



Karol Chylak¹

Prywatne ubezpieczenie chorobowe w II Rzeczypospolitej. Działalność Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych na Wypadek Choroby w Warszawie (1935–1939)

Streszczenie

W niepodległej Polsce idea dobrowolnej asekuracji ulegała stopniowemu osłabieniu. Rosła presja ze strony nowoczesnych i przymusowych publicznych ubezpieczeń społecznych. Krok za krokiem likwidowano formy autonomiczne, włączając je w państwowy system instytucjonalny. Ukoronowaniem tego procesu stała się tzw. ustawa o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r. Wbrew tym trendom w 1935 r. ujawniła się inicjatywa prywatna pod postacią Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych na Wypadek Choroby w Warszawie. Krótka jego historia świadczy o społecznej potrzebie środowiskowych i elitarystycznych form ubezpieczeń społecznych w II Rzeczypospolitej.

Słowa kluczowe: polityka społeczna, ubezpieczenia społeczne, zdrowie, Druga Rzeczypospolita

Private health insurance in the Second Polish Republic.
The activity of the Mutual Sickness Insurance Society in Warsaw (1935–1939)

Abstract

In independent Poland, the idea of voluntary insurance gradually weakened. There was an increasing pressure from modern and influential public, compulsory social insurance systems. Step by step, autonomous forms were liquidated and integrated into the state institutional system. The culmination of this process was the social insurance act as

¹ Dr hab. Karol Chylak, Wydział Historyczno-Filozoficzny, Instytut Historii, ul. A. Kamińskiego 27a, 90-219 Łódź, e-mail: karol.chylak@filhist.uni.lodz.pl, nr ORCID: 0000-0003-2283-4885.

of 1933. Despite this, a private initiative emerged in 1935 in the form of the Mutual Sickness Insurance Society in Warsaw. Its short history is a testimony to the social need for community-based and elitist forms of the social insurance in the Second Polish Republic.

Keywords: Social policy, social insurance, health, Second Republic of Poland

Wprowadzenie

W Polsce międzywojennej ubezpieczenia chorobowe funkcjonowały w ramach systemu publicznego. Ubezpieczenia scalone – efekt skomasywania i rozbudowy różnorodnych instytucji ubezpieczeniowych w latach 30. XX w. pod postacią Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) – choć nazywano ubezpieczeniami powszechnymi, nigdy takimi nie były. Obejmowały bowiem tylko część społeczeństwa. W ostatnim roku przed wybuchem II wojny liczba ubezpieczonych w dziale chorobowym wynosiła niespełna 2,36 mln zatrudnionych (*Ubezpieczenia...* 1940: 26). Poza systemem obowiązkowym znajdowały się nie tylko warstwy chłopskie, ale liczne kategorie zatrudnionych w małych firmach prowadzących samodzielną działalność czy też uzyskujących dochody powyżej ustawowo ustalonych maksimów. Istniało zatem szerokie niezagospodarowane pole społeczne, na którym idea asekuracji mogła przybierać różne formy praktycznych rozwiązań. Czy i ewentualnie w jakim stopniu została zagospodarowana oraz na ile chorobowe ubezpieczenia prywatne mogły stanowić alternatywę dla publicznych ubezpieczeń społecznych – oto pytania główne publikacji.

Aby znaleźć na nie odpowiedź, zastosowano analizę źródeł o charakterze pierwotnym (materiały archiwalne, ustawodawstwo, publikacje statystyczne, sprawozdania, statuty) i wtórnym (literatura przedmiotu, prasa specjalistyczna). Okres badawczy nie jest rozległy. Dotyczy kilku lat, ostatniego okresu istnienia II RP, między ustanowieniem ubezpieczeń scalonych (1933) a wybuchem II wojny światowej. Choć wydaje się zbyt krótki, aby formułować wnioski generalne, wystarczy jednak, by zauważyć alternatywne rozwiązania w zakresie ubezpieczeń oraz ocenić siłę ich przyciągania zarówno wśród osób nieznajdujących się w systemie publicznym, jak i tych, które nie zostały objęte przymusem ubezpieczeniowym. Zagadnienie prywatnych ubezpieczeń chorobowych w II RP nie doczekało się jak dotąd opracowania, a w literaturze przedmiotu pokutują stwierdzenia o braku takich ubezpieczeń w tym okresie. Temat wydaje się więc wart podjęcia także z tego względu.

Zanikanie ubezpieczeń prywatnych w Polsce po 1920

Prywatne ubezpieczenia chorobowe nie były nowością w II Rzeczypospolitej, więcej, tradycje takich urządzeń znane były od lat w wielu krajach Europy. W oczywisty sposób nie były one jednolite, a co za tym idzie, nie spełniały wielu wymagań stawianym podmiotom realizującym w późniejszym okresie idee ubezpieczeniowe. Trudno jednak wymagać od rozwiązań wykuwanych w praktyce, by u źródła swego istnienia prezentowały się jako formy dojrzałe, wyspecjalizowane i ujednolicone organizacyjne. Zaczątki, jakie zaobserwować można na ziemiach polskich w XIX w., zostały wyparte przez ekspansywne ubezpieczenia społeczne o charakterze publicznym, w szczególności te oparte na wzorach niemieckich. Znamienne, że niektóre tradycyjne formy ostały się w samych Niemczech, a w państwie, w którym aplikowano wspomniane wzorce niemieckie, zanikły.

W niepodległej Polsce idea dobrowolnej asekuracji ulegała stopniowemu osłabieniu. Napierały publiczne przymusowe ubezpieczenia społeczne - modne i wpływowe. Krok za krokiem likwidowano formy autonomiczne, włączając je w państwowy system instytucjonalny. Ukoronowaniem procesu stała się tzw. ustawa scaleniowa z 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym. Systemy dotychczas istniejące zostały lub w najbliższej przyszłości miały zostać połączone w jedną strukturę ubezpieczeń społecznych. W przypadku ubezpieczeń chorobowych instytucja dobrowolnego ubezpieczenia bardzo szybko uległa presji ogólnego, jednolitego rozwiązania o charakterze systemowych. Ustawą z 1920 r. wprowadzono jednolity system kas chorych (DzU 1920: 44/272), który zastąpił zróżnicowany instytucjonalnie spadek pozaborczy, zarówno ten mający charakter dobrowolny, jak i wynikający z różnie formułowanego przymusu. Choć w treści samej ustawy nie sposób znaleźć jakiegokolwiek zakazu dobrowolnego zrzeszania się w celach asekuracyjnych, to jednak wprowadzanie systemu kas chorych miało kluczowe znaczenie dla tego typu aktywności z co najmniej z kilku względów.

Po pierwsze wobec rozbudowywanego na terenie całego państwa systemu instytucjonalnego obejmującego z zasady gros pracowników najemnych rynek ubezpieczeniowy uległ radykalnemu ograniczeniu. Więcej, ustawodawca wprowadził możliwość dobrowolnego przystąpienia do kas chorych osób, które pozostawały poza ustawowym obowiązkiem, czym bezpośrednio uszczuplano i tak niewielkie grono potencjalnie zainteresowanych. Istotniejsza jednak była, jak się wydaje, sama obietnica zawarta w ustawie. A była ona zobowiązaniem, które trudno uznać za bagatelne: struktura instytucjonalna na terenie całego kraju, zdecentralizowana i sięgająca każdego powiatu, bogata oferta świadczeń, wsparcie zasiłkowe, opieka

nad rodziną ubezpieczonego, świadczenia nadzwyczajne i to wszystko jedynie za 6,5% płacy ustawowej (Chylak 2017). W warunkach konkurencji rynkowej, a o takiej należy mówić w systemie dobrowolnego wyboru, oferta po prostu bezkonkurencyjna.

Za tą intratną ofertą stanął autorytet państwa, nie tylko gwarant uprawnień, ale ich bezpośredni wykonawca. Zaprojektowany system dzięki koncentracji znacznych środków finansowych stwarzał szerokie pole do działań, które z natury rzeczy były nie do udźwignięcia przez małe instytucje w krótkim czasie. Obiecujące perspektywy przesłaniały, jak można sądzić, obiektywne problemy, które pojawiały się w budowanym z takim rozmachem systemie. Bez względu jednak na takie czy inne oceny podejmowanego przedsięwzięcia wpływ decyzji o budowie systemu powiatowych kas chorych był dla dobrowolnej asekuracji druzgocący.

Nie można oczywiście pominąć istotnego rozczarowania społecznego kasami opartymi na dobrowolnej asekuracji. W szczególności dotyczyło to kas górniczych Zagłębia Dąbrowskiego czy kas galicyjskich. Instytucje te nie poradziły sobie najpierw z trudami I wojny światowej, a następnie z może nawet większym z finansowego punktu widzenia wyzwaniem, jakim był okres powojennej hiperinflacji. Kasy Zagłębia i kasy galicyjskie przestały realizować swoje zobowiązania, kasy niemieckie (poza Śląskiem) pozostawiły swoich uczestników poza granicą państwową (Chylak 2017: 192–205).

Idea dobrowolnej asekuracji w tak zarysowanych okolicznościach wydawała się anachronizmem. Jedyną – paradoksalnie – szansą na jej ocalenie był sam wielki system powiatowych kas chorych. Twórcy systemu kasowego nie tyle kroczyli tą ścieżką po raz pierwszy, ale wręcz właśnie ją wytuczali. Ten romantyczny, rzec by można, projekt niósł ryzyko zawiedzenia nadziei przynajmniej części z obdarowanych. Propagatorzy i realizatorzy ubezpieczeń mieli świadomość zagrożeń i trudów wykonania zadania, nie wydaje się jednak, aby ta wątpliwość co do szybkiej realizacji obietnicy złożonej beneficjentom była akcentowana. Dobrowolna asekuracja w dziedzinie ubezpieczeń chorobowych utrzymać się mogła wyłącznie jako owoc rozczarowania, owoc niedostatku realizacji, zderzenia się tej romantycznej wizji z prozą życia codziennego.

Należy zauważyć, że wysiłek organizacyjny włożony w budowę systemu kas powiatowych był w znacznej mierze uwieńczony sukcesem. Powiatowe kasy chorych powstały, biorąc pod uwagę warunki, w szybkim tempie. W 1925 r. działały już 193 kasy, a w 1927 uzyskano docelową strukturę. Liczba ubezpieczonych sięgała 2,5 mln osób (*Ubezpieczenia...* 1940: 23, 30). Z biegiem lat coraz bardziej zauważalne były jednak słabości systemu powiatowych kas chorych – te widoczne dla znawców i wni-

kliwych obserwatorów, a więc kosztochłonność, biurokratyzowanie czy wszechobecne upolitycznienie struktur zarządczych, i te, z którymi mierzyli się sami beneficjenci usług (AAN, PRM, Rektyfikaty: 3–5; *Oszczędności na kasach...* 1926: 5; Krieger 1926: 36–39; Jastrzębowski 1926: 804–806; Goldberg 1925: 580–584, 629–632, 671–674). O ile przeciętny robotnik, nawet niezadowolony z usług kasowych, niewiele mógł zrobić, stan jego dochodów uniemożliwiał mu bowiem jakiekolwiek alternatywne rozwiązanie, o tyle już uposażony lepiej, a w szczególności ponad ustawowe maksimum, mógł wziąć pod uwagę inne rozwiązanie.

Rozczarowanie czy niezadowolenie z oferowanej publicznej usługi stworzyło pole do aktywności dla dobrowolnej asekuracji – pole niewielkie, dostępne dla wąskiej grupy dobrze uposażonego społeczeństwa. Nim jednak aktywność w tym zakresie mogła być podjęta, system ubezpieczeń społecznych musiał okrzepnąć, oprzeć się siłom nie tyle reformatorskim, ile rugującym, przybrać formę stabilną i trwałą. Taką uzyskano w wyniku reform ubezpieczeń przeprowadzonych w 1933 i 1934 r. Co prawda kasa chorych na trwałe już ustąpiła miejsca nieco większej instytucji, jaką była ubezpieczalnia społeczna, to jednak zasada ubezpieczenia przymusowego, publicznego pozostała niewzruszoną, a widoków na inny niż obowiązkowy system nie było. W tych warunkach bardzo szybko, bo niemal równolegle zainaugurowała działalność pierwsza prywatna instytucja ubezpieczenia chorobowego w II Rzeczypospolitej (nie licząc istniejących, przede wszystkim poniemieckich, kas na Górnym Śląsku).

Prywatny zakład ubezpieczenia chorobowego

Powołanie prywatnego zakładu ubezpieczenia chorobowego byłoby wielce ryzykownym przedsięwzięciem, gdyby miało się oprzeć jedynie na zamożnych i rozczarowanych publicznym systemem kas chorych. Kluczowy był, jak się wydaje, swego rodzaju wyłom w ubezpieczeniach społecznych, tj. rozporządzenie prezydenta z 24 października 1934 r. W węższej interpretacji zmianę ujmowano jako rodzaj usankcjonowania status quo stosunkowo wąskiej grupy urzędników niektórych samorządów (APŁ, AmŁ 14414: 86; „*Pomoc lekarska*”... 1929: 67–72)². Było to nieco więcej niż tylko dostosowanie prawa do realiów, zbudowano bowiem narzędzie, za pomocą którego wszystkie samorzady mogły autonomicznie decydować w tym zakresie.

² Chodziło o istnienie w niektórych samorządach specjalnych warunków dla wybranych grup pracowników, którzy otrzymywali świadczenia z zakresu ubezpieczenia chorobowego w inny sposób (np. w Warszawie: Miejska Pomoc Lekarska).

Większość przepisów wspomnianego rozporządzenia dotyczyła organizacyjnej strony ubezpieczeń (ZUS). Z punktu widzenia prywatnej inicjatywy asekuracyjnej kluczowe były zwolnienia z obowiązku ubezpieczenia w ZUS pracowników związków samorządu terytorialnego, przedsiębiorstw i zakładów należących do samorządów. Co prawda pracownicy samorządów nie mogli zostać pozbawieni ubezpieczenia, jednak zniesiono przymus ubezpieczenia ich w ZUS. O ile dany samorząd zapewnił swoim pracownikom nie gorsze warunki, niż oferował ZUS, mógł swobodnie wybierać ubezpieczalnię czy inną formę (własną) zabezpieczenia chorobowego (DzU 1934: 95/855). Pod pewnymi warunkami, w drodze konkretnych już decyzji, minister opieki mógł zwolnić z obowiązku przynależenia do ZUS pracowników poszczególnych zakładów wojskowych. Całości dopełniała jeszcze korekta górnej granicy płacy, ponad którą ustawał ustawowy przymus ubezpieczeniowy – korekta w dół, i to wcale nie miała, bowiem o ponad jedną dziesiątą (z 10 tys. na 8,7 tys. zł rocznie) (DzU 1934: 95/855).

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na Wypadek Choroby w Warszawie powstało jako inicjatywa środowiska lekarzy i właścicieli aptek. Zatwierdzone zostało rozporządzeniem Ministra Skarbu z dnia 7 lipca 1934 r., stając się w zasadzie jedyną instytucją prywatnego ubezpieczenia chorobowego w II Rzeczypospolitej³. Przyjęło postać spółki akcyjnej, a klasyfikowane było jako ubezpieczenie wzajemne. Kapitał zakładowy wyniósł 1 mln zł, zaś jedna akcja była warta 1000 zł. Akcjonariusz wpłacał na poczet kapitału zakładowego 30% wartości akcji, resztę spłacał w dniu okazania. Akcje miały charakter imienny. Kapitał organizacyjny powstały z wkładów akcjonariuszy wynosił 60 tys. zł. W pierwszym okresie akcjonariat opierał się głównie na środowisku lekarskim i aptekarskim. Siedziba znajdowała się w Warszawie przy ul. B. Pierackiego 14. Towarzystwo planowało działać na terenach większych miast w Polsce⁴, zamieszkałych przez minimum 50 tys. mieszkańców. Wraz z rozwojem inicjatywy powstawały oddziały w kolejnych miastach – w marcu 1938 władze Towarzystwa chwaliły się posiadaniem dwóch oddziałów: w Katowicach (ul. Kochanowskiego 10/12) i w Poznaniu (pl. Wolności 17) oraz dodatko-

³ Na terenie Wielkopolski w 1935 r. powstała niewielka organizacja ubezpieczeniowa skierowana do rolników z siedzibą w Poznaniu. Miała zasięg lokalny. Podobna ubezpieczalnia dla rolników powstała w Szamotułach w 1936 r. Liczba ubezpieczonych w tych instytucjach nie przekraczała kilkuset osób.

⁴ Ubezpieczalnia nie była zainteresowana objęciem ubezpieczeniem zobowiązania, jakie wynikało z ustawy scaleniowej o ubezpieczeniu społecznym wobec pracodawców rolnych do opieki nad pracownikami poszkodowanymi w wypadku przy pracy czy w związku z chorobą zawodową.

wo dwóch inspektoratów: w Łodzi (ul. Nawrot 36) i Radomiu. Niekiedy wszystkie określane były mianem reprezentacji. Tuż przed wybuchem II wojny światowej otwarto również Generalną Agencję na Małopolskę Wschodnią we Lwowie (ul. Sykstulska 43d). W planach rozwojowych ubezpieczalni przewidywano utworzenie własnych placówek wypoczynkowych, kolonii leczniczych, sanatoriów. Narzędziem do uzyskania takiej infrastruktury stała się możliwość lokowania części funduszu rezerwowego w tego rodzaju zakładach (APŁ, AmŁ, 14294: 120). Od 1938 r. ubezpieczalnia wydawała własne czasopismo „Nasze Zdrowie”⁵.

Na prezesa Towarzystwa wybrano warszawskiego lekarza dermatologa Henryka Le Bruna. Na czele rady nadzorczej stanął reprezentujący środowisko farmaceutyczne Wacław Filipowicz. Lekarzem naczelnym w Warszawie był lekarz chorób wewnętrznych Konrad Bagdach, w Katowicach funkcję lekarza zaufania pełnił specjalista chirurg ginekolog Stanisław Bociański (1938), dyrektor szpitala powiatowego w Piekarach Śląskich, w Poznaniu zaś Józef Nowak. W marcu 1938 r. odbyły się kolejne statutowe zebrania wyborcze. Wybrano nową radę nadzorczą. W jej skład ponownie weszli: W. Filipowicz (przewodniczący) Władysław Szendzikowski, lekarza chorób wewnętrznych z Warszawy (zastępca) oraz Szmigiel (sekretarz). Prezesem Towarzystwa ponownie został H. le Brun (*Rada Nadzorcza ... 1938*: 111; *Statut Towarzystwa... 1934*; *Statut Towarzystwa 1937*). Władze Towarzystwa wybierane były w odrębnych kuriach, tj. ubezpieczonych (prawo dla opłacających ubezpieczenie przez okres minimum dwóch lat) oraz udziałowców. W 1938 r. ubezpieczeni posiadali 79 głosów, udziałowcy 415 (*Sprawozdanie z Walnego... 1938*: 54; *Ogłoszenie 1939*: 48)⁶.

Istotnym kontekstem organizacji Towarzystwa była polityka publiczna w zakresie opieki zdrowotnej ograniczająca pole działalności podmiotów prywatnych. W przypadku środowiska lekarskiego chodziło o ograniczanie pola wolnej aktywności lekarzy, którzy obligowani byli do stosowania

⁵ „Nasze Zdrowie”, podtytuł: Czasopismo poświęcone higienie i ochronie zdrowia, organ Towarzystwa Ubezpieczeń na Wypadek Choroby w Warszawie. Dwumiesięcznik wydawany w latach 1938–1939. Redaktor Konrad Bagdach. Adres redakcji: ul. Pierackiego 14. Ukazało się łącznie 10 numerów. Pismo miało charakter informacyjno-popularyzatorski. Publikowano w nim dwa rodzaje materiałów: 1. Artykuły o charakterze informacyjno-poradniczym i popularyzujące zagadnienia dotyczące zdrowia oraz różnych schorzeń i lekarstw; 2. Informacje z życia wydawcy, głównie spisy lekarzy i aptek, sprawozdania z zebrań, informacje o procedurach obowiązujących w ubezpieczalni. Pismo dla udziałowców Towarzystwa było bezpłatne, dla pozostałych cena wynosiła 50 gr (roczna prenumerata 3 zł).

⁶ Prawo głosu mieli ubezpieczeni, którzy opłacili przynajmniej 24 składki miesięczne oraz udziałowcy, którzy wykupili udział (jeden udział, 50 zł – jeden głos).

jednolitych procedur narzucanych przez kasy chorych i przepisywania określonych środków medycznych. Wreszcie istotne były również warunki pracy (w tym kwestia umów zbiorowych) i wynagrodzenia, jakie otrzymywali lekarze za wykonywanie usług. Spory w tej materii stały się stałym elementem relacji lekarz – kasa chorych od 1920 r. Kasy chorych wkroczyły również na pole działalności aptekarzy, organizując tzw. apteki kasowe. Miały one uprzywilejowaną pozycję, korzystały z zobowiązania lekarzy kasowych do stosowania określonych środków medycznych oferowanych przez kasowe apteki. Konkutowanie prywatnej placówki w takich warunkach było niezwykle utrudnione. Nadto w 1923, 1929, a następnie w 1934 r. minister opieki zobowiązał apteki do udzielania kasom specjalnych rabatów, a także wydania środków na kredyt (DzU 1934: 17/138; *Uchwały XVI...* 1935: 470–471; *Posiedzenia towarzystw...* 1936: 590; *Ubezpieczenia społeczne w roli...* 1936: 84–85; Gross 1927: 29–31). Utworzenie własnej ubezpieczalni w zasadzie można również potraktować jako budowanie własnego rynku usług medycznych i zbytu środków farmaceutycznych. Poniekąd powielano politykę kas chorych.

Zasady funkcjonowania Towarzystwa Ubezpieczeń opierały się na niemieckich wzorcach kasy Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft Berlin-Charlottenburg. Towarzystwo rozwijało się sukcesywnie. W 1937 r. powiększyło liczbę ubezpieczonych w porównaniu z 1936 r. o 518 osób, w kolejnym roku pula zwiększyła się o kolejnych 345 ubezpieczonych. W ciągu czterech pełnych lat działalności (1935–1938) wzrost liczby ubezpieczonych (polis) sięgnął 69,5%. W 1938 r. z Towarzystwem współpracowało 758 lekarzy i 252 apteki (*Sprawozdanie z Walnego...* 1938: 55).

Tabela 1. Liczba polis ubezpieczeniowych TUWnWCh w latach 1935–1938

Rok	Liczba polis	Liczba polis (rok poprzedni = 100)
1935	2484	100
1936	3338	134
1937	3856	116
1938	4210	109

Źródło: *Rocznik Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń*, 1935, Warszawa 1936, s. 153; *Rocznik...*, 1937, s. 148, 149; *Rocznik...*, 1938, s. 148, 149.

Sytuacja finansowa Towarzystwa dość szybko się ustabilizowała. Wraz z powiększającą się liczbą ubezpieczonych zwiększyły się oczywiście wpływy ze składek i osiągnęły w 1938 r. 338 136 zł. Wykazywano też poprawę efektywności instytucji. Koszty stałe zmniejszały się (w 1937 r. 25% wydatków, w 1938 – 23%). Zwiększono udział wydatków na świadczenia z 57% w 1937 r. do 57,8% w 1938 r. Rok 1938 był też pierwszym

w krótkiej historii Towarzystwa, który udało się zamknąć nadwyżką (1255,37 zł). Kapitał zakładowy w 1936 r. wynosił 63 tys. zł, w kolejnym roku, ze względu na żądanie Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń, podwoił się (126 tys.), w 1938 r. zmalał do prawie 94 tys. zł (*Rocznik...* 1936: 141, 149; *Rocznik...* 1937: 145; *Rocznik...* 1938: 141; BN, Druki ulotne 18 I 1937). W tym też roku Państwowy Urząd Kontroli Ubezpieczeń wymusił na ubezpieczalni przyspieszenie działań mających na celu uzupełnienie kapitału zakładowego. Tak też się stało. Na nadzwyczajnym walnym zebraniu 6 października zdecydowano się na uzupełnienie kapitału zakładowego poprzez podwyższenie do 50% składki z każdego rachunku wystawionego przez lekarzy oraz zwiększenie potrącenia z rachunków za leki (minimum 1 zł). Zaapelowano również do udziałowców o zakup po kolejnym udziale (50 zł) do końca 1938 r. (*Komunikat* 1938: 160).

Tabela 2. Wpływy ze składek, wydatki na świadczenia, koszty administracji TUWnWCh w latach 1935–1938

Rok	Składki	Odszkodowania	Administracja
1935	148 513	62 329	88 256
1936	248 144	155 935	75 809
1937	305 553	245 262	82 449
1938	338 136	—	—

Źródło: *Rocznik...*, 1936, s. 148, 149; *Rocznik...*, 1937, s. 144, 145; *Rocznik...*, 1938, s. 144, 145.

Warunki ubezpieczenia

„Towarzystwo nie leczy, lecz opłaca rachunki za leczenie” – to było jedno z głównych założeń ubezpieczalni. Ubezpieczenie obejmowało ryzyka: choroby, wypadku, macierzyństwa oraz śmierci. Przystąpić do ubezpieczenia mógł każdy, kto nie ukończył 65 roku życia. Przed zawarciem umowy nie wymagano badań wstępnych, choć kandydat był zobowiązany do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia, przebytych chorobach oraz wyrazić zgodę Towarzystwu na wgląd do informacji medycznej w odpowiednich instytucjach (lekarze, zakłady lecznicze itp.). Ustanowiono podstawowy, 13-tygodniowy, okres wyczekiwania, określając w statucie pewne możliwości jego indywidualnego negocjowania. Prawa do świadczeń z tytułu urodzenia dziecka oraz śmierci nabywał ubezpieczony po roku od wykupienia polisy.

Najczęściej realizowane były świadczenia z tytułu choroby, a więc świadczenia lecznicze. Obejmowały one porady lekarskie, lekarstwa, za-

biegi lecznicze i leczenie szpitalne. Korzystanie ze świadczeń z tytułu choroby nie było ograniczone czasowo, z wyjątkiem leczenia skutków nieszczęśliwych wypadków (maksymalnie 13 tygodni). Faktyczne warunki polisy pozwalały jednak Towarzystwu na ograniczenie długości świadczenia, co wynikało z możliwości wypowiedzenia polisy z końcem rocznego okresu trwania umowy zarówno przez ubezpieczonego, jak i ubezpieczyciela bez podania przyczyny. Choroba nie ograniczała tego prawa. W takim przypadku po rozwiązaniu umowy ubezpieczony miał jeszcze prawo do korzystania ze świadczeń przez okres 30 dni.

Posiadanie polisy ubezpieczeniowej nie oznaczało również pełnego pokrycia kosztów leczenia i innych usług. Porada lekarska finansowana była przez Towarzystwo w 75%. Obowiązywał nadto cennik porad. W 1935 r. porada w gabinecie lekarskim w Warszawie wyceniana była na 5 zł, poza Warszawą na 4 zł, wizyta domowa odpowiednio 10 i 8 zł, a wizyta nocna 15 i 12. W praktyce więc Towarzystwo np. w Warszawie pokrywało 7,5 zł z wizyty domowej, 2,5 dopłacał ubezpieczony. Towarzystwo partycypowało w wydatkach na lekarstwa i wybrane grupy środków leczniczych – również w wysokości 75%, jednakże ustanowiony był roczny limit wydatków (75 zł na lekarstwa i 80 zł środki lecznicze). Leczenie szpitalne – również w 75% – opłacane było z budżetu Towarzystwa. Obejmowało placówki klasy 3 lub wskazane przez Towarzystwo do wysokości 6 zł dziennie.

Ubezpieczenie obejmowało również świadczenia dentystyczne, choć w ograniczonym zakresie. W tym przypadku również istniały roczne limity kosztów. Leczenie nie obejmowało profilaktyki, zabiegów kosmetycznych i kosztów uzupełnienia uzębienia (protezy) (BN, Druki ulotne 25 II 1937). Towarzystwo nie zwracało kosztów pobytu w uzdrowiskach i sanatoriach. Oferowało natomiast ulgi w korzystaniu z tych usług w uzdrowiskach i podobnych ośrodkach, z którymi Towarzystwo współpracowało (Goczałkowice-Zdrój, Inowrocław, Iwonicz, Jeremcze, Jaworze na Śląsku Cieszyńskim, Mikuliczyn, Kazimierz Dolny, Muszyna, Nałęczów, Niemirów-Zdrój, Otwock, Rabka, Smukała pod Bydgoszczą, Szczawnica, Sławsk w pow. stryjskim, Sucha na Żywiecczyźnie, Tuchla, Hrebnów, pow. stryjski, Solec-Zdrój, Truskawiec, Ustroń, Zaleszczyki) (*Ulgi...* 1938: 81–83).

Świadczenia z tytułu macierzyństwa obejmowały oprócz usług leczniczych również jednorazowy zasiłek. Wysokość świadczenia wzrastała wraz z okresem ubezpieczenia (po roku 150 zł, maksymalnie 400 zł po szóstym). Zasady ubezpieczenia obejmowały jeszcze szereg wyjątków, które precyzowały dostęp do świadczeń. Zgodnie z zasadami Towarzystwa ubezpieczony w roku mógł wykorzystać pulę świadczeń z dopłatą do wysokości 1000 zł.

Ubezpieczeni dzieleni byli na grupy, co uwidoczniło się w wysokości składek. Indywidualny ubezpieczony płacił od 5 do 21 zł w zależności od wieku, w ramach ubezpieczenia zbiorowego (od 10 osób) od 4,25 o 21,50, zł i wreszcie w ramach ubezpieczenia rodzinnego (przynajmniej 3 osoby w wieku do 55 lat) najstarszy według taryfy dla osób indywidualnych, pozostali zgodnie z zasadami ubezpieczenia zbiorowego.

W ubezpieczalni obowiązywała tzw. premia za zdrowie. W istocie oznaczało to zwrot części składek dla osób, które w ciągu roku nie korzystały z usług (w zależności od taryfy 5 lub 10%). Miał być to z jednej strony wyraz „poczucia sprawiedliwości społecznej” i przekonania, że środki wpłacone na rzecz ubezpieczalni nie przepadają całkowicie, z drugiej zaś działanie o znaczeniu wychowawczym, aby „korzystać ze świadczeń T-wa w przypadkach istotnej potrzeby, aby dla jakiegoś drobiazgu nie tracić prawa do zwrotu składek” (*Prawo ubezpieczonych...* 1938: 52–53).

W przypadku choroby ubezpieczony mógł skorzystać z lekarza współpracującego z Towarzystwem (z tzw. spisu lekarzy), wnosząc opłatę za wizytę od 1 zł do 3,75 (w przypadku wizyty domowej). Jeśli korzystając z dobrowolności wyboru lekarza, udał się na wizytę do lekarza spoza listy, rachunek opłacał samodzielnie, a następnie otrzymywał refundację z ubezpieczalni do wysokości oznaczonej w cenniku. Podobnie było z aptekami. Zakupując medykamenty u aptekarza z listy, opłacał 25% kosztu, w przypadku innej apteki obowiązywała refundacja 75% ceny. Leczenie szpitalne refundowano w 75% kosztów zabiegów i operacji, a za każdy dzień pobytu w placówce Towarzystwo zwracało 6 zł (*Co należy...* 1938). Towarzystwo propagowało korzystanie z krajowych wyrobów farmaceutycznych, co miało zasadnicze znaczenie również dla ubezpieczonych ze względu na koszty importowanych specyfików, których zakup w szybkim tempie wyczerpywał limit odszkodowania. W 1938 r. władze ubezpieczalni apelowały do lekarzy, by „tam gdzie wskazania lekarskie na to pozwalają, stosować leki krajowe w ilościach niezbędnych dla przywrócenia zdrowia” (BN, Druki ulotne 1938).

Teren aktywności ubezpieczalni

Dwa pełne lata aktywności Towarzystwa pozwoliły okrzepnąć strukturze, przetrwać trudny czas organizacji pracy i uzyskać pierwsze oceny korzystających z usług ubezpieczalni. Teren aktywności okazał się trudny, zróżnicowany, zależny od miejsca akwizycji. Towarzystwo pozyskało kilka istotnych grup ubezpieczonych. Większość zbiorowo ubezpieczonych mieszkała w Warszawie i na Śląsku. Niemniej jednak, sądząc po

publikowanych listach lekarzy i aptek współpracujących z Towarzystwem, ubezpieczeni pochodzili też z miast zlokalizowanych wokół Warszawy, na Śląsku i Zagłębiu Dąbrowskim, w okolicach Łodzi i Radomia.

W 1935 r. do ubezpieczenia przyłączył się Związek Kapłanów „Unitas” Archidiecezji Gnieźnieńskiej i Poznańskiej. Decyzją prymasa Augusta Hlonda umożliwiono podział kosztów składek między kasę parafialną księdza (*Wzajemna...* 1937: 1–3). Podobnie ubezpieczeni byli księża ze związku „Unitas” z Katowic. Zbiorowo ubezpieczeni byli urzędnicy Banku Gospodarstwa Krajowego w Warszawie, poznańskiej filii Banku Rolnego, Państwowego Monopolu Tytoniowego w Warszawie, Elektrowni Warszawskiej, kilku zrzeszeń i organizacji (Rady Naczelnej Organizacji Ziemiańskich w Warszawie, Związku Izb Rolniczych w Warszawie, Związku Powiatów R.P. w Warszawie, Zrzeszenia Spółdzielczego Gospodarczo-Inwestycyjnego Samorządów Powiatowych w Warszawie), kilkunastu firm (m.in. Polski Lloyd Sp. Akc. w Warszawie, Standard-Nobel w Polsce Sp. Akc., Kodak Sp. z o.o., Warsztaty Amunicyjne nr 1 w Warszawie, Zachodnio-Polskie Zjednoczenie Spirytusowe Sp. Akc. z Pomorza i Wielkopolski), a także członkowie cechów ze Śląska (fryzjerzy, piekarze, rzeźnicy, restauratorzy) (APŁ, AmŁ, 14294: 57).

W 1937 r. przewidywano możliwości skutecznej konkurencji z państwowymi ubezpieczalniąmi (*Sprawozdanie z Walnego...* 1938: 55). Stawiano przede wszystkim na „przejęcie grup urzędników samorządowych i innych zwolnionych z przymusowego ubezpieczenia”. W tym też roku opracowano specjalną taryfę warunków ubezpieczenia właśnie dla tych grup.

Urzędnicy i inni pracownicy samorządów i podległych samorządom podmiotów zgodnie z pierwotną interpretacją ustawy z 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym mieli zostać ubezpieczeni w państwowych ubezpieczalniach. Na tym tle powstał spór, bowiem niektóre z samorządów dysponowały własnym systemem opieki zdrowotnej i sprzeciwiały się jej likwidacji. Wkrótce, 24 października 1934 r., wychodząc niejako naprzeciw licznym głosom środowiska, zmieniono status tych grup zatrudnionych. Oparto się na przymusie ubezpieczenia, a nie jak w przypadku np. pracowników sektora prywatnego, na ubezpieczeniu przymusowym. Tym samym zaakceptowano istniejące w samorządach tradycje własnej opieki zdrowotnej.

Prawo weszło w życie z pierwszym dniem kwietnia 1935 r. i rozpoczął się proces porządkowania tej przestrzeni w ramach konkretnych samorządów (dotyczyło to przede wszystkim dużych miast). Rozwiązania, jakie stosowały lokalne władze, były bardzo różne, niektóre z nich utrzymały ubezpieczenie pracowników w systemie ubezpieczalni państwowych. Dotyczyło to zwłaszcza pracowników fizycznych czy zatrudnianych sezonowo. Urzędników starano się traktować inaczej, tworząc własne narzędzia pomo-

cy lekarskiej opłacane bezpośrednio z budżetu lokalnego. Taki system, a więc Miejska Pomoc Lekarska, działał choćby w Warszawie, Lublinie czy Białymstoku. W Poznaniu rozwiązano to poprzez system refundacji opieki zdrowotnej bez tworzenia odrębnej instytucji.

W niektórych miastach, np. w Łodzi, zatrudnieni w strukturach samorządu ubezpieczeni byli w systemie publicznym. Dyskusję o zasadności ubezpieczenia w lokalnej ubezpieczalni społecznej rozpoczęto z większą intensywnością w 1937 r. O inne potraktowanie apelował związek zawodowy skupiający pracowników miejskich już w końcu 1934 r., domagając się „zorganizowania pomocy lekarskiej we własnym zakresie i postawienia jej na odpowiednim poziomie”, podnosił zwłaszcza kwestię wolnego wyboru lekarza (APŁ, AmŁ, 14414: 65). Przez kilkanaście miesięcy trwało wyczekiwanie na ostateczną interpretację zapisów wspomnianego rozporządzenia. Do rozstrzygnięcia pozostawały szczegółowe kwestie dotyczące różnych kategorii zatrudnionych i konieczności jednolitego ich potraktowania (chodziło o pracowników sezonowych i fizycznych) (APŁ, AmŁ, 14414: 67–69). Ważne były również kwestie organizacji samej pomocy i jej finansowania. W Łodzi zdecydowano się na skorzystanie z doświadczeń innych miast. Do Warszawy udała się specjalna delegacja celem zapoznania się z przyjętymi tam rozwiązaniami (APŁ, AmŁ, 14414: 88), zasięgnięto też wiedzy w innych miastach.

Sprawa, jak wspomniano, większej intensywności nabrała w końcu 1937 r., wtedy bowiem przygotowano rozwiązanie wzorowane na instytucji pomocy lekarskiej w Warszawie. Podjęcie przez władze miejskie prac w tym zakresie umożliwiałoby również aktywność warszawskiego Towarzystwa, a więc złożenie oferty kompleksowego rozwiązania zagadnienia. Do gry warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeń wkroczyło 25 marca 1938 r., składając wspomnianą specjalną ofertę dla władz samorządowych (APŁ, AmŁ, 14294: 134). Była to oferta dla samorządów przyjęta w 1937 r. Propozycja, która wpłynęła, została z oczywistych względów przedstawiona jako korzystniejsza od tworzenia i utrzymywania własnej instytucji pomocy lekarskiej. Na dowód przesłano kilka referencji firm, które korzystały już z usług Towarzystwa, i kilka dokumentów ukazujących stosunkowo prosty sposób likwidacji szkody (refundacji usług lekarskich i kosztów lekarstw). Oferowano świadczenia na rzecz ubezpieczonego i jego rodziny (dzieci, małżonków oraz dwóch osób z pozostałej rodziny będących na jego wyłącznym utrzymaniu). Obejmowały one pomoc lekarską (choroba lub nieszczęśliwy wypadek)⁷ oraz zasiłki: szpitalne, chorobowe, macierzyńskie, pogrzebowe. Towa-

⁷ Pomoc lekarska obejmowała: porady i wizyty lekarskie, zabiegi dentystyczne, pomoc dla kobiet w ciąży i przy porodzie, środki lecznicze, opatrunkowe, pomocnicze w przypadku niepełnosprawności, leczenie szpitalne (w tym chorób płuc), kurację sanatoryjną, diagnostykę. Zasiłki pieniężne były takie jak w ustawie o ubezpieczeniu społecznym.

rzystwo pokrywało 85% kosztów przepisywanych lekarstw, jednak ogólny koszt lekarstw i innych środków ordynowanych przez lekarzy nie mógł przekroczyć 50 zł na osobę. W umowie znajdowało się zresztą wiele zastrzeżeń określających maksymalne wydatki w poszczególnych kategoriach usług.

W ofercie stawiano silny akcent na wolny wybór lekarza, wolny wybór apteki, większą dostępność do leczenia szpitalnego, podkreślano dostęp do leczenia zarówno ubezpieczonego, jak i jego rodziny w ciągu całego roku (w systemie publicznym maksymalnie 26 tygodni w roku w przypadku ubezpieczonego i 13 jego rodziny). Istotna była też oczywiście kwestia kosztów ubezpieczenia. Nie konkurowano jednak ceną. Koszty ubezpieczenia miały być równe składkom, jakie władze miejskie odprowadzały na konto państwowej ubezpieczalni (APŁ, AmŁ, 14294: 191).

Propozycja ubezpieczalni prywatnej, jak się okazało, poddana została szczegółowej analizie. Dokonano porównania systemu publicznego i propozycji prywatnej ubezpieczalni. Co ciekawe, mimo że Towarzystwo z Warszawy oferowało mniejszy zakres świadczeń, to jednak wskazywano, że wolny „wybór lekarza, apteki i szpitala jest b. ważkim atutem Tow. Ubezpieczenia i ten moment mógłby przemawiać za ubezpieczeniem pracowników Zarządu Miejskiego” (APŁ, AmŁ, 14294: 111–112). Sprawa była dość jasna w odniesieniu do pracowników, których przymus ustawowy nie zobowiązywał do ubezpieczenia. Inaczej wyglądała sytuacja zatrudnionych podlegających obowiązkowi a ubezpieczonych w ubezpieczalni publicznej ze względu na wspomnianą już uboższą ofertę świadczeń. Podkreślano jednak, że „duże niedogodności przy uzyskiwaniu świadczeń oraz przymus leczenia u jednego lekarza zniechęca często ubezpieczonych do korzystania z przysługujących im uprawnień” (APŁ, AmŁ, 14294: 111). Wątek ten znany był i podnoszony nawet w środowisku zwolenników publicznego systemu ubezpieczeń (Frankowska 1935: 766). Ostatecznie sprawę odroczonego w oczekiwaniu na efekt podjętych już czynności organizacyjnych Miejskiej Pomocy Lekarskiej.

Podsumowanie

Historia inicjatywy prywatnego ubezpieczenia od choroby, mimo że dość krótka, unaocznia szereg pomijanych do tej pory zagadnień asekuracji społecznej, polityki społecznej, a nawet polityki gospodarczej. Istotną kwestią jest niezgoda i to wcale nie nielicznych grup społeczeństwa na egalitarystyczną politykę państwową równającą status społeczny części zatrudnionych do pozycji zajmowanej przez robotnika fabrycznego. Trud-

no oczywiście kwestionować działania na rzecz podniesienia jakości pracy i życia robotnika, niemniej jednak pomijanie ambicji określonych grup społeczeństwa do zajęcia wyższej pozycji w strukturze społecznej można również podać w wątpliwość.

Towarzystwo Ubezpieczeń zaświadczało też o istnieniu zapotrzebowania społecznego na inny niż publiczny system. Nie aspirując do zajęcia miejsca ubezpieczeń publicznych, mogło przecierać szlaki do tworzenia podmiotów bardziej dostosowanych do swoistości potrzeb i możliwości konkretnych grup społeczeństwa. Faktem jest, że nawet w prasie ubezpieczeń społecznych zauważano, że dla pracowników umysłowych rozwiązanie mogło być „w pewnych przypadkach korzystniejsze”. Niemniej jednak wykluczano możliwość rozważania w ogóle ubezpieczeń dobrowolnych jako formy „oparcia pomocy w chorobie dla szerokich warstw pracujących” (Frankowska 1935: 766).

Ubezpieczalnia warszawska wykazała, kwestionowaną wówczas, zdolność sektora prywatnego do realizowania zabezpieczenia społecznego. Jej istnienie można analizować też w kontekście polityki gospodarczej państwa, wpływu poszczególnych decyzji (w tym przypadku organizacji ubezpieczeń społecznych) na możliwości prowadzenia działalności gospodarczej, ograniczenia rynku czy traktowania na nim podmiotów prywatnych. Mowa tu nie tylko o samych instytucjach ubezpieczeniowych, ale też o rynku farmaceutycznym czy prywatnej ochronie zdrowia.

Nie wydaje się jednak, by inicjatywa prywatna, sformatowana tak jak warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeniowe, była zdolna do zagospodarowania przestrzeni społecznej, która nie była objęta przymusem ubezpieczeniowym. Towarzystwo nie przejawiało aktywności wobec pracowników z terenów wiejskich, nawet tych, którzy posiadali ustawowe zabezpieczenie opieki zdrowotnej (w ramach ubezpieczenia wypadkowego). Działania nieprzypadkowo kierowano do ludności większych miast i pracowników samorządów, dla których możliwe było zorganizowanie sieci lekarzy czy dostępu do aptek. Istotne były również poziom wynagrodzeń warunkujący uczestnictwo w systemie oraz czynniki o charakterze obyczajowym czy szerzej, społecznym.

Historia Towarzystwa stanowi przyczynek do oceny funkcjonowania samych publicznych ubezpieczeń społecznych zorganizowanych pod kierownictwem ZUS. Czym innym bowiem jest przygotowanie i uchwalenie określonych praw, zorganizowanie struktury organizacyjnej czy nawet stworzenie sieci placówek leczniczych, a czym innym dostarczenie obiecanej w ustawie usługi w potrzebnej liczbie i określonym, oczekiwanym standardzie. Zagadnienie praktycznego wykonania ubezpieczeń społecznych w II Rzeczypospolitej, jak się wydaje, wymaga jeszcze dalszych studiów.

Bibliografia

Materiały źródłowe

- [AAN] Archiwum Akt Nowych, Prezydium Rady Ministrów [PRM], Rektyfikaty, sygn. 61, t. 3, k. 3–5.
- [APŁ] Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi [AmŁ], Wydział Prezydialny, sygn. 14414, k. 57, k. 65, k. 67–69, k. 86, k. 88.
- [APŁ] Archiwum Państwowe w Łodzi, Akta Miasta Łodzi [AmŁ], Wydział Prezydialny, sygn. 14294, k. 111–112, k. 120, k. 134, k. 191.
- [BN] Biblioteka Narodowa w Warszawie, Druki ulotne. *Pismo do ubezpieczonych z 25 II 1937 r.*
- [BN] Biblioteka Narodowa w Warszawie, Druki ulotne. *Pismo do udziałowców Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych na Wypadek Choroby w Warszawie z 18 I 1937 r.*
- [BN] Biblioteka Narodowa w Warszawie, Druki ulotne. *Pismo Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych na Wypadek Choroby w Warszawie z 24 I 1938 r.*
- DzU RP 1934, nr 17, poz. 138, Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1934 r. o opuszczeniu od cen oznaczonych w taksie aptekarskiej za lekarstwa, wydawane na koszt ubezpieczalni społecznych.
- DzU 1920, nr 44, poz. 272, Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby.
- DzU 1934, nr 95, poz. 855, Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym.
- Rocznik Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń 1935*, Warszawa 1936.
- Rocznik Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń 1936*, Warszawa 1937.
- Rocznik Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń 1937*, Warszawa 1938.
- Rocznik Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń 1938*, Warszawa 1939.
- Ubezpieczenia społeczne w Polsce w latach 1934–1938*, Warszawa 1940.

Literatura

- Chylak K., 2017, *Ubezpieczenia społeczne i zaopatrzenia emerytalne w II Rzeczypospolitej*, Warszawa.
- Co należy uczynić w razie zachorowania?*, 1938, „Nasze Zdrowie”, nr 3 (okładka).
- Frankowska L., 1935, *Prywatne ubezpieczenie na wypadek choroby w Polsce*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, nr 11.
- Goldberg O., 1925, *Zagadnienie Kas Chorych i projekt jego rozwiązania*, „Nowiny Lekarskie”, z. 13–14, 15–16, 17.
- Gross A., 1927, *Walka lekarzy wolnopraktykujących z kasami chorych*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, z. 2.
- Jastrzębowski M., 1926, *O nowelizację ustawy o kasach chorych*, „Przegląd Gospodarczy”, nr 16.
- Komunikat*, 1838, „Nasze Zdrowie”, nr 6.
- Krieger A., 1926, *Lewiatan o nowelizacji ustawy o kasach chorych*, „Robotniczy Przegląd Gospodarczy”, nr 16.
- Ogłoszenie*, 1939, „Nasze Zdrowie”, nr 2.
- Oszczędności na kasach chorych. O natychmiastową rewizję*, 1926, „Gazeta Warszawska Poranna” z 12 III, nr 71.
- „Pomoc lekarska” magistratu St. m. Warszawy*, 1929, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, z. 4.

- Posiedzenia towarzystw lekarskich*, 1935, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, nr 31–32.
- Prawo ubezpieczonych do zwrotu części składek*, 1938, „Nasze Zdrowie”, nr 2.
- Rada Nadzorcza T-wa*, 1938, „Nasze Zdrowie”, nr 4.
- Sprawozdanie z Walnego Zebrania*, 1938, „Nasze Zdrowie”, nr 2.
- Statut Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych na Wypadek Choroby w Warszawie*, 1934, Warszawa.
- Statut Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych na Wypadek Choroby w Warszawie*, 1937, Warszawa.
- Ubezpieczenia społeczne w roli przedsiębiorcy*, 1936, „Wiadomości Farmaceutyczne”, nr 7.
- Uchwały XVI Dorocznego Walnego Zebrania Związku Lekarzy Państwa Polskiego*, 1935, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, nr 21–22.
- Ulgi w uzdrowiskach*, „Nasze Zdrowie”, nr 383.
- Wzajemna pomoc w ochronie zdrowia*, 1937, „Nasze Zdrowie”, nr 123.