



Dorota Kawiorska

# POTENCJAŁ ANALITYCZNY SYSTEMU RACHUNKÓW ZDROWIA (SHA) W UNII EUROPEJSKIEJ

---

Dorota Kawiorska, dr – Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

adres korespondencyjny:  
Katedra Teorii Ekonomii  
ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków  
e-mail: dorota.kawiorska@uek.krakow.pl

## THE ANALYTICAL POTENTIAL OF A SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS (SHA) IN THE EUROPEAN UNION

**SUMMARY:** The aim of this article is to present the methodology of System of Health Accounts (SHA), including its potential as a tool for multidimensional analysis of a socioeconomic nature to assess the functioning of health systems. In the first part of this article the subject of the analysis deals with the functioning of health systems in the context of the European Union's competence to carry out actions to support and coordinate the activities of the Member States in health care. One of the examples and, at the same time, the specific result of such action of the European Union is a System of Health Accounts (SHA), presented in the subsequent sections. SHA as statistical system can contribute information to conduct effective health policy in the Member States of the European Union.

**KEY WORDS:** System of Health Accounts, European health systems, health policy

---

## Wstęp

Systemy ochrony zdrowia w krajach europejskich mają charakter dynamiczny. Zmiany o charakterze epidemiologiczno-demograficznym, postęp w medycynie i rozwój zaawansowanych technologii medycznych, a także rosnące oczekiwania beneficjentów opieki zdrowotnej czy zmieniające się uwarunkowania ekonomiczne wymuszają wdrażanie reform w zakresie systemów ochrony zdrowia, w ramach których wprowadzane są coraz bardziej złożone mechanizmy finansowania świadczeń zdrowotnych i ich organizacji.

W ramach podejmowanych w krajach europejskich reform kwestią zasadniczą jest pogodzenie moralnego imperatywu utrzymania zasady solidaryzmu oraz społecznego charakteru świadczeń ochrony zdrowia z fiskalnym imperatywem kontroli kosztów w sektorze ochrony zdrowia. Aktywność w tym zakresie wykazuje także Komisja Europejska, która w granicach posiadanych kompetencji oraz z poszanowaniem praw i obowiązków państw członkowskich podejmuje szereg inicjatyw służących koordynacji funkcjonowania krajowych systemów zdrowia. Ich przejawem są na przykład formułowane przez Komisję Europejską strategie w obszarze ochrony zdrowia czy opracowywane metodologie dla systemów statystyczno-informacyjnych i wskaźników, dzięki którym możliwe jest monitorowanie i analizowanie sytuacji w ochronie zdrowia, w tym pomiar i ocena efektów krajowych przedsięwzięć reformatorskich. System Rachunków Zdrowia (*System of Health Accounts – SHA*) jest zarówno jednym z przykładów, jak i konkretnym rezultatem takiej aktywności.

## Rola Unii Europejskiej w koordynacji funkcjonowania systemów ochrony zdrowia

Systemy ochrony zdrowia stanowią zasadniczy element szeroko pojętej infrastruktury socjalnej w Europie. Obejmuje ona zarówno system wartości, z których najistotniejsze to: powszechność świadczeń zdrowotnych, dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, sprawiedliwość oraz solidarność, jak i zbiór zasad postępowania dotyczący wymogów jakościowych, bezpieczeństwa, świadczenia opieki zdrowotnej opartej na dowodach naukowych i etycznych podstawach, zaangażowania pacjentów, zadośćuczynienia, prywatności i poufności, które są wspólne dla europejskich systemów ochrony zdrowia<sup>1</sup>.

Na poziomie praktycznej realizacji powyższych wartości i zasad, europejskie systemy ochrony zdrowia różnią się między sobą. Przyczyną tego zróżnicowania są dokonywane, w ramach historyczno-kulturowego rozwoju oraz ekonomiczno-

<sup>1</sup> Zob. Council Conclusion on Common Values and Principles In European Union Health Systems, Dz. Urz. 2006/C146/01 z 22.06.2006.

-politycznych uwarunkowań, wybory o charakterze systemowym<sup>2</sup>, w tym te wynikające z tytułu przyznanych uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, jak i przyjęte mechanizmy finansowania i organizacji świadczeń zdrowotnych.

W aspekcie instytucjonalno-prawnym, odpowiedzialność za projektowanie krajowych systemów ochrony zdrowia, zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, w tym alokacje przeznaczonych na nie zasobów<sup>3</sup>, należą do bezpośrednich obowiązków państw członkowskich. Unia Europejska podejmuje działania w obszarze ochrony zdrowia zgodnie z **zasadą subsydiarności** i **proporcjonalności**<sup>4</sup> tylko wówczas i tylko w takim zakresie, w którym wspólne działania mogą być bardziej skuteczne lub w przypadku szczególnych problemów o charakterze transgranicznym, dotyczących na przykład stosowania praw pacjentów<sup>5</sup> czy zagrożeń dla zdrowia wywołanych przez pandemię lub bioterroryzm.

W odniesieniu do funkcjonowania systemów ochrony zdrowia Komisja Europejska, w ścisłej współpracy z państwami członkowskimi, podejmuje inicjatywy zmierzające do promowania i koordynacji polityk zdrowotnych pomiędzy krajami. Ich efektem są opracowywane przez Komisję strategie w obszarze ochrony zdrowia oraz unijne programy zdrowotne. Mają one na celu określenie wytycznych i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk oraz przygotowanie elementów niezbędnych dla prowadzenia okresowego nadzoru i oceny<sup>6</sup>. W tym kontekście wskazać należy na:

- Obecnie realizowaną strategię „Razem na Rzecz Zdrowia”<sup>7</sup>, obejmującą okres 2007-2013, w której jednym z trzech strategicznych celów jest *wspieranie dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii* poprzez między innymi przygotowanie unijnych ram dla bezpiecznych i wysokiej jakości

<sup>2</sup> W piśmiennictwie dotyczącym europejskich systemów ochrony zdrowia i ich typologii najczęściej wyróżnia się tak zwany model Bismarckowski, w którym prawo do świadczeń jest prawem podmiotowym, wynikającym z umowy ubezpieczeniowej oraz tak zwany model Beveridge’a, w którym korzystanie ze świadczeń zdrowotnych uznane jest jako uniwersalne uprawnienie wszystkich obywateli (zob. W.C.Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź -Kraków-Warszawa 1996, s. 315). Z kolei w typologii zaproponowanej przez OECD funkcjonuje tak zwany publicznie zintegrowany model, stanowiący kombinację budżetowego finansowania świadczeń zdrowotnych i systemu szpitali należących do sektora rządowego oraz tak zwany model publicznego kontraktowania świadczeń, w ramach którego publiczny płatnik (agencje rządowe lub fundusze zabezpieczenia społecznego) kontraktuje usługi z publicznymi lub prywatnymi świadczeniodawcami dóbr i usług zdrowotnych (zob. *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD Publishing 2004, s. 22).

<sup>3</sup> Zob. art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej wersja skonsolidowana Dz. Urz. UE C 326 z dnia 12.10.12, s. 47 (dalej: TFUE).

<sup>4</sup> Zob. art. 5 Traktatu o Unii Europejskiej, wersja skonsolidowana Dz. Urz. UE C 326 z 26.10.2012, s. 13.

<sup>5</sup> Zob. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz.Urz. L 88 z 4.4.2011.

<sup>6</sup> Zob. art. 168 TFUE.

<sup>7</sup> Zob. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*, EC, Brussels, 23.10.2007 COM(2007).

świadczeń zdrowotnych, w tym w odniesieniu do transgranicznej opieki zdrowotnej<sup>8</sup> oraz pomoc państwom członkowskim i regionom w zarządzaniu innowacjami w systemach zdrowotnych.

- Zaproponowane cele koordynacji polityki zdrowotnej UE w ramach strategii „Inwestycje w zdrowie”<sup>9</sup> na lata 2014-2020, polegające na zapewnieniu efektywności i stabilności finansowej europejskich systemów ochrony zdrowia. Cele te wynikają między innymi z problemów związanych z kryzysem finansowym, zmianami strukturalnymi o charakterze demograficznym oraz zmianami w profilu schorzeń populacji w Europie. W strategii zwraca się uwagę na potrzebę wspierania rozwoju systemów informacji oraz narzędzi o charakterze analitycznym, służących ocenie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, w szczególności wielkości i struktury ponoszonych wydatków na ochronę zdrowia w kontekście uzyskiwanych efektów, mierzonych poprawą zdrowotności populacji.
- Przedstawioną analizę wzrostu gospodarczego w ramach aktywności związanych z Europejskim Semestrem w 2013 roku, z której wynika potrzeba reform systemów ochrony zdrowia w celu zapewnienia dostępu do bezpiecznej, jak i wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz bardziej efektywnego wykorzystywania środków publicznych<sup>10</sup>.
- Unijne programy zdrowotne<sup>11</sup>, które służą operacjonalizacji celów formułowanych w strategiach zdrowotnych, co następuje poprzez wskazanie konkretnych działań, jakie powinny być podjęte w tym zakresie, zaangażowanych podmiotów i instytucji oraz desygnowanie finansowych środków dla ich realizacji.
- W końcu na tę sferę aktywności Komisji, która przejawia się w jej działaniach na rzecz rozwoju systemów informacji statystycznych w ochronie zdrowia między innymi poprzez wykorzystanie unijnego programu statystycznego<sup>12</sup>, tworzenie europejskich baz danych<sup>13</sup> oraz platform dla wymiany doświadczeń i dobrych praktyk<sup>14</sup>, przygotowywanie regulacji prawnych w zakresie

<sup>8</sup> Praktyczną realizacją tego celu jest między innymi przywołana w przypisie 5 dyrektywa 2011/24/UE.

<sup>9</sup> Investing in Health in Social Investment Package, Commission Staff Working Document, SWD (2013) 43 final, 20.2.2013

<sup>10</sup> Zob. Commission Communication, Annual Growth Survey 2013 – COM(2012) 750 final, 28.11.2012

<sup>11</sup> Zob. wspólnotowe programy zdrowia: pierwszy program realizowany w latach (2003-2008), drugi program w latach (2008-2013), w październiku 2013 zatwierdzony zostanie trzeci unijny program realizowany w latach 2014-2020); [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) [20-05-2013].

<sup>12</sup> Programy pięcioletnie i dwuletnie tworzone są z wykorzystaniem Europejskiego Systemu Statystycznego (ESS), to jest partnerstwa między organem statycznym Unii (EUROSTAT), krajowymi instytucjami statystycznymi oraz innymi krajowymi organami odpowiedzialnymi w państwach członkowskich za rozwój, produkcję i rozpowszechnianie statystyk europejskich. Partnerstwo obejmuje również kraje EFTA i EOG. Rolą EUROSTAT w ESS jest inicjowanie i koordynacja prac, których celem jest harmonizacji statystyk europejskich.

<sup>13</sup> Zob. baza danych EUROSTAT; [www.epp.eurostat.ec.europa.eu](http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu) [20-05-2013]; Europejskie wskaźniki zdrowia: HEIDI Data Tools; [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) [20-05-2013].

<sup>14</sup> Zob. Komunikat Komisji „Odnowione zobowiązanie na rzecz europejskiego modelu społecznego: Udoskonalenie otwartej metody koordynacji w zakresie ochrony socjalnej i integracji społecznej” COM(2008) 418 final, Brussels, 2.7.2008).

statystyk europejskich<sup>15</sup>, organizowanie spotkań i paneli eksperckich, publikacje raportów<sup>16</sup> i materiałów metodologicznych<sup>17</sup> czy współpracę z innymi organizacjami międzynarodowymi w celu harmonizacji międzynarodowych statystyk. Tym samym, działania te wpisują się w bieżące cele polityk UE, formułowane w ramach ogólnych strategii społeczno-gospodarczych, takich jak: Inwestycje społeczne na rzecz wzrostu i spójności, Strategie Zrównoważonego Rozwoju, czy Europa 2020, jak i tych dotyczących specyficznych obszarów, jakim jest ochrona zdrowia.

## System Rachunków Zdrowia w statystyce europejskiej

Wzrost zainteresowania funkcjonowaniem systemów ochrony zdrowia, a co za tym idzie zapotrzebowania na informacje i dane dotyczące wydatków na ochronę zdrowia oraz ograniczenia międzynarodowych baz danych, wynikające ze zróżnicowania krajowych systemów ewidencji statystycznej i w związku z tym konieczność wypracowania międzynarodowych standardów w zakresie statystyki wydatków na ochronę zdrowia sprawiły, iż w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych OECD we współpracy z EUROSTAT rozpoczęły prace nad koncepcją zintegrowanego systemu rachunków dla ochrony zdrowia. Ich rezultatem było opublikowanie w 2000 roku przez OECD pierwszej wersji Systemu Rachunków Zdrowia (SHA, 1.0)<sup>18</sup>. W 2002 roku Parlament Europejski w programie działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego<sup>19</sup> przyjął jako jeden z trzech celów działań Wspólnoty poprawę informacji i wiedzy w zakresie zdrowia publicznego, w tym między innymi budowę baz danych i systemu ich przekazywania, w ramach których powinna istnieć możliwość dokonywania oceny i przedstawiania faktów dotyczących stanu zdrowia populacji, wyników polityki zdrowotnej, działań podejmowanych w ramach organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych oraz efektów przedsięwzięć realizowanych w dziedzinie ochrony zdrowia. W efekcie tych działań Eurostat rekomendował wdrożenie systemu SHA w państwach członkowskich Unii Europejskiej, a w ramach ówczesnego wspólnotowego programu ochrony zdrowia przeznaczone zostały środki na realizację szeregu projektów wspomagających dalszy rozwój metodologii, jak i wdrażanie tego systemu do krajowych statystyk<sup>20</sup>. Dzięki nim w praktyce do 2005 roku w większo-

<sup>15</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 z dnia 16 grudnia 2008 roku w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, Dz.U. L 354 z 31.12.2008.

<sup>16</sup> European Commission, Joint Report on Health Systems, Occasional paper 74 / December 2010; [www.europa.eu](http://www.europa.eu) [20-05-2013].

<sup>17</sup> OECD, EUROSTAT, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing (dalej: SHA 2011).

<sup>18</sup> OECD (2000) A system of Health Accounts (version 1.0) OECD Publishing (dalej: SHA 1.0).

<sup>19</sup> Decyzja 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 roku przyjmująca program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego w 2003–2008, Dz. Urz. UE L 271/1 z 9.10.2002.

<sup>20</sup> Tytułem przykładu zob. SHA Practical guidance for implementing A System of Health Accounts in the EU, Eurostat/UK ONS, 2003; SHA—Results of Health Account Data in Europe, Euro-

ści państw członkowskich UE realizowane były projekty lub prace nad wdrożeniem systemu rachunków zdrowia do krajowych statystyk.

W celu popularyzacji międzynarodowych standardów i jednocześnie zmniejszenia obciążeń krajowych respondentów z tytułu różnych zakresów danych i informacji przekazywanych do międzynarodowych instytucji, EUROSTAT, OECD i WHO podpisały porozumienie dotyczące koordynacji wspólnego gromadzenia danych na temat wydatków na ochronę zdrowia w oparciu o metodologię SHA (1.0). Porozumienie to objęło również tworzenie wspólnej listy respondentów SHA w państwach członkowskich UE i członków OECD. Począwszy od grudnia 2005 roku, EUROSTAT i OECD wspólnie wysyłają krajom kwestionariusz statystyczny SHA, weryfikują otrzymane dane oraz udostępniają opracowane na ich podstawie bazy danych zgodnie z indywidualnym harmonogramem każdej z tych instytucji. W 2012 roku 37 krajów, w tym 23 państwa członkowskich UE<sup>21,22</sup>, przekazało krajowe dane do EUROSTAT, OECD i WHO.

W listopadzie 2011 roku opublikowana została kolejna edycja SHA (2011 Edition)<sup>23</sup>, w ramach której, w oparciu o krajowe doświadczenia we wdrażaniu rachunków zdrowia, dokonano rewizji metodologii SHA oraz wskazano na możliwości dalszego rozwoju rachunków, w tym ich powiązania z informacjami i danymi o charakterze społeczno-ekonomicznym, stwarzając tym samym możliwości dla bardziej kompleksowej analizy funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Przedstawione w dalszej części artykułu możliwości wykorzystania SHA, jako narzędzia analitycznego dla formułowania ocen na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ograniczone zostały do wybranych przykładów.

## System Rachunków Zdrowia jako narzędzie oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

System Rachunków Zdrowia jako system sprawozdawczości statystycznej, oferuje metodologie tworzenia rodziny wzajemnie powiązanych ze sobą standardowych tablic, służących uporządkowanemu opisowi przepływów finansowych związanych z konsumpcją dóbr i usług z zakresu ochrony zdrowia (rachunek

---

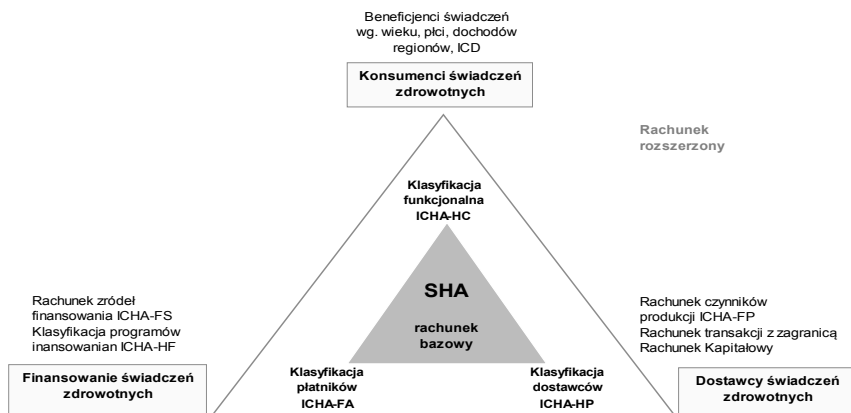
stat/BASYS – Germany 2004; Multi-Beneficiary Programme for Statistical Co-Operation with the Phare Countries” Eurostat/ ICON-Germany, 2004-2006.

<sup>21</sup> W Polsce prace nad pilotażowym rachunkiem zdrowia prowadzone były w latach 2001-2002 na zlecenie Biura Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (zob. Zob. Schneider M., Kawiorska D., et al., System rachunków zdrowia w Polsce, Biuro Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, Warszawa, marzec 2002, s. 1-194.) a od 2004 roku prace nad rachunkami zdrowia są prowadzone przez Główny Urząd Statystyczny w ramach Programu badań statystycznych statystyki publicznej (zob. GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok).

<sup>22</sup> Kraje, w których nadal trwają prace przygotowawcze to Irlandia Grecja, Włochy i Wielka Brytania.

<sup>23</sup> OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing; [www.epp.eurostat.ec.europa.eu](http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu) [20-05-2013].

Rysunek 1  
Podstawowy i rozszerzony rachunek SHA



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *A System of Health Accounts*, OECD, EUROSTAT, WHO, *OECD Publishing*, 2011, s. 55.

bazowy) oraz dodatkowych tablic łączących przepływy finansowe z pozafinansowymi danymi lub wskaźnikami wykorzystania zasobów i pomiaru uzyskanych wyników (rachunek rozszerzony). Wartość dodana SHA wynika między innymi z faktu, iż jest on oparty na funkcjonalnie zdefiniowanych granicach sektora ochrony zdrowia, odnosi się do wspólnych kryteriów, definicji, klasyfikacji oraz reguł sprawozdawczych, co pozwala na porównywanie zgromadzonych danych, zarówno w ujęciu czasowym, jak i terytorialnym, w tym prowadzenie analiz porównawczych o zasięgu międzynarodowym.

Rachunek w swoim podstawowym wymiarze jest zorganizowany wokół trójwymiarowego systemu klasyfikującego wydatki na ochronę zdrowia<sup>24</sup> według: funkcji (ICHA-HC), dostawców (ICHA-HP) oraz finansowania (ICHA-HF) świadczeń zdrowotnych. Kompilacja danych według powyższych trzech podstawowych klasyfikacji SHA umożliwia uzyskanie odpowiedzi na trzy zasadnicze pytania, a mianowicie:

- jakie dobra i usługi z zakresu ochrony zdrowia są konsumowane (**ujęcie funkcjonalne**);
- kto jest bezpośrednim świadczeniodawcą tych dóbr i usług (**ujęcie dostawców**);
- kto płaci za dostarczone dobra i wykonane usługi (**ujęcie finansowania**).

W rezultacie każde finalne dobro lub usługa z zakresu ochrony zdrowia dostarczona konsumentowi może być opisana za pomocą jednego, dwóch lub jednocześnie trzech ujęć, zgodnie z podejściem, iż wartość konsumowanych dóbr

<sup>24</sup> W rozumieniu utworzonej dla potrzeb systemu rachunków zdrowia, tak zwanej Międzynarodowej Klasyfikacji dla Rachunków Zdrowia (*International Classification of Health Accounts – ICHA*).

i usług zdrowotnych odpowiada wartości dostarczanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym wielkości ponoszonych z tego tytułu wydatków.

Uniwersalność funkcjonalnego ujęcia wynika z faktu, iż wydatki na dobra i usługi zdrowotne klasyfikowane są według zdefiniowanych funkcji, to jest form aktywności odnoszących się do realizacji konkretnych zadań systemu ochrony<sup>25</sup>, bez względu na sposób organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to ma szczególne znaczenie dla celów analiz bieżących wydatków na ochronę zdrowia i ich międzynarodowych porównań, bowiem wiąże się ono z wyznaczeniem wspólnych dla wszystkich krajów granic sektora ochrony zdrowia, a co za tym idzie ujednoczonego przedmiotowo zakresu sprawozdawczości statystycznej. Odpowiednio sklasyfikowane w ramach tego ujęcia<sup>26</sup> wydatki na dobra i usługi można analizować z perspektywy dóbr i usług konsumowanych indywidualnie (na przykład usługi lecznicze, rehabilitacyjne, usługi długoterminowej opieki pielęgnacyjnej, pomocnicze usługi związane m. in. z diagnostyką, farmaceutyką i inne dobra medyczne dostarczane pacjentom ambulatoryjnym) oraz tych konsumowanych kolektywnie (programy z zakresu zdrowia publicznego oraz zadania o charakterze administracyjno-zarządczym w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia jako całości). W przypadku dóbr i usług konsumowanych indywidualnie możliwy jest dodatkowy podział wydatków, uwzględniający sposób korzystania ze świadczeń zdrowotnych (opieka stacjonarna, opieka dzienna, opieka ambulatoryjna i opieka świadczoną w domu pacjenta). Podział ten odzwierciedla zasadnicze różnice pomiędzy systemami ochrony zdrowia wynikające z organizacji opieki zdrowotnej w każdym z krajów, stosowanych rozwiązań w zakresie zarządzania tą opieką, jak i oceną ich skuteczności.

W ramach klasyfikacji funkcjonalnej wyodrębnionych zostało szereg tak zwanych **funkcji powiązanych z ochroną zdrowia** oraz tak zwanych **pozycji uzupełniających**<sup>27</sup>. Wydatki na opiekę długoterminową o charakterze socjalnym (w tym świadczenia gotówkowe i rzeczowe) łącznie z wydatkami na opiekę długoterminową o charakterze zdrowotnym pozwalają na monitorowanie finansowych obciążeń systemu ochrony zdrowia związanych z procesem starzenia się społeczeństw. Informacja ta ma zasadnicze znaczenie dla podejmowanych działań, których celem jest zapewnienie spójności i stabilności systemów ochrony zdrowia oraz zabezpieczenia socjalnego w długim okresie czasu. Wydatki na kontrolę żywności, higieny i wody pitnej oraz wydatki na zdrowie środowiskowe pozwalają poszerzyć obszar badań o dodatkowe (poza ochroną zdrowia) determinanty zdrowia populacji. Natomiast wydatki związane z kształceniem i szkole-

<sup>25</sup> Zadania realizowane dzięki zastosowaniu wiedzy i technologii medycznej, paramedycznej i pielęgniarskiej obejmują: promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom, diagnozowanie, leczenie, opieka i rehabilitacja zdrowotna, opieka nad osobami przewlekle chorymi, które wymagają pielęgnacji, opieka (zdrowotna) nad osobami niepełnosprawnymi, opieka paliatywna, świadczenia z zakresu zdrowia publicznego, zarządzanie i administracja w systemie ochrony zdrowia (zob. szerzej: SHA (2011), s. 52-69 oraz 72-117).

<sup>26</sup> Zob. szerzej: SHA (1.0), s. 111-128 oraz SHA (2011), s. 71-120.

<sup>27</sup> Dotyczy aktywności wykraczającej poza funkcjonalnie zdefiniowane granice sektora ochrony zdrowia.



niem personelu medycznego oraz badaniami i rozwojem w ochronie zdrowia mogą stanowić punkt wyjścia dla analiz nakierowanych na ocenę inwestycji w kapitał ludzki czy rozwój innowacji w sektorze ochrony zdrowia.

Wszelchność ujęcia wydatków od strony dostawców<sup>28</sup> dóbr i usług zdrowotnych wyraża się w tym, że obejmuje ono zarówno podmioty, jak i instytucje krajowe, dla których świadczenie usług zdrowotnych jest podstawową aktywnością (na przykład szpitale, indywidualne praktyki lekarskie, zakłady diagnostyczne, apteki), jak i te, dla których świadczenia te są dodatkową lub jedną z wielu prowadzonych aktywności (na przykład zakłady penitencjarne, przedsiębiorstwa świadczące usługi medycyny pracy dla swoich pracowników, czy gospodarstwa domowe, w ramach których świadczona jest opieka dla członków rodziny).

W ramach kategorii świadczeniodawców zagranicznych ujmowane są wydatki na dobra i usługi nabywane przez rezydentów danego kraju za granicą. Wydatki klasyfikowane w podziale na dostawców dóbr i usług zdrowotnych są odzwierciedleniem organizacyjnej struktury dostarczania świadczeń zdrowotnych, charakterystycznej dla danego kraju, stąd analizy prowadzone w ramach tego ujęcia są użyteczne przede wszystkim dla oceny ekonomicznych wyników prowadzonej działalności według wybranych grup świadczeniodawców, zarówno na terenie danego kraju lub regionu.

Pragmatyzm w ujęciu finansowania<sup>29</sup> ochrony zdrowia wiąże się z możliwością klasyfikowania wydatków według kategorii odnoszących się do instytucjonalnych sektorów gospodarki, zdefiniowanych w ramach Systemu Rachunków Narodowych (SNA), jak i kategorii programów finansowania odnoszących się do koncepcji funduszy zabezpieczenia społecznego, zdefiniowanych w ramach Europejskiego Systemu Zintegrowanych Statystyk dot. Ochrony Socjalnej (ESSPROS). Zaproponowana w ramach rewizji SHA (2011) klasyfikacja dochodów<sup>30</sup> uzyskiwanych w ramach określonych programów finansowania (na przykład składki na ubezpieczenia społeczne, transfery z zagranicy, transfery rządowe, współ-płacenie ze strony gospodarstw domowych, pracodawców) pozwala na uzyskanie informacji na temat wielkości i struktury przychodów, sposobów ich gromadzenia i przepływów pomiędzy sektorami instytucjonalnymi gospodarki. W ten sposób SHA umożliwia analizę przepływów finansowych w każdym kraju, bez względu na przyjęte w ramach danego systemu rozwiązania w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych.

Te trzy podstawowe podejścia w ujęciu wydatków na ochronę zdrowia stanowić mogą również trzy płaszczyzny służące monitorowaniu i ocenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, odpowiednio z perspektywy konsumenta (beneficjenta świadczeń zdrowotnych), dostawcy dóbr i usług zdrowotnych oraz finansowania świadczeń zdrowotnych, stwarzając tym samym możliwość prowadzenia wielowymiarowych analiz – z wykorzystaniem danych i informacji o cha-

<sup>28</sup> Zob. szerzej SHA (1.0), s.135-148 oraz SHA (2011), s. 121-153.

<sup>29</sup> Zob. szerzej SHA (1.0), s.151-156 oraz SHA (2011), s. 153-194.

<sup>30</sup> Zob. SHA (2011), s. 196-210.

rakterze nie-finansowym – w obszarach o szczególnym znaczeniu dla polityki zdrowotnej w danym kraju.

Przykładem takich wielowymiarowych analiz, prowadzonych z perspektywy konsumenta dóbr i usług zdrowotnych, może być powiązanie trzech podstawowych ujęć wydatków na ochronę zdrowia z danymi na temat korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez określone grupy beneficjentów<sup>31</sup> w podziale – przykładowo – na wiek, płeć, miejsce zamieszkania czy poziom dochodów gospodarstw domowych. W ramach tego typu analiz można uzyskać informacje na temat: *kto (wg wybranych charakterystyk) jest „beneficjentem” dóbr i usług w ochronie zdrowia, kto za nie płaci, jakiego rodzaju to są świadczenia i przez kogo są one dostarczane?* Analizy te mają istotne znaczenie nie tylko z punktu widzenia polityki zdrowotnej, ale także polityk, których celem jest realizacja przyjętego kryterium sprawiedliwości społecznej (analizy dotyczące tak zwanej dostępności kosztowej)<sup>32</sup> czy zapewnienie terytorialnej spójności i zrównoważonego rozwoju (analizy dotyczące tak zwanej dostępności przestrzennej). Wykorzystanie informacji na temat miejsca zamieszkania beneficjentów (w podziale na rezydentów i nie-rezydentów) umożliwi monitorowanie transakcji z zagranicą (eksportu i importu dóbr i usług zdrowotnych)<sup>33</sup> w ochronie zdrowia. Ujęcie wydatków na dobra i usługi konsumowane indywidualnie w podziale na określone grupy schorzeń (na przykład według klasyfikacji ICD)<sup>34</sup>, jako przyczyny kontaktu ze służbą zdrowia, mogą być wykorzystane w celu wypracowania strategii w zakresie priorytetów zdrowotnych, planowanych interwencji bądź tworzenia prewencyjnych programów o charakterze epidemiologicznym, nastawionych na eliminowanie tych problemów, a w dłuższej perspektywie czasowej monitorowanie efektów podjętych w tym celu działań. Z kolei ocena właściwej i skutecznej, w sensie ekonomicznym, alokacji zasobów<sup>35</sup> dla wybranych rodzajów interwencji lub programów (według funkcji), może być dokonana poprzez porównanie poniesionych nakładów finansowych (według klasyfikacji czynników produkcji)<sup>36</sup> i uzyskanych wyników (mierzonych ilością wykonanych świadczeń zdrowotnych, na przykład liczba wypisów ze szpitala, przeprowadzonych konsultacji ambulatoryjnych czy testów diagnostycznych) w ujęciu poszczególnych dostawców dóbr i usług. Dodatkowo powiązanie danych finansowych z informacjami na temat ilości wykonanych świadczeń może służyć oszacowaniu przeciętnych jednostkowych kosztów dla określonych grup świadczeń, które z kolei można wykorzystać dla two-

<sup>31</sup> Zob. szerzej SHA (2011), s.225-246.

<sup>32</sup> Dostępność ta postrzegana w skali makro pozostaje w związku z zasadami przyznawania uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, natomiast w skali mikro jest widziana jako zdolność pacjenta do poniesienia kosztu związanego z kontaktem z ochroną zdrowia. (Zob. C.W. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna...*, op. cit., s.302.

<sup>33</sup> Zob. szerzej: SHA (2011, s.223-270.

<sup>34</sup> Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

<sup>35</sup> W formułowaniu priorytetów w ochronie zdrowia na poziomie mikroekonomicznym użyteczne są na przykład analizy kosztów i korzyści (Cost benefis Analysis), w ramach których porównuje się koszty alternatywnych programów z korzyściami wynikającymi z ich wprowadzenia.

<sup>36</sup> Zob. szerzej: SHA (2011), s. 211-224.

rzenia indeksów cenowych<sup>37</sup> w sektorze ochrony zdrowia. Monitorowanie poziomu bieżących wydatków na ochronę zdrowia w dłuższej perspektywie czasowej i ich korelacja ze zmianami stanu zdrowotności populacji, mierzonej z wykorzystaniem takich wskaźników, jak na przykład lata życia skorelowane z dobrym zdrowiem (HLY), może być użyteczne zarówno dla formułowania ocen dotyczących efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kraju<sup>38</sup>, jak i wykorzystane dla celów porównań międzynarodowych.

## Podsumowanie

Dążenie do urzeczywistniania wspólnych dla europejskich systemów ochrony zdrowia celów, jakimi są: zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowotnej obywateli, sprawiedliwość społeczną w dostępie, świadczeniu i finansowaniu ochrony zdrowia, jej skuteczność i efektywność, wymaga wdrażania odpowiednich systemów informacji statystycznej. System Rachunków Zdrowia (SHA), funkcjonujący w chwili obecnej w statystyce europejskiej na zasadzie *gentelment agreement*, może stanowić podstawę dla prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej, opartej na rzetelnych informacjach, generowanych w postaci wszechstronnych i wewnętrznie spójnych statystyk, dzięki którym możliwe jest łączenie danych na temat wydatków i finansowania ochrony zdrowia z nie-finansowymi wskaźnikami wykorzystania zasobów i pomiaru uzyskanych wyników. Tym samym SHA umożliwia monitorowanie sytuacji w sektorze ochrony zdrowia, zarówno pod kątem wdrażania niezbędnych reform, jak i analiz ich potencjalnych konsekwencji. EUROSTAT, w ramach Europejskiego Systemu Statystycznego, prowadzi obecnie prace przygotowawcze nad aktem wykonawczym do rozporządzenia ramowego 1338/2008<sup>39</sup>, w zakresie statystyki wydatków na ochronę zdrowia wg metodologii SHA (dotyczących rachunku bazowego), co w znacznym stopniu ułatwi pozyskiwanie danych na poziomie krajowym oraz przyczyni się do poprawy ich jakości. Natomiast to, w jaki sposób i w jakim zakresie potencjał metodologiczny SHA (łącznie z rachunkiem rozszerzonym) będzie wykorzystany, zależy przede wszystkim od stopnia sprawności i zdolności krajowych systemów informacyjno-statystycznych do gromadzenia danych i informacji oraz generowania na tej podstawie użytecznych analiz.

<sup>37</sup> Zob. szerzej: SHA (2011, s.301-318).

<sup>38</sup> Z uwagi na szczególnie charakter dóbr i usług z zakresu ochrona zdrowia, za wynik w sensie efektu (w przypadku mierzenia efektywności) przyjmuje się rezultat leczenia rozumiany jako zmiana stanu zdrowia, mierzony przykładowo oczekiwanymi latami życia, lub wskaźnikami o charakterze syntetycznym, na przykład ilością lat skorelowanych z dobrym zdrowiem (HLY) lub ilością lat skorelowanych z dobrą jakością życia (QALY), natomiast za wynik w sensie usługi / produktu (w przypadku mierzenia skuteczności) przyjmuje się wykonaną usługę, taką jak na przykład wypis ze szpitala czy liczbę wizyt stomatologicznych.

<sup>39</sup> Zob. przypis 15.