



GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY
Departament Badań Społecznych

Notatka informacyjna

Narodowy Rachunek Zdrowia za 2008 rok

WPROWADZENIE

System rachunków zdrowia¹ jest stosunkowo nowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny, zapewniający porównywalność w skali międzynarodowej. Prace nad wdrożeniem metodologii rachunków zdrowia w Polsce zostały podjęte przez zespół ekspertów pod kierownictwem Ministerstwa Zdrowia w 2001 r., a od 2004 są prowadzone w Głównym Urzędzie Statystycznym w ścisłej współpracy z instytucjami, które gromadzą dane o nakładach na ochronę zdrowia: tj. Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwem Obrony Narodowej, Ministerstwem Sprawiedliwości, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwem Finansów.

¹ Metodologia Narodowych Rachunków Zdrowia (NRZ) została opracowana przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w 2000 r. i opublikowana w podręczniku „A System of Health Accounts”. Podstawą rachunku jest trójwymiarowa, międzynarodowa klasyfikacja wydatków (International Classification for Health Accounts - ICHA), która umożliwia równoczesne ich zestawienie według:

- płatników,
- dostawców usług i dóbr medycznych,
- funkcji tychże usług i dóbr.

Klasyfikacja ta służy ujednoczeniu i zharmonizowaniu analiz w obszarze ochrony zdrowia, tzn. ustaleniu porównywalnych granic ochrony zdrowia i ustaleniu jednolitej terminologii. Obszar opieki zdrowotnej z punktu widzenia klasyfikacji funkcjonalnej obejmuje:

- grupę usług i dóbr indywidualnej opieki zdrowotnej tj. usługi lecznicze, usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze, leki i inne produkty medyczne,
- grupę usług i dóbr konsumowanych zbiorowo tj. działania związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym, zadania o charakterze administracyjnym i z zakresu zarządzania.

Odrębną grupę stanowią usługi wynikające z funkcji powiązanych z ochroną zdrowia, takie jak np. inwestycje, kształcenie i szkolenie personelu medycznego czy badania i rozwój w zakresie zdrowia, kontrola żywności, higieny i wody pitnej oraz usługi administracyjne, odnoszące się do dostarczania świadczeń powiązanych z ochroną zdrowia w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, udzielanych osobom niepełnosprawnym czy innym wymagającym opieki. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia zdefiniowane są jako suma wydatków bieżących i wydatków inwestycyjnych będących częścią wydatków powiązanych z ochroną zdrowia.

Efektom rachunku jest zbiór wzajemnie powiązanych tablic obrazujących wydatki na ochronę zdrowia. W tablicach zawarte są informacje m.in. o tym:

- za co płacimy (funkcje dóbr i usług),
- do kogo trafiają środki finansowe (dostawcy usług i dóbr ochrony zdrowia),
- kto wydaje pieniądze na ochronę zdrowia (płatnik).

WYNIKI NARODOWEGO RACHUNKU ZDROWIA ZA 2008 ROK.

Wydatki ogółem na ochronę zdrowia tj. wydatki bieżące i inwestycyjne wyniosły w 2008 r. 89,3 mld zł i stanowiły 7,0% Produktu Krajowego Brutto (6,4% PKB w 2007 r.). Z kolei bieżące wydatki publiczne wyniosły 60,2 mld zł i stanowiły 4,7% PKB (4,3% PKB w 2007 r.). Wartości podstawowych kategorii Narodowego Rachunku Zdrowia przedstawia poniższa tablica.

Tabl. 1. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2007 i 2008 r.^{a)}

Wyszczególnienie	2007		2008	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 176 737	100	1 272 838	100
Publiczne wydatki bieżące	50 016	4,25	60 170	4,73
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	4 779	0,41	5 347	0,42
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	970	0,08	1 014	0,08
Fundusze ubezpieczeń społecznych	44 268	3,76	53 809	4,23
Prywatne wydatki bieżące	20 872	1,77	23 224	1,82
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	18 337	1,56	20 025	1,57
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	2 535	0,22	3 199	0,25
Razem wydatki bieżące	70 888	6,02	83 393	6,55
Inwestycje	3 585	0,30	5 877	0,46
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	75 665	6,43	89 270	7,01

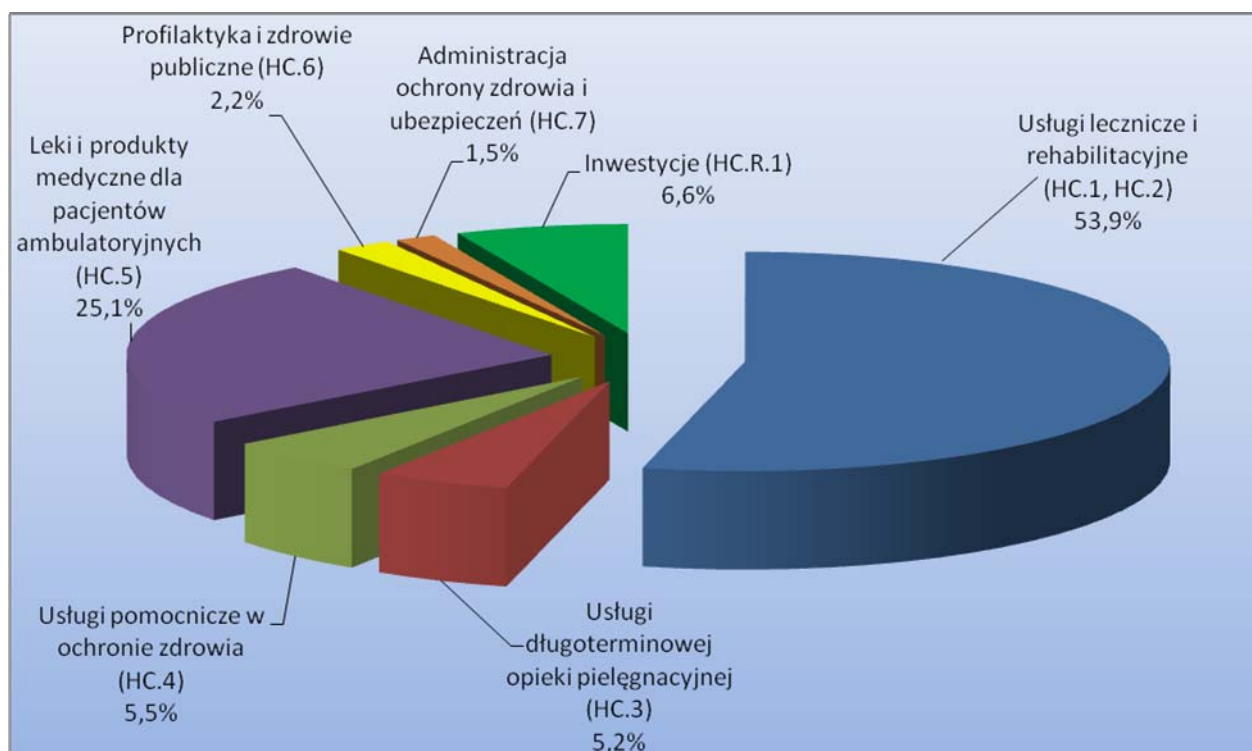
^{a)} Łącznie z wydatkami sektora Zagranica

Przytłaczającą większość nakładów ogółem na ochronę zdrowia stanowią wydatki bieżące, których udział w 2008 r. wyniósł 93,4%. Struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników kształtowała się następująco: instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z NFZ) – 72,2%, sektor prywatny – 27,8% (przed rokiem, odpowiednio 70,6% i 29,4%)². W ramach wydatków publicznych 85,9% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień wydatków pochodził z gospodarstw domowych

² Wzrost udziału środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia był m.in. wynikiem zwiększonych wydatków ze strony NFZ (HF.1.2) na Usługi lecznicze (HC.1) udzielane przez szpitale (HP.1) i świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (HP.3).

(86,2%), przy czym proporcje te układały się różnie, w zależności od realizowanych funkcji. I tak na przykład, nakłady na indywidualną opiekę zdrowotną w 71,9% były finansowane ze środków publicznych, a w 28,1% przez sektor prywatny. Natomiast w zakresie funkcji dotyczącej profilaktyki i zdrowia publicznego wynosiły – odpowiednio 62,4% i 37,6%. Na taką strukturę nakładów wpływały przede wszystkim wydatki ponoszone przez przedsiębiorców w zakresie medycyny pracy, które stanowiły 59,7% nakładów sektora prywatnego na funkcje związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym.

Rys. 1. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według funkcji w 2008 r.



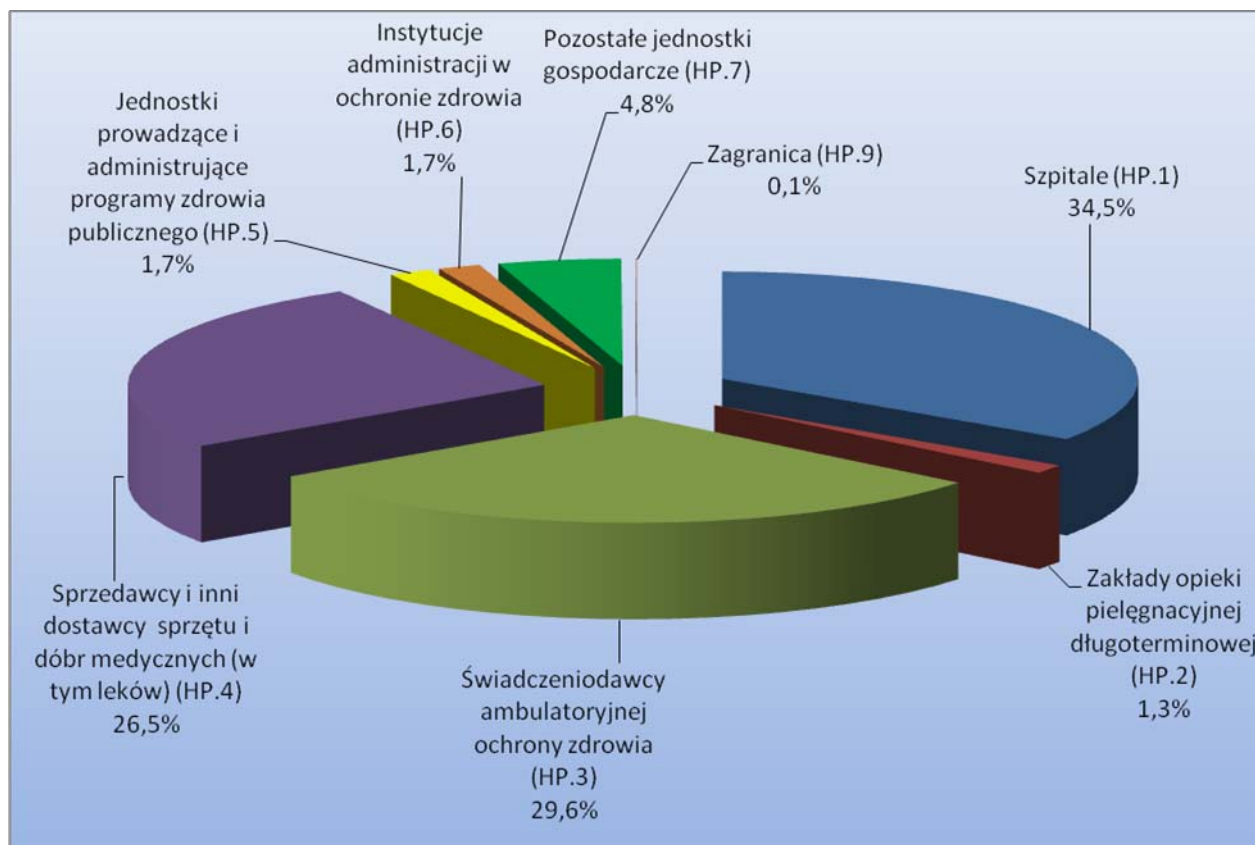
Biorąc pod uwagę funkcjonalne przeznaczenie poniesionych wydatków (rys. 1), można stwierdzić, że zdecydowana większość (90%) to nakłady przeznaczone na indywidualną opiekę zdrowotną³, zaś pozostałe wydatki zostały przeznaczone na działania związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym, funkcje administracyjne oraz inwestycje.

W porównaniu z rokiem 2007 wydatki ogółem zwiększyły się o 18%. Wzrost, choć w różnym stopniu, dotyczył wszystkich wyróżnianych w NRZ funkcji, najbardziej znaczący był w przypadku kategorii HC.1 tj. usług leczniczych (o 23%, czyli o 8,6 mld zł.) i było to głównie wynikiem zwiększonych wydatków publicznych (o 25%). Wydatki prywatne rosły o 10 punktów procentowych wolniej.

³ Indywidualna opieka zdrowotna obejmuje usługi lecznicze, usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze oraz leki i inne produkty medyczne.

Aż o 31% w porównaniu z 2007 r. wzrosła suma przekazana na usługi pomocnicze w ochronie zdrowia (HC.4). Jednak należy mieć na uwadze, że kategoria ta stanowi jedynie 5,5% całości nakładów na ochronę zdrowia.

Rys. 2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2008 r.



Strumienie wydatków na ochronę zdrowia od poszczególnych płatników trafiają do dostawców dóbr i usług medycznych (rys.2), realizujących różne funkcje opieki zdrowotnej. Na przykład w nakładach na szpitale 96,8% stanowiły środki publiczne, zaś 3,2% stanowiły środki pochodzące ze źródeł prywatnych. W przypadku opieki ambulatoryjnej proporcje te wynosiły odpowiednio – 68,8% i 31,2%, natomiast dla praktyk stomatologicznych – 16,3% i 83,7%. W porównaniu z 2007 r., zwiększyły się nakłady trafiające do wszystkich wyróżnianych w NRZ grup świadczeniodawców. Najbardziej znaczący wzrost odnotowano w przypadku szpitali (o 25%). Nie zmieniła się natomiast struktura dostawców usług opieki zdrowotnej. Nadal największy udział w wydatkach miała grupa szpitali – 34,5% (o 2,2 punktu procentowego więcej niż przed rokiem). Drugą co do wielkości pozycję w wydatkach wg dostawców stanowili świadczeniodawcy ambulatoryjni (29,6%). Natomiast udział grupy sprzedawców i innych dostawców dóbr medycznych (w tym leków) wynosił 26,5% i był mniejszy niż przed rokiem o 1,9 punktu procentowego.

Tabl. 2. Wydatki powiązane z ochroną zdrowia w 2007 i 2008 r.

Wyszczególnienie	2007		2008	
	mln zł	%	mln zł	%
WYDATKI POWIĄZANE Z OCHRONĄ ZDROWIA	36 863	100	40 390	100
w tym:				
Inwestycje (HC.R.1)	4 777	12,96	5 877	14,55
Kształcenie i szkolenie personelu medycznego (HC.R.2)	1 369	3,71	1 508	3,73
Badania i rozwój w ochronie zdrowia (HC.R.3)	657	1,78	723	1,79
Kontrola żywności, higieny i wody pitnej (HC.R.4)	682	1,85	790	1,96
Administracja i dostarczanie świadczeń pieniężnych (HC.R.7)	29 086	78,9	31 165	77,16

Obok wydatków bezpośrednich na ochronę zdrowia występuje grupa wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. Należą do nich wydatki inwestycyjne⁴, a także nakłady polegające na dostarczaniu świadczeń pieniężnych, wydatki na kształcenie personelu medycznego oraz na badania i rozwój w ochronie zdrowia (tabl. 2).

W wydatkach powiązanych z ochroną zdrowia dominująca jest grupa nakładów na administrację i dostarczanie świadczeń pieniężnych (77,2%). Zalicza się do niej świadczenia pieniężne wypłacane poszczególnym osobom lub gospodarstwom domowym. Podstawowym kryterium przyznania tych świadczeń jest stan zdrowia danej osoby lub osoby będącej pod jej opieką. Wydatki powiązane z ochroną zdrowia wyniosły w 2008 roku 40,4 mld zł, co stanowiło 3,17% PKB.

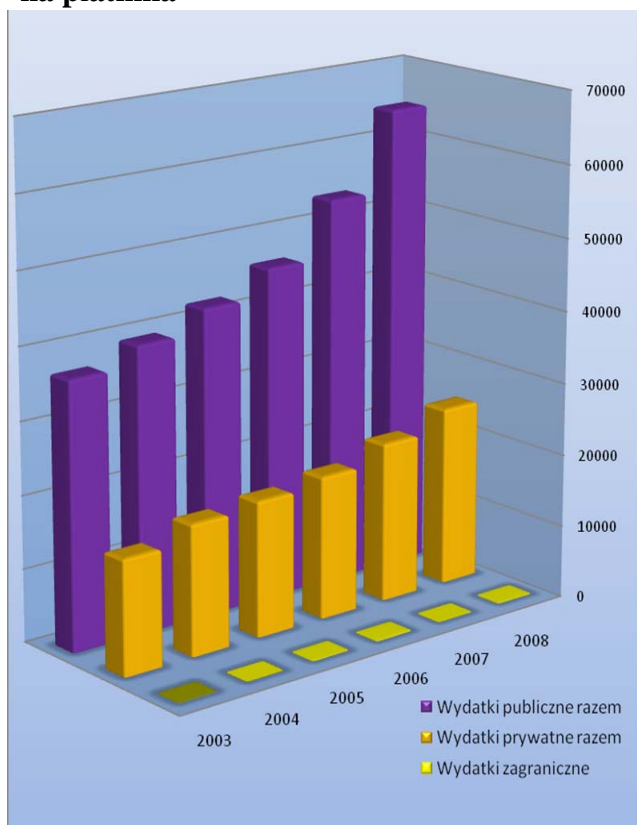
Wydatki powiązane z ochroną zdrowia dodane do wydatków bieżących na ochronę zdrowia to łącznie 123,8 mld zł czyli 9,72% PKB (9,16% PKB w 2007 r.).

PODSUMOWANIE

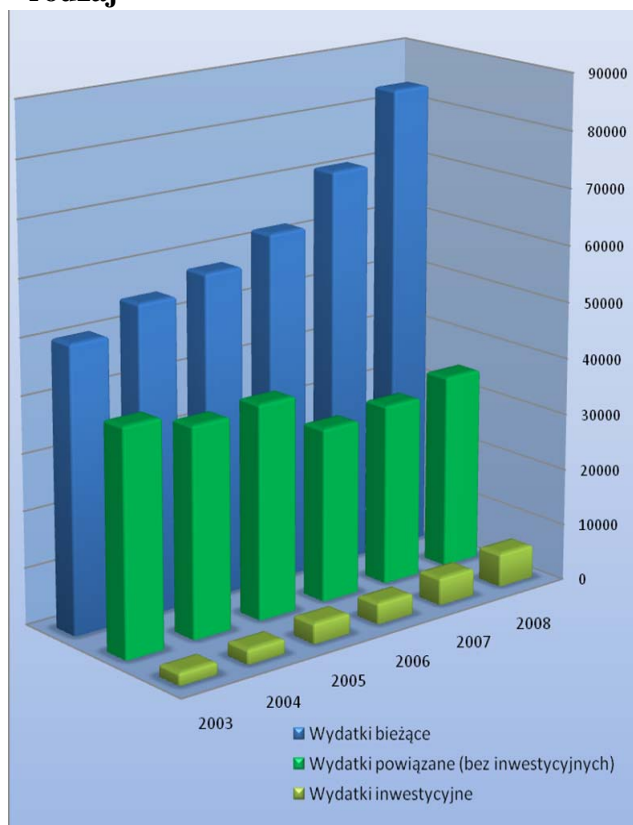
Analiza wyników Narodowego Rachunku Zdrowia z lat 2003 – 2008 wskazuje na systematyczny i coraz szybszy wzrost wydatków ogółem (bieżących wraz z inwestycyjnymi) na ochronę zdrowia, z zachowaniem podstawowej struktury podziału na wydatki publiczne i prywatne (odpowiednio: ok. 70% i 30%). Nieco szybsze średnioroczne tempo wzrostu odnotowano w grupie wydatków publicznych - 12%, zaś w grupie wydatków prywatnych wskaźnik ten wyniósł 9,4%. Zmiany w czasie przedstawiono na wykresach 3 i 4.

⁴ Wydatki inwestycyjne - jedyna kategoria spośród wydatków powiązanych wchodząca w skład wydatków ogółem na opiekę zdrowotną.

Rys. 3. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2008 w mln zł, ze względu na płatnika



Rys. 4. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2008 w mln zł, ze względu na rodzaj



Przyjęcie wspólnej metodologii sporządzania Narodowych Rachunków Zdrowia przez Eurostat, OECD i WHO umożliwia porównania pomiędzy krajami. Różne systemy ochrony zdrowia funkcjonujące w poszczególnych krajach i różne systemy ich finansowania powodują konieczność dostosowywania wspólnej metodologii do warunków krajowych. Stosując metodologię Rachunków Zdrowia kraje wykorzystują wielorakie źródła informacji przyjmując indywidualne rozstrzygnięcia co do zaklasyfikowania do danej grupy wydatków, co należy mieć na uwadze analizując dane w tabelicy 3.

Obecnie trwa proces rewizji wspólnej dla OECD, Eurostat i WHO metodologii Systemu rachunków zdrowia (SHA). Planowane są m.in. zmiany w trzech klasyfikacjach podstawowych (od strony funkcji ochrony zdrowia - HC, płatników - HF i dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia - HP) oraz poszerzenie zakresu danych przekazywanych w ramach Rachunku o dodatkowe moduły. Prace koordynuje International Health Accounts Team (IHAT). Powstaje także nowy podręcznik SHA 2.0 - poszczególne rozdziały są konsultowane z krajami członkowskimi. Zmiany, które obejmie wejdą w życie za kilka lat.

Trójwymiarowe tablice z danymi z Narodowego Rachunku Zdrowia za 2008 r. zostaną opublikowane w wydawnictwie „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009”, które ukaże się w listopadzie 2010.

Tabl. 3. Wydatki na ochronę zdrowia ogółem w krajach OECD w latach 2000, 2005 i 2007.

Państwo	W przeliczeniu na 1 osobę, US\$ PPP			w %PKB			Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia		
	2000	2005	2007	2000	2005	2007	2000	2005	2007
	Australia	2263	2979	3357	8,3	8,7	8,9	66,8	66,9
Austria	2824	3472	3763	9,9	10,4	10,1	76,8	76,1	76,4
Belgia	2377	3301	3595	8,6	10,3	10,2	-	-	-
Czechy	980	1477	1626	6,5	7,2	6,8	90,3	87,3	85,2
Dania	2378	3152	3512	8,3	9,5	9,8	82,4	83,7	84,5
Finlandia	1853	2590	2840	7,2	8,5	8,2	71,1	73,5	74,6
Francja	2542	3303	3601	10,1	11,1	11,0	79,4	79,3	79,0
Grecja	1449	2352	2727	7,9	9,4	9,6	60,0	60,1	60,3
Hiszpania	1536	2267	2671	7,2	8,3	8,5	71,6	70,6	71,8
Irlandia	1805	2831	3424	6,3	7,3	7,6	73,5	77,5	80,7
Islandia	2736	3304	3319	9,5	9,4	9,3	81,1	81,4	82,5
Japonia	1967	2474	-	7,7	8,2	-	81,3	82,7	-
Kanada	2516	3464	3895	8,8	9,9	10,1	70,4	70,3	70,0
Korea	809	1296	1688	4,7	5,7	6,3	44,9	52,1	54,9
Luksemburg	2553	4021	-	5,8	7,7	-	89,3	90,2	-
Meksyk	508	724	823	5,1	5,8	5,9	46,6	45,5	45,2
N. Zelandia	1605	2180	2454	7,7	8,8	9,0	78,0	76,9	78,9
Niderlandy	2337	3450	3837	8,0	9,8	9,8	63,1	-	-
Niemcy	2671	3348	3588	10,3	10,7	10,4	79,7	77,0	76,9
Norwegia	3039	4301	4763	8,4	9,1	8,9	82,5	83,5	84,1
Polska	583	857	1035	5,5	6,2	6,4	70,0	69,3	70,8
Portugalia	1509	2098	-	8,8	10,2	-	72,5	71,8	-
Słowacja	603	1139	1555	5,5	7,0	7,7	89,4	74,4	66,8
Szwajcaria	3217	4015	4417	10,2	11,2	10,8	55,4	59,5	59,3
Szwecja	2283	2958	3323	8,2	9,2	9,1	84,9	81,6	81,7
Turcja	432	618	-	4,9	5,7	-	62,9	71,4	-
USA	4704	6558	7290	13,6	15,7	16,0	43,2	44,4	45,4
W. Brytania	1833	2693	2992	7,0	8,2	8,4	79,3	81,9	81,7
Węgry	852	1411	1388	6,9	8,3	7,4	70,7	72,3	70,6
Włochy	2052	2536	2686	8,1	8,9	8,7	72,5	76,2	76,5

Źródło: OECD Health Data 2009

Opracował:

Michał Koziański, Departament Badań Społecznych

Telefon: 608-3179