

ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (UE) 2021/1901**z dnia 29 października 2021 r.****w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 1338/2008 Parlamentu Europejskiego i Rady
w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na opiekę zdrowotną 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) Z rozporządzenia (WE) nr 1338/2008 wynika, że dane i metadane dotyczące wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania powinny zostać określone w drodze środków wykonawczych.
- (2) Zgodnie z art. 6 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 1338/2008 Komisja przeprowadziła analizę kosztów i korzyści, uwzględniając korzyści płynące z dostępności danych dotyczących wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania. Należy gromadzić zmienne dotyczące wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania, aby zapewnić dostępność ogólnounijnych danych na potrzeby decyzji dotyczących polityki zdrowotnej i społecznej.
- (3) W celu zapewnienia przydatności i porównywalności danych Komisja (Eurostat) opracowała wspólnie z Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju oraz Światową Organizacją Zdrowia statystyczny referencyjny podręcznik z 2011 r. dotyczący systemu rachunków zdrowia ⁽²⁾. Ten podręcznik, w którym określono pojęcia, definicje i metody przetwarzania danych dotyczących wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania, powinien stanowić podstawę szczegółowego kwestionariusza wraz z wytycznymi towarzyszącymi wspólnemu corocznemu gromadzeniu danych.
- (4) Środki przewidziane w niniejszym rozporządzeniu są zgodne z opinią Komitetu ds. Europejskiego Systemu Statystycznego ustanowionego na mocy art. 7 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 223/2009 ⁽³⁾,

PRZYMUJE NINIEJSZE ROZPORZĄDZENIE:

Artykuł 1

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

Artykuł 2

Do celów niniejszego rozporządzenia zastosowanie mają definicje określone w załączniku I.

⁽¹⁾ Dz.U. L 354 z 31.12.2008, s. 70.⁽²⁾ OECD, Eurostat i Światowa Organizacja Zdrowia, A „System of Health Accounts 2011” (System Rachunków Zdrowia 2011)⁽³⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 223/2009 z dnia 11 marca 2009 r. w sprawie statystyki europejskiej oraz uchylające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE, Euratom) nr 1101/2008 w sprawie przekazywania do Urzędu Statystycznego Wspólnot Europejskich danych statystycznych objętych zasadą poufności, rozporządzenie Rady (WE) nr 322/97 w sprawie statystyk Wspólnoty oraz decyzję Rady 89/382/EWG, Euratom w sprawie ustanowienia Komitetu ds. Programów Statystycznych Wspólnot Europejskich (Dz.U. L 87 z 31.3.2009, s. 164).

Artykuł 3

Państwa członkowskie dostarczają dane dotyczące dziedzin i na poziomie agregacji, które określono w załączniku II.

Artykuł 4

1. Państwa członkowskie corocznie dostarczają wymagane dane i związane z nimi standardowe metadane referencyjne. Okresem odniesienia jest rok kalendarzowy. Pierwszym rokiem odniesienia jest rok 2021.
2. Dane i metadane referencyjne dla roku odniesienia N są przekazywane do dnia 30 kwietnia N+2.
3. Dane i metadane referencyjne dostarczane są Komisji (Eurostatowi) za pośrednictwem pojedynczego punktu wprowadzania danych lub powinny być udostępniane Komisji (Eurostatowi) drogą elektroniczną.

Artykuł 5

Państwa członkowskie dostarczają niezbędne metadane referencyjne, w szczególności dotyczące:

- a) źródeł danych i ich zakresu;
- b) zastosowanych metod zestawiania;
- c) informacji na temat cech krajowych wydatków na opiekę zdrowotną i finansowania poszczególnych państw członkowskich oraz odstępstw od definicji wymienionych w załączniku I;
- d) odniesień do ustawodawstwa krajowego, w przypadku gdy stanowi ono podstawę wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania;
- e) informacji na temat wszelkich zmian w pojęciach statystycznych wymienionych w załączniku I.

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 29 października 2021 r.

W imieniu Komisji
Ursula VON DER LEYEN
Przewodnicząca

ZAŁĄCZNIK I

Definicje

1. „Opieka zdrowotna” – 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 opieki zdrowotnej;
2. „Wydatki bieżące na opiekę zdrowotną” – 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 opieki zdrowotnej” oznaczają rodzaj potrzeb, które towary i usługi opieki zdrowotnej mają zaspokoić, lub rodzaj realizowanego celu zdrowotnego;
4. „Leczenie szpitalne i rehabilitacja stacjonarna”: „Leczenie szpitalne” – leczenie i/lub opieka zapewniane w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pacjentom formalnie do niego przyjętym i wymagające pobytu całodobowego. „Leczenie” – 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. „Rehabilitacja” – 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.
5. „Leczenie »jednego dnia« i rehabilitacja dzienna” „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. „Leczenie” – 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. „Rehabilitacja” – 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 ambulatoryjne i rehabilitacja ambulatoryjna”: „Leczenie ambulatoryjne” – usługi medyczne i pomocnicze świadczone w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pacjentom, którzy nie są formalnie przyjęci i nie pozostają na noc. „Leczenie” – 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. „Rehabilitacja” – 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.
7. „Leczenie i rehabilitacja w domu pacjenta”: „Opieka zdrowotna w domu pacjenta” – usługi medyczne, pomocnicze i pielęgniarские, z których pacjenci korzystają w swoim domu i które wymagają fizycznej obecności świadczeniodawcy. „Leczenie” – 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. „Rehabilitacja” – 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.
8. „Stacjonarna opieka długoterminowa (zdrowotna)”: „Leczenie szpitalne” – leczenie i/lub opieka zapewniane w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pacjentom formalnie do niego przyjętym i wymagające pobytu całodobowego. „Opieka długoterminowa (zdrowotna)” – zakres usług zdrowotnych i pielęgnacyjnych świadczonych ogółowi i jednostkom, pomagających w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności, a których głównym celem jest łagodzenie bólu i cierpienia, zapobieganie pogarszaniu się stanu zdrowotnego pacjentów uzależnionych od opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie.

9. „Dzienna opieka długoterminowa (zdrowotna)”: „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. „Opieka długoterminowa (zdrowotna)” – zakres usług zdrowotnych i pielęgnacyjnych świadczonych ogółowi i jednostkom, pomagających w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności, a których głównym celem jest łagodzenie bólu i cierpienia, zapobieganie pogarszaniu się stanu zdrowotnego pacjentów uzależnionych od opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie.
10. „Ambulatoryjna opieka długoterminowa (zdrowotna)”: „Leczenie ambulatoryjne” – usługi medyczne i pomocnicze świadczone w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pacjentom, którzy nie są formalnie przyjęci i nie pozostają na noc. „Opieka długoterminowa (zdrowotna)” – zakres usług zdrowotnych i pielęgnacyjnych świadczonych ogółowi i jednostkom, pomagających w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności, a których głównym celem jest łagodzenie bólu i cierpienia, zapobieganie pogarszaniu się stanu zdrowotnego pacjentów uzależnionych od opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie.
11. „Opieka długoterminowa (zdrowotna) w domu pacjenta”: „Opieka zdrowotna w domu pacjenta” – usługi medyczne, pomocnicze i pielęgniarstwie, z których pacjenci korzystają w swoim domu i które wymagają fizycznej obecności świadczeniodawcy. „Opieka długoterminowa (zdrowotna)” – zakres usług zdrowotnych i pielęgnacyjnych świadczonych ogółowi i jednostkom, pomagających w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności, a których głównym celem jest łagodzenie bólu i cierpienia, zapobieganie pogarszaniu się stanu zdrowotnego pacjentów uzależnionych od opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie.
12. „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.
13. „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.
14. „Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku (nieokreślone według funkcji)” – dobra medyczne trwałego użytku, w tym ortezy wspierające lub korygujące zniekształcenia 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.
15. „Profilaktyka zdrowotna” – każde działanie zmierzające do zmniejszenia liczby lub ciężkości urazów i chorób, ich niekorzystnych skutków zdrowotnych i powikłań, albo do ich uniknięcia.
16. „Zarządzanie i administracja systemu opieki zdrowotnej oraz jej finansowanie” – usługi, które nie dotyczą bezpośrednio opieki zdrowotnej, lecz systemu opieki zdrowotnej, 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 opieki zdrowotnej.
17. „Pozostałe usługi opieki zdrowotnej gdzie indziej niesklasyfikowane” obejmują wszelkie inne usługi opieki zdrowotnej niesklasyfikowane w HC.1–HC.7.
18. „Systemy finansowania opieki zdrowotnej” – 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.
19. „Systemy sektora instytucji rządowych i samorządowych” – sposoby finansowania opieki zdrowotnej, 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.

20. „Systemy ubezpieczeń społecznych” – mechanizmy finansowania mające zagwarantować konkretnym grupom ludności dostęp do opieki zdrowotnej 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.
21. „Systemy obowiązkowego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego” – mechanizmy finansowania mające zagwarantować konkretnym grupom ludności dostęp do opieki zdrowotnej poprzez obowiązkowe uczestnictwo określone ustawowo lub przez instytucje rządowe i samorządowe; warunkiem uzyskania świadczenia ubezpieczeniowego jest wykupienie polisy ubezpieczenia zdrowotnego.
22. „Systemy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego” – systemy 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.
23. „Systemy 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.
24. „Systemy finansowania przez przedsiębiorstwa” – głównie mechanizmy, w których przedsiębiorstwa bezpośrednio zapewniają lub finansują usługi zdrowotne dla swoich pracowników bez udziału jakiegokolwiek systemu ubezpieczeniowego.
25. „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.
26. „Zagraniczne systemy 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 system w kraju ich pobytu.
27. „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.
28. „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.
29. „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.
30. „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.
31. „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 zapewniającego przez innych świadczeniodawców.
32. „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.

33. „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.
 34. „Dostawcy usług w zakresie administracji systemu opieki zdrowotnej i jej finansowania” – instytucje zajmujące się przede wszystkim regulacją działalności agencji zapewniających opiekę zdrowotną oraz ogólną administracją sektora opieki zdrowotnej, w tym administracją finansowania opieki zdrowotnej.
 35. „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.
 36. „Zagraniczni świadczeniodawcy” – wszystkie jednostki będące nierezydentami, które dostarczają dobra i usługi w zakresie opieki zdrowotnej, jak również te zaangażowane w działania związane ze zdrowiem.
-

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

1) Klasyfikacja krzyżowa bieżących wydatków na opiekę zdrowotną według funkcji opieki zdrowotnej (HC) i systemów finansowania (HF)

Wszystkie dane podaje się w milionach jednostek waluty krajowej.

	Systemy finansowania	HF.1.1	HF.1.2.1	HF.1.2.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Funkcje opieki zdrowotnej		Państwowe systemy ubezpieczeń	Systemy ubezpieczeń społecznych	Systemy obowiązkowego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego	Systemy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Systemy finansowania instytucji niekomercyjnych	Systemy finansowania przez przedsiębiorstwa	Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	Zagraniczne systemy finansowania	Wydatki bieżące na opiekę zdrowotną 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 (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.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 opieki zdrowotnej oraz jej finansowanie										
HC.9	Pozostałe usługi zdrowotne, gdzie indziej niesklasyfikowane										
	<i>Wydatki bieżące na opiekę zdrowotną HC.1-HC.9</i>										

3) Klasyfikacja krzyżowa bieżących wydatków na opiekę zdrowotną według świadczeniodawców (HP) i systemów finansowania (HF)

Wszystkie dane podaje się w milionach jednostek waluty krajowej.

	Systemy finansowania	HF.1.1	HF.1.2.1	HF.1.2.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Świadczeniodawcy		Państwowe systemy ubezpieczeń	Systemy ubezpieczeń społecznych	Systemy obowiązkowego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego	Systemy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego	Systemy finansowania instytucji niekomercyjnych	Systemy finansowania przez przedsiębiorstwa	Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	Zagraniczne systemy finansowania	Wydatki bieżące na opiekę zdrowotną HF.1-HF.4
HP.1	Szpitala									
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej									
HP.3	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej									
HP.4	Świadczeniodawcy usług pomocniczych									
HP.5	Sprzedawcy i inni dostawcy dóbr medycznych									
HP.6	Świadczeniodawcy profilaktycznej opieki zdrowotnej									
HP.7	Dostawcy usług w zakresie administracji systemu opieki zdrowotnej i jej finansowania									
HP.8	Pozostałe jednostki gospodarcze									
HP.9	Podmioty zagraniczne									
	Wydatki bieżące na opiekę zdrowotną HP.1-HP.9									