



DZIENNIK URZĘDOWY

MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ

ROK III

WARSZAWA, DNIA 10 CZERWCA 1948 r.

Nr 8 (28)

T R E Ś C:

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

Poz. 76. Zarządzenie Nr. 63/48 Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 15. IV. 1948 r. w sprawie statutu ubezpieczalni społecznej.

108

I. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

76.

ZARZĄDZENIE NR 63/48

MINISTRA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 15 kwietnia 1948 r.

w sprawie statutu ubezpieczalni społecznej.

Na podstawie art. 25 ust. (2) ustawy z dnia 28.III.1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396) w brzmieniu obowiązującym, nadaję statut Ubezpieczalni Społecznej w:

Bytomiu
Chorzowie
Gdańsku
Gliwicach
Gorzowie Wlkp.
Jeleniej Górze
Katowicach
Kłodzku
Legnicy
Olsztynie

Opolu
Rybniku
Słupsku
Szczecinie
Tarnowskich Górach
Tczewie
Wałbrzychu
Wrocławiu
Zabrzu
i w Zielonej Górze

oraz na podstawie art. 25 ust. (4) powołanej wyżej ustawy zmieniam dotychczas obowiązujący statut Ubezpieczalni Społecznej w:

Białej
Białymstoku
Bielsku
Bydgoszczy
Chrzanowie
Ciechanowie
Częstochowie
Gdyni
Gnieźnie
Grodzisku Wlkp.
Grudziądzu
Inowrocławiu
Kaliszu
Kielcach
Krakowie
Krośnie
Kutnie
Lesznie
Lublinie
Łodzi
Łomży

Nowym Sączu
Obornikach
Ostrowcu Kiel.
Ostrowie Wlkp.
Pabianicach
Piotrkowie Tryb.
Płocku
Poznaniu
Radomiu
Rzeszowie
Siedlcach
Sosnowcu
Tarnobrzegu
Tarnowie
Tomaszowie Maz.
Toruniu
Warszawie
Włocławku
Zamościu
i Żyrardowie.

Statut otrzymuje brzmienie ustalone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

Zarządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia z mocą obowiązującą od 1. I. 1948 r.

w. z. Ministra

Dr. E. Giebartowski

Podsekretarz Stanu

1 zał.

Zał. do zarz. Nr 63/48 z dn. 15. IV. 48 r.

STATUT UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ

w

I. Przepisy ogólne.

§ 1.

1. Ubezpieczalnia Społeczna w powołana jest do wykonywania zadań, wymienionych w §§ niniejszego statutu.
2. Nadzór nad Ubezpieczalnią sprawuje Minister Pracy i Opieki Społecznej.
3. Bezpośredni nadzór nad Ubezpieczalnią w zakresie, oznaczonym przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej, wykonywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 2.

1. Ubezpieczalnia Społeczna w obejmuje swoją działalnością ma swoją siedzibę w i nosi nazwę „Ubezpieczalnia Społeczna w“.
2. W dalszym ciągu niniejszego statutu oznacza się Ubezpieczalnię Społeczną w w skróceniu jako: „Ubezpieczalnię“, tymczasową radę Ubezpieczalni, jako „radę“, tymczasowy zarząd Ubezpieczalni, jako „zarząd“, tymczasową komisję rewizyjną Ubezpieczalni, jako „komisję rewizyjną“, tymczasową komisję rozjemczą Ubezpieczalni, jako „komisję rozjemczą“, przewodniczącego rady i zarządu Ubezpieczalni, jako „przewodniczącego“, dyrekcję Ubez-

pieczalni, jako „dyrekcję“, dyrektora Ubezpieczalni, jako „dyrektora“, lekarza naczelnego Ubezpieczalni, jako „lekarza naczelnego“, wicedyrektora Ubezpieczalni jako „wicedyrektora“, zastępcę lekarza naczelnego Ubezpieczalni, jako „zastępcę lekarza naczelnego“ pracowników Ubezpieczalni, jako „pracowników“.

3. Ustawę o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28.III.1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396), w brzmieniu obowiązującym, powołuje się, jako „ustawę“, jej artykuły jako „artykuły“, a paragrafy niniejszego statutu, jako „paragrafy“.

§ 3.

1. Ubezpieczalnia jest instytucją prawa publicznego i posiada osobowość prawną.

2. Ubezpieczalnia odpowiada za swoje zobowiązania wyłącznie własnym majątkiem.

3. Ubezpieczalnia używa pieczęci z godłem państwowym według wzoru, ustalonego przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

§ 4.

Ubezpieczalnia może tworzyć oddziały na podstawie uchwały rady, zatwierdzonej przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Uchwała ta powinna określać siedzibę, obszar działania, zakres czynności oddziału i termin rozpoczęcia jego działalności.

§ 5.

1. Przewodniczący reprezentuje Ubezpieczalnię wobec władz i osób trzecich.

2. Przewodniczący może w poszczególnych przypadkach przekazywać swoje czynności reprezentacyjne dyrektorowi oraz, na jego wniosek, członkom dyrekcji lub pracownikom.

§ 6.

1. Przewodniczący podpisuje wraz z dyrektorem pisma:

- 1) zawiadamiające o uchwałach powziętych przez radę lub zarząd,
- 2) kierowane do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawach, wymagających ich zatwierdzenia,
- 3) stanowiące akt prawny w sprawach majątkowych, a w szczególności w sprawie lokaty funduszy, nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości, zaciągania pożyczek oraz dokonywania inwestycji na sumę przekraczającą 5% wysokości przypisu składek za ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa oraz inne akty prawne z zakresu kompetencji rady i zarządu, na których opiera się nabycie praw lub zaciągnięcie zobowiązań przez Ubezpieczalnię,
- 4) związane z reprezentowaniem Ubezpieczalni w sprawach, przekraczających zakres bieżących czynności Ubezpieczalni z § 8,

2. Przewodniczący podpisuje pisma:

- 1) zwołujące posiedzenia rady lub zarządu oraz posiedzenie konstytucyjne komisji rewizyjnej,
- 2) w sprawie mandatów członków organów Ubezpieczalni,
- 3) do władz nadzorczych, w sprawach dotyczących przewodniczącego lub jego zastępców,
- 4) wyrażające pogląd zarządu w sprawach, w których komisja rewizyjna odniosła się do zarządu,
- 5) w sprawach wynikających ze stosunku służbowego dyrektora (§ 67).

3. Wszystkie inne pisma Ubezpieczalni podpisuje dyrektor, z zastrzeżeniem dalszych ustępów tego paragrafu.

4. Pisma komisji rewizyjnej podpisuje jej przewodniczący i jeden członek tej komisji.

5. Pisma komisji rozjemczej podpisuje przewodniczący tej komisji.

6. Pisma z zakresu leczenia i profilaktyki, z wyjątkiem pism, których prawo podpisu zastrzeżone jest przewodniczącemu wraz z dyrektorem (ust. 1), podpisuje dyrektor wraz z lekarzem naczelnym.

7. Lekarz naczelny podpisuje wewnętrzną korespondencję, wykazy statystyczne i materiały sprawozdawcze z zakresu leczenia i profilaktyki.

8. Wicedyrektor, w zakresie powierzonych mu przez dyrektora samodzielnych funkcji kierowniczych, jak również pracownicy, w zakresie czynności, w których dyrektor upoważnił ich do wydawania decyzji (§ 68), mają prawo samodzielnego podpisywania pism.

9. Na podstawie upoważnienia dyrektora pracownicy mogą podpisywać pisma o charakterze informacyjnym.

§ 7.

1. Polecenia wypłaty i dowody wpłaty gotówki oraz czeki wystawiane przez Ubezpieczalnię wymagają podpisu dyrektora i 1 pracownika lub podpisów dwu pracowników, upoważnionych do tej czynności przez dyrektora.

2. Szczegóły określi regulamin kasowy, uchwalony przez Zarząd.

II. Zadania Ubezpieczalni

§ 8.

1. Do zakresu działania Ubezpieczalni należy:

- 1) ustalanie obowiązku ubezpieczenia w myśl ustawy i rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych oraz prowadzenie ewidencji ubezpieczonych;
- 2) ustalanie uprawnień do kontynuowania poszczególnych rodzajów ubezpieczeń;
- 3) przyznawanie i udzielanie świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa;

- 4) wymierzanie i pobieranie składek ubezpieczeniowych, zaliczanie zakładów pracy do kategorii i klasy niebezpieczeństwa w ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych oraz kontrola uiszczania składek przez pracodawców.
- 5) przyjmowanie roszczeń o świadczenia i przeprowadzanie czynności przygotowawczych dla udzielania świadczeń rentowych oraz udzielanie tych świadczeń na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 6) prowadzenie ewidencji i kontrola osób pobierających świadczenia;
- 7) wykonywanie innych czynności ubezpieczeniowych, zleconych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych za zgodą Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

2. Za czynności, dokonywane dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Ubezpieczalnia otrzymuje zwrot kosztów, według norm, ustalanych przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

3. Poza czynnościami, określonymi w ust. 1, Ubezpieczalnia powinna:

- 1) udzielać, za zwrotem kosztów, pomocy leczniczej osobom nieubezpieczonym, uprawnionym do tej pomocy na zasadzie szczególnych przepisów prawnych,
- 2) za zwrotem kosztów i według zasad ustalonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, przeprowadzać przewidziane w art. 8 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr 78, poz. 676) okresowe badania lekarskie pracowników, narażonych na choroby zawodowe;
- 3) rozciągać w miarę swych środków finansowych i według zasad, ustalonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, opiekę nad stanem zdrowia ubezpieczonych oraz członków ich rodzin, celem zmniejszenia wśród tych osób chorobowości.

4. Nadto Ubezpieczalnia może:

- 1) jeżeli jej stan finansowy na to pozwala, przeprowadzać badania lekarskie młodocianych, przewidziane w art. 6 ustawy z dnia 2 lipca 1924 r., w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet (Dz. U. R. P. Nr 65, poz. 636), zmienionej ustawą z dnia 7 listopada 1931 r. (Dz. U. R. P. Nr 101, poz. 773), współdziałając w tym zakresie z inspektorami pracy;
- 2) za zwrotem kosztów udzielać pomocy leczniczej osobom, pozbawionym pracy, a nie uprawnionym do świadczeń Ubezpieczalni;
- 3) za zgodą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zawierać ze związkami komunalnymi i z innymi instytucjami lub organizacjami umowy, mające na celu udzielanie za zwrotem kosztów pomocy leczniczej osobom, nie podlegającym obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

III. Podstawa wymiaru składek i świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

§ 9.

Podstawą wymiaru składek i świadczeń jest faktyczny zarobek ubezpieczonego, jeżeli szczególne przepisy nie stanowią inaczej.

§ 10.

Podstawę wymiaru zasiłków stanowi:

- 1) zasiłku chorobowego, domowego i szpitalnego — przeciętny tygodniowy zarobek ubezpieczonego z okresu zatrudnienia w ciągu ostatnich 13 tygodni (3 miesiące) przed zachorowaniem,
- 2) zasiłku połogowego — przeciętny tygodniowy zarobek ubezpieczonej za ostatnie 13 tygodni (3 miesiące) zatrudnienia przed powstaniem prawa do zasiłku. Jeżeli ubezpieczona bezpośrednio przed powstaniem prawa do zasiłku połogowego pobierała zasiłek chorobowy, podstawą wymiaru zasiłku połogowego jest tygodniowy zarobek, który służył za podstawę do wymiaru zasiłku chorobowego,
- 3) zasiłku pogrzebowego — ostatni zarobek ubezpieczonego z całego tygodnia (6/25 ostatniego miesięcznego zarobku). Jeżeli śmierć nastąpiła przed upływem pierwszego tygodnia zatrudnienia, za podstawę zasiłku pogrzebowego przyjmuje się zarobek, jakoby ubezpieczony osiągnął w ciągu tego tygodnia, gdyby śmierć nie nastąpiła.

IV. Świadczenia z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, przyznawane i udzielane przez Ubezpieczalnię.

A. ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONYCH

§ 11.

1. Ubezpieczeni mają w razie choroby prawo do świadczeń następujących:

- 1) do pomocy leczniczej nie dłużej, niż przez 26 tygodni w poszczególnym przypadku choroby. Pomoc lecznicza obejmuje:
 - a) opiekę lekarską i pomoc dentystyczną,
 - b) dostarczanie leków i środków opatrunkowych, środków leczniczych, pomocniczych oraz środków pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu,
- 2) do zasiłku chorobowego za każdy dzień stwierdzonej niezdolności do pracy wskutek choroby, nie wyłączając niedziel i świąt, nie dłużej niż przez 26 tygodni, poczynając od pierwszego dnia niezdolności, jeżeli niezdolność ta trwa co najmniej 3 dni.

2. Okres zasiłkowy należy liczyć od pierwszego dnia wypłacenia zasiłku. Jeżeli w pewnych okresach korzystania z pomocy leczniczej Ubezpieczalni ubezpieczony nie pobierał zasiłku chorobowego z innych przyczyn, niż wymienione w ust. 3 i 4, pomoc ta przedłuża się do wyczerpania okresu zasiłkowego.

3. Robotnicy nie mają prawa do zasiłku chorobowego w okresie czasu, w którym w myśl przepisów służbowych lub umowy zbiorowej otrzymują od pracodawcy całkowite wynagrodzenie.

4. Pracownicy umysłowi w rozumieniu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr 35, poz. 323), nie wyłączając kategorii pracowników, objętych art. 4 tego rozporządzenia, nie mają prawa do zasiłku chorobowego w okresie czasu, w którym w myśl przepisów prawnych przysługuje im prawo do całkowitego wynagrodzenia od pracodawcy.

5. Jeżeli ubezpieczony stanie się powtórnie niezdolny do pracy z powodu nawrotu tej samej choroby, drugie zachorowanie uważa się przy obliczaniu zasiłku za nową chorobę tylko wtedy, gdy przerwa w niezdolności do pracy, stwierdzona przez lekarza Ubezpieczalni, wynosiła więcej niż 8 tygodni.

§ 12.

1. Pomoc lecznicza udzielana jest we wszystkich stanach chorobowych z wyjątkiem takich, których usunięcie osiąga cel wyłącznie kosmetyczny.

2. Środków leczniczych, pomocniczych i pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu udziela Ubezpieczalnia, gdy są niezbędne dla utrzymania lub przywrócenia zdrowia albo zdolności do pracy.

3. Środki pomocnicze i pomocnicze przeciwko zniekształceniu i kalectwu, nie ulegające zniszczeniu przy dłuższym ich użyciu, a potrzebne ubezpieczonemu tylko na pewien okres czasu, może Ubezpieczalnia wydawać z obowiązkiem zwrotu w określonym czasie.

4. Środki pomocnicze i pomocnicze przeciwko zniekształceniu i kalectwu potrzebne ubezpieczonemu do stałego użytku, wydaje Ubezpieczalnia na stałe.

5. Powtórne wydanie środka pomocniczego lub pomocniczego przeciwko zniekształceniu i kalectwu może nastąpić z przyczyn uzasadnionych, stwierdzonych przez lekarza Ubezpieczalni i na jego pisemne zlecenie. Środki takie, uszkodzone bez winy ubezpieczonego, oddaje Ubezpieczalnia na swój koszt do naprawy.

6. Udzielanie środków leczniczych, pomocniczych i pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu odbywa się w sposób, określony w regulaminie dla chorych.

§ 13.

1. Pomoc dentystyczna obejmuje:
- 1) leczenie i plombowanie zębów cementem albo amalgamatem srebra, a jeżeli względy lecznicze tego wymagają — porcelaną;
 - 2) usuwanie w znieczuleniu, jeżeli względy lecznicze nie stoją temu na przeszkodzie, zębów, nie nadających się do leczenia;
 - 3) leczenie schorzeń jamy ustnej;
 - 4) protezowanie zębów z zastrzeżeniami wynikającymi z ust. 2.

2. Zabiegów dentystycznych, nie wymienionych w ustępie poprzednim, oraz protez dentystrycznych, nie uznanych za środek pomocniczy przeciwko zniekształceniu i kalectwu, względnie niezbędny dla przywrócenia zdrowia lub zdolności do pracy, może Ubezpieczalnia udzielać za zwrotem kosztów, według cennika, ustalonego przez Zarząd i zatwierdzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 14.

1. Jeżeli Ubezpieczalnia nie jest w stanie zapewnić ubezpieczonemu pomocy lekarskiej, bądź na całym obszarze swego okręgu, bądź w pewnej jego części, wówczas za zezwoleniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej może udzielać uprawnionym na czas trwania tego stanu zamiast pomocy lekarskiej świadczeń w gotówce.

2. Wysokość tego świadczenia równa się dziennie przeciętnej kwocie wydatków na pomoc lekarską z ubiegłego miesiąca, obliczonej na 1 ubezpieczonego.

3. Dla otrzymania takiego świadczenia w gotówce ubezpieczony jest obowiązany przedstawić Ubezpieczalni dowód, stwierdzający rodzaj i przebieg choroby oraz okres leczenia i korzystanie z pomocy leczniczej.

§ 15.

1. Zasiłek chorobowy wynosi tygodniowo 70% podstawy wymiaru, określonej w § 10 pkt. 1.

2. Ubezpieczeni mający na utrzymaniu dzieci otrzymują dodatki do zasiłku chorobowego i domowego w wysokości 5% wyżej oznaczonej podstawy wymiaru, na każde dziecko.

3. Zasiłek dzienny wynosi $\frac{1}{7}$ zasiłku tygodniowego.

§ 16.

Zasiłku chorobowego (domowego i szpitalnego) nie otrzymują:

- 1) funkcjonariusze państwowi, nie wyłączając profesorów i pomocniczych sił naukowych w państwowych szkołach akademickich oraz nauczyciele, sędziowie w sądownictwie powszechnym i administracyjnym, prokuratorzy, asesorowie i aplikanci sądowi, tudzież pracownicy przedsiębiorstw, zakładów i instytucyj państwowych, których stosunek służby ma charakter publiczno-prawny;
- 2) uczniowie, terminatorzy, praktykanci i wolontariusze, jako też krewni i powinowaci, nie otrzymujący wynagrodzenia.

§ 17.

1. Zamiast świadczeń, wskazanych w § 11 ust. 1 pkt. 1 i 2, Ubezpieczalnia może za zgodą chorego udzielać bezpłatnego leczenia i utrzymania szpitalnego na najniższej klasie.

2. Na zlecenie lekarza Ubezpieczalnia może zarządzić umieszczenie chorego w szpitalu bez jego zgody, gdy:

- 1) rodzaj choroby wymaga leczenia i pielęgnowania, które w domu jest niemożliwe,
- 2) choroba jest zakaźna,
- 3) stan chorego lub jego zachowanie się wymaga stałego nadzoru,
- 4) chory niejednokrotnie przekroczył regulamin dla chorych lub postępował wbrew poleceniom lekarza.

3. Jeżeli Ubezpieczalnia zarządziła umieszczenie chorego w szpitalu, a chory do tego zarządzenia nie zastosował się pomimo, że zwrócono mu uwagę na skutki jego postępowania, Ubezpieczalnia może go pozbawić zasiłku chorobowego w całości lub w części.

§ 18

1. Ubezpieczalnia wypłaca ubezpieczonym, leczonym w szpitalu, którzy mają na utrzymaniu jedną lub więcej osób, zamieszkujących razem z ubezpieczonym, zasiłek domowy w wysokości połowy zasiłku chorobowego, jednakże dodatki na dzieci (§ 15 ust. 2) wypłacane są w całości.

2. Chorzy, leczeni w szpitalu, nie pobierający zasiłku domowego, otrzymują prócz leczenia i utrzymania szpitalnego zasiłek szpitalny w wysokości jednej piątej zasiłku chorobowego.

3. Do zasiłku domowego i szpitalnego stosuje się odpowiednio § 11 ust. 3 i 4.

§ 19.

1. Świadczenia dla ubezpieczonych w razie połogu obejmują:

- 1) bezpłatną pomoc położniczą i leczniczą przed, w czasie i po porodzie,
- 2) zasiłek połogowy przez cały czas, gdy położnica wstrzymuje się od pracy, nie wyłączając niedziel i świąt, nie dłużej jednak niż w ciągu ośmiu tygodni, z których co najmniej sześć przypadają powinno po porodzie; do tego zasiłku stosuje się odpowiednio § 11 ust. 3 i 4,
- 3) zasiłek dla karmiących matek w naturze, w ilości litra mleka dziennie, lub ekwiwalent w gotówce przez czas karmienia od dnia ukończenia zasiłku połogowego, a dla ubezpieczonych, nie uprawnionych do pobierania zasiłku połogowego, od dnia porodu, — nie dłużej jednak niż przez dwanaście tygodni.

2. Prawo do świadczeń, przewidzianych w ust. 1 pkt. 2 i 3, mają obowiązkowo ubezpieczone, które w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy przed porodem pozostawały przynajmniej przez cztery miesiące w zatrudnieniu, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia.

3. Osoby dobrowolnie ubezpieczone mają prawo do świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt. 2 i 3, jeżeli były ubezpieczone co najmniej w ciągu dziesięciu miesięcy przed porodem.

4. Gdy niezdolność do pracy przekracza czas, wskazany w ust. 1 pkt. 2, Ubezpieczalnia udziela świadczeń na zasadach ogólnych, zarówno przed jak i po porodzie.

§ 20.

1. Zasiłek połogowy wynosi tygodniowo 100% podstawy wymiaru, oznaczonej w § 10 pkt. 2.

2. Zasiłek dzienny równa się $\frac{1}{7}$ zasiłku tygodniowego.

§ 21.

Za zgodą położnicy Ubezpieczalnia może udzielić:

- 1) utrzymania i opieki lekarskiej w zakładzie dla położnic; w tym przypadku zamiast zasiłku połogowego położnica otrzymuje zasiłek domowy lub szpitalny;
- 2) niezależnie od pomocy leczniczej poza zakładem dla położnic — pomocy i opieki pielęgniarek za potrąceniem na ten cel najwyżej 50% zasiłku połogowego.

§ 22.

1. W razie śmierci ubezpieczonego Ubezpieczalnia udziela jednorazowego zasiłku pogrzebowego.

2. Zasiłek pogrzebowy równa się trzytygodniowemu zarobkowi ubezpieczonego (§ 10 pkt. 3).

3. Z zasiłku pogrzebowego pokrywa się przede wszystkim koszty pogrzebu. Jeżeli pozostaje nadwyżka, uprawnionymi do jej otrzymania są kolejno, małżonek, dzieci i wnuki, albo też osoby wymienione w § 25 ust. 3, jeżeli do chwili śmierci ubezpieczonego żyły z nim we wspólnym gospodarstwie domowym lub były przez niego utrzymywane.

B. ŚWIADCZENIA DLA CZŁONKÓW RODZIN.

§ 23.

1. Członkom rodziny ubezpieczonego Ubezpieczalnia udziela:

- 1) pomocy leczniczej i dentystycznej w pełnym zakresie (§ 11 ust. 1 pkt. 1, lit. a i b, z uwzględnieniem postanowień §§ 12 i 13) w ciągu najwyżej 13 tygodni w poszczególnym przypadku choroby, w roku kalendarzowym,
- 2) bezpłatnej pomocy leczniczej i położniczej w zakresie § 19 ust. 1, pkt. 1,
- 3) zasiłku dla karmiących w wysokości połowy zasiłku, określonego w § 19 ust. 1 pkt. 3, przez czas karmienia nie dłużej jednak, niż przez 12 tygodni od dnia porodu,

4) zasiłku pieniężnego na koszty pogrzebu, w wysokości połowy zasiłku pogrzebowego, przewidzianego w § 22.

2. W przypadkach przewidzianych w § 17 ust. 2 pkt. 1, 2 i 3 oraz w ust. 1 pkt. 2 niniejszego paragrafu, Ubezpieczalnia może przez czas nie dłuższy, niż 13 tygodni udzielać członkom rodziny leczenia i utrzymania szpitalnego na najniższej klasie szpitala na zlecenie lekarza Ubezpieczalni.

3. Po wyczerpaniu okresu świadczeń (ust. 1 pkt. 1) Ubezpieczalnia udziela pomocy leczniczej przez okres nie dłuższy niż 13 tygodni, tylko w przypadkach ostrych chorób, których wykaz ustala Zakład Ubezpieczeń Społecznych i zatwierdza Minister Pracy i Opieki Społecznej.

4. Świadczenia dla członków rodziny nie mogą przekraczać norm powyżej określonych, chociażby oboje małżonkowie byli ubezpieczeni.

§ 24.

Świadczeń, wymienionych w § 23, udziela się następującym członkom rodziny ubezpieczonego:

- 1) żonie lub niezdolnemu do zarobkowania mężowi,
- 2) dzieciom z małżeństwa, uprawnionym, przysposobionym, pozamałżeńskim i wnukom, w wieku do lat 16 lub ponad lat 16, jeżeli są niezdolne do zarobkowania, jeśli zaś kształcą się w zakładach naukowych najdłużej do ukończenia dwudziestego pierwszego roku życia lub — w razie odbywania studiów w wyższych zakładach naukowych — najdłużej do ukończenia dwudziestego czwartego roku życia.

§ 25.

1. Osoby, wymienione w paragrafie poprzednim, mogą korzystać ze świadczeń, przewidzianych w § 23, tylko, jeżeli:

- 1) zamieszkują we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym,
- 2) są wyłącznie i całkowicie przez niego utrzymywane,
- 3) nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia i nie są dobrowolnie ubezpieczone.

2. Żonie i dzieciom ubezpieczonego, nie odpowiadającym wymogowi, określonymu w pkt. 1 poprzedniego ustępu, Ubezpieczalnia udziela świadczeń, jeżeli posiadają warunki, określone w ust. 1 pkt. 2 i 3 oraz mieszkają na obszarze Rzeczypospolitej.

3. Na równi z członkami rodziny w rozumieniu § 24 mają prawo do świadczeń najwyżej dwie osoby spośród pozostałej rodziny obowiązkowo ubezpieczonego lub kontynuującego ubezpieczenie, odpowiadające wymogom, wymienionym w ust. 1 pkt. 1, 2 i 3, jeżeli zostały przyjęte do wykazu Ubezpieczalni na podstawie zgłoszenia do ubezpieczenia lub zgłoszenia osobnego, podanego nie później, niż na 13 tygodni przed zachorowaniem. W razie, gdy

ubezpieczony nie zgłosi jednej lub obu osób z pozostałej rodziny, ma prawo zgłosić jedną osobę nie należącą do rodziny, lecz odpowiadającą co najmniej od sześciu miesięcy wymogom, wymienionym w ust. 1 pkt. 1, 2 i 3.

§ 26.

Przerwa w zamieszkiwaniu z ubezpieczonym, nie przekraczająca czterech tygodni, lub dłuższa za zgodą Ubezpieczalni, nie powoduje dla osób, wymienionych w § 24, utraty prawa do świadczeń.

C. PRYZNAWANIE, POZBAWIANIE, WSTRZYMYWANIE I OGRANICZANIE ŚWIADCZEŃ.

§ 27.

1. Jeżeli zachodzą warunki, przewidziane w §§ 11 — 26, Ubezpieczalnia obowiązana jest do udzielania:

- 1) zasiłku chorobowego (§ 11 ust. 1 pkt. 2) po upływie 4 tygodni ubezpieczenia, a od dnia rozpoczęcia ubezpieczenia, jeżeli osoby ubiegające się o zasiłek chorobowy były ubezpieczone w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy nie mniej niż przez dwadzieścia sześć tygodni,
- 2) pozostałych świadczeń, wymienionych w §§ 11 — 26, od dnia rozpoczęcia ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień § 19 ust. 2 i 3.

2. Ograniczenia określonego w ust. 1 pkt. 1 nie stosuje się do osób, ubiegających się o świadczenia z powodu wypadku w zatrudnieniu lub zapadnięcia na chorobę ostrą lub ostrą chorobę zakaźną. Wykaz tych chorób ustala Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a zatwierdza Minister Pracy i Opieki Społecznej.

3. Świadczenia, wymienione w ust. 1, przyznaje Ubezpieczalnia chałupnikom po upływie 4 tygodni ubezpieczenia lub kontynuowania ubezpieczenia.

§ 28.

1. Roszczenia o świadczenia Ubezpieczalni przedawniają się po upływie pół roku od zajścia okoliczności, uprawniających do tych świadczeń.

2. Prawo do zgłoszenia roszczeń powstaje:

- 1) co do okresowych świadczeń pieniężnych z każdym dniem, za który świadczenie przysługuje,
- 2) co do zwrotu za pomoc leczniczą z każdym dniem udzielania tej pomocy.

3. Poszczególne kwoty przyznanych świadczeń przedawniają się po upływie pół roku od dnia płatności danej kwoty.

§ 29.

1. Obowiązek przyznawania świadczeń ze strony Ubezpieczalni ustaje, z zastrzeżeniem dalszych postanowień niniejszego paragrafu, z dniem ustania ubezpieczenia.

2. Osobom, które przed ustaniem stosunku pracy, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia, były obowiązkowo ubezpieczone co najmniej przez dziesięć ostatnich tygodni lub w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy przynajmniej przez trzydzieści tygodni, Ubezpieczalnia obowiązana jest udzielać świadczeń wymienionych w § 11 ust. 1 pkt. 1, z wyjątkiem środków pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu, przez czas nie dłuższy niż trzynaście tygodni, jeżeli wypadek choroby zajdzie w ciągu trzech tygodni od dnia ustania obowiązku ubezpieczenia.

3. W wypadkach chorób o dłuższym okresie wylegania, których wykaz ustalają rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ubezpieczalnia udziela świadczeń, jeżeli wypadek choroby zajdzie w ciągu czterech tygodni od dnia ustania obowiązku ubezpieczenia.

4. Osoby obowiązkowo ubezpieczone, które przed dniem ustania obowiązku ubezpieczenia pozostawały przynajmniej przez cztery miesiące w zatrudnieniu, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia, mają prawo do świadczeń z § 19 ust. 1 pkt. 1, jeżeli poród nastąpi w ciągu czterech tygodni od dnia ustania obowiązku ubezpieczenia.

5. Osoby, wymienione w ustępie 2, 3 i 4, mają prawo do leczenia szpitalnego na najniższej klasie na zlecenie Ubezpieczalni tylko w tych wypadkach, gdyby odmowa leczenia szpitalnego równała się odmowie leczenia; Ubezpieczalnia może nadto zarządzić umieszczenie tych osób w szpitalu, gdy uzna to za konieczne w interesie osoby leczonej lub, gdy nie może zapewnić jej należytej opieki lekarskiej.

6. Postanowienia powyższe nie naruszają w niczym obowiązku dalszego udzielania świadczeń, przysługujących na skutek okoliczności, powstałych przed dniem ustania ubezpieczenia. Członkowie rodziny mają w tych przypadkach prawo do świadczeń aż do wyczerpania przez ubezpieczonego okresu zasiłkowego.

§ 30.

1. Poza granicami Rzeczypospolitej Ubezpieczalnia udziela uprawnionym świadczeń w naturze na warunkach i w sposób, określony w umowach międzynarodowych.

2. Jeżeli sprawa udzielania świadczeń poza granicami Rzeczypospolitej nie jest uregulowana umowami międzynarodowymi, Ubezpieczalnia udziela świadczeń w naturze tylko w przypadkach, gdy:

- 1) uprawniony ma za granicą stałe miejsce zamieszkania w pasie pogranicznym, albo
- 2) pobyt uprawnionego za granicą wywołany został koniecznością leczenia się, stwierdzoną przez komisję, składającą się z lekarza naczelnego i dwóch lekarzy przez niego wyznaczonych, i nastąpił za zezwoleniem zarządu. Ubezpieczalnia oznacza wówczas upraw-

nionemu miejscowość, zakład leczniczy lub lekarza oraz okres leczenia za granicą.

3. Innym osobom uprawnionym, a nie objętym ust. 2 pkt. 1 i 2, jeżeli zachorowały podczas pobytu za granicą i przedstawiły Ubezpieczalni bezzwłocznie po wyzdrowieniu dowody, stwierdzające udzielanie pomocy leczniczej i okres trwania choroby za granicą (poświadczenie lekarza, recepta, rachunek itp), Ubezpieczalnia wypłaca, zamiast świadczeń w naturze, ryczałt dzienny w wysokości 4% przeciętnego zarobku ubezpieczonych w ostatnim miesiącu przed wniesieniem roszczenia.

4. Kontrolę uprawnionych, leczących się za granicą, Ubezpieczalnia wykonywa:

- 1) w sposób określony w umowach międzynarodowych,
- 2) jeżeli umowy międzynarodowe nie określają sposobu kontroli, przez instytucje udzielające świadczeń,
- 3) przez własny personel lub instytucje, względnie osoby, upoważnione przez Ubezpieczalnię, w stosunku do osób, zamieszkałych stale w pasie pogranicznym,
- 4) przez zakłady lecznicze lub lekarzy, w stosunku do osób, skierowanych do leczenia za granicą,
- 5) przez władze publiczne lub osoby wiarygodne, w stosunku do innych osób, przebywających za granicą.

§ 31.

W przypadkach stwierdzonego nałogu pijaństwa, Ubezpieczalnia ma prawo, bez upoważnienia ubezpieczonego, wypłacać świadczenia pieniężne na ręce osób, przez niego utrzymywanych.

§ 32.

Ubezpieczalnia może odmówić ubezpieczonemu świadczeń na czas odbywania przezeń kary pozbawienia wolności; nie dotyczy to jednak świadczeń, przewidzianych w §§ 22 i 23.

§ 33.

Ubezpieczalnia może w całości lub częściowo odmówić zasiłku chorobowego lub szpitalnego ubezpieczonemu, którzy wywołali chorobę rozmyślnie lub przez udział z własnej winy w bójkach lub czynach gwałtu. Zasiłek ten może być wypłacony rodzinie, jeśli pozostaje ona w potrzebie.

D. ORGANIZACJA UDZIELANIA POMOCY LECZNICZEJ PRZEZ UBEZPIECZALNIE.

§ 34.

1. Ubezpieczalnia udziela pomocy leczniczej przez lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy posiadają prawo praktyki i przyjęli obowiązki wobec Ubezpieczalni w drodze pisemnej umowy, za-

wartej z Ubezpieczalnią lub z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

2. Czynności pomocnicze mogą być wykonywane przez pomocniczy personel lekarski (felerów, uprawnionych techników dentystrycznych, wykwalifikowanych pielęgniarzy i pielęgniarki itp.), jedynie na zlecenie lekarza Ubezpieczalni i pod jego kierunkiem albo samodzielnie w wypadkach nagłych, jeżeli nie może być wezwany lekarz Ubezpieczalni lub inny lekarz, mający prawo praktyki.

3. Pomoc położnicza może być udzielana tylko przez lekarzy i przez osoby posiadające kwalifikacje, określone rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr 34, poz. 316).

4. Osoby wymienione w poprzednich ustępach są materialnie odpowiedzialne wobec Ubezpieczalni za wszelkie szkody, wyrządzone przez nie przy wykonywaniu ich czynności zawodowych na zlecenie Ubezpieczalni.

5. Ubezpieczeni mają prawo wolnego wyboru lekarza spośród lekarzy Ubezpieczalni, z ograniczeniami, wynikającymi z organizacji lecznictwa Ubezpieczalni (§ 42 ust. 2).

6. Chory może zmienić lekarza w czasie tej samej choroby tylko za zgodą Ubezpieczalni. Udzielenie lub odmówienie zgody nastąpić powinno w ciągu trzech dni. W nagłych wypadkach może ubezpieczony zwrócić się do innego lekarza Ubezpieczalni.

§ 35.

1. Ubezpieczalnia obowiązana jest do zwrotu ubezpieczonemu kosztów, spowodowanych wezwaniem lekarza, nie mającego umowy z Ubezpieczalnią, tylko w przypadkach nagłych, gdy zwrócenie się do Ubezpieczalni było niemożliwe, a zwłoka groziłaby niebezpieczeństwem i jeżeli Ubezpieczalnia została zawiadomiona o wezwaniu lekarza najpóźniej w ciągu pięciu dni od tego wezwania.

2. Na żądanie Ubezpieczalni chory powinien w takim przypadku poddać się ponownemu badaniu przez lekarza, wyznaczonego przez Ubezpieczalnię.

§ 36.

1. Ubezpieczalnia zwraca ubezpieczonemu koszty leczenia szpitalnego jedynie w przypadkach nagłych, gdy zwrócenie się do Ubezpieczalni było niemożliwe, zwłoka groziłaby niebezpieczeństwem, a o przeprowadzeniu leczenia szpitalnego na koszt własny zawiadomiono Ubezpieczalnię najpóźniej w ciągu 5 dni od opuszczenia szpitala przez chorego.

2. W takich przypadkach Ubezpieczalnia zwraca koszty leczenia szpitalnego najwyżej do wysokości tych kosztów, jakieby poniosła, gdy sama skierowała chorego do szpitala.

§ 37.

1. Ubezpieczalnia zwraca koszty przejazdu do lekarza, szpitala, zakładu leczniczego itp. dokonanego na zlecenie Ubezpieczalni, a bez takiego zlecenia, w przypadkach, określonych w regulaminie dla chorych.

2. Normy należności za przejazdy furmankami ustala dla gmin wiejskich właściwa powiatowa władza administracji ogólnej, dla gmin miejskich — zarząd miejski.

3. Pracownikom rolnym pracodawca dostarcza środków lokomocji albo zwraca im poniesione koszty.

§ 38.

Lekarstwa i środki lecznicze wydaje się ubezpieczonemu tylko na pisemne zlecenie lekarza Ubezpieczalni.

§ 39.

1. Ubezpieczonemu, przebywającym poza okręgiem Ubezpieczalni, udziela Ubezpieczalnia świadczeń za pośrednictwem ubezpieczalni miejsca pobytu ubezpieczonego. W wyjątkowych przypadkach, w razie niemożności udzielenia świadczeń w naturze ani pośrednio, ani bezpośrednio, Ubezpieczalnia może wypłacać ubezpieczonemu ryczałt dzienny w wysokości ustalonej w § 14 ust. 2.

2. Przepis powyższy stosuje się również do członków rodziny ubezpieczonego.

§ 40.

Ubezpieczalnia może w ramach ogólnych zasad, ustalonych przez Zakład, zawierać umowy bezpośrednio lub za pośrednictwem Zakładu, z zakładami leczniczymi, fundacjami, właścicielami aptek lub składnic materiałów aptecznych.

§ 41.

1. Za osoby, uprawnione do leczenia szpitalnego ze strony Ubezpieczalni, umieszczone przez Ubezpieczalnię w szpitalach publicznych ogólnych i specjalnych w rozumieniu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 38, poz. 382), Ubezpieczalnia uiszcza opłatę w wysokości opłaty na klasie najniższej, ustalonej zgodnie z art. 27, 28, 29, 30 i 35 powołanego wyżej rozporządzenia.

2. Ubezpieczalnia obowiązana jest do uiszczenia opłat tylko za te osoby, które zostały przyjęte do szpitala na zlecenie Ubezpieczalni i za okres, oznaczony w porozumieniu z Ubezpieczalnią, przebyty w szpitalu przez daną osobę. W razie umieszczenia w szpitalu osoby, uprawnionej do świadczeń, bez zlecenia Ubezpieczalni, Ubezpieczalnia obowiązana jest do uiszczenia opłat tylko za przypadki nagłe, w razie stwierdzenia przez lekarza Ubezpieczalni, że zwłoka w umieszczeniu chorego w szpitalu groziła niebezpieczeństwem dla jego życia lub poważnym

pogorszeniem choroby, oraz w przypadkach chorób zakaźnych. O przyjęciu osób, uprawnionych do świadczeń Ubezpieczalni, bez zlecenia z jej strony, powinien szpital zawiadomić Ubezpieczalnię w ciągu trzech dni.

§ 42.

1. Ubezpieczalnia może zgodnie z przepisami, dotyczącymi zakładów leczniczych i aptek, w ramach planu organizacji lecznictwa, ustalonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, urządzić dla celów własnych szpitale, przychodnie i zakłady położnicze, apteki wraz z punktami rozdawania leków, składnice materiałów, zakłady leczenia fizykalnego, instytuty diagnostyczne itp.

2. Przychodnia Ubezpieczalni może być przeznaczona bądź dla ogółu ubezpieczonych, bądź dla pewnych ich kategorii, według zawodów, miejsc zamieszkania ubezpieczonych, zakładów pracy, wieku itp.

V. Organa Ubezpieczalni.

§ 43.

1. Organami Ubezpieczalni są:

- 1) tymczasowa rada,
- 2) tymczasowy zarząd,
- 3) dyrekcja,
- 4) tymczasowa komisja rewizyjna,
- 5) tymczasowa komisja rozjemcza.

§ 44.

Członkowie organów Ubezpieczalni są przy wykonywaniu swych obowiązków urzędowych zrównani z funkcjonariuszami państwowymi, tak co do ochrony prawnej jak i co do odpowiedzialności sądowo - karnej.

§ 45.

1. Członkowie rady, komisji rewizyjnej i komisji rozjemczej nie mogą przez czas trwania mandatu podejmować się dla Ubezpieczalni żadnych płatnych czynności, ani zawierać z nią umowy o świadczenie usług, dostawy, wykonanie robót itp., albo też występować wobec niej w tych sprawach w charakterze przedstawicieli, względnie pełnomocników osób trzecich.

2. Wywieranie przez poszczególnych członków organów, wymienionych w ust. 1, osobistego wpływu na sposób załatwiania spraw przez pracowników jest niedopuszczalne.

§ 46.

1. Od udziału w posiedzeniach organów Ubezpieczalni wyłączeni są poszczególni członkowie, gdy mają być rozstrzygane sprawy, w których zainteresowany jest sam członek organu Ubezpieczalni lub osoba, pozostająca z nim w stosunku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa, bądź w stosunku przysposabia-

jących, opiekunów lub wychowawców albo przysposobionych, poddanych opiece lub wychowanków.

2. Na podstawie uchwały odpowiedniego organu może nastąpić wyłączenie poszczególnych członków od udziału w czynnościach również wówczas, gdy mają być rozpatrywane sprawy, dotyczące pracodawcy lub przełożonego członka organu lub też jego pracownika, albo osoby podległej mu służbowo.

§ 47.

Członkowie organów Ubezpieczalni obowiązani są do przestrzegania tajemnicy zakładów pracy i do zachowania w tajemnicy wiadomości o chorobach i ułomnościach, oraz o przyczynach chorób i ułomności, o których powzięli wiadomość przy wykonywaniu czynności urzędowych.

§ 48.

1. Członkowie rady, zarządu, komisji rewizyjnej i komisji rozjemczej pełnią swój urząd bezpłatnie, jednak za udział w posiedzeniach otrzymują odszkodowanie w wysokości odpowiadającej diecie dziennej dyrektora — najwyżej jednak za jedno posiedzenie w jednym dniu.

2. W razie pełnienia czynności poza stałym miejscem zamieszkania, przysługuje nadto członkom wymienionych organów zwrot kosztów przejazdów oraz diety według norm ustalonych dla dyrektora.

3. Diety i zwrot kosztów podróży oblicza się według zasad, przyjętych w przepisach służbowych dla pracowników.

§ 49.

Przewodniczący rady, komisji rewizyjnej, komisji rozjemczej lub w razie nie pełnienia czynności przez przewodniczącego — zastępca, może na mocy uchwały rady, zatwierdzonej przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej, otrzymywać zryczałtowane odszkodowanie za czas, poświęcony sprawom Ubezpieczalni, najwyżej do wysokości odpowiadającej uposażeniu dyrektora.

A. RADA.

§ 50.

Rada składa się z 18 członków, w tym 12 przedstawicieli ubezpieczonych i 6 przedstawicieli pracodawców, jeśli Ubezpieczalnia liczy do 75.000 ubezpieczonych, a z 27 członków, w tym 18 przedstawicieli ubezpieczonych i 9 przedstawicieli pracodawców, jeśli Ubezpieczalnia liczy ponad 75.000 ubezpieczonych.

§ 51.

1. Jeżeli w czasie urzędowania rady, składającej się z 18 członków, liczba obowiązkowo ubezpieczonych przekroczy 75.000 i na tym poziomie utrzyma się do końca kadencji rady, wówczas w skład następnej rady wchodzi 27 członków (18

przedstawicieli ubezpieczonych i 9 przedstawicieli pracodawców).

2. Jeżeli w czasie urzędowania rady, składającej się z 27 członków, liczba obowiązkowo ubezpieczonych zmniejszy się poniżej 75.000 i na tym poziomie utrzyma się do końca kadencji rady, wówczas w skład następnej rady wchodzi 13 członków (12 przedstawicieli ubezpieczonych i 6 przedstawicieli pracodawców).

§ 52.

1. Rada wybiera spośród siebie przewodniczącego z grupy ubezpieczonych i 2 jego zastępców, jednego z grupy ubezpieczonych, drugiego z grupy pracodawców. Wybrany jest kandydat, który otrzymał bezwzględną większość głosów obecnych członków rady.

2. Posiedzenie rady dla wyboru przewodniczącego i jego zastępców zwołuje przewodniczący ustępującej rady, komisarz Ubezpieczalni, względnie w ich braku dyrektor. Osoba zwołująca posiedzenie przewodniczy na nim, jednak bez prawa głosowania, jeżeli nie wchodzi w skład nowej rady.

3. Wybór przewodniczącego i jego zastępców zatwierdza Minister Pracy i Opieki Społecznej.

4. Wybór przewodniczącego i jego zastępców powinien nastąpić w ciągu 2 tygodni od dnia powołania rady. W razie niedojścia do skutku wyboru w tym terminie, przewodniczącego i jego zastępców mianuje Minister Pracy i Opieki Społecznej spośród członków rady, z zachowaniem postanowień ustępu 1.

5. Uprawnienia i obowiązki, wynikające dla przewodniczącego z ustawy i statutu ubezpieczalni, dotyczą jego zastępców, o ile zastępują przewodniczącego w pełnieniu jego obowiązków. Prawo zastępstwa przysługuje najpierw zastępcy z grupy ubezpieczonych, a w razie niemożności spełniania przez niego obowiązków, zastępcy z grupy pracodawców.

§ 53.

1. Rada odbywa posiedzenia w miarę potrzeby, nie rzadziej niż dwa razy do roku: jedno dla uchwalenia preliminarza budżetowego, drugie dla uchwalenia sprawozdania rocznego i zamknięcia rachunkowego oraz wyboru zarządu i komisji rozjemczej.

2. Rada musi być zwołana na żądanie władzy nadzorczej w terminie przez nią wyznaczonym, albo na żądanie komisji rewizyjnej lub $\frac{1}{4}$ członków rady w terminie dni 14, licząc od dnia doręczenia żądania przewodniczącemu, z obowiązkiem umieszczenia na porządku obrad spraw, wymienionych w żądaniu.

§ 54.

1. Zwołanie każdego posiedzenia zwyczajnego rady powinno nastąpić co najmniej na 10 dni każdego zaś posiedzenia nadzwyczajnego — co

najmniej na 5 dni przed jego terminem, przez zawiadomienie wszystkich członków listami poleconymi lub za dowodem doręczenia.

2. Zawiadomienia o posiedzeniach rady i zarządu powinny być przesłane równocześnie Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych oraz komisji rewizyjnej.

3. Zawiadomienie ma określić czas, miejsce i porządek obrad; niezbędne materiały powinny być doń dołączone. Zamierzone zmiany statutu należy zapowiedzieć z podaniem ich brzmienia.

§ 55.

Regulamin uchwalony przez radę, a zatwierdzony przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej określi w szczególności tryb zwoływania posiedzeń rady i zarządu, sposób prowadzenia obrad oraz prawa i obowiązki członków tych organów, zgłaszanie wniosków nagłych, sposób powoływania zastępcy w razie czasowej niemożności ze strony członka brania udziału w posiedzeniach oraz kary porządkowe za niedbałe pełnienie czynności.

§ 56.

1. W posiedzeniach rady biorą udział z głosem doradczym członkowie dyrekcji i wyznaczeni przez dyrektora pracownicy; ponadto mogą brać udział z głosem doradczym przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i komisji rewizyjnej.

2. Biorący udział w posiedzeniu przedstawiciele władz nadzorczych mogą przemawiać poza kolejnością mówców.

§ 57.

1. Rada zdolna jest do powzięcia uchwały przy obecności przynajmniej połowy statutowej liczby członków, w tym przynajmniej połowy liczby członków z grupy ubezpieczonych.

2. Uchwały rady zapadają bezwzględną większością głosów obecnych. W razie równości rozstrzyga głos oddany przez przewodniczącego.

3. Dla zmiany statutu wymagana jest kwalifikowana większość $\frac{2}{3}$ głosów obecnych członków rady.

4. Uchwały o utworzeniu instytucji oraz organów specjalnych, przewidzianych w § 85, albo o przystąpieniu do już istniejących, wymagają dla swej ważności obecności przynajmniej $\frac{2}{3}$ liczby członków rady.

5. Uchwały zapadają w drodze głosowania przez całą radę z wyjątkiem przypadków, w których statut przewiduje głosowanie według poszczególnych grup.

§ 58.

1. Jeżeli uchwała rady sprzeciwia się przepisom prawnym, postanowieniom statutu lub zarządzeniom władz nadzorczych, przewodni-

czący obowiązany jest wnieść sprzeciw do Ministra Pracy i Opieki Społecznej za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w terminie 5-dniowym. Sprzeciw wstrzymuje wykonanie uchwały do czasu rozstrzygnięcia przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

2. Jeżeli dyrektor na posiedzeniu rady oświadczy, że wykonanie uchwały stanowiłoby groźbę dla stanu majątkowego Ubezpieczalni, lub lekarz naczelny oświadczy, że uchwała szkodliwa jest dla lecznictwa i profilaktyki, lub sprzeciwia się przepisom sanitarnym, przewodniczący obowiązany jest w ciągu 5 dni zawiadomić o tym Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jeżeli nie znajdą zastosowania postanowienia ust. 1.

§ 59.

1. Z przebiegu każdego posiedzenia rady spisuje się protokół, który zawierać powinien listę obecnych, porządek obrad, stwierdzenie prawidłowego zwołania posiedzenia, stwierdzenie zdolności do podjęcia uchwał, krótki przebieg obrad, zapadłe uchwały i odrzucone wnioski wraz z uzasadnieniem podanym przez ich wnioskodawców oraz wynikiem głosowania, wreszcie wniesione do protokołu oświadczenia i odrębne zdania, jeżeli zgłoszone zostały na posiedzeniu i przedstawione na piśmie z umotywowaniem w ciągu 3 dni od daty posiedzenia.

2. Protokół podpisuje przewodniczący i protokółant. Protokółanta wyznacza spośród pracowników Ubezpieczalni przewodniczący na wniosek dyrektora.

3. Odpis protokołu powinien być w ciągu dni 14-tu po odbyciu posiedzenia przesłany Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, członkom rady i przewodniczącemu komisji rewizyjnej.

§ 60.

1. Do zakresu działania rady należy:

- 1) uchwalanie zmian statutu,
- 2) uchwalanie preliminarza budżetowego,
- 3) uchwalanie sprawozdania rocznego i zamknięcia rachunkowego,
- 4) dysponowanie funduszem rezerwowym na pokrycie strat i nadzwyczajnych wydatków Ubezpieczalni,
- 5) decydowanie o tworzeniu oddziałów Ubezpieczalni,
- 6) uchwalanie tworzenia odrębnych organów lub instytucyj specjalnych albo przystąpienia do już istniejących, dla celów oznaczonych w § 85.
- 7) wybór członków zarządu, komisji rewizyjnej i komisji rozjemczej,
- 8) uchwalanie regulaminu czynności rady i zarządu,
- 9) uchwalanie ograniczenia okresu pobierania zasiłków (art. 101),

- 10) uchwalanie wysokości ryczałtu na leczenie zagranicą,
- 11) rozpatrywanie sprawozdań zarządu, komisji i dyrekcji.

2. Uchwały w sprawach wymienionych w ust. 1 w pkt. 2), 3), 4) i 6) wymagają dla swej ważności zatwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a uchwały wymienione w pkt. 1), 5), 8) i 9) przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

B. ZARZĄD

§ 61.

1. Zarząd składa się z przewodniczącego rady, dwóch jego zastępców i 3-ch członków, a mianowicie: dwóch przedstawicieli ubezpieczonych i jednego przedstawiciela pracodawców, wybieranych przez radę ze swego grona w poszczególnych grupach corocznie na posiedzeniu rady, zatwierdzającym roczne sprawozdanie Ubezpieczalni.

2. Jednocześnie rada wybiera ze swego grona w ten sam sposób trzech zastępców członków zarządu, a mianowicie: dwóch ubezpieczonych i jednego pracodawcę.

3. Do zarządu stosuje się postanowienia §§ 53 i 54 z tym, że zarząd odbywa swoje posiedzenia w miarę potrzeby, co najmniej raz na miesiąc; zwołanie zwyczajnego posiedzenia powinno nastąpić co najmniej na 5 dni, a nadzwyczajnego, co najmniej na 3 dni przed terminem posiedzenia.

§ 62.

1. Zarząd jest zdolny do powzięcia uchwał przy obecności przewodniczącego oraz trzech członków zarządu.

2. Jeżeli na posiedzenie zarządu nie przybędzie określona w poprzednim ustępie liczba członków, przewodniczący może zwołać drugie posiedzenie zarządu z tym samym porządkiem obrad w terminie co najmniej o 3 dni późniejszym, lecz niepóźniej niż w ciągu 7-dni. Uchwały zapadłe na tym posiedzeniu będą ważne, jeżeli obecnych będzie dwóch członków zarządu i przewodniczący.

3. Uchwały zarządu zapadają bezwzględnie większością głosów obecnych. W razie równości rozstrzyga głos oddany przez przewodniczącego.

§ 63.

1. W przypadkach niecierpiących zwłoki, gdy niema możliwości zwołania na czas zarządu, a sprawa należy do jego właściwości oraz w przypadkach, gdy drugie posiedzenie, zwołane w trybie przewidzianym w § 62 ust. 2, nie doszło do skutku z braku wymaganej liczby obecnych, przewodniczący może wydawać zarządzenia niezbędne dla ochrony interesów Ubezpieczalni. Uprawnienia te przysługują również dyrektorowi w przypadku, gdy nie ma możliwości skomunikowania się na czas z przewodni-

czącym, a zwłoka może spowodować straty dla Ubezpieczalni. Dyrektor obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić przewodniczącego o wydanych przez siebie w tym trybie zarządzeniach. O wydanych w tym trybie zarządzeniach winien przewodniczący zawiadomić zarząd na najbliższym posiedzeniu.

2. Do posiedzeń i uchwał zarządu mają odpowiednie zastosowanie §§ 56, 58 i 59.

§ 64.

1. Zarząd wykonywa nadzór nad czynnościami dyrekcji i udziela jej dyrektyw w zakresie swej kompetencji.

2. Do zakresu działania zarządu należy w szczególności:

- 1) uchwalanie, z zastrzeżeniem właściwości Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, regulaminów dla chorych, innych regulaminów w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, regulaminów specjalnych organów, przewidzianych w § 85, oraz regulaminu kasowego,
- 2) uchwalanie, z zastrzeżeniem właściwości Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, przepisów służbowych dla pracowników,
- 3) powoływanie i zwalnianie dyrektora, a na jego wniosek pozostałych członków dyrekcji oraz zastępcy lekarza naczelnego,
- 4) decydowanie, z zastrzeżeniem właściwości Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, o warunkach umów z lekarzami, aptekarzami, instytucjami ubezpieczeń społecznych, instytucjami państwowymi i samorządowymi oraz o umowach w zakresie lecznictwa z instytucjami prywatnymi,
- 5) decydowanie, z zastrzeżeniem właściwości władz nadzorczych, w sprawach majątkowych Ubezpieczalni, a w szczególności w sprawie:
 - a) — sposobu tworzenia i użytkowania funduszy specjalnych dla celów wskazanych w § 85,
 - b) — lokaty funduszy,
 - c) — nabywania nieruchomości,
 - d) — zbywania majątku nieruchomego, wiarytelności i tytułów dłużnych,
 - e) — zaciągania pożyczek,
 - f) — dokonywania inwestycji, na sumę przekraczającą 5% wysokości przypisu składek na ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa za ostatni miesiąc,
 - g) — dokonywania niecierpiących zwłoki inwestycji pozabudżetowych, z obowiązkiem dodatkowego przedstawienia radzie preliminarza budżetowego,

- 6) decydowanie o wszczynaniu sporów sądowych w sprawach z zakresu właściwości zarządu oraz sporów z innymi instytucjami ubezpieczeń społecznych, zatwierdzanie ugód w sprawach spornych, ustanawianie sędziów polubownych,
- 7) uchwalanie ogólnych wytycznych dla dyrektora i lekarza naczelnego w zakresie przyznawania świadczeń, udzielanych przez Ubezpieczalnię,
- 8) rozpatrywanie miesięcznych sprawozdań dyrekcji i miesięcznych planów finansowych,
- 9) rozstrzyganie sporów między dyrektorem a lekarzem naczelnym, skierowanych na zarząd przez przewodniczącego,
- 10) decyzje w sprawie przekazywania sporów z lekarzami do rozstrzygnięcia przez komisję rozjemczą dla spraw lekarskich oraz delegowanie przedstawicieli Ubezpieczalni do tych komisji,
- 11) udzielanie dyrekcji wiążących wytycznych w zakresie spraw, rozstrzygniętych przez komisję rozjemczą wbrew stanowisku dyrekcji, oraz spraw poddanych pod rozważanie przez komisję rewizyjną,
- 12) rozpatrywanie wniosków zgłoszonych na radę przez dyrekcję,
- 13) przygotowywanie wniosków na radę,
- 14) wydawanie opinii dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawach należących do zakresu działania zarządu.

3. Uchwały w sprawach wymienionych w ust. 2 pkt. 1 (z wyjątkiem regulaminu kasowego), pkt. 2 i 5 lit. a, b, c, e, wymagają dla swej ważności zatwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a w pkt. 3 (z wyjątkiem wicedyrektora i zastępcy lekarza naczelnego) i pkt. 5 lit. d — Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

C. DYREKCJA.

§ 65.

1. Organem wykonawczym Ubezpieczalni jest dyrekcja, w skład której wchodzi: dyrektor i lekarz naczelny oraz wicedyrektor (wicedyrektorzy).

2. Na czele dyrekcji stoi dyrektor.

3. W razie niemożności pełnienia przez dyrektora czynności, prawa jego i obowiązki, wynikające ze statutu, przechodzą na wicedyrektora. Jeżeli jest dwóch wicedyrektorów, dyrektora zastępuje wicedyrektor wyznaczony przez zarząd.

§ 66.

1. Dyrektor jest zwierzchnikiem pracowników, nie wyłączając członków dyrekcji, załatwia wszystkie sprawy bieżące, niezastrzeżone dla innych organów Ubezpieczalni, oraz kieruje pod względem organizacyjnym i administracyjnym, z zachowaniem właściwości rady i zarządu, całą działalnością Ubezpieczalni.

2. Do zadań dyrektora należy m. in.:

- 1) wykonywanie uchwał rady i zarządu,
- 2) sporządzanie preliminarza budżetowego,
- 3) wykonywanie budżetu,
- 4) wykonywanie budżetu inwestycyjnego z zastrzeżeniem właściwości zarządu (§ 64),
- 5) opracowywanie sprawozdania rocznego i zamknięć rachunkowych oraz przedkładanie zarządowi miesięcznych sprawozdań i miesięcznych planów finansowych,
- 6) orzekanie, z zastrzeżeniem właściwości Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, we wszystkich sprawach, wynikających ze stosunku ubezpieczeniowego, a w szczególności o obowiązku ubezpieczenia, o wysokości składek, o uprawnieniach do kontynuowania ubezpieczenia, o właściwości Ubezpieczalni i t. p.,
- 7) przyznawanie świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa,
- 8) opracowywanie wniosków, uwag i opinii w sprawach nienależących do zakresu działania innych organów Ubezpieczalni,
- 9) wydawanie instrukcyj, normujących organizację biura, podział pracy i tok czynności,
- 10) zgłaszanie na radę i zarząd wniosków w sprawach, należących do właściwości rady lub zarządu oraz referowanie na posiedzeniach tych organów spraw, objętych porządkiem obrad, jeżeli nie został wyznaczony referent spośród członków tych organów,
- 11) przyjmowanie, zawieszanie w czynnościach, zwalnianie, przesuwanie na wyższe stanowiska, stosownie do postanowień przepisów służbowych pracowników, z wyjątkiem członków dyrekcji i zastępcy lekarza naczelnego,
- 12) nakładanie kar, przewidzianych za przekroczenie regulaminu dla chorych i poleceń lekarskich,
- 13) stawianie wniosków w sprawach o wykroczenia, określone w przepisach o ubezpieczeniach społecznych,
- 14) wykonywanie wszelkich innych czynności administracyjnych, niezastrzeżonych innym organom Ubezpieczalni.

3. Czynności wymienione w ustępie poprzednim, o ile dotyczą lecznictwa i profilaktyki, wykonywane są przez dyrektora łącznie z lekarzem naczelnym. Pracowników podległych lekarzowi naczelnemu przyjmuje i zwalnia dyrektor tylko na wniosek lekarza naczelnego.

4. Decyzje dyrektora w sprawach, wymienionych w pkt. 2, 4, 5, 9, 10 i 11, zapadają jedynie po ich rozważeniu na posiedzeniach dyrekcji.

5. Dyrektor jest odpowiedzialny za ściśle i terminowe wykonanie instrukcyj i zarządzeń, wydanych przez władze nadzorcze.

§ 67.

Dyrektor podlega przewodniczącemu w sprawach wynikających ze stosunku służbowego.

§ 68.

Dyrektor, a w zakresie lecznictwa i profilaktyki dyrektor po porozumieniu się z lekarzem naczelnym, może przekazać pracownikom, zajmującym kierownicze stanowisko:

- 1) orzekanie w sprawach, wynikających ze stosunku ubezpieczeniowego;
- 2) przyznawanie świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa;
- 3) załatwienie spraw administracyjnych i gospodarczych.

2. Upoważnienie powinno być udzielone na piśmie i oznaczać ściśle zakres przekazanych czynności.

3. W razie takiego przekazania właściwości, decyzje upoważnionych w tym zakresie osób, mają moc decyzji dyrektora, który ponosi za nie odpowiedzialność przed radą i zarządem.

§ 69.

1. Lekarz naczelnny jest, z zastrzeżeniem właściwości dyrektora, zwierzchnikiem zakładów leczniczych Ubezpieczalni oraz wszystkich pracowników, zatrudnionych bezpośrednio w lecznictwie Ubezpieczalni (lekarzy, aptekarzy, personelu pomocniczego i innych); odpowiedzialny jest za właściwy dobór tych pracowników pod względem kwalifikacyj zawodowych i za należyte wykonywanie ich obowiązków.

2. Lekarz naczelnny sporządza część preliminarza budżetowego i przedstawia ją do uzgodnienia dyrektorowi, ponadto przedstawia dyrektorowi sprawy wykonywania budżetu w zakresie lecznictwa, planów organizacji lecznictwa, i inwestycyj leczniczych, regulaminu dla chorych i regulaminów dla podległych mu pracowników.

3. W razie, gdy w sprawach lecznictwa i profilaktyki dyrektor nie godzi się ze stanowiskiem

lekarza naczelnego, przysługuje lekarzowi naczelnemu prawo przedłożenia swych wniosków przewodniczącemu, który według swego uznania kieruje sprawą do rozstrzygnięcia bądź na najbliższe posiedzenie zarządu, bądź w ciągu 7-miu dni do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych; w tych przypadkach wykonanie decyzji dyrektora powinno być odroczone do czasu rozstrzygnięcia sporu. Od rozstrzygnięcia zarządu przysługuje dyrektorowi i lekarzowi naczelnemu prawo odwołania się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

4. Wnioski w sprawach lecznictwa i profilaktyki, zgłaszane na posiedzeniach rady i zarządu, mogą być uchwalone jedynie po wysłuchaniu opinii lekarza naczelnego.

§ 70.

Do zadań lekarza naczelnego należą m. in. sprawy:

- a) pomocy leczniczej,
- b) pomocy dentystycznej,
- c) pomocy położniczej,
- d) zakładów i urzędzeń leczniczych i diagnostycznych,
- e) zaopatrywanie chorych w leki, środki opatrunkowe, lecznicze, pomocnicze i w środki przeciw zniekształceniu i kalectwu,
- f) orzecznictwa o niezdolności do pracy oraz w sprawie potrzeby udzielania chorym środków przeciw zniekształceniu i kalectwu,
- g) profilaktyki,
- h) propagandy higieny,
- i) statystyki lecznictwa,
- j) szkolenia personelu lekarskiego i pomocniczo-lekarskiego.

§ 71.

1. Uchwała zarządu o powołaniu dyrektora lub lekarza naczelnego powinna zapaść na podstawie powszechnego konkursu. Uchwała ta wymaga dla swej ważności zatwierdzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

2. Decyzja Ministra Pracy i Opieki Społecznej o zatwierdzeniu lekarza naczelnego następuje po wysłuchaniu opinii Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

3. Jeżeli kandydaci, przedstawieni przez zarząd, dwukrotnie nie uzyskają zatwierdzenia, Minister Pracy i Opieki Społecznej mianuje dyrektora lub lekarza naczelnego spośród kandydatów zgłoszonych w drodze konkursu, po wysłuchaniu opinii Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

4. Uchwała zarządu w sprawie zwolnienia dyrektora lub lekarza naczelnego, wymaga dla

swej ważności zatwierdzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

5. Członkowie dyrekcji wrazie naruszenia obowiązków swego stanowiska przez czyn, zaniedbanie lub zaniechanie, niezależnie od ewent. odpowiedzialności karnej lub cywilnej, ponoszą odpowiedzialność dyscyplinarną wobec rady i zarządu, a ponadto dyrektor lub też wicedyrektor, jeżeli chodzi o czynności, przewidziane w § 8, wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

6. W razie zajścia okoliczności, powodujących zawieszenie w czynnościach dyrektora lub lekarza naczelnego, uchwała zarządu w sprawie zawieszenia powinna być przedstawiona w terminie 3-dniowym Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej do zatwierdzenia, a równocześnie przesłana Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych wraz z uzasadnieniem do wiadomości.

§ 72.

1. Stanowisko dyrektora może piastować osoba, która posiada:

- 1) pięcioletnią praktykę administracyjną w zakresie ubezpieczeń społecznych lub 10-letnią w innym zakresie, w tym — w obu przypadkach — co najmniej 3-letnią na samodzielnych stanowiskach kierowniczych,
- 2) kwalifikacje, dające pełną rękojmię za sprawowanie czynności dla dobra ogółu ubezpieczonych.

2. Lekarz naczelny powinien posiadać przy najmniej 5 lat praktyki lekarskiej, w tym 3 lata praktyki szpitalnej oraz 5 lat pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim, w tym przynajmniej rok w Ubezpieczalni Społecznej.

3. Lekarz naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić funkcji poza Ubezpieczalnią. Odstępstwo od powyższej zasady dopuszczalne jest jedynie za każdorazowym zezwoleniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

§ 73.

1. Rada lekarska spełnia przy lekarzu naczelnym funkcje doradcze.

2. Rada lekarska opiniuje następujące sprawy, przedstawione jej przez lekarza naczelnego:

- 1) wnioski lekarza naczelnego do projektu preliminarza budżetowego z zakresu lecznictwa i profilaktyki,
- 2) plany organizacji lecznictwa i akcji zapobiegawczej oraz współdziałania z innymi czynnikami w tym zakresie,
- 3) projekty racjonalnego stosowania środków i metod leczniczych oraz zapobiegawczych,
- 4) projekty regulaminów i instytucyj z zakresu działalności leczniczej i profilaktycznej Ubezpieczalni.

§ 74.

1. Rada lekarska składa się z 9 członków, a mianowicie:

- 1) z jednego przedstawiciela Izby Lekarskiej,
- 2) z jednego przedstawiciela miejscowej samorządowej organizacji sanitarnej,
- 3) z jednego przedstawiciela szpitala publicznego, istniejącego w okręgu Ubezpieczalni i wskazanego przez władzę nadzorczą szpitali,
- 4) z jednego przedstawiciela miejscowej instytucji medycyny zapobiegawczej,
- 5) z 4-ch lekarzy, wykonywających praktykę w Ubezpieczalni, wybranych przez ogół lekarzy Ubezpieczalni, a w przypadku niedokonania wyboru w ciągu 2 tygodni od dnia otrzymania wezwania Ubezpieczalni — wyznaczonych przez Izbę Lekarską,
- 6) z jednego przedstawiciela Urzędu Wojewódzkiego (Wydziału Zdrowia).

2. Równocześnie z wyznaczeniem każdego przedstawiciela do rady lekarskiej powinien być wyznaczony również jego zastępca.

3. Kadencja rady lekarskiej trwa trzy lata.

§ 75.

1. Lekarz naczelny, jako przewodniczący rady lekarskiej lub jego zastępca, zwołuje posiedzenie rady lekarskiej w miarę potrzeby, niemniej jednak niż dwa razy w roku.

2. W posiedzeniach rady lekarskiej mogą brać udział przedstawiciele władz nadzorczych, przewodniczący rady Ubezpieczalni, lub wyznaczony przezeń członek rady, jak również dyrektor lub delegowany przezeń pracownik. Osoby te w głosowaniu udziału nie biorą.

3. Regulamin obrad rady lekarskiej uchwała zarząd, na wniosek rady lekarskiej.

D. KOMISJA REWIZYJNA.

§ 76.

1. Komisja rewizyjna składa się z pięciu członków i tyluż ich zastępców, wybranych na okres lat pięciu przez radę, bezpośrednio po ukonstytuowaniu się.

2. Członków komisji rewizyjnej i ich zastępców wybiera rada z poza swego grona — 3 z grupy ubezpieczonych i 2 z grupy pracodawców.

3. Komisja rewizyjna wybiera spośród siebie przewodniczącego i jego zastępcę.

4. Członkowie komisji rewizyjnej nie mogą być równocześnie członkami komisji rozjemczej, powinni jednak posiadać bierne prawo wyborcze.

§ 77.

1. Posiedzenia komisji rewizyjnej zwołuje przewodniczący komisji lub jego zastępca. Posiedzenie konstytuujące zwołuje przewodniczący rady.

2. Komisja rewizyjna zbiera się przynajmniej 4 razy do roku, z tego jeden raz przed posiedzeniem rady, na którym ma być uchwalone roczne zamknięcie rachunkowe, ponadto w każdym czasie, gdy przewodniczący komisji uzna to za potrzebne.

3. Komisja rewizyjna musi być zwołana na żądanie władz nadzorczych w terminie przez nie wyznaczonym oraz na żądanie przewodniczącego rady, dyrektora lub 2 członków komisji w terminie dni 14-tu.

4. Posiedzenia komisji zwołuje przewodniczący listami poleconymi lub za dowodem doręczenia przynajmniej na 5 dni przed posiedzeniem. Posiedzenie komisji, na którym ma być zbadane roczne zamknięcie rachunkowe, powinno być zwołane co najmniej na 14 dni przed posiedzeniem, z równoczesnym przesłaniem sprawozdań z wykonania budżetu i zamknięć rachunkowych.

5. Z posiedzenia komisji rewizyjnej spisuje się protokół, który podpisują wszyscy obecni jej członkowie. Odpis protokołu przesyła przewodniczący komisji rewizyjnej władzom nadzorczym, przewodniczącemu rady i dyrekcji.

§ 78.

Komisja rewizyjna zdolna jest do powzięcia uchwał w obecności przewodniczącego lub jego zastępcy oraz 2 członków komisji. W razie równości głosów rozstrzyga głos oddany przez przewodniczącego komisji rewizyjnej.

§ 79.

1. Komisja rewizyjna kontroluje czynności zarządu i dyrekcji oraz dokonywa rewizji ksiąg, dokumentów i zasobów kasowych.

2. Komisja rewizyjna może wzywać na swe posiedzenia członków dyrekcji i pracowników oraz żądać od nich szczegółowych wyjaśnień.

3. Komisja rewizyjna wybiera ze swego grona przedstawiciela, któremu przysługuje prawo udziału w posiedzeniach rady i zarządu z głosem doradczym.

§ 80.

1. Jeżeli zdaniem komisji rewizyjnej uchwały lub czynności zarządu lub dyrekcji wykraczają przeciw postanowieniom ustawy lub statutu, albo grożą niepowetowanymi stratami, komisja rewizyjna powinna w terminie dni 3 wnieść sprzeciw do Ministra Pracy i Opieki Społecznej za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Sprzeciw wstrzymuje wykonanie uchwały od czasu rozstrzygnięcia przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Jeżeli rozstrzygnięcie nie nastąpi w ciągu dni 14 od dnia wysłania sprzeciwu, a Minister Pracy i Opieki Społecznej w tym terminie nie zawiadomi o odroczeniu rozstrzygnięcia, uchwała wchodzi w życie. W razie zawiadomienia o odroczeniu uchwała wchodzi w życie, jeżeli rozstrzygnięcie nie nastąpi w ciągu 3-ch miesięcy.

2. Komisja rewizyjna może ponadto przedstawiać swoje opinie o uchwałach rady Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej. Opinie te nie wstrzymują wykonania uchwały rady.

3. Komisja rewizyjna może poddać pod rozważenie zarządu swe wątpliwości w przypadkach, gdy poweźmie obawę, że funkcjonowanie poszczególnych działów Ubezpieczalni lub poszczególne zarządzenia organów Ubezpieczalni mogą spowodować dla niej straty.

E. KOMISJA ROZJEMCZA.

§ 81.

1. Komisja rozjemcza składa się z przewodniczącego i jego zastępcy mianowanych przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej oraz 6 członków, a mianowicie: 3 przedstawicieli ubezpieczonych i 3 przedstawicieli pracodawców.

2. Wyboru członków komisji dokonywa rada corocznie przez głosowanie w poszczególnych grupach na zebraniu rady, zatwierdzającym sprawozdanie Ubezpieczalni. W ten sam sposób zostają wybrani zastępcy po jednym dla każdego członka komisji.

3. Pochodzący z wyboru członkowie komisji rozjemczej mogą nie być członkami rady, powinni jednak posiadać bierne prawo wyborcze. Członkowie komisji rozjemczej nie mogą być równocześnie członkami zarządu lub komisji rewizyjnej.

§ 82.

Komisja rozjemcza rozstrzyga odwołania od orzeczeń dyrektora w sprawach świadczeń oraz w sprawach kar pieniężnych nałożonych za

niestosowanie się do regulaminu dla chorych i poleceń lekarzy.

§ 83.

1. Komisja rozjemcza orzeka w zespołach, złożonych z przewodniczącego lub jego zastępcy i 2 członków lub ich zastępców, po jednym z grupy ubezpieczonych i pracodawców.

2. Komisja rozjemcza działa na podstawie przepisów o postępowaniu, wydanych przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia.

§ 84.

Odwołanie do komisji rozjemczej można zgłaszać nie później, niż w ciągu dni 30 od dnia doręczenia orzeczenia.

VI. INSTYTUCJE I ORGANA SPECJALNE.

§ 85.

1. Dla osiągnięcia celów związanych z przeznaczeniem funduszy specjalnych tj. celem stopniowego pokrywania wydatków o charakterze inwestycyjnym, dla zbierania funduszy na pokrycie przyszłych wydatków albo też celem wyodrębnienia poszczególnych obrotów z obrotów ogólnych oraz dla zarządzania tymi funduszami lub wspólnego zarządzania majątkiem lub wspólnymi lokatami, Ubezpieczalnia może:

- 1) wyłaniać odrębne organa działające w obrębie Ubezpieczalni na podstawie regulaminów, uchwalonych przez zarząd, a zatwierdzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- 2) tworzyć samodzielnie lub wspólnie z innymi instytucjami ubezpieczeń społecznych odrębne instytucje specjalne, wyposażone w osobowość prawną.

2. Statuty instytucji specjalnych, niezależnie od zachowania przy ich tworzeniu trybu, przewidzianego w ogólnych przepisach prawnych, podlegają zatwierdzeniu Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Nadzór nad organami wymienionymi w ust. 1 pkt. 1 wykonywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych, nad instytucjami zaś wymienionymi w ust. 1 pkt. 2, Minister Pracy i Opieki Społecznej.

3. Ponadto Ubezpieczalnia może brać udział w zakładaniu oraz wchodzić w charakterze członka do instytucji, mających na celu popieranie i prowadzenie akcji w zakresie ochrony pracy, ubezpieczeń społecznych, opieki społecznej i zdrowia publicznego.

VI. STOSUNEK UBEZPIECZALNI DO MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ, DO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I INNYCH UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH.

§ 86.

Stosunek Ubezpieczalni do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej określa ustawa a do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej oraz statut Zakładu.

§ 87.

1. Ubezpieczalnia podlega kontroli i lustracji ze strony Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

2. Ubezpieczalnia, członkowie jej organów oraz pracownicy obowiązani są na żądanie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub ich przedstawicieli przedkładać do przejrzania wszelkie księgi, rachunki, załączniki dowodowe i akta oraz przechowywane papiery wartościowe i gotówkę, tudzież udzielać wszelkich informacji i wyjaśnień ustnych lub pisemnych.

§ 88.

Ubezpieczalnia jest obowiązana:

- 1) zawiadamiać Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej i Zakład Ubezpieczeń Społecznych o porządku obrad i terminach posiedzeń rady i zarządu;
- 2) przysyłać Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej i Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych protokoły posiedzeń organów Ubezpieczalni oraz rady lekarskiej;
- 3) przysyłać Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych preliminarze budżetowe, zamknięcia rachunkowe i sprawozdania ze swej działalności;
- 4) przedstawiać Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej i Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych wykazy członków organów, ich zastępców oraz zawiadamiać o każdorazowych zmianach w składzie organów;
- 5) przysyłać Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej i Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych uchwały dotyczące zmian statutu;
- 6) na żądanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przysyłać wnioski, opinie, uwagi, materiały statystyczne i inne, w sprawach wchodzących w zakres jego właściwości.

§ 89.

1. Uchwały, decyzje, rozstrzygnięcia, postanowienia i zarządzenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, powzięte w granicach jego właściwości, są wiążące dla Ubezpieczalni i obowiązują od dnia podania ich do wiadomości Ubezpieczalni, chyba że Zakład wyznaczy inny termin wykonania.

2. Od postanowień (zarządzeń i rozstrzygnięć) Zakładu w zakresie nadzoru służy Ubezpieczalni prawo skargi do Ministra Pracy i Opieki Społecznej w ciągu dni 14 od dnia doręczenia.

3. Wniesienie skargi wstrzymuje wykonanie do czasu rozstrzygnięcia przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

§ 90.

1. Ubezpieczalnie powinny udzielać sobie bezpłatnie wzajemnej pomocy przy wykonywaniu swych czynności.

2. Na zlecenie i rachunek innej ubezpieczalni, Ubezpieczalnia udziela świadczeń uprawniających do świadczeń w ubezpieczalni zlecającej.

VIII. ROZSTRZYGANIE SPORÓW.

§ 91.

1. Spory między Ubezpieczalnią a Zakładem Ubezpieczeń Społecznych rozstrzyga, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 2, Minister Pracy i Opieki Społecznej.

2. Spory między Ubezpieczalnią a Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, jako zarządcą Funduszu Ubezpieczenia od Wypadków i Chorób Zawodowych, z tytułu rozrachunku — rozstrzygają sądy ubezpieczeń społecznych.

3. Spory między Ubezpieczalnią a innymi ubezpieczalniami społecznymi oraz instytucjami lub organami specjalnymi, o których mowa w § 85, i spory między organami Ubezpieczalni, rozstrzyga Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

IX. PRZEPISY FINANSOWE.

§ 92.

1. Wpływy Ubezpieczalni składają się:

- 1) ze składek za ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa oraz odsetek zwłoki,

- 2) ze składek z tytułu kontynuowania ubezpieczenia i dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa,
- 3) z opłat i zwrotów kosztów za świadczenia udzielane na rachunek innych instytucyj,
- 4) z kar, przypadających Ubezpieczalni w myśl ustawy,
- 5) ze zwrotów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za czynności, wymienione w § 8,
- 6) z dochodu z urzędzeń i majątku Ubezpieczalni oraz z odsetek od ulokowanych kapitałów,
- 7) z darowizn, zapisów i subsydiów.

2. Wysokość składek za ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa wynosi:

- 1) za ubezpieczonych funkcjonariuszów państwowych o charakterze publiczno-prawnym (§ 16 pkt. 1) — 3,5%,
- 2) za pracowników umysłowych — 4,6%,
- 3) za pozostałych ubezpieczonych — 5%, za robku ubezpieczonego.

§ 93.

Wpływy ze składek i odsetek, należnych poszczególnym funduszom ubezpieczeniowym, nie stanowią własności Ubezpieczalni i powinny być przez nią przekazywane w sposób i pod rygorem, przewidzianymi w regulaminie, wydanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 94.

Fundusze i zasoby Ubezpieczalni mogą być używane jedynie na cele, przewidziane w ustawie o ubezpieczeniu społecznym i w niniejszym statucie.

§ 95.

1. Na pokrycie strat i nadzwyczajnych wydatków Ubezpieczalnia tworzy fundusz rezerwowy.

2. Na fundusz rezerwowy dokonywa Ubezpieczalnia z corocznych wpływów z tytułu składek za ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa odpisów w wysokości 2½% tych składek.

3. Jeżeli fundusz rezerwowy Ubezpieczalni osiągnie wysokość 40% przeciętnych wpływów rocznych Ubezpieczalni z tytułu składek za ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa w ciągu ostatnich trzech lat obrachunkowych, wówczas Ubezpieczalnia obniży

odpisy do wysokości 10% rocznych składek, przypadających na rzecz Ubezpieczalni.

4. Fundusz rezerwowy może być użyty jedynie na pokrycie strat i nadzwyczajnych wydatków Ubezpieczalni. Dysponowanie funduszem rezerwowym może się odbywać jedynie na podstawie uchwały rady, zatwierdzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 96.

1. Ubezpieczalnia wpłaca Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych na rzecz Ogólnego Funduszu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa, oznaczony corocznie na okres następnego roku budżetowego przez radę Zakładu, procent z uzyskanych przez Ubezpieczalnię składek wraz z odsetkami, na prowadzenie przez Zakład wspólnej działalności leczniczej i profilaktycznej oraz tytułem opłat określonych w art. 244 ust. 5 pkt 4 ustawy.

2. Należy Zakładowi procent wpływów oblicza Ubezpieczalnia co miesiąc od sumy:

- 1) uzyskanych w ciągu miesiąca składek za ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa oraz uzyskanych odsetek zwłoki,
- 2) uzyskanych w ciągu miesiąca składek z tytułu kontynuowania ubezpieczenia i ubezpieczenia dobrowolnego na wypadek choroby i macierzyństwa,

i wpłaca Zakładowi w terminie, ustalonym przez Zakład.

§ 97.

1. Ubezpieczalnia przekazuje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych na rzecz Ogólnego Funduszu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa ustalone przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej kwoty w celu udzielania przez Zakład subwencji dla tych Ubezpieczalni, które wskutek lokalnych warunków gospodarczych i społecznych nie są w stanie utrzymać świadczeń na odpowiednim poziomie oraz w celu udzielania kredytów krótkoterminowych dla Ubezpieczalni, które przejściowo znajdują się w trudnym położeniu majątkowym.

2. Podstawę obliczania tych należności stanowią wpływy Ubezpieczalni określone w § 96 ust. 2.

§ 98.

1. Ubezpieczalnia może lokować posiadane przez siebie płynne fundusze, nieprzekraczające wysokości 2-miesięcznych normalnych wydatków Ubezpieczalni, jako lokaty bezterminowe jedynie w instytucjach kredytowych, wskazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Poza tym płynne fundusze, niezależnie od ich przeznaczenia, odprowadza Ubezpieczalnia jako oprocentowane wkłady bezterminowe do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na rachunek Ogólnego Funduszu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa.

§ 99.

Preliminarz budżetowy Ubezpieczalni powinien być uchwalony przez radę i przedstawiony Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych na 6 tygodni przed nowym okresem budżetowym.

§ 100.

1. Sprawozdania roczne i zamknięcia rachunkowe wraz z protokołem komisji rewizyjnej przedstawia Ubezpieczalnia Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych w terminie przez niego oznaczonym.

2. Sprawozdania i roczne zamknięcia rachunkowe Ubezpieczalni powinny być ogłaszane drukiem, a ponadto roczne zamknięcia rachunkowe powinny być ogłaszane w organie publikacyjnym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

TŁOCZONO Z POLECENIA MINISTRA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ

Prenumerata na rok 1948 wynosi 800 zł.

Prenumeratę należy wpłacać na konto czekowe w PKO Nr 1-6849 „Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej — Wydawnictwa”.

Druk. Nr 1 „Robotnik” Sp. Wyd. „Wiedza”, Al. Jerozolimskie 85.
