród drukarzy.

## K R O N I K A

### FUNDUSZE ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYŚLOWYCH.

W systemie asekuracyjno - technicznym, przyjętym w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, przewidziane jest gromadzenie funduszy, mających służyć na zaspokojenie przyszłych świadczeń emerytalnych. Fundusze wszystkich zakładów razem obu działów ubezpieczeń: emerytalnego i braku pracy wyniosły w dniu 1 czerwca \*) b. r. 236.657.815 zł.

\*) Fundusze Zakładu poznańskiego, wobec braku danych, wykazane zostały w niniejszej notatce według stanu z dnia 1-go maja b. r.

Podział powyższej kwoty między różne rodzaje lokat wykazuje, że:

1) lokaty gotówkowe	wyniosły	75.364.498 zł.	— 31,9%
2) „ w papierach wartościowych		80.850.659 „	34,2%
3) „ w nieruchomościach		33.235.747 „	14,0%
4) „ w pożyczkach hipotecznych		47.206.911 „	19,9%

Gotówka była lokowana przez wszystkie Zakłady Ubezpieczeń prawie wyłącznie w bankach państwowych oraz komunalnych i powiatowych kasach oszczędności. Warunki lokat gotówkowych i ich rodzaje są bardzo różne w stosunku do poszczególnych kwot, zawsze jednak odpowiadają one warunkom, ustalonym dla tego rodzaju lokat przez rozp. Prezydenta z dn.



15 lutego 1928 r. o sposobach lokaty funduszów przez osoby prawa publicznego. W zakresie papierów wartościowych Zakłady Ubezpieczeń posiadają przede wszystkim znaczniejsze pakiety listów zastawnych i obligacji państwowych banków (Bank Gospodarstwa Krajowego, Bank Rolny), oraz analogicznych papierów lokalnych instytucji kredytu długoterminowego miejskiego, ziemskiego i przemysłowego.

W nieruchomościach Zakłady ulokowały dotychczas względnie niewielką część swoich funduszów, gdyż jak zobaczymy niżej jedynie Zakład lwowski posiada znaczniejszą liczbę nieruchomości. Pozostałe natomiast Zakłady posiadają ulokowane fundusze jedynie w gmachach administracyjnych i w placach. Pożyczek hipotecznych udzielają obecnie Zakłady wyłącznie instytucjom-publiczno-prawnym i instytucjom użyteczności publicznej, gdyż od czasu wejścia w życie rozp. Prezydenta z dnia 15 lutego 1928 r. o sposobach lokat funduszów przez osoby prawa publicznego, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, powołane przez to rozporządzenie do zatwierdzania pożyczek hipotecznych udzielanych przez Zakłady Ubezpieczeń, odmawia zatwierdzenia tych pożyczek dla osób prywatnych. Poprzednio jednak ograniczenia powyższego nie było, wskutek czego Zakłady, które działały i lokowały fundusze przed wejściem w życie cytowanego rozp. Prez. posiadają obecnie lokaty hipoteczne u osób prywatnych. Jedynie Zakład warszawski, który powstał w 1928 roku, lokat takich nie posiada.

Największe fundusze posiadał w dniu 1 czerwca b. r. Zakład warszawski, największy z Zakładów pod względem obszaru działania i liczby członków, wynosiły one 71.477.404 zł. Drugim z kolei jest Zakład lwowski — 59.931.708 zł., a następnie Zakład w Królewskiej Hucie — 57.289.628 zł. i Zakład w Poznaniu — 47.959.075 zł.

Podział lokat według rodzajów wykazuje znaczne różnice w poszczególnych zakładach, co uwidoczni następujące zestawienie:

	Z. U. P. U.			
	w Warszawie	we Lwowie	w Poznaniu	w Król. Hucie
1) Gotówka	30.2%	22.0%	33.3%	43.0%
2) Papiery wart.	55.5%	23.6%	27.5%	24.2%
3) Nieruchomości	4.0%	39.5%	2.5%	9.6%
4) Pożyczki hipoteczne	10.3%	14.9%	36.7%	23.2%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Jak wiadomo z pośród 4 Zakładów wyżej wyszczególnionych, 3 t. j. Zakład lwowski, poznański i w Królewskiej Hucie, powstały z Zakładów, które istniały przed wejściem w życie rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, wykonując to ubezpieczenie na podstawie dawnych ustaw państw zaborczych. Ponieważ Zakłady te nie były zupełnie organizacyjnie ze sobą związane, a ponadto państwowe władze nadzorcze nie miały przed wejściem w życie rozporządzenia Prezydenta o lokatach, tak szerokiego, jak obecnie, wpływu na politykę lokacyjną Zakładów, przeto Zakłady kierowały się odmiennymi zasadami przy lokowaniu swoich funduszów; np. Zakład lwowski bardzo zwracał uwagę na lokaty w nieruchomościach, natomiast Zakłady w Poznaniu i w Król. Hucie udzielały w szerokim zakresie pożyczek hipotecznych.

Obecnie, wobec postanowień rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, które właściwie stwarzają wspólność majątkową wszystkich Zakładów (rozrachunek między Zakładami z tytułu wypłaconych świadczeń). Ministerstwo P. i O. S. w porozumieniu ze Związkiem Zakładów

dążą do ujednoczenia polityki lokacyjnej Zakładów tak, aby z jednej strony całości funduszów ubezpieczenia pracowników umysłowych zapewnić możliwie jednakowe bezpieczeństwo i dochodowość, z drugiej zaś strony, aby fundusze te lokowane były w sposób, dający największe korzyści gospodarstwu krajowemu i ubezpieczonym. W jednym z najbliższych numerów „Przeгляду“ będzie zamieszczona szczegółowa analiza stanu lokat funduszów Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

### STOWARZYSZENIE BUDOWLANO - MIESZKANIOWE ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Celem koordynacji, kontroli i inspekcji akcji budowlano-mieszkaniowej zakładów ubezpieczeń społecznych, Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, wszystkie Zakłady U. P. U. oraz Zakład Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie, Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu i Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie zawiązały stowarzyszenie o nazwie wyżej podanej.

Stosownie do statutu stowarzyszenia, zatwierdzonego przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej w dniu 13 kwietnia b. r., do zadań stowarzyszenia należy przede wszystkim ustalenie ogólnego programu akcji budowlano - mieszkaniowej zakładów ubezpieczeń społecznych oraz zasad finansowych tej akcji. Ponadto stowarzyszenie współdziała przy wyborze terenów, informuje o źródłach zakupów, opracowuje typy mieszkań i domów, oraz konkretne szkice, projekty i kosztorysy poszczególnych budowli, jak również ustala zasady i tryb postępowania przy wykonywaniu budowy pod względem organizacyjnym, technicznym i handlowym. W czasie budowy stowarzyszenie może przeprowadzać inspekcję techniczną i finansową wykonywanych budowli, komunikując swe uwagi Ministerstwu i zainteresowanemu Zakładowi. Również do zadań stowarzyszenia należy opracowanie wytycznych w sprawie oddawania w najem ubezpieczonym mieszkań w domach wybudowanych przez Zakłady oraz ustalenie zasad administracji tych domów. Ogólne postanowienie statutu upoważnia poza tym stowarzyszenie do wykonywania wszelkich innych czynności, związanych z akcją budowlaną, na mocy specjalnych zleceń poszczególnych członków stowarzyszenia i odpowiedniej aprobaty władzy nadzorczej.

Wykonywanie przez stowarzyszenie zadań wyżej wyszczególnionych ograniczone jest postanowieniem statutu, który mówi, że działalność stowarzyszenia nie może naruszać praw i obowiązków poszczególnych członków stowarzyszenia, jakie wynikają z przepisów odpowiednich ustaw.

Organami stowarzyszenia są rada oraz jej prezydium, dyrektor stowarzyszenia i komisja rewizyjna.

Rada składa się z przedstawicieli członków stowarzyszenia po 1 od każdego członka z wyjątkiem Z. U. P. U. w Warszawie, który deleguje dwóch przedstawicieli oraz 4 nominatów, powołanych na przeciąg czterech lat przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej z pośród osób, obeznanych z zagadnieniami budownictwa mieszkaniowego. Prezydium Rady składa się z prezesa, którym jest delegat Związku Zakładów U. P. U. oraz z dwóch wiceprezesów: pierwszego mianowanego z pośród nominatów przez Ministra P. i O. S. i drugiego wybranego przez członków rady ze swego grona. Osoba prezesa rady wymaga zatwierdzenia państwowej władzy nadzorczej. Wiceprezisi rady posiadają w prezydium rady swoich zastępców, powołanych w ten sam sposób.

Do zadań rady stowarzyszenia należy ustalanie wytycznych norm i zasad akcji, prowadzonej przez stowarzyszenie oraz wykonywanie nadzoru nad działalnością dyrektora. W szczególności do kompetencji rady należy podejmowanie uchwał w spra-

wach, dotyczących statutu stowarzyszenia, jego organizacji (wybór i zwalnianie dyrektora, wybór komisji rewizyjnej, zatwierdzanie sprawozdań rocznych i zamknięć rachunkowych) oraz podstaw działalności (budżet, ustanawianie regulaminów wewnętrznych). Ponadto rada ma prawo podejmować wszelkie uchwały, potrzebne do wykonania zadań stowarzyszenia a nie należące do kompetencji innych organów.

Uchwały rady w sprawie zmian statutu, przyjęcia nowych członków, powoływania i zwalniania dyrektora, budżetu i ustalenia odszkodowania (marki obecności, diety, zwrot kosztów podróży, ryczałtowe wynagrodzenie dla członków prezydium rady) dla członków rady, wymagają zatwierdzenia państwowej władzy nadzorczej.

Prezydium rady czuwa nad wykonaniem uchwał rady stowarzyszenia i zarządzeń państwowej władzy nadzorczej oraz sprawuje nadzór nad tokiem spraw stowarzyszenia i załatwia wszelkie sprawy przekazane przez radę stowarzyszenia.

Organem wykonawczym stowarzyszenia jest dyrektor, który kieruje wszelkimi pracami stowarzyszenia i ma prawo brać udział z głosem doradczym i prawem stawiania wniosków we wszystkich posiedzeniach rady i jej prezydium. Za całokształt swych prac, za wykonanie uchwał rady i prezydium oraz zarządzeń władzy nadzorczej odpowiada dyrektor przed radą.

Do przeprowadzania kontroli rachunkowości stowarzyszenia wybiera rada na każdy rok kalendarzowy z pośród siebie komisję rewizyjną w składzie trzech członków i dwóch zastępców.

Środki materialne, potrzebne do wykonywania swoich zadań czerpie stowarzyszenie ze składek członkowskich, ustalanych corocznie według specjalnego klucza, z opłat uiszczanych przez poszczególnych członków za czynności zleczone lub nieobjęte programem prac stowarzyszenia, wreszcie z dochodów z własnego majątku i z darowizn oraz zapisów. Podstawą klucza opłat członkowskich są sumy wydatkowane przez poszczególnych członków stowarzyszenia na budownictwo mieszkaniowe, według programów, opracowanych przez stowarzyszenie. Składki członków nie są włączane do wydatków administracyjnych zakładów, lecz są zaliczane na rachunek kosztów budowy domów mieszkalnych.

Stowarzyszenie podlega nadzorowi państwowemu, wykonywanemu przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej w ramach obowiązujących przepisów i postanowień statutu stowarzyszenia.

## OTWARCIE KURSU DLA LEKARZY OKR. ZW. K. CH. W POZNANIU.

W dniu 23 czerwca o godz. 8-ej rano w Uniwersyteckiej Klinice Dziecięcej p. Prof. Jonschera otwarty został kurs informacyjno-dokształcający dla lekarzy Kas Chorych województw poznańskiego i pomorskiego. Kurs obliczony jest na 6 dni przy 6 do 7 godzinach dziennej pracy. Przedmiotem kursu jest medycyna zapobiegawcza w najszerszym tego słowa znaczeniu.

Między innymi wykładają pp. Prof. Jonscher, Dr. Wroczyński i inni. Otwarcia Kursu dokonał w imieniu Związku Kas Chorych Komisarz tegoż Związku p. Nacz. Wilczyński w obecności przedstawicieli Władzy Nadzorczej oraz zaproszonych gości.

W przemówieniu swem p. Nacz. Wilczyński podkreślił znaczenie kursu i jego zadania, kończąc życzeniem owocnej pracy.

Przemawiali jeszcze p. Prof. Jonscher oraz p. Dr. Wroczyński z Warszawy.

## WYDATKI NA UBEZPIECZENIE CHOROBE I INWALIDZKIE W ANGLJI

Ubezpieczenia te istnieją w Anglii (jako przymusowe) od r. 1911. Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają wszystkie osoby zarobkujące na zasadzie umowy pracy od 16 do 65 roku życia. W r. 1928 liczba ubezpieczonych wynosiła 17.431 tysięcy

Sprawozdanie urzędowe za rok 1928 daje nam obraz działalności instytucji ubezpieczeniowych. Dochody wynosiły w r. 1928 ogółem 38834 tysięcy funtów szterlingów (1 funt = około 43 zł.) włączając w to opłaty państwa, które wynosiły 7.138 tysięcy £. Państwo opłaca część kosztów świadczeń a mianowicie 1/7 za mężczyzn i 1/5 za kobiety. Oprócz tego pokrywa państwo wszystkie koszty zarządu centralnego. Koszty ubezpieczeń wynosiły w tysiącach £.:

1921	1928	1929
29.857	37.596	38.400

Wydatki na administrację wynoszą 14% ogółu wydatków. Inne wydatki, to przeważnie koszty świadczeń ubezpieczonych. Sprawozdanie nie podaje wysokości wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń.

Z ubezpieczeniem na wypadek choroby i inwalidztwa związane jest administracyjnie ubezpieczenie na wypadek starości i ubezpieczenie wdów i sierot, którego koszty wynosiły w r. 1929 około 21218 £.

## LICZBA UBEZPIECZONYCH W KASACH CHORYCH W DN. 1. I. 1930 R.

Województwa	Kasy	Osoby uprawnione do korzystania	Obowiązkowo ubezpieczeni			Dobrowolnie ubezpieczeni			Członkowie rodzin obowiązkowo ubezpieczonych
			Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyzn	Kobiety	
Polska 1. I. 29 . . . . .	243	4 808.934	2.276.891	1.567.750	709.141	2 019	847	1.172	2.530.024
" 1. IV. 29 . . . . .	243	4.710.847	2.226.073	1.518.263	707.810	2.027	779	1.248	2.482.747
" 1. VII. 29 . . . . .	243	5.145.966	2.472.191	1.706.004	766.187	2.093	806	1.287	2.671.682
" 1. X. 29 . . . . .	243	5.202.626	2.502.559	1.745.237	757.322	2.179	827	1.352	2.697.888
" 1. I. 1930 r. . . . .	243	4.789.460	2.264.909	1.565.904	699.005	2.268	836	1.432	2.522.283
Centralne . . . . .	85	2 056.835	997.671	677.872	319.799	238	109	129	1.058.926
Wschodnie . . . . .	32	276.467	137.337	95.830	41.507	3	2	1	139.127
Poznańskie i pomorskie . . . . .	55	1.270.498	558.889	376.184	182.705	1.651	582	1.069	709.958
Śląsk Cieszyński . . . . .	2	106.753	44.455	28.403	16.052	89	22	67	62.209
Południowe . . . . .	69	1.078.907	526.557	387.615	138.942	287	121	166	552.063

# PŁACE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH UBEZPIECZONYCH W ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W DNIU 31 GRUDNIA 1928 R.

Wyszczególnienie	Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie			Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych we Lwowie		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Liczba ubezpieczonych . . . . .	104,361	74,934	29,427	30,037	26,844	10,243
Odsetek ubezpieczonych, których płace miesięczne wynosiły:						
89,99 zł. i mniej	4,1	3,2	6,5	5,2	3,4	9,8
90,00 „ — 119,99 zł.	4,1	3,0	6,9	6,4	5,6	8,8
120,00 „ — 149,99 „	6,0	4,7	9,3	8,5	7,1	12,2
150,00 „ — 179,99 „	10,2	8,4	14,7	11,6	9,2	17,9
180,00 „ — 219,99 „	13,6	12,2	17,2	12,1	11,0	14,9
220,00 „ — 259,99 „	12,0	11,0	14,6	10,9	10,1	12,8
260,00 „ — 299,99 „	6,8	7,1	6,2	6,8	7,1	5,8
300,00 „ — 359,99 „	13,0	13,3	11,8	11,3	12,3	8,6
360,00 „ — 419,99 „	7,6	8,6	5,1	6,7	7,7	4,1
420,00 „ — 479,99 „	4,8	5,5	3,0	4,8	5,8	2,2
480,00 „ — 559,99 „	5,3	6,4	2,4	4,6	5,7	1,6
560,00 „ — 639,99 „	3,2	4,1	1,0	2,9	3,8	0,6
640,00 „ — 719,99 „	2,2	2,9	0,5	1,9	2,5	0,4
720,00 „ i więcej	7,1	9,6	0,8	6,3	8,7	0,3

## IX MIĘDZYNARODOWY KONGRES AKTUARJUSZY W SZTOKHOLMIE.

W dniach 16 — 20 czerwca b. r. odbył się w Sztokholmie (Szwecja) IX międzynarodowy Kongres Aktuarjuszy. W skład Prezydium weszli, m. in., p. prof. Władysław Strzelecki, jako Wiceprezes Kongresu i p. Dr. Tadeusz Poznański, jako Sekretarz Kongresu; w skład Honorowego Prezydium wszedł m. in. p. Aleksander Prystor, Minister Pracy i Opieki Społecznej Rzeczypospolitej Polskiej, którego powitalny telegram przyjęty był przez uczestników Kongresu z żywym zadowoleniem. Kongres był bardzo licznie obesłany, obecnych było w Sztokholmie około 500 członków Kongresu, a w tem z Polski — 16 osób. Delegatami Rządu Polskiego byli: p. Prof. dr. Jan Łazowski, Dyrektor Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń i p. Izidor Wysłouch, Naczelnik Wydziału w Departamencie Ubezpieczeń Społecznych M. P. i O. S.

Ze strony polskich aktuarjuszy nie był przedstawiony żaden referat na tematy, przewidziane w programie Kongresu; natomiast staraniem Polskiego Instytutu Aktuarjuszy opracowana została — pod redakcją prof. dr. Łazowskiego broszura „O ubezpieczeniach w Polsce“, która ma na celu zaznajomienie zarówno czytelnika krajowego, jak i zagranicznego ze stanem ubezpieczeń w naszym kraju m. in. także i ubezpieczeń społecznych. Broszura ta, wydana w języku polskim, angielskim, francuskim i niemieckim wywołała żywe zainteresowanie wśród członków kongresu. Wśród 7 tematów kongresowych były dwa z dziedziny ubezpieczeń społecznych, a mianowicie: temat F dotyczący zagadnienia techniki ubezpieczeń na wypadek choroby i temat G zagadnienie rent starczych, a w szczególności czy renta starcza winna być przyznawana od ściśle określonego wieku, czy też winna być przyznawana jako renta niezdolności starczej.

Wymienione tematy były dość licznie opracowane; pierwszy przez 14 referentów, a drugi — 12. Szczegółowe omówienie tych referatów podamy w jednym z najbliższych numerów.

Następny Kongres odbędzie się w Montreal'u (Kanada) w roku 1933.

Na Kongresie tym mają być poruszane również tematy z ubezpieczeń społecznych. Tematy te mają być ustalone w ciągu najbliższego roku przez stały Komitet Aktuarjuszy w Brukseli, po porozumieniu się z Międzynarodowym Biurem Pracy w Genewie i zainteresowanymi rządami.

Wskazaniem byłoby, aby ze strony Polski (zarówno ze strony delegata Polskiego Instytutu Aktuarjuszy w stałym Komitecie brukselskim, względnie przez czynniki rządowe) czynione były starania, aby jednym z tematów były zasady techniczne scalonego ubezpieczenia społecznego od wszystkich ryzyk.

T. P.

## SPRAWA CZASU PRACY PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH (EMPLOYÉS)

Ze względu na to, że zagadnienie czasu pracy pracowników umysłowych figurowało na porządku dziennym XIV Międzynarodowej Konferencji Pracy. Międzynarodowe Biuro Pracy rozesłało do wszystkich państw, należących do Międzynarodowej Organizacji Pracy sprawozdanie, dotyczące tych zagadnień. Obie te sprawy stanowiły poraz pierwszy przedmiot dyskusji na czerwcowej konferencji pracy w roku 1929. Zgodnie z przyjętą procedurą Międzynarodowe Biuro Pracy rozesłało do wszystkich członków Międzynarodowej Organizacji Pracy kwestionariusze celem zasięgnięcia ich opinii co do obu zagadnień. Z pośród 29 rządów, które dotychczas wypowiedziały się w stosunku do pierwszego zagadnienia, 18, a mianowicie Niemcy, Austria, Belgja, Bułgarja, Kuba, Danja, Hiszpanja, Finlandja, Francja, Węgry, Włochy, Litwa, Norwegja, Holandja, Polska, Portugalja, Urugwaj i Jugosławja są za projektem międzynarodowej konferencji, normującej czas pracy pracowników umysłowych (employés). Istnieją jednak pewne różnice poglądów co do zakresu działania projektu odnośnej konwencji.



Rządy Szwajcarii i Luksemburgu uznały, że przyjęcie zalecenia byłoby w ich przekonaniu bardziej wskazane od uchwalenia projektu konwencji, lecz nie wypowiedziały się kategorycznie przeciw tej ostatniej, natomiast rządy Estonji, Indji, Rumunii i Irlandji stanowczo wypowiedziały się za zaleceniem.

Rządy Afryki Południowej, Anglii, Japonji i Szwecji wyraziły opinię, że sprawa ta nie jest jeszcze dojrzałą dla reglamentacji międzynarodowej, rząd Siamu oświadczył, że zagadnienie czasu pracy pracowników umysłowych nie dotyczy go bezpośrednio, gdyż ilość pracowników tej kategorii jest w tym kraju minimalna. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi Międzynarodowe Biuro Pracy opracowało wstępny projekt konwencji, dotyczący pracowników handlowych i biurowych oraz dwa projekty zaleceń, dotyczące pracowników umysłowych, zatrudnionych w hotelach, restauracjach i t. p. zakładach oraz pracowników przedsiębiorstw widowiskowych.

Projekt konwencji przewiduje ograniczenia czasu pracy pracowników handlowych do 48 godzin na tydzień. Ustanawia on zasadniczo 8-godzinny dzień pracy, uznając jednakże, że w razie potrzeby może on być przedłużony do 10 godzin, z tem, że ogólna ilość godzin pracy w tygodniu nie może przekraczać 48.

Projekty zaleceń zmierzają do przeprowadzenia w poszczególnych państwach ankiet na temat czasu pracy w przedsiębiorstwach widowiskowych i t. p.; wyniki tej ankiety winny być podane do wiadomości Międzynarodowego Biura Pracy w ciągu 4 lat, poczem Międzynarodowe Biuro Pracy przystąpi do opracowania projektu konwencji, normującego czas pracy w tego rodzaju zakładach pracy.

#### UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE A NIEM. BUDŻET PAŃSTW.

Składka na ubezpieczenie na wypadek choroby wynosi w Niemczech przeciętnie 6,2%, na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia 3% — chwilowo 3,5% — płacy zasadniczej (Grundlohn) na ubezpieczenia inwalidzkie 5%, pracownicze 4% płacy, na ubezpieczenie wypadkowe w przemyśle 1,2% ogólnej sumy płac, wypłacanej w zakładzie pracy. Ogółem składki na ubezpieczenia społeczne wynoszą 15,9% płacy. Grupy zarobkowe ustalono w ten sposób, iż nie cały zarobek podlega ubezpieczeniu, np. w ubezpieczeniu inwalidzkim granica policzalności zarobku wynosi 42 m. tygodniowo (około 85 zł.). Bez granicy policzalności zarobku i składka w ubezpieczeniu inwalidzkim wynosiłaby 14 — 15% zarobku.

W ubezpieczeniu inwalidzkim 8,36 części składki opłacają ubezpieczeni 7,54 pracodawcy.

Ponadto państwo pokrywa w Niemczech część wydatków na ubezpieczenia społeczne. A mianowicie:

a) Z ogólnej liczby porodów w Niemczech, 800.000 przypada na ludność ubezpieczoną z czego 200.000 na ubezpieczonych i 600.000 na członków rodzin. Państwo dopłaca Kasom Chorych po 50 mk. od każdego porodu członka rodziny ubezpieczonego w K. Ch. Roczny wydatek na ten cel wynosi 30 milj. marek rocznie;

b) dopłata do rent inwalidzkich wynosi po 72 marki rocznie do renty inwalidzkiej i po 36 mk. do renty sierociej i wdowiej. Ogółem w r. 1929 dopłaty wynosiły 207 milionów marek. Dopłaty wzrastają stale, za 10 lat wyniosą około 260 milionów mk. rocznie, a dopiero około r. 1960 ustabilizują się;

c) spadek wartości marki niemieckiej („inflacja“) spowodował zniszczenie znacznej części rezerw zakładów ubezpieczenia inwalidzkiego. Wskutek wzrastającej drożyzny w stosunku do czasów przedwojennych, renty ustalone przed wojną okazały się zbyt niskie, a nadto zabrakło rezerw na ich wypłacanie. Okazała się konieczność podniesienia składki lub dopłat specjalnych przez Skarb Państwa. Wybrano drugi środek celem umożliwienia zakładom wypłacania rent. Wydatek Skarbu Państwa na ten cel wynosił w r. 1929 — 186 milj. marek, w r. 1930 — 178 milj. mk. i w następnych 10—12 zmniejszy się do wysokości około 100 milj. mk.

d) nowela zmieniająca ustawę celną przekazuje zakładom inwalidzkim w okresie 1926 — 1934 z dochodów celnych od bydła i zbóż chlebowych po 40 milj. marek rocznie. W budżecie na rok 1930 preliminowano na ten cel tylko 20 milionów mk., przedłużając okres na lat 5;

e) preliminarz budżetu za r. 1929 przewidywał dla zakładów inwalidzkich przez 6 lat subwencję specjalną w wysokości 70 milj. marek rocznie, na ten cel miał być przeznaczony pewien odsetek podatku dochodowego. Wypłata tych kwot jest jednak niepewna, uzależniona jest bowiem od uchwalenia jeszcze ustawy dodatkowej.

#### Liczba ubezpieczonych pracowników umysłowych w I kwartale 1930 r.

ZAKŁADY U. P. U.	Stan w dniu 31. XII 1929 r.	Stan w dniu 31. III 1929 r.	Przyrost w liczb. bezwgl.	Przyrost w proc. o
Warszawa . . . . .	140.441	143.585	3.144	2,24%
Lwów . . . . .	43.756	44.834	1.078	2,46%
Poznań . . . . .	48 000*)	48 300*)	300	0,63%
Kr. Huta . . . . .	42.442	42.842**)	400	0,94%
Razem . . . . .	274.639	279.561	4 922	1,79%

\*) Dla Zakładu Poznańskiego dane szacunkowe.

\*\*\*) Dla Zakładu w Kr. Hucie przyrost w miesiącu marcu jest obliczony szacunkowo.

#### Pozostający bez pracy pracownicy umysłowi pobierający zasiłki na wypadek braku pracy w/g miesięcy i Zakładów U. P. U.

ZAKŁADY U. P. U.	Stan w dniu 31. XII 1929 r.	Stan w dn. 31. I 1930 r.	Stan w dn. 28. II 1930 r.	Stan w dniu 31. III 1930 r.
Warszawa . . . . .	2.449	2.340	2 947	3 337
Lwów . . . . .	1 157	1.237	1.400	1.434
Poznań . . . . .	1.233	1.423	1 559	1.783
Kr. Huta . . . . .	750	805	889	915
Razem . . . . .	5.589	5.805	6.795	7.469

# KSIĄŻKI I CZASOPISMA

**Inspektor Pracy.** Ukazał się Nr. 1—2 tego czasopisma za r. 1930. Na wstępie umieszczono oświadczenie redakcji, w którym stwierdzono zwiększające się zainteresowanie pismem przez szerokie koła czytelników. Numer ten poświęcono omówieniu roli związków zawodowych w życiu gospodarczym. „Inspektor Pracy” upatruje w ruchu zawodowym „przedewszystkiem czynnikiem wszechstronnie twórczym i czynnikiem nieodzownym w układzie społecznym państwa współczesnego. Ruch zawodowy współdziała w organizacji życia gospodarczego. Jednocześnie w swych szczegółach warstwę pracowniczą, oddziaływa korzystnie na organizację, a dzięki zamierzonym umowom zbiorowym pozwala przemysłowi stosować czynniki kalkulacji, stanowiący podstawę racjonalnej gospodarki życia gospodarczego”.

Znaczenie Związków zawodowych podkreśla jeszcze bardziej stanowczo p. Halina Kraheńska w artykule: „Współdziałanie inspektorów pracy z organizacjami zawodowymi robotniczymi”. Autorka stwierdza, że inspektor pracy nie współpracujący ze związkami zawodowymi byłby „skazany na zupełną nieznaną rzeczywistość stanu przestrzegania ustawodawstwa ochronnego”. A ponadto: „Poza tą jednak formalną stycznością, jak gdyby stycznością z obowiązkiem, zachodzi w moim przekonaniu konieczność stałej, żywej i ścisłej współpracy z organizacjami zawodowymi robotniczymi we wspólnym celu: podniesienia warunków pracy, stanu przestrzegania ustawodawstwa ochronnego, we wspólnym dążeniu do zabezpieczenia życia, zdrowia i energii robotnika przed grożącym mu niebezpieczeństwem, szkodliwymi wpływami pracy w rozmaitych gałęziach produkcji, przed nadmiernym przeciążeniem”.

P. inż. Podgórski w artykule: „Inspekcja pracy a związki zawodowe” omawia możliwości praktycznej współpracy I. P. ze związkami i dochodzi również do wniosku, iż „ze związkami zawodowymi powinni inspektorzy mieć kontakt ścisły, lecz należy wyszukać wspólne zagadnienia, wspólny język, któryby uczynił ten kontakt żywotnym i pożytecznym”.

Specyficzne zagadnienie wynika z ustawy o ułatwianiu zatargów zbiorowych, narzucają konieczność odrębnego omówienia „współdziałania ze związkami zawodowymi w rolnictwie”. Bada to zagadnienie w artykule pod tym tytułem p. insp. J. Gnoiński. Autor stwierdza, iż „inspekcja pracy, będąc tylko organem wykonawczym, nie może ponosić odpowiedzialności za brak podstaw prawnych do właściwej jej działalności w zakresie ochrony pracy robotników rolnych”. Wobec tego: „Tylko wprowadzenie sądów pracy w rolnictwie i skierowanie działalności inspektorów pracy na tory ścisłej ochrony pracy robotnika rolnego, opartej na właściwych ustawach ochronnych, może położyć kres wynikającym dziś nieporozumieniom pomiędzy inspektorami pracy a przedstawicielami ruchu zawodowego robotników rolnych”.

**Deutsche Krankenkasse** ogłasza w Nr. 21/30 artykuł p. A. Wagnera p. t. „Racjonalizacja w Kasach Chorych”. Autor stwierdza aktualność nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu na wyp. choroby (t. j. II cz. ordynacji ubezpieczeniowej), której wyrazem jest projekt noweli opracowany przez niem. ministerstwo pracy.

Racjonalizacja ubezpieczeń na wyp. choroby wymaga odpowiedzi na 3 pytania natury zasadniczej: 1) czy administracja jest zorganizowana w sposób przejrzysty, prosty i jednolity? 2) czy organizacja kas chorych jest racjonalna? 3) czy kasy mają realizować swe zadania w dziedzinie opieki zdrowotnej?

Administracja kas chorych nie jest wszędzie prosta i przejrzysta. Powodem tego stanu jest brak odnośnych przepisów. Ten stan wytwarza wielkie marnotrawstwo pracy. Mimo usiłowań Związku Głównego niem. K. Ch. nie udało się stworzyć jednolitego systemu księgowości. Stosuje się bowiem rozmaite systemy: kamerylistyczny, kupiecki, buchalterję pojedynczą, podwójną, amerykańską, i — co najgorsza — własnego wynalazku. Rozłożenie poszczególnych pozycji na działy w sposób przejrzysty w myśl zarządzeń władz nadzorczych jest rzeczą konieczną. Zakłady lecznicze muszą prowadzić swą księgowość na zasadach przedsiębiorstw prywatnych. Musi istnieć możliwość porównania gospodarki kas chorych. Należy dążyć do ujednostajnienia druków. Odpowiednio zorganizowana statystyka winna umożliwić ocenę, czy gospodarka kas jest racjonalna.

Odpowiedź na drugie pytanie wymaga stwierdzenia kilku faktów. Racjonalna organizacja kas chorych wymaga zawarcia umów z lekarzami, aptekami, dentystami, zakładami leczniczymi itd. Umowy te winny być zawarte przez Związki, a nie przez kasy, albowiem drugi kontrahent jest także zorganizowany. Umowy te winny być zawierane regionalnie dla pewnych zwartych terytoriów gospodarczych. Także i jednolita realizacja umów zawartych ma bardzo wielkie znaczenie.

Na pytanie, czy kasy potrafią realizować swe zadania w dziedzinie opieki zdrowotnej, należy odpowiedzieć przecząco, albowiem przedmiotem opieki jest ogół, a nie jednostka. Niebezpieczeństwo choroby zakaźnej grozi całemu społeczeństwu i z tego powodu opieka zdrowotna należy do zakresu działania także i innych instytucji, jak samorząd terytorjalny, opieka nad młodzieżą i t. p.

Wreszcie należy odpowiedzieć, w jaki sposób kasy mają podobać tym zadaniom. Do tego celu prowadzą dwie drogi: związek i kasa terytorjalna. W myśl R. V. O. kasy na terenie działalności jednego urzędu ubezpieczeń mogą łączyć się w związki. Jednak łączenie się w związki ma charakter fakultatywny, co jest niesłuszne, przynależność do Związku powinna być przymusowa. Autor na przykładzie jednego kraju (Hesja) ilustruje skutek obecnego stanu prawnego. Gdyby kasy wszystkie połączyły się w związek wówczas możnaby zmniejszyć liczbę urzędów ubezpiecz. z 23 obecnie istniejących do 3-ch. W Niemczech istnieje 7400 Kas, z tego niektóre mają mniej, niż 100 ubezpieczonych. To rozproszkowanie kas chorych jest nonsensem, zważywszy, że zadania kas należy oceniać nie ze stanowiska interesów ubezpieczonego lub pracodawcy, lecz ze stanowiska całokształtu polityki społecznej i dobra ogółu. Wobec tego wydaje się dziwnym, że pracodawcy i ubezpieczeni nie starają się wszelkimi siłami o tworzenie związków, a stoją na stanowisku tworzenia poszczególnych kas chorych.

Autor sądzi, iż tylko kasa terytorjalna może spełniać zadania, jakie się stawia kasom chorych. Autor proponuje, by kasy już dzisiaj łączyły się na podstawie § 415 a niem. ordyn. ubezpiecz., który zezwala kasom na tworzenie sekcji i przydzielanie im 2/3 ich dochodów. Propozycję swoją uzasadnia na bardzo ciekawym przykładzie. Prowincja „Hesja nadreńska”, jedna z najbardziej przemysłowych w Niemczech, ma obecnie:

- 7 urzędów ubezpieczeniowych,
- 8 kas ogólnomiejskowych,
- 8 kas miejscowych specjalnych,
- 2 kasy rolnicze,
- 21 kas fabrycznych,
- 4 kasy cechowe.

Ogółem: 40 K. Ch. mających 126300 ubezpieczonych. Ten przykład wskazuje, jak szkodliwą jest obecna organizacja, a jak celowem byłoby (także i w tym wypadku) stworzenie w miejsc 40 kas — jednej kasy terytorjalnej.

Widzimy, że Niemcy starają się rozwiązać pewne problemy w tym duchu, jak to u nas już uczyniono.

**Reichsarbeitsblatt** organ urzędowy niem. Min. Pracy ogłasza w Nr. 12 artykuł prof. Streichera p. t.: „Znaczenie prostego i jasnego języka niemieckiego w polityce społecznej“. Prof. Streicher jest wybitnym lingwistą i redaktorem pisma „Język ojczysty“ („Muttersprache“). Autor powołuje się na zdanie wybitnego prawnika niem. Iheringa, który powiedział przed 30 laty, że prawnik powinien myśleć jak filozof, zaś mówić jak chłop, by ustawy stały się dostępne szerokiemu ogółowi. Autor powołał się na słowa Iheringa w czasie opracowywania niem. ordynacji ubezpieczeniowej, a wówczas powiedział mu pewien sędzia, że język ustawy musi być zrozumiały przedewszystkiem dla jej prawniczych interpretatorów i posługujących się nią i do ich wymogów dostosowany. Można się sprzeczać który z tych poglądów jest słuszny, jednak faktem jest iż niem. władze państwowe zdecydowały zasięgać opinii lingwistów przed wydaniem ustaw, rozporządzeń i to, celem zbliżenia języka prawniczego i urzędowego do kulturalnego języka potocznego, by go uczynić bardziej jasnym i zrozumiałym.

Niem. Stow. Językoznawcze („Deutscher Sprachverein“) otrzymało setki dokumentów urzędowych celem skontrolowania ich pod względem językowym i stylistycznym. Za przykładem władz państwowych poszły także organizacje handlowe, społeczne, które powierzają opracowanie pod względem językowym ich statutów Stowarzyszeniu językoznawczemu. Minęły czasy, gdy osoby stojące przed sądem przyjmowały w milczeniu niezrozumiały dla nich styl urzędowy. Dzisiaj każdy chce zrozumieć wyrok, jeżeli go zaś nie rozumie, wówczas protestuje przeciw temu, co znowu osłabia powagę państwa i sądów.

Uwagi te w większym stopniu odnoszą się do zagadnień polityki społecznej, albowiem obejmuje ona miliony osób. Mówi się do nich językiem niezrozumiałym. Autor przytacza kilka przykładów zupełnie niezrozumiałej budowy zdań i występuje przeciw zbyt częstemu używaniu słów obcych, które można zastąpić słowami niemieckimi jak np. produkcja, struktura, element spekulatywny, typologia, symptom i t. d. (podajemy

słowa używane także i w języku polskim — Red.). Autor po trafiłby ściślej się wyrazić, a czytelnik łatwiej zrozumiałby go gdyby używał języka ojczystego. Dlaczego używać takich słów jak generalny, autorytatywny, figurować, ignorować, motywacja, legitymować, rejestr, niveau, stagnacja, kiedy istnieją odpowiednie wyrażenia w języku ojczystym. Nadmiar słów obcych zauważyć można nie tylko w pismach urzędowych, lecz w pracach popularnych. Wówczas prace te stają się zrozumiałe tylko dla wtajemniczonych. Uczni niemieccy badali czy i w jakim stopniu rozumieją szerokie warstwy ludności słowa obce. Pokazało się, że ludzie, nawet z wyższym wykształceniem, nie rozumieją słów obcych.

Sprawa ta języka jest i u nas aktualna. W ustawodawstwie naszym używa się również może zbyt wiele wyrazów obcych, jakkolwiek nie w tej mierze co w języku niemieckim.

#### KOMUNIKAT POLSKIEGO TOWARZYSTWA ZWALCZANIA GOŚĆCA W POLSCE

Na walnym zgromadzeniu organizacyjnym w dn. 29 maja r. b. postanowiono przekształcić dotychczasowy Polski Komitet Zwalczenia Reumatyzmu na Polskie Towarzystwo Zwalczenia Gośćca (reumatyzmu) w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Do Zarządu wybrano: prof. Dr. Orłowskiego, prof. Dr. Korczyńskiego, prof. Dr. Renckiego, prof. Dr. Orzechowskiego, prof. Dr. Jezierskiego, prof. Dr. Januszkiewicza, Doc. Dr. Sabatowskiego, Dr. Kłuszyńskiego, Dr. Br. Nowakowskiego, Dr. Raszeja, Dr. A. Landaua, Dr. Kunickiego, Dr. Bujalskiego, Dr. Babeckiego, Dr. Burchardta, — na zastępców: Dr. Skawińskiego, Dr. Beldowskiego, Dr. M. Goldbauma. Do Komisji Rewizyjnej wybrano Dr. Medyńskiego i inż. Radziejewskiego.

Zarząd zebrał się na pierwsze konstytucyjne posiedzenie w dn. 13 czerwca 1930 r. i dokonał wyboru prezydium w składzie: przewodniczący prof. Dr. Orłowski, zastępca przewodniczącego Dr. Kłuszyński, sekretarz Dr. B. Nowakowski, skarbnik ppłk. Dr. Babecki.

Praca Towarzystwa rozpocznie się jesienią r. b.

Tymczasowy adres zarządu, dokąd należy zwracać się po informacje: Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, Warszawa, Lwowska 13 — p. Dr. Kłuszyński.

## T R E Ś Ć

### Komunikat.

**Dr. H. Berliner.** — O statystyce Kas Chorych.

— Plan działalności leczniczej Z. U. P. U. w 1930 roku.

**Adam Antoni Kryński.** — Uwagi o terminologii ubezpieczeń społecznych.

**Dr. T. P.** — Ubezpieczenia od wypadków w Szwajcarii w okresie 1923 — 1927.

**Dr. Brunon Nowakowski.** — Ołowica wśród druczkarzy a ubezpieczenia społeczne.

### Kronika.

**Książki i czasopisma.**

#### Prenumerata:

Rocznie . . . . .	zł. 18
Kwartalnie . . . . .	„ 4.50
Numer pojedynczy . . . . .	„ 1.50

#### Cena ogłoszeń:

1/1 strona za tekstem 200 zł.
II, III i IV strony
okładki 250 zł.

Redakcja i Administracja: Lwowska 13, telefon 37-61 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 51-150.

Redaktor: DR. STANISŁAW RUDKOWSKI.

Wydawca: OGÓLNO-PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.

Drukarnia Artystyczna, Warszawa, N. Świat 47, tel. 35-80 i 35-83.



# Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych

rozpisuje

## KONKURS

na stanowiska:

- 1) Naczelnego Lekarza we własnym zakładzie leczniczym dla chorób płucnych w Michalinie pod Warszawą,
- 2) Lekarza Domowego.

O stanowiska te ubiegać się mogą lekarze, obywatele polscy, mający prawo praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej, specjaliści w dziedzinie chorób płucnych, którzy pracowali w sanatorjach lub szpitalach dla gruźlicy płucnej.

Naczelnny Lekarz może dojeżdżać z Warszawy, a lekarz domowy musi mieszkać w zakładzie.

Warunki płacy zależne od umowy.

Objęcie posady nastąpi w dniu 1 września 1930 r.

Podania wraz z dowodami dotychczasowej pracy lekarskiej należy składać do Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Warszawie, ul. Lwowska 13, do 1.VIII. 30. r.

(—) *Kazimierz Osowski*  
Dyrektor

(—) *Witold Chodźko*  
Komisarz Rządowy.

# OGÓLNO-PAŃSTWOWY ZWIĄZEK KAS CHORYCH

rozpisuje

## KONKURS

na stanowiska:

- 1) Kierowniczkę pielęgniarki
- 2) Trzech pielęgniarek

dla własnego zakładu leczniczego dla chorób płucnych w Michalinie pod Warszawą.

O stanowiska te ubiegać się mogą kandydatki, które już od dłuższego czasu pracowały w zakładach leczniczych, a szczególnie w sanatorjach dla chorych z gruźlicą.

Podania wraz z dowodami dotychczasowej pracy należy składać w Ogólno-Państwowym Związku Kas Chorych w Polsce w Warszawie, ul. Lwowska 13, do 1.VIII. rb

(—) *Kazimierz Osowski*  
Dyrektor

(—) *Witold Chodźko*  
Komisarz Rządowy