

Grzegorz Chałupczak

Kasy chorych w systemie ubezpieczenia zdrowotnego Republiki Federalnej Niemiec

Studia Iuridica Lublinensia 2, 53-69

2003

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

GRZEGORZ CHAŁUPCZAK

Kasy chorych w systemie ubezpieczenia zdrowotnego Republiki Federalnej Niemiec

National health societies in the system of health insurance in the Federal Republic of Germany

UWAGI WSTĘPNE

Narodziny niemieckiego systemu ubezpieczeń społecznych sięgają drugiej połowy XIX wieku i są nierozdzielnie związane z historią Niemiec oraz epoką kanclerza Otto von Bismarcka. Już w Konstytucji Rzeszy z 1871 r. zapisane zostały socjalne powinności państwa, zaś ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym pracowników z 1883¹ r. dała początek publicznemu systemowi ochrony zdrowia. Niemieckie ubezpieczenie zdrowotne na przestrzeni swojej ponadstuletniej historii rozwinęło się w rozbudowany i prężnie działający system, mający na celu ochronę ubezpieczonych przed ryzykiem choroby. Dzięki swej efektywności i komplementarności przez dziesięciolecia był on wzorem do naśladowania i punktem odniesienia dla przedsięwzięć podejmowanych w innych państwach. Określał też w istotnym stopniu zasady, formy oraz zakres realizowanej, przez różne podmioty i na różnych kontynentach, polityki społecznej. Obecnie podstawowymi aktami normatywnymi, zawierającymi regulacje z dziedziny niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego, są w szczególności piąta księga kodeksu socjalnego (SGB V) zatytułowana „Powszechne ubezpieczenie zdrowotne”² oraz księga czwarta (SGB IV), zawierająca przepisy wspólne dla

¹ Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeitnehmer vom 15. Juni 1883, „Reichsgesetzblatt” (RGBl.) S. 73.

² Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. 12. 1988, „Bundesgesetzblatt” (BGBl.) I, s. 2477.

ubezpieczenia społecznego.³ Wszystkie przywołane akty prawne są wynikiem konsekwentnie prowadzonej polityki socjalnej, której fundamentalną zasadą była w przeszłości i jest obecnie – między innymi – zasada decentralizacji jednostek działających w ramach niemieckiego systemu służby zdrowia, powiązana ściśle z zasadą samorządności funkcjonowania tych podmiotów.

W niniejszym opracowaniu, na przykładzie struktury organizacyjnej niemieckich kas chorych, postaram się przybliżyć praktyczne zastosowanie wyżej wymienionych zasad w powszechnym systemie ochrony zdrowia. Rozważania inicjuje zwięzłe przybliżenie przepisów prawnych, wprowadzających do niemieckiego systemu prawnego przedmiotowe zasady. Realizacja norm prawnych odzwierciedla się natomiast w budowie systemu jednostek ubezpieczenia zdrowotnego i w strukturze organizacyjnej ich organów, o czym mowa będzie w dalszej części artykułu.

RAMY ORGANIZACYJNE POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W RFN

Założenia niemieckiej polityki socjalnej znajdują swoje podstawy w ustawie zasadniczej Republiki Federalnej Niemiec z 23 maja 1949 r. (GG).⁴ Przyjęta w niej zasada państwa socjalnego zobowiązuje władze państwowe do stworzenia systemu zabezpieczenia socjalnego. Ustawa zasadnicza wspomina o tym wielokrotnie, np. w art. 74 ust. 1 pkt 12 czy w art. 120 ust. 1 zd. 4. W świetle orzecznictwa Związkowego Trybunału Konstytucyjnego, na istotę państwa socjalnego składają się zasady: socjalnej sprawiedliwości (*soziale Gerechtigkeit*), socjalnej równości (*sozialer Ausgleich*) oraz zasada zabezpieczenia socjalnego (*soziale Sicherung*).⁵ Pierwsza z nich zakłada wspieranie dobrobytu wszystkich obywateli, proporcjonalny podział ciężarów i dążenie do socjalnego kompromisu. Urzeczywistnieniu tej zasady służyć ma również wspieranie leczenia szpitalnego wszystkich pacjentów. Postulat równości socjalnej zobowiązuje ustawodawcę do aktywności w dziedzinie praw socjalnych i stworzenia tą drogą podstaw do godziwych warunków życia każdego obywatela. Z kolei stojące przed państwem zadanie, polegające na ochronie życia i majątku swoich obywateli, przybrało już w XIX wieku postać zasady zabezpieczenia socjalnego. Od tego czasu ochrona socjalnej egzystencji przed zmiennymi kolejami losu, a w szczególności ochrona w przypadku choroby, jest podstawowym zadaniem państwa. Odwołanie się do podstaw konstytucyjnych organizacji istniejącego systemu ubezpieczenia

³ Sozialgesetzbuch (SGB IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung vom 23. 12. 1976, BGBl. I, s. 3845.

⁴ Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (GG), BGBl. S. 1.

⁵ Orzeczenie Związkowego Trybunału Konstytucyjnego, Bundesverfassungsgericht (BverfG) 17. 08. 1956 E 5, 85 (198); BVerfG 7. 11. 1979 E 52, 303 (348); BverfG 19. 12. 1951 E 1, 97 (105); BverfG 31. 10. 1984 E 68, 193 (209).

społecznego znajduje się też w art. 87 ust. 2 GG. Według tego przepisu jednostki organizacyjne powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego posiadają status korporacji prawa publicznego. Natomiast z zasady państwa socjalnego i z katalogu podstawowych praw obywatelskich, gwarantowanych przez niemiecką ustawę zasadniczą, wyprowadzić można zobowiązanie państwa do utrzymania funkcjonalnego systemu zabezpieczenia przed podstawowymi niebezpieczeństwami, jakie niesie ze sobą życie, w tym także zabezpieczenia w przypadku choroby.⁶

Ramy organizacyjne powszechnego ubezpieczenia społecznego kreśli ponadto § 29 ust. 1 SGB IV w związku z § 4 ust. 1 SGB V. Przepisy te sytuują jednostki organizacyjne ubezpieczenia społecznego jako samorządne korporacje wyposażone w zdolność prawną na gruncie prawa publicznego. Pod pojęciem tym rozumieć należy autonomiczną jednostkę wykonującą zadania administracji publicznej, zbudowaną na zasadzie członkostwa, której istnienie niezależne jest jednak od substratu osobowego.⁷ Od korporacji prawa publicznego odróżnić należy zakłady prawa publicznego, które zamiast struktury członkowskiej posiadają tzw. użytkowników. Odnośnie do problematyki tworzenia instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego uwzględnić należy istniejące w prawie niemieckim tzw. instytucjonalne zastrzeżenia ustawowe. Na podstawie art. 87 ust. 3 GG utworzenie korporacji wykonującej pośrednio władztwo przynależne państwu związkowemu wymaga formy ustawowej. Jednak w ust. 2 tego artykułu, poświęconemu instytucjom ubezpieczenia socjalnego, ustawodawca nie daje odpowiedzi na pytanie, jakimi aktami prawnymi powinny być one powoływane do życia. Mimo to praktyka ustawodawcza, poparta głosami doktryny i orzecznictwa, skłania się do ustawowego regulowania tych kwestii, uzasadniając to brzmieniem art. 74 nr 12 GG, który określa zakres konkurencyjnego ustawodawstwa państwa związkowego, także w dziedzinie ubezpieczenia socjalnego. Podkreśla się zarazem, że jednostka organizacyjna powołana do życia przez ustawę uzyskuje faktyczną zdolność do działania dopiero wtedy, kiedy zostaje wyposażona w personel osobowy wykonujący ciężące na niej zadania. Tak więc dopiero z tą chwilą dobiega końca proces jej tworzenia.

Jednostki organizacyjne ubezpieczenia zdrowotnego charakteryzuje daleko idąca samorządność. W ujęciu jurydycznym oznacza to wykonywanie zadań lub tworzenie instytucji poza zakresem działania należącym bezpośrednio do państwa, w celu wykonywania tych zadań na własną odpowiedzialność przez społeczne organizacje, nieusytuowane w hierarchii państwowych organów

⁶ F. E. Schnapp, *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*, „Festschrift von Unruh” 1983–1984, s. 892.

⁷ Orzeczenie Trybunału Rzeszy, Reichsgericht (RG) 13.11.1899, *Entscheidungen des RG in Strafsachen*, § 32, s. 365 i n.; H. J. Wolff, O. Bachof, *Verwaltungsrecht II*, 4. Auflage 1976, § 84 II b.

władzy.⁸ Na przykładzie kas chorych, będących podstawowymi jednostkami organizacyjnymi działającymi w ramach niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego, w obszarze ich prawnej samorządności wyróżnić należy tzw. samorządność zewnętrzną odnoszącą się do kształtowania stosunków prawnych między kasami a ubezpieczonymi oraz samorząd wewnętrzny, w którego zakres wchodzi sprawy kadrowe, organizacyjne, finansowe, a także tworzenie prawa, głównie poprzez wydawanie statutów. Charakterystyczny jest również fakt, że państwo posiada jednak pewien margines kompetencji władczych, przy pomocy których kreśli ramy samorządności kas chorych. Przykładowo, jeśli chodzi o stosunki wobec ubezpieczonych kompetencje kas do autonomicznego regulowania tej dziedziny są ograniczone. Chodzi tu głównie o regulacje dotyczące wysokości składek czy charakteru świadczeń przysługujących ubezpieczonym, co określają przepisy prawa związkowego.

Autonomia w zakresie samorządu wewnętrznego także doznaje pewnych ograniczeń, czego przejawem są przepisy §§ 67–79 SGB IV, z których wynika, iż kształtowanie sfery finansowej organów ubezpieczeniowych ograniczone zostało poprzez związanie z podstawowymi założeniami budżetu państwa związkowego. Również władztwo w zakresie kadrowym i organizacyjnym doznało uszczerbku, głównie za sprawą art. VIII § 1 nr 2 drugiej ustawy z 23 maja 1975 r. o ujednoczeniu i nowym uregulowaniu prawa płacowego na obszarze Związku i w landach.⁹ Na mocy tego przepisu kształtowanie przez organy ubezpieczenia zdrowotnego struktury płacowej i personalnej musi się odbywać zgodnie z przepisami dotyczącymi urzędników państwa związkowego.

Najbardziej charakterystyczną cechą niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego jest jednak decentralizacja działających w jego zakresie jednostek organizacyjnych, co uwidacznia się już we wstępnych paragrafach SGB V (§ 4 ust. 2 SGB V). Pojęcie to definiowane jest jako organizacyjny podział ustawowo nałożonych zadań na wiele instytucji działających w ramach systemu.¹⁰ W niemieckiej polityce organizacji struktur ubezpieczeniowych zasada decentralizacji znalazła swój wyraz już w „Przesłaniu Cesarskim” z 17 listopada 1881 roku. Od tego czasu rozwinął się tam rozbudowany, a zarazem przejrzysty i prężnie działający system instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

⁸ E. Forsthoff, *Lehrbuch des Verwaltungsrechts*, Band 1, 10. Auflage 1973, § 24, RdNr. 1; H. Bogs, *Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart*, 1973, s. 1 i następne.

⁹ BGBl. 1975 I, s. 1143.

¹⁰ F. E. Schnapp, *Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung*, in: *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, hrsg. von Prof. Dr. B. Schulin, München 1994, s. 1193.

KASY CHORYCH I INNE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE NIEMIECKIEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

W RFN działają obecnie przeszło 583 kasy chorych. Obok 17 kas regionalnych istnieją jeszcze 474 kasy zakładowe, 47 kas cechowych, 21 rolniczych kas chorych utworzonych w ramach rolniczych spółdzielni zawodowych, Morska Kasa Chorych, Federalne Bractwo Górnicze – jako instytucja górniczego ubezpieczenia zdrowotnego oraz 22 kasy zastępcze (9 pracowniczych i 13 urzędniczych).¹¹

Kasy regionalne

Kasy regionalne, jak sama nazwa wskazuje, tworzone były według kryteriów terytorialnych. Każda z nich swoją właściwością obejmuje określony region państwa (§ 143 ust. 1 SGB V), który w zasadzie pokrywa się z obszarem poszczególnych landów. Powołany przepis odnosił się w chwili jego wejścia w życie do istniejącej już na obszarze RFN sieci kas regionalnych, co w związku z faktem pominięcia w SGB V przepisów dotyczących tworzenia tego rodzaju kas wydaje się wykluczać możliwość tworzenia nowych kas regionalnych. Mogą się one jednak dobrowolnie jednoczyć, tworząc jedną kasę, na co wymagana jest uchwała zgromadzenia przedstawicieli jednoczących się kas. Dodatkowym warunkiem jest zapewnienie nowo powstałej kasie stabilności finansowej i zagwarantowanie ubezpieczonym świadczeń o odpowiedniej jakości. Przepis § 172 SGB V przewiduje ponadto w takiej sytuacji wysłuchanie opinii związków kas chorych, do których należą jednoczące się kasy. Przesłanką prawomocności uchwały zjednoczeniowej jest zgoda właściwej władzy nadzorczej.¹² Z chwilą uprawomocnienia się aktu zjednoczeniowego, dobrowolnie jednoczące się kasy zostają rozwiązane, tracą tym samym zdolność prawną i przestają być korporacjami prawa publicznego.¹³ Prawa i obowiązki dotychczasowych kas przejmuje jednocześnie nowo powstała kasa chorych w drodze sukcesji uniwersalnej.

Od dobrowolnego zjednoczenia kas regionalnych ustawodawca odróżnia w § 145 SGB V tzw. zjednoczenie przymusowe, dokonywane w obrębie landu, ze względu na sytuację finansową i na wniosek kasy lub właściwego – krajowego – związku kas regionalnych. Rozstrzygnięcie w tej sytuacji leży w gestii rządu krajowego, który wydaje w tym celu odpowiednie rozporządzenie. W przypadku zjednoczenia przymusowego nowo powstała kasa jest sukcesorem uniwersalnym połączonych kas regionalnych.

¹¹ Stan na luty 2001 roku. Dane odnoszą się do całego obszaru związku. Statistisches Jahrbuch 2001, s. 451; „Bundesarbeitsblatt” (BArbBl.) 2001, Heft 6, s. 129, 131.

¹² Orzeczenie Związkowego Trybunału Socjalnego, Bundessozialgericht (BSG) 29. 04. 1958 E 7, s. 169–175.

¹³ Soziale Krankenversicherung – SGB V, Krankenversicherung Kommentar, hrsg. von D. Krauskopf, 3. Auflage, § 144 SGB V, RdNr. 1.

Kasy zakładowe

Zgodnie z przepisem § 147 oraz 148 SGB V, pracodawca może założyć zakładową kasę chorych dla jednego lub wielu zakładów. Jest to wyjątkowy przypadek, kiedy miarodajny impuls do utworzenia korporacji prawa publicznego wychodzi od podmiotu prywatnego.¹⁴ Do utworzenia kasy wymagana jest zgoda państwowej władzy nadzorczej¹⁵, a ponadto w całym postępowaniu musi być brana pod uwagę zasada jedności pracodawcy i jedności zakładu. Według tych pryncypiów nie może zostać założona zakładowa kasa chorych dla zakładów kilku różnych pracodawców, jak również niedopuszczalne jest założenie takiej kasy dla jednego oddziału zakładowego czy też jedynie dla określonych grup pracowników. Przepis § 147 ust. 1 zawiera przesłanki utworzenia kasy zakładowej, należy do nich regularne zatrudnianie w zakładzie minimum 1000 osób zobowiązanych do ubezpieczenia. Katalog tych osób zawarty jest w § 5 ust. 1 SGB V. Od liczby tej odróżnić należy liczbę potencjalnych członków, którą zakładowa kasa chorych musi wylegitymować się do czasu utworzenia. Druga przesłanka wymaga, aby nowo powstała kasa zabezpieczyła na dłuższy czas własną zdolność do świadczenia ustawowo przewidzianych usług. Przepis ten jest jednak w praktyce przepisem martwym.

Postępowanie przy tworzeniu kasy zakładowej uregulowane zostało w § 148 SGB V. Obok zgody większości zatrudnionych w zakładzie, wymagana jest zgoda władzy nadzorczej. Przed udzieleniem takiego zezwolenia powinna być wysłuchana opinia właściwej miejscowo kasy regionalnej. Zezwolenie takie jest, w świetle orzecznictwa, wiążącym aktem administracyjnym.¹⁶ Przepisy dotyczące powoływania do życia kas zakładowych odnoszą się również do przypadków tworzenia kas chorych dla pracowników jednostek administracji publicznej, działających na szczeblu związku, landów czy gmin (§ 156 SGB V).

Zakładowe kasy chorych posiadają zdolność do zmiany swojego kształtu strukturalnego i personalnego. Mogą one mianowicie rozszerzyć swoją działalność na inne zakłady tego samego pracodawcy. Dzieje się to na jego wniosek, po uzyskaniu zgody władzy nadzorczej i wysłuchaniu właściwej miejscowo kasy regionalnej. Również w przypadku włączenia do zakładu samodzielnej jednostki organizacyjnej innego pracodawcy, zatrudnieni w niej pracownicy mogą zostać objęci ubezpieczeniem w istniejącej już kasie zakładowej. Przepis § 150 SGB V otwiera możliwość dobrowolnego jednocze-

¹⁴ K. Rode, *Die Betriebskrankenkasse – eine privatautonom errichtete öffentliche Körperschaft?*, „Die Betriebskrankenkasse” 1975, Heft 7, s. 160–161.

¹⁵ Według orzecznictwa Związkowego Trybunału Socjalnego (BSG) zezwolenie państwowej władzy nadzorczej na utworzenie kasy zakładowej ma charakter konstytutywny. BSG 8.04.1987 E 61, s. 244–247; BSG 13.11.1985 E 59, s. 122–126.

¹⁶ BSG 29. 04. 1958 E 7, s. 169–170; BSG 28. 02. 1968 E 14, s. 71–75.

nia się kas działających zarówno w zakładach jednego pracodawcy, jak i wielu różnych pracodawców. Zjednoczenie dochodzi do skutku na mocy uchwały organów samorządu łączących się kas – rad zarządzających. Kształt zakładowej kasy chorych może ulec zmianie także poprzez oddzielenie od zakładu głównego jednostki organizacyjnej, która przechodzi na własność innego pracodawcy.

Zakończenie działalności zakładowej kasy chorych może nastąpić w dwóch trybach: rozwiązaniu na wniosek pracodawcy (§ 152 SGB V) lub zamknięcia z urzędu w przypadku zaistnienia przesłanek wynikających z § 153 SGB V. Rozwiązanie na wniosek pracodawcy wymaga zgody ponad 3/4 członków rady zarządzającej uprawnionych do głosowania, a nie jedynie obecnych przy głosowaniu. Od 1 stycznia 1996 r. wyklucza się możliwość rozwiązania zakładowej kasy chorych, jeśli jest ona „otwarta” nie tylko dla pracowników zakładu, ale również dla osób spoza tego kręgu. Natomiast w przypadku ziszczenia się przesłanek zawartych w § 153 SGB V kasa zakładowa musi zostać, niezależnie od woli jej członków, zamknięta przez organ nadzoru. Ma to miejsce w sytuacji zamknięcia zakładu, dla którego kasa została założona i nie została ona otwarta dla szerokiego grona ubezpieczonych, a ponadto w sytuacji niedojścia do skutku procesu tworzenia kasy lub niezapewnienia jej zdolności do udzielania świadczeń na dłuższy okres.¹⁷

Zbiór powodów ujętych w § 153 SGB V jest katalogiem zamkniętym, więc z innych, niewymienionych tam przyczyn, zamknięcie zakładowej kasy chorych jest niedopuszczalne. W sytuacji rozwiązania lub zamknięcia zakładowej kasy chorych za zobowiązania niepokryte przez majątek własny kasy odpowiada w pierwszej kolejności pracodawca, w którego zakładzie kasa istniała. Jeśli i jego majątek jest niewystarczający, zastosowanie znajdują gwarancje właściwego, krajowego związku kas zakładowych.

Kasy cechowe

Na podstawie § 157 ust. 1 SGB V jeden lub kilka cechów rzemieślniczych może utworzyć cechową kasę chorych dla zrzeszonych w nich zakładów rzemieślniczych, wpisanych do rejestru rzemieślniczego. Właściwy do utworzenia kasy jest cech rzemieślniczy, zrzeszający samodzielnych rzemieślników tego samego rzemiosła lub świadczących rzeczowo lub gospodarczo pokrewne usługi. Przesłankami koniecznymi do utworzenia cechowej kasy chorych jest regularne zatrudnianie przez zakłady rzemieślnicze, zrze-

¹⁷ Pytanie, kiedy zdolność do świadczenia usług przez zakładową kasę chorych jest zabezpieczona na dłuższy czas, znajduje odpowiedź podczas badania finansowej płynności kasy. Inaczej ujmując, zdolność do świadczenia usług przez kasę chorych istnieje wtedy, gdy jest ona w stanie świadczyć swoim członkom usługi przewidziane zarówno przez ustawy, jak i statut. Zob. K. Hauck [in:] SGB V, *Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar*, hrsg. von K. Hauck, H. Heines, § 153, RdNr. 5.; F. E. Schnapp, *Organisation der gesetzlichen...*, s. 1199.

szone w cechu, łącznie przynajmniej 1000 osób zobowiązanych do ubezpieczenia oraz zabezpieczenie na dłuższy czas zdolności kasy do świadczenia usług. Postępowanie przy zakładaniu cechowej kasy chorych odpowiada przedstawionemu powyżej postępowaniu w przypadku tworzenia kasy zakładowej. Wymagana jest więc zgoda władzy nadzorczej oraz opinia właściwej miejscowo kasy regionalnej. Może ona nie zostać udzielona jedynie w przypadku niespełnienia przesłanek określonych w § 157 ust. 2 SGB V. Na utworzenie kasy cechowej zgodę wyrazić musi ponadto zgromadzenie cechów oraz większość osób zatrudnionych w zakładach rzemieślniczych.

Zmiany w zakresie organizacji kas cechowych mogą nastąpić na skutek różnorodnych procesów. Jednym z nich jest sytuacja, w której do już toczącego się procesu tworzenia kasy przyłącza się dodatkowo jeszcze jeden cech.¹⁸ Poza tym kasa cechowa może rozszerzyć swój zakres działania również na inne cechy rzemieślnicze – bądź to w przypadku połączenia się kilku cechów, bądź zmiany rzeczowego lub miejscowego zakresu właściwości cechu, czy też cechów, które utworzyły wspólnie kasę chorych. Kasy cechowe, zgodnie z § 160 SGB V, mogą jednoczyć się ze sobą dobrowolnie, na podstawie decyzji rad zarządzających, za zgodą właściwej władzy nadzorczej lub też mogą zostać połączone przymusowo. Wreszcie zmiany w obrębie kasy cechowej nastąpić mogą na skutek wystąpienia cechu rzemieślniczego ze wspólnej kasy.

Do zakończenia działalności kasy cechowej dochodzi w wyniku rozwiązania kasy na wniosek (§ 162 SGB V) lub zamknięcia jej z urzędu (§ 163 SGB V). Z wnioskiem o rozwiązanie występuje zgromadzenie cechów po wysłuchaniu komisji czeladników. Wymagana jest także zgoda rady zarządzającej, podjęta większą niż 2/3 przewagą głosów członków uprawnionych do głosowania. Jeśli kasa otwarta była dla szerokiego grona ubezpieczonych spoza cechów, rozwiązanie na wniosek jest niedopuszczalne. Zamknięcie kasy cechowej przez władzę zwierzchnią następuje w przypadkach rozwiązania cechu lub wszystkich cechów rzemieślniczych, które utworzyły daną kasę, niedojścia do skutku procesu tworzenia kasy lub niezabezpieczenia jej zdolności do udzielania świadczeń na dłuższy czas. Błędy formalne popełnione w procesie tworzenia kasy nie są przesłankami mogącymi uzasadnić jej zamknięcie.¹⁹ Zobowiązania kasy cechowej, istniejące w chwili jej rozwiązania lub zamknięcia, zaspokajane są w pierwszym rzędzie przez cech lub cechy rzemieślnicze, które założyły kasę. Występuje tu także posiłkowa odpowiedzialność krajowego związku kas cechowych, a jeśli taki nie istnieje – związku federalnego.

¹⁸ H. Peters [in:] *Krankenversicherung*, hrsg. von H. Peters, § 157, RdNr. 21. Postępowanie to nie jest regulowane ustawowo, a swoje podstawy czerpie z orzecznictwa Związkowego Trybunału Socjalnego – BSG 29. 04. 1958 E 7, s. 169–173.

¹⁹ *Soziale Krankenversicherung – SGB V, Krankenversicherung Kommentar...*, § 163 SGB V, RdNr. 6.

Kasy zastępcze

Paragraf 168 SGB V definiuje w ust. 1 pojęcie kas zastępczych jako takie, które istniały na dzień 31 grudnia 1992 r.²⁰ i w których ubezpieczeni, do 31 grudnia 1995 r. uzyskać mogli członkostwo wyłącznie poprzez dokonanie prawa wyboru danej kasy zastępczej. Nadmienić należy, że do końca 1995 r. tylko w kasach zastępczych uzyskiwało się członkostwo poprzez dokonanie tzw. prawa wyboru, które polegało w gruncie rzeczy na złożeniu odpowiedniego wniosku o przyjęcie w poczet członków kasy zastępczej. W pozostałych kasach, tj. regionalnych, zakładowych, cechowych oraz rolniczych, członkostwo powstawało z mocy samego prawa, gdyż określone kategorie ubezpieczonych ustawowo przypisane zostały do danego rodzaju kas, bez prawa wyboru kasy innego rodzaju. Obecnie obowiązuje zasada swobodnego wyboru kasy przez ubezpieczonych.

Pierwsze zdanie powołanego przepisu wskazuje, że wykluczone jest tworzenie nowych kas zastępczych, co potwierdza fakt niezamieszczenia w SGB V przepisów dotyczących tej materii. Już istniejące kasy zastępcze mogą jedynie rozszerzać swoją regionalną właściwość.²¹ Według wcześniejszych uregulowań krąg osób uprawnionych do ubezpieczenia w kasie zastępczej był ustawowo ograniczony do określonych grup pracowników umysłowych i fizycznych, stanowiących odrębną kategorię zatrudnionych.²² Obecnie niedopuszczalne jest wprowadzanie jakichkolwiek ograniczeń w tym zakresie. Nie obowiązuje również dawne rozróżnienie pomiędzy kasami zastępczymi dla robotników i urzędników, tak więc robotnicy mogą przystępować do dawnych kas urzędniczych i na odwrót. Wykluczone jest także wprowadzenie wszelkich ograniczeń w zakresie możliwości przystąpienia do kasy zastępczej ze względu na wiek, płeć, obywatelstwo, ryzyko choroby czy liczbę członków rodziny.

²⁰ W tym dniu weszła w życie ustawa o zabezpieczeniu i poprawie struktury ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego (GSG) z 21 grudnia 1992 r., nowelizująca SGB V, Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz-GSG) vom 21. 12. 1992, BGBl. I, s. 2266.

²¹ K. Peters, in: *Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht*, Gesamtedaktion K. Niesel, Band 1, 2. Auflage 1999, § 168, RdNr. 6.

²² Pracownikiem fizycznym (robotnikiem) według tradycyjnego określenia jest osoba wykonująca pracę fizyczną. W przypadku jednoczesnego występowania czynnika fizycznego i umysłowego przyjmuje się, że kiedy na plan pierwszy wysuwają się czynności umysłowe, pracownika zalicza się do grupy pracowników umysłowych. Pojęcie pracownika umysłowego znalazło swój wyraz w § 133 ust. 2 SGB VI. Przepis ten zawiera jednak bardzo nieprecyzyjne oznaczenie tego kręgu ubezpieczonych, zaliczając do niego przykładowo osoby na kierowniczych stanowiskach (*Beamte*), personel biurowy, muzyków, aktorów teatralnych, nauczycieli czy pielęgniarki (*Angestellte*). § 5 ust. 1 pkt 1 SGB V podkreśla, że osoby te zatrudnione są za wynagrodzeniem. Szerzej zob.: G. Mengert [in:] *Handbuch der Krankenversicherung*, Teil II – *Sozialgesetzbuch V*, hrsg. von H. Peters, G. Mengert, *Kommentar*, 19. Auflage, § 5, RdNr. 42 i n.

Struktura organizacyjna kas zastępczych może ulec zmianie poprzez dobrowolne lub przymusowe zjednoczenie uregulowane w § 168 a SGB V. Postępowanie w przypadku dobrowolnego zjednoczenia odpowiada postępowaniu zjednoczeniowemu kas regionalnych, natomiast zjednoczenie przymusowe, na mocy rozporządzenia prawnego właściwej władzy nadzorczej, przebiega według modelu przyjętego wobec kas regionalnych, zakładowych i cechowych. Na wniosek kasy zastępczej lub związku kas zastępczych Federalne Ministerstwo Zdrowia dokonuje zjednoczenia, jeśli wpłynie to na poprawę świadczonych usług. Przepisy dotyczące zjednoczenia stwarzają szczególnie mniejszym kasom możliwość dopasowania struktur organizacyjnych do wymagań współczesnego, skierowanego na wolnorynkowe współzawodnictwo, powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zastępcza kasa chorych może zostać zamknięta przez władzę nadzorczą tylko w sytuacji, kiedy jej zdolność do świadczenia usług nie jest zapewniona na dłuższy okres. Za zobowiązania rozwiązanej kasy odpowiada – obok samej kasy – związek, do którego kasa zastępcza należała.

Morska Kasa Chorych, Federalne Bractwo Górnicze, rolnicze kasy chorych

Strukturę niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego uzupełniają: Morska Kasa Chorych, Federalne Bractwo Górnicze oraz rolnicze kasy chorych.

Morska Kasa Chorych to, zgodnie z § 165 ust. 1 SGB V, odrębny oddział w Kasie Morskiej, będącej jednostką organizacyjną w systemie ubezpieczenia emerytalnego. Kasa Morska jest natomiast specjalną jednostką Morskiego Zrzeszenia Zawodowego, prowadzącego morskie ubezpieczenie wypadkowe. Morska Kasa Chorych nie jest samodzielną korporacją, nie posiada osobowości prawnej ani własnych organów.²³ Ubezpieczeni w tej kasie otrzymują przysługujące im świadczenia od kasy regionalnej, właściwej ze względu na ich miejsce zamieszkania lub miejsce pracy. Statut zawierać może postanowienia o zleceniu innym kasom świadczenia usług na rzecz ubezpieczonych w Morskiej Kasie Chorych.

Gwareckie ubezpieczenie zdrowotne zintegrowane zostało poprzez § 167 SGB V z ogólnym systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego RFN.²⁴ Jediną jednostką organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego górników jest Federalne Bractwo Górnicze, prowadzące zarazem górnicze ubezpieczenie emerytalne.

²³ K. Hauck [in:] SGB V, *Gesetzliche Krankenversicherung...*, § 165, RdNr. 3.

²⁴ § 167 wprowadzony został przez art. 1 ustawy z 20 grudnia 1988 r. o reformie struktury w służbie zdrowia, Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20. 12. 1988, BGBl. I, s. 2477. Artykuł 9 tej ustawy znosił szczególne uregulowania ustawy o Bractwie Górniczym Rzeszy.

Rolnicze ubezpieczenie zdrowotne prowadzone jest przez rolnicze kasy chorych tworzone przy rolniczych spółdzielniach zawodowych (§ 166 SGB V w związku z § 17 KVLG z 1989 roku). Doktryna niemiecka podkreśla²⁵, że zawarte w SGB V uregulowania, dotyczące zdrowotnego ubezpieczenia rolników, mają charakter jedynie deklaratorywny, ponieważ ubezpieczenie to regulowane jest samodzielną ustawą.²⁶

Związki kas chorych

Dokonując strukturalnej analizy systemu jednostek działających w ramach niemieckiego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie można na marginesie rozważyć pozostawić tak istotnych dla całego systemu instytucji, jakimi są związki kas chorych. Jak już wcześniej nadmieniono, każda kasa chorych działająca w obrębie landu zobowiązana jest przynależeć do właściwego dla niej krajowego związku kas chorych. Występują więc krajowe związki kas regionalnych, kas zakładowych czy cechowych, które zrzeszają działające na obszarze landu kasy danego rodzaju. Związki te są korporacjami prawa publicznego. *De lege lata* w każdym związku krajowym działa organ samorządu – rada zarządzająca, składająca się z maksymalnie 30 członków, którzy w miarę możliwości reprezentować powinni wszystkie kasy członkowskie. Do składu osobowego rady wchodzi w równej części przedstawiciele ubezpieczonych i pracodawców, wybierani spośród członków samorządowych organów poszczególnych kas chorych. Jeśli chodzi o zadania przypisane radzie zarządzającej krajowych związków kas chorych, przepis odsyła do uregulowań § 197 SGB V, określającego prerogatywy rady zarządzającej kas chorych. W ramach krajowych związków kas regionalnych, zakładowych i cechowych działa także zarząd, którego skład nie może przekraczać 3 osób. Wobec zarządu stosuje się odpowiednio przepisy § 35 a SGB IV w sprawie zarządu w kasach chorych.

Związki krajowe spełniają zarówno zadania własne (ust. 1), jak również tzw. pomocnicze określone w § 211 ust. 2 SGB V. Do pierwszej grupy zadań należy przede wszystkim zawieranie umów całościowych (*Gesamtverträge*) dotyczących świadczeń zdrowotnych, powoływanie krajowych urzędów rozjemczych oraz specjalnych komisji orzekających o dopuszczeniu lekarzy do wykonywania zawodu. Do zadań pomocniczych zalicza się m.in. wspieranie kas członkowskich w realizowaniu ciężących na nich obowiązków, ochrona interesów i reprezentowanie zrzeszonych kas, zawieranie i rewidowanie

²⁵ Soziale Krankenversicherung – SGB V, Krankenversicherung Kommentar..., § 166 SGB V, RdNr. 1.

²⁶ Jest to druga ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym rolników z 20 grudnia 1988 r., Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) vom 20. 12. 1988, BGBl I, s. 477–2557.

umów z innymi jednostkami organizacyjnymi ubezpieczeń społecznych, wspieranie kształcenia oraz doradztwo ubezpieczeniowe.

Krajowe związki kas regionalnych, zakładowych i cechowych tworzą z kolei właściwy ze względu na rodzaj kasy związek federalny, będący podobnie jak związki krajowe korporacją prawa publicznego. W § 212 SGB V poświęconym odpowiednio federalnemu związkowi kas regionalnych, federalnemu związkowi kas zakładowych i analogicznemu związkowi dla kas cechowych – ustawodawca nie zawarł przepisów odnoszących się do organów samorządu tych związków. Jedynie § 215 SGB V odwołuje się do uregulowań dotyczących rady zarządzającej i zarządu związków krajowych, zobowiązując do odpowiedniego stosowania tych przepisów organy związków federalnych. W sprawie prerogatyw tych związków zastosowano podobny podział jak w przypadku związków krajowych. Do zadań własnych zalicza się uzgadnianie ogólnej treści umów całościowych oraz jednolitego dla całego związku spisu świadczeń. Zadania pomocnicze to w szczególności doradztwo i kształcenie, rozstrzyganie sporów o właściwość, prowadzenie badań rynku ubezpieczeniowego czy też opracowywanie programów rozwoju powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W stosunku do kas zastępczych ustawodawca przyjął możliwość, a nie obowiązek zrzeszania się w związkach. Ze względu na swój ponadregionalny charakter i strukturę kasy zastępcze przystąpić mogą wyłącznie do właściwych dla nich dwóch związków federalnych: Związku Urzędniczych Kas Chorych oraz Związku Robotniczych Kas Zastępczych. W wyniku historycznego rozwoju wykształciła się prywatnoprawna struktura organizacyjna ww. związków, które nie posiadają statusu korporacji prawa publicznego. Przepisy odnośnie do organów i ich struktury nie zostały zamieszczone w SGB V. Uregulowania dotyczące zgromadzenia członków oraz zarządu znajdują się wyłącznie w statutach tych związków. W organach samorządu zasiadają reprezentanci wszystkich zrzeszonych w danym związku kas zastępczych, którzy w odróżnieniu od innych kas chorych są przedstawicielami jedynie osób ubezpieczonych. Stanowi to następstwo składu organów samorządu poszczególnych kas zastępczych, w których – przypomnijmy – reprezentowani są wyłącznie ubezpieczeni. Zadania związków kas zastępczych określane są głównie przez postanowienia statutów, które zaliczają do nich przykładowo: zawieranie umów dotyczących świadczenia usług dla członków kas zastępczych czy reprezentowanie kas w stosunkach z innymi jednostkami ubezpieczeń społecznych. Niektóre przepisy SGB V przewidują współdziałanie związków kas zastępczych w ustalaniu jednolitego spisu świadczeń i określaniu wynagrodzeń za ich udzielanie. Wreszcie na podstawie § 109 SGB V zawierają one odpowiednie umowy ze związkami szpitali, dotyczące świadczenia usług szpitalnych.

Swoje związki posiadają także inne jednostki organizacyjne działające w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Rolnicze kasy chorych

tworzą federalny związek kas rolniczych będący samodzielną korporacją prawa publicznego. Zdolność prawna oraz budowa organów samorządu wynikają z przepisów § 215 w związku z § 209 SGB V, natomiast zadania z § 217 SGB V. Przepisy te wykazują daleko idącą analogię do rozwiązań przyjętych dla federalnych związków kas regionalnych, zakładowych i cechowych. Federalne Bractwo Górnicze jako instytucja górniczego ubezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego nie należy do żadnego związku krajowego czy federalnego. Spełnia jednak na podstawie § 212 ust. 3 SGB V zadania wykonywane przez te związki, określone w § 211 i 217 SGB V.

W niemieckim systemie ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonuje ponadto pojęcie związków naczelnych. Pod pojęciem tym rozumie się federalne związki kas chorych, związki kas zastępczych, Federalne Bractwo Górnicze oraz Morską Kasę Chorych. Zadania ciążące na związkach naczelnych wykonywane są w większości przypadków wspólnie przez wszystkie związki. W tym miejscu wymienić należy przykładowo: określanie dopłat przy zabiegach protetycznych czy zakupie środków farmaceutycznych i opatrunkowych, określanie wytycznych dotyczących współpracy kas chorych ze służbami medycznymi, wydawanie zaleceń ramowych w sprawie treści umów z zakresu leczenia szpitalnego czy ambulatoryjnego, wydawanie zaleceń dotyczących jednolitego stosowania warunków dopuszczenia usługodawców do świadczenia usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

STRUKTURA WEWNĘTRZNA INSTYTUCJI DZIAŁAJĄCYCH W SYSTEMIE NIEMIECKIEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Wewnętrzna organizacja jednostek działających w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego RFN oparta jest na zasadzie samorządności. Odnosząc tę zasadę do struktury kas chorych, organami ich samorządu są – według art. 31 ust. 1 SGB IV – zgromadzenie przedstawicieli i zarząd, w których członkostwo jest honorowe. Dualistyczną strukturę samorządu uzupełnia kierownik, niebędący jednak organem *stricte* samorządowym i wykonujący swoje zadania za wynagrodzeniem. W stosunku do kas regionalnych, zakładowych, cechowych i zastępczych obowiązują uregulowania odbiegające od ogólnej zasady w myśl § 31 ust. 1 SGB IV. Ustęp 3 a tego przepisu przewiduje jako organy tych kas radę zarządzającą w miejsce zgromadzenia przedstawicieli oraz zarząd, wykluczając jednocześnie możliwość ustanowienia kierownika. Wspólne organy samorządu posiadają rolnicze kasy chorych oraz rolnicze spółdzielnie zawodowe, przy których kasy te działają. Kasa Morska i Morska Spółdzielnia Zawodowa posiadają wprawdzie odrębne organy samorządu, ale na podstawie ust. 2 § 32 SGB IV przewiduje się możliwość utworzenia wspólnego kierownictwa.

Kompetencje prawodawcze wykonywane są w zasadzie przez zgromadzenie przedstawicieli, co przejawia się przede wszystkim w uchwalaniu

statutu i innych aktów prawa autonomicznego. Ponadto spełnia ono funkcje reprezentacyjne oraz kreacyjne, dokonując wyboru zarządu, kierownika i jego zastępcy. Postanowienia te stosuje się odpowiednio do rady zarządzającej, która nie posiada jednak funkcji kreacyjnej, a w stosunku do zarządu spełnia jedynie funkcje nadzorcze. Szczegółowe kompetencje rady wymienione zostały także w § 197 SGB V, do których należy m.in.: podejmowanie wszystkich decyzji mających podstawowe znaczenie dla kasy, ustalanie planu budżetowego czy udzielanie zarządowi absolutorium. Liczba członków organów samorządowych określana jest przez statut zależnie od wielkości jednostki organizacyjnej. Jednak nie może ona przekraczać 60 osób, jeśli chodzi o zgromadzenie przedstawicieli i 30 w przypadku rady zarządzającej. Organy te składają się po połowie z przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców. Wyjątki od tej reguły zawarte są w dalszej części ustępu 1 § 44 SGB IV. Według tych przepisów zgromadzenie przedstawicieli Federalnego Bractwa Górniczego składa się w 2/3 z przedstawicieli ubezpieczonych, a tylko 1/3 stanowią przedstawiciele pracodawców. Organ ten w kasach zastępczych złożony jest natomiast w całości z przedstawicieli ubezpieczonych.²⁷

Paragraf 35 ust. 1 SGB IV określa funkcje zarządu, do których zalicza zarządzanie jednostką oraz reprezentowanie jej na zewnątrz. Kompetencja do wydawania wytycznych wynika natomiast z ust. 2 tego przepisu. Jako centralnemu organowi zarządzającemu przyznane zostały zarządowi także funkcje egzekutywy, ograniczone w pewnym stopniu na rzecz kierownika. Przepis § 35 a SGB IV zawiera szczególne uregulowania dotyczące zarządu w kasach regionalnych, zakładowych, cechowych oraz zastępczych. Również w tych kasach spełnia on funkcje zarządzające i reprezentuje te kasy w stosunkach na zewnątrz. Zarząd właściwy jest do realizowania wytycznych rady zarządzającej, a ponadto odpowiada za sprawy kadrowe, planowanie oraz inwestycje kas. Statut lub w pojedynczych przypadkach sam zarząd może wyznaczyć poszczególnych członków zarządu do reprezentowania kasy. W ramach wydawanych przez zarząd wytycznych, każdy z jego członków sprawuje samodzielny zarząd w zakresie przydzielonych mu obowiązków. W wypadku różnicy zdań rozstrzygnięcie podejmuje zarząd *in corpore*, a w sytuacji równości głosów decydujący głos posiada przewodniczący. Do zarządu stosuje się odpowiednio §§ 43 i 44 SGB IV, poświęcone liczbie członków organów samorządowych. Zarząd w kasach chorych posiadających nie więcej niż 500 000 członków składa się maksymalnie z dwóch osób. Jeśli liczba członków przekracza pół miliona, skład może się powiększyć najwyżej o jedną osobę. Zarówno zarząd, jak i jego przewodniczący wybierani są przez radę zarządzającą, przy uwzględnieniu odpowiedniego doświadczenia kandydatów.

Poza organami samorządu pozostaje kierownik lub powoływane, w przypadku jednostki organizacyjnej posiadającej więcej niż półtora miliona

²⁷ F. E. Schnapp, *Organisation der gesetzlichen...*, s. 1206.

ubezpieczonych, trzyosobowe kierownictwo. Ich kompetencje rozciągają się na prowadzenie bieżących czynności administracyjnych. Za pomocą tego dość niejasnego pojęcia prawnego dokonano rozgraniczenia zakresu właściwości pomiędzy zarządem a kierownikiem.²⁸ W doktrynie i orzecznictwie pod pojęciem tym rozumie się przede wszystkim czynności administracyjno-prawne dokonywane regularnie w zakresie działań jednostki organizacyjnej powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nieposiadające pod względem gospodarczym i rzeczowym kluczowego znaczenia dla danej jednostki.²⁹

Przepisy dotyczące wyborów do jednostek organizacyjnych ubezpieczenia społecznego, które odbywają się co 6 lat, uregulowane są w §§ 46–66 SGB IV. Odnosząc się do treści tych kazuistycznych uregulowań, należy jedynie wspomnieć, że ubezpieczeni oraz pracodawcy dokonują odrębnie wyboru swoich przedstawicieli na podstawie list kandydatów. Jednak praktyka ostatnich lat pokazuje, że z powodu nikłego zainteresowania uprawnionych formalna procedura wyborów nie dochodzi do skutku. Sytuację taką przewiduje § 46 ust. 3 SGB IV, zawierający uregulowanie, według którego osoby zgłoszone uważane są za wybrane, jeśli z jednej grupy ubezpieczonych i pracodawców zgłoszono tylko jedną listę kandydatów lub gdy w przypadku wielu list zawierają one mniej kandydatów niż wynosi liczba miejsc do obsadzenia. Część doktryny odmawia jednak tym tzw. pokojowym wyborom demokratycznej legitymacji³⁰, podnosząc, że są one sprzeczne z zasadą państwa demokratycznego, wynikającą z art. 20 ust. 1 niemieckiej ustawy zasadniczej oraz z zasadą przedstawicielstwa. Jednak przeważająca większość naukowców oraz orzecznictwo Związkuowego Trybunału Socjalnego nie poddają w wątpliwość ich ważności.³¹

UWAGI KOŃCOWE

Obserwując ewolucję niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego, nie sposób nie zauważyć dwóch prawidłowości. Z jednej strony zauważalne jest dążenie do obejmowania ubezpieczeniem zdrowotnym jak największej liczby obywateli i zagwarantowanie im możliwie szerokiego katalogu świadczeń, z drugiej zaś poszukuje się nieustannie nowych sposobów obniżenia kosztów, rosnących szczególnie szybko w związku z rozwojem nauk medycznych. Także realia społeczne ulegają stałym przeobrażeniom, co stawia przed prawodawcą zadanie nieustannego poszukiwania optymalnych rozwiązań praw-

²⁸ K. Reichert, *Die Rechtsbeziehungen zwischen Vorstand und Geschäftsführer in der Sozialversicherung*, „Die Sozialversicherung” 1984/1, s. 115 i n.

²⁹ BSG 28. 02. 1967 E 26, s. 129–131.

³⁰ Zob. G. Haverkate, *Die Einheit der Verwaltung als Rechtsproblem*, „Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer” 1988, 46, s. 238.

³¹ R. Hendl, *Deutsche Rentenversicherung*, 6. Auflage 1986, s. 319–327; BSG 15. 11. 1973 E 36, s. 242 i n.

nych, które zapewnią społeczeństwu bezpieczeństwo socjalne. Nie ulega wątpliwości, że samorząd, działający w ramach niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego, stosunkowo sprawnie dopasowywał się do dynamicznych procesów zachodzących w społeczeństwie niemieckim, a sama idea instytucji kas chorych wykazała swoją funkcjonalność. Uwidocznili się też jego wpływ na kształtowanie się polityki socjalnej i gospodarczej państwa.

Niemiecka służba zdrowia stoi obecnie u progu trzeciego etapu reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zakłada ona wzmocnienie i dalszy rozwój solidarnie finansowanego systemu, dalsze rozszerzenie katalogu świadczeń, zwiększenie elastyczności sektora finansowego i wprowadzenie w tej dziedzinie klarownych podstaw normatywnych. Przewiduje się również wzmocnienie roli samorządu kas, a tym samym odpowiedzialności ubezpieczonych i pracodawców, poprawę kooperacji pomiędzy usługodawcami. Programy te mają przygotować niemiecki system ubezpieczenia zdrowotnego do wyzwań, jakie niesie ze sobą nowe tysiąclecie.

SUMMARY

The modern system of social insurance originated in the second part of the 19th century and its birth is integrally related to the history of Germany and Bismarck's epoch. At that time the foundations for the German social policy were laid. Up till now they have been based, among others, on the principle of the decentralisation of units working within the limits of medical service system, which is closely connected with the principle of the autonomy of these units. Nowadays there are 583 national health societies in the Federal Republic of Germany. Apart from 17 regional ones, there are 474 institutional ones, 47 guild ones, 21 agricultural ones, the Naval National Health Society, the Federal Mining Brotherhood, which is a miners' institution of health insurance, and 22 so-called substitute societies.

In the present study the practical application of the institution of national health societies to the public system of health protection is presented, which is illustrated by the organisational structure of German national health societies. The research yields the analysis of law regulations which govern the nature of the national health societies. It is emphasised that the self-government, which functions within the limits of the German health insurance, has successfully adapted to the rapid changes taking place in the German society. The author also underlines the influence of the self-government on the foundations of Germany's social and economic policy. Furthermore, the author comes to a conclusion that for over the century the German health insurance system has developed into a complex system, which works effectively and which is aimed at the protection of the insured from the disease risk. As the system is so efficient and complementary, for years it has been an example and a reference for enterprises undertaken in other countries. It specifies clearly the rules, the forms and the range of social policy implemented by various units on various continents.

The author also presents his views on the development prospects of the system of national health societies in the Federal Republic of Germany. He claims that the German medical service is reaching the third stage of the reform of the public health

insurance. The reform aims at improving and developing the system financed solidaristically, providing more services, increasing the flexibility of the financial sector and introducing clear normative foundations in this area. It also predicts that the role of the self-government of national health societies will gain greater significance, which will result in self-responsibility of both the insured and employers, as well as in the improvement in cooperation between those who provide services. These projects should prepare the German health insurance system for challenges, which will have to be faced in the new millennium.