



PRZEDMIOTOWA I PODMIOTOWA STRUKTURA WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z OCHRONĄ ZDROWIA W WYBRANYCH PAŃSTWACH

Rafał Zachorowski¹

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
Kolegium Finansów

Streszczenie: Struktura wydatków zdrowotnych w poszczególnych państwach jest zróżnicowana. Łączna wartość wydatków związanych z ochroną zdrowia w 2015 roku wyniosła w Europie 1 578 250 milionów euro. Największą część (591 064 milionów euro) stanowiły nakłady na opiekę szpitalną. W Polsce jest bardzo niski poziom wydatków na stacjonarne zakłady opieki długoterminowej. Na ten cel przeznaczają się tylko 1,4% wydatków. Natomiast średnia europejska wynosi 10,5%. W artykule przedstawiono zmiany w strukturze wydatków w wybranych państwach europejskich, co związane jest z ich możliwościami finansowymi.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, podmiotowa struktura wydatków, przedmiotowa struktura wydatków

DOI: 10.17512/znpcz.2020.1.08

Wprowadzenie

Zapoczątkowane w XIX wieku wykształcanie się powszechnego systemu ochrony zdrowia jest nadal aktualne. Jednym z ważnych zadań państwa jest zapewnienie społeczeństwu opieki zdrowotnej. Jednocześnie obserwuje się wzrost potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Zjawisko to wynika nie tylko z procesu starzenia się ludności, ale także z postępu wiedzy medycznej oraz nabywania przez lekarzy umiejętności diagnozowania i leczenia coraz cięższych chorób. Powoduje to coraz wyższe koszty związane z ochroną zdrowia.

Metodologia gromadzenia i opracowania danych odnośnie wydatków zdrowotnych w wybranych państwach europejskich

Zgodnie z metodologią przyjętą między innymi przez Eurostat, OECD oraz WHO opracowano odrębny system zbierania danych statystycznych dotyczących finansowania usług medycznych. Celem SHA (System of Health Accounts) jest dostarczenie wiarygodnych danych odnośnie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zarówno dla celów ujednoczenia podejścia we wszystkich krajach OECD, jak i dla

¹ Rafał Zachorowski, dr, zachorowskir@wp.pl.

możliwości przeprowadzania wiarygodnych analiz porównawczych pomiędzy poszczególnymi państwami. Poszczególne kraje członkowskie OECD, w tym członkowie Unii Europejskiej oraz kraje objęte Europejskim Obszarem Gospodarczym, zobligowane są do przedstawiania informacji o poziomie wydatków na ochronę zdrowia w trzech przekrojach.

Pierwszym z nich jest oszacowanie wielkości wydatków w zależności od określonego dostawcy usług zdrowotnych. W ramach tego przekroju poszczególne państwa agregują dane według kryterium opisującego dostawcę usług, niezależnie od samej istoty świadczeń zdrowotnych.

Kolejnym kryterium jest funkcja danego rodzaju świadczeń w systemie ochrony zdrowia. Wydatki w ramach tego kryterium dotyczą rodzaju świadczeń i kosztów, które są ponoszone w związku z danymi odnośnie potrzeb zgłaszanych przez ogół mieszkańców, niezależnie od formy placówek medycznych dostarczających wspomniane świadczenia.

Ostatnie kryterium wskazuje na źródła finansowania poszczególnych wydatków zdrowotnych. Właśnie to kryterium nastęrcza największych trudności interpretacyjnych. Dotyka ono bowiem unikalnych rozwiązań (przyjmowanych dotychczas na poziomie poszczególnych państw) i w związku z tym wymaga pewnego wysiłku pogodzenia faktycznych schematów finansowania wydatków z zarysowanym w SHA systemem sprawozdawczym.

W Polsce instytucją odpowiedzialną za prowadzenie Narodowego Rachunku Zdrowia jest Główny Urząd Statystyczny, który co roku przygotowuje opracowanie będące podsumowaniem wydatków ponoszonych w kraju, zgodnie z metodologią zaprezentowaną w SHA. Dane pochodzące z Polski, jak i z innych państw Unii Europejskiej (oraz z krajów współtworzących Europejski Obszar Gospodarczy: Norwegii, Islandii, Szwajcarii i Liechtensteinu oraz z aspirującej do członkostwa w UE Bośni i Hercegowiny), gromadzone są i opracowywane przez Eurostat – zlokalizowany w Luksemburgu urząd statystyczny Unii Europejskiej.

Zgodnie z metodologią stosowaną przez Eurostat świadczeniodawcy zaliczani są do jednej z kategorii:

- szpitale,
- stacjonarne zakłady opieki długookresowej,
- świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia,
- sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych,
- świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych,
- podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia,
- pozostałe jednostki w ramach innych sektorów gospodarki,
- zagranica,
- świadczeniodawcy nieznani.

Szpitala są to jednostki, których podstawowym zadaniem jest świadczenie usług zdrowotnych dla pacjentów leczonych stacjonarnie, za pośrednictwem personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i innych zawodów medycznych wraz z usługami dodatkowymi wymaganymi dla pacjentów stacjonarnych. Szpitale mogą również pełnić

usługi dla pacjentów ambulatoryjnych (tak zwane leczenie jednego dnia), a także oferować wizyty domowe. Jednak ich podstawowym zadaniem w ochronie zdrowia jest leczenie stacjonarne.

Stacjonarne zakłady opieki długookresowej tym różnią się od szpitali, że podstawą ich działania nie jest leczenie, a prowadzenie długotrwałej, stacjonarnej opieki nad pacjentami, która w pierwszym rzędzie dotyczy świadczeń o charakterze pielęgnacyjnym. Jednostki takie mogą realizować również inne świadczenia medyczne, a ich cechą charakterystyczną jest unikalne połączenie opieki zdrowotnej i usług społecznych.

Cechą charakterystyczną jednostek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest świadczenie usług medycznych dla pacjentów ambulatoryjnych, którzy nie wymagają opieki stacjonarnej. W tej grupie mieści się szerokie spektrum praktyk prywatnych, poradni, przychodni i innych form (w tym wizyty domowe).

Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia skupiają wszelkie usługi związane z ochroną zdrowia świadczone na rzecz pacjentów głównie ambulatoryjnych, pod nadzorem służb medycznych. Typowymi przykładami takich usług są: transport medyczny oraz analityka laboratoryjna.

Grupa sprzedawców detalicznych obejmuje także dostawców sprzętu medycznego do użytku publicznego lub domowego, w tym także jego montaż i serwis. W grupie tej znajdują się między innymi apteki oraz sprzedawcy sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego itp.

Grupa świadczeniodawców profilaktycznych usług zdrowotnych jest szczególnie słabo reprezentowana w Polsce. Podstawowym zakresem działania tej grupy jest prowadzenie programów profilaktycznych i publicznych kampanii prozdrowotnych. W ramach tej grupy funkcjonują agencje promocji zdrowia, agencje ochrony zdrowia, instytuty zdrowia publicznego i wszelkiego rodzaju organizacje stawiające sobie za podstawowy cel realizowanie działań prewencyjnych w ochronie zdrowia.

Podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia są odpowiednikiem instytucji otoczenia biznesu w innych gałęziach gospodarki. W ochronie zdrowia zaangażowane są one zarówno w regulację aktywności poszczególnych elementów systemu ochrony zdrowia, jak i całościowe zarządzanie sektorem usług medycznych, w tym również finansowanie i rozliczanie jednostek ochrony zdrowia.

Do pozostałych jednostek zalicza się dostarczycieli usług medycznych dotychczas niesklasyfikowanych, w tym gospodarstwa domowe będące równocześnie świadczeniodawcami pewnych specyficznych usług zdrowotnych, zazwyczaj dla członków własnej rodziny, a także te przedsiębiorstwa, które świadczą usługi zdrowotne poza swoją bezpośrednią działalnością.

Podmiotowa struktura świadczeniodawców w sektorze ochrony zdrowia w wybranych państwach europejskich

Struktura wydatków zdrowotnych w poszczególnych państwach jest zróżnicowana. Łączna wartość wydatków związanych z funkcjonowaniem szeroko pojętej ochrony zdrowia w 2015 roku w Europie wynosiła 1 578 250 milionów euro, z czego

największą część (591 064 miliony euro) wydatkowano na opiekę szpitalną. W dalszej kolejności znalazły się: opieka ambulatoryjna o wartości usług 402 miliardy euro, apteki i sprzedawcy dóbr i materiałów medycznych – 260 miliardów euro, koszt funkcjonowania zakładów opieki długoterminowej – 167 miliardów euro. Na administrację opieki zdrowotnej wydano 59 miliardów euro (bez administracji własnej poszczególnych placówek ochrony zdrowia). Pozostałe wydatki społeczeństw europejskich na ochronę zdrowia wyniosły łącznie 100 miliardów euro. W okresie tym strukturę wydatków zdrowotnych pogrupowanych według kryterium dostawcy usług medycznych zilustrowano w *Tabeli 1*.

Tabela 1. Udział poszczególnych grup świadczeniodawców w sektorze ochrony zdrowia w Europie w 2015 roku

Usługodawca	Wartość w mln euro	Udział procentowy
Szpitalne	591 064,12	37,45%
Stacjonarne zakłady opieki długookresowej	166 608,49	10,56%
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	401 803,27	25,46%
Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia	34 900,86	2,21%
Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych	259 907,09	16,47%
Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych	20 906,32	1,32%
Podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia	59 069,07	3,74%
Pozostałe jednostki w ramach innych sektorów gospodarki	34 453,26	2,18%
Zagranica	4 343,73	0,28%
Świadczeniodawcy nieznanego pochodzenia	5 193,86	0,33%
Razem	1 578 250,07	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (<https://stats.oecd.org/>)

Rozkład wydatków związanych z ochroną zdrowia w poszczególnych państwach kształtuje się niejednolicie. W *Tabeli 2* przedstawiono zestaw wydatków na ochronę zdrowia w wybranych państwach europejskich.

W Bułgarii koszty związane z zakupem leków oraz sprzętu medycznego wynoszą 43,2% całości wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia, podczas gdy w Polsce odsetek ten sięga 23,2%, a w Czechach jedynie 16,6%. Z kolei w Czechach środki kierowane do szpitali stanowią ponad 41%, w Polsce, Francji i w Bułgarii od 33% do 38%, a w Niemczech jedynie 29,2% całości kosztów. *Tabela 2* odzwierciedla pewnego rodzaju model organizacyjny funkcjonujący w poszczególnych państwach członkowskich. W Polsce jest bardzo niski poziom wydatków na stacjonarne zakłady opieki długoterminowej. Na ten cel przeznaczają się tylko 1,4% wydatków, podczas gdy średnia europejska wynosi 10,5%. Do wielkości tej zbliżają się Czechy z 7,4% wydatków, Niemcy – 8,8%, a nieznacznie przekracza je Francja, przeznaczając na ten cel 11,3%

ogółu wydatków. Należy nadmienić, że koszty administracji służby zdrowia w krajach Europy Zachodniej przekraczają 5% całości wydatków, a w Europie Wschodniej wynoszą poniżej 3%. Z powyższego wynika, że struktura wydatków na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach europejskich jest zróżnicowana.

Tabela 2. Rozkład wydatków ponoszonych na poszczególne grupy świadczeniodawców w wybranych państwach europejskich w 2015 roku

Usługodawca	Bulgaria	Czechy	Niemcy	Francja	Polska
Szpitalne	33,6%	41,5%	29,2%	38,3%	35,7%
Stacjonarne zakłady opieki długookresowej	0,4%	7,4%	8,8%	11,3%	1,4%
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	14,9%	21,5%	31,3%	21,7%	27,3%
Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia	3,7%	3,7%	1,3%	2,8%	4,6%
Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych	43,2%	16,6%	19,8%	18,1%	23,2%
Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych	0,6%	0,4%	0,6%	1,2%	0,1%
Podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia	1,3%	2,7%	5,4%	5,7%	2,9%
Pozostałe jednostki w ramach innych sektorów gospodarki	1,8%	2,0%	3,2%	1,0%	4,3%
Zagranica	0,4%	0,0%	0,5%	-	0,5%
Świadczeniodawcy nieznanego pochodzenia	0,1%	4,1%	-	-	-
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (<https://stats.oecd.org/>)

Przedmiotowa struktura świadczeń zdrowotnych

Biorąc pod uwagę typ świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez podmioty zaangażowane w ochronę zdrowia, można wyróżnić, zgodnie z metodologią Eurostatu, następujące grupy:

- leczenie,
- rehabilitacja,
- opieka długookresowa,
- opieka stacjonarna,
- opieka ambulatoryjna,
- opieka dzienna,
- opieka domowa,
- usługi dodatkowe,
- sprzedaż leków i innych nietrwałych środków medycznych, stosowanych w diagnostyce, leczeniu lub łagodzeniu uciążliwych objawów,

- sprzedaż urządzeń terapeutycznych oraz innych trwałych środków, w tym środków ortopedycznych, protez, implantów i innych urządzeń wykorzystywanych w opiece zdrowotnej,
- prewencja zdrowotna,
- zarządzanie, w tym zarządzanie finansowe systemem zdrowia, zarówno bezpośrednie, jak i wspomagające.

Leczenie oznacza takie usługi zdrowotne, których podstawowym celem jest ustąpienie objawów lub zmniejszenie dolegliwości związanych z chorobą bądź urazem lub przeciwdziałanie zaostrzeniu czy pojawieniu się komplikacji w przebiegu procesu chorobowego, które mogłyby zagrozić życiu lub prawidłowej funkcji organizmu.

W zakres rehabilitacji zalicza się wszystkie usługi zdrowotne służące stabilizacji, poprawie lub odzyskaniu sprawności nadwątlonych funkcji organizmu, zastąpieniu nieobecnych lub utraconych funkcji i narządów, poprawie aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym, a także zabezpieczające przed powstaniem niepełnosprawności oraz obniżające ryzyko powikłań zdrowotnych.

Opieka długookresowa obejmuje pełny zakres usług medycznych oraz okołomedycznych, które udzielane są głównie w celu zmniejszenia bólu i cierpienia, podniesienia jakości życia spowodowanej stanem zdrowia. Dotyczy to pacjentów długotrwale wymagających takiej pomocy. Zarówno leczenie, rehabilitacja, jak i opieka długookresowa mogą być świadczone w formie stacjonarnej, ambulatoryjnej, opieki jednodniowej oraz domowej.

Opieka stacjonarna obejmuje takie formy leczenia, które wymagają formalnego przyjęcia do jednostki ochrony zdrowia oraz przebywania w niej co najmniej przez jedną noc, w trakcie świadczenia usług zdrowotnych.

Opieka ambulatoryjna dotyczy form leczenia, które prowadzone są w jednostkach ochrony zdrowia i nie wymagają formalnego przyjmowania pacjentów oraz pobytu obejmującego co najmniej jedną noc.

Opieka dzienna prowadzona jest w jednostkach ochrony zdrowia, w których w odróżnieniu od opieki ambulatoryjnej pacjent przyjmowany jest formalnie, w celu przeprowadzania różnorodnych planowych procedur medycznych i paramedycznych, ale wypisywany jest tego samego dnia.

Opieka domowa prowadzona jest w miejscu zamieszkania pacjenta. Obejmuje ona usługi medyczne, pielęgnacyjne, a także inne dodatkowe usługi, które wymagają obecności wyspecjalizowanego personelu medycznego.

Do dodatkowych usług zalicza się świadczenia niezależne od leczenia, rehabilitacji oraz opieki długoterminowej. Mimo że związane są one często z innymi podstawowymi formami usług zdrowotnych, mogą być świadczone przez podmioty niezależne, a udzielane pacjentom bezpośrednio. Do tego typu usług należą między innymi usługi laboratoryjne, wykonywanie badań obrazowych, transport, ratownictwo medyczne.

Do prewencji zdrowotnej zalicza się wszystkie działania mające na celu uniknięcie lub ograniczenie liczby lub ciężkości przebiegu urazów i chorób, ich następstw i powikłań. Stosowane są one przed pojawieniem się choroby lub zaistnieniem urazu.

Łączne koszty leczenia w Europie w 2015 roku wyniosły niemal 1 578 250 milionów euro, z czego największy udział miały wydatki związane z leczeniem i rehabilitacją – 856 miliardów euro. Opieka długoterminowa kosztowała 254 miliardy euro. Wydatki związane ze sprzedażą leków to 224 miliardy euro, a sprzedaż urządzeń medycznych – 62 miliardy euro. Wartość usług dodatkowych wyniosła 72 miliardy euro, a koszty działań prewencyjnych w ochronie zdrowia wyniosły 49 miliardów. Łączny koszt zarządzania systemem ochrony zdrowia osiągnął sumę 55 miliardów euro. Resztę stanowiły różnego rodzaju usługi nieujęte w żadnej z wymienionych funkcji systemu.

Tabela 3. Procentowy udział poszczególnych funkcji w łącznych wydatkach w sektorze ochrony zdrowia w Europie w 2015 roku

Funkcja	Wartość w mln euro	Udział procentowy
Leczenie i rehabilitacja	856 175,81	54,25%
Opieka długoterminowa	254 475,00	16,12%
Dodatkowe usługi w ochronie zdrowia	72 187,60	4,57%
Sprzedaż leków i urządzeń medycznych	285 922,36	18,12%
Profilaktyka zdrowotna	49 085,41	3,11%
Zarządzanie systemem ochrony zdrowia	55 393,28	3,51%
Pozostałe funkcje	5 008,68	0,32%
Razem	1 578 248,14	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (<https://stats.oecd.org/>)

Podobnie jak w przypadku świadczeniodawców, państwa Europy są zróżnicowane pod względem udziału poszczególnych funkcji realizowanych przez krajowe systemy ochrony zdrowia w całości wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia.

Strukturę wydatków związanych z poszczególnymi funkcjami systemu ochrony zdrowia w pięciu wybranych krajach zilustrowano w Tabeli 4.

Tabela 4. Procentowy udział wydatków ponoszonych na poszczególne funkcje systemu ochrony zdrowia w wybranych państwach europejskich w 2015 roku

Funkcja	Bulgaria	Czechy	Niemcy	Francja	Polska
Leczenie i rehabilitacja	47,7%	53,7%	51,3%	53,2%	61,3%
Opieka długoterminowa	0,1%	13,0%	16,2%	14,9%	5,8%
Dodatkowe usługi w ochronie zdrowia	4,2%	5,3%	4,7%	5,2%	4,7%
Sprzedaż leków i urządzeń medycznych	43,5%	20,0%	20,0%	19,2%	23,4%
Profilaktyka zdrowotna	2,5%	2,7%	3,0%	1,8%	2,7%
Zarządzanie systemem ochrony zdrowia	1,3%	2,6%	4,8%	5,7%	1,6%
Pozostałe funkcje	0,6%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (<https://stats.oecd.org/>)

Analogicznie do różnic wśród świadczeniodawców, również udział wydatków na leki oraz inne materiały i urządzenia medyczne jest najwyższy w Bułgarii (43,5% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia), Polska nieco przekracza 23,4%, a Czechy w tym zakresie nie odbiegają od poziomu wydatków we Francji i Niemczech (około 20% wydatków na ochronę zdrowia). Zwraca uwagę wysoki, w porównaniu z pozostałymi państwami, poziom wydatków przeznaczonych w Polsce na leczenie i rehabilitację. Kształtuje się on na poziomie 61,3% i wyraźnie odbiega od poziomu osiągniętego przez pozostałe cztery państwa (47,7-53,7%). Także w finansowaniu opieki długoterminowej Bułgaria wypadła niespodziewanie słabo – z 0,1% środków przeznaczonych na ten cel. W polskim systemie ochrony zdrowia 5,8% wydatków przeznaczonych jest na opiekę długoterminową. Koresponduje to z niewielkim udziałem wydatków na placówki przeznaczone do jej świadczenia. Porównując te wyniki z poziomem wydatków Czech, Niemiec i Francji (od 13% do 16,2%), można przypuszczać, że część opieki długoterminowej w Polsce raportowana jest w ramach lecznictwa i rehabilitacji. Oznacza to, że niektóre procedury opieki długoterminowej realizuje się w placówkach o innym przeznaczeniu. Charakterystyczny jest także dla państw Europy Wschodniej porównywalnie niższy poziom wydatków związanych z zarządzaniem systemem ochrony zdrowia, od 0,6% w Bułgarii, poprzez 1,6% w Polsce i 2,6% w Czechach. W przypadku Francji i Niemiec wartości te wynoszą odpowiednio 5,7% oraz 4,8%.

Podsumowanie

Zmiany w strukturze wydatków są także reakcją na zmiany w poziomie wiedzy medycznej, a co się z tym wiąże – na zmiany w jakości i kosztach usług medycznych. Wszystko razem powiązane jest z poziomem rozwoju ekonomicznego gospodarki, który określa możliwości finansowe społeczeństwa opłacania tych usług medycznych².

Konieczne jest podjęcie działań mających na celu ujednoczenie stosowanych w poszczególnych państwach OECD kategorii wydatków, w celu poprawy porównywalności otrzymywanych informacji. Ujednoczanie niekoniecznie musi być procesem scentralizowanym, może dokonywać się na poziomie oddolnych ustaleń pomiędzy poszczególnymi państwami bądź w różny sposób powiązаныmi grupami państw. Efektem takiego procesu będzie dokładne określenie różnic pomiędzy kategoriami stosowanymi w różnych krajach. Umożliwi to rozszerzenie zakresu porównawczego danych, dzięki zmniejszeniu niepewności dotyczących ich faktycznego znaczenia.

W ramach systemu zbierania danych medycznych w Polsce proponuje się podjęcie działań, które uniemożliwią włączanie do rachunku wydatków zdrowotnych tych samych kosztów na różnych szczeblach przepływów wewnątrzsektorowych. W efekcie uzyskane dane będą przedstawiały obraz bliższy rzeczywistości, niż ma to miejsce obecnie. Ponadto należy określić krańcową strukturę wydatków ponoszonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Wydaje się bowiem słuszne założenie, że głównym źródłem konkurencji pomiędzy jednostkami leczniczymi w Polsce jest właśnie struktura wydatków końcowych. Wynika to między innymi z ograniczonej swobody w wyborze

² Szerzej analizuje ten problem (Jurkiewicz-Świątek 2012).

świadczeniodawców zdrowotnych. Ograniczenie swobody rynkowej wynika z narzuconej w dużym stopniu poprzez czynniki polityczne (krajowe i samorządowe) sieci jednostek oraz podstawowej zasady udzielania świadczeń w miejscu zdarzenia/zamieszkania świadczeniobiorcy.

Dopiero tak wzmocnione narzędzie poznawcze, jakim jest Narodowy Rachunek Zdrowia, stanie się skutecznym narzędziem do podejmowania strategicznych decyzji w zakresie proponowanych zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Literatura

1. Gierusz A., Jackowska B., Szreder M. (2014), *Obowiązek czy dobrowolność ubezpieczenia – wybrane aspekty ekonomiczne*, „Zarządzanie i Finanse”, nr 1.
2. GUS (2016), *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2016 rok*, informacja sygnałna, Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-za-2016-rok,4,9.html> (dostęp: 28.05.2019).
3. GUS (2017), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
4. Holly R. (2013), *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa.
5. <https://stats.oecd.org/> (dostęp: 28.05.2019).
6. Jurkiewicz I., Tinardon C. (2010), *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. Przykład rozwiązań francuskich*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 1.
7. Jurkiewicz-Świątek I. (2012), *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Propozycje i debata wokół ich wprowadzenia w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 10(B).
8. Lach D.E. (2016), *Europeizacja opieki zdrowotnej – trzy perspektywy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 2.
9. Mossialos E., Thompson S. (2004), *Voluntary Health Insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
10. NFZ (2012), *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa.
11. OECD, Eurostat, WHO (2011), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing.
12. Piechota A. (2014), *Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia Ekonomiczne”, t. 198, cz. 2.
13. Sagan A., Thompson S. (2016), *Voluntary Health Insurance in Europe. Role and Regulation*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
14. Stabile M., Thomson S. (2014), *The Changing Role of Government in Financing Health Care: An International Perspective*, „Journal of Economic Literature”, Vol. 52(2).
15. Szumlicz T. (2005), *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Warszawa-Bydgoszcz.

OBJECTIVE AND SUBJECTIVE STRUCTURE OF EXPENDITURES RELATED TO HEALTHCARE IN SELECTED EUROPEAN COUNTRIES

Abstract: The structure of health expenditures in particular countries differs. The total value of expenditures linked to health care in Europe in 2015 was 1,578,250 million EUR. Expenditures on hospital care constituted the largest share in this amount (591,064 million EUR). The level of expenditures on institutions of long-term care was very low in Poland. 1.4% of total expenditures was channeled to this type of care, while the European average was 10.5%. In the article changes in the structure of expenditures in chosen European countries are presented in the context of the financial conditions of these countries.

Keywords: health care, objective structure of expenditures, subjective structure of expenditures