

# Narodowy Rachunek Zdrowia 2013 - zmiana metodologii

## Notatka informacyjna

System rachunków zdrowia jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny, zapewniający porównywalność pomiędzy krajami. Narodowe rachunki zdrowia umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Ich celem jest opisanie systemu zdrowia z perspektywy wydatków.

Począwszy od 2005 r. (dane za 2003) Narodowy Rachunek Zdrowia za kolejne lata opracowywany jest 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, Ministerstwem Obrony Narodowej, Ministerstwem Sprawiedliwości, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, z wykorzystaniem m.in. danych Ministerstwa Finansów, wyników badań realizowanych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej i innych dostępnych źródeł informacji.

Do ubiegłego roku, czyli do danych za 2012 r., Narodowy Rachunek Zdrowia dla Polski, sporządzany był zgodnie z międzynarodową, wspólną dla OECD, EUROSTAT i WHO metodologią SHA1.0. i przekazywany był do wspomnianych organizacji w postaci Wspólnego Kwestionariusza OECD/EUROSTAT/WHO, w oparciu o umowę dżentelmeńską (<http://www.oecd.org/els/health-systems/1841456.pdf>).

Ciągle zmiany systemów opieki zdrowotnej na całym świecie: dostosowywanie się systemów do szeregu czynników, takich jak postęp w dziedzinie technologii medycznych oraz wiedzy, lepszy dostęp do informacji na temat zdrowia i usług medycznych oraz ich dostępności, zmiany w priorytetach ustawodawstwa w zakresie zdrowia celem wyjścia naprzeciw zmieniającym się tendencjom demograficznym (i zdrowotnym), pojawiające się w krajach nowe schematy organizacyjne opieki zdrowotnej oraz bardziej złożone mechanizmy finansowania wymusiły konieczność dostosowania narodowych rachunków zdrowia do tych zmian i opracowanie nowej metodologii nazwanej SHA2011.

Od 2015 r. narodowe rachunki zdrowia (dane za 2013 r.) sporządzane są według nowej metodologii SHA2011, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia

przekazywane są do organizacji międzynarodowych - w roku 2015 na podstawie umowy dżentelmeńskiej, natomiast od roku 2016 zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r.<sup>1</sup>

Oficjalny proces tworzenia SHA2011 rozpoczął się w 2007 r., w ramach współpracy pomiędzy ekspertami z OECD, WHO oraz Eurostatu, działającymi jako Międzynarodowy Zespół ds. Rachunków Zdrowia (IHAT). Efektem prac Zespołu, w tym szczegółowych i szeroko zakrojonych konsultacji mających na celu zebranie opinii od międzynarodowych ekspertów oraz organizacji międzynarodowych z całego świata jest podręcznik „A System of Health Accounts 2011 EDITION”.

(<http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf> )

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) według SHA2011 dotyczy wydatków poniesionych na zdrowie i ochronę zdrowia w danym roku i są one prezentowane w 3. podstawowych przekrojach: HF (schematów finansowania), HC (funkcji opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawców), jednakże różnice między metodologią SHA1.0 i SHA2011 są istotne i dotyczą właściwie wszystkich elementów rachunku zdrowia. Najważniejsze z nich to:

#### **Zakres przedmiotowy rachunku:**

- Podstawową kategorią narodowego rachunku zdrowia SHA 2011 są **wydatki bieżące**. (*W SHA1.0 były to wydatki ogółem na ochronę zdrowia czyli wydatki bieżące powiększone o wydatki inwestycyjne będące częścią wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. Taka wielkość wydatków była w statystykach międzynarodowych odnoszona do PKB poszczególnych krajów*).
- SHA2011 **nie stosuje** kategorii „Wydatki całkowite na ochronę zdrowia”, która była sumą wydatków bieżących i wydatków powiązanych z ochroną zdrowia (HC.R). W SHA2011 wydatki powiązane z ochroną zdrowia, w tym wydatki inwestycyjne **nie są zaliczane do podstawowego zakresu rachunku zdrowia**. Jako odrębny przekrój wydatków kapitałowych (HK) mogą być fakultatywnie sporządzane przez kraje i wykorzystywane do dodatkowych analiz. Dane te nie będą przekazywane i wykorzystywane (na obecnym etapie przekazywania danych do kwestionariusza) w statystykach międzynarodowych. Przekrój ten nie jest ujęty w Rozporządzeniu KE.

#### **Trójosiowe wymiary rachunku:**

- W SHA2011 **podstawowym nowym wymiarem** według którego sporządzany jest rachunek są **Schematy finansowania ochrony zdrowotnej (HF)**, które lepiej obrazują

---

<sup>1</sup> ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania

strukturę finansowania systemu opieki zdrowotnej w danym kraju. Przekrój HF, według dotychczasowej metodologii dotyczył płatników usług opieki zdrowotnej; według SHA2011 opisany on został jako klasyfikacja FA. Sporządzanie rachunku z zastosowaniem tego przekroju nie jest obligatoryjne dla krajów. Stanowi on dodatkowy przekrój nieujęty w rozporządzeniu.

- SHA2011 odpowiada na pytania: *w oparciu o jaki schemat generowane są środki wydatkowane na zdrowie i ochronę zdrowia (HF)?, jakiego rodzaju usługi zdrowotne są opłacane (HC)? i jakiego typu świadczeniodawcy te usługi realizują (HP)?.*

#### **Zakres poszczególnych kategorii obowiązujących klasyfikacji:**

- HF – *Schematy finansowania opieki zdrowotnej* - nowy przekrój nieporównywalny z poprzednimi rachunkami zdrowia
- HC – *Klasyfikacja funkcjonalna* - zmiany w zakresach szczegółowych kategorii klasyfikacji funkcjonalnej; szczególnie w przypadku kategorii *HC.6 Zdrowie publiczne*.
- HP – *Klasyfikacja dostawców usług opieki zdrowotnej* – nie zmieniła się istotnie.

**Należy podkreślić, że wyniki NRZ za 2013 r. nie powinny być bezpośrednio porównywane z rachunkami publikowanymi w poprzednich latach, można analizować jedynie wybrane elementy rachunku opracowanego według SHA2011 w odniesieniu do SHA1.0.**

#### **Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013**

Według SHA2011 wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2013 r. wyniosły 106,0 mld zł, były wyższe niż w 2012 r. o ok. 5 mld zł. i stanowiły 6,38% PKB.

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania<sup>2</sup> przedstawiała się następująco: wydatki publiczne – 70,6% wydatków bieżących na ochronę zdrowia, w tym: schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 9,6%, schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach – 61,2%; wydatki prywatne – 29,2%, w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych – 23,6% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB zwiększył się w porównaniu z 2012 r. z 4,43% do 4,50%.

Według wstępnych wyników Rachunku, ze względu na funkcje opieki zdrowotnej, największy strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia dotyczył opieki leczniczej (HC.1) - 55,8%, w tym głównie leczenia szpitalnego – 31,5%, wydatków i leczenia ambulatoryjnego – 20,9%. Kolejne miejsca pod względem przypisanych wydatków

---

<sup>2</sup> Patrz: Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2015 w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 r.

zajmowały wydatki na artykuły medyczne (m.in leki) – 23,8%, świadczenia długoterminowej opieki zdrowotnej – 5,8%, usług rehabilitacyjnych – 4,8% wydatków. W przypadku świadczeniodawców największy strumień środków trafił do szpitali – 35,0% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Kolejne pozycje dotyczyły przede wszystkim placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiało 25,5% wydatkowanych środków, sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych (głównie apteki) - 23,8%.

Pełne wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 r. opublikowane zostaną w corocznie wydawanej publikacji branżowej GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.”, która ukaze się w grudniu br.