

# Organizacja Kas Chorych w II Rzeczypospolitej

## Organization of Patients' Funds in the Second Republic of Poland

IZABELA JACH-MĘCZEKALSKA

Studium Doktoranckie, Katedra Doktryn Polityczno-Prawnych i Filozofii, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

System ochrony zdrowia w Polsce międzywojennej bazował na bismarckowskim modelu ubezpieczeniowym, który charakteryzował się obecnością wzajemnych relacji trzech podmiotów: płatnika-institucji ubezpieczeniowych czyli Kas Chorych, świadczeniodawcy np. szpitali i świadczeniobiorcy – pacjentów. Instytucja Kas Chorych została wprowadzona po raz pierwszy na mocy dekretu z dnia 11.01.1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby podpisanego przez Naczelnika Państwa Piłsudskiego i Premiera Moraczewskiego.

Nazwa Kas Chorych została zaczerpnięta z języka niemieckiego i pochodzi od słowa *Krankenkasse*, natomiast jako system ubezpieczeń społecznych Kasy Chorych były spuścizną po państwach zaborczych szczególnie po Prusach i Austrii. Jednakże powyższy akt prawny nigdy nie został uchwalony, nie był bowiem przekazany przez Naczelnika Państwa Sejmowi II Rzeczypospolitej do zatwierdzenia. W konsekwencji czego historycy uznają za realny początek historii ubezpieczeń w Polsce datę 20 maja 1920 roku czyli dzień uchwalenia ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. W świetle tego aktu prawnego Kasy Chorych były instytucjami ubezpieczeniowymi, które finansowały opiekę zdrowotną swoim ubezpieczonym członkom. Zapewniały one ubezpieczonym szeroki wachlarz świadczeń leczniczych np. bezpłatną pomoc lekarską czy zasiłki pieniężne. System ubezpieczenia zdrowotnego oparty był na zasadzie terytorialności, przymusu i samorządności. W myśl tej pierwszej Kasy Chorych miały istnieć w każdym powiecie bez względu na wielkość jego terytorium. Zasada przymusu polegała na obligatoryjnym członkostwie i przynależności do Kasy, w której dany pracownik posiadał miejsce zamieszkania. Kasy Chorych były również instytucjami samorządowymi czyli całkowicie niezależnymi od państwa oraz publicznymi. Oznaczało to, iż wykonywały zadania administracji państwowej z dziedziny opieki zdrowotnej i socjalnej, lecz nie były organami administracji publicznej.

**Słowa kluczowe:** *Kasy Chorych, płatnik, II Rzeczypospolita, ubezpieczenie zdrowotne, świadczenie lecznicze, bismarckowski model ubezpieczeniowy*

Health care system in the Second Republic of Poland was based on the Bismarck insurance model characterized by the relationship of three subjects: the payer – Patients' Funds, the providers – hospitals and the beneficiaries – patients. The first act which introduced the institution of Patients' Funds was an Act of 1919 about compulsory insurance in case of illness, signed by the Head of the country Marshall Piłsudski and the Prime Minister Moraczewski.

The name of Patients' Funds was introduced from the German word "Krankenkasse", as the health care system in the Second Republic in Poland was under the influence of German social law. However, the above mentioned act was never officially accepted by the Parliament, therefore the historians claim that the beginning of the new age of the social insurance policy was the Act of "Mandatory Insurance in case of illness". Patients' Funds were insurance institutions which financed health care for the insured. Patients' Funds offered the following benefits for the insured: free medical care and financial sickness allowances. The insurance system was based on three rules: territoriality, obligatory insurance and self-government. The first rule consisted of creating a Patients' Fund in every district, the second rule stated that every insured person had to belong to the Patients' Fund at the district of their place of residence. Regarding the third rule – Patients' Funds were independent from state and public institutions. They were not organs of public administrations but they realized tasks of public administration.

**Key words:** *Patients' Funds, payer, Second Republic of Poland, health insurance, health benefits, Bismarck model*

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 233-238

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.03.2015

Zakwalifikowano do druku: 15.03.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Izabela Jach-Męczecka

Studium Doktoranckie, Katedra Doktryn Polityczno-Prawnych i Filozofii, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet

im. A. Mickiewicza w Poznaniu

ul. Al. Niepodległości 53, 61-714 Poznań

tel. 61 829 31 16, e-mail: izajach@poczta.onet.pl

### Uwarunkowanie historyczne polskiego systemu ochrony zdrowia i definicja Kas Chorych

Ochrona zdrowia polskiego społeczeństwa należała do priorytetów i do najbardziej kluczowych zadań państwa polskiego po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku. Ludność w odrodzonej Polsce potrze-

bowiała spójnej i precyzyjnej polityki zdrowotnej oraz socjalnej. W gestii kształtującego się państwa pozostawała realizacja tych ważnych kwestii. Po długich latach niewoli władze państwowe zmuszone były do zapewnienia obywatelom opieki medycznej. Był to proces długotrwały i przechodził różne fazy. Kluczowym

etapem kształtowania się systemu ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej było wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych i powołanie instytucji ubezpieczeniowych w postaci Kas Chorych. Powyższe instytucje stworzyły pierwszy ogólnopolski system ubezpieczeń społecznych i zapoczątkowały rozwój polityki socjalnej w II Rzeczypospolitej. Ich rola polegała na zapewnieniu finansowania opieki lekarskiej wszystkim członkom Kas Chorych opłacających składkę ubezpieczeniową. Wysokość składki wynosiła 6,5% płacy ustawowej z czego 3/5 uiszczali pracodawcy, a 2/5 pracownicy. Ubezpieczenie w Kasie Chorych obejmowało kompleksowe pokrycie kosztów leczenia ubezpieczonego i członka jego rodziny, hospitalizacji czy też wypłatę zasiłków pieniężnych, połogowych i pogrzebowych [1]. Stanowiło to nawiązanie do bismarckowskiego modelu systemu ochrony zdrowia, w którym Kasy Chorych posiadały fundamentalne znaczenie i gwarantowały poprzez kontrakty głównie z publicznymi świadczeniodawcami wykonanie usług leczniczych na rzecz ubezpieczonego [2]. Polski system ochrony zdrowia posiadał bowiem uwarunkowania historyczne ponieważ pozostał pod głównie wpływem niemieckiego prawa socjalnego [3]. Warto podkreślić, iż w Prusach instytucja Kas Chorych funkcjonowała od 1883 roku i została adaptowana na ziemiach należących do zaboru pruskiego, natomiast w Austrii powyższa instytucja działała od 1888 roku i również adaptowano ją na ziemię okupowane przez zabór austriacki. Na terytorium zaboru rosyjskiego Kasy Chorych nie funkcjonowały. Dlatego też od podstaw tworzono je właśnie w byłym zaborze rosyjskim, zaś na pozostałym obszarze państwa polskiego Kasy Chorych już istniały i organizacja systemu Kas Chorych polegała na reorganizacji istniejącej już struktury [4].

Powstanie ubezpieczenia zdrowotnego jako instrumentu służącego rozwiązywaniu kwestii zdrowotnych społeczeństwa było następstwem wprowadzenia w Prusach końca XIX przez Ottona von Bismarcka wielu różnych form ubezpieczenia społecznego: ubezpieczenia na wypadek choroby wprowadzonego ustawą z 1883 roku, ubezpieczenia od wypadków wprowadzonego ustawą z 1884 roku, ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci wprowadzonego ustawą z 1889 roku. Bismarckowski system ubezpieczeniowy w postaci Kas Chorych zapoczątkowany w Prusach stał się wzorem dla innych krajów w Europie w tym i dla Polski [5].

### **Zasada terytorialności, samorządności przymusu**

Pierwszym polskim aktem prawnym, który bazował na niemieckim ustawodawstwie socjalnym i wprowadzał Kasy Chorych był dekret Naczelnika Państwa z dnia 11.01.1919 roku o obowiązkowym

ubezpieczeniu na wypadek choroby. Akt ten określał status prawny, organizację i strukturę wewnętrzną Kas Chorych. Nigdy jednak nie wszedł w życie, nie został bowiem zatwierdzony przez Sejm. Zastąpiła go ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Była ona najbardziej nowatorską ustawą w odrodzonej Polsce bowiem precyzowała postanowienia powyższego dekretu, przedstawiała szczegółowy tryb tworzenia i funkcjonowania Kas Chorych. Tworzyła również bardzo postępowy jak na tamte czasy system ubezpieczenia zdrowotnego opartego na zasadzie terytorialności, samorządności i przymusu. A jednostkami organizacyjnymi tego ubezpieczenia były właśnie Kasy Chorych [6].

W myśl zasady terytorialności powyższa ustawa stanowiła, iż „w celu obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby tworzy się Kasy Chorych po jednej na każdy powiat. W miastach mających ponad 50 000 ludności tworzy się oddzielne miejskie Kasy Chorych” [7]. Należy wywnioskować, iż powyższa ustawa dokonała rozróżnienia na Kasy powiatowe i miejskie. Ten pierwszy rodzaj Kas odpowiadał powiatowej jednostce terytorialnej danego województwa. Powierzchnia terytorialna Kas Chorych przedstawiała znaczne zróżnicowanie. W województwach wschodnich czyli w nowogródzkim, poleskim, wołyńskim, wileńskim i w województwach centralnych w białostockim, kieleckim, lubelskim, łódzkim, warszawskim obszary przynależne Kasom Chorych posiadały większe powierzchnie. Natomiast w województwach zachodnich czyli w poznańskim i pomorskim oraz w województwach południowych w krakowskim, lwowskim, stanisławowskim, tarnopolskim funkcjonowała spora ilość Kas Chorych [8]. Według J. Sadowskiej „zróżnicowanie Kas Chorych pod względem terytorialnym wynikało z uprzemysłowienia danej części kraju, a tym samym z liczby ubezpieczonych, jak również z istniejącej jeszcze z okresu zaborów organizacji ogólnomiejskich i wiejskich Kas terytorialnych w województwach zachodnich i południowych. W latach 1921-1928 zorganizowano 85 Kas Chorych na terenie województw centralnych i 32 Kasy w województwach wschodnich. W województwach zachodnich i południowych gdzie już wcześniej istniały tego rodzaju instytucje zachodzące zmiany miały charakter korekcyjny” [9]. Ogólnie na całym terytorium II Rzeczypospolitej w latach 1920-1929 występowały 287 Kas Chorych z czego 85 Kas przypadało na województwa centralne, 32 Kasy na województwa wschodnie, 55 Kas na zachodnie i 69 na południowe. W województwie Śląskim funkcjonowało 46 Kas. Jednakże pod wpływem złej sytuacji ekonomicznej jaka miała miejsce w Polsce pod koniec 1929 roku liczba Kas Chorych znacznie zmalała ze 287 do 100. Powyższe instytucje były zależne od różnego rodzaju procesów ekonomicznych,

które zachodziły we wszystkich sferach gospodarki narodowej.

Na obszarze województw centralnych utworzono 19 Kas Chorych, w województwach wschodnich 8, w województwach zachodnich 15, natomiast w południowych 18. Kasy Chorych na Śląsku Cieszyńskim połączone w jedną. W momencie zmian organizacyjnych zlikwidowano pojęcia powiatowa czy miejska Kasa Chorych, wprowadzono jednolite pojęcie Kasy terytorialnej.

W takiej sytuacji Kasy niezależnie od tego czy obejmowały jeden czy więcej powiatów winny ubezpieczać nie mniej niż 10 000 członków. Odstępstwo od tej zasady stanowiły województwa wschodnie i południowe ponieważ ze względu na słabe zurbanizowanie i gęstość zaludnienia określono liczbę 5 000 członków [10].

Warto podkreślić, iż najmniejszymi terytorialnie Kasami Chorych były Kasy w województwach poznańskim i pomorskim natomiast największe pod względem terytorialnym występowały w województwach wschodnich [11].

Zasada samorządności polegała na tym, iż Kasy Chorych były w pełni niezależnymi instytucjami od administracji państwowej. Można by rzec, że status posiadały podobny do statusu jednostek samorządu terytorialnego. Tak samo jak gminy czy powiaty posiadały również ustrój samorządowy. To pracodawcy i pracownicy poprzez swoich przedstawicieli, których wybierali do rady kasy podejmowali kluczowe decyzje dotyczące funkcjonowania kasy chorych. Kasy Chorych posiadały jednak publiczny charakter. Oznaczało to, iż wykonywały zadania administracji państwowej z dziedziny opieki zdrowotnej i socjalnej, lecz nie były organami administracji publicznej. Swoje decyzje podejmowały we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. Posiadały własny budżet, nie będący częścią budżetu państwa, majątek oraz statut nadany przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Ponadto Kasa Chorych oparta na niniejszym dekrete była osobą prawną, która mogła nabywać prawa i zaciągać zobowiązania, za które odpowiadała tylko swoim własnym majątkiem. Kasy Chorych mogły również tworzyć własne zakłady lecznicze np. szpitale i mogły działać dla zysku [12].

System ubezpieczenia zdrowotnego okresu międzywojennego oparty był również na zasadzie przymusu. Polegało to na przymusowym członkostwie i przynależności do kasy, która działała na terenie zamieszkiwanym przez pracownika. Do każdej kasy chorych należały obowiązkowo te osoby, które były zatrudnione na podstawie stosunku pracy i posiadały stałe miejsce zatrudnienia w okręgu danej kasy. Początek członkostwa w kasach chorych uzależniony był zatem od momentu rozpoczęcia zatrudnienia. Przy-

musowe masowe ubezpieczenia miały przynieść się do podniesienia poziomu zdrowotności społeczeństwa co również miało wpływać pozytywnie na rozwój gospodarczy i kulturalno-moralny kraju [13]. Dlatego też ustawa z 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby realizowała w sposób konsekwentny zasadę powszechności obowiązkowego ubezpieczenia. Oznacza to, iż podlegały im wszystkie osoby utrzymujące się z pracy najmniej (m.in. robotnicy, czeladnicy, terminatorzy, pracownicy i urzędnicy biurowi i techniczni, kierownicy i dyrektorzy zatrudnieni w przemyśle, rzemiośle, górnictwie, handlu i komunikacji, pracownicy zatrudnieni w bankach, magazynach, sklepach, aptekach, wydawnictwach i różnego rodzaju stowarzyszeniach, Pracownicy i robotnicy rolni i leśni zarówno stali i sezonowi, nauczyciele i wychowawcy wszelkich zakładów naukowych i wychowawczych). A osoby bezrobotne mogły korzystać z zasiłków i pomocy medycznej pod warunkiem, że choroba wystąpiła przed upływem trzynastego tygodnia od straty członkostwa [14].

### Organy Kas Chorych

Kasy Chorych składały się z następujących organów: Rady, Zarządu, Komisji Rewizyjnej, Komisji Rozjemczej. W myśl ustawy z 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby Rada składała się z delegatów wybranych na okres trzyletni w 2/3 przez ubezpieczonych, a w 1/3 przez pracodawców zatrudniających członków obowiązkowo ubezpieczonych. Natomiast wybory delegatów i ich zastępców dokonywane były oddzielnie przez ubezpieczonych i pracodawców, którzy posiadają czynne prawo wyborcze w głosowaniu bezpośrednim, tajnym i proporcjonalnym. Rada Kasy obradowała na posiedzeniach zwyczajnych raz do roku i na posiedzeniach nadzwyczajnych zazwyczaj na pisemne żądanie Zarządu. Rada pełniła funkcję uchwałodawczą i zatwierdzającą ponieważ uchwałała Statut Kasy i zatwierdzała roczne sprawozdania ogólne i budżetowe Zarządu. Poza tym wybierała Zarząd, Komisję Rewizyjną i Rozjemczą [15].

Organem, który pełnił funkcję wykonawczą był Zarząd. Wykonywał uchwały Rady Kasy i składał Urzędowi Ubezpieczeń sprawozdania budżetowe. Ponadto mianował i odwoływał pracowników na podstawie regulaminu służbowego. Ponadto Zarząd Kasy uchwalał regulaminy służbowe dla urzędników Kasy oraz regulamin dla chorych, który podlegał zaaprobowaniu przez Urząd Ubezpieczeń. Zarząd Kasy sprawował zwierzchni nadzór nad działalnością, administracją i majątkiem Kas Chorych. Zarząd wybierał spośród swego grona Dyrektora, który reprezentował ten organ na zewnątrz i był zwierzchnikiem wszystkich członków Zarządu. Aby rzetelnie spełniać

powyższe zadania Zarząd składał się z dziewięciu, a najwyżej z osiemnastu członków, którzy byli wybierani przez Radę kasy przy czym delegaci pracodawców wybierali oddzielnie spośród swojego grona 1/8 członków Zarządu a delegaci ubezpieczonych 2/3 członków [16].

Trzecim organem, który składał się na strukturę wewnętrzną Kas Chorych była Komisja Rewizyjna wybierana przez Radę na okres jednego roku i składała się z sześciu członków i trzech zastępców. Według ustawy z dnia 19 maja 1920 roku delegaci ubezpieczonych wybierali 2/3 członków Komisji i ich zastępców, a delegaci pracodawców 1/3. Komisja Rewizyjna wybierała spośród swoich członków przewodniczącego i zastępców, z których jeden powinien być wybrany z grona pracodawców a drugi z grona ubezpieczonych. Jej głównym zadaniem było przeprowadzanie czynności kontrolujących a mianowicie dokonywała rewizji dokumentów, kontrolowała księgi oraz przedstawiała z tych czynności raport Zarządowi Kasy i Radzie Kasy [17].

Ostatnim organem była Komisja Rozjemcza, która składała się z pięciu członków wybieranych na jeden rok przez Radę Kasy. Zgodnie z art. 83 powyższej ustawy dwóch członków wybierali delegaci pracowników a dwóch reprezentanci pracodawców, jednego cała Rada Kasy większością głosów. Do Komisji Rozjemczej mógł być wybrany każdy członek Kasy. Członkowie tej Komisji wybierali przewodniczącego zwykłą większością głosów. Komisja Rozjemcza rozstrzygała spory w sprawie świadczeń między członkami a Zarządem Kasy oraz w sprawie kar pieniężnych nałożonych na członków Kasy za przekroczenie regulaminu dla chorych [18, 19].

## Administracja wewnętrzna

Jednostką organizacyjną każdej Kasy Chorych był Wydział i Dzielnica. Wydział natomiast podzielony był na działy na czele, których stali kierownicy zajmujący się sprawami personalnymi i służbowymi wspólnie z naczelnikami działów. Każda Kasa Chorych składała się z czterech następujących Wydziałów:

1. Ogólno-Administracyjnego,
2. Rejestracyjnego,
3. Finansowego,
4. Aptecznego.

Do Wydziału Ogólnego-Administracyjnego należało: wykonywanie poleceń Zarządu Kasy, prowadzenie korespondencji i ogólnej statystyki Kasy, przygotowywanie sprawozdań z działalności Kasy, opracowywanie protokołów z posiedzeń Rady i Zarządu Kasy z konferencji biurowych i pertraktacji, które Kasa prowadziła z osobami trzecimi, referowanie spraw personelu biurowego, prowadzenie akt całego personelu. W aspekcie zagadnień gospodarczych

Wydział Ogólno-Administracyjny posiadał pieczę nad remontami budynków, sprawami najmów pomieszczeń Kas i prowadzeniem magazynów materiałów gospodarczych.

Wydział Rejestracyjny obejmował całokształt spraw dotyczących rejestracji ubezpieczonych i ich chorób. W szczególności w jego gestii było: wypisywanie legitymacji członkowskich, prowadzenie spisu ubezpieczonych i archiwum zgłoszeń, zawiadomień o wystąpieniu z pracy i zawiadomień o zmianach zarobków, prowadzenie statystyki ubezpieczonych, ambulatoriów i ich pracy.

Wydział Finansowy posiadał następujące kompetencje: prowadził księgi pracodawców, rejestracja w tych księgach pracowników ubezpieczonych, okresów pobierania zasiłków w okresie niezdolności do pracy, obliczenie składek na ubezpieczenia, nakładanie kar za opóźnianie ubezpieczenia pracowników, sporządzanie bilansów rocznych, prowadzenie ksiąg buchalteryjnych według systemu zaakceptowanego przez Zarząd Kasy.

Wydział Apteczny posiadał nadzór zwierzchni na wszystkich aptekami Kasy, prowadził szczegółową statystykę działalności aptek, prowadził laboratorium wytwórcze i ekspertyzę środków aptecznych, a także dokonywał audytu rachunków aptecznych, dostaw i zakupów leków.

Drugą jednostką organizacyjną Kas Chorych była Dzielnica, która posiadała dość złożony charakter. Z jednej strony była jednostką organizacyjną leczniczą, a z drugiej zaś była administracyjną. Dlatego też została podzielona została na dział lekarsko-leczniczy i biurowo-administracyjny. W gestii tego pierwszego leżał dozór w sprawach stricte dotyczących leczenia oraz referowanie spraw służby zdrowia. Natomiast do kompetencji działu drugiego należały wszystkie sprawy biurowe związane z decyzjami lekarzy, sprawy wypłat zasiłków i sprawy gospodarcze dzielnicy.

Podmiotem zwierzchnim działu lekarskiego był naczelnik lekarz dzielnicy natomiast jego odpowiednikiem w dziale biurowo-administracyjnym był kierownik biura dzielnicy [20].

## Podsumowanie

Instytucja Kas Chorych była największym osiągnięciem systemu ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej. Została przejęta z ubezpieczeniowego-bismarckowskiego modelu ochrony zdrowia, który stanowił wzór dla ówczesnych państw europejskich w tym również dla Polski. Kasy Chorych były płatnikiem czyli jednym z trzech podmiotów (oprócz świadczeniodawców i świadczeniobiorców) charakterystycznych dla ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej. Rola Kas Chorych polegała na zagwarantowaniu fi-

nansowania opieki zdrowotnej wszystkim członkom tych instytucji. Kasy Chorych zawierając kontrakty ze świadczeniodawcami zapewniały wykonanie usług leczniczych na rzecz ubezpieczonego. Do usług tych należały: bezpłatna pomoc medyczna, zasiłki pieniężne, położowe, pogrzebowe, świadczenia nadzwyczajne takie jak: przedłużenie pomocy lekarskiej, powiększenie zasiłku. Instytucja Kas Chorych i ubezpieczenia zdrowotnego zapoczątkowały nową erę w rozwoju ustawodawstwa socjalnego [21].

System Kas Chorych w II Rzeczypospolitej cechował się również licznymi niedociągnięciami i niedogodnościami. Kasy Chorych charakteryzowały się dużym urozmaiceniem w zakresie świadczeń medycznych, różnorodność ta była konsekwencją niestabilnej i nikłej kondycji finansowej mniejszych jednostek organizacyjnych oraz dużego zróżnicowania terytorialnego tych instytucji. Między Kasami Chorych istniała duża niewspółmierność w zakresie otrzymywania opieki medycznej. Wiadomym jest fakt, iż w większych miastach Polski o znacznym stopniu zurbanizowania dostępność do niej była łatwiejsza niż w miastach słabiej rozwiniętych pod względem ekonomicznym. Poza tym działalność Kas Chorych była uzależniona od procesów zachodzących w gospodarce narodowej. Pogarszająca się sytuacja ekonomiczna u schyłku lat dwudziestych i na początku lat trzydziestych była niebezpieczeństwem dla bytu Kas Chorych. Dlatego też w 1932 roku ich liczba zmalała, z 283 do 100, było to zjawisko charakterystyczne dla całej II Rzeczypospolitej. Zaprzeszono używać nazw miejska czy powiatowa Kasa Chorych, zastąpiono je jedną nazwą a mianowicie terytorialna Kasa Chorych [22]. Wprowadzenie powyższych instytucji wywołało lawinę spekulacji i sprzeciwów wśród lekarzy. Część środowiska lekarskiego była za Kasami a część z nich była zdecydowanie przeciwna. Polityka jaką prowadziły Kasy godziła w interesy lekarzy, szczególnie w kwestię ich wynagradzania. Kasy Chorych w latach trzydziestych przeżywały kłopoty finansowe wynikające z nieracjonalnego gospodarowania budżetem czy składkami pacjentów. Ta sytuacja odbiła się

na pensjach lekarzy, Kasy automatycznie oferowały mniejsze stawki, jak podaje Z. Wiśniewski lekarze „otrzymywali o 20% mniej tego co Kasy pobierały w postaci składek, biorąc pod uwagę inflację okazuje się, że lekarze zarabiali grosze wypłacane z kilku miesięcznym opóźnieniem [23].

Kolejnym problemem była kwestia zaufania pacjentów do lekarzy stała pod znakiem zapytania. Lekarze zatrudniani w Kasach Chorych stawali się pracownikami najemnymi, którzy podlegali różnym regułom i procedurom administracyjnym. Godziło to w zasady uprawiania wolnego zawodu jakim był właśnie zawód lekarza. Obserwowaliśmy ingerencję całej administracji w sprawę leczenia. Zaczęto niestety odchodzić od priorytetowej koncepcji fachowości lekarza, górę wziął element administracyjny, która na dłuższą metę powodował dezintegrację w działalności leczniczej Kas Chorych [24].

System Kas Chorych zawiódł na wielu płaszczyznach. Ideą ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby był przymus ubezpieczenia szerokich mas ludności oraz duża oferta świadczeń za niewspółmierny mały budżet. Intencją powyższego aktu prawnego była produkcja jak największej liczby ubezpieczonych, a efektem tego działania miało być nagromadzenie sporej ilości składek. Szukając oszczędności zaniżano ceny świadczeń jakie płacono świadczeniodawcom. W takich okolicznościach protest ze strony lekarzy był nieuchronny. Krach gospodarczy i szalejąca inflacja w latach trzydziestych ubiegłego wieku obnażyła dodatkowo ułomności Kas Chorych pod wieloma aspektami a najbardziej finansowymi i organizacyjnymi, o których wcześniej wspomniałam [25].

Po dokonaniu analizy systemu Kas Chorych w moim przekonaniu modyfikacja tych instytucji pod względem administracyjnym i terytorialnym była konieczna. Krytyka ich przyczyniła się do poszukiwania innych tendencji i rozwiązań systemowych, których wyrazem było uchwalenie nowej ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym.

## Piśmiennictwo / References

1. Jastrzębowski M. O nowelizację ustawy o Kasach Chorych. *Prz Gospod*, Warszawa 1925, 22(23): 1-2.
2. Siwińska V, Brożniak J, Iłżecka J, Jarosz M, J, Orzeł Z. Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych krajach europejskich. *Zdr Publ* 2008, 11(3): 361-362.
3. Makarzec P. Ubezpieczenia społeczne w II Rzeczypospolitej. *Zesz Nauk WSEI, seria Administracja* 2012, 2(1): 200-201.
4. Organiściak W. Prawo ubezpieczeń społecznych II Rzeczypospolitej. *Z Dziejów Prawa* 2010, 11(3): 139-162.
5. Makarzec P. Ubezpieczenia społeczne w II Rzeczypospolitej. *Zesz Nauk WSEI, seria Administracja* 2012, 2(1): 198-208.
6. Sadowska J. Kasy Chorych w Polsce w latach 1920-1933. *Wyd Nauk AM, Łódź* 2002: 11-12.
7. Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, *Dz.U.* 1920 nr 44, poz. 272.
8. Ustawa z dnia 1 sierpnia 1919 r. o utworzeniu województw poznańskiego i pomorskiego. *Dz.U.* 1919 r. nr 64, poz. 385.
9. Sadowska J. Kasy Chorych w Polsce w latach 1920-1933. *Wyd Nauk AM, Łódź* 2002: 32.
10. *Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej* 1924. Warszawa 1925: 185.

11. Ubezpieczenia Społeczne w Polsce w 1925 r. Warszawa 1927: 13; Ubezpieczenia Społeczne w Polsce w latach 1925-1934, Warszawa 1935: 40-41.
12. Kromołowski H. Społeczno-polityczne uwarunkowania reformy służby zdrowia w aspekcie przeprowadzonej restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego na przykładzie miasta Częstochowy. Praca doktorska. Uniwersytet Śląski Wydział Nauk Społecznych, Instytut Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Katowice 2008: 113-114.
13. Goldberg O. Zagadnienie Kas Chorych i projekt jego rozwiązania. *Med Społecz*, Warsz Czas Lek 1925, 6: 224-225.
14. Michalak W. Czem są i co dają Powiatowe Kasy Chorych Wyciąg z ustawy sejmowej z dnia 19 maja 1920 roku Dz.U. nr 44/20, poz. 272 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Wyd Podlaska Drukarnia Udziałowa, Siedlce 1926: 16-17.
15. Warszawski M. Organizacja lecznictwa w kasach chorych Wielkopolski w latach 1920-1933. Praca doktorska. Katedra Nauk Społecznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 1997: 22-23.
16. Kowalski I. Działalność Kas Chorych w Poznańskim w latach 1920-1933. [w:] *Kasy Chorych w Wielkopolsce Przeszłość i Teraźniejszość*. Musielak M. (red). Wyd Nauk UM im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2003: 28-30.
17. Jastrzębowski M. O nowelizację ustawy o Kasach Chorych. *Prz Gospod*, Warszawa 1925, 22(23): 10-11.
18. Rutkiewicz J. Co dają robotnikowi Kasy Chorych? Wydawnictwo Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Uniwersytetu Robotniczego, Warszawa 1926: 6.
19. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 21 marca 1921 r. w przedmiocie przepisów wyborczych dla Kas Chorych Dz.U. Rz. P. za 1921 nr 35, poz. 211.
20. Sprawozdanie za rok 1922. Kasa Chorych m. Warszawy, Warszawa 1923: 4-23.
21. Bednarowicz B. Zarys Działalności Wileńskiej Kasy Chorych za rok 1924-1925. Wyd Druk „LUX” Wilno 1936: 34-37.
22. Baszkowski A. Skutki wprowadzania powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych na życie zawodowe lekarzy polskich do roku 1950. Praca doktorska. Katedra Historii Nauk Medycznych UM im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2010: 22-28.
23. Wiśniewski Z. Strach przed Krankenkasami. *Gaz Lek* 2005, 12(180): 36
24. Baszkowski A. Skutki wprowadzania powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych na życie zawodowe lekarzy polskich do roku 1950. Praca doktorska. Katedra Historii Nauk Medycznych UM im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2010: 23-24.
25. Antczak S. Geneza, przebieg i konsekwencje tzw. stanu „bezkontaktowego” w Kasach Chorych województw poznańskiego i pomorskiego w 1929 roku. [w:] *Kasy Chorych w Wielkopolsce Przeszłość i Teraźniejszość*. Musielak M (red). Wyd Nauk UM im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2003: 46-60.