



**KANCELARIA  
SENATU**

BIURO ANALIZ,  
DOKUMENTACJI  
I KORESPONDENCJI

# INFORMACJA

Systemy ochrony zdrowia  
ujęcie instytucjonalne.

Przykład Polski, Czech,  
Niemiec, Finlandii i Ka-  
nady

## Spis treści

Wstęp .....	4
1. Polska.....	5
Organizacja i zarządzanie .....	5
Minister Zdrowia .....	8
Samorządy terytorialne .....	9
Narodowy Fundusz Zdrowia .....	9
Samorządy zawodowe.....	10
Rzecznik Praw Pacjenta .....	10
Decentralizacja i centralizacja .....	10
Co podlega Ministrowi Zdrowia .....	11
Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne.....	21
2. Czechy.....	23
Organizacja i zarządzanie.....	23
Ministerstwo Zdrowia .....	24
Wojewódzkie stacje sanitarne .....	29
Ministerstwo Obrony Narodowej .....	31
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.....	31
Decentralizacja i centralizacja .....	31
Instytucje podlegające Ministerstwu Zdrowia .....	32
Zdrowie publiczne .....	34
Ubezpieczenie zdrowotne .....	37
Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych .....	37
3. Niemcy.....	40
Organizacja i zarządzanie .....	40
Szczebel federalny.....	41
Poziom krajów związkowych.....	44
Poziom korporacyjny / organy samorządowe.....	44
Płatnicy .....	45
Świadczeniodawcy.....	46
Organizacje pacjentów .....	47
Sektor prywatny .....	47
Decentralizacja i centralizacja .....	48
Co podlega Ministrowi Zdrowia .....	48
Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Niemczech i ubezpieczenia .....	51

4. Finlandia .....	53
Organizacja i zarządzanie .....	53
Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia (Ministry of Social Affairs and Health, MSAH) .....	55
Pozostali uczestnicy systemu .....	58
Decentralizacja i centralizacja .....	59
Instytucje podległe Ministerstwu Spraw Społecznych i Zdrowia .....	60
Fiński Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej (THL) .....	60
Krajowy organ nadzorczy ds. opieki społecznej i zdrowia (Valvira) .....	60
Fińska Agencja Leków (Fimea) .....	60
Urząd ds. Bezpieczeństwa Radiacyjnego i Jądrowego (STUK) .....	60
Fiński Instytut Zdrowia Zawodowego (FIOH) .....	60
Centrum Finansowania Organizacji Pomocy Społecznej i Zdrowia (STEA) .....	61
Rada ds. Wyborów w Opiece Zdrowotnej (COHERE) .....	61
Inne podmioty działające w otoczeniu Ministerstwa Spraw Społecznych i Zdrowia .....	61
Ubezpieczenia zdrowotne .....	62
Krajowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych (KELA) .....	62
Pracodawcy .....	63
Fińska Studencka Służba Zdrowia (FSHS) .....	63
Prywatni świadczeniodawcy .....	63
Ubezpieczyciele prywatni .....	64
5. Kanada .....	64
Organizacja i zarządzanie .....	64
Szczebel prowincji i terytoriów .....	66
Szczebel federalny .....	67
Szczebel międzyrządowy .....	69
Pozarządowe krajowe agencje i stowarzyszenia .....	70
Decentralizacji i centralizacja .....	71
Finansowanie systemu ochrony zdrowia .....	72

## Wstęp

Informacja została przygotowana na zlecenie Pani senator Beaty Małeckiej-Libery przewodniczącej Senackiej Komisji Zdrowia. Opracowanie zawiera informacje na temat wybranych krajów: Polski, Czech, Niemiec, Finlandii i Kanady. Głównym źródłem danych były raporty Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej<sup>1</sup> (European Observatory on Health Systems and Policies). Są to raporty przygotowane we współpracy z lokalnymi (krajowymi, regionalnymi) instytucjami naukowymi, badawczymi itp. w ramach tzw. *Health Systems and Policy Monitor* (HSPM)<sup>2</sup>. HSPM jest platformą, która zawiera szczegółowe opisy systemów opieki zdrowotnej w ponad 30 krajach i dostarcza aktualnych informacji o reformach i zmianach, które są szczególnie istotne z punktu widzenia polityki.

Na potrzeby niniejszego opracowania wybrano oprócz Polski Czechy, Niemcy, Finlandię i Kanadę. Przedstawione informacje są wyimkiem z ww. raportów publikowanych oryginalnie w języku angielskim. Wybrane informacje dotyczą głównych instytucji w ramach systemu ochrony zdrowia w poszczególnych krajach, zależności (podległość, zwierzchnictwo) pomiędzy poszczególnymi instytucjami, sposobów wyłaniania szefów poszczególnych instytucji (jeśli taka informacja była dostępna) oraz ich zadań i funkcji. Wspomniane jest tło historyczno-instytucjonalne, które doprowadziło do dzisiejszego kształtu systemu. W opracowaniu przyjęto zasadę, aby ujednoczyć informację na ile to możliwe stąd podobne podrozdziały poszczególnych części.

W przypadku Polski przywołano dane ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz informacje innych oficjalnych źródeł.

Tłumaczenie materiału z HSPM było przeprowadzone w trybie roboczym przez pracowników BADK/DAOT, dlatego niektóre schematy pozostawiono w oryginale.

---

<sup>1</sup> Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej to obserwatorium zdrowia publicznego utworzone w ramach partnerstwa międzyrządowego, którego gospodarzem jest Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia, które specjalizuje się w rozwoju systemów opieki zdrowotnej w Europie.

<https://eurohealthobservatory.who.int/>

<sup>2</sup> <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>

# 1. Polska

## Organizacja i zarządzanie

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP z 1997 r. wszyscy obywatele, niezależnie od ich sytuacji materialnej, mają prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Artykuł gwarantuje również prawo do ochrony zdrowia jako prawo człowieka.

Po Konstytucji kluczowymi aktami prawnymi regulującymi system ochrony zdrowia są:

- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.),
- ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.),
- ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.),
- ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956, z późn. zm.).

Pierwsza reguluje działalność NFZ oraz zakres i wysokość ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Druga reguluje działalność wszystkich podmiotów leczniczych (niezależnie od struktury własności – prywatnej i publicznej oraz rodzaju świadczonej opieki), w tym zatrudnianie personelu medycznego (np. czas pracy itp.). Ustawa o zdrowiu publicznym jest pierwszą ustawą, która kompleksowo uregulowała publiczne świadczenia zdrowotne w Polsce.

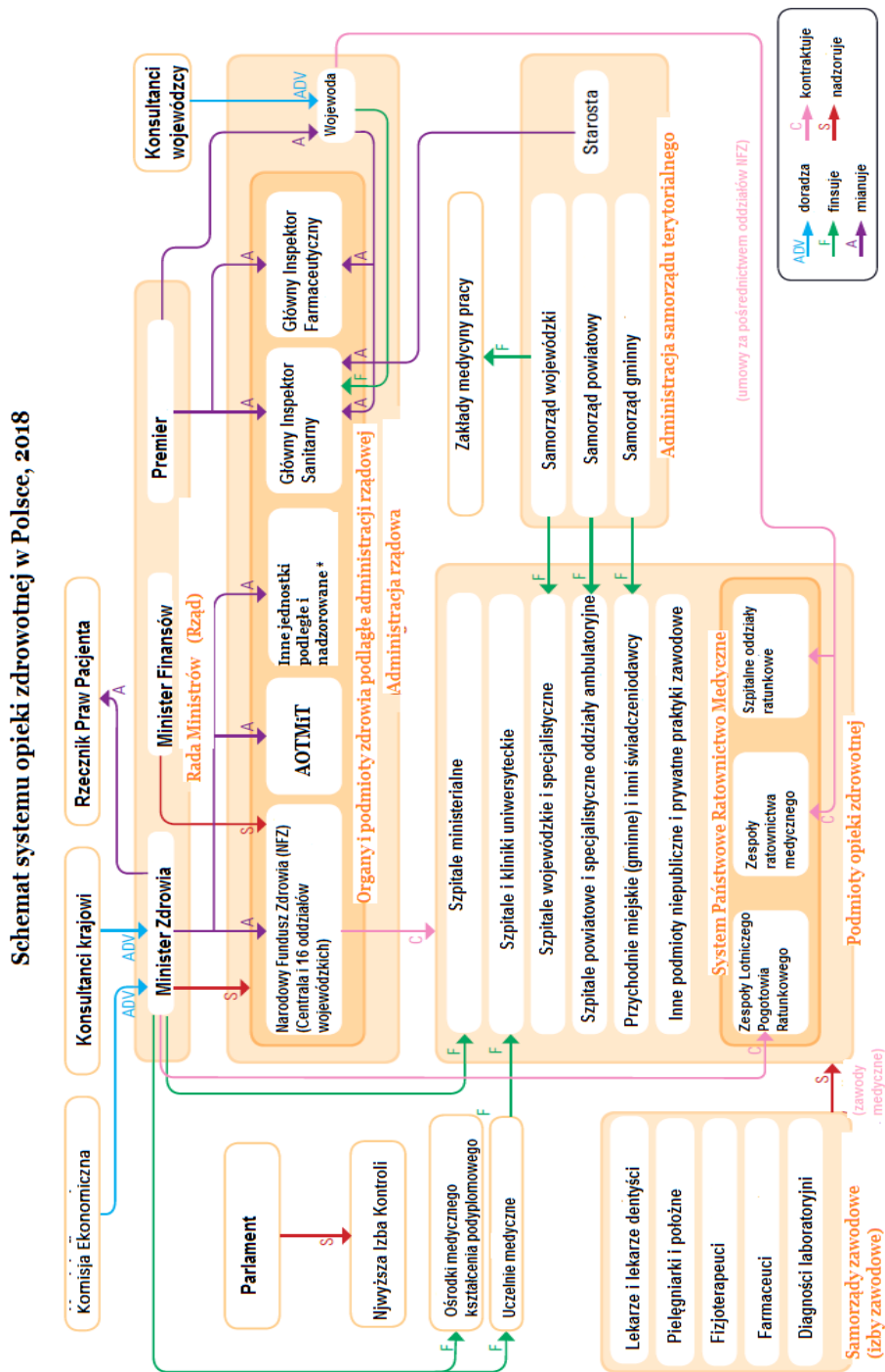
System ochrony zdrowia jest regulowany również przez Ministra Zdrowia (poprzez wydawanie rozporządzeń wykonawczych w obszarach dotyczących sektora zdrowia, np. rozporządzeń określających świadczenia gwarantowane) oraz Radę Ministrów (poprzez wydawanie rozporządzeń wykonawczych w sprawach międzysektorowych np. Narodowe Programy Zdrowia). Sądy administracyjne orzekają w sprawach konfliktów kompetencyjnych między instytucjami publicznymi (np. między Ministrem Zdrowia a prezesem NFZ), a sądy cywilne orzekają w sprawach konfliktów między NFZ a zakontraktowanymi świadczeniodawcami. Najwyższa Izba Kontroli (NIK), podległa Sejmowi przeprowadza pogłębione kontrole służb publicznych, w tym publicznej służby zdrowia.

System ochrony zdrowia w Polsce był historycznie wysoce scentralizowany. Dziś funkcja płatnika pozostaje scentralizowana w ramach NFZ, kontraktowanie usług zostało jednak zdecentralizowane do poziomu wojewódzkiego – 16 oddziałów wojewódzkich NFZ jest zobowiązanych do zakupu świadczeń na swoim terenie w ramach rynku wewnętrznego otwartego dla publicznych i prywatnych świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Finansowanie pochodzi głównie z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne (które

w rzeczywistości są dedykowanym podatkiem). Świadczenia zdrowotne dla ludności zwolnionej z opłacania składek (np. dzieci), a także ratownictwo medyczne oraz niektóre świadczenia wysokospecjalistyczne są finansowane z budżetu państwa (tj. z ogólnych wpływów podatkowych).

Zadania publiczne w obszarze ochrony zdrowia są podzielone między rząd i samorządy terytorialne.

Rys. 1 Schemat systemu Opieki zdrowotnej w Polsce, 2018<sup>3</sup>



\*Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, ośrodki krajowe i instytuty badawcze, Narodowe Centrum Krvii.

<sup>3</sup> Źródło:

[https://eurohealthobservatory.who.int/images/librariesprovider3/monitors-content/hspm/poland/poland-2019/poland2019-fig21.png?sfvrsn=f00b578a\\_3](https://eurohealthobservatory.who.int/images/librariesprovider3/monitors-content/hspm/poland/poland-2019/poland2019-fig21.png?sfvrsn=f00b578a_3)

## Minister Zdrowia

Minister Zdrowia ponosi ogólną odpowiedzialność za zarządzanie sektorem zdrowia i jego organizację. Minister sprawuje nadzór nad działem administracji rządowej zdrowie i działającymi w jej ramach instytucjami.

Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej zdrowie. Wojewoda reprezentuje administrację centralną w województwie. Do zadań administracji centralnej w ramach działu zdrowie należy finansowanie świadczeń zdrowotnych (za pośrednictwem NFZ), tworzenie ustawowego koszyka świadczeń (za pośrednictwem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - AOTMiT ) oraz szereg zadań zdrowia publicznego wykonywanych przez jednostki podległe.

Konsultanci krajowi i wojewódzcy wspierają Ministra Zdrowia, wojewodów oraz inne instytucje pionu zdrowia administracji rządowej (m.in. NFZ i AOTMiT ) ekspertyzami z różnych dziedzin medycyny, farmacji i nauk o zdrowiu (w sumie 83 obszary). Poprzez te opinie konsultanci wpływają na świadczenie usług zdrowotnych i edukację zawodową. Są powoływani na 5-letnie kadencje. Każde województwo musi wyznaczyć konsultanta w każdym z 83 obszarów. Ta sama osoba może pełnić funkcję doradcy wojewódzkiego dla więcej niż jednego województwa .

Kluczowe organy i jednostki nadzorowane przez MZ to:

- AOTMiT,
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny,
- Główny Inspektor Sanitarny kierujący Państwową Inspekcją Sanitarną,
- Główny Inspektor Farmaceutyczny kierujący Państwową Inspekcją Farmaceutyczną,
- Centrum e-Zdrowia,
- Narodowe Centrum Krwi.

Minister odpowiada również za politykę zdrowotną państwa, w tym wydawanie rozporządzeń wykonawczych dotyczących sektora zdrowia (m.in. w sprawie standardów medycznych i koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych) oraz opowiadanie się za włączeniem perspektywy zdrowotnej do innych polityk.

Minister Zdrowia jest organem założycielskim i sprawuje nadzór nad szpitalami specjalistycznymi i uczelniami medycznymi (w tym klinikami uniwersyteckimi). (Jako pozostałość po byłym reżimie socjalistycznym część szpitali specjalistycznych jest nadal własnością MON i MSWiA). W ramach tej roli Minister odpowiada wspólnie z samorządami terytorialnymi za: duże inwestycje kapitałowe oraz na badania i edukację medyczną. Minister wraz z odpowiednimi izbami zawodowymi odpowiada za regulowanie zawodów medycznych. Minister Zdrowia odpowiada również bezpośrednio za finansowanie części ratownictwa medycznego (wspólnie z samorządami województw ).



## Samorządy terytorialne

Samorządy terytorialne mają na swoim terenie różne zadania w zakresie zdrowia publicznego i ochrony zdrowia, w tym realizację programów polityki zdrowotnej państwa oraz utrzymywanie infrastruktury świadczeniodawców, których są założycielami (większe inwestycje kapitałowe są finansowane wspólnie z Ministerstwem Zdrowia). Samorządy wojewódzkie są także organami założycielskimi dla wojewódzkich ośrodków medycyny pracy i tym samym odpowiadają za ich infrastrukturę i nadzór.

## Narodowy Fundusz Zdrowia

NFZ jest jedynym (monopsonistycznym<sup>4</sup>) płatnikiem w systemie ochrony zdrowia, którego zadaniem jest kontraktowanie świadczeń zdrowotnych wchodzących w skład koszyka świadczeń ustawowych (i finansowanych ze składek ubezpieczeniowych) dla ubezpieczonej populacji. NFZ prowadzi Centralny Rejestr Ubezpieczonych, który umożliwia potwierdzanie uprawnień pacjentów do ubezpieczenia. Kontraktacja jest dekoncentrowana do 16 oddziałów wojewódzkich. Wartość, wielkość, struktura i – w pewnym stopniu – także jakość nabywanych usług są określane poprzez te umowy. NFZ określa również szczegóły procesu kontraktacji. Wpływ NFZ na kontraktację osłabiło wprowadzenie pod koniec 2017 r. sieci szpitali. Kwalifikujące się szpitale automatycznie otrzymują kontrakty na okres 4 lat bez konieczności udziału w przetargach. Fundusz jest również odpowiedzialny za kontraktowanie ratownictwa medycznego (z wyjątkiem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, które są kontraktowane bezpośrednio przez Ministra Zdrowia), na które otrzymuje dofinansowanie z budżetów województw i Ministerstwa Zdrowia. NFZ refunduje również koszty świadczeń zdrowotnych świadczonych w innych państwach członkowskich UE.

NFZ działa jako agencja na warunkach rynkowych Ministerstwa Zdrowia, z własną osobowością prawną i własnym budżetem. Musi działać na zasadach non-profit i ma prawnie zabronione prowadzenie, posiadanie lub współwłasność świadczeniodawców opieki zdrowotnej.

**Narodowym Funduszem Zdrowia kieruje Prezes**, którego powołuje Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Rady NFZ, która jest również głównym organem NFZ składa się z 10 członków powoływanych przez Ministra Zdrowia na 5-letnie kadencje (do 2015 r. prezesa powoływał Prezes Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia). Prezes przygotowuje roczny projekt planu finansowego NFZ, który jest opiniowany przez Radę NFZ oraz Komisję Finansów Publicznych i Komisję Zdrowia Sejmu RP. Plan finansowy musi być zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów.

Wojewodowie powołują wszystkich członków rad oddziałów wojewódzkich NFZ – każda Rada liczy dziesięciu członków powoływanych na czteroletnią kadencję. Prezesów

---

<sup>4</sup> Forma rynku, na którym istnieje tylko jeden odbiorca i wielu dostawców.

oddziałów wojewódzkich powołuje Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii rad oddziałów NFZ. Członkowie Rady (w oddziałach i w Centrali) wybierani są spośród kandydatów zgłoszonych przez różne podmioty i instytucje w systemie ochrony zdrowia.

## Samorządy zawodowe

W izbach zawodowych zrzeszeni są lekarze, stomatolodzy, farmaceuci, pielęgniarki i położne, diagnostycy laboratoryjni, a od 2016 roku fizjoterapeuci. Izby reprezentują ich interesy m.in. poprzez wykonywanie ekspertyz lub arbitrażu w sprawach odpowiedzialności zawodowej oraz chronią zdrowie publiczne dbając o to, aby udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej było zgodne z etyką lekarską, deontologią i wiedzą medyczną. Izby uczestniczą w ustalaniu standardów kształcenia, prowadzą rejestry licencjonowanych i aktywnych profesjonalistów oraz monitorują ich udział w kształceniu ustawicznym. Opracowują również etyczne kodeksy postępowania i mogą nakładać na swoich członków środki dyscyplinarne. Członkostwo w izbach jest obowiązkowe dla wszystkich praktykujących profesjonalistów.

## Rzecznik Praw Pacjenta

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta powstało w 2009 roku w celu ochrony interesów pacjentów, zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 2008 roku. Zastąpiło ono Biuro Praw Pacjenta, które od 2005 roku wchodziło w skład pionu zdrowia administracji rządowej (RPP nie jest już częścią administracji rządowej). Rzecznik Praw Pacjenta bada przypadki naruszeń praw pacjenta, inicjuje nowe przepisy i promuje świadomość zagadnień związanych z prawami pacjenta. Rzecznika powołuje Prezes Rady Ministrów.

## Decentralizacja i centralizacja

Reformy systemu ochrony zdrowia od 1989 r. następowały po bardzo szybkim przejściu od gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej oraz zmianach w podziale administracyjnym kraju. Wstępne reformy sektora zdrowia, wprowadzone w latach 1991-1998, koncentrowały się na decentralizacji zadań i funkcji zdrowotnych. Kolejnym celem była decentralizacja zarządzania i własności publicznej opieki zdrowotnej na niższe szczeble samorządu terytorialnego oraz rozwój prywatnej praktyki lekarskiej (Kowalska 2005, 2006, 2009; Kowalska i Mokrzycka, 2012; Kowalska-Bobko, 2017). Finansowanie opieki zdrowotnej zostało zdecentralizowane w 1999 r., wraz z wprowadzeniem 17 w dużej mierze autonomicznych kas chorych, które zastąpiły finansowaną z podatków państwową służbę zdrowia. Brak ujednoczonej strategii i zasad kontraktowania kas chorych oraz stosowanie różnych mechanizmów płatności za zakontraktowane świadczenia na terenie województw skutkowało znacznymi regionalnymi różnicami w dostępie i jakości świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji, po zaledwie trzech latach istnienia, w latach

2003/2004 kasy chorych zostały zastąpione przez jedną instytucję ubezpieczeniową – NFZ, a tym samym zdecentralizowano funkcję zakupową (por. Sagan i in., 2011). Kontraktacja została dekoncentrowana do 16 oddziałów wojewódzkich. W celu wyeliminowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej na terenie województw wprowadzono jednolite procedury kontraktowania oraz limity punktowe kontraktowanych świadczeń. Punkty służyły do określenia wartości usług – każdej usłudze przypisano określoną liczbę punktów, a punkty miały wartość pieniężną. Struktura ta obowiązuje do dziś.

Począwszy od 1991 r. znaczna część władzy nad publicznymi zakładami opieki zdrowotnej została przeniesiona z Ministerstwa Zdrowia do województw i w mniejszym stopniu do gmin – otrzymały one m.in. zostały przyznane prawa własności publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Powiaty przejęły odpowiedzialność za szpitale powiatowe. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej otrzymały znaczną autonomię i odpowiedzialność za zarządzanie własnymi budżetami.

W obszarze ochrony zdrowia samorządy terytorialne odpowiadają głównie za promocję zdrowia i profilaktykę (w szczególności w obszarze medycyny pracy i ochrony zdrowia psychicznego, a także uzależnienia od alkoholu i tytoniu oraz związanych z nimi problemów) (Kowalska-Bobko, 2017). Ponoszą również obowiązki wynikające z pełnienia funkcji założycieli publicznych świadczeniodawców (publiczni świadczeniodawcy zazwyczaj działają jako SPZOZ-y): odpowiadają za swoje wyniki finansowe (w tym za pokrycie zaległych zobowiązań) oraz pokrywają koszty sprzętu i utrzymanie obiektów. Samorządy terytorialne na szczeblu wojewódzkim, powiatowym i gminnym odpowiadają również za monitorowanie, organizację i zarządzanie świadczeniami opieki zdrowotnej o różnym stopniu złożoności: gminy odpowiadają za podstawową opiekę zdrowotną (POZ), powiaty za mniejsze szpitale o podstawowych specjalizacjach, województwa za większe szpitale oferujące bardziej złożone procedury. Państwowe instytuty zdrowia i uniwersyteckie przychodnie medyczne, których założycielem jest Minister Zdrowia, świadczą usługi o najwyższej złożoności.

Obecnie wojewodowie odpowiadają za koordynację działań mających na celu ochronę zdrowia i życia ludności na swoich terytoriach. Obejmuje to m.in. planowanie systemu ratownictwa medycznego i nadzór nad inspekcją sanitarną na ich terenie.

### **Co podlega Ministrowi Zdrowia<sup>5</sup>**

Minister Zdrowia jest naczelnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach polityki zdrowotnej państwa. Jest on jednoosobowym organem, powołanym do kierowania działem administracji rządowej zdrowie. Minister Zdrowia jest jednocześnie członkiem Rady Ministrów, której skład proponuje Prezes Rady Ministrów, a powołuje ją Prezydent RP (art. 154 Konstytucji RP). Minister Zdrowia w Polsce nie ma obecnie rangi Wiceprezesa Rady Ministrów.

---

<sup>5</sup> Ta część została przygotowana na podstawie informacji ze stron internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz jednostek podległych i nadzorowanych przez MZ.

Urzędem administracji rządowej obsługującej ministra zdrowia jest Ministerstwo Zdrowia. W ramach tej obsługi wykonuje ono zadania m.in. w zakresie:

- ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej;
- nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia;
- refundacji leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- nadzoru nad wykonywaniem zawodów medycznych;
- opracowywania i koordynowania realizacji programów zdrowotnych;
- organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- realizacji zadań związanych z lecznictwem uzdrowiskowym.

#### I. Organy nadzorowane przez Ministra Zdrowia:

1. **Główny Inspektor Sanitarny.** Państwowa Inspekcja Sanitarna podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej Dz. U. z 2021 r. poz. 195). Kierowana jest przez Głównego Inspektora Sanitarnego, który jest centralnym organem administracji rządowej. Głównego Inspektora Sanitarnego powołuje Prezes Rady Ministrów, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia. Swoje zadania wykonuje przy pomocy Głównego Inspektoratu Sanitarnego, centralnego urzędu administracji rządowej, którego organizację określa statut nadany w drodze rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Główny Inspektor Sanitarny ustala ogólne kierunki działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz koordynuje i nadzoruje działalność tych organów.

Zastępców Głównego Inspektora Sanitarnego w liczbie 2 powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego.

2. **Główny Inspektor Farmaceutyczny** jest centralnym organem administracji rządowej. Kieruje Państwową Inspekcją Farmaceutyczną i wykonuje zadania przy pomocy Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego. Jest powoływany i odwoływany przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia i jest nadzorowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Misją Głównego Inspektora Farmaceutycznego jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom poprzez sprawowanie nadzoru i kontroli nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi.

Podstawą działania Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej jest ustawa z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977, z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 z późn. zm.).

3. **Prezes Biura ds. Substancji Chemicznych** jest centralnym organem administracji rządowej, właściwym w sprawach substancji i ich mieszanin, bezpośrednio nadzorowa-

nym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Prezesa Biura powołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw gospodarki i opinii ministra właściwego do spraw klimatu.

Zadania Prezesa Biura do spraw Substancji Chemicznych określone zostały w przepisach ustawy z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach (Dz. U. z 2020 r. poz. 2289, z późn. zm.).

Biuro do spraw Substancji Chemicznych jest centralnym urzędem administracji rządowej kierowanym przez Prezesa Biura do spraw Substancji Chemicznych.

**4. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.** Prezes Urzędu jest centralnym organem administracji rządowej, nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Zadania i zasady działania Prezesa Urzędu określa ustawa z dnia 8 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 836).

Prezesa Urzędu powołuje Prezes Rady Ministrów, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia. Wykonuje swoje zadania przy pomocy Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

## II. Jednostki podległe i nadzorowane przez ministra zdrowia

**1. Narodowy Fundusz Zdrowia** - instytucja publiczna wykonująca zadania zlecane przez rząd. NFZ zarządza funduszem pochodzącym ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. NFZ kieruje Prezes powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Rady NFZ. Rada NFZ składa się z 10 członków powoływanych przez Ministra Zdrowia na okres 5 lat. NFZ ma 16 oddziałów wojewódzkich, których prezesi powoływani są przez Ministra Zdrowia po zasięgnięciu opinii rad oddziałów NFZ. Z kolei członków rad oddziałów w liczbie 9 powołują wojewodowie na 4-letnią kadencję.

**2. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji** – istnieje od 2005 r., a w 2009 r. uzyskała status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną. Zajmuje się m.in. oceną i wyceną świadczeń zdrowotnych. Agencją kieruje prezes powoływany na okres 5 lat przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru. Przy Prezesie Agencji działa Rada Przejrzystości, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą. Członków Rady Przejrzystości powołuje Minister Zdrowia na 6-letnią kadencję, a w jej skład wchodzi przedstawiciele: Ministra Zdrowia (4), Prezesa NFZ (2), Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (2), Rzecznika Praw Pacjenta (2) oraz 10 osób posiadających doświadczenie, uznany dorobek oraz co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych lub dziedzin pokrewnych, lub innych dziedzin odpowiednich dla przeprowadzenia oceny świadczeń opieki zdrowotnej, w tym etyki.

**3. Centrum e-Zdrowia** – jest państwową jednostką budżetową, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia - odpowiada za realizację projektów IT kluczowych dla funkcjonowania obszaru ochrony zdrowia. Działalnością Centrum kieruje Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia,

**4. Narodowe Centrum Krwi** – jest państwową jednostką budżetową. Realizuje przede wszystkim zadania związane z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew. Działalnością NCK kieruje Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**5. Regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa** w: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Kaliszu, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Raciborzu, Radomiu, Rzeszowie, Słupsku, Szczecinie, Wałbrzychu, Warszawie, Wrocławiu, Zielonej Górze. Regionalne centra wraz z podległymi im oddziałami terenowymi są jednostkami organizacyjnymi Państwowej Służby Krwi. Nadzór merytoryczny nad tymi placówkami sprawują: Ministerstwo Zdrowia, Instytut Hematologii i Transfuzjologii oraz Narodowe Centrum Krwi. Regionalne centra są samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej tworzonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia i są dofinansowywane w formie dotacji z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Centrami kierują dyrektorzy powoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia wyłonieni w drodze otwartych konkursów.

**6. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe** – samodzielny zakład opieki zdrowotnej podległy ministrowi zdrowia, wchodzący w skład systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zgodnie ze statutem LPR organami zakładu są: Dyrektor i Rada Społeczna (przewodniczący, który jest przedstawicielem Ministra Zdrowia oraz 9 członków). Minister Zdrowia nawiązuje z Dyrektorem Zakładu stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

**7. Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach koło Zduńskiej Woli** – jest państwową jednostką budżetową. Zajmuje się utrzymaniem stałej rezerwy i dystrybucją aparatury, środków dezynfekcyjnych, innych środków medycznych, materiałów oświatowo – zdrowotnych przeznaczonych dla podmiotów leczniczych w razie zagrożenia epidemicznego lub dla zapewnienia właściwego stanu sanitarnego kraju oraz odbiorem, przechowywaniem i dystrybucją należących do rezerw strategicznych produktów leczniczych, wyrobów medycznych w celu zapobiegania i zwalczania sytuacji nadzwyczajnych, w tym także dotyczących chorób zakaźnych. Pełni też funkcję Centralnego Dystrybutora Szczepionek zakupionych preparatów szczepionkowych przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia w zakresie dotyczącym przechowywania, zabezpieczenia, rotacji i dystrybucji. Bazą kieruje dyrektor powoływany i odwołany przez ministra zdrowia.

**8. Agencja Badań Medycznych** – utworzona ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2150 z późn. zm.) jest państwową osobą prawną. Działa na podstawie ustawy i statutu zatwierdzonego w formie zarządze-

nia przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Agencją kieruje Prezes powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze konkursu na okres 6 lat. Ta sama osoba może być prezesem nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje. Organem Agencji poza Prezesem jest również Rada Agencji. W skład Rady wchodzi od 15 do 20 członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Członków Rady w liczbie nie większej niż ośmiu wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**9. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” w Warszawie** – jest państwową jednostką budżetową. Do zadań Centrum należy przede wszystkim koordynacja pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów na terenie kraju. Jest kierowane przez dyrektora powoływanego i odwoływanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej.

**10. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w Warszawie** – jest państwową jednostką budżetową. Do zadań Centrum należy w szczególności organizowanie współdziałania banków tkanek i komórek. Kieruje nim Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej.

**11. Bank Tkanek Oka w Warszawie** – powołana w 1995 r. państwowa jednostka budżetowa. Przedmiotem działalności Banku jest gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie i dystrybucja tkanek oka przeznaczonych do przeszczepu oraz pobieranie tkanek oka w zakładach opieki zdrowotnej i innych jednostkach organizacyjnych służby zdrowia. Bankiem kieruje Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**12. Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi (CEM)** – państwowa jednostka budżetowa, która organizuje i przeprowadza egzaminy państwowe oraz inne egzaminy z zakresu kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, farmaceutów oraz innych osób wykonujących zawody medyczne. Zgodnie ze statutem działalnością CEM kieruje Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**13. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie** – państwowa jednostka budżetowa zajmująca się monitorowaniem jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej. Dyrektora Centrum powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia. Zastępcę Dyrektora zatrudnia Dyrektor za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia.

**14. Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi** – jest państwową jednostką budżetową. Podstawowym zadaniem Ośrodka są starania o poprawę wiarygodności wyników badań laboratoryjnych, między innymi przez organizację porównawczych programów sprawdzianów międzylaboratoryjnych. Ośrodkiem kieruje Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**15. Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie** – jest państwową jednostką budżetową. Zadaniem Ośrodka jest organizowanie i realizacja Ogólnopolskiego Sprawdzianu Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO, ocena jakości stosowanych metod oraz prowadzenie działalności edukacyjnej. Ośrodkiem kieruje Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**16. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom** – funkcjonuje od 1 stycznia 2022 r. Powstało w wyniku połączenia Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii na mocy ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469). Centrum jest państwową jednostką budżetową. Kieruje nim Dyrektor Centrum powoływany i odwoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Zastępców Dyrektora Centrum, nie więcej niż trzech, powołuje i odwołuje Dyrektor Centrum po uzyskaniu pisemnej akceptacji ministra właściwego do spraw zdrowia.

**17. Krajowe Centrum ds. Aids w Warszawie** - jest państwową jednostką budżetową. Centrum podejmuje działania mające na celu ograniczanie zagrożeń i szkód zdrowotnych wynikających z epidemii HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Działalnością Centrum kieruje Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**18. Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia w Łodzi** – jest państwową jednostką budżetową. Zostało utworzone w celu koordynowania i monitorowania działań związanych z wdrożeniem w Polsce systemu ochrony radiologicznej. System ten ma zapewniać bezpieczne stosowanie promieniowania jonizującego w celach medycznych. Działalnością Centrum kieruje Dyrektor, którego powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**19. Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie** - jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie jednostki budżetowej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Celem Ośrodka jest poprawa stanu zdrowia i zachowania osób stwarzających zagrożenie, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2021 r. poz. 1638). Ośrodkiem kieruje Dyrektor. Minister właściwy do spraw zdrowia nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania.

**20. Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie** - jest podmiotem leczniczym, prowadzonym w formie jednostki budżetowej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ośrodek przeznaczony jest do wykonywania orzeczeń sądu o umieszczeniu nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. Ośrodkiem kieruje Dyrektor. Minister wła-



ściwy do spraw zdrowia nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

**21. Ośrodek Diagnostyczno-Badawczy Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku** - jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym jest w formie państwowej jednostki budżetowej. Celem działania Ośrodka jest udzielanie świadczeń z zakresu diagnostyki chorób przenoszonych drogą płciową. Ośrodkiem kieruje Dyrektor. Minister właściwy do spraw zdrowia nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

**22. Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny w Karczewie** – jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie państwowej jednostki budżetowej. W Ośrodku udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne z zakresu resocjalizacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. Ośrodek także świadczy opiekę paliatywną w 11 łóżkowym oddziale hospicyjnym. We wszystkich oddziałach ośrodka przyjmowani są w pierwszej kolejności pacjenci zakażeni HIV. Ośrodkiem kieruje Dyrektor. Minister właściwy do spraw zdrowia nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

**23. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej w Warszawie** - jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Celem działania Ośrodka jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z zakresu medycyny sportowej i dziedzin pokrewnych, promocja zdrowia oraz rozwój medycyny sportowej. Ośrodkiem kieruje Dyrektor. Minister właściwy do spraw zdrowia nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

**24. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze** - jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Centrum kieruje Dyrektor Naczelny. Minister właściwy do spraw zdrowia nawiązuje z Dyrektorem Naczelnym stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

**25. Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach** - jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Celem funkcjonowania Ośrodka jest w szczególności zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnych i zindywidualizowanych świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie odpowiadającym aktualnemu stanowi wiedzy medycznej, w celu zapobieżenia popełnianiu przez te osoby w przyszłości czynów zabronionych. Ośrodkiem kieruje Dyrektor. Minister właściwy do spraw zdrowia nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

**26. Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim** - jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Przeznaczony jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi będących sprawcami czynów zabronionych (przestępstw), wobec których sąd orzekł zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym. Ośrodkiem kieruje Dyrektor. Minister właściwy do spraw zdrowia nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

**27. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie** – jest państwową jednostką budżetową. Działalnością Centrum kieruje Dyrektor powoływany i odwoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

**28. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie** - jest państwową osobą prawną. Celem działania CMKP jest przygotowanie wyspecjalizowanej kadry do działania w systemie ochrony zdrowia. Organami Centrum są: dyrektor i Rada Naukowa. Powołanie dyrektora następuje w drodze wyborów. Dyrektora wybiera Kolegium Elektorów spośród nauczycieli akademickich posiadających tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego. Kandydatów do pełnienia funkcji dyrektora zgłaszają członkowie Kolegium Elektorów.

**29.** Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki

**30.** Dom Lekarza Seniora im. dr Kazimierza Fritza

**31.** Dom Pracownika Służby Zdrowia

**32.** Profilaktyczny Dom Zdrowia

**33.** Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia

### III. Uczelnie medyczne

1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Gdański Uniwersytet Medyczny
3. Śląski Uniwersytet Medyczny (w Katowicach)
4. Uniwersytet Medyczny w Lublinie
5. Uniwersytet Medyczny w Łodzi
6. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
7. Pomorski Uniwersytet Medyczny (w Szczecinie)
8. Warszawski Uniwersytet Medyczny
9. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

#### IV. Instytuty badawcze nadzorowane przez ministra zdrowia

1. Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” (Łódź) – naukowo-badawczy + leczenie
2. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu (Warszawa) – naukowo-badawczy + leczenie
3. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc (Warszawa) – naukowo-badawczy + leczenie
4. Instytut Hematologii i Transfuzjologii (Warszawa) - naukowo-badawczy + leczenie
5. Instytut Matki i Dziecka (Warszawa) – naukowo-badawczy + leczenie
6. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera (Łódź) – naukowo-badawczy wykonuje odpłatne wysokospecjalistyczne badania pacjentów z zakresu medycyny pracy.
7. Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w likwidacji (Sosnowiec)
8. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki (Lublin) – naukowo-badawczy + leczenie
9. Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego - Państwowy Instytut Badawczy (Warszawa) + leczenie
10. Narodowy Instytut Leków (Warszawa) - badania naukowe, działania o charakterze kontroli państwowej, programy wdrożeniowe oraz działalność referencyjna, konsultacyjna i edukacyjna dla personelu placówek ochrony zdrowia, instytutów naukowych i wyższych uczelni.
11. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (Warszawa) + leczenie
12. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny (Warszawa) – monitorowanie sytuacji zdrowotnej w Polsce, monitorowanie i ocena biologicznych, chemicznych i fizycznych czynników ryzyka dla zdrowia człowieka, w tym w aspekcie bezpieczeństwa żywności i wody, zabezpieczanie ludności przed chorobami zakaźnymi i działaniami w zakresie prewencji chorób przewlekłych, analizy ekonomiczne i systemowe w ochronie zdrowia.
13. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” (Warszawa) – naukowo-badawczy + leczenie
14. Instytut Psychiatrii i Neurologii (Warszawa) – naukowo-badawczy + leczenie
15. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher (Warszawa) – naukowo-badawczy + leczenie

## V. Spółki w nadzorze właścicielskim

1. Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II spółka akcyjna z siedzibą w Polanicy – Zdroju – istnieje od 2005 r., w 2012 r. przekształcone w jednoosobową spółkę skarbu państwa, co umożliwiło realizację świadczeń zdrowotnych poza umowami z NFZ na rzecz pacjentów nieubezpieczonych z kraju oraz gości z zagranicy.

## VI. Rady, komisje, komitety, zespoły

1. Rada ds. Zdrowia Publicznego
2. Krajowa Rada do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
3. Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP)
4. Krajowa Rada Transplantacyjna
5. Komisja Ekonomiczna
6. Odwoławcza Komisja Bioetyczna
  - Komisje bioetyczne
7. Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia
8. Zespół ds. Szczepień Ochronnych
9. Zespół do Spraw Fałszowania i Nielegalnego Obrotu Produktami Leczniczymi oraz Innymi Sfałszowanymi Produktami Spełniającymi Kryteria Produktu Leczniczego

## VII. Konsultanci w ochronie zdrowia

**1. Konsultanci krajowi** – powoływani są przez ministra zdrowia spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych mających w ochronie zdrowia.

Konsultanci krajowi:

- inicjują krajowe badania epidemiologiczne oraz oceniają metody i wyniki tych badań;
- prognozują potrzeby zdrowotne w swojej dziedzinie;
- doradzają, jak realizować zadania, które wynikają z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów zdrowotnych;
- opiniują wnioski o skierowanie pacjenta do leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami Polski;

- opiniują i doradzają przy zadaniach realizowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

2. **Konsultanci wojewódzcy** powoływani są przez wojewodę w porozumieniu z ministrem zdrowia:

- wydają opinię, czy dana jednostka powinna zostać wpisana na listę jednostek organizacyjnych, które mogą prowadzić specjalizacje lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne (listę taką prowadzi minister zdrowia);
- wnoskują do okręgowych rad samorządów zawodowych, żeby sprawdziły czy osoby wykonujące dany zawód medyczny, należycie pełnią swoje obowiązki;
- na wniosek wojewody wydają opinię, czy podmiot leczniczy spełnia warunki, żeby udzielać świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny;
- na podstawie kontroli wydają opinię:
  - czy jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, spełnia niezbędne wymagania,
  - na temat sposobu realizacji stażu lub specjalizacji, a także poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby, które wykonują zawód medyczny i są zatrudnione w podmiocie leczniczym.

## **Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne**

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne w NFZ oferuje bardzo szeroki zakres świadczeń zdrowotnych, a jego zasięg populacyjny jest bardzo szeroki. Oznacza to, że istnieje niewielkie pole do rozwoju komplementarnego rynku VHI (Voluntary Health Insurance) obejmującego usługi wyłączone lub częściowo refundowane. Jednak ograniczone zasoby finansowe w systemie publicznym powodują, że usługi te nie zawsze są dostępne w praktyce, potencjalnie stwarzając możliwości dla uzupełniających VHI. Mimo kilku inicjatyw rządowych, jak dotąd nie rozwinął się silny rynek VHI (Sagan i in., 2011; Sobczak, 2016). Obecnie nie ma zachęt finansowych (takich jak ulga podatkowa) do zakupu VHI.

W 2017 r. ponad 2,27 mln mieszkańców Polski posiadało prywatne ubezpieczenie zdrowotne (PIU, 2018b – raport Polskiej Izby Ubezpieczeń). Abonamenty medyczne, będące kolejną formą prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, posiada ok. 3 mln osób (75% z nich jest objętych polisami grupowymi sponsorowanymi przez pracodawców; PIU, 2017). Świadczenia mają charakter rzeczowy, a ubezpieczeniem objęte są najczęściej ambulatoryjne świadczenia

z zakresu medycyny pracy (kontrole okresowe i profilaktyka), czyli świadczenia, do których pracodawcy zobowiązani są zgodnie z ustawą o służbie medycyny pracy z 1997 roku. Są to zazwyczaj produkty grupowe, które są odnawiane corocznie i koncentrują się na populacji pracującej (poniżej 65 lat). Rozszerzone pakiety abonamentowe ułatwiają szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych (z najdłuższym czasem oczekiwania) oraz gwarantują wyższy standard pozamedycznych aspektów opieki (np. internetowe zapisy na wizyty). Najdroższe pakiety (kategoria VIP) skierowane są do wyższej kadry zarządzającej oraz zamożnych klientów indywidualnych. Obejmują one również inne usługi, takie jak koordynacja opieki szpitalnej, wizyty domowe czy transport sanitarny. Składki miesięczne nie są wysokie, zaczynając od 40 zł (około 10 euro) za pakiet podstawowy.

Sektor VHI jest częścią sektora usług finansowych i jest odpowiednio regulowany. Brak szczegółowej definicji prawnej VHI oraz jej skomplikowana klasyfikacja w ramach sektora ubezpieczeń majątkowych i ubezpieczeń życia utrudnia ocenę wielkości „czystego” rynku VHI oferującego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej kosztów opieki zdrowotnej. Oficjalne statystyki dotyczące VHI nie rozróżniają ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczenia podróznego (pokrywającego koszty opieki zdrowotnej za granicą), ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby oraz wszelkich innych ubezpieczeń „zdrowotnych”, które przyznają ryczałtowe wypłaty w przypadku wystąpienia niektórych chorób krytycznych, takich jak rak. W 2017 roku istniało 27 towarzystw ubezpieczeń na życie – wszystkie mogły oferować dodatkowe ubezpieczenie VHI, ale niewiele oferowało „czyste” ubezpieczenie VHI. W tym samym roku istniały 34 zakłady ubezpieczeń majątkowych – 29 oferowało samodzielne produkty, takie jak ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe czy podrózne, a nie więcej niż siedem oferowało „czystą” ochronę VHI (KNF, 2018).

## 2. Czechy

### Organizacja i zarządzanie

Organizacja służby zdrowia jest w znacznym stopniu zdecentralizowana. Na szczeblu centralnym Ministerstwo Zdrowia odpowiada za politykę zdrowotną i legislację. Sprawuje również nadzór oraz kieruje bezpośrednio niektórymi instytucjami służby zdrowia. Województwa wykonują szereg powierzonych im zadań z zakresu ochrony zdrowia, w tym rejestrowanie podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Zostały im też przekazane niektóre szpitale i placówki medyczne (pomoc doraźna i paliatywna). W ramach decentralizacji niektóre małe szpitale zostały przekazane gminom. Innym ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej są fundusze ubezpieczeń zdrowotnych.

Podstawowe regulacje dotyczące organizacji służby zdrowia w Republice Czeskiej zawarte są w ustawie z dnia 14 lipca 2000r. nr 258/200 o ochronie zdrowia publicznego oraz o zmianie niektórych ustaw (Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů).

Zadania administracji państwowej w zakresie ochrony i organizacji zdrowia publicznego wykonują (§ 78 ust. 1):

1. Ministerstwo Zdrowia,
2. Wojewódzkie stacje sanitarne (krajské hygienické stanice),
3. Ministerstwo Obrony Narodowej i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych,
4. Ministerstwo Transportu,
5. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego,
6. Ministerstwo Środowiska,
7. Urzędy wojewódzkie (krajské úřady).

System organów ochrony zdrowia publicznego składa się z organów administracyjnych wymienionych powyżej w pkt. 1-3 (§ 78 ust.2).

Państwo jest reprezentowane zarówno przez Sejm, który jest głównym organem ustawodawczym w kraju, jak i Ministerstwo Zdrowia, do którego zadań należy ustalanie polityki zdrowotnej i nadzór nad systemem ochrony zdrowia, a także prowadzenie kilku zakładów opieki zdrowotnej. Dodatkowo Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (*Státní zdravotní ústav*, SZÚ), Państwowy Instytut Kontroli Narkotyków (*Státní ústav pro kontrolu léčiv*, SÚKL) i regionalne instytucje zdrowia publicznego (*krajské hygienické stanice*, RPHA) podlegają Ministerstwu Zdrowia.

Sektor publiczny jest następnie reprezentowany przez regiony, okręgi i gminy, które są właścicielami i kierują różnymi placówkami opieki zdrowotnej oraz mają obowiązek licencjonowania i nadzorowania usługodawców. Ponadto, zarówno Ministerstwo Obrony, jak i Ministerstwo Sprawiedliwości zarządzają także kilkoma zakładami opieki zdrowotnej.

## Ministerstwo Zdrowia

Na szczeblu centralnym Ministerstwo Zdrowia odpowiada za politykę zdrowotną i legislację. Sprawuje również nadzór oraz kieruje bezpośrednio niektórymi instytucjami służby zdrowia. Województwa wykonują szereg powierzonych im zadań z zakresu ochrony zdrowia, w tym rejestrowanie podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Zostały im też przekazane niektóre szpitale i placówki medyczne (pomoc doraźna i paliatywna). W ramach decentralizacji niektóre małe szpitale zostały przekazane gminom. Innym ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej są fundusze ubezpieczeń zdrowotnych.

Ministerstwo Zdrowia (Ministerstvo zdravotnictví České republiky) zostało utworzone na mocy ustawy z dnia 8 stycznia 1969 r. nr 2/1969 Sb. o powołaniu ministerstw i innych centralnych organów administracji państwowej Socjalistycznej Republiki Czeskiej (Zákon č. 2/1969 Sb. o zřízení ministerstev a jiných ústředních správních orgánů státní socialistická Česká Republika).

Ministerstwo Zdrowia jest, zgodnie z § 10 tejże ustawy, najwyższym organem administracji państwowej do spraw:

- służby zdrowia,
- ochrony zdrowia publicznego,
- działalności naukowo-badawczej dotyczącej problematyki zdrowia,
- podmiotów świadczących usługi zdrowotne bezpośrednio podległych Ministerstwu,
- kontroli spożycia substancji uzależniających, preparatów i substancji pomocniczych,
- poszukiwania, ochrony i wykorzystania naturalnych zasobów leczniczych, naturalnych kąpielisk leczniczych oraz naturalnych źródeł wód mineralnych,
- leków i wyrobów medycznych do celów prewencji,
- diagnozowania i leczenia ludzi,
- ubezpieczeń zdrowotnych i systemu informacji zdrowotnej,
- stosowania produktów biobójczych i wprowadzania produktów biobójczych i substancji czynnych na rynek.

Częścią Ministerstwa Zdrowia jest Czeski Inspektorat Uzdrowisk i Źródeł. Częścią organizacyjną Ministerstwa Zdrowia jest Inspektorat Środków Odurzających i Substancji Psychotropowych. Ponadto przy Ministerstwie Zdrowia działa jako organ ochrony zdrowia publicznego – Główny Inspektor Sanitarny (hlavní hygienik) Czech w randze wiceministra zdrowia ds. ochrony i promocji zdrowia publicznego.

Ministerstwa Zdrowia wykonuje w ramach swoich kompetencji zadania określone w ustawach i innych powszechnie obowiązujących przepisach prawa oraz zadania wynikające z członkostwa Republiki Czeskiej w Unii Europejskiej i innych działań integracyjnych grup i organizacji międzynarodowych, jeśli są one wiążące dla Republiki Czeskiej (§ 20).

Ministerstwo dba o właściwe uregulowanie prawne spraw należących do kompetencji Czeskiej Republiki Socjalistycznej; przygotowuje projekty ustaw i innych regulacji prawnych w



sprawach należących do ich kompetencji, a także propozycje, które rząd zlecił im przygotować; dba o zachowanie legalności na swoim obszarze kompetencji oraz podejmuje niezbędne środki zaradcze zgodnie z prawem (§ 24). Działalność ministerstwa jest zarządzana, kontrolowana i ujednoczana przez Rząd Republiki Czeskiej (§ 28).

Szczegółowe zadania Ministerstwa Zdrowia wymienione są w § 80 ustawy nr 258/2000 Dz. o ochronie zdrowia publicznego oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů), zgodnie z którym Ministerstwo działając na rzecz ochrony i wspierania zdrowia publicznego między innymi:

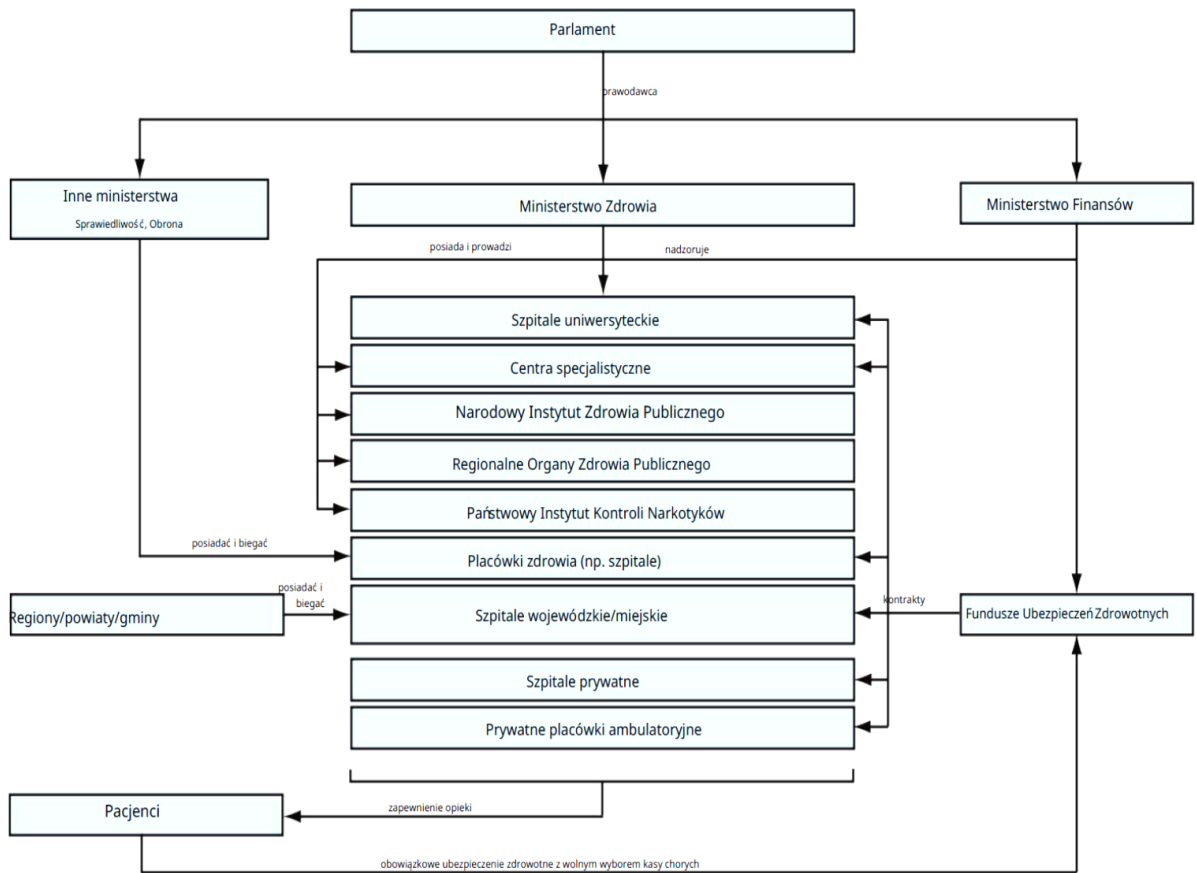
- a. zarządza i kontroluje działalność administracji publicznej w zakresie ochrony i promocji zdrowia publicznego, odpowiada za formułowanie i realizację krajowej polityki ochrony i promocji zdrowia publicznego, w tym zapobiegania chorobom, oraz zarządza i kontroluje jej realizację; raz na 5 lat dokonuje oceny stanu zdrowia populacji i jego rozwoju pod kątem wszystkich aspektów wpływających na stan zdrowia populacji i na podstawie oceny ustala priorytety rozwiązywania problemów i poprawy stanu zdrowia populacji,
- b. zarządza i kontroluje wojewódzkie stacje higieny,
- c. rozstrzyga odwołania od decyzji wojewódzkich stacji higieny,
- d. zapewnia współpracę międzynarodową w zakresie swoich kompetencji oraz wykonuje zadania wynikające z umów międzynarodowych w zakresie ochrony i promocji zdrowia publicznego,
- e. na podstawie zalecenia Państwowej Komisji Szczepień powołanej jako organ doradczy Ministerstwa Zdrowia ustala skład antygenowy szczepionek do szczepień regularnych, specjalnych i interwencyjnych,
- f. zarządza środki nadzwyczajne w przypadku epidemii i zagrożenia jej wystąpieniem oraz wprowadza środki nadzwyczajne w celu ochrony zdrowia osób fizycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia i zagrożenia podejrzanymi produktami oraz złej lub zdegradowanej jakości wody, naturalnej kłęski żywnościowej i innych sytuacji nadzwyczajnych, jeżeli mają być przeprowadzone na terenie całego kraju lub na terenie kilku regionów, i postanawia o ich ustaniu, w tym o dopuszczeniu produktów do obrotu lub do obrotu,
- g. ustanawia środki ochronne przed wprowadzeniem wysoce zakaźnych chorób zakaźnych i decyduje o ich przerwaniu,
- h. na wniosek wojewódzkiej stacji higieny wyraża zgodę na szczepienie nadzwyczajne
- i. identyfikuje inne choroby zakaźne spowodowane przez czynniki biologiczne wysokiego ryzyka i toksyny, które są uważane za niebezpieczną chorobę na mocy ustawy o usługach pogrzebowych i jednocześnie obwieszcza w ogólnopolskiej radiofonii i telewizji,
- j. kieruje pracami administracji państwowej w zakresie ochrony i promocji zdrowia publicznego wykonywanymi przez Ministerstwo Obrony i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych,
- k. opracowuje ogólnopolskie programy ochrony i promocji zdrowia publicznego, w tym zapobiegania chorobom i zagrożeniom zdrowia; tworzenie szczepionek i programów

zapobiegania zakażeniom ludzkim wirusem niedoboru odporności oraz zarządzanie ich wdrażaniem; ustanawia zasady i procedury oceny i zarządzania zagrożeniami dla zdrowia oraz zasady monitorowania związku między stanem zdrowia ludności a czynnikami środowiskowymi a warunkami życia i pracy oraz zarządza ich wdrażaniem; zarządza edukacją mającą na celu wspieranie i ochronę zdrowia publicznego, w tym zapobieganie chorobom i zagrożeniom dla zdrowia,

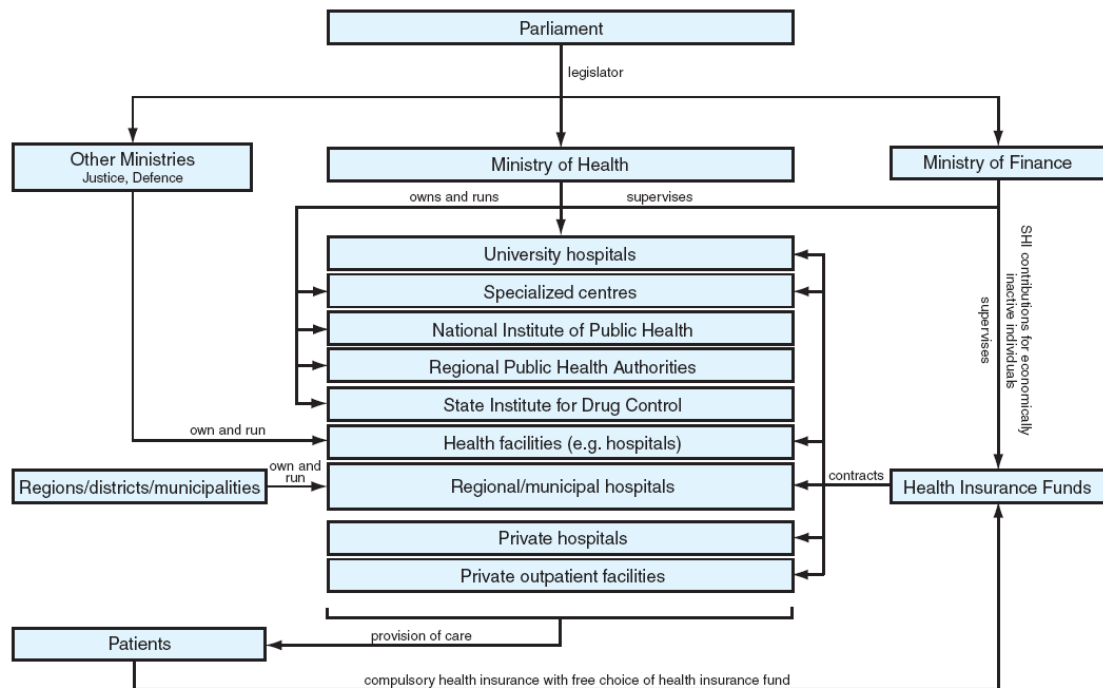
- l. udziela i cofa uprawnienia do realizacji uprawnień, organizacji i realizacji kursów z zakresu oceny ryzyka zdrowotnego,
- m. opiniuje plany kontroli sporządzone przez wojewódzkie stacje higieny, które określają priorytety działań w zakresie państwowego nadzoru zdrowotnego,
- n. koordynuje działania i współpracę z innymi organami i organizacjami państwowymi i niepaństwowymi, w tym zarejestrowanymi stowarzyszeniami obywatelskimi, a także z partnerami społecznymi w dziedzinach związanych z wykonywaniem administracji państwowej w zakresie ochrony i promocji zdrowia publicznego,
- o. podejmuje działania na podstawie i w granicach bezpośrednio obowiązujących przepisów Unii Europejskiej oraz wykonuje inne zadania wynikające dla państwa członkowskiego z bezpośrednio obowiązujących przepisów Unii Europejskiej, w zakresie prawa żywnościowego, przedmiotów powszechnego użytku, oraz produktów mających bezpośredni kontakt z wodą, chyba że ustawa lub przepis szczególnie stanowi, że spełniają je wojewódzkie stacje higieny,
- p. sporządza strategiczne mapy akustyczne, zawierających wartości graniczne wskaźników hałasu i udostępnia do publicznej wiadomości,
- q. współpracuje z właściwymi organami sąsiednich państw członkowskich Unii Europejskiej w zakresie strategicznego mapowania hałasu w pobliżu granic,
- r. kieruje zarządzaniem jakością wód w wodach powierzchniowych przez wojewódzkie stacje higieny,
- s. zapewnia i koordynuje opracowanie Pandemicznego Planu Republiki Czeskiej oraz opracowuje Pandemiczny Plan Opieki Zdrowotnej,
- t. jest organem, który ocenia projekty w zakresie infrastruktury energetycznej i wykonuje kompetencje tego organu we wspólnych postępowaniach terytorialno-budowlanych dotyczących budynków będących przedmiotem wspólnego zainteresowania infrastruktury energetycznej,
- u. opiniuje politykę rozwoju terytorialnego oraz plan zagospodarowania przestrzennego z punktu widzenia ochrony zdrowia publicznego, w tym oceny i zarządzania ryzykiem zdrowotnym.

W celu wykonywania nadzoru zdrowotnego Ministerstwo Zdrowia ustala dla organów zdrowia publicznego, którymi są wojewódzkie stacje sanitarne, Ministerstwo Obrony Narodowej i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (§ 78 ust. b i c) zakres i częstotliwość kontroli oraz konkretyzować przebieg kontroli.

# Przegląd czeskiego systemu opieki zdrowotnej



## Overview of the Czech health system



Source: Authors' compilation.

## Źródło: Czech Republic Health Systems in Transition (HiT) profile, European Observatory, Health Systems and Policies, 2015

**Regulacje prawne**, za realizację których odpowiedzialne jest Ministerstwo Zdrowia (stan na 28 października 2015 r., czeska strona ministerstwa) w zakresie:

### 1. Służba zdrowia

- Ustawa nr 372/2011 Sb. o świadczeniach zdrowotnych i warunkach ich świadczenia (ustawa o usługach zdrowotnych), z późniejszymi zmianami,
- Ustawa nr 373/2011 Dz.U. o szczególnych świadczeniach zdrowotnych, z późniejszymi zmianami,
- Ustawa nr 66/1986 Coll. o aborcji, z późniejszymi zmianami,
- Ustawa nr 374/2011 Sb. o pogotowiu ratunkowym,
- Ustawa nr 285/2002 Sb. o dawstwie, pobieraniu i przeszczepianiu tkanek i narządów oraz o zmianie niektórych ustaw (Ustawa o transplantacji), z późniejszymi zmianami,
- Ustawa nr 296/2008 Coll. o zapewnieniu jakości i bezpieczeństwa tkanek i komórek ludzkich przeznaczonych do stosowania u ludzi oraz o zmianie ustaw pokrewnych (ustawa o tkankach i komórkach ludzkich), z późniejszymi zmianami.

### 2. Pracownicy służby zdrowia

- Ustawa nr 220/1991 Sb. o Czeskiej Izbie Lekarskiej, Czeskiej Izbie Stomatologicznej i Czeskiej Izbie Farmaceutów, z późniejszymi zmianami,

- Ustawa nr 95/2004 Coll. o warunkach nabywania i uznawania kompetencji zawodowych i kompetencji specjalistycznych do wykonywania zawodu lekarza, dentysty i farmaceuty, z późniejszymi zmianami,
  - Ustawa nr 96/2004 Dz.U. o warunkach nabywania i uznawania kompetencji do wykonywania niemedycznych zawodów zdrowotnych oraz do wykonywania czynności związanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw z tym związanych (Ustawa o niemedycznych zawodach zdrowotnych), z poprawkami.
3. Leki i wyroby medyczne
- Ustawa nr 378/2007 Coll. o produktach leczniczych oraz o zmianach w niektórych powiązanych ustawach, z późniejszymi zmianami,
  - Ustawa nr 268/2014 Sb. o wyrobach medycznych i zmieniająca Ustawa nr 634/2004 Sb. o opłatach administracyjnych, z późniejszymi zmianami.
4. Ubezpieczenie zdrowotne
- Ustawa nr 48/1997 Coll. o publicznym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych powiązanych ustaw, z późniejszymi zmianami,
  - Ustawa nr 551/1991 Sb. o Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Zdrowotnych Republiki Czeskiej, z późniejszymi zmianami,
  - Ustawa nr 280/1992 Sb. o oddziałach, oddziałach, firmach i innych firmach ubezpieczeniowych, z późniejszymi zmianami,
  - Ustawa nr 592/1992 Sb. o składkach na publiczne ubezpieczenie zdrowotne, z późniejszymi zmianami.
5. Ochrona zdrowia publicznego
- Ustawa nr 258/2000 Sb. o ochronie zdrowia publicznego oraz o zmianie niektórych innych ustaw, z późniejszymi zmianami,
  - Ustawa nr 120/2002 Sb. o warunkach wprowadzania do obrotu produktów biobójczych i substancji czynnych oraz o zmianie niektórych przepisów powiązanych, z późniejszymi zmianami.
6. Substancje uzależniające
- Ustawa nr 167/1998 Coll. o substancjach uzależniających oraz o zmianie niektórych innych ustaw, z późniejszymi zmianami,
  - Ustawa nr 272/2013 Sb. o prekursorach narkotyków,
  - Ustawa nr 379/2005 Sb. o środkach ochrony przed szkodami wyrządzanymi przez wyroby tytoniowe, alkohol i inne substancje uzależniające oraz o zmianie innych ustaw, z późniejszymi zmianami.
7. Uzdrowiska
8. Ustawa nr 164/2001 Coll. o naturalnych zasobach leczniczych, naturalnych źródłach wód mineralnych, naturalnych uzdrowiskach i uzdrowiskach oraz o zmianie niektórych ustaw powiązanych (ustawa o uzdrowiskach), z późniejszymi zmianami,

## Wojewódzkie stacje sanitarne

Zadania wojewódzkich stacji sanitarnych, zgodnie z § 82 ust. 2 ustawy, obejmują m.in:

- a. wydawanie decyzji, zezwoleń, certyfikatów oraz wykonywanie innych zadań administracji rządowej w zakresie ochrony i promowania zdrowia publicznego,

- b. sprawowanie państwowego nadzoru zdrowotnego nad przestrzeganiem zakazów oraz pełnienie innych obowiązków określonych w bezpośrednio obowiązujących aktach prawnych Unii Europejskiej, w ustawie o ochronie zdrowia publicznego oraz innych aktach prawnych,
- c. podejmowanie decyzji w sprawach kategoryzacji pracy na wniosek pracodawcy lub z urzędu,
- d. określanie prac niebezpiecznych,
- e. ustanawianie dla pracodawców badań lekarskich,
- f. prowadzenie weryfikacji czynników warunkujących powstanie choroby w celu oceny choroby zawodowej lub zmiany w stanie zdrowia dla celów oceny ryzyka wystąpienia choroby zawodowej,
- g. uzgadnianie opinii w sprawie dokumentacji zagospodarowania przestrzennego w odniesieniu do ochrony zdrowia publicznego, w tym oceny i zarządzania ryzykiem zdrowotnym,
- h. rozpatrywanie wykroczeń z zakresu ochrony zdrowia publicznego według szczególnych przepisów prawnych,
- i. podejmowanie decyzji w sprawie zastosowania środków mających na celu zapobieganie powstawaniu i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych i ich odwoływania; organizowanie, zarządzanie, a nawet podejmowanie działań w celu zapobiegania i powstrzymania rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, a także w tym zakresie regulowanie działalności podmiotów świadczących usługi zdrowotne i kontrolowanie ich,
- j. wprowadzanie nadzwyczajnych środków podczas epidemii lub zagrożenia jej wystąpieniem oraz nadzwyczajnych środków w celu ochrony zdrowia osób fizycznych,
- k. ustalanie szczepień interwencyjnych za zgodą Ministerstwa Zdrowia,
- l. wykonywanie państwowego nadzoru zdrowotnego nad wypełnianiem przez pracodawców obowiązku zapewnienia usług medycyny pracy,
- m. prowadzenie dochodzenia epidemiologicznego,
- n. przeprowadzenie oceny i zarządzanie ryzykiem zdrowotnym w zapobieganiu negatywnemu wpływowi na stan zdrowia społeczeństwa i przyczynianie się do monitorowania relacji stanu zdrowia społeczeństwa i czynników środowiskowych oraz warunków życia i pracy; inicjowanie i udział w tworzeniu, zarządzaniu i monitorowaniu programów ochrony i promocji zdrowia publicznego, w tym profilaktyki chorób i zagrożeń dla zdrowia,
- o. współpraca z urzędami administracyjnymi i organami samorządowymi w zakresie rozwoju regionalnej polityki zdrowotnej oraz ochrony i promocji zdrowia publicznego,
- p. udział w realizacji zadań zintegrowanego systemu ratownictwa; opracowywanie we współpracy z województwem oraz jednostkami zintegrowanego systemu ratownictwa wojewódzkiego planu pandemicznego, który określa środki mające na celu zmniejszenie skutków pandemii chorób zakaźnych dla mieszkańców województwa,
- q. prowadzenie transgranicznej współpracy w zakresie nadzoru zdrowotnego państwa.

### **Ministerstwo Obrony Narodowej**

Ministerstwo Obrony Narodowej wykonuje zadania administracji rządowej w zakresie ochrony i promocji zdrowia publicznego, w tym zadania państwowego nadzoru zdrowotnego nad siłami zbrojnymi i podległymi Ministerstwu Obrony Narodowej państwowymi jednostkami organizacyjnymi oraz przedsiębiorstwami użyteczności publicznej i używanymi przez nie obiektami. Specjalistyczne działania w zakresie państwowego nadzoru zdrowotnego publicznego w Ministerstwie Obrony prowadzi Centralny Wojskowy Instytut Medyczny.

### **Ministerstwo Spraw Wewnętrznych**

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wykonuje zadania administracji rządowej w zakresie ochrony i promocji zdrowia publicznego, w tym zadania państwowego nadzoru zdrowotnego nad jednostkami służby bezpieczeństwa, z wyjątkiem czeskiej Służby Więziennej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i podległymi mu państwowymi jednostkami organizacyjnymi oraz przedsiębiorstwami użyteczności publicznej, w tym nad wykorzystywanymi budynkami i urządzeniami.

Specjalistyczne działania w zakresie państwowego nadzoru zdrowotnego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych prowadzi ustanowiona przezeń państwowa jednostka organizacyjna. Ministerstwo Transportu, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego i Ministerstwo Środowiska, a także urzędy wojewódzkie wykonują w zakresie ochrony zdrowia zadania związane z opracowywaniem strategicznych map hałasu oraz planów działania dotyczących tworzenia stref ciszy itp.

## **Decentralizacja i centralizacja**

Poważna zmiana kompetencji nastąpiła po 2003 r., kiedy utworzono system 14 samorządów regionalnych, zastępujących okręgi administrowane przez państwo. W ramach tego procesu decentralizacji własność oddziałów ratunkowych, zakładów opieki długoterminowej (z wyjątkiem zakładów psychiatrycznych), niektórych placówek podstawowej opieki zdrowotnej, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz około połowy szpitali w kraju została następnie przeniesiona na regiony. Własność niektórych mniejszych szpitali została przeniesiona na gminy. W odpowiedzi na rosnące deficyty budżetowe i nieodpowiednie mechanizmy rozliczalności w nowo utworzonych szpitalach regionalnych, kilka samorządów regionalnych zdecydowało się na przekształcenie formy prawnej, a tym samym struktury zarządzania, swoich szpitali z tzw. spółki, które w przeważającej mierze pozostają własnością regionalną. „Organizacja budżetowa z tytułu składek” to czeska forma osoby prawnej nienastawionej na zysk, utworzonej w celu wykonywania zadań w interesie publicznym. Taka organizacja jest samodzielnym organem prawnym, ale jest ustanawiana przez organ rządowy, a jej budżet jest z nim powiązany. Oprócz środków własnych, które zarabiają poprzez swoją główną działalność, organizacje te mogą również otrzymywać środki z budżetu państwa. Ewentualne zyski

są zazwyczaj reinwestowane. Taką formę prawną mają również szpitale państwowe, takie jak szpitale uniwersyteckie, inne szpitale ponadregionalne oraz szereg państwowych placówek specjalistycznych (na przykład szpitale psychiatryczne), podobnie jak szpitale regionalne, które nie zostały skorporatyzowane od 2003 roku.

## **Instytucje podlegające Ministerstwu Zdrowia**

1. Agencja Badań Zdrowia Republiki Czeskiej,
2. BALMED Praga, przedsiębiorstwo państwowe,
3. Centrum Chirurgii Sercowo-Naczyniowej i Transplantacyjnej Brno,
4. Dziecięcy Szpital Psychiatryczny,
5. Dziecięcy Szpital Psychiatryczny Opařany,
6. Dziecięcy Szpital Psychiatryczny w Louny,
7. Instytut Endokrynologii,
8. Szpital Uniwersytecki w Brnie,
9. Szpital Uniwersytecki Hradec Králové,
10. Szpital Uniwersytecki Vinohrady,
11. Szpital Uniwersytecki w Ołomuńcu,
12. Szpital Uniwersytecki Ostrawa,
13. Szpital Uniwersytecki w Pilźnie,
14. Szpital Uniwersytecki przy ul. Anny w Brnie,
15. Szpital Uniwersytecki w Motolu,
16. Szpital specjalistyczny Hamz dla dzieci i dorosłych,
17. Uzdrowisko Karlova Studánka, przedsiębiorstwo państwowe,
18. Stacja higieniczna stolicy Pragi z siedzibą w Pradze,
19. Instytut Medycyny Klinicznej i Doświadczalnej,
20. Instytut Medycznego Kształcenia Podyplomowego,
21. Centrum Koordynacji Transplantacji,
22. Regionalna Stacja Higieny Kraju Południowoczeskiego z siedzibą w Czeskich Budziejowicach,
23. Regionalna Stacja Higieny Kraju Południowomorawskiego z siedzibą w Brnie,
24. Regionalna Stacja Higieny Regionu Karlowe Wary z siedzibą w Karlowych Warach,
25. Regionalna Stacja Higieny Wysoczyny z siedzibą w Jihlava,
26. Regionalna Stacja Higieny Kraju Kralowohradeckiego z siedzibą w Hradcu Králové,
27. Regionalna Stacja Higieny Kraju Libereckiego z siedzibą w Libercu,
28. Regionalna Stacja Higieny Okręgu Morawsko-Śląskiego z siedzibą w Ostrawie,



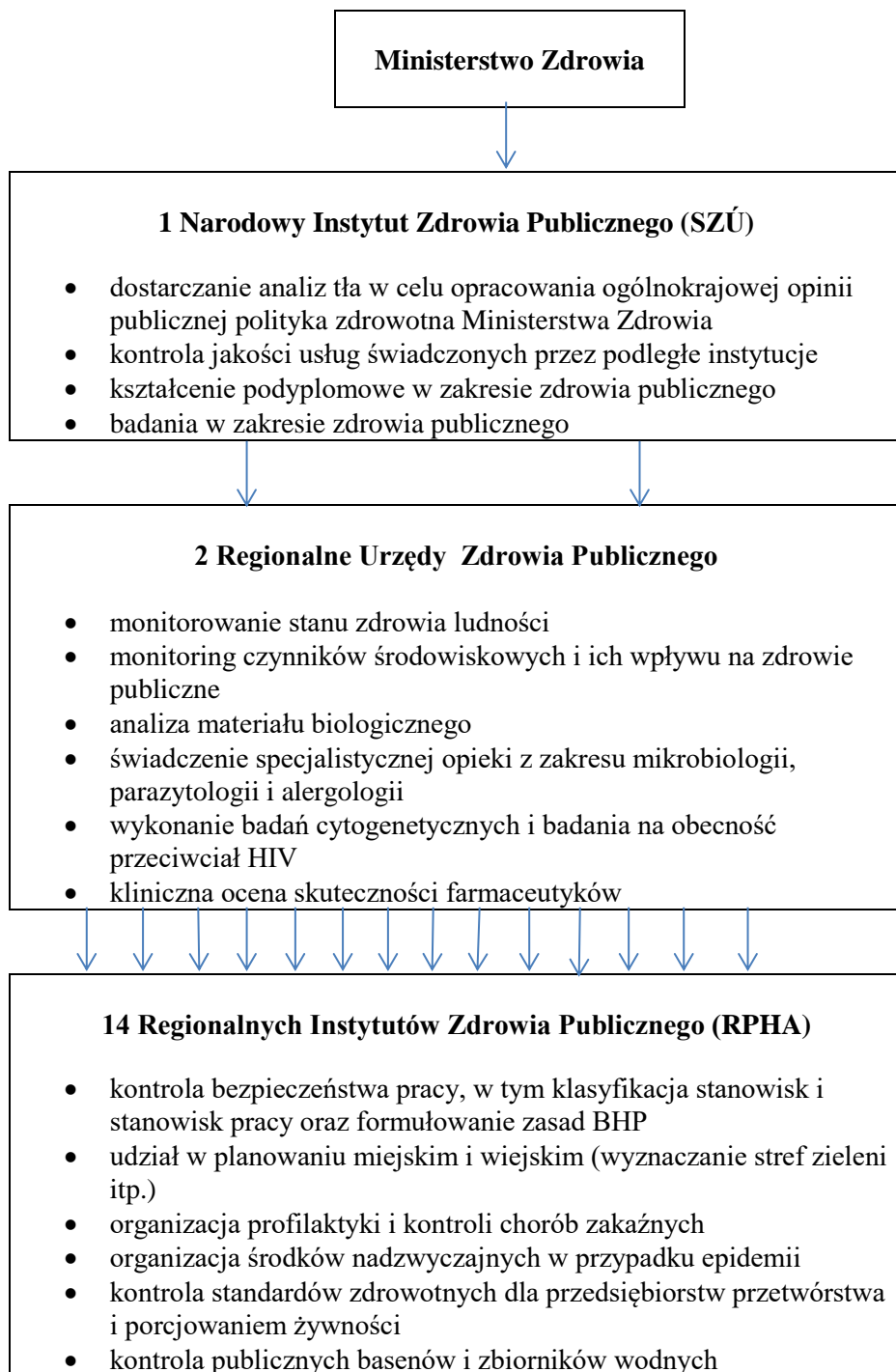
29. Regionalna Stacja Higieny Kraju Ołomunieckiego z siedzibą w Ołomuńcu,
30. Regionalna Stacja Higieny Regionu Pardubickiego z siedzibą w Pardubicach,
31. Regionalna Stacja Higieny Regionu Pilzna z siedzibą w Pilźnie,
32. Regionalna Stacja Higieny Regionu Środkowoczeskiego z siedzibą w Pradze,
33. Regionalna Stacja Higieny Kraju usteckiego z siedzibą w Ústí nad Labem,
34. Regionalna Stacja Higieny Kraju Zlínskiego z siedzibą w Zlín,
35. Szpital gruźlicy i chorób układu oddechowego w Genui,
36. Uzdrowisko Kynžvart,
37. Instytut Onkologii Masaryka,
38. Narodowe Centrum Zawodów Pielęgniarskich i Niemedycznych,
39. Narodowa Biblioteka Medyczna,
40. Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego,
41. Szpital Uniwersytecki Bulovka ,
42. Szpital Na Homolce,
43. Szpital Psychiatryczny Červený Dvůr,
44. Szpital psychiatryczny Sternberk,
45. Szpital Psychiatryczny Bohnice,
46. Szpital Psychiatryczny Brno,
47. Szpital Psychiatryczny Havlíčkův Brod,
48. Szpital Psychiatryczny Horní Beřkovice,
49. Szpital Psychiatryczny Jihlava,
50. Kosmonosy Szpital Psychiatryczny,
51. Szpital Marianny Orange,
52. Szpital Psychiatryczny w Dobřanach,
53. Szpital Psychiatryczny w Kromieryżu,
54. Szpital Psychiatryczny w Opawie,
55. Instytut Rehabilitacji Hrabyně,
56. Instytut Rehabilitacji Kladruby,
57. Instytut Reumatologii,
58. Państwowe Uzdrowisko Bludov, przedsiębiorstwo państwowe,
59. Uzdrowisko Jańskie Łaźnie, przedsiębiorstwo państwowe,
60. Państwowy Instytut Kontroli Narkotyków,
61. Państwowy Instytut Zdrowia Publicznego,
62. Szpital Uniwersytecki im. Thomayera,
63. Klinika Hematologii i Transfuzji Krwi,
64. Instytut Opieki nad Matką i Dzieckiem,
65. Instytut Informacji Zdrowotnej i Statystyki Republiki Czeskiej,

66. Szpital Uniwersytecki w Pradze,
67. Instytut Medyczny z siedzibą w Ostrawie,
68. Instytut Medyczny z siedzibą w Ústí nad Labem,

## **Zdrowie publiczne**

Na czeski system ochrony zdrowia publicznego składają się: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego ((SZÚ), Regionalne Urzędy Zdrowia Publicznego (Ostarwa i Usti) i Regionalne Instytuty Zdrowia Publicznego. Wszystkie te placówki podlegają bezpośrednio i są kierowane przez Ministerstwo Zdrowia i jego głównego inspektora zdrowia publicznego, który jest jednocześnie wiceministrem zdrowia.

## Instytucje zdrowia publicznego w Czechach i ich zadania



Ministerstwo Zdrowia jest centralnym organem administracyjnym, a do jego zadań należy zapewnienie ochrony zdrowia publicznego; wspieranie badań naukowych w ochronie zdrowia; licencjonowanie pracowników służby zdrowia; administrowanie i regulowanie placówek ochrony zdrowia pozostających pod jego bezpośrednim zarządem; odkrywanie i regulowanie naturalnych źródeł leczniczych (np. uzdrowisk i naturalnych wód mineralnych); zapewnienie dostępu do środków farmaceutycznych i technologii opieki zdrowotnej oraz nadzorowanie ich w celu zapobiegania chorobom, diagnozowania i leczenia; nadzór nad kasami chorych wspólnie z Ministerstwem Finansów; oraz zarządzanie systemem informacyjnym opieki zdrowot-

nej. Samo Ministerstwo Zdrowia jest zarządzane, a jego zadania realizowane przez Ministra Zdrowia, który może delegować część swoich uprawnień na kadre kierowniczą ministerstwa. Ministerstwo Zdrowia bezpośrednio administruje dużymi szpitalami o ponadregionalnych sferach wpływów, w tym niektórymi wysokospecjalistycznymi placówkami opieki trzeciego stopnia, takimi jak 9. szpitali uniwersyteckich, które w 2012 roku odpowiadały za ponad jedną czwartą wszystkich łóżek szpitalnych. W 2015 r. dziewięć szpitali uniwersyteckich bezpośrednio podlegało Ministerstwu Zdrowia a jeden Ministerstwu Obrony. Ministerstwo Zdrowia zarządza również wszystkimi szpitalami psychiatrycznymi i niektórymi ośrodkami terapeutycznymi. Ministerstwo Zdrowia nadzoruje także Państwowy Instytut Kontroli Narkotyków (*Státní ústav pro kontrolu léčiv*, SÚKL) oraz zakłady opieki zdrowotnej i organy zajmujące się ochroną zdrowia publicznego.

**Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (SZÚ)** prowadzi badania, doradza metodycznie oraz sporządza ekspertyzy dotyczące bezpieczeństwa różnych produktów, takich jak kosmetyki, suplementy diety i inne artykuły codziennego użytku. Systematycznie monitoruje również wpływ czynników środowiskowych na stan zdrowia ludności oraz pomaga w przygotowaniu ustawodawstwa w zakresie ochrony zdrowia, w tym harmonizacji ustawodawstwa czeskiego z normami UE. W obszarach zapobiegania chorobom i promocji zdrowia SZÚ koncentruje się na nadzorze epidemiologicznym ważnych chorób zakaźnych i promowaniu zdrowego stylu życia. SZÚ koordynuje różne podmioty w publicznym systemie zdrowia i wspiera ich działania na różne sposoby, na przykład poprzez publikację materiałów edukacyjnych.

**Dwa Instytuty Zdrowia Publicznego (zdravotní ústavy)** znajdują się w Uściu nad Labem i w Ostrawie, a ich filie znajdują się w kilku innych miastach. W dziedzinie nadzoru epidemiologicznego dzielą obowiązki z SZÚ i Ministerstwem Zdrowia. To placówki zdrowia, których głównymi domenami są nauka i badania. Ponadto instytuty te oceniają i warunki życia i pracy oraz jakość produktów konsumenckich i przemysłowych. Ponadto oba instytuty zdrowia publicznego (i ich oddziały) konkurują z laboratoriami prywatnymi.

**14 Regionalnych Instytutów Zdrowia Publicznego (RPHA)** odpowiada za szereg usług zdrowia publicznego, w tym nadzór epidemiologiczny, logistykę szczepień oraz certyfikaty i autoryzacje. Każdy lekarz, który zdiagnozuje chorobę zakaźną, musi poinformować o tym odpowiednie RPHA. Urząd ten następnie zgłasza poziomy zachorowalności do Ministerstwa Zdrowia za pomocą systemu informacyjnego danych epidemiologicznych.

**Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych** są wspólnie odpowiedzialne za zdrowie w miejscu pracy i zapobieganie urazom. Za choroby zawodowe odpowiadają wydziały medycyny pracy w organach zdrowia publicznego. Wszelkie pomiary, które należy przeprowadzić w ramach dochodzenia, są przeprowadzane przez akredytowane laboratoria, zwykle prowadzone przez dwa instytuty zdrowia publicznego i ich oddziały. Krajowym Rejestrem Chorób Zawodowych zarządza SZÚ.

### **Świadczenie usług**

Republika Czeska posiada rozległą sieć zdrowia publicznego odpowiedzialną za szereg usług, w tym nadzór epidemiologiczny, logistykę szczepień, analizy jakości produktów konsumenc-

kich i przemysłowych oraz monitorowanie wpływu czynników środowiskowych na stan zdrowia. Jej głównymi aktorami są SZÚ, RPHA i dwa regionalne instytuty zdrowia publicznego.

Organ regulacyjny w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, który obejmuje lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów, ginekologów, dentystów i farmaceutów, jest podzielony między stan, regiony i kasy chorych. Około 95% usług podstawowej opieki zdrowotnej świadczą lekarze pracujący w prywatnej praktyce, zwykle jako jednoosobowi praktykujący. Pacjenci rejestrują się u wybranego przez siebie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ale mogą zmieniać lekarza co trzy miesiące bez ograniczeń. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie odgrywają prawdziwej roli strażników; pacjenci mogą korzystać z opieki bezpośrednio od specjalisty i często to robią. Opieka wtórna w Republice Czeskiej oferowana jest głównie przez lekarzy prywatnych, ośrodki zdrowia, przychodnie, szpitale i specjalistyczne szpitale. Po wielu reformach w latach 90. szpitale, które wcześniej należały do państwa, są obecnie własnością i są zarządzane przez szereg podmiotów, w tym ministerstwa rządowe, regiony, podmioty prywatne i kościoły. Prawie wszystkie apteki w Republice Czeskiej są prowadzone jako przedsiębiorstwa prywatne, a w chwili pisania tego tekstu istnieje tendencja do tworzenia sieci aptek, zwłaszcza na obszarach miejskich.

Systemy długoterminowej opieki zdrowotnej i długoterminowej opieki społecznej w Republice Czeskiej tradycyjnie były odrębne pod względem organizacji i finansowania, co prowadziło do częstych komplikacji, zwłaszcza w zakresie refundacji usług. Ustawa o usługach społecznych z 2006 r. miała na celu poprawę koordynacji między tymi dwoma systemami poprzez zapewnienie jednostkom elastycznego zasiłku opiekuńczego, umożliwiającego cross-funding między dwoma systemami i wymagającego, aby dostawcy opieki długoterminowej spełniali określone kryteria jakości, zanim będą mogli otrzymać finansowanie. Jednak w 2014 r. transfer pacjentów między placówkami opieki zdrowotnej a opieką społeczną był nadal niewystarczający i istnieją silne zachęty finansowe dla pacjentów, aby starać się pozostać w placówkach opieki zdrowotnej, nawet jeśli nie jest to uzasadnione ich stanem zdrowia.

## Ubezpieczenie zdrowotne

### Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych

Od 1993 roku w Republice Czeskiej działało łącznie 29 zakładów ubezpieczeń zdrowotnych (kasy chorych). Liczba ta została z czasem zmniejszona do obecnych 7. Obecnie w Czechach działają następujące zakłady ubezpieczeń zdrowotnych:

- Powszechne Towarzystwo Ubezpieczeń Zdrowotnych Republiki Czeskiej (dalej: VZP ČR) oraz 6 pracowniczych zakładów ubezpieczeń:
- Wojskowe Towarzystwo Ubezpieczeń Zdrowotnych Republiki Czeskiej,
- Czeski Przemysłowy Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych,

- Oddziałowe Towarzystwo Ubezpieczeń Zdrowotnych dla pracowników banków, towarzystw ubezpieczeniowych i budownictwa ,
- Firma ubezpieczeniowa pracowników Škody ,
- Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Republiki Czeskiej ,
- Powiatowa kasa braterska, Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Kasy chorych to organy quasi-publiczne, samorządowe, działają przede wszystkim na podstawie prawa publicznego, pełnią funkcję płatników i nabywców opieki zdrowotnej. Pobierają składki od osób fizycznych i instytucji oraz opłacają świadczenia zdrowotne świadczone swoim członkom na podstawie umów z poszczególnymi świadczeniodawcami (w tym doraźnymi). Kasy nie mogą osiągać zysków i są otwarte dla każdego wnioskodawcy, który jest prawnie uprawniony do ubezpieczenia zdrowotnego w Republice Czeskiej. Chociaż wszystkie fundusze ubezpieczeń zdrowotnych służą zasadniczo temu samemu celowi, VZP jako największa kasa różni się od pozostałych rolą i do pewnego stopnia strukturą organizacyjną i zarządzaniem.

Dwie ważne cechy odróżniają rolę VZP od innych funduszy. Po pierwsze, jego wypłacalność jest wyraźnie gwarantowana przez państwo; działa jako parasol bezpieczeństwa dla członków funduszy ubezpieczeń zdrowotnych, w sytuacji zamknięcia kasy lub bankructwa. Po drugie, VZP zarządza specjalnym rachunkiem centralnym wykorzystywanym do realokacji składek SHI zgodnie ze schematem korekty o ryzyko.

VZP różni się także od pozostałych kas chorych strukturą organizacyjną. Ze względu na swoją wielkość posiada 14 oddziałów regionalnych jako jednostek organizacyjnych, po jednym w każdym regionie Republiki Czeskiej. Z kolei niektóre inne kasy chorych są stosunkowo niewielkie i nie działają na skalę ogólnokrajową, chociaż mogą swobodnie się rozwijać, jeśli tak zdecydują. Przykładem jednego z mniejszych funduszy jest Towarzystwo Ubezpieczeń Pracowniczych Škoda (*Zdravotní pojišťovna Škoda*), która w 2012 roku liczyła blisko 140 000 członków.

VZP i innymi kasami ubezpieczeń zdrowotnych zarządza dyrektor, który jest powoływany przez radę powierniczą (*správní Rada*). Rada nadzoruje decyzje dyrektora, a decyzje, dla których wymagana jest wyraźna zgoda rady, są określone przez prawo. W przypadku VZP rada powiernicza liczy 30 członków, z których 10 jest nominowanych przez Ministerstwo Zdrowia i powoływanych przez rząd; pozostałych 20 wybiera Izba Deputowanych proporcjonalnie do liczebności partii politycznych w Izbie. Członkowie rady nadzorczej nie ponoszą osobistej odpowiedzialności za decyzje podejmowane przez radę w całości ani za działanie kasy chorych.

W pozostałych kasach chorych skład zarządu oparty jest na systemie trójstronnej reprezentacji. Podobnie jak ich odpowiednicy w VZP, członkowie zarządu nie ponoszą osobistej odpowiedzialności za decyzje podejmowane przez zarząd jako całość, ani za wyniki kasy chorych. Jedna trzecia członków jest mianowana przez rząd; kolejna jedna trzecia to wybierani przedstawiciele największych płatników składek pracodawców (najczęściej z przemysłu, ale w niektórych przypadkach także ze służby cywilnej); a pozostała jedna trzecia to wybrani przed-

stawiciele związków zawodowych. Łącznie w zarządzie reprezentowanych jest zwykle 15 powierników.

Wszystkie kasy chorych mają również radę nadzorczą (*dozorčí rada*) na najwyższym szczeblu zarządzania. Wąski zakres jego nadzoru regulacyjnego powoduje jednak, że jego rola jest raczej ograniczona. Do jego głównych zadań należy dbanie o to, by kasa chorych przestrzegała własnych przepisów wewnętrznych oraz planu finansowego i operacyjnego. Rada nadzorcza VZP składa się z 13 członków, z których trzech jest nominowanych przez Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Finansów oraz Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych i powoływanych przez rząd, a 10 z nich jest wybieranych przez Izbę Deputowanych, ponownie metodą proporcjonalną. Rada nadzorcza pozostałych kas chorych składa się zwykle z 10 członków i opiera się na systemie trójstronnej reprezentacji, podobnym do tego, jaki jest stosowany w radzie powierniczej. Trzech członków mianowanych przez rząd jest nominowanych przez Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Finansów oraz Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych.

Największy fundusz ubezpieczeń zdrowotnych VZP ČR, zarządza również specjalnym rachunkiem centralnym służącym do gromadzenia i redystrybucji składek SHI do 7. funduszy ubezpieczeń zdrowotnych.

Zakłady/towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych są odrębnymi podmiotami prawnymi, których zadaniem jest zapewnianie publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Ta bardzo szeroka działalność obejmuje z jednej strony pobieranie składek od płatników składek, a z drugiej opłacanie świadczeń zdrowotnych świadczeniodawcom. Wszystkie towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych mają kompleksową odpowiedzialność zawodową i ekonomiczną za płatne usługi zdrowotne świadczone każdemu z ponad 10 milionów posiadaczy polis publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Do głównych obowiązków towarzystw ubezpieczeń zdrowotnych należy zapewnienie ubezpieczonym płatnych usług, które muszą być dostępne lokalnie i czasowo. Obowiązek ten wypełniają za pośrednictwem dostawców, z którymi zawierają umowy o świadczenie i płatność usług odpłatnych. Świadczeniodawcy ci tworzą tak zwaną sieć dostawców kontraktowych towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych. Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych muszą zadbać o to, aby sieć wykonawców była dostatecznie duża i miała optymalną strukturę. Wiąże się z tym konieczność dokonywania ocen ekonomicznych proponowanych umów oraz decydowania o konieczności zawierania umów z innymi dostawcami.

Ważną rolę w zapewnieniu dostępności opieki zdrowotnej odgrywają władze regionalne (*kraje*) oraz fundusze ubezpieczeń zdrowotnych, pierwsze poprzez rejestrację świadczeniodawców, drugie poprzez zawieranie z nimi kontraktów. Uprawnieni pacjenci mogą swobodnie wybierać dowolną kasę chorych i świadczeniodawców. Kasy ubezpieczenia zdrowotnego muszą przyjąć wszystkich wnioskodawców, którzy mają podstawę prawną (konstytucyjną) do uzyskania uprawnienia. Składki na ubezpieczenie zdrowotne są obowiązkowe i oparte na zarobkach lub dochodach; opłacają je m.in. pracodawcy, pracownicy i osoby prowadzące działalność na własny rachunek. Za określone grupy osób nieaktywnych zawodowo składki płaci państwo.

Działalność i zarządzanie zakładami ubezpieczeń zdrowotnych podlega kontrolom prowadzonym zgodnie z brzmieniem odpowiednich ustaw przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Finansów. Niezależnie od nadzoru sprawowanego przez Ministerstwo

Zdrowia i Ministerstwo Finansów, zarządzanie zakładami ubezpieczeń zdrowotnych podlega również kontroli Najwyższej Izby Kontroli.

### 3. Niemcy<sup>6</sup>

#### Organizacja i zarządzanie

Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej w Niemczech jest zdecentralizowane i podzielone między poziom federalny i krajów związkowych (landów), a także korporacyjne organy samorządowe. Poziom federalny określa ogólne ramy prawne, a rządy krajów związkowych są odpowiedzialne za planowanie działalności szpitali i funkcjonowanie innych usług zdrowia publicznego. Jednak większość uprawnień decyzyjnych w ramach systemu ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego (GKV) jest przekazywana organom korporacyjnym. Są to „uprawnione organizacje społeczeństwa obywatelskiego”, takie jak związki kas chorych i świadczeniodawców. Spotykają się w Federalnej Komisji Wspólnej, aby szczegółowo ustalać przepisy.

Ze względu na odrębne ustawodawstwo, regulacje i planowanie w zakresie opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej, długoterminowej i zdrowia publicznego, świadczenie usług jest rozproszone. Dlatego też koordynacja między sektorami (i trzema poziomami zarządzania), zapewnienie jakości i brak zintegrowanej informacji zdrowotnej są stałymi problemami niemieckiej polityki zdrowotnej.

Niemcy są powszechnie uważane za pierwszy kraj, który wprowadził ogólnokrajowy system ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zostało wprowadzone na szczeblu krajowym w 1883 roku za kanclerstwa Otto von Bismarcka i w ciągu następnego stulecia zostało rozszerzone na wypadki przy pracy i choroby zawodowe (1884), starość i inwalidztwo (1889), bezrobocie (1927) i opiekę długoterminową (1994). Zasady przewodnie systemu „bismarckowskiego” pozostały niezmiennie do dziś:

- solidarność ubezpieczonych (np. składki niezwiązane z ryzykiem oraz prawo do świadczeń w zależności od potrzeb);
- obowiązkowe członkostwo;
- wspólne opłacanie składek przez pracodawcę i pracownika;

---

<sup>6</sup> Źródła:

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/germany-2020/organization-and-governance/>  
[https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/\\_node.html](https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/_node.html)  
<https://www.mypolacy.de/poradnik/sluzba-zdrowia-w-niemczech-wszystko-co-powinienes-o-niej-wiedziec/>



- duża rola samorządu.

Ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe dla wszystkich obywateli i stałych mieszkańców, przy czym składki na ustawowe ubezpieczenie GKV (ustawowe obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne) stanowią główne źródło finansowania opieki zdrowotnej. System GKV obejmował w 2018 roku 72,8 mln osób, czyli 87,7% populacji Niemiec. Pracownicy zarabiający powyżej 62 550 EUR (w 2020 r.) oraz niektóre grupy zawodowe, np. samozatrudnieni lub urzędnicy państwowi, mogą przystąpić do prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (PKV). W ten sposób 8,7 miliona osób (10,5% populacji) było objętych tym systemem. Zdecydowana większość świadczeniodawców obsługuje zarówno ubezpieczonych w ubezpieczeniu ustawowym, jak i prywatnym.

We wspólnych komitetach płatników (stowarzyszenia kas chorych) i świadczeniodawców (stowarzyszenia lekarzy lub dentystów GKV i federacje szpitali), uprawnieni uczestnicy określają zakres świadczeń, ceny i standardy, a także negocjują kontrakty. Wertykalne wdrażanie decyzji jest połączone z horyzontalnym podejmowaniem decyzji i zawieraniem umów pomiędzy uprawnionymi aktorami zaangażowanymi w różne sektory opieki.

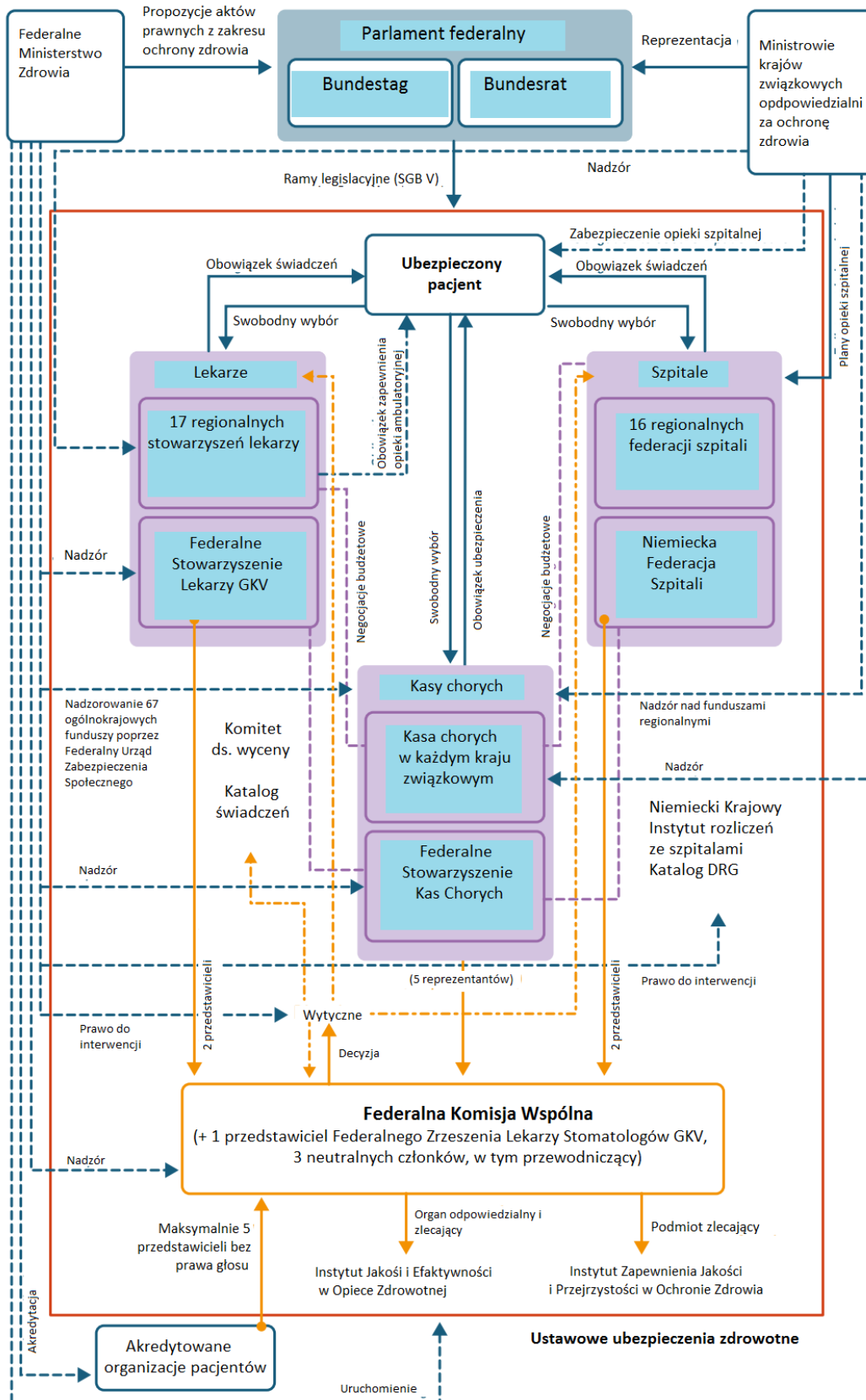
Inne organizacje również mają formalne prawo do udziału w działaniach ciał decyzyjnych poprzez konsultacje (np. pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia), uczestnictwo i przedstawianie propozycji (organizacje pacjentów) lub bycie partnerem decyzyjnym i finansowym (PKV w przypadku płatności za leczenie szpitalne).

Ten szeroki zakres podmiotów, które są zaangażowane w organizację niemieckiego systemu opieki zdrowotnej najlepiej można opisać zgodnie z podziałem władzy na szczebel federalny, krajowy i korporacyjny.

### **Szczebel federalny**

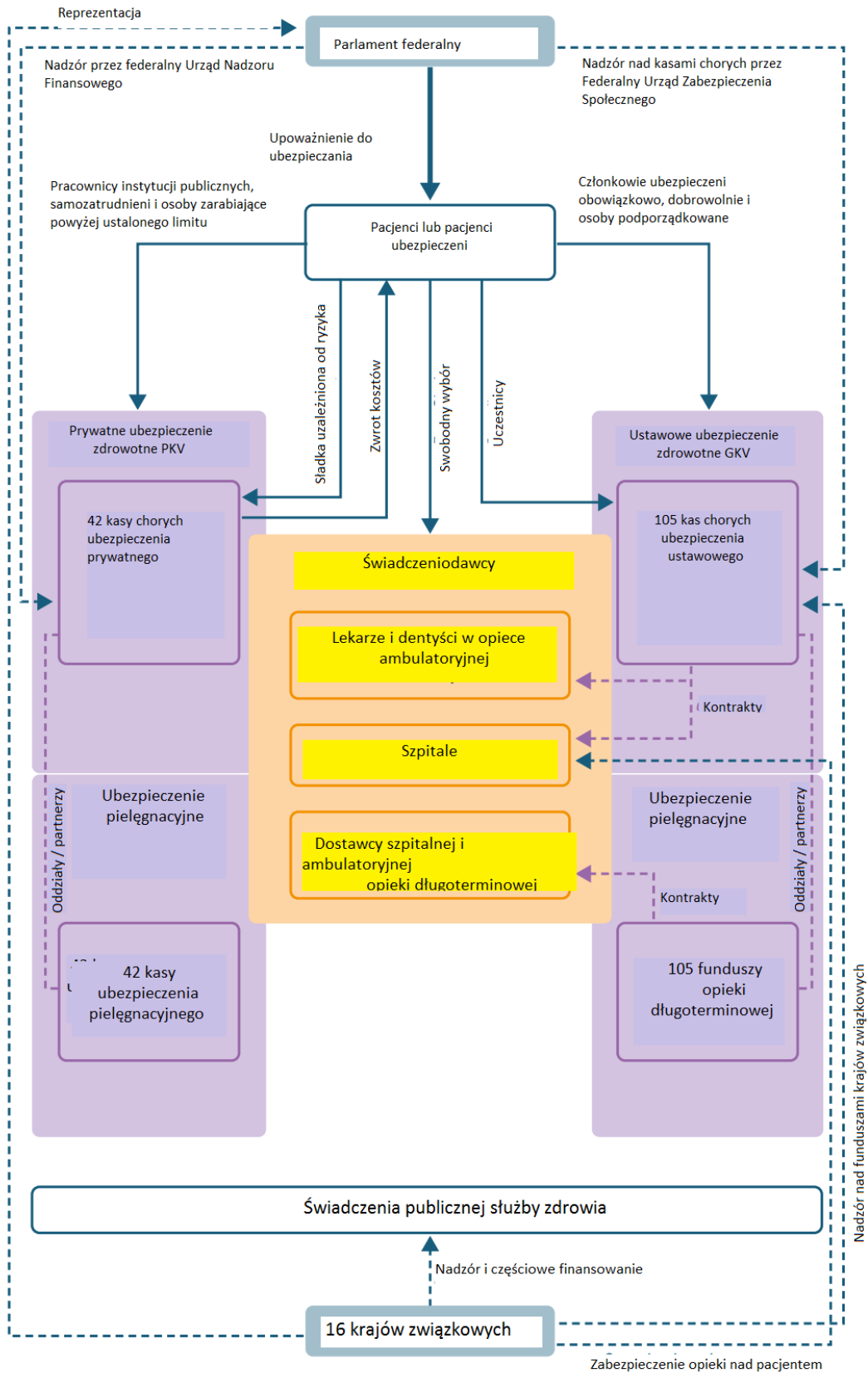
To przede wszystkim dwa konstytucyjne organy ustawodawcze, Bundestag i Bundesrat, które tworzą rany prawne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Niemczech. Niemniej istotne jest Federalne Ministerstwo Zdrowia, które sprawuje ogólny nadzór nad opieką zdrowotną i przygotowuje projekty aktów prawnych regulujących jej działanie. Szerzej o FMZ w dalszej części opracowania.

## Schemat ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech, 2020



Źródło: Opracowanie własne autora na podstawie Busse & Riesberg, "Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland", 2005.  
Linie ciągłe oznaczają reprezentację poprzez stosunek umowny lub interakcję; linie przerywane oznaczają nadzór lub regulację

Ustawowe i prywatne ubezpieczenie zdrowotne oraz opieka długoterminowa w Niemczech, 2020



Źródła: Strona Federalnego Związku Ustawowych Kas Chorych, 2020; Stowarzyszenia Prywatnych Ubezpieczycieli Zdrowotnych, 2019;

## Poziom krajów związkowych

16 rządów krajowych zajmuje się różnymi zadaniami związanymi z opieką zdrowotną, takimi jak planowanie potencjału opieki stacjonarnej, planowanie i świadczenie usług w zakresie zdrowia publicznego oraz nadzorowanie regionalnych związków kas chorych, jak również podmiotów świadczących opiekę ambulatoryjną. Konferencja Ministrów Zdrowia Krajów Związkowych (*Gesundheitsministerkonferenz*), jako dobrowolna platforma koordynująca ustawodawstwo zdrowotne landów niemieckich, jest dla rządów krajowych forum budowania konsensusu i koalicji. Stanowi ona również sieć grup roboczych, np. w zakresie opieki medycznej w nagłych wypadkach, działających przy rządach poszczególnych krajów.

## Poziom korporacyjny / organy samorządowe

Nadrzędnym organem decyzyjnym w ramach systemu współrzędzenia jest Federalna Komisja Wspólna. Organ decyzyjny Federalnej Komisji Wspólnej, plenum, składa się z 13 członków z prawem głosu:

- bezstronny przewodniczący;
- dwóch innych bezstronnych członków;
- pięciu przedstawicieli płatników, czyli ustawowych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych (*GKV-Spitzenverband*);
- pięciu przedstawicieli usługodawców (Stowarzyszenie Lekarzy KBV – dwóch, Stowarzyszenie Lekarzy-Dentystów KZBV – jednego i przedstawicieli szpitali DKG – dwóch).

Wyżej wymienieni przedstawiciele płatników i usługodawców muszą uzgodnić wybór trzech bezstronnych członków, w przeciwnym razie zostaną oni powołani przez Federalne Ministerstwo Zdrowia.

Przedstawiciele pacjentów mają prawo do brania udziału w posiedzeniach, konsultacji i składania wniosków, ale nie mają prawa do udziału w głosowaniach.

Bezstronny przewodniczący reprezentuje FKW w sądzie i poza sądem, przygotowuje posiedzenia plenum wraz z dwoma pozostałymi bezstronnymi członkami i przewodniczy im. Oprócz swoich zadań na plenum, trzej bezstronni przewodniczą podkomisjom FKW. Sesja plenarna decyduje, kto przewodniczy której z 9 podkomisji lub kto może być zastępcą.

Procedura mianowania lub powoływania członków jest uregulowana w księdze piątej Kodeksu Ubezpieczenia Społecznego (SGB V), podobnie jak udział przedstawicieli organizacji pacjentów. Kadencja w FKW trwa sześć lat; czwarta kadencja rozpoczęła się 1 lipca 2018 roku. Federalna Komisja Wspólna opracowuje również bazę dowodową niezbędną do podejmowania decyzji i jest wspierana przez dwa następujące instytuty:

1. Instytut Jakości i Efektywności w Ochronie Zdrowia (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - IQWiG*), który bada korzyści i szkody, jakie przynoszą pacjentom interwencje medyczne (np. środki farmaceutyczne). Informuje o zaletach i wadach metod badania i leczenia w formie raportów naukowych (zwłaszcza dla Federalnej Komisji Wspólnej) oraz informacji zdrowotnych dla ogółu społeczeństwa.
2. Instytut Zapewnienia Jakości i Przejrzystości w Ochronie Zdrowia (*Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen - IQTIG*), który jest odpowiedzialny za opracowanie narzędzi i wskaźników służących zapewnieniu jakości w opiece szpitalnej i ambulatoryjnej.

## Płatnicy

105 ustawowych kas chorych (stan na styczeń 2020 r.) działa jako główne instytucje płatnicze w systemie GKV. Są one reprezentowane na poziomie federalnym przez Federalny Związek Kas Chorych (*GKV-Spitzenverband*). Związek federalny jest odpowiedzialny za te zadania, które są istotne dla wszystkich ustawowych kas chorych i osób w nich ubezpieczonych, tj. takich jak negocjacje zbiorowe w sprawie warunków umów, systemów płatności w opiece szpitalnej i ambulatoryjnej oraz określanie poziomu refundacji leków. Z biegiem czasu nastąpiło przesunięcie w kierunku większej koncentracji ubezpieczonych w GKV, częściowo poprzez fuzje. Trzy największe ubezpieczalnie obejmowały w grudniu 2019 r. ponad jedną trzecią całkowitej populacji ubezpieczonych w ustawowych kasach chorych; są to *Techniker Krankenkasse* z 10,6 mln ubezpieczonych, *Barmer GEK* (9,0 mln) i *Deutsche Angestellten Krankenkasse* (5,7 mln).

### *Instytucje korporacyjne w innych systemach ubezpieczeń ustawowych*

W innych ustawowych systemach ubezpieczeń przypominających kasy chorych istnieje podobna struktura administracyjna quasi-publicznych instytucji korporacyjnych.

Kasy chorych opieki długoterminowej (*Pflegekassen*), które zarządzają ustawowym ubezpieczeniem na opiekę długoterminową, są samodzielnymi quasi-publicznymi korporacjami, ale pod względem organizacyjnym zostały utworzone przez kasy chorych i są z nimi bezpośrednio powiązane.

Pracownicze fundusze odszkodowawcze (dla sektora prywatnego) i kasy wypadkowe (*Unfallkassen*) dla sektora publicznego zarządzają ustawowym systemem ubezpieczeń od wypadków przy pracy i chorób zawodowych, obejmującym usługi lecznicze i rehabilitacyjne.

Ustawowe ubezpieczenie emerytalne jest zarządzane przez różne instytucje (np. *Deutsche Rentenversicherung Bund*) i obejmuje usługi rehabilitacji medycznej. Priorytetem jest zmniejszenie ryzyka trwałego inwalidztwa wśród ubezpieczonych (pracowników).

## Świadczeniodawcy

Lekarze ambulatoryjni i psychoterapeuci, których działania są refundowane przez ustawowe kasy chorych (GKV), są zorganizowani w Regionalne Stowarzyszenia Lekarzy GKV (*Kassenärztliche Vereinigungen - KV*). Członkowie zarządów każdego z 17 krajowych stowarzyszeń delegatów (w Nadrenii Północnej-Westfalii, kraju związkowym z największą liczbą ludności, działają 2 stowarzyszenia) są wybierani przez zgromadzenie. Stowarzyszenia regionalne są odpowiedzialne za zabezpieczenie opieki ambulatoryjnej, planowanie możliwości w poszczególnych specjalnościach i zabezpieczenie opieki pozaszpitalnej. Na poziomie federalnym stowarzyszenia regionalne są reprezentowane przez jedną organizację pod nazwą Federalne Stowarzyszenie Lekarzy GKV (*Kassenärztliche Bundesvereinigung - KBV*), która jest quasi-publiczną korporacją w ramach systemu tego samorządu i reprezentuje interesy polityczne akredytowanych przez GKV lekarzy i psychoterapeutów w kontaktach z rządem federalnym.

Regionalne Zrzeszenia Lekarzy Stomatologów GKV (*Kassenzahnärztliche Vereinigungen - KZV*) i Federalne Zrzeszenie Lekarzy Stomatologów GKV (*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung - KZBV*) są odpowiednikami organizacji lekarzy i odpowiadają za opiekę stomatologiczną.

Szpitalne są reprezentowane w systemie współrzędzenia przez organizacje prywatnoprawne, a nie korporacje quasi-publiczne. Najważniejszą organizacją jest Niemieckie Stowarzyszenie Szpitali (*Deutsche Krankenhausgesellschaft - DKG*), reprezentujące interesy szpitali wobec innych interesariuszy i rządu federalnego. W jego skład wchodzi 16 federacji regionalnych i 12 zrzeszeń szpitalnych, obejmujących szeroką gamę typów szpitali i form własności, w tym szpitale uniwersyteckie, publiczne, komunalne i prywatne instytucje for-profit.

W Niemczech działają prawnie umocowane izby zawodowe lekarzy, dentystów, farmaceutów, weterynarzy i psychoterapeutów. Pracownicy służby zdrowia z tych grup zawodowych są zobowiązani ustawowo do przynależności do odpowiedniej izby regionalnej. Organizacje te mają status prawny quasi-publicznych korporacji, a ich działalność jest regulowana przez prawo kraju związkowego, w którym mają siedzibę. Są one odpowiedzialne za szkolenia swoich członków, akredytację i kształcenie ustawiczne, za ustalanie standardów zawodowych i etycznych oraz za reprezentowanie swoich członków w kontaktach z decydentami i w *public relations*. Aby skoordynować swoje działania na szczeblu federalnym, izby regionalne utworzyły izby federalne, takie jak Federalna Izba Lekarska (znana również jako Niemieckie Stowarzyszenie Medyczne, *Bundesärztekammer*).

## Organizacje pacjentów

Federalne Ministerstwo Zdrowia udziela akredytacji organizacjom pacjentów, które ostatecznie wyznaczają do pięciu przedstawicieli, którzy mogą brać udział w posiedzeniach plenarnych Federalnej Komisji Wspólnej. Istnieje od 40 000 do 60 000 grup samopomocy pacjentów z około 3 milionami członków, w tym organizacje reprezentujące interesy osób niepełnosprawnych. Spośród tych grup tylko około 360 ma swoje przedstawicielstwo również na poziomie federalnym. Wiele grup samopomocy należy do Związku Niezależnych Organizacji Dobroczynnych (*Paritätischer Wohlfahrtsverband*) i bierze udział w Forum Osób Chronicznie Chorych i Niepełnosprawnych (*Forum chronisch kranker und behinderter Menschen*). Dwa największe stowarzyszenia społeczne to *Sozialverband VdK Deutschland* (z ok. 1,6 mln członków) i *Sozialverband Deutschland* (z ok. 525 tys. członków). Zapewniają one swoim członkom doradztwo i wsparcie prawne w kwestiach związanych z prawem socjalnym, a także reprezentują na płaszczyźnie politycznej interesy osób korzystających z pomocy społecznej i osób objętych ubezpieczeniem społecznym, w tym w coraz większym stopniu osób objętych ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym GKV.

## Sektor prywatny

42 prywatne kasy chorych są reprezentowane przez Stowarzyszenie Prywatnych Ubezpieczycieli Zdrowotnych (*Verband der privaten Krankenversicherung*), potężną grupę lobbystyczną w sektorze opieki zdrowotnej. Spośród 42 prywatnych ubezpieczycieli 26 jest notowanych na giełdzie, a pozostałe 16 to towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Stowarzyszenie Firm Farmaceutycznych Opartych na Badaniach (*Verband forschender Arzneimittel-Hersteller*) reprezentuje 44 producentów (dane z roku 2020), których wyroby odpowiadają za około dwóch trzecich całkowitych przychodów aptek. Federalny Związek Przemysłu Farmaceutycznego (*Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie*), z około 260 członkami w 2020 roku, jest organizacją wyłącznie dla małych i średnich przedsiębiorstw. Dwa inne stowarzyszenia reprezentują producentów farmaceutyków o szczególnych cechach: Federalny Związek Producentów Farmaceutycznych (*Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller*) reprezentuje około 400 producentów leków bez recepty, a Niemieckie Stowarzyszenie Producentów Leków Generycznych (*Deutscher Generikaverband*) reprezentuje interesy producentów leków generycznych.

Interesy producentów urządzeń i technologii medycznych są reprezentowane przez Federalne Stowarzyszenie Technologii Medycznych (*Bundesverband Medizintechnologie*) oraz Niemieckie Stowarzyszenie Przemysłu Technologii Optycznych, Medycznych i Mechatronicznych (*Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien*). Dodatkowo, producenci z szerszym asortymentem produktów mogą wybrać reprezentację przez Niemieckie Stowarzyszenie Producentów Elektrycznych i Elektronicznych (ZVEI). Nowo powstała platforma reprezentuje interesy producentów mobilnych aplikacji do

wczesnego wykrywania, monitorowania, leczenia lub zarządzania chorobami (*Bundesverband Deutsche Startups*).

## Decentralizacja i centralizacja

Najbardziej interesującym aspektem zdecentralizowanego systemu opieki zdrowotnej w Niemczech jest przekazanie władzy państwowej instytucjom o charakterze korporacyjnym w ramach systemu GKV. Większość praw i obowiązków prawnych przysługuje korporacyjnym stowarzyszeniom płatników i świadczeniodawców w systemie samorządu, natomiast instytucje na poziomie federalnym (np. Federalne Ministerstwo Zdrowia) są odpowiedzialne za tworzenie ram prawnych i nadzór nad głównymi instytucjami korporacyjnymi (np. Federalna Komisja Wspólna i Federalne Stowarzyszenie Lekarzy GKV). Zarówno przekazanie uprawnień regulacyjnych instytucjom korporacyjnym, jak i system samorządności są wynikiem długiego procesu historycznego. Jednak poleganie na samorządności jest stale w centrum debaty politycznej, przy czym obserwatorzy wskazują, że Federalne Ministerstwo Zdrowia bierze na siebie ostatnio bardziej bezpośrednią rolę regulacyjną.

Prywatyzacja jest kolejną ważną cechą niemieckiego systemu opieki zdrowotnej, choć w ramach silnie regulowanego rynku. W rzeczywistości niektóre sektory opieki zdrowotnej opierają się w całości na prywatnych świadczeniodawcach (na przykład ambulatoryjna opieka podstawowa i specjalistyczna świadczona przez lekarzy i dentystów, a także apteki). W innych sektorach, zarówno prywatni świadczeniodawcy non-profit, jak i prywatni świadczeniodawcy for-profit, współistnieją ze świadczeniodawcami publicznymi – na przykład w sektorze opieki długoterminowej lub w sektorze szpitalnym, w których obserwuje się rosnącą tendencję do prywatyzacji.

## Co podlega Ministrowi Zdrowia

Federalne Ministerstwo Zdrowia (*Bundesministerium für Gesundheit*, BMG) jest odpowiedzialne za przygotowanie projektów aktów prawnych i koordynację ustawodawstwa dotyczącego ustawowych systemów ubezpieczeń zdrowotnych i opieki długoterminowej. Ponadto odpowiada za profilaktykę, promocję zdrowia, prawa pacjenta, rejestrację, nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii oraz dystrybucję leków i wyrobów medycznych, rejestrację pracowników służby zdrowia oraz koordynację międzynarodowej polityki zdrowotnej. Ponadto Federalne Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za nadzór nad głównymi instytucjami korporacyjnymi na szczeblu federalnym, takimi jak Federalna Komisja Wspólna i Federalne Stowarzyszenie Lekarzy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.



Pełnomocnik Rządu Federalnego ds. Narkotyków (*Beauftragte(r) der Bundesregierung für Drogenfragen*), Pełnomocnik Rządu Federalnego ds. Pacjentów (*Beauftragte(r) der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten*) oraz Pełnomocnik Rządu Federalnego ds. Opieki Długoterminowej (*Bevollmächtigte(r) der Bundesregierung für Pflege*) podlegają Federalnemu Ministerstwu Zdrowia. Kandydatury pełnomocników zgłasza federalny minister ds. zdrowia i są powoływani decyzją rządu federalnego. Ministerstwu doradza także szereg doraźnych komisji, jak również Rada Doradcza do Oceny Rozwoju Opieki Zdrowotnej (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*).

W wypełnianiu licznych funkcji licencyjnych i nadzorczych Federalne Ministerstwo Zdrowia jest wspomagane przez pięć podległych mu agencji.

1. **Instytut Roberta Kocha** (Robert Koch Institut; Federalny Instytut Chorób Zakaźnych i Niezakaźnych - RKI) jest odpowiedzialny za nadzór, wykrywanie, zapobieganie i kontrolę chorób zakaźnych, takich jak np. pandemia COVID-19. Jest on głównym organem analizującym i opracowującym informacje o chorobach w Niemczech i jest odpowiedzialny np. za krajowy rejestr nowotworów oraz monitorowanie ogólnego stanu zdrowia ludności. Prezesa RKI mianuje prezydent federalny na podstawie rekomendacji rządu federalnego.
2. **Federalny Instytut Farmaceutyków i Wyrobów Medycznych** (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM) odpowiada za dopuszczanie do obrotu farmaceutyków, a także za nadzór i monitorowanie farmaceutyków i wyrobów medycznych. Od 2019 roku do zadań BfArM należy również ocena mobilnych aplikacji zdrowotnych pod kątem możliwości umieszczenia ich w katalogu usług refundowanych.
3. **Niemiecki Instytut Dokumentacji i Informacji Medycznej** (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information - DIMDI). Podmiot ten jest odpowiedzialny za aktualizację i obsługę kilku baz danych, obejmujących farmaceutyki i apteki, urzędnicy medyczne i badania kliniczne, w tym baz danych pacjentów w wielu innych dziedzinach medycyny i opieki zdrowotnej. Publikuje on niemieckie wersje systemów klasyfikacyjnych, takich jak Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD-10-GM, a od 2022 r. ICD-11), Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz Niemiecka Klasyfikacja Operacji i Procedur (Operationen- und Prozedurenschlüssel).
4. **Instytut Paula Ehrlicha** (Paul Ehrlich Institut - PEI) jest odpowiedzialny za udzielanie licencji na szczepionki, surowice, produkty lecznicze terapii zaawansowanej i inne substancje biomedyczne, a także za doradztwo w zakresie rozwoju nowych farmaceutyków i rejestrację badań klinicznych w zakresie swoich kompetencji.
5. **Federalna Centrala Oświaty Zdrowotnej** (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZgA) jest głównym organem zajmującym się edukacją zdrowotną, promocją zdrowia i zapobieganiem chorobom poprzez kampanie uświadamiające (np. na temat chorób przenoszonych drogą płciową czy przeszczepów organów). Prezesa PEI mianuje prezydent federalny na podstawie rekomendacji gabinetu federalnego.

6. Inne instytucje federalne istotne dla systemu opieki zdrowotnej to Federalny Urząd Nadzoru Finansowego (*Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht* - BaFin), który odpowiada za nadzór nad prywatnymi ubezpieczycielami, oraz Federalny Urząd Zabezpieczenia Społecznego (*Bundesamt für Soziale Sicherung* - BAS), który nadzoruje legalność decyzji podejmowanych przez korporacje zarządzające różnymi ustawowymi systemami ubezpieczeń. Jest on również odpowiedzialny za zarządzanie centralną pulą alokacyjną, systemem wyrównywania ryzyka oraz akredytacją programów zarządzania chorobami.

Zasady, prawa i wartości niemieckiego GKV są określone w ustawie Kodeks Ubezpieczenia Społecznego V (SGB V), a nawet na poziomie niemieckiej konstytucji, podczas gdy szczegóły są planowane na poziomie państwowym lub delegowane do organów korporacyjnych.

SGB V opisuje (w §1) swoje zadanie jako „utrzymanie, przywrócenie lub poprawę zdrowia”, w tym celu „należy zapewnić opiekę, która odzwierciedla potrzeby, jest jednolita i zgodna z ogólnie uznanym stanem wiedzy medycznej” (§70). Jej podstawowymi zasadami są solidarność i współodpowiedzialność ubezpieczonych (§1) np. poprzez udział w działaniach profilaktycznych. Zgodnie z zasadą efektywności kosztowej, usługi i świadczenia muszą być „adekwatne, odpowiednie i skuteczne” i nie mogą „przekraczać miary tego, co konieczne” (§12 i podobnie §70). Niemiecka konstytucja wymaga jednakowych warunków życia w całym kraju i równego (niedyskryminującego) traktowania każdej jednostki. Promocja i ochrona zdrowia nie są jednak wymienione jako wyraźny cel w niemieckiej konstytucji.

Odpowiedzialność za planowanie w ramach systemu ochrony zdrowia jest podzielona między rząd federalny, kraje związkowe i różne instytucje o charakterze korporacyjnym. Brakuje długoterminowych planów rozwoju strategicznego i nie istnieje żaden krajowy plan zdrowotny, który kierowałby ogólnym rozwojem polityki w systemie opieki zdrowotnej. Jednakże różne inicjatywy mają na celu budowanie konsensusu w pluralistycznym systemie.

Forum celów zdrowotnych ([gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de)) jest wspólną inicjatywą koordynacyjną rządu federalnego i rządów krajowych oraz ponad 140 innych instytucji, która ma na celu budowanie konsensusu w sprawie krajowych celów zdrowotnych. W 2015 r. cele te zostały włączone do podstawowego ustawodawstwa GKV (§ 20 Abs 3, SGB V):

- 1) obniżenie ryzyka, poprawa wczesnego wykrywania i leczenia cukrzycy typu 2;
- 2) obniżenie śmiertelności i podniesienie jakości życia pacjentów z rakiem piersi;
- 3) ograniczenie konsumpcji tytoniu;
- 4) zdrowe dorastanie: zwiększenie wiedzy na temat zdrowia wśród dzieci i młodzieży, ćwiczeń fizycznych i diety;
- 5) zwiększenie wiedzy na temat zdrowia wśród ogółu populacji i wzmocnienie suwerenności pacjentów;
- 6) zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie objawów depresji;
- 7) zdrowe starzenie się i

8) ograniczenie spożycia alkoholu.

W 2017 r. dodano cel, jakim jest urodzenie się zdrowym (gesundheitsziele.de, 2017).

## Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Niemczech i ubezpieczenia

Niemcy wydały na zdrowie w 2018 r. 390,6 mld euro, co odpowiada 11,7% PKB. Wydatki per capita w 2018 r. wyniosły 6098 USD (przy uwzględnieniu siły nabywczej). Niemcy należą do krajów europejskich o najwyższych wydatkach na zdrowie, przy czym źródła stricte publiczne odpowiadają za 73,5% bieżących wydatków na zdrowie, podczas gdy źródła prywatne stanowią 26,5%. Z tego prywatne gospodarstwa domowe finansowały 13,6%.

Ponad jedna czwarta bieżących wydatków na zdrowie jest przeznaczana na sektor opieki stacjonarnej (27,9%), następnie na sektor opieki ambulatoryjnej (26,1%), opiekę długoterminową (14,8%) i farmaceutyki (13,7%).

Unikalną cechą niemieckiego systemu zdrowotnego jest współistnienie ustawowego (GKV) i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (PKV), które razem zapewniają de facto powszechne pokrycie usług zdrowotnych dla ludności Niemiec. Jedynie niewielka część społeczeństwa, w zależności od dochodów, ma prawo wybrać, czy chce korzystać z GKV, czy z PKV. GKV jest systemem składającym się ze 105 kas chorych, które obsługują 87% populacji, podczas gdy kolejne 11% jest ubezpieczone w jednym z 42 towarzystw PKV. Pozostałe 2% (np. żołnierze) są objęci specjalnymi programami. Około 61 000 osób jest nieubezpieczonych.

Poza systemami GKV i PKV istnieje kilka równoległych systemów ubezpieczenia (*Freie Heilfürsorge*) dla urzędników państwowych lub pracowników o podwyższonym ryzyku zdrowotnym z racji wykonywanego zawodu (np. policjantów, strażaków i wojskowych); tymi równoległymi systemami zarządzają Federalne Ministerstwo Obrony lub ministerstwa spraw wewnętrznych poszczególnych krajów związkowych.

Osoby ubezpieczone w ramach ubezpieczenia ustawowego mogą swobodnie wybierać pomiędzy 105 kasami chorych, a osoby ubezpieczone w ramach PKV mogą swobodnie wybierać swoich prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych spośród 42 działających na rynku. Pacjenci korzystają z pomocy wielu dostępnych informacji i organizacji poradniczych, ale poruszanie się po tych informacjach i ocena jakości usług nie są łatwe.

Świadczenia objęte GKV są prawnie zdefiniowane w sposób ogólny, podczas gdy szczegóły i decyzje dotyczące włączenia nowych technologii, farmaceutyków lub urządzeń medycznych do koszyka świadczeń należą do kompetencji Federalnej Komisji Wspólnej. Decyzje te opierają się na ustrukturyzowanych ocenach technologii medycznych i są wiążące dla wszystkich kas chorych, świadczeniodawców i pacjentów.

Kasy chorych pobierają składki, które przekazują do centralnej puli realokacyjnej zwanej Funduszem Zdrowotnym (*Gesundheitsfonds*), która zbiera i przekazuje środki zgodnie z mechanizmem oceny ryzyka. Podstawowa stała składka na GKV wynosi 14,6% dochodu brutto,

a dodatkowo kasy chorych mogą pobierać składkę uzupełniającą, która wynosi średnio 1%. Obie składki są równo dzielone między pracodawcę i pracownika, a niezarabiający małżonkowie i dzieci są ubezpieczeni bezpłatnie. W przeciwieństwie do GKV, składki PKV nie są uzależnione od dochodów, lecz od wieku i ryzyka zdrowotnego.

Usługi w ambulatoryjnej opiece GKV świadczone przez lekarzy pracujących w gabinetach (lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów), dentystów, farmaceutów, położne i wielu innych pracowników służby zdrowia, podlegają z góry ustalonym systemom cenowym (które są różne dla pacjentów GKV i PKV) i są zazwyczaj opłacane na zasadzie płatności za usługę. Sektor opieki stacjonarnej jest finansowany z dwóch różnych źródeł: inwestycje są finansowane przez państwo, natomiast koszty operacyjne są finansowane przez kasy chorych, prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych i pacjentów płacących samodzielnie za pomocą opłat za leczenie (według katalogu DRG, określającego koszty leczenia szpitalnego poszczególnych jednostek chorobowych).

Według Federalnego Urzędu Statystycznego, całkowite wydatki na zdrowie wyniosły w Niemczech w 2019 roku 410,3 mld EUR, czyli 4939 EUR (5616 USD) na mieszkańca. Stanowiło to 11,9% produktu krajowego brutto. Udział ten był o 0,2 punktu procentowego wyższy niż w 2018 roku. Kalkulacja wydatków na zdrowie opiera się na systemie rachunków zdrowotnych OECD. Choć Federalny Urząd Statystyczny, OECD i WHO gromadzą dane w podobny sposób, ich zgłoszone dane liczbowe, przedstawione w niniejszym rozdziale, różnią się nieznacznie. Wydatki na opiekę zdrowotną per capita wzrosły ponad dwukrotnie w latach 2000-2019, z 2687 USD (po skorygowaniu o różnice w sile nabywczej) do 5616 USD.

W 2009 roku wprowadzono obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego również dla osób, które wcześniej korzystały z dobrowolnego ubezpieczenia w systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych PKV.

Według danych WHO, wydatki Niemiec na zdrowie (11,4% PKB) zajmowały w 2018 r. drugie miejsce wśród krajów europejskich, tuż za Szwajcarią (11,9%), a następnie Francją (11,3%), Szwecją (10,9%), Austrią (10,3%) i Belgią (10,3%). Średnia dla UE28 wyniosła 8,4%.

Dużą część wydatków na opiekę zdrowotną można przypisać systemowi GKV. Mimo że GKV dominuje w niemieckiej dyskusji na temat wydatków na ochronę zdrowia, jego rzeczywisty wkład w ogólne bieżące wydatki na ochronę zdrowia wyniósł 57,9% w 2018 roku. Pozostałe trzy filary ubezpieczeń społecznych wniosły dodatkowe 13% bieżących wydatków na zdrowie: ustawowe ubezpieczenie emerytalne 1,2% (głównie na rehabilitację medyczną), ustawowe ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych 1,6% oraz ustawowe ubezpieczenie opieki długoterminowej 10,2%. Kolejne 2,6% pochodziło ze źródeł rządowych. Wydatki rządowe stanowią kolejne 1,6% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. Przeznacza się je na inwestycje, głównie dotyczące szpitali.

Ponad jedną czwartą bieżących wydatków na opiekę zdrowotną jest wydawana na sektor pacjentów hospitalizowanych (27,9%), na drugim miejscu plasuje się sektor opieki ambulatoryjnej (26,1%), opieki długoterminowej (14,8%) i farmaceutyków (13,7%). W ostatnich latach wydatki na opiekę długoterminową rosły silniej niż wydatki w innych sektorach, ponie-

waż rośnie popyt na te usługi. Ostatnia reforma systemu opieki długoterminowej prawdopodobnie spowoduje dalszy wzrost wydatków, ponieważ zostały rozszerzone koszyk świadczeń i kryteria kwalifikowalności.

Niektóre świadczenia opieki zdrowotnej pokrywane są przez pacjentów z własnej kieszeni. Są to np. koszty pobytu w szpitalu (za pobyt w szpitalu płacą jedynie osoby korzystające z Państwowego Ubezpieczenia Zdrowotnego i wynosi on 10 euro za dzień pobytu przy maksymalnym okresie pobytu 28 dni) i sanatorium (dopłata wynosi 15 euro za każdy dzień pobytu), usług laboratoryjnych, plomb, protez dentystycznych, niektórych terapii. Za wizytę u lekarza płaci się raz na kwartał, chyba że na wizytę skierował inny lekarz. Opłaty nie muszą uiszczać rodzice odbywający ze swoim dzieckiem wizytę u pediatry. Z opłat tych zwolnieni są: dzieci (do 18. roku życia), studenci, kobiety ciężarne oraz inwalidzi niezdolni do pracy. Obywatele z zarobkami poniżej 900 euro w skali miesiąca płacą jedynie za leczenie szpitalne (za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu) i ortodontję.

## 4. Finlandia<sup>7</sup>

### Organizacja i zarządzanie

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej z 1972 r. ustanowiła rolę gmin jako podstawy krajowego systemu opieki zdrowotnej. Szersze ramy finansowania i planowania zostały zmienione w latach 80. w ramach reformy Valtava, co spowodowało zmiany w wydatkowaniu dotacji państwowych. Reformy te zmieniły punkt ciężkości finansowania i innych bodźców z ekspansji na utrzymanie. Dalsze reformy pod koniec lat 80. i na początku lat 90. zwiększyły samorządność i autonomię gmin, dając władzom lokalnym większe uprawnienia w zakresie alokacji zasobów. Zaowocowały większą decentralizacją i delegowaniem oraz większym zróżnicowaniem w świadczeniu usług. Głęboki kryzys gospodarczy w latach 90. spowodował wzrost roli gmin w finansowaniu usług zdrowotnych, gdyż zmniejszył się udział środków rządowych, a zwiększył się udział finansowania gmin. Uzupełnieniem tego było ponowne wprowadzenie opłat pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej w 1992 r., co dało samorządom możliwość poszukiwania brakujących środków i oznaczało w praktyce częściową prywatyzację finansowania opieki zdrowotnej.

Obecnie Finlandia ma system opieki zdrowotnej z wysoce zdecentralizowaną administracją, wieloma źródłami finansowania i trzema oddzielnymi kanałami świadczenia usług w ramach

---

<sup>7</sup> Sporządzono na podstawie:

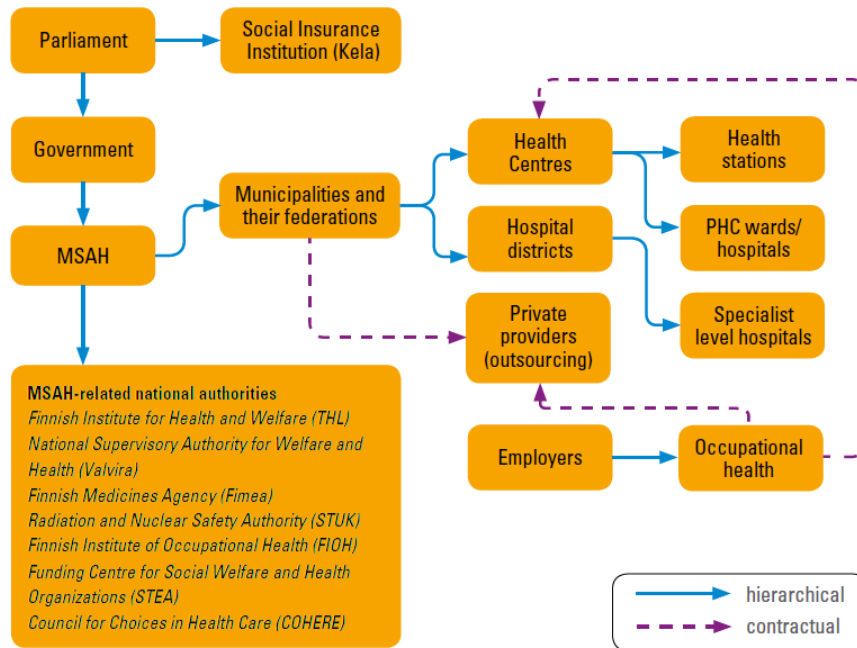
<https://stm.fi>

<https://eurohealthobservatory.who.int>

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/419458/Country-Health-Profile-2019-Finland.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/419458/Country-Health-Profile-2019-Finland.pdf)

opieki pierwszego kontaktu. Gminy, sektor prywatny, krajowy system ubezpieczeń zdrowotnych (NHI) i pracodawcy są głównymi aktorami systemu opieki zdrowotnej. Rolą państwa jest nadzorowanie i sterowanie funkcjonowaniem systemu poprzez ustawodawstwo, dekrety i dostarczanie informacji.

Ilustr. 1. Schemat organizacyjny fińskiego systemu ochrony zdrowia



Źródło: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/overview>

Fiński system opieki zdrowotnej jest zarządzany na poziomie krajowym i na poziomie lokalnym. Na tym pierwszym, Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia, przy szerokim wsparciu ze strony rozległej sieci niepaństwowych ekspertów i organów doradczych, jest odpowiedzialne za opracowywanie i wdrażanie ogólnych wytycznych – przepisów prawnych, reform i polityk zdrowotnych.

Władze lokalne (ponad 300 gmin<sup>8</sup>) odgrywają kluczową rolę w zakupie i świadczeniu usług zdrowotnych. Finansują one i organizują (często wspólnie, na podstawie zawartej umowy z inną gminą lub wspólnym samorządem gminnym) świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej. Tworzą 20 regionalnych federacji gmin, tzw. okręgów szpitalnych, które zapewniają opiekę specjalistyczną i szpitalną. Środki zarządzania są głównie miękkie, a gminy i okręgi szpitalne mają dużą swobodę w organizacji usług.

<sup>8</sup> Zgodnie z raportem Komisji Europejskiej “State of Health in the EU. Finland – Country Health Profile 2019” jest ich 311.

Funkcja organizatorska samorządu obejmuje:

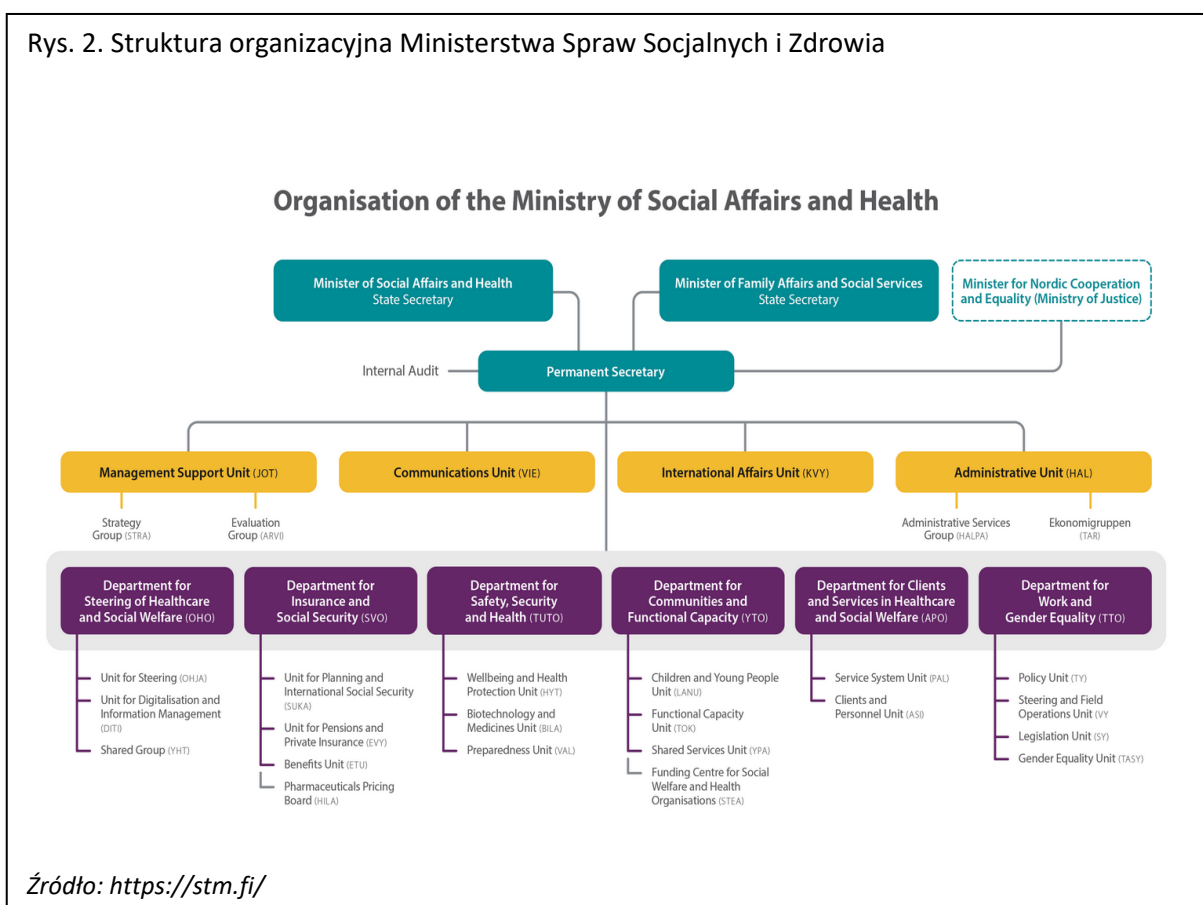
- definiowanie i monitorowanie ilości i jakości usług,
- ocenę potrzeb ludności,
- zapewnienie równego podziału usług,
- podejmowanie decyzji o metodzie świadczenia usług (np. usługi świadczone przez gminę, zakupione lub finansowane za pomocą vouchera klienta),
- działanie jako organ publiczny w procesie podejmowania decyzji, szczególnie w zakresie opieki społecznej.

### **Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia (Ministry of Social Affairs and Health, MSAH)**

Rząd decyduje o kluczowych strategiach, kierunkach i priorytetach krajowych oraz przedkłada parlamentowi projekty ustaw i kluczowe reformy oraz steruje ich wdrażaniem. Polityka zdrowotna jest prowadzona przede wszystkim przez Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia (MSAH), które obecnie obejmuje dwa stanowiska ministerialne: Ministra Spraw Społecznych i Zdrowia (odpowiedzialny za fundusz NHI, leki, BHP) oraz Ministra ds. Rodziny i Opieki Społecznej (odpowiedzialny za służbę zdrowia, zdrowie publiczne, promocję zdrowia, ochronę zdrowia środowiskowego i medycynę pracy). Jednak w praktyce oba pionierzy zajmują się zarówno zdrowiem jak i sprawami opieki społecznej.

W Ministerstwie Spraw Społecznych i Zdrowia działa sześć departamentów oraz cztery odrębne jednostki.

Rys. 2. Struktura organizacyjna Ministerstwa Spraw Socjalnych i Zdrowia



## Departamenty:

### 1. Opieki Społecznej i Opieki Zdrowotnej:

- jest odpowiedzialny za ogólne wytyczne, planowanie i rozwój fińskiej opieki społecznej i zdrowotnej.

### 2. Ubezpieczeń Społecznych i Zabezpieczenia Socjalnego:

- zarządza i kieruje sprawami polisy ubezpieczeniowej oraz jest odpowiedzialny za przygotowanie przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych i innych przepisów w zakresie ubezpieczeń.

### 3. Zdrowia i Bezpieczeństwa:

- odpowiada za: organizację środowiskowej opieki zdrowotnej, politykę wobec uzależnień, kontrolę chorób zakaźnych, leki, zakup szczepionek, biotechnologię i inżynierię genetyczną, badania medyczne, urządzenia medyczne, ochronę danych,



planowanie i gotowość w sytuacjach nadzwyczajnych, planowanie bezpieczeństwa jednostek biznesowych branży.

- W departamencie działa Zakład Biotechnologii i Farmacji (BILA), zajmujący się w szczególności sprawami: podaży narkotyków, ochrony danych, zakupu szczepionek, biotechnologii i inżynieria genetycznej, zarządzania wydajnością Centrum Bezpieczeństwa i Rozwoju Farmaceutycznego, badań medycznych, ustawodawstwa dotyczącego tkanek i narządów, urzędzeń medycznych.

#### 4. Społeczności i Potencjału Funkcjonalnego:

- jest odpowiedzialny za usługi socjalne i zdrowotne dla dzieci, młodzieży i rodzin, usługi dla osób niepełnosprawnych i starszych, rehabilitację społeczną i medyczną, promocję zdrowia oraz zapobieganie chorobom. Ponadto departament odpowiada za koordynację działań ministerstwa w zakresie pomocy publicznej i dotacji na promocję zdrowia oraz dobrostanu społecznego z dochodów z gier hazardowych.

#### 5. Klientów i Usług w Ochronie Zdrowia i Opieki Społecznej:

- przygotowuje i opracowuje sprawy dotyczące statusu i praw klienta i pacjenta, personelu socjalnego i zdrowotnego oraz usług socjalnych i zdrowotnych. W powiązaniu z departamentem działają Krajowa Rada Doradcza ds. Etyki Opieki Społecznej i Zdrowotnej ETENE, Krajowa Rada Doradcza ds. Romów RONK oraz Rada Doradcza ds. Praw Osób Niepełnosprawnych VANE.

#### 6. Pracy i Równości Płci:

- administracją i sprawuje nadzór w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony zdrowia pracowników, a także dba o współpracę międzynarodową w tych obszarach. Ponadto jednostka opracowuje ustawodawstwo oraz promuje zasady równości płci. Do zadań departamentu należą również sprawy związane z projektami wymiany i funduszy strukturalnych Unii Europejskiej, a także sprawy przekazywane ministerstwu jako organowi ds. bezpieczeństwa i higieny pracy.

W 2015 roku dwóch delegatów pracujących przy Ministerstwie – Rzecznik ds. Równości i Rzecznik Praw Dziecka, przeszło z pionu administracyjnego resortu zdrowia do pionu administracyjnego Ministerstwa Sprawiedliwości.

## Pozostali uczestnicy systemu

### **Stowarzyszenie Fińskich Władz Lokalnych i Regionalnych (Kuntaliitto)**

Stowarzyszenie to reprezentuje wszystkie fińskie gminy na szczeblu krajowym i ma na celu promowanie możliwości działania władz lokalnych dla dobra swoich mieszkańców. Dbą o interesy gmin, zapewnia im badania, rozwój i inne usługi eksperckie.

### **Samorządy regionalne**

Administracja szczebla regionalnego jest częścią administracji państwowej, która w okręgach promuje cele narodowe i regionalne. Każdy okręg posiada własną Regionalną Agencję Administracji Państwowej (RSAA), w skład której wchodzi kilka wydziałów, w tym wydział usług, ochrony prawnej i licencjonowania, który jest odpowiedzialny między innymi za kierowanie i nadzorowanie prywatnych świadczeniodawców opieki zdrowotnej oraz za ocenę podstawowych usług w gminach. Do obowiązków RSAA należy również rozpatrywanie skarg związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych, jak również wspieranie szkoleń i działań rozwojowych w swoich regionach. Do RSAA należą również Inspektoraty Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, które są odpowiedzialne za zapewnienie zdrowych i bezpiecznych warunków pracy.

### **Gminy**

Na poziomie lokalnym, gminy są odpowiedzialne za organizację podstawowych usług, takich jak edukacja podstawowa i średnia, a także usługi społeczne i zdrowotne dla swoich mieszkańców. Usługi te mogą być świadczone przez gminy samodzielnie lub wspólnie z sąsiednimi gminami. Decyzje dotyczące planowania i organizacji usług zdrowotnych podejmowane są przez komisję ds. zdrowia, radę i zarząd gminy. W skład komisji planowania i organizacji służby zdrowia włączani są również kierownicy gminnych ośrodków zdrowia. W ostatnim czasie tradycyjnie odrębne rady ds. Zdrowia oraz Opieki Społecznej i Usług Społecznych są stopniowo łączone w jedną radę i obecnie funkcje te są zintegrowane w prawie wszystkich gminach, co ma służyć poprawie koordynacji usług społecznych i zdrowotnych.

### **Okręgi szpitalne**

Okręgi szpitalne są zarządzane i finansowane przez gminy odpowiedzialne za organizację i świadczenie specjalistycznych usług medycznych dla mieszkańców gmin członkowskich. Każda gmina musi być członkiem jednego okręgu szpitalnego. Obecnie liczba gmin w okręgu waha się od 6 do 35. W ostatnich latach rola okręgów szpitalnych powoli się zmienia. Coraz częściej kilka powiatów organizuje usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznych usług społecznych w imieniu gmin członkowskich. W niektórych regionach

gminy przekształciły okręgi szpitalne we wspólne regionalne struktury ds. zdrowia i opieki społecznej.

Rada powiatu szpitalnego, powoływana na okres pomiędzy wyborami samorządowymi, jest odpowiedzialna za podejmowanie decyzji. Przyjmuje ona roczny budżet, zatwierdza sprawozdania finansowe i podejmuje decyzje dotyczące głównych inwestycji.

Każda gmina posiada określoną wydolność, zależną od liczby mieszkańców. Zarząd wybierany jest przez radę i odpowiada za opracowywanie celów strategicznych, koordynację działań, obowiązki pracodawcy oraz kierowanie administracją. Zazwyczaj członkami zarówno rady, jak i zarządu są lokalni politycy, a skład przedstawicieli partii politycznych odzwierciedla poparcie uzyskane przez stronnictwa w wyborach samorządowych. Okręgi szpitalne są dodatkowo pogrupowane w pięć obszarów opieki trzeciorzędowej (specjalistycznej, dostępnej poprzez skierowanie) wokół pięciu okręgów szpitalnych, mieszczących szpital uniwersytecki, tj. w Helsinkach, Tampere, Turku, Kuopio i Oulu.

### **Inne podmioty**

Inne organizacje funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia Finlandii to organizacje pacjentów, stowarzyszenia zawodowe i związki zawodowe, powiernicy prywatnych przedsiębiorstw zajmujących się ochroną zdrowia oraz prywatne firmy konsultingowe.

## **Decentralizacja i centralizacja**

Fiński system opieki zdrowotnej i społecznej jest wysoce zdecentralizowany w zakresie świadczenia usług zdrowotnych, z pewnymi elementami centralizacji w jej finansowaniu (np. system NHI). Gminy są odpowiedzialne za organizowanie usług zdrowotnych dla swoich mieszkańców i mają stosunkowo dużą autonomię w podejmowaniu decyzji, która została wzmocniona na początku lat 90. ubiegłego wieku, gdy zlikwidowano wcześniejszy scentralizowany system planowania opieki zdrowotnej i społecznej.

Od początku XXI wieku rządy próbowały zreformować system opieki zdrowotnej i społecznej w celu powiększenia jednostek organizujących usługi i wzmocnienia centralnego sterowania. W wyniku fuzji liczba gmin zmniejszyła się o około jedną czwartą do obecnego poziomu 311.

Oprócz organizacji opieki szpitalnej poprzez związki gmin (okręgi szpitalne), gminy coraz częściej organizują usługi zdrowotne we współpracy między sobą, a ostatnio także w ramach regionalnych wspólnot opieki społecznej. W opiece szpitalnej centralizacja usług ratowniczych i niektórych zadań medycznych, takich jak położnictwo czy skomplikowane zabiegi chirurgiczne, zmusiła okręgi szpitalne do współpracy i wzmocniła mandat okręgów szpitali uniwersyteckich do planowania koordynacji usług w podległych obszarach. Zmiany te nie wpłynęły znacząco na formalne uprawnienia rządu centralnego do kierowania systemem.

## **Instytucje podległe Ministerstwu Spraw Społecznych i Zdrowia**

Ministerstwo kieruje opieką zdrowotną we współpracy z podległymi mu agencjami i instytucjami.

### **Fiński Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej (THL)**

Instytut jest ustawowym organem statystycznym specjalizującym się w zagadnieniach zdrowia i opieki społecznej. Odgrywa on ważną rolę w zarządzaniu systemem poprzez dostarczanie informacji. THL opracowuje dane statystyczne i porównawcze oraz informacje na temat najlepszych praktyk w sektorze zdrowia i opieki społecznej. Dostarcza je decydującym oraz innym podmiotom działającym w tej dziedzinie. Ponadto zarządza dwoma szpitalami psychiatrycznymi (głównie dla psychiatrii sądowej), usługami zdrowotnymi dla więźniów oraz krajowymi usługami medycznymi w zakresie medycyny sądowej.

### **Krajowy organ nadzorczy ds. opieki społecznej i zdrowia (Valvira)**

Valvira nadzoruje podmioty świadczące usługi zdrowotne i społeczne, w tym podmioty prywatne, działające na podstawie licencji Regionalnej Agencji Administracji Państwowej (RSAA), organy administracji ds. alkoholu i organy ds. zdrowia środowiskowego (dot. wpływu czynników zewnętrznych na zdrowie), a także zarządza działalnością związaną z wydawaniem zezwoleń. Ma na celu ochronę prawa wszystkich mieszkańców do życia w środowisku, które sprzyja ich zdrowiu i dobrostanowi oraz do zapewnienia dostępu do odpowiednich usług społecznych i zdrowotnych.

### **Fińska Agencja Leków (Fimea)**

Fimea jest krajowym organem podlegającym MSAH, odpowiedzialnym za regulacje związane z produktami farmaceutycznymi. Utrzymuje i promuje bezpieczne stosowanie leków, wyrobów medycznych i produktów krwiopochodnych. Udziela zezwoleń na sprzedaż produktów farmaceutycznych oraz ocenia ich jakość, wydaje decyzje związane z dopuszczeniem do obrotu produktów leczniczych. Nadzoruje również produkcję, import i dystrybucję leków oraz rozpowszechnia informacje na temat farmaceutyków.

### **Urząd ds. Bezpieczeństwa Radiacyjnego i Jądrowego (STUK)**

Organ ten określa przepisy związane z bezpieczeństwem radiologicznym i jądrowym oraz zapewnia ich wdrożenie. Prowadzi również badania nad promieniowaniem i jego skutkami, określa zagrożenia spowodowane radiacją oraz monitoruje poziomy promieniowania w środowisku.

### **Fiński Instytut Zdrowia Zawodowego (FIOH)**

Prowadzi badania, oferuje szkolenia dla specjalistów ds. bezpieczeństwa i higieny pracy, świadczy usługi doradcze i upowszechnia informacje na temat zdrowia w miejscu pracy.

### Centrum Finansowania Organizacji Pomocy Społecznej i Zdrowia (STEA)

STEA jest samodzielnym państwowym organem pomocowym, założonym w 2017 roku. Jest niezależna, ale działa w powiązaniu z MSAH i jest odpowiedzialna za dystrybucję, monitorowanie i ocenę wpływu środków przyznawanych organizacjom społecznym i organizacjom zdrowotnym z dochodów państwowej spółki zajmującej się grami hazardowymi, Veikkaus Ltd. Fundusze STEA mogą być przyznawane organizacjom non-profit i fundacjom na działania promujące zdrowie i opiekę społeczną.

### Rada ds. Wyborów w Opiece Zdrowotnej (COHERE)

Powołanie Rady ds. Wyborów w Opiece Zdrowotnej (COHERE) w 2011 roku było podyktowane unijną dyrektywą o prawach pacjenta, która weszła w życie w kwietniu 2011 roku. Dyrektywa ta zmusiła MSAH do rozważenia, jakie usługi zdrowotne są objęte ustawowym systemem opieki zdrowotnej i tym samym należą do koszyka usług zdrowotnych Finlandii. Rada jest stałym organem powołanym przez rząd, który współpracuje z MSAH. Do jej zadań należy rekomendowanie, które usługi zdrowotne powinny być włączone lub wyłączone z koszyka świadczeń finansowanych przez państwo. Jest ona również odpowiedzialna za monitorowanie i ocenę zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz wydawanie wyjaśnień.

### Inne podmioty działające w otoczeniu Ministerstwa Spraw Społecznych i Zdrowia

- Komitet ds. Cen Leków (HILA) - Niezależny organ odpowiedzialny za ustalanie, jakie leki objęte są systemem refundacyjnym dla ubezpieczenia zdrowotnego, do jakiej kategorii refundacyjnej należą i jaka jest ich rozsądna cena hurtowa.
- Alko Oy – spółka monopolista sprzedaży alkoholi.
- FinnHems Oy – spółka państwowa odpowiedzialna za operacje helikopterów medycznych.
- Centrum Bezpieczeństwa Emerytalnego – ubezpieczenia społeczne podczas pracy za granicą.
- **Fundusz Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracy** – finansuje badania i rozwój w fińskim życiu zawodowym.
- **Fundusz Zatrudnienia** – prowadzi ubezpieczenia na wypadek utraty pracy.

### Rady i komisje

Przy Ministerstwie Spraw Społecznych i Zdrowia działają liczne organy doradcze. Najważniejsze z nich to:

- Rada ds. Wyboru usług w opiece zdrowotnej PALKO,
- Rada ds. Etyki Pomocy Społecznej i Opieki Zdrowotnej ETENE.
- Rada Doradcza ds. Biotechnologii,
- Technologii Genów,
- Komitet Doradczy ds. Chemikaliów,
- Komitet Doradczy ds. Romów,
- Rada Doradcza ds. Praw Osób Niepełnosprawnych VANE.
- Rada Doradcza przy Rzeczniku Praw Dziecka,
- Fińska Rada ds. Adopcji.
- Rada Doradcza ds. Osób Starszych i Emerytów.
- Rada ds. Równości Płci.
- Komisja ds. Ustalania Cen Środków Farmaceutycznych,
- Komisja Odwoławcza ds. Wypadków przy Pracy,
- Komisja ds. odszkodowań z tytułu ubezpieczenia wypadkowego,
- Komisja Odwoławcza ds. Wypadków.
- 

### **Rola innych ministerstw w zadaniach związanych z systemem opieki zdrowotnej**

Za niektóre działania związane z systemem opieki zdrowotnej odpowiadają: Ministerstwo Gospodarki i Zatrudnienia (głównie z punktu widzenia handlu i promocji biznesu, mające na celu zwiększenie efektywności ekonomicznej zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym) oraz Ministerstwo Edukacji i Kultury (które jest odpowiedzialne za planowanie i dotowanie edukacji i szkoleń personelu medycznego oraz badań naukowych).

## **Ubezpieczenia zdrowotne**

### **Krajowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych (KELA)**

KELA prowadzi ustawowy system NHI, Narodowego Funduszu Ubezpieczeń. KELA podlega władzy parlamentu. Narodowy System Ubezpieczeń obejmuje wszystkich mieszkańców Finlandii. System obejmuje refundację leków ambulatoryjnych, zwrot części kosztów leczenia w sektorze prywatnym, rekompensatę kosztów podróży do jednostek służby zdrowia, zasiłek chorobowy, zasiłek za urlop macierzyński oraz rekompensatę za niektóre usługi rehabilitacyjne. Ponadto NHI zwraca część kosztów usług medycyny pracy.

NHI jest finansowany z obowiązkowych składek pracowniczych, podczas gdy opieka podstawowa i szpitalna są finansowane z podatków pobieranych przez gminy jak również z dotacji rządu krajowego. Wysoki poziom decentralizacji pozwala na dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb rozproszonej ludności.

Równolegle mieszkańcy mogą korzystać z prywatnych usług zdrowotnych, finansowanych głównie ze środków własnych (przy czym pacjentom przysługuje częściowa refundacja z Narodowego Funduszu Ubezpieczeń NHI) oraz dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Ponadto pracodawcy w ramach organizacji usług zdrowotnych, zobowiązani są do organizowania profilaktycznej opieki zdrowotnej dla swoich pracowników w miejscu pracy, a wielu dużych i średnich pracodawców zapewnia pracownikom dostęp do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

W Finlandii istnieje duży stopień integracji opieki zdrowotnej z opieką społeczną.

Ramy prawne zarządzania usługami zdrowotnymi w Finlandii tworzą trzy główne akty prawne: Ustawa o Podstawowej Opiece Zdrowotnej (1972), Ustawa o Specjalistycznej Opiece Medycznej (1991) oraz Ustawa o Opiece Zdrowotnej (2010). Ustawa o opiece zdrowotnej z 2010 r. obejmuje głównie aspekt świadczenia usług, podczas gdy ustawy o podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej określają struktury administracyjne.

Opieka nad osobami starszymi i większość opieki długoterminowej w Finlandii należą do obszaru opieki społecznej i są regulowane przez ustawę o opiece społecznej (1982).

### **Pracodawcy**

Pracodawcy mogą uzupełniać obowiązkową służbę zdrowia w miejscu pracy poprzez dobrowolnie organizowanie dodatkowych usług zdrowotnych. Mają także swobodę decydowania o ich zakresie. Pracodawcy mogą świadczyć usługi w zakresie medycyny pracy samodzielnie lub wykupić je od innych pracodawców, miejskich ośrodków zdrowia lub prywatnych usługodawców.

### **Fińska Studencka Służba Zdrowia (FSHS)**

Fundacja ta zapewnia ambulatoryjną opiekę zdrowotną dla studentów uniwersytetów. W 2021 r. usługi te obejmowały również studentów uczelni technicznych. Organizacja jest finansowana z systemu NHI (63%), miast uniwersyteckich (14%) i opłat wnoszonych przez studentów (23%).

### **Prywatni świadczeniodawcy**

Świadczenie prywatnych usług zdrowotnych reguluje Ustawa o prywatnej opiece zdrowotnej (152/1990). Działalność ta wymaga uzyskania licencji przyznawanej przez Regionalną Agencję Administracji Państwowej RSAA, która wspólnie z krajowym organem nadzorczym ds. opieki społecznej i zdrowia Valvira nadzoruje tych świadczeniodawców. Od 2010 r. sektor prywatnej opieki zdrowotnej znacznie się zmienił, częściowo ze względu na szybko konsolidujący się rynek. Łącznie w systemie opieki zdrowotnej działa około 16 000 prywatnych firm, ale trzy duże korporacje i powiązane z nimi spółki odpowiadają obecnie za blisko połowę całkowitych przychodów. Prywatni świadczeniodawcy mają duży wpływ na wiele usług, takich jak opieka nad osobami starszymi, służby medycyny pracy, opieka stomatologiczna i ambulatoryjne usługi specjalistyczne. Na sektor prywatny przypada około 5% działalności związanej z opieką szpitalną.

### Ubezpieczyciele prywatni

Okolo 17% populacji Finlandii jest objętych dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (VHI). Biorąc pod uwagę wzrost zasięgu VHI w ostatnich latach, ubezpieczyciele coraz częściej starają się zapewnić zarówno finansowanie, jak i świadczenie usług. Na przykład spółdzielnia OP Pohjola (duża organizacja finansowa świadcząca usługi bankowe i ubezpieczeniowe) założyła kilka szpitali, których celem jest hospitalizacja pacjentów o wysokich kosztach leczenia. Inne firmy ubezpieczeniowe również ogłosiły swoje plany dalszego rozszerzania zakresu i skali świadczonych usług zdrowotnych.

## 5. Kanada

### Organizacja i zarządzanie<sup>9</sup>

Kanada jest federacją konstytucyjną z władzami i obowiązkami podzielonymi między rząd federalny i rządy prowincji. Z wyjątkiem jurysdykcji nad szpitalami i zakładami psychiatrycznymi, którą konstytucja przyznaje wyłącznie prowincjom, system zarządzania służbą zdrowia nie został w niej wyraźnie określony. W latach 60. XIX wieku uprawnienia zarządzania służbą zdrowia przypisano zarówno rządowi centralnemu i rządowi prowincji. W konsekwencji władzę w tej dziedzinie można wywnioskować jedynie z szeregu innych przepisów konstytucji.

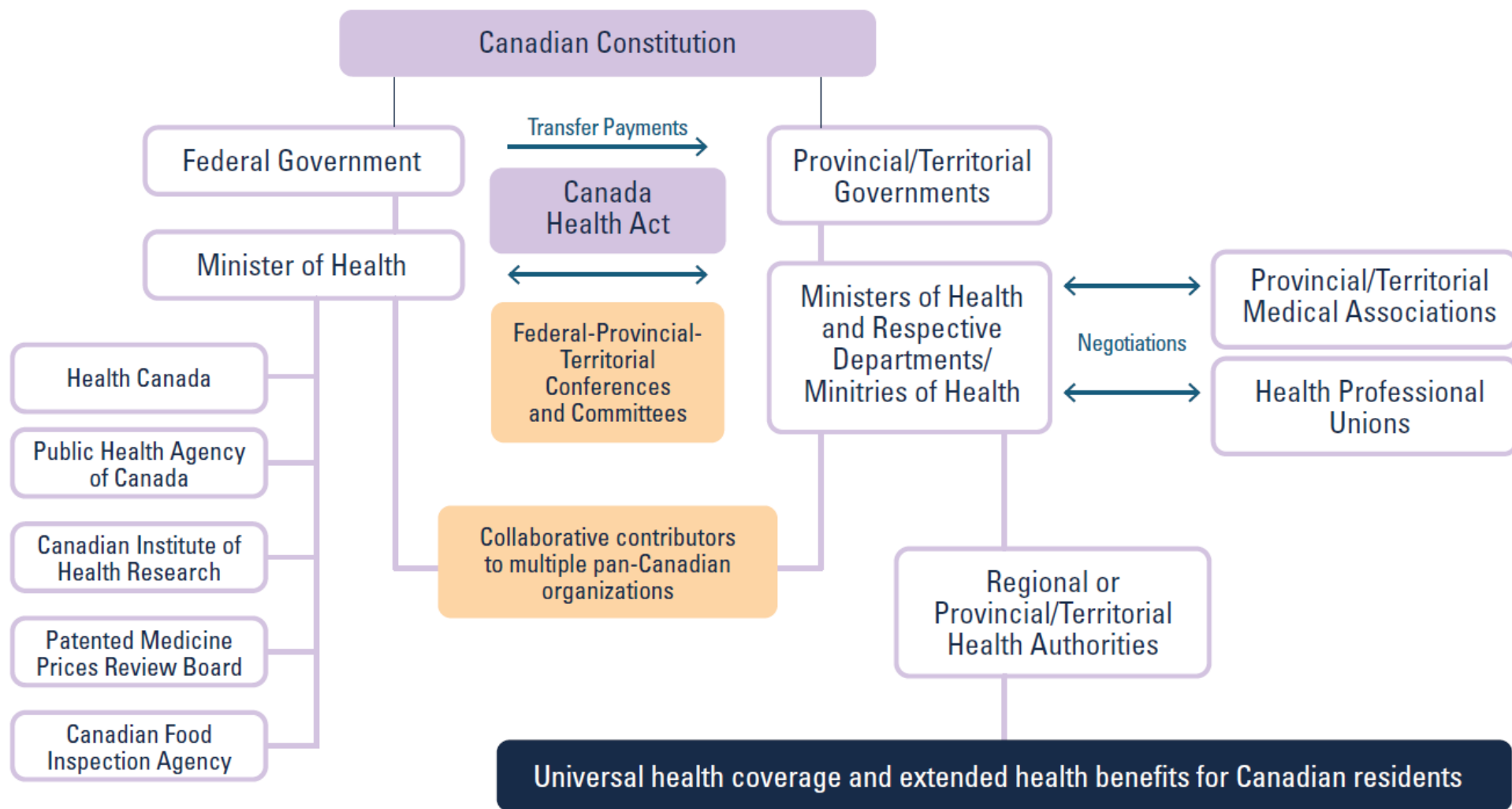
Chociaż trzy terytoria północne mają status konstytucyjny podporządkowany rządowi federalnemu, rząd federalny przekazał im odpowiedzialność za administrowanie publiczną opieką zdrowotną. Rząd federalny zachowuje ważne obowiązki „sterujące” w zakresie kluczowych wymiarów opieki medycznej na mocy Kanadyjskiej Ustawy o Zdrowiu. Prowincje, przestrzegając jej zasad mogą uczestniczyć w Canada Health Transfer (patrz rys. 1).

---

<sup>9</sup> Opracowano na podstawie: Canada Health system review 2020, Gregory P. Marchildon, Sara Allin, Sherry Merkur, European Observatory on Health Systems and Policies.



Rys. 1 Schemat zarządzania opieką zdrowotną finansowaną ze środków publicznych w Kanadzie



Źródło: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/canada-2020/organization-and-governance/organization/#footnote8> (dostęp 15.02.2022 r.)

## Szczegół prowincji i terytoriów

Kanada jest podzielona terytorialnie na 10 prowincji i 3 terytoria. Każda prowincja i każde terytorium posiada przepisy regulujące administrowanie systemem jednego płatnika (single-payer system) na powszechne świadczenia szpitalne i lekarskie (zarówno w szpitalach, jak i w placówkach ambulatoryjnych). Łącznie, 13 prowincjonalnych i terytorialnych planów ubezpieczenia zdrowotnego tworzy kanadyjski system opieki zdrowotnej, finansowany ze środków publicznych, znany jako medicare (Marchildon, 2009). Oprócz opłacania opieki szpitalnej, bezpośrednio lub poprzez finansowanie organów służby zdrowia, prowincje ustalają również stawki wynagrodzenia dla lekarzy, które są negocjowane z wojewódzkimi stowarzyszeniami lekarskimi (budżety organów służby zdrowia nie uwzględniają świadczeń lekarskich). Rządy prowincji zarządzają również różnymi dotacjami i usługami długoterminowymi LTC (Long Term Care), a także planami leków na receptę, które zapewniają mieszkańcom różne stopnie ochrony i działają głównie jako siatka bezpieczeństwa. Poziom kosztów tych niemedycznych usług z czasem rósł w porównaniu z usługami szpitalnymi i lekarskimi<sup>10</sup>.

Ministrowie zdrowia prowincji i terytoriów są odpowiedzialni za ustawodawstwo i przepisy dotyczące administrowania powszechnym ubezpieczeniem na niezbędne z medycznego punktu widzenia usługi szpitalne i lekarskie. W niektórych jurysdykcjach istnieją dwa odrębne akty prawne, jeden dotyczący usług szpitalnych, a drugi usług medycznych, podczas gdy w innych jurysdykcjach oba zostały połączone w jeden akt prawny. W prowincjach i terytoriach, w których istnieją organy zarządzające służbą zdrowia, część uprawnień i odpowiedzialności ministra zdrowia za system zdrowia jest delegowana na organy administracji publicznej odpowiedzialne za alokację środków na szeroki zakres usług zdrowotnych.

Regionalizacja łączy przekazywanie funduszy z ministerstw zdrowia prowincji do regionalnych urzędów ds. zdrowia RHA (Regional Health Authority) co łączy się z centralizacją zarządzania i administracji z poszczególnych placówek i organizacji opieki zdrowotnej do poziomu władz regionalnych. W większości prowincji RHA działają zarówno jako świadczeniodawcy, jak i nabywcy opieki szpitalnej i opieki długoterminowej oraz innych usług delegowanych przez ustawodawstwo prowincji. W latach 2006-2018 Lokalne Sieci Integracji Zdrowia (LHIN) w Ontario, w przeciwieństwie do RHA w pozostałej części Kanady, nie świadczyły usług bezpośrednio; zamiast tego podzielono zasoby między szpitale i inne niezależne organizacje ochrony zdrowia. Podczas gdy w niektórych przypadkach RHA ułatwiały integrację poziomą, w szczególności konsolidację szpitali, głównym celem regionalizacji było uzyskanie korzyści z integracji pionowej. Oczekiwano, że poprzez koordynację lub integrację placówek i świadczeniodawców w wielu sektorach opieki zdrowotnej, RHA poprawią ciągłość opieki i zmniejszą koszty poprzez zachęcanie do szerszej opieki prewencyjnej oraz, w stosownych przypadkach, zastępowanie potencjalnie tańszymi usługami domowymi, środowiskowymi i instytucjonalnymi bardziej kosztownej opieki szpitalnej (Marchildon, 2016b). Dzięki finansowaniu z prowincjonalnych ministerstw zdrowia PHA (Provincial Health Authority), RHA i bardziej scentralizowane prowincjonalne i terytorialne organy ds. zdrowia (PHA)

---

<sup>10</sup> Chociaż poziomu usług medicare nie można obliczyć w precyzyjny sposób, usługi szpitalne i lekarskie mogą być podane w przybliżeniu – np. w 2018 r. prognoza wynosiła 43% wszystkich wydatków na zdrowie w Kanadzie (CIHI, 2018a).

dysponują zasobami opieki zdrowotnej, aby zaspokoić potrzeby swoich populacji. Jednak żaden rząd prowincji nie delegował kompetencji regulowania wynagrodzenia lekarzy<sup>11</sup> w tym lekarzy rodzinnych, którzy są odpowiedzialni za większość świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub administrowania publicznymi planami leków na receptę, do RHA i PHA (Marchildon, 2016b).

## Szczebel federalny

Rząd federalny odgrywa kluczową rolę w ustalaniu ogólnokanadyjskich standardów usług UHC (Universal Health Coverage) – szpitalnych, diagnostycznych, opieki medycznej, wyznaczonych usług chirurgii dentystycznej i stacjonarnych terapii lekowych – poprzez Kanadyjską Ustawę o Zdrowiu. Federalny Departament Zdrowia – Health Canada – jest odpowiedzialny za zapewnienie przestrzegania przez rządy prowincji i terytoriów pięciu kryteriów Kanadyjskiej Ustawy o Zdrowiu<sup>12</sup>. Chociaż transfery warunkowe są powszechnym narzędziem politycznym w większości federacji, wykorzystanie federalnej siły nabywczej na opiekę zdrowotną jest w Kanadzie bardziej kontrowersyjne, w dużej mierze z powodu chęci niektórych rządów prowincji i polityków do jeszcze większego stopnia fiskalnej i administracyjnej decentralizacji (Boessenkool, 2010; 2013).

Podczas gdy rządy prowincji i terytoriów muszą zapewnić usługi w ramach powszechnego ubezpieczenia wszystkim zarejestrowanym mieszkańcom uznanym za Rdzenne Narody i Eskimosów, rząd federalny zapewnia im dodatkowe ubezpieczenie nieubezpieczonych świadczeń zdrowotnych NIHB (non-insured health benefits), takich jak leki na receptę, opieka dentystyczna i opieka okulistyczna, a także transport medyczny w celu uzyskania usług medycznych nieświadczonych na terenie rezerwatu lub we wspólnocie zamieszkania. NIHB zapewnia ubezpieczenie „ostatniego dolara” za usługi nieobjęte istniejącym prywatnym programem ubezpieczenia zdrowotnego (zazwyczaj opartym na zatrudnieniu), planami rozszerzonych świadczeń prowincji i terytoriów lub innymi programami socjalnymi FPT (federalnymi, prowincji i terytoriów)<sup>13</sup>. Wcześniej zarządzany przez Health Canada, program NIHB jest obecnie zarządzany przez nowo utworzony departament znany jako Indigenous Services Canada (usługi dla rdzennych społeczności). Jednak Health Canada i Kanadyjska Agencja Zdrowia

---

<sup>11</sup> Jedynym wyjątkiem są Terytoria Północno-Zachodnie, gdzie Terytorialny Urząd Opieki Zdrowotnej i Opieki Społecznej jest odpowiedzialny za wynagrodzenie lekarzy, z którego prawie całość jest otrzymywana w formie wynagrodzenia.

<sup>12</sup> Pięć zasad Kanadyjskiej Ustawy o Zdrowiu przewiduje:

*Publiczne administrowanie:* plany prowincjonalne i terytorialne muszą być zarządzane i obsługiwane na zasadzie non-profit przez władze publiczne podlegające władzom prowincjonalnym lub terytorialnym.

*Kompleksowość:* plany prowincjonalne i terytorialne muszą zapewniać wszystkie niezbędne medycznie usługi świadczone przez szpitale, lekarzy i dentystów pracujących w środowisku szpitalnym.

*Uniwersalność:* plany prowincjonalne i terytorialne muszą uprawniać wszystkich ubezpieczonych do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na jednolitych warunkach.

*Dostępność:* plany prowincjonalne i terytorialne muszą zapewniać wszystkim ubezpieczonym rozsądny dostęp do niezbędnych z medycznego punktu widzenia usług szpitalnych i lekarskich bez barier finansowych lub innych.

*Mobilność:* plany prowincjonalne i terytorialne muszą obejmować wszystkie osoby ubezpieczone, które przenoszą się do innej prowincji lub terytorium w Kanadzie oraz gdy podróżują za granicę. Prowincje i terytoria mają pewne ograniczenia dotyczące zakresu usług świadczonych poza Kanadą i mogą wymagać uprzedniej zgody na usługi inne niż nagłe świadczone poza ich jurysdykcją.

<sup>13</sup> Rząd Kanady. Informacje o programie nieubezpieczonych świadczeń zdrowotnych, <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1576790320164/1576790364553>

Publicznego PHAC (Public Health Agency of Canada) nadal finansują szereg programów dotyczących zdrowia w społecznościach Rdzennych i Eskimosów (na przykład program Opieki Domowej i Społecznej Rdzennych Narodów i Eskimosów oraz Inicjatywa na Rzecz Cukrzyca Aborygenów). Health Canada odpowiada również za regulowanie bezpieczeństwa i skuteczności produktów terapeutycznych, w tym wyrobów medycznych, farmaceutyków i naturalnych produktów zdrowotnych, a także za zapewnienie bezpieczeństwa żywności i produktów konsumenckich. Ochrona danych i patentów dotyczących leków jest również administrowana przez Health Canada zgodnie z Ustawą o żywności i lekach oraz przepisami dotyczącymi leków patentowych (powiadomienie o zgodności) na mocy Ustawy o patentach.

Od 2004 r. PHAC pełni szereg funkcji w obszarze zdrowia publicznego, w tym zapobieganie chorobom zakaźnym i ich kontrolę, nadzór, przygotowanie na sytuacje kryzysowe, a także prowadzi krajowe inicjatywy w zakresie szczepień oraz koordynuje lub administruje programami promocji zdrowia, zapobiegania chorobom i zdrowia w podróży. PHAC jest również odpowiedzialna za regionalne centra i laboratoria, w tym urzędnika bezpieczeństwa biologicznego w Krajowym Laboratorium Mikrobiologicznym. Ustawa Kanadyjskiej Agencji Zdrowia Publicznego ustanowiła również stanowisko Głównego Specjalisty ds. Zdrowia Publicznego (CPHO). Ustawa upoważnia CPHO do komunikowania się z rządami prowincji i terytoriów i ich agencjami zdrowia publicznego, a także organizacjami pozarządowymi (NGO) i sektorem prywatnym w kwestiach zdrowia publicznego. Podczas kryzysu COVID-19 w 2020 r. kanadyjska CPHO dr Theresa Tam współpracowała ze swoimi odpowiednikami z prowincji i terytoriów w celu koordynowania reakcji politycznych na pandemię. Podczas pandemii dr Tam organizowała codzienne konferencje prasowe na żywo, aby przedstawiać raporty z postępów w rozprzestrzenianiu się COVID-19 i zalecenia jej biura w celu powstrzymania transmisji wirusa.

Rada ds. Przeglądu Cen Leków Patentowych (PMPRB) to działający na zasadach rynkowych organ quasi-sądowy, który reguluje ceny leków opatentowanych przy wyjściu z fabryki (definiowane jako ceny, po których producenci farmaceutyczni sprzedają leki do szpitali, aptek i innych hurtowni). Ustanowiona w 1987 r., PMPRB działa jako filar ochrony konsumentów w głównym pakiecie reform ustawy patentowej, które zostały zaprojektowane w celu zachęcenia do większych inwestycji w badania i rozwój farmaceutyków w Kanadzie poprzez silniejszą ochronę patentową. Należy zauważyć, że PMPRB nie ma jurysdykcji nad cenami pobieranymi przez hurtownie lub apteki ani nad honorariami farmaceutów. Chociaż PMPRB nie ma mandatu do regulowania cen leków generycznych, corocznie przedstawia parlamentowi sprawozdania dotyczące trendów cenowych wszystkich leków. W odpowiedzi na rosnące ceny leków markowych w Kanadzie oraz relatywnie wysokie ceny w porównaniu z innymi krajami, w 2019 r. po raz pierwszy od powstania PMPRB dokonano zmian regulacyjnych.

Rząd federalny odgrywa ponadto kluczową rolę w badaniach nad zdrowiem poprzez finansowanie Kanadyjskich Instytutów Badań nad Zdrowiem CIHR (Canadian Institutes of Health Research). CIHR składa się z 13 „wirtualnych” instytutów i zapewnia finansowanie badań w celu poprawy zdrowia i wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej (Marchildon, 2013). Chociaż większość badań sponsorowanych przez CIHR jest inicjowana przez badaczy, nieco ponad 30% badań finansowanych przez CIHR ma charakter strategiczny, z czego 115,9 mln

USD (78 mln EUR)<sup>14</sup> zostało przydzielonych na priorytety rządu Kanady w latach 2017–2018 (CIHR, 2018). Federalny Minister Zdrowia jest odpowiedzialny za CIHR i utrzymanie celu uczynienia Kanady jednym z pięciu wiodących krajów badawczych w dziedzinie zdrowia na świecie. Rząd federalny zapewnia również większość funduszy na główne inicjatywy badawcze, które są zarządzane niezależnie, w tym Genome Canada, którego celem jest uczynienie Kanady światowym liderem w badaniach zdolnych do izolacji predyspozycji do chorób i opracowania lepszych narzędzi diagnostycznych i strategii zapobiegania.

Ta działalność badawcza jest wspierana przez rozległą infrastrukturę danych zdrowotnych dostarczanych przez Statistics Canada za pośrednictwem pięcioletnich spisów powszechnych, a także szeregu ankiet dotyczących zdrowia. Uznawany na arenie międzynarodowej Statistics Canada jest pionierem w gromadzeniu statystyk dotyczących zdrowia, a także w opracowywaniu wskaźników stanu zdrowia i wyznaczników zdrowia. Gromadzenie danych zostało znacznie rozszerzone dzięki partnerstwu Urzędu Statystycznego Kanady z Kanadyjskim Instytutem Informacji Zdrowotnej.

### Szczebel międzyrządowy

Rządy: federalny, prowincjonalne i terytorialne (FTP) w dużym stopniu polegają na instrumentach międzyrządowych w celu koordynacji wielu obszarów polityki i programów (Marchildon, 2010). Instrumenty bezpośrednie obejmują Rady i Komitety doradcze FPT podlegające Konferencji Wiceministrów Zdrowia FPT, która z kolei podlega Konferencji Ministrów Zdrowia FPT (O'Reilly, 2001). Rząd federalny zapewnia również fundusze dla szeregu wyspecjalizowanych Pan-Kanadyjskich Organizacji Zdrowia (PCHO). W 2018 r. zewnętrzny panel przeglądowy (Forest & Martin, 2018) zasugerował poważne zmiany w PCHO, w tym pewne potencjalne fuzje między organizacjami, ale w dniu pisania tego tekstu nie nastąpiły żadne istotne zmiany w tych PCHO, z wyjątkiem połączenia Canadian Patient Safety Initiative oraz Kanadyjskiej Fundacji na rzecz Poprawy Opieki Zdrowotnej w 2020 roku (Kanadyjska Fundacja Poprawy Opieki Zdrowotnej, 2020a).

Rządy FPT intensywnie współpracują z partnerami społeczeństwa obywatelskiego za pośrednictwem PCHO. Pracując nad projektami z Kanadyjską Fundacją na rzecz Poprawy Opieki Zdrowotnej, na przykład rządy prowincji i terytoriów regularnie badają, wdrażają i zwiększają skalę innowacji w dostarczaniu opieki zdrowotnej w projektach obejmujących na przykład poprawę zdrowia mieszkańców ośrodków opieki długoterminowej poprzez dokładniejsze przepisywanie leków psychotycznych (Winnipeg Regional Health Authority), lepsze wsparcie dla osób z cukrzycą (Nowa Fundlandia), poprawę leczenia pacjentów z przewlekłą opieką poprzez porady telefoniczne (Providence Health Care, Vancouver) (Kanadyjska Fundacja na rzecz Poprawy Opieki Zdrowotnej, 2020b). Rządy prowincji i terytoriów pracują również nad

---

<sup>14</sup> Wszystkie wartości w dolarach to dolary kanadyjskie, chyba że zaznaczono inaczej. Kurs średni walut używany w 2018 roku jest Czy 1 USD = 0,67 EUR.

projektami dotyczącymi zdrowia psychicznego, kontroli raka i nadużywania substancji odurzających w ramach projektów zainicjowanych lub finansowanych przez Kanadyjską Komisję Zdrowia Psychicznego, Kanadyjskie Partnerstwo na rzecz Walki z Rakiem oraz Kanadyjskie Centrum ds. Użycia i Uzależnień od substancji.

Za pośrednictwem Rady Federacji, organizacji międzyrządowej utworzonej przez premierów 13 prowincji i terytoriów, rządy prowincji i terytoriów utworzyły w 2012 r. Grupę Roboczą ds. Innowacji Opieki Zdrowotnej, składającą się ze wszystkich ministrów zdrowia prowincji i terytoriów (COF, 2016). W ostatnich latach Rada skupiła się na legalizacji i regulacji użycia konopi (COF, 2017).

### Pozarządowe krajowe agencje i stowarzyszenia

Na kanadyjskie programy i politykę opieki zdrowotnej duży wpływ ma wiele organizacji pozarządowych. Wiele z nich jest zorganizowanych jako stowarzyszenia prowincjonalne, które mają nad sobą krajowe organizacje patronackie, odgrywające ważną rolę w ułatwianiu i koordynowaniu członkostwa w inicjatywach ogólnokanadyjskich. Znaczna liczba krajowych organizacji pozarządowych zajmujących się zdrowiem również ma status organizacji charytatywnych i tworzą jedne z największych – mierzonych przychodami i odliczanymi od podatku darowiznami – organizacje pozarządowe w kraju, głównie fundacje szpitalne i organizacje charytatywne zajmujące się chorobami.

Warto zauważyć, że w przeciwieństwie do krajów z akredytacją rządowych placówek opieki zdrowotnej, Kanada posiada system dobrowolnej akredytacji prowadzonej przez organizację pozarządową (Shaw i in., 2013). Znana jako Accreditation Canada, ta organizacja pozarządowa akredytuje szpitale, placówki opieki zdrowotnej i organy służby zdrowia, a także przeprowadza przeglądy i oceny placówek opieki zdrowotnej i regionalnych systemów opieki zdrowotnej wydając rekomendacje dotyczące ulepszeń.

Organizacje świadczące usługi zdrowotne odegrały ważną rolę w kształtowaniu polityki opieki zdrowotnej w Kanadzie. Na przykład Canadian Medical Association (CMA) jest ogólnokrajową organizacją zrzeszającą lekarzy, specjalistów i lekarzy ogólnych – znanych w Kanadzie jako lekarze rodzinni. Oprócz lobbowania interesów swoich członków, CMA prowadzi również aktywny program badań politycznych i wydaje dwutygodnik CMAJ (Canadian Medical Association Journal) oraz sześć bardziej specjalistycznych czasopism medycznych. 12 stowarzyszeń medycznych prowincji i terytoriów (Nunavut nie jest reprezentowany) to samorządne oddziały w ramach CMA. Te organy prowincji i terytoriów są odpowiedzialne za negocjowanie wynagrodzenia lekarzy i warunków pracy z ministerstwami zdrowia prowincji i terytoriów, z wyjątkiem Quebecu, gdzie negocjacje prowadzone są przez dwa organy reprezentujące specjalistów i lekarzy pierwszego kontaktu. Chociaż CMA nie jest bezpośrednio zaangażowane w takie negocjacje, to – na wezwanie – służy radą i wiedzą stowarzyszeniom prowincji i terytoriów.

Rola CMA, a w szczególności jej wydziałów prowincjonalnych, musi być oddzielona od regulacyjnej roli prowincjonalnych kolegiów lekarzy i chirurgów, w tym licencjonowania, ustalania standardów postępowania, badania skarg pacjentów oraz egzekwowania przepisów. Podobnie jak w przypadku większości zawodów w Kanadzie, lekarze są odpowiedzialni za regulacje dotyczące swojego zawodu w ramach ustawodawstwa prowincji. Organ krajowy, Królewskie Kolegium Lekarzy i Chirurgów Kanady (RCPSC), ogranicza swoją funkcję do nadzorowania i regulowania podyplomowego kształcenia medycznego.

Kanadyjskie Stowarzyszenie Pielęgniarek (CNA) jest federacją 11 organizacji pielęgniarek zarejestrowanych w PT z około 139 000 członków od 2018 r.<sup>15</sup> Niektóre organizacje prowincjonalne, takie jak Registered Nurses Association of Ontario, mają znaczny wpływ na politykę i regulacje prawne w ramach ich odpowiednich jurysdykcji. Ponieważ pielęgniarki są silnie uzwiązkowane w Kanadzie, ich prowincjonalne i terytorialne organizacje związkowe wywierają znaczny wpływ polityczny. Związki te są reprezentowane na szczeblu krajowym przez Kanadyjską Federację Związków Pielęgniarek.

Na poziomie ogólnokanadyjskim istnieje wiele grup społeczeństwa obywatelskiego, których głównym celem jest mobilizacja wsparcia i finansowania zarówno ogólnych, jak i konkretnych celów związanych z opieką zdrowotną. Inne organizacje charytatywne promują większą koncentrację opinii publicznej na określonych chorobach lub stanach zdrowia poprzez rzecznictwo, informacje i porady dla osób dotkniętych chorobą i ich opiekunów. Wiele z tych organizacji ma status organizacji charytatywnych i zapewnia finansowanie badań w swoich dziedzinach.

Wreszcie istnieją stowarzyszenia branżowe, które reprezentują interesy nastawione na zysk w opiece zdrowotnej. Należą do nich takie organizacje, jak Canadian Generic Pharmaceuticals Association, Innovative Medicines Canada (organizacja reprezentująca opatentowane, oparte na badaniach firmy farmaceutyczne) oraz Canadian Life and Health Insurance Association (Kanadyjskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Zdrowie).

## Decentralizacji i centralizacja

Kanada ma wysoce zdecentralizowany system opieki zdrowotnej, w którym głównie rządy prowincji i terytoriów są odpowiedzialne za zarządzanie, regulowanie, finansowanie i administrowanie opieką zdrowotną. W jednym z ostatnich badań stwierdzono, że rządy prowincji w Kanadzie mają większą autonomię w podejmowaniu decyzji w zakresie finansowania, organizacji i świadczenia usług, zarządzania zasobami ludzkimi, zasad dostępu do zasięgu i struktur odpowiedzialności i zarządzania niż jednostki składowe w siedmiu innych federacjach, w tym Szwajcarii ( Marchildon & Bossert, 2018).

---

<sup>15</sup> Stowarzyszenie pielęgniarek z Quebecu (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ) nie jest członkiem CNA, podczas gdy istnieje jedno stowarzyszenie dla pielęgniarek w Nunavut i Terytoriach Północno-Zachodnich.

Podczas gdy Kanada ma mieszany model publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej, administracja opieki zdrowotnej stała się bardziej scentralizowana w wyniku szeroko zakrojonych reform administracyjnych uchwalonych przez rządy prowincji i terytoriów w ciągu ostatnich dwóch dekad. Kiedy regionalizacja pojawiła się po raz pierwszy, obejmowała zarówno decentralizację, jak i centralizację. Podczas gdy ministerstwa zdrowia prowincji i terytoriów przekazały regionalnym władzom ds. zdrowia znaczną część podejmowania decyzji administracyjnych, w wielu (ale nie we wszystkich) przypadkach ta zmiana strukturalna wiązała się również ze zniesieniem większej liczby lokalnych organizacji opieki zdrowotnej i ich zarządów, przy czym organizacje te zostały włączone do regionalnych urzędów ds. zdrowia.

Od 2001 r. istnieje wyraźna tendencja do zwiększonej centralizacji w zakresie zmniejszania liczby organów ds. zdrowia lub konsolidacji organów ds. zdrowia w pojedyncze agencje opieki zdrowotnej prowincji i terytoriów. Ten ostatni trend rozpoczął się w 2008 r., kiedy Alberta rozwiązała dziewięć organów ds. zdrowia na rzecz jednego organu ds. zdrowia w ambitnym wysiłku uzyskania korzyści skali i zakresu poprzez utworzenie jednej organizacji zarządzania zdrowiem z pewną autonomią operacyjną od prowincjonalnego ministerstwa zdrowia (Duckett , 2010; Donaldson, 2010). Model ten został od tego czasu przyjęty w Nowej Szkocji, Saskatchewan, Terytoriach Północno-Zachodnich, a w 2019 r. w Ontario (Marchildon , 2016b; 2019; Fierlbeck , 2018).

Jednocześnie podstawowa opieka zdrowotna jest zdecentralizowana. Chociaż podstawowa opieka zdrowotna jest finansowana ze środków publicznych, większość opieki podstawowej jest świadczona prywatnie przez lekarzy pierwszego kontaktu, z których prawie wszyscy są niezależnymi profesjonalnymi wykonawcami nastawionymi na zysk. Podczas gdy szpitale są podzielone we własności – niektóre należą do organów służby zdrowia, podczas gdy inne pozostają prywatnymi korporacjami, w większości non-profit – lekarze specjaliści, którzy świadczą usługi doraźne, są również prywatnymi, niezależnymi wykonawcami. W większości województw znaczna liczba specjalistów została zarejestrowana jako korporacje zawodowe, głównie w celu zwiększenia ich dochodów po opodatkowaniu (Nielson i Sweetman , 2018). Większość usług wspierających podstawową i doraźną opiekę zdrowotną, w tym karetki pogotowia, usługi krwi i laboratorium, a także pomocnicze usługi szpitalne (np. pralnia i żywność) są prywatne. Własność obiektów opieki długoterminowej jest podzielona między publiczną (prowincje i terytoria oraz samorządy lokalne) i prywatną (komercyjną i non-profit), chociaż stosunek między publicznymi i prywatnymi różni się znacznie w poszczególnych prowincjach. Większość usług dentystycznych, okulistycznych, psychologicznych i rehabilitacyjnych jest finansowana ze środków prywatnych i świadczona przez niezależnych specjalistów.

## Finansowanie systemu ochrony zdrowia

Sektor publiczny w Kanadzie odpowiada za około 70% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia, co jest wartością stosunkowo niską w porównaniu z innymi krajami o wysokim PKB.



W minionej dekadzie, w latach 2008-2018, wydatki na ochronę zdrowia rosły mniej więcej w tym samym tempie, co wzrost w gospodarce narodowej, ponieważ rządy prowincjonalne były odpowiedzialne za zarządzanie wydatkami po kryzysie finansowym. Przed 2009 r., od poprzedniego spowolnienia gospodarczego w połowie lat 90., nastąpił wydłużony okres szybkiego wzrostu wydatków.

Prawie wszystkie dochody na wydatki na ochronę zdrowia publicznego pochodzą z ogólnych dochodów podatkowych rządów federalnego, prowincji i terytoriów, z których znaczna część jest wykorzystywana na zapewnienie powszechnej opieki medycznej – działania szpitali, diagnostyki, opieki medycznej, wyznaczonych usług chirurgii dentystycznej i stacjonarnych terapii lekowych, które są zwolnione z opłat związanych z ich świadczeniem. Pozostała kwota przeznaczona jest na dofinansowanie innych rodzajów opieki zdrowotnej (niemedycznej), w tym leków długoterminowych i leków na receptę. Ponad 20% finansowania opieki zdrowotnej prowincji i terytoriów pochodzi z Canada Health Transfer, przekazu pieniężnego od rządu federalnego.

Płatności z własnej kieszeni i prywatne ubezpieczenie zdrowotne pokrywają większość prywatnych wydatków na zdrowie, w mniej więcej równych częściach. Zdecydowana większość prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ma formę ubezpieczenia pracowniczego, obejmującego towary i usługi niemedyczne, w tym leki na receptę, opiekę dentystyczną, opiekę wzroku i preferowane zakwaterowanie (np. prywatne pokoje) w szpitalach. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne nie konkuruje z systemami jednego płatnika prowincji i terytoriów (single-payer system) w zakresie opieki medycznej.

Budżety globalne i system opłat za usługi są dominującymi metodami opłacania, odpowiednio, szpitali i lekarzy, z pewnym ograniczonym przyjęciem płatności opartych na aktywności w szpitalach i finansowania kapitałowego dla lekarzy rodzinnych.