

Aktuárské vědy

Vlad. Vydra

Technika československého dělnického nemocenského pojištění

Aktuárské vědy, Vol. 1 (1930), No. 4, 153–168

Persistent URL: <http://dml.cz/dmlcz/144525>

Terms of use:

Institute of Mathematics of the Czech Academy of Sciences provides access to digitized documents strictly for personal use. Each copy of any part of this document must contain these *Terms of use*.



This document has been digitized, optimized for electronic delivery and stamped with digital signature within the project *DML-CZ: The Czech Digital Mathematics Library* <http://dml.cz>

Führt man ferner noch zur Vereinfachung die Bezeichnungen

$$f(x, y) = (a_{11} + 2a_{12}\eta + a_{22}\eta^2) \frac{\xi^2}{1 + \eta^2} = \frac{f(\eta)}{1 + \eta^2} \xi^2$$

und

$$f(-x, y) = (a_{11} - 2a_{12}\eta + a_{22}\eta^2) \frac{\xi^2}{1 + \eta^2} = \frac{g(\eta)}{1 + \eta^2} \xi^2$$

ein, so erhält man nach einigen schon bekannten Umformungen wie im vorhergehenden Fall die Integrale (Id) bis (IVd), nur dass in diesen die Urvariable jetzt durch η bezeichnet wird.

Technika československého dělnického nemocenského pojištění.

Vlad. Vydra.

V Československu z nemocenského pojištění zdomácnělo jen pojištění veřejné — povinné. Soukromé nemocenské pojištění se vůbec v československém pojišťovnictví nevyskytuje, jedině v menším měřítku setkáváme se s pojištěním dobrovolným u nositelů veřejného pojištění, a to ještě zpravidla jen na přechodu z forem pojištění povinného.

Při prohlášení republiky Československé byly převzaty zákony platící dříve v bývalém Rakousku. V nemocenském pojištění byl to zákon z r. 1888 v úpravě z roku 1917. Po stránce organizační byla tato úprava pochybená, poněvadž v republice v jejím počátku působilo celkem 2073 nemocenských pokladen, z nichž bylo:

okresních	310
závodních	832
společenstevních	487
učňovských	202
spolkových	38
zapsaných — pomocných a dobrovolných mistrovských .	204

Kromě toho byly ještě zvláštní hornické nemocenské pokladny, pak pokladny státních podniků, železnic, tabákových továren atd.

Zákonem z r. 1919 byl proveden pronikavý zásah do organizace nemocenských pojišťoven. Zrušeny byly malé, rozvoje neschopné pokladny společenstevní, odstraněny byly skoro všechny pokladny závodní (zůstaly z nich pouze ty, v nichž podnik vykazoval zvláštní nebezpečí nemoci), zrušeny byly dále malé pokladny zapsané atd. Naproti tomu však pro pojištění zemědělců byl připuštěn nový typ pokladen, t. zv. okresní zemědělské.

V číslicích jeví se tato organizační změna asi takto: Z převzatých pokladen zůstalo pouze 536 ústavů, které pojišťovaly průměrně asi 2,400.000 pojištěnců.

Zákonem o sociálním pojištění č. 221/24 bylo provedeno další organizační sjednocení malých ústavů, takže podle stavu k 1./I. 1930 provádí v republice Československé nemocenské pojištění nemocenských pojišťoven:

okresních	190	s	průměrným	počtem	pojištěnců	1,950.224
zemědělských	48	„	„	„	„	198.774
závodních	21	„	„	„	„	39.110
společenstevních	24	„	„	„	„	104.591
spolkových	1	„	„	„	„	26.927
zapsaných	7	„	„	„	„	79.225
Celkem	291					2,398.851

Také v pojištění hornickém nastalo určité sjednocení, poněvadž asi ze 70 bratrských pokladen bylo zákonem z roku 1922 vytvořeno pouze 8 revírních pokladen s průměrným počtem 140.000 pojištěnců.

Kromě toho existují 3 nemocenské pojišťovny speciálně úřednické s celkovým počtem asi 135.000 pojištěnců a pokladny státních podniků, zejména železnic, s průměrným počtem 170.000 a tabákové režie s průměrným počtem 12.000 pojištěnců.

Pro veřejné zaměstnance (státní a samosprávné úředníky, učitele a pensisty) byl zřízen v roce 1925 zvláštní Léčebný fond, u něhož jest pojištěno asi 270.000 osob.

Dávky povinného československého nemocenského pojištění dělnického i úřednického jsou jednak peněžité — denní podpory (v nemoci a mateřství) a pohřebné, jednak věcné — poskytování léčebné péče (lékařská pomoc, léky a nemocniční ošetřování) pojištěncům i rodinným příslušníkům.

V peněžitých dávkách se poskytuje jen pojištěncům denní nemocenská podpora, odstupňovaná podle deseti mzdových tříd v pojištění dělnickém a podle patnácti mzdových tříd v pojištění úřednickém a hornickém.

Poněvadž v úřednickém nemocenském pojištění dávky peněžité nemají toho významu jako v pojištění dělnickém, vytvořily se během doby zvláštní spolkové a zapsané nemocenské pokladny, které převážně pojišťují úředníky, pro něž po stránce dávkové v r. 1926, kdy vstoupil zákon o novém sociálním pojištění v život, byly ponechány v platnosti dřívější předpisy o nemocenském pojištění, až do nové připravované speciální úpravy úřednického pojištění. Toto pojištění na rozdíl od dělnického vyznačuje se nákladnější individuální léčebnou péčí, zejména poskytováním organizované volné volby lékařů, která jest za určitých omezení u těchto pojišťoven možná, poněvadž, jak již bylo řečeno, není kladena taková váha na dávky peněžité. Úředníci, obchodní pomocníci jsou chráněni zvláštním zákonem o výpovědi v případě nemoci

a požívají také zpravidla po dobu nemoci od zaměstnavatelů aspoň v prvních dobách nemoci požitky.

Denní nemocenská podpora činí přibližně $\frac{2}{3}$ střední mzdy té které třídy. V Československu otázka mzdových tříd proběhla několika fázemi, aniž se podařilo nalézt řešení vyhovující pojištěncům i potřebám nositelů pojištění. O zařazování pojištěnců do mzdových tříd bylo několik sporů. Původně v nemocenském pojištění bylo použito mzdy t. zv. „v místě obvyklé“, případně odstupňované podle kategorií.

V roce 1917 byly zavedeny mzdové třídy podle skutečné denní mzdy, a tedy zpravidla mzda týdenní byla vyjádřena šestinásobkem denní mzdy.

V roce 1920 neúmyslně přešel zákon do pojmu výdělku připadajícího na kalendářní den, to jest výdělek dosažený za pracovní týden (zpravidla s 48 hod. práce) se dělil 7 a byla-li smluvna pouze mzda denní, bylo nutno tuto krátit poměrem šesti sedmin.

Zákon z roku 1924 vrátil se k pojmu střední denní mzdy, avšak činil rozdíl pro osoby pracující 7 dní v týdnu. Teprve novela z roku 1928 vrátila se ke stavu z roku 1917.

Formy mzdy se mění, začíná převládat mzda úkolová, kombinovaná se zaručenými minimálními výděly. To nutí k zjišťování mzdy střední, pravděpodobně nebo obvykle na týden připadající a tím otvírá se pole dohodám o zařazování podle kategorií, čili praxe vrací se k původní myšlence použité — byť i v jiné formě před 40 lety.

Denní nemocenská podpora činí v jednotlivých třídách tyto částky:

V pojištění dělnickém:			V pojištění úřednickém a hornickém		
	při střední mzdě			při střední mzdě	
I.	2.70	4	I.	1.40	2
II.	5.—	8	II.	2.70	4
III.	7.50	12	III.	4.—	6
IV.	10.—	16	IV.	6.—	9
V.	13.—	20	V.	8.—	12
VI.	16.—	24	VI.	10.—	15
VII.	18.—	27	VII.	12.—	18
VIII.	20.—	30	VIII.	14.—	21
IX.	22.—	33	IX.	16.—	24
X.	24.—	36	X.	18.—	27
			XI.	20.—	30
			XII.	22.—	33
			XIII.	24.—	36
			XIV.	26.—	39
			XV.	28.—	42

Nemocenská podpora se poskytuje po dobu pracovní neschopnosti způsobené nemocí, počínaje třetím dnem pracovní neschopnosti a konče po uplynutí jednoho roku. Má tedy československé pojištění dělnické dnes dvoudenní absolutní karence. Ustanovení o karence byla v Česko-

slovensku niekoľikráté mēnēna. Původně v rakouské úpravě zákona byla až do roku 1917 zavedena třídní relativní karence, t. j. nemocenská podpora se vyplácela od prvního dne pracovní neschopnosti, trvala-li tato aspoň tři dny. Proti tomuto způsobu bylo namítáno, že svádí k tomu, aby pojištěnec, u něhož nemoc vyvolala neschopnost k práci pouze na den nebo dva dny, předstíral nemoc i v třetím a čtvrtém dnu, aby dosáhl nemocenské podpory.

Pro relativní karenci se uvádějí důvody sociální i lékařské; ví-li dělník, že dostane nemocenskou podporu i za první den nemoci, vyhledá dříve lékařskou pomoc a tím často může býti zabráněno zhoršení a prodloužení nemoci.

V roce 1917 byla tato relativní karence nahrazena dvoudenní karencí absolutní s ohledem na to, že současně v sociální ochraně dělnické změnou zákona občanského (§ 1154b) byla uložena zaměstnavateli povinnost poskytovat nemocnému dělníku po dobu jednoho týdne plnou mzdu.

V novele z roku 1920 byla absolutní karence zase odstraněna a nahrazena relativní karencí podle původního znění zákona. Bylo to vyvoláno tím, že se pomýšlelo na brzkou změnu zákona o ochraně dělníků po dobu nemoci, k níž pak v r. 1921 skutečně došlo. Zaměstnavatelé namísto placení mzdy v prvním týdnu nemoci platí určité částky mzdy (10%—30%) po dobu až 6 týdnů, trvala-li nemoc déle než 14 dní.

Zákon o sociálním pojištění z r. 1924 se zase vrátil k absolutní karenci třídní, avšak zmírněné tím, že trvala-li nemoc déle než 14 dní zkracovala se karence na dva dny, t. j. doplácela se nemocenská podpora za 1 den po 14 dnech.

Opatření toto se také neosvědčilo a tak v novele zákona o sociálním pojištění z r. 1928 (č. 184 Sb. z. a n.) došlo opět k zavedení dvoudenní absolutní karence jako v roce 1917.

Karence v nemocenském pojištění se používá jako ochrany před zbytečným uplatňováním nároku na plnění v případech pro pojištěnce hospodářsky bezvýznamných, ale zdá se, že nemá toho ochranného významu, který se jí přikládá.

Vliv různých ustanovení karenčních lze sice teoreticky určit, prakticky však dá se těžko prokázat do jaké míry jsou oprávněné výtky proti absolutní karenci s hlediska lékařského a proti relativní karenci s hlediska hospodářského. Vyžadovalo by podrobného statistického zkoumání, aby o této otázce mohl býti pronesen odůvodněný definitivní úsudek. Posuzuje-li se věc pouze s hlediska peněžní funkce pojištění, sluší zajisté dáti přednost několikadenní absolutní karenci, která dovo-luje nižší ocenění závazků nositele pojištění.

Nemocenská podpora vyplácí se i v mateřství, ale zpravidla jen pojištěnkám. Mateřství je chráněno poskytováním podpory po dobu 6 neděl před porodem a 6 neděl po porodu a kromě toho poskytuje se ve výši poloviny nemocenské podpory prémie na kojení, nejdéle po dobu 12 týdnů po porodu. Pojišťovny mohou za určitých hospodářských podmínek poskytovat dávky v mateřství i rodinným příslušníkům, ale neutě-

šená finanční situace dělnických pojišťoven tou dobou brání rozšíření této dávky.

Technické ocenění těchto dávek nenaráželo by na obtíže, poněvadž lze opatřiti poměrně snadno podrobnější statistické podklady. Obdobně bylo by snadné i technické ocenění pohřebného, které se poskytuje oprávněným pozůstalým ve výši třicetinasobku střední denní mzdy. Obtížnější jest již ocenění pohřebného, které se poskytuje pojištěncům, zemřel-li jejich rodinný příslušník v částkách od 60— do 250— Kč. Ale i zde lze použití kolektivních metod vžitých již v pojištění invalidním a starobním pro důchod vdovský a sirotčí.

Obtíž pojistně technicky oceniti peněžitě dávky v případě nemoci vyvěrá hlavně z toho, že nejsou, a v dělnickém pojištění snad ani nemohou být k dispozici spolehlivé statistické podklady. Dělnické nemocenské pojištění je příliš vydáno přímým vlivům hospodářského života. Každou poruchu normálního hospodářského chodu a každou změnu ve výrobních poměrech nemocenské pojištění ucítí a velmi citlivě na ně reaguje. Kromě toho v některých pracovních odvětvích sezonních, na příklad v živnostech stavebních, je nemocenské pojištění vítaným přechodem z činnosti nesamostatně výdělečně činné do činnosti samostatné. Nemocenské pojištění československé má s ohledem na sociální svou funkci tak zvanou ochrannou lhůtu, t. j. každému zaměstnanci ponechává se po výstupu ze zaměstnání nárok na plnění nositelem pojištění po tak dlouhou dobu, po jakou byl pojištěn, nejdéle však po dobu 6 neděl.

Tím, že v Československu není náležitě pojištění proti nezaměstnanosti a dosavadní opatření o podporách v nezaměstnanosti při gentském systému nemohlo dosáhnouti dávek, jaké má pojištění nemocenské, je přirozeným zjevem, že nemocenské pokladny nesou risiko nezaměstnanosti.

Technické zachycení toho jest však velmi obtížné; i kdyby nemocenské pojišťovny měly velmi dobře vybudovanou lékařskou a laickou kontrolu, přece se jim nepodaří uchrániti se následků tohoto risika.

S tohoto hlediska jsou povinné nemocenské pojišťovny určitým ochranným nárazníkem; bez nich by politický život ucítíl mnohem větší otřesy hospodářských poměrů; je přirozeno, že v této funkci, která nemůže míti pevných hranic, záleží na subjektivní spolehlivosti lékařské služby i vedoucích úředníků pojišťoven, která se nedá zachytiti tak, aby mohla býti početně oceněna.

Působí-li obtíže ocenění peněžitých dávek, ještě nesnadnější je úkol při trvalém ocenění dávek naturálních, to jest léčebné péče.

Ve spojení s peněžní funkcí pojištění se věc komplikuje tak, že často bývá pronášena obava, zdali vůbec dělnické nemocenské pojištění po této stránce splňuje své poslání. Mezi peněžitými dávkami v nemoci a mezi léčebnou péčí jest tak úzká souvislost, že jedna jest funkcí druhé, t. j. cesta k dosažení nemocenské podpory vede přes lékaře a s poukazem lékaře zpravidla je spojen i výdaj za léky. Jde-li o nemocí předstírané, aneb o choroby práci nevyklučující, pak náklad na lékaře a léky

je pouze zbytečným výdajem provázejícím vlastní výplatu podpory v nezaměstnanosti.

V krajích republiky, ve kterých určitá odvětví průmyslová stále bojují o uchování své existence, neb dokonce v krajích, kde celá odvětví průmyslová pozvolna vymírají, je hospodářská situace zaměstnanců tak neutěšená, že to nezůstává bez vlivu na zdravotní stav pojištěnců. Poněvadž i krátkodobé pojištění (třeba i den trvající zaměstnání) opravňuje k nároku na nemocenskou podporu až po dobu jednoho roku, je pochopitelné, že nemocenské pojišťovny v těchto územích těžce udržují svoji finanční rovnováhu; nepomohla by jim sebelepší soustava pojistné technické úhrady, poněvadž předpoklady její stálosti by byly hromadnými zjevy v nezaměstnanosti zvráceny.

To jsou asi hlavní obtíže, které nedovolily, aby nemocenské pojištění bylo vybudováno na kapitálovém podkladě průměrného pojistného, a není naděje, že by v budoucnu nemocenské pojištění dělnické — jako pojištění krátkodobé — bez náležité ochranné sítě pojištění v nezaměstnanosti, mohlo do takové soustavy dlouhodobých plánů početných přejíti. Nezbyvá tedy, než se spokojiti s jednoduchou úhradou pojištění, t. j. s úhradou rozpočtovou (rozvrhovou) při tvoření určitých kolektivních rezerv.

Příspěvek v československém pojištění se do roku 1921 pohyboval asi kolem 3% obvyklé mzdy, pak při rozšíření dávek a zavedení rodinného pojištění zvýšil se na 6 $\frac{2}{3}$ % střední denní mzdy, resp. na 5.7% týdenního výdělku a dnes činí středně 5.08% započítatelné střední denní mzdy, převedeno na skutečnou mzdu 5.92%. Příspěvek odvádí zaměstnavatel, je však oprávněn při výplatě mzdy strhnouti si na dělníka připadající část, která do roku 1921 činila dvě třetiny a od 1. ledna 1921 činí polovinu.

Z příspěvku má se nashromážditi rezervní fond ve výši jednoročního středního vydání z průměru tří let.

Posuzuje-li se československé nemocenské pojištění podle kvantity dávek, nelze mu vytknouti nedostatky. Je však třeba prohloubení po stránce kvality léčebné péče a tu v popředí stojí otázka organizace lékařské služby. Nemůže býti sporu o tom, že ideální formou by byla svobodná volba lékaře, v níž lékař může uplatniti všechny hodnoty svobodného svého povolání a pojištěnec ve své důvěře k němu nalezne jeden z prvních předpokladů úspěšného léčení. V nemocenském pojištění mohla by po této stránce svobodná volba lékařů přinést nejlepší úspěchy, kdyby nepřekážel tomu fakt, že nemocenské pojišťovny ve své funkci peněžní chrání pojištěnce nejen proti následkům nemoci, ale také proti následkům nedostatečného výdělku, nebo dokonce jeho ztráty.

Kdyby v nemocenském pojištění dělnickém šlo pouze o to, aby lékař byl poradcem pojištěncovým, může-li pojištěnec vykonávati práci bez trvalé újmy svého zdraví, a nikoliv o to, aby lékař svým výrokem rozhodoval, zda dělník je oprávněn k požitku dávek peněžitých, mohlo by svobodně povolání lékařské dojíti ve veřejném nemocenském pojištění svého uplatnění. Ovšem i pak bylo by nezbytno svobodu lékaře omeziti,

poněvadž nositel pojištění nemohl by býti vydán tomu, aby nesl náklady všech opatření a zákroků lékaře, které sice mohou býti lékařskou teorií odůvodněny, ale jejichž výsledky nezaručují úspěchu.

Sem spadá otázka předpisování specialit a tak zvaných mimořádných lékařských výkonů jak diagnostických, tak i terapeutických. Není věci snadnou v technice veřejného pojištění stanoviti hranice, v jejichž rámci je možno lékařskou péči usměrnit, zejména jde-li o opatření sociální, jehož váha spočívá v kolektivním významu pojištění.

Kdyby nemocenské pojištění dělnické vyvěralo z individuálního soukromého pojištění a mělo v sobě pouze složku náhrady škody způsobené nemocí po stránce výdajů na lékařskou pomoc a léky, bylo by možno požadovati i poskytnutí nebo náhradu za veškerá opatření směřující ne-li k odstranění, aspoň k utišení bolesti a ostatních nepříjemných zjevů chorob.

Má-li však nemocenské pojištění míti na mysli zájem kolektivu a v něm přihlížeti k tomu, aby nemoci nevznikaly, a vzniknou-li, aby byly v zárodku potlačeny, t. j. mají-li nemocenské pojišťovny ať samy, neb ve svých organizacích, budovati ambulateře, diagnostické stanice vybudované všemi moderními pomůckami, v nichž by lékařům i pojištěncům dostalo se aspoň relativně spolehlivé jistoty o správnosti včasné diagnosy, pak přesouvá se pojem individuálního pojištění na pole lidového zdraví. Početní technika přestává býti složkou rozhodující, pojištění mění se pohnáhlou v sociální opatření a příspěvek přestává býti pojmem pojistně-technickým, stává se veřejnou dávkou z pracovního poměru.

Pouze s malými změnami platí to, co bylo řečeno o lékařské pomoci i o ústavním ošetření. V československém nemocenském pojištění nesou nemocenské pojišťovny velkou část nákladů na veřejné nemocnice, poněvadž hradí po prvních 28 dnů nemoci celou denní ošetrovací sazbu a po uplynutí těchto 28 dnů, jde-li o pojištěnce, kteří nemají rodinných příslušníků, platí polovinu nemocenské podpory nemocnicím.

Teoreticky zajisté nemocniční ošetření poskytuje poměrně nejspolehlivější záruku brzkého vyléčení choroby; prakticky však se tento fakt vždy neosvědčuje, poněvadž je nutno počítati s hospodářským zájmem veřejných nemocnic, který vede k tomu, že při nedostatku lůžek byly odmítány i těžší případy ústavního ošetření vyžadující a naopak při dostatečném počtu volných lůžek jsou v nemocnicích ponechány osoby, které nezbytně nemocničního ošetření nepotřebují.

Kromě toho přichází v úvahu nedostatek speciálních nemocnic — ústavy pro léčení tuberkulózy, rakoviny, dále lázně a pod.

Soukromé ústavy vybudované na principu obchodním není možno podržiti zájmům nositelů pojištění a tak nezbyvá, než tuto speciální léčbu vyjmouti z běžného pojmu individuálního pojištění a nahraditi ji sociálním opatřením. Pak poskytování tohoto speciálního léčení nelze považovati za dávku povinnou, na kterou má pojištěnec za všech okolností žalovatelný nárok, ale musí se definovati tak, že o ní rozhoduje

určitý lékař pojišťovny (úředník pojišťovny), neb správa pojišťovny, z jejichž rozhodnutí není odvolání.

Postupem doby stále víc a více se stírá individuální ráz pojištění. Léčebná péče přesunuje se na určité lékaře, pojištěncům nedovoluje se dožadovati se pomoci lékařů jiných a lékaři jsou omezováni na určité léky a určité léčebné pomůcky.

Individuální ráz pojištění v peněžitých dávkách pozbývá smyslu a placení příspěvku pojistného, odstupňovaného podle individuálních mzdových tříd přestává býti účelným. To platí zejména tam, kde se ve větším měřítku vyskytují mzdy úkolové, které stejně činí ilusorní třídy vybudované na časových mzdách.

Není proto daleka doba, kdy bude uvažováno o tom, aby aspoň v agendě příjmové odpadlo administrativně drahé i neúčelné vyměrování a placení podle mzdových tříd a bylo nahrazeno vybíráním pojistného ze mzdy kolektivní.

Mzdy v podniku vyplácené mohou tvořiti podklad pro výměru pojistného (veřejné dávky), při čemž ovšem bylo by třeba v malých podnicích pamatovati na paušalování neb na stanovení pojistného podle kategorií. Není-li individuální pojišťovací spravedlnosti v dávkách, není důvodu, aby bylo trváno na této spravedlnosti v příspěvcích.

Požadavky, které na nemocenské pojištění jsou kladeny, stoupají tak, že budí oprávněnou obavu, zdali nebude třeba omezovati dávky i co do rozsahu. Je to na příklad rodinné pojištění, které nejen v Československu, ale patrně i v cizině vyžaduje stále stoupajících nákladů, o nichž nelze prozatím prokázati, že jsou skutečně nezbytné. Vede-li v nemocenském pojištění cesta k dosažení i primitivního léku — domácího prostředku neb léčebné pomůcky — jen přes lékaře honorovaného za výkon, dochází se k neutěšenému závěru, že bude třeba i v dělnickém pojištění omezovati tyto dávky, poněvadž pro jednotlivce nemají hospodářského významu a ve svém celku kumulací ohrožují sociální poslání institucí.

Nemocenské pojišťovny dělnické jsou současně místními orgány Ústřední sociální pojišťovny, která je nositelem pojištění invalidního a také dozorcím orgánem nad nemocenskými pojišťovnami.

Nemocenské pojišťovny zachycují pro Ústřední sociální pojišťovnu průběh invalidního a starobního pojištění a podávají o něm na tak zvaných výkazových lístečích v ročních intervalech zprávy Ústřední sociální pojišťovně.

Výkazové lístky, jichž počet lze ročně odhadnouti as na 5,400.000, obsahují nejen záznamy o pojištění invalidním, ale také nejdůležitější data morbiditní a bude z nich strojově v nejbližší době zpracována obsáhlá a podrobná statistika nemocenského pojištění, jejímž nedostatkem dosud trpělo.

Za republiky byla sice vybudována hospodářská statistika náležitě členěná, která dovoluje dosti podrobný přehled o hospodářském stavu pokladen a také i v úhrnných kolektivních měrných číslech poskytuje obraz o průběhu pojištění. Procento onemocnění, procento

onemocnělých, procento zemřelých, délka trvání nemoci, počet nemocenských dnů, morbidita atd. jsou jistě cennou pomůckou úsudkovou, ale zdaleka nestačí k tomu, aby na jejím podkladě mohly býti vyvozeny závěry potřebné k dalším účelným úpravám pojištění. Nemocenské pojišťovny ve větším měřítku nesledovaly morbiditní poměry podle stáří a povolání pojištěnců, podle diagnos atd. Strojové zpracování obsáhlého materiálu dovolí položit základy vědecké statistiky o nemocnosti, po které je již dávno voláno.

Ve všech statistikách veřejného pojištění působí značné obtíže stanovení vhodných souhrnů při fluktuaci pojištěnců. Pojištění jest vázáno na pracovní poměr. Kolikráte se mění během roku pracovní poměr, tolikráte vyskytuje se o tom v počtu pojištěnců záznam. Obvyklé způsoby středních čísel selhávají; nevystačí se s tím, aby stav na počátku a konci roku byl rozhodující a jest třeba podrobnějšího členění.

V Československu byl převzat způsob rakouský z měsíčních dat, a sice tak, že se stav pojištěnců z prvního dne každého měsíce a z posledního dne roku sčítá a dělí 13. Ale ani tento způsob nevystihuje přesné poměry, poněvadž velmi často se stává, že směrdatný den spadá na určitý kalendářní den v týdnu, na příklad neděli, již se krátkodobé sezonní práce nepočínají, zejména v zemědělství.

Jedině správný způsob by tedy snad bylo zachycování denního stavu pojištěnců, z něhož přichází se pak k pojmu celoročních pojištěnců.

Typ celoročního pojištěnce mohl by býti definován tak, že by se počet všech dnů, za něž bylo zapláceno pojistné v roce, dělil počtem dnů kalendářních. Obtíž by ještě spočívala v zachycení dnů tak zvaných ochranné lhůty po vystoupení ze zaměstnání.

V roce 1929 byl v jednotlivých měsících roku stav pojištěnců, podléhajících dělnickému pojištění tento:

Měsíc	Počet všech pojištěnců		
	mužů	žen	celkem
Leden	1,381.285	810.205	2,191.490
Únor	1,201.864	737.494	1,939.358
Březen	1,377.047	830.193	2,207.240
Duben	1,541.634	872.003	2,413.637
Květen	1,689.614	921.620	2,611.234
Červen	1,753.177	941.759	2,694.936
Červenec	1,758.544	933.428	2,691.972
Srpen	1,736.214	944.479	2,680.693
Září.	1,726.531	934.084	2,660.615
Říjen	1,724.985	939.392	2,664.377
Listopad	1,707.812	926.722	2,634.534
Prosinec	1,572.972	880.909	2,453.881
Rok 1929	1,609.844	896.346	2,506.190

O statistice nemocenského pojištění byly vydány ministerstvem sociální péče republiky Československé statistické publikace, z nichž poslední zahrnuje rok 1925. Od roku 1926 přejímá tuto povinnost Ústřední sociální pojišťovna. Rok 1926 není však statisticky ucelen, poněvadž nový zákon z roku 1924 počal působiti teprve 1. července 1926 a proto výsledky roku 1926 nepodávají správného obrazu.

V zákoně č. 221/24 bylo pojistné pro pojištění nemocenské příliš nízce stanoveno, a vykazují proto téměř všechny nemocenské pojišťovny v roce 1927 značný schodek (celkem Kč 68,073.204.09).

Nedostatečné pojistné vzniklo hlavně tím, že stanovena sazba 5% středního denního výdělku byla vybírána pouze za 6 dnů, t. j. za dny pracovní, nehledě k těm pojištěncům, u nichž práce byla nepřetržitá, trvala i v neděli a kteří platili pojistné za 7 dní v týdnu.

V procentech vyjádřeno pracovalo 73.86% pojištěnců 6 dní v týdnu a 26.14% pojištěnců 7 dní v týdnu. Poněvadž šlo většinou o čeleď a pomocnice v domácnosti, byly tyto osoby zařazeny do nízkých mzdových tříd, a tedy v příspěvku jsou zastoupeny částkami mnohem nižšími.

Když bylo prokázáno, že hospodářská situace nemocenských pojišťoven se rapidně horší a spěje ke katastrofě, došlo v novele z r. 1928 ke změně ustanovení o vybírání pojistného a vybírá se dnes pojistné nejen za každý den pracovní, ale také za neděle.

Ustanovením nového zákona zvyšuje se pojistné a lze doufat, že se stanovením nových sazeb od 1. ledna 1930 podařilo aspoň částečně postavit nemocenskou pojišťovnu na spolehlivější finanční základnu.

Od 1. ledna 1930 vybírají dělnické nemocenské pojišťovny pojistné podle sazeb uvedených v tabulce č. 1.

Tabulka

Druh pojišťovny	Počet nemocenských pojišťoven,							
	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	5.-
	procent							
Okresní	—	1	2	22	3	57	1	24
Zemědělské	—	—	—	4	—	10	—	10
Závodní	8	—	1	—	—	11	—	—
Společenstevní	2	5	—	5	—	9	—	2
Spolkové	—	—	—	—	—	—	—	1
Zapsané	—	1	—	1	—	3	1	1
Celkem	10	7	3	32	3	90	2	38

Střední sazby pojistného u jednotlivých druhů pojišťoven jsou asi tyto:

okresní	5·1%	střední denní mzdy,
zemědělské	5·3%	„ „ „
závodní	4·5%	„ „ „
společenstevní	4·7%	„ „ „
všechny pojišťovny	5·1%	„ „ „

Stručně shrnutá kritika československého dělnického nemocenského pojištění jest asi tato:

Rozsahem dávek a okruhem pojištění stojí v popředí podobných sociálních opatření v cizině a v dohledné době není třeba kvantitu dávek rozmnožovati.

V posledních letech mělo však nedostatečný příspěvek, čímž ztěžovalo se a ztěžuje dosud prohloubení daných úkolů.

Pojišťovny dnes nejvíce potřebují několik let klidu ke konsolidaci svých poměrů, poněvadž rychlý jejich vzrůst v četných případech nedovolil hlubšího upevnění hospodářských a administrativních základů.

Po stránce organizační je nevýhodné, poněvadž nemá jednotných teritoriálních pojišťoven, které by byly doplněny centrálním opatřením směřujícím k vyrovnání risik. Postačil by i společný rezervní fond, z něhož by se uhrazovaly schodky, plynoucí z nahodilých nepříznivých morbiditních poměrů (epidemie a pod.) a vyrovnávaly příliš velké rozdíly morbiditních a hospodářských poměrů jednotlivých pojišťoven.

Komplikované správní orgány, 12členné představenstvo, složené z 9 zástupců pojištěnců a 3 zaměstnavatelů, 12členný dozorčí výbor, skládající se obráceně z 9 zástupců zaměstnavatelů a 3 pojištěnců a konečně společné schůze těchto orgánů ztěžují a zdražují administrativu.

Pro organizaci léčebné péče, zejména lékařské pomoci, musí být hledána nová základna. Jest třeba pečovati o výchovu lékařů, hodla-

číslo 1.

které vybírají pojistné ve výměře:										
5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	6.-	6.5	7.5
ze mzdy										
1	4	23	1	27	2	2	1	16	2	1
—	4	3	—	8	—	—	1	8	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	8	27	1	35	2	2	2	25	2	1

vlastních ambulatorií a léčebných ústavů jest možno podepřítí péči o zdraví pojištěnců a jejich rodinných příslušníků; nebude lze se zasta-

jičích se této službě věnovati, a to již na universitách. Vybudováním viti ani před zřizováním vlastních lékáren a továren na léčiva, poněvadž zájem velké části obyvatel státu toho vyžaduje.

Pojištění sice postupně pozbývá individuálního charakteru ve smyslu pojistně technickém, ale plní své poslání v rámci kolektivních sociálních opatření státu; proto bude účelné tomuto přirozenému vývoji nebrániti.

PŘÍLOHA.

K ilustraci hospodářských poměrů československých nemocenských pojišťoven dělnických připojuje se výňatek ze statistiky nemocenského pojištění za rok 1927.

V nejbližší době bude úplná statistika vydána tiskem, bude obsahovati francouzský a německý překlad textu i nadpisů tabulek a bude dána na knihkupecký trh, aby byla všem zájemníkům přístupna.

Pro případ nemoci bylo v pozorovacím roce u 307 pojišťoven průměrně pojištěno 2,494.018 pojištěnců, z nichž připadalo 1,618.743 na muže a 875.275 na ženy.

Během pozorovacího roku onemocnělo, porody v to nepočítajíc, 1,112.481 pojištěnec. Případů onemocnění, taktéž bez porodů, bylo 1,379.919. Počet odškodněných nemocenských dnů, připadajících na tato onemocnění, byl 28,166.010. Během pozorovacího roku porodilo celkem 37.783 pojištěnek. Na tyto porody připadalo celkem 2,326.899 nemocenských dnů, z nichž 884.429 na těhotenství a 1,442.470 na šestinedělí. Celkem prémie na kojení byla vyplacena 33.140 matkám a byly vyplaceny prémie za 2,601.170 dnů. Počet případů onemocnění a porodů dohromady byl 1,417.702 a připadalo na ně celkem 30,492.909 odškodněných nemocenských dnů. Během roku zemřelo 16.814 pojištěnců a to 12.414 mužů a 4400 žen.

Z 10.000 pojištěnců během pozorovacího roku onemocnělo 4461 pojištěnec. Případů onemocnění taktéž na 10.000 pojištěnců bylo 5533. Na 10.000 pojištěnek připadalo průměrně 432 porodů.

Morbidita, t. j. počet odškodněných nemocenských dnů, připadajících průměrně na jednoho pojištěnce, byla:

u mužů	11·46,
u žen bez porodů	10·99,
vůbec bez porodů	11·29,
u žen i s porody	13·65,
celkem i s porody	12·23.

Procento úmrtnosti bylo 0·67. Jeden případ onemocnění vyžádal si průměrně 20.41 dnů. Průměrný denní stav nemocenský byl 83.542, vyjádřený v procentech průměrného počtu pojištěnců 3.35.

ÚČETNÍ VÝSLEDKY FINANČNÍHO HOSPODÁŘSTVÍ.

Celkové příjmy nemocenských pojišťoven činily Kč 867,813.645·50, celková výdání činila Kč 935,886.849·59, končilo tedy roční hospodářství schodkem Kč 68.073.204·09.

Na pojistném nemocenského pojištění bylo předepsáno celkem Kč 781,414.114·74 a činilo tudíž pojistné nemocenského pojištění 90.04% všech příjmů.

Na pojistných dávkách jak pojištěnců, tak i příslušníků rodinných bylo vyplaceno celkem Kč 737,253.167·69, t. j. 78·78% všech výdání čili 94.35% nemocenského pojistného.

Na peněžitých dávkách bylo vyplaceno pojištěncům 398,113.749·95 Kč, rodinným příslušníkům Kč 15,009.341·59, celkem tedy — Kč 413,123.091·54. Léčebná péče vyžádala si nákladu u pojištěnců Kč 256,372.682·08, u rodinných pojištěnců Kč 65,632.762—, celkem tedy Kč 322,005.444·08. Na dodatečných pojistných dávkách bylo celkem vyplaceno Kč 2,124.632·07.

Reservní fond, který činil na počátku pozorovacího roku Kč 464,197.731·51, poklesl ke konci roku na Kč 395,774.352·69. Tento pokles byl způsoben jednak ročním schodkem v hospodářství Kč 68,073.204·09, jednak dodatečným zřízením fondu podle § 271 zák. 221/24 ve výši Kč 350.174·73 u dvou okresních nemocenských pojišťoven v Čechách. Uvedený fond je zřízen k podpoře bývalých členů likvidovaných nemocenských pokladen, jichž jmění převyšovalo v poměru předaného počtu pojištěnců rezervní fond okresní nemocenské pokladny, která se podle § 266 zák. č. 221/24 přeměnila v okresní nemocenskou pojišťovnu.

Průměrný schodek rezervního fondu vyjádřený v procentech pojistného byl 8·71%.

Jednotlivé výdajové položky činily:

	v % celkového výdání	v % pojistného nemocenského pojištění	na 1 pojištěnce připadá Kč
Peněžitá dávková:			
nemocenské	37.41	44.81	140.39
podpory v šestinedělí a náhrady porodních asistentek	2.43	2.91	9.12
podpory v těhotenství	0.95	1.14	3.58
prémie za kojení	1.74	2.08	6.51
pohřebné	1.62	1.93	6.05
peněžitá dávková celkem	44.15	52.87	165.65
Léčebná dávková:			
náklady na lékaře	14.57	17.46	54.69
výdaje za léky a léčiva	10.89	13.04	40.88

	v % celkového vydání	v % pojistného nemocenského pojištění	na 1 pojištěnce připadá Kč
náklady za ošetř. v nemocnici a jiných léčeb- ných ústavech a za dopravu	8.94	10.71	33.54
léčebné dávky celkem	34.40	41.21	129.11
dodatečné dávky za léta minulá	0.23	0.27	0.85
pojistné dávky celkem	78.78	94.35	295.61
útraty správní (užší útraty správní, nemoc. kontrola a přisp. ke svazům pojišťoven*)	17.24	20.64	64.67
jiná vydání	3.98	4.78	14.97
úhrnem	100.—	119.77	375.25

(Příspěvek byl téměř o 20% nižší než vydání!)

Na pojistném nemocenského pojištění průměrně na 1 pojištěnce připadalo Kč 313·32. Průměrné příjmy na 1 pojištěnce činily Kč 347·96. Správní výlohy vyžádaly si u nemocenských pojišťoven úhrnem částky Kč 161,303.146·89, z toho Ústřední sociální pojišťovna nemocenským pojišťovnám hradila výlohy spojené s invalidním a starobním pojištěním ve výši Kč 24,966.669·35, takže celkové správní výlohy, které si musily nemocenské pojišťovny v pozorovacím roce ze svých vlastních prostředků hraditi, činily Kč 136,336.477·54. Z úhrnných správních výloh Kč 161,303.146·89 připadalo na vnitřní administrativu nemocenských pojišťoven Kč 137,363.393·63, na nemocenskou kontrolu Kč 14,514.348·16 a na příspěvky ke svazům pojišťoven Kč 9,425.405·10.

Jak již výše uvedeno, vyžádaly si správní výlohy průměrně na 1 pojištěnce částky Kč 64·67. Ústřední sociální pojišťovna hradila průměrně na 1 pojištěnce Kč 10·01, takže správní výlohy, které nemocenské pojišťovny ze svých vlastních prostředků hradily, činily u jednoho pojištěnce průměrně Kč 54·66.

Výlohy jednoho nemocenského dne bez porodu činily Kč:

na nemocenském	12·43
na nákladech na lékaře	3·58
na lécích a léčivech	2·70
na ošetřování v nemocnicích a dopravu . . .	2·82
celkem	21·53.

Výlohy jednoho případu onemocnění činily Kč:

na nemocenském	253·73
na nákladech na lékaře	72·99
na lécích a léčivech	55·18
na ošetřování v nemocnicích a dopravu . .	57·62
celkem tedy	439·52.

*) Ve správních nákladech jsou zahrnuty náklady spojené s pojištěním nemocenským a částečně i s pojištěním invalidním a starobním.

Jeden porod vyžádal si celkem Kč 997.81, z této částky připadalo:
 na podpory v šestinedělí a náhrady porodním asistentkám . 433.59
 na podpory v těhotenství 227.39
 na prémie za kojení 336.83.

Jeden případ úmrtí vyžádal si částky Kč 611.71.

V roce 1927 nemocenské pojišťovny předepsaly na pojistném invalidním a starobním Kč 656,816.272.32 a Ústřední sociální pojišťovně odvedly (refundaci správních nákladů, léčebnou péči a jiné platy v to počítajíc) Kč 636,859.557.50.

Správní náklady Ústřední sociální pojišťovny činily Kč 31,803.354.06 a tudíž celkem veškeré správní náklady spojené s prováděním pojištění nemocenského i invalidního a starobního činily Kč 168,139.831.60. Úhrnný předpis pojistného nemocenského i invalidního a starobního činil Kč 1.438,230.387.06, tedy celkově správní náklady obou složek sociálního pojištění činily 11.69% úhrnného předpisu.

*

Technical methods for sickness insurance in Czechoslovakia.

(Abstract.)

This rapport has been published by Mr. Vl. Vydra as information to the last point of the program of the IX-th international congress of actuaries in Stockholm.

The article contains the development of the organization, the benefits and the contributions of the sickness insurance in Czechoslovakia. It points to the difficulties, which hinder the application of the mathematics in the sickness insurance in a greater measure and especially the dependence of the expenditures of the insurance societies on the economical situation, which transfers indirectly the sickness insurance in an unemployment insurance. We have not to our disposition statistical data in a sufficient measure, which may allow us to estimate the benefits in the usual way. The insurance contribution wins the character of a public contribution, the social insurance is losing by and by its character of the individual insurance and is passing in a form of social assistance.

In the past time, we have had an insufficient contribution, which was the cause of large losses. At the present time, the contribution is in average 5.1% of the average earnings and because the contribution is paid also for the Sunday, the average makes nearly 5.9% of the salary paid.

A short critic of our sickness insurance can be given as follows: With the benefits and the liability to insurance our law has a very good place in the social progress in the world, it does not seem to be necessary to augment in the next time the benefits. It is necessary to let the insurance institutions a longer time to their consolidation, because the rapid increase has not allowed a stabilisation in the whole financial situation.

The administration is not advantageous, for we have not a type of territorial insurance institutions, which can be completed also by a central institution, to balance the risk.

The administration being very complicated, it is necessary to search a new basis for the organisation of the treatment benefits and medical benefit and to build also ambulances and sanatoria. The interest of the insured persons demands the building of own pharmacies and pharmaceutical manufactories, in order to receive cheap medicaments.

Sur une transformation de la théorie des équations intégrales.

Otomar Pankraz.

Dans un essai intitulé „Application des équations intégrales de Volterra dans la statistique mathématique“*) étudie M. le Prof. E. Schoenbaum une équation integro-différentielle très importante pour la description de décomposition d'ensemble statistique à travers le temps. On sait que tel équation se réduit à une équation intégrale. M. Schoenbaum fait (entre autres) cette réduction par une substitution analogue à celle de la théorie des équations différentielles.

Cette substitution est remarquable au point de vue de la théorie des fonctions permutables de M. Volterra. Je vais démontrer qu'elle se rattache aux fonctions permutables du groupe du cycle fermé.

En m'appuyant sur la notion du groupe j'expose d'abord quelques théorèmes fondamentaux de la théorie des fonctions permutables et puis je démontre un théorème qui comprend le résultat cherché.

I.

Soit une fonction $F(x, y)$ de deux variables réelles x, y continue et bornée dans une domaine tel que $a \leq x \leq y \leq b$. Ayons en outre une autre fonction $G(x, y)$ de la même propriété et formons une nouvelle fonction

$$R_1(x, y) = \int_x^y F(x, \xi) G(\xi, y) d\xi.$$

Nous dirons que la fonction R_1 est formée par une opération appelée la composition de fonction F avec la fonction G . La fonction R_1 sera nommée la résultante de cette composition. Symboliquement on peut écrire

$$R_1(x, y) = \overset{\circ}{F} \overset{\circ}{G}(x, y) \text{ ou } = \overset{\circ}{F} \overset{\circ}{G}$$

*) Voir Rozprawy Česká Akademie II tř., 1917.