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

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy ([1]), w szczególności jego art. 9 ust. 1 i jego załącznik II lit. d),

a także mając na uwadze, co następuje:

(1) Rozporządzenie (WE) nr 1338/2008 ustanawia wspólne ramy dla systematycznego tworzenia statystyk europejskich w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy.

(2) Środki wykonawcze określają dane i metadane, jakie należy dostarczać w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania oraz okresów odniesienia, odstępów czasu i terminów dostarczania danych.

(3) Zgodnie z art. 6 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 1338/2008 przeprowadzono analizę kosztów i korzyści, w której uwzględniono korzyści z dostępności danych na temat wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania w stosunku do kosztów gromadzenia tych danych, czym państwa członkowskie dobrowolnie zajmują się od 2005 r. zgodnie z zasadami określonymi przez system rachunków zdrowia, i w stosunku do obciążenia, jakie stanowi to dla państw członkowskich. Zgodnie z art. 6 ust. 1 rozporządzenia (WE) nr 1338/2008 w 2013 r. i 2014 r. Komisja przeprowadziła badania pilotażowe, w których państwa członkowskie uczestniczyły na zasadzie dobrowolności. Potrzeby użytkowników Komisja omówiła z państwami członkowskimi na różnych posiedzeniach. Dostępność danych z całej UE prawdopodobnie będzie bardzo korzystna dla podejmowania decyzji dotyczących polityki zdrowotnej i społecznej.

(4) W celu zapewnienia przydatności i porównywalności danych podręcznik z 2011 r. dotyczący systemu rachunków zdrowia ([2]), opracowany wspólnie przez Komisję (Eurostat), Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO) i zawierający pojęcia, definicje i metody z zakresu przetwarzania danych na temat wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania, powinien stanowić podstawę szczegółowego kwestionariusza i towarzyszących mu wytycznych stosowanych przy wspólnym corocznym procesie gromadzenia danych przeprowadzanym przez te trzy instytucje.

(5) Środki przewidziane w niniejszym rozporządzeniu są zgodne z opinią Komitetu ds. Europejskiego Systemu Statystycznego,

PRZYJMUJE NINIEJSZE ROZPORZĄDZENIE:

Artykuł 1

Niniejsze rozporządzenie ustanawia zasady dotyczące opracowywania i tworzenia europejskich statystyk w dziedzinie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania – stanowiącej jeden z tematów statystyk dotyczących opieki zdrowotnej wymienionych w załączniku II do rozporządzenia (WE) nr 1338/2008.

Artykuł 2

Definicje, które mają być wykorzystane przy stosowaniu niniejszego rozporządzenia, określono w załączniku I.

([1]) Dz.U. L 354 z 31.12.2008, s. 70.
([2]) OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing, doi: 10.1787/9789264116016-en

Artykuł 3

Państwa członkowskie dostarczają dane dotyczące dziedzin określonych w załączniku II.

Artykuł 4

1. Państwa członkowskie corocznie dostarczają wymagane dane i związane z nimi standardowe metadane referencyjne. Okresem odniesienia jest rok kalendarzowy.

2. Dane i metadane referencyjne dla roku odniesienia N są przekazywane do dnia 30 kwietnia N+2.

3. Dane i metadane są corocznie dostarczane Komisji (Eurostatowi) za pośrednictwem pojedynczego punktu wprowadzania danych lub powinny być udostępniane Komisji (Eurostatowi) drogą elektroniczną.

4. Pierwszym rokiem odniesienia jest rok 2014.

5. Ostatnim rokiem odniesienia jest rok 2020.

6. W drodze odstępstwa od ust. 2 państwa członkowskie dostarczają dane i metadane referencyjne dla roku odniesienia 2014 do dnia 31 maja 2016 r.

Artykuł 5

1. Państwa członkowskie dostarczają dane na poziomie agregacji określonym w załączniku II.

2. Państwa członkowskie dostarczają niezbędne metadane referencyjne, w szczególności dotyczące źródeł danych, ich zakresu oraz zastosowanych metod zestawiania, informacje na temat cech krajowych wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania, które są specyficzne dla danego państwa członkowskiego i które odbiegają od definicji określonych w załączniku I, odesłania do przepisów krajowych, o ile stanowią one podstawę wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania, a także informacje o wszelkich zmianach pojęć statystycznych wymienionych w tym załączniku.

Artykuł 6

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Niniejsze rozporządzenie wiąże w całości i jest bezpośrednio stosowane we wszystkich państwach członkowskich.

Sporządzono w Brukseli dnia 4 marca 2015 r.

W imieniu Komisji
Jean-Claude JUNCKER
Przewodniczący

ZAŁĄCZNIK I

Definicje

1. „Ochrona zdrowia" – wszelkie działania, których głównym celem jest poprawa i zachowanie zdrowia oraz zapobieganie jego pogarszaniu się, a także łagodzenie skutków złego stanu zdrowia poprzez stosowanie specjalistycznej wiedzy z zakresu ochrony zdrowia.

2. „Wydatki bieżące na ochronę zdrowia" – spożycie w sektorze jednostek będących rezydentami danego obszaru administracyjnego dóbr i usług w zakresie opieki zdrowotnej, w tym dóbr i usług w zakresie opieki zdrowotnej dostarczanych bezpośrednio indywidualnym osobom, a także usług opieki zdrowotnej konsumowanych zbiorowo.

3. „Funkcje ochrony zdrowia" – dotyczą rodzaju potrzeby, jaką mają zaspokoić bieżące wydatki na opiekę zdrowotną, lub rodzaju zamierzonego celu.

4. „Usługi lecznicze" – usługi zdrowotne świadczone głównie w celu złagodzenia objawów lub zmniejszenia stopnia ciężkości choroby bądź urazu, ochrony przed zaostrzeniem lub powikłaniami choroby bądź urazu, które mogłyby stanowić zagrożenie dla życia lub normalnych funkcji organizmu.

5. „Usługi rehabilitacyjne" – usługi świadczone w celu stabilizacji, usprawnienia lub odnowienia zaburzonych funkcji i uszkodzonych struktur organizmu, kompensacji brakujących lub utraconych funkcji i struktur organizmu, poprawy sprawności i aktywności oraz zapobieżenia upośledzeniu, powikłaniom zdrowotnym i ryzyku.

6. „Leczenie szpitalne" – leczenie i/lub opieka zapewniane w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pacjentom formalnie do niego przyjętym i wymagające pobytu całodobowego.

7. „Leczenie ambulatoryjne" – usługi medyczne i pomocnicze świadczone w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pacjentom, którzy nie są formalnie przyjęci i nie pozostają na noc.

8. „Leczenie »jednego dnia«" – zaplanowane usługi medyczne i paramedyczne świadczone w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pacjentom, którzy zostali formalnie przyjęci na badania diagnostyczne, leczenie lub w celu uzyskania innego rodzaju świadczenia zdrowotnego i którzy w tym samym dniu są wypisywani.

9. „Opieka długoterminowa (zdrowotna)" – zakres usług zdrowotnych świadczonych ogółowi i jednostkom, a których głównym celem jest łagodzenie bólu i cierpienia, zapobieganie pogarszaniu się stanu zdrowotnego pacjentów uzależnionych od opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie.

10. „Opieka zdrowotna w domu pacjenta" – usługi medyczne, pomocnicze i pielęgniarskie, z których pacjenci korzystają w swoim domu i które wymagają fizycznej obecności świadczeniodawcy.

11. „Usługi pomocnicze" (nieokreślone według funkcji) – usługi zdrowotne lub usługi opieki długoterminowej, nieokreślone według funkcji i trybu (udzielania) świadczenia, z których pacjent korzysta bezpośrednio, w szczególności podczas niezależnego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, i które nie stanowią integralnej części pakietu świadczeń zdrowotnych, np. badania obrazowe lub laboratoryjne albo przewóz pacjenta i ratownictwo medyczne.

12. „Leki i materiały medyczne niebędące dobrami trwałego użytku" (nieokreślone według funkcji) – produkty farmaceutyczne i pozostałe materiały medyczne niebędące dobrami trwałego użytku, stosowane w diagnozowaniu i leczeniu choroby, łagodzeniu jej objawów i zapobieganiu, w tym również leki na receptę i leki sprzedawane bez recepty, gdzie ich funkcja i tryb (udzielania) świadczenia nie są określone.

13. „Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku" (nieokreślone według funkcji) – dobra medyczne trwałego użytku, w tym ortezy wspierające lub korygujące zniekształcenia i/lub nieprawidłowości ciała ludzkiego, aparaty ortopedyczne, protezy lub sztuczne wydłużenia zastępujące brakujące części ciała, i inne protezy, w tym implanty, zastępujące lub uzupełniające funkcje brakującej struktury biologicznej, a także urządzenia medyczno-techniczne, gdzie ich funkcja i tryb (udzielania) świadczenia nie są określone.

14. „Profilaktyka zdrowotna" – każde działanie zmierzające do zmniejszenia liczby lub ciężkości urazów i chorób, ich niekorzystnych skutków zdrowotnych i powikłań, albo do ich uniknięcia.

15. „Zarządzanie i administracja systemu ochrony zdrowia oraz jej finansowanie" – usługi, które nie dotyczą bezpośrednio opieki zdrowotnej, lecz systemu ochrony zdrowia, kierują nim, wspierają jego funkcjonowanie i są uznawane za zbiorowe, ponieważ nie są przeznaczone dla pojedynczych osób, lecz są świadczone z korzyścią dla ogółu użytkowników systemu ochrony zdrowia.

16. „Schematy finansowania ochrony zdrowia" – mechanizmy finansowania, za pośrednictwem których uzyskiwany jest dostęp do świadczeń zdrowotnych i które obejmują zarówno bezpośrednie płatności gospodarstw domowych za usługi i dobra, jak i formy finansowania przez stronę trzecią.

17. „Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych" – sposoby finansowania ochrony zdrowia, których cechy są określone ustawowo lub przez instytucje rządowe i samorządowe i które dysponują własnym budżetem dla programu oraz oddzielną jednostką sektora instytucji rządowych i samorządowych całkowicie za nie odpowiadającą.

18. „Schemat obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na składkach" – mechanizm finansowania mający zagwarantować konkretnym grupom ludności dostęp do świadczeń zdrowotnych poprzez obowiązkowe uczestnictwo określone ustawowo lub przez instytucje rządowe i samorządowe; warunkiem uzyskania świadczenia ubezpieczeniowego jest opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne przez zainteresowane osoby albo w ich imieniu.

19. „Obowiązkowe medyczne rachunki oszczędnościowe (ang. *medical savings accounts* – MSA)" – rachunki oszczędnościowe, obowiązkowe z mocy prawa; podstawową metodę pozyskiwania funduszy i niektóre kwestie dotyczące korzystania z rachunku na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych regulują instytucje rządowe i samorządowe; wspólne korzystanie z zasobów nie jest możliwe, chyba że dotyczy to członków rodziny.

20. „Schematy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego" – schematy ubezpieczeniowe oparte na zakupie ubezpieczenia zdrowotnego, które przez instytucje rządowe i samorządowe nie jest określone jako obowiązkowe; rząd może bezpośrednio lub pośrednio dopłacać do składek ubezpieczeniowych.

21. „Schematy finansowania instytucji niekomercyjnych" – nieobowiązkowe mechanizmy i programy finansowania z prawem do świadczeń nieskładkowych, oparte na darowiznach od ogółu społeczeństwa, instytucji rządowych i samorządowych lub przedsiębiorstw.

22. „Schematy finansowania przez przedsiębiorstwa" – głównie mechanizmy, w których przedsiębiorstwa bezpośrednio zapewniają lub finansują usługi zdrowotne dla swoich pracowników bez udziału jakiegokolwiek schematu ubezpieczeniowego.

23. „Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych" – płatności bezpośrednie za dobra i usługi w zakresie opieki zdrowotnej pochodzące z dochodów pierwotnych lub oszczędności gospodarstw domowych, przy czym użytkownik dokonuje zapłaty w czasie nabywania dóbr lub korzystania z usług.

24. „Zagraniczne schematy finansowania" – mechanizmy finansowe, które obejmują jednostki instytucjonalne niebędące rezydentami danego kraju (których siedziba nie znajduje się na terenie danego kraju), które jednak w imieniu mieszkańców tego kraju gromadzą i zbierają zasoby oraz nabywają dobra i usługi w zakresie opieki zdrowotnej w taki sposób, aby środki finansowe mieszkańców nie przechodziły przez żaden schemat w kraju ich pobytu.

25. „Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej" – organizacje i podmioty, które dostarczają dobra i świadczą usługi w zakresie opieki zdrowotnej w ramach swojej podstawowej działalności, a także te, dla których opieka zdrowotna jest tylko jednym spośród wielu obszarów działania.

26. „Szpitale" – uprawnione zakłady, które zasadniczo zajmują się świadczeniem usług medycznych, diagnostycznych i leczniczych, obejmujących świadczenia lekarskie, pielęgnacyjne i inne świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom hospitalizowanym oraz specjalistyczne usługi zakwaterowania, jakich potrzebują pacjenci hospitalizowani, i które mogą także zapewniać opiekę dzienną, opiekę ambulatoryjną i usługi opieki domowej.

27. „Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej" – zakłady, które zasadniczo zajmują się świadczeniem usług opieki długoterminowej w połączeniu z pielęgnacją, nadzorem oraz innymi rodzajami opieki w zależności od potrzeb rezydentów; znaczna część procesu produkcji i zapewnianej opieki stanowi połączenie świadczeń zdrowotnych i socjalnych, przy czym świadczenia zdrowotne w znacznej mierze są udzielane na poziomie świadczeń pielęgnacyjnych w połączeniu z usługami indywidualnymi.

28. „Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej" – zakłady, które zasadniczo zajmują się świadczeniem usług zdrowotnych bezpośrednio pacjentom leczonym ambulatoryjnie, którzy nie potrzebują leczenia szpitalnego. Do placówek tych należą m.in. gabinety lekarskie zarówno lekarzy ogólnych, jak i lekarzy specjalistów oraz specjalizujące się w leczeniu w trybie dziennym i w świadczeniu usług opieki domowej.

29. „Świadczeniodawcy usług pomocniczych" – zakłady, które świadczą specyficzne usługi pomocnicze bezpośrednio pacjentom leczonym ambulatoryjnie pod nadzorem pracowników służby zdrowia; usługi te nie są pokrywane przez ubezpieczenie podczas leczenia w szpitalu, placówkach opieki pielęgnacyjnej i opieki ambulatoryjnej albo zapewnianego przez innych świadczeniodawców.

30. „Sprzedawcy i inni dostawcy dóbr medycznych" – przedsiębiorstwa, których zasadniczym przedmiotem działalności jest sprzedaż detaliczna dóbr medycznych ogółowi społeczeństwa na potrzeby spożycia i użytku indywidualnego albo w gospodarstwie domowym, obejmująca także montaż i naprawę wykonywane w związku ze sprzedażą.

31. „Świadczeniodawcy profilaktycznej opieki zdrowotnej" – organizacje, które głównie dostarczają/prowadzą zbiorowe programy profilaktyczne oraz kampanie/programy w dziedzinie zdrowia publicznego przeznaczone dla określonych grup ludności lub całego społeczeństwa; należą do nich np. agencje promocji i ochrony zdrowia, instytucje zdrowia publicznego, a także specjalistyczne placówki prowadzące podstawowe działania profilaktyczne w ramach swojej zasadniczej działalności.

32. „Dostawcy usług w zakresie administracji systemu ochrony zdrowia i jej finansowania" – instytucje zajmujące się przede wszystkim regulacją działalności agencji zapewniających opiekę zdrowotną oraz ogólną administracją sektora opieki zdrowotnej, w tym administracją finansowania ochrony zdrowia.

33. „Pozostałe jednostki gospodarcze" – inne krajowe podmioty świadczące opiekę zdrowotną, gdzie indziej niesklasyfikowane, w tym gospodarstwa domowe jako świadczeniodawcy indywidualnych usług zdrowotnych w warunkach domowych dla członków rodziny, w przypadku gdy odpowiadają one socjalnym płatnościom transferowym przyznawanym na ten cel, a także wszystkie inne gałęzie przemysłu, które oferują usługi zdrowotne w ramach działalności drugorzędnej.

34. „Zagraniczni świadczeniodawcy" – wszystkie jednostki będące nierezydentami, które dostarczają dobra i usługi w zakresie opieki zdrowotnej i które są zaangażowane w działania związane ze zdrowiem.

ZAŁĄCZNIK II

Tematy, które należy uwzględnić, i ich charakterystyka, klasyfikacja krzyżowa i podziały danych

1. Klasyfikacja krzyżowa bieżących wydatków na ochronę zdrowia według funkcji ochrony zdrowia (HC) i schematów finansowania (HF) (*)

	Schematy finansowania	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF2.3	HF.3	HF.4	
Funkcje ochrony zdrowia		Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	Schematy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na składkach oraz Obowiązkowe medyczne rachunki oszczędnościowe (**)	Schematy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Schematy finansowania instytucji niekomercyjnych	Schematy finansowania przez przedsiębiorstwa	Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	Zagraniczne schematy finansowania	*Wydatki bieżące na* ochronę zdrowia *HF.1-HF.4*
HC.1.1; HC.2.1	Leczenie szpitalne i rehabilitacja stacjonarna								
HC.1.2; HC.2.2	Leczenie „jednego dnia” i rehabilitacja dzienna								
HC.1.3; HC.2.3	Leczenie ambulatoryjne i rehabilitacja ambulatoryjna								
HC.1.4; HC.2.4	Usługi zdrowotne i rehabilitacja w domu pacjenta								
HC.3.1	Stacjonarna opieka długoterminowa (zdrowotna)								
HC.3.2	Dzienna opieka długoterminowa (zdrowotna)								
HC.3.3	Ambulatoryjna opieka długoterminowa (zdrowotna)								
HC.3.4	Opieka długoterminowa (zdrowotna) w domu pacjenta								
HC.4	Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia (nieokreślone według funkcji)								
HC.5.1	Leki i materiały medyczne niebędące dobrami trwałego użytku (nieokreślone według funkcji)								
HC.5.2	Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku (nieokreślone według funkcji)								

	Schematy finansowania	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF2.3	HF.3	HF.4	
Funkcje ochrony zdrowia		Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	Schematy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na składkach oraz Obowiązkowe medyczne rachunki oszczędnościowe (**)	Schematy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Schematy finansowania instytucji niekomercyjnych	Schematy finansowania przez przedsiębiorstwa	Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	Zagraniczne schematy finansowania	*Wydatki bieżące na* ochronę zdrowia *HF.1-HF.4*
HC.6	Profilaktyka zdrowotna (***)								
HC.7	Zarządzanie i administracja systemu ochrony zdrowia oraz jej finansowanie								
HC.9	Pozostałe usługi zdrowotne, gdzie indziej niesklasyfikowane								
	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia *HC.1-HC.9*								

(*) Dane podaje się w milionach jednostek waluty krajowej.
(**) Wydatki na HF.1.3 należy podawać w metadanych.
(***) Profilaktyka zdrowotna opiera się na strategii promocji zdrowia obejmującej proces, który umożliwia ludziom poprawę stanu zdrowia poprzez kontrolę niektórych bezpośrednich czynników warunkujących zdrowie. Interwencje są uwzględniane, jeżeli ich głównym celem jest promocja zdrowia i jeżeli mają one miejsce przed postawieniem diagnozy. Profilaktyka zdrowotna obejmuje interwencje w odniesieniu do spożycia indywidualnego i ogólnospołecznego.

2. Klasyfikacja krzyżowa bieżących wydatków na ochronę zdrowia według funkcji ochrony zdrowia (HC) i świadczeniodawców (HP) (*)

	Świadczeniodawcy	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	
Funkcje ochrony zdrowia		Szpitale	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	Świadczeniodawcy usług pomocniczych	Sprzedawcy i inni dostawcy dóbr medycznych	Świadczeniodawcy profilaktycznej opieki zdrowotnej	Dostawcy usług w zakresie administracji systemu ochrony zdrowia i jej finansowania	Pozostałe jednostki gospodarcze	Zagranica	*Wydatki bieżące na* ochronę zdrowia *HP.1-HP.9*
HC.1.1; HC.2.1	Leczenie szpitalne i rehabilitacja stacjonarna										
HC.1.2; HC.2.2	Leczenie „jednego dnia” i rehabilitacja dzienna										
HC.1.3; HC.2.3	Leczenie ambulatoryjne i rehabilitacja ambulatoryjna										
HC.1.4; HC.2.4	Usługi zdrowotne i rehabilitacja w domu pacjenta										
HC.3.1	Stacjonarna opieka długoterminowa (zdrowotna)										
HC.3.2	Dzienna opieka długoterminowa (zdrowotna)										
HC.3.3	Ambulatoryjna opieka długoterminowa (zdrowotna)										
HC.3.4	Opieka długoterminowa (zdrowotna) w domu pacjenta										
HC.4	Usługi pomocnicze (nieokreślone według funkcji)										
HC.5.1	Leki i materiały medyczne niebędące dobrami trwałego użytku (nieokreślone według funkcji)										
HC.5.2	Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku (nieokreślone według funkcji)										
HC.6	Profilaktyka zdrowotna (**)										
HC.7	Zarządzanie i administracja systemu ochrony zdrowia oraz jej finansowanie										

	Świadczeniodawcy	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	
Funkcje ochrony zdrowia		Szpitale	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	Świadczeniodawcy usług pomocniczych	Sprzedawcy i inni dostawcy dóbr medycznych	Świadczeniodawcy profilaktycznej opieki zdrowotnej	Dostawcy usług w zakresie administracji systemu ochrony zdrowia i jej finansowania	Pozostałe jednostki gospodarcze	Zagranica	*Wydatki bieżące na* ochronę zdrowia *HP.1-HP.9*
HC.9	Pozostałe usługi zdrowotne, gdzie indziej niesklasyfikowane										
	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia *HC.1-HC.9*										

(*) Dane podaje się w milionach jednostek waluty krajowej.

(**) Profilaktyka zdrowotna opiera się na strategii promocji zdrowia obejmującej proces, który umożliwia ludziom poprawę swojego stanu zdrowia poprzez kontrolę niektórych bezpośrednich czynników warunkujących zdrowie. Interwencje są uwzględniane, jeżeli ich głównym celem jest promocja zdrowia i jeżeli mają one miejsce przed postawieniem diagnozy. Profilaktyka zdrowotna obejmuje interwencje w odniesieniu do spożycia indywidualnego i ogólnospołecznego.

3. Klasyfikacja krzyżowa bieżących wydatków na ochronę zdrowia według świadczeniodawców (HP) i schematów finansowania (HF) (*)

	Schematy finansowania	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Świadczeniodawcy		Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	Schematy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na składkach oraz Obowiązkowe medyczne rachunki oszczędnościowe (**)	Schematy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Schematy finansowania instytucji niekomercyjnych	Schematy finansowania przez przedsiębiorstwa	Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	Zagraniczne schematy finansowania (nierezydenci)	*Wydatki bieżące na* ochronę zdrowia *HF.1-HF.4*
HP.1	Szpitale								
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej								
HP.3	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej								
HP.4	Świadczeniodawcy usług pomocniczych								

Świadczeniodawcy	Schematy finansowania	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
		Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	Schematy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na składkach oraz Obowiązkowe medyczne rachunki oszczędnościowe (**)	Schematy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Schematy finansowania instytucji niekomercyjnych	Schematy finansowania przez przedsiębiorstwa	Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	Zagraniczne schematy finansowania (nierezydenci)	*Wydatki bieżące na* ochronę zdrowia *HF.1-HF.4*
HP.5	Sprzedawcy i inni dostawcy dóbr medycznych								
HP.6	Świadczeniodawcy profilaktycznej opieki zdrowotnej								
HP.7	Dostawcy usług w zakresie administracji systemu ochrony zdrowia i jej finansowania								
HP.8	Pozostałe jednostki gospodarcze								
HP.9	Zagranica								
	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia *HP.1-HP.9*								

(*) Dane podaje się w milionach jednostek waluty krajowej.
(**) Wydatki na HF.1.3 należy podawać w metadanych.