

UREDBA KOMISIJE (EU) 2015/359**z dne 4. marca 2015****o izvajanju Uredbe (ES) št. 1338/2008 Evropskega parlamenta in Sveta glede statističnih podatkov o izdatkih in financiranju zdravstvenega varstva****(Besedilo velja za EGP)**

EVROPSKA KOMISIJA JE –

ob upoštevanju Pogodbe o delovanju Evropske unije,

ob upoštevanju Uredbe (ES) št. 1338/2008 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. decembra 2008 o statističnih podatkih Skupnosti v zvezi z javnim zdravjem ter zdravjem in varnostjo pri delu ⁽¹⁾ ter zlasti člena 9(1) in točke (d) Priloge II Uredbe,

ob upoštevanju naslednjega:

- (1) Uredba (ES) št. 1338/2008 vzpostavlja skupni okvir za sistematično pripravo evropskih statističnih podatkov o javnem zdravju ter zdravju in varnosti pri delu.
- (2) Izvedbeni ukrepi določajo podatke in metapodatke, ki morajo biti predloženi v zvezi z izdatki in financiranjem zdravstvenega varstva, ter referenčna obdobja, časovne presledke in roke za predložitev podatkov.
- (3) V skladu s členom 6(2) Uredbe (ES) št. 1338/2008 je bila opravljena analiza stroškov in koristi, ki je upoštevala koristi razpoložljivosti podatkov o izdatkih in financiranju zdravstvenega varstva v primerjavi s stroški zbiranja podatkov, ki ga države članice prostovoljno izvajajo od leta 2005 v skladu z načeli, ki jih določa Sistem zdravstvenih računov, in obremenitev držav članic. V skladu s členom 6(1) Uredbe (ES) št. 1338/2008 je Komisija v letih 2013 in 2014 uvedla pilotne študije, ki so jih države članice izvedle prostovoljno. Komisija je obravnavala potrebe uporabnikov na različnih sestankih z državami članicami. Razpoložljivost podatkov na ravni EU bo verjetno zelo koristna pri odločitvah na področju zdravja in socialne politike.
- (4) Za zagotovitev ustreznosti in primerljivosti podatkov bi moral biti priročnik za Sistem zdravstvenih računov iz leta 2011 ⁽²⁾, ki so ga skupaj pripravile Komisija (Eurostat), Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) in Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in določa koncepte, opredelitve in metode za obdelavo podatkov v zvezi z izdatki in financiranjem zdravstvenega varstva, podlaga za podroben vprašalnik in spremljajoče smernice, ki bi se uporabljali pri skupnem letnem zbiranju podatkov teh treh organov.
- (5) Ukrepi iz te uredbe so v skladu z mnenjem Odbora za evropski statistični sistem –

SPREJELA NASLEDNJO UREDBO:

Člen 1

Ta uredba določa pravila za razvoj in pripravo evropske statistike na področju izdatkov in financiranja zdravstvenega varstva, ki je eden od predmetov statističnih podatkov o zdravstvenem varstvu iz Priloge II k Uredbi (ES) št. 1338/2008.

Člen 2

Opredelitve, ki se uporabljajo pri uporabi te uredbe, so določene v Prilogi I.

⁽¹⁾ UL L 354, 31.12.2008, str. 70.

⁽²⁾ OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing, doi: 10.1787/9789264116016-en.

Člen 3

Države članice zagotovijo podatke o področjih, določenih v Prilogi II.

Člen 4

1. Države članice zagotovijo zahtevane podatke in z njimi povezane standardne referenčne metapodatke enkrat na leto. Referenčno obdobje je koledarsko leto.
2. Referenčni podatki in metapodatki za referenčno leto N se predložijo do 30. aprila leta N+2.
3. Podatki in referenčni metapodatki se Komisiji (Eurostatu) zagotovijo prek storitev enotne vstopne točke ali bi se morali dati na voljo v elektronski obliki, da jih lahko Komisija (Eurostat) ponovno uporabi, enkrat na leto.
4. Prvo referenčno leto je 2014.
5. Zadnje referenčno leto je 2020.
6. Z odstopanjem od odstavka 2 države članice zagotovijo podatke in referenčne metapodatke za referenčno leto 2014 do 31. maja 2016.

Člen 5

1. Države članice zagotovijo podatke na ravni agregiranja, določeni v Prilogi II.
2. Države članice zagotovijo potrebne referenčne metapodatke, zlasti o virih podatkov, njihovem zajetju in uporabljenih metodah pri pripravi, informacije o značilnostih nacionalnih izdatkov in financiranja zdravstvenega varstva posameznih držav članic, ki odstopajo od opredelitev iz Priloge I, sklicevanja na nacionalno zakonodajo, kadar ta predstavlja osnovo za izdatke in financiranje zdravstvenega varstva, ter informacije o vseh spremembah navedenih statističnih konceptov.

Člen 6

Ta uredba začne veljati dvajseti dan po objavi v *Uradnem listu Evropske unije*.

Ta uredba je v celoti zavezujoča in se neposredno uporablja v vseh državah članicah.

V Bruslju, 4. marca 2015

Za Komisijo
Predsednik
Jean-Claude JUNKER

PRILOGA I

Opredelitve pojmov

1. „Zdravstveno varstvo“ pomeni vse dejavnosti, katerih osnovni namen je izboljšanje, ohranjanje in preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja oseb in blažitev posledic bolezni z uporabo ustreznega zdravstvenega znanja;
2. „tekoči izdatki za zdravstveno varstvo“ pomenijo izdatke za končno potrošnjo rezidentnih enot za proizvode in storitve zdravstvenega varstva, vključno s proizvodi in storitvami zdravstvenega varstva, ki se nudijo neposredno fizičnim osebam, in kolektivnimi storitvami zdravstvenega varstva;
3. „funkcije zdravstvenega varstva“ se nanašajo na vrsto potreb, ki jih poskušajo izpolniti tekoči izdatki za zdravstveno varstvo, ali vrsto zelenega cilja;
4. „zdravljenje“ pomeni zdravstvene storitve, pri katerih je glavni namen lajšanje simptomov ali zmanjšanje resnosti bolezni ali poškodbe ali zaščita pred njenim poslabšanjem ali zapleti, ki bi lahko ogrozili življenje ali normalno delovanje;
5. „rehabilitacija“ pomeni storitve za stabilizacijo, izboljšanje ali obnovitev oslavljenih telesnih funkcij in struktur, nadomestitev neobstoja ali izgube telesnih funkcij in struktur, izboljšanje dejavnosti in udeležbe ter preprečevanje poškodb, zdravstvenih zapletov in tveganj;
6. „bolnišnična oskrba“ pomeni zdravljenje in/ali oskrbo, zagotovljeno v zdravstveni ustanovi uradno sprejetim pacientom, ki potrebujejo prenočitev;
7. „ambulantna oskrba“ pomeni medicinske in pomožne storitve, opravljene v zdravstveni ustanovi za pacienta, ki ni uradno sprejet in v ustanovi ne prenoči;
8. „dnevna oskrba“ pomeni načrtovane medicinske in paramedicinske storitve, opravljene v zdravstveni ustanovi za paciente, ki so bili uradno sprejeti na diagnosticiranje, zdravljenje ali druge vrste zdravstvenega varstva in so istega dne odpušteni;
9. „dolgotrajna oskrba (zdravje)“ pomeni vrsto medicinskih storitev in storitev osebne nege, glavni cilj uporabe katerih je lajšanje bolečin in trpljenja ter zmanjšanje ali obvladovanje poslabšanja zdravstvenega stanja pri pacientih z določeno stopnjo dolgoročne odvisnosti;
10. „oskrba na domu“ pomeni medicinske in pomožne storitve ter storitve zdravstvene nege pacientov na domu, ki vključujejo fizično prisotnost izvajalca;
11. „pomožne storitve“ (neopredeljene po funkcijah) pomenijo storitve, povezane z zdravstvenim varstvom ali dolgotrajno oskrbo, ki niso opredeljene glede na funkcijo niti na način izvajanja, ki jih pacient prejema neposredno, zlasti v neodvisnem stiku z zdravstvenim sistemom, in ki niso sestavni del paketa storitev oskrbe, kot so laboratorijske storitve ali storitve slikanja ali prevoz pacientov in reševanje v nujnih primerih;
12. „zdravila in drugi medicinski netrajni proizvodi“ (neopredeljeni po funkcijah) pomenijo farmacevtske proizvode in netrajne medicinske proizvode, namenjene uporabi pri diagnosticiranju, zdravljenju, lajšanju ali obravnavanju bolezni, vključno z zdravili na recept in zdravili brez recepta, kadar funkcija in način izvajanja nista opredeljena;
13. „terapevtski pripomočki in drugi medicinski proizvodi“ (neopredeljeni po funkcijah) pomenijo medicinske trajne proizvode, vključno z ortotičnimi pripomočki, ki zagotavljajo podporo človeškemu telesu ali odpravljajo njegove deformacije in/ali nepravilnosti, ortopedskimi pripomočki, protezami ali umetnimi pripomočki, ki nadomeščajo manjkajoči del telesa, in drugimi protetičnimi pripomočki, vključno z vsadki, ki nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcionalnost manjkajoče biološke strukture, in medicinsko-tehničnimi pripomočki, pri katerih funkcija in način uporabe nista opredeljena;
14. „preventivno zdravstveno varstvo“ pomeni vsak ukrep, katerega cilj je preprečiti ali zmanjšati število ali resnost poškodb in bolezni, njihovih posledic in zapletov;
15. „upravljanje ter administracija zdravstvenega sistema in financiranja“ pomenijo storitve, ki se osredotočajo na zdravstveni sistem in ne na neposredno zdravstveno varstvo, neposredno in podporno delovanje zdravstvenega sistema, in se štejejo za kolektivne storitve, saj niso namenjene posameznikom, ampak koristijo vsem uporabnikom zdravstvenega sistema;

16. „sheme financiranja zdravstvenih storitev“ pomenijo načine financiranja, prek katerih so ljudje deležni zdravstvenih storitev, vključno z neposrednimi plačili gospodinjstev za storitve in proizvode ter načini financiranja s strani tretjih oseb;
17. „državne sheme“ pomenijo sheme financiranja zdravstvenih storitev, katerih značilnosti določa zakon ali vlada in pri katerih je določen ločen proračun za program in enota države, ki ima splošno odgovornost za to;
18. „obvezni prispevki v sistem zdravstvenega zavarovanja“ pomenijo način financiranja za zagotovitev dostopa do zdravstvenega varstva za posebne skupine prebivalstva z obvezno udeležbo, določeno z zakonom ali s strani vlade, pri katerem upravičenost temelji na plačilu prispevkov za zdravstveno zavarovanje s strani ali v imenu zadevnih posameznikov;
19. „obvezni zdravstveni varčevalni računi“ pomenijo varčevalne račune, ki so pravno zavezujoči, pri čemer osnovno metodo za zbiranje sredstev in nekatera vprašanja v zvezi z uporabo računa za plačilo zdravstvenih storitev ureja vlada in pri katerih združevanje med posamezniki, razen družinskih članov, ni mogoče;
20. „sheme prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja“ pomenijo sheme, ki temeljijo na sklenitvi zdravstvenega zavarovanja, ki ni opredeljeno kot obvezno s strani vlade in pri katerem se zavarovalne premije lahko neposredno ali posredno subvencionirajo s strani vlade;
21. „sheme financiranja nepridobitnih institucij“ pomenijo neobvezne načine in programe financiranja, za katere se ne plačujejo prispevki, ki temeljijo na donacijah splošne javnosti, vlade ali družb;
22. „sheme financiranja podjetij“ pomenijo predvsem načine, pri katerih podjetja neposredno zagotavljajo ali financirajo zdravstvene storitve za svoje zaposlene brez vključenosti sheme v obliki zavarovanja;
23. „neposredno plačilo gospodinjstva“ pomeni neposredno plačilo zdravstvenih proizvodov in storitev iz primarnega dohodka ali prihrankov gospodinjstva, kadar uporabnik opravi plačilo ob nakupu proizvodov ali uporabi storitev;
24. „sheme financiranja za tujino“ pomenijo načine financiranja, ki vključujejo ali ki jih upravljajo institucionalne enote, ki so rezidenti v tujini, vendar ki zbirajo in združujejo sredstva ter kupujejo zdravstvene proizvode in storitve v imenu rezidentov, ne da bi njihova sredstva prehajala prek rezidentne sheme;
25. „izvajalci zdravstvenega varstva“ pomenijo organizacije in akterje, katerih primarna dejavnost je zagotavljanje zdravstvenih proizvodov in storitev, in tiste, za katere je izvajanje zdravstvenega varstva le ena izmed številnih dejavnosti;
26. „bolnišnice“ pomenijo ustanove z licenco, ki se ukvarjajo predvsem z zagotavljanjem medicinskih storitev ter storitev diagnostike in zdravljenja, ki vključujejo zdravniške storitve, storitve zdravstvene nege in druge zdravstvene storitve za bolnišnične paciente, in specializiranih nastanitvenih storitev, ki jih potrebujejo pacienti, in ki lahko zagotavljajo tudi dnevno oskrbo, ambulantne zdravstvene storitve in zdravstvene storitve na domu;
27. „ustanove za dolgotrajno oskrbo z nastanitvijo“ pomenijo ustanove, ki se ukvarjajo predvsem z zagotavljanjem dolgotrajne oskrbe z nastanitvijo, ki združuje zdravstveno nego, nadzor ali druge vrste oskrbe glede na potrebe oskrbovancev, pri čemer je znatni del proizvodnega procesa in oskrbe mešanica zdravstvenih in socialnih storitev, zdravstvene storitve pa so v veliki meri na ravni zdravstvene nege v kombinaciji s storitvami osebne nege;
28. „izvajalci ambulantnega zdravstvenega varstva“ pomenijo ustanove, ki se ukvarjajo predvsem z zagotavljanjem zdravstvenih storitev neposredno ambulantnim pacientom, ki ne potrebujejo bolnišničnih storitev, vključno z ordinacijami družinskih zdravnikov in zdravnikov specialistov, ter ustanove, specializirane za zdravljenje dnevnih primerov in zagotavljanje storitev oskrbe na domu;
29. „izvajalci pomožnih storitev“ pomenijo ustanove, ki zagotavljajo posebne pomožne storitve neposredno ambulantnim pacientom pod nadzorom zdravstvenih delavcev in ki niso zajete v zdravljenje v bolnišnicah, ustanovah za zdravstveno nego, pri izvajalcih ambulantne zdravstvene nege ali drugih izvajalcih;
30. „trgovci na drobno in drugi dobavitelji medicinskega materiala“ pomenijo organizacije, katerih glavna dejavnost je trgovina na drobno z medicinskimi proizvodi, namenjenimi širši javnosti, za porabo ali uporabo posameznikov ali gospodinjstev, vključno z montažo in popravili v povezavi s prodajo;

31. „izvajalci preventivnega zdravstvenega varstva“ pomenijo organizacije, ki predvsem zagotavljajo kolektivne preventivne programe in kampanje ali programe javnega zdravja za posebne skupine posameznikov ali celotnega prebivalstva, kot so promocija zdravja in agencije za varovanje ali javni zdravstveni zavodi ter specializirane ustanove, ki zagotavljajo primarno preventivno zdravstveno varstvo kot glavno dejavnost;
 32. „izvajalci administracije in financiranja sistema zdravstvenega varstva“ pomenijo ustanove, ki se primarno ukvarjajo z urejanjem dejavnosti agencij, ki zagotavljajo zdravstveno varstvo, in splošnim upravljanjem sektorja zdravstvenega varstva, vključno z upravljanjem financiranja zdravstvenega varstva;
 33. „ostalo gospodarstvo“ pomeni druge rezidentne izvajalce zdravstvenega varstva, ki niso zajeti drugje, vključno z gospodinjstvi kot izvajalci osebnih zdravstvenih storitev na domu družinskim članom, če ustrezajo plačilom socialnih transferjev, odobrenih za ta namen, pa tudi vse druge panoge, ki ponujajo zdravstveno varstvo kot sekundarno dejavnost;
 34. „izvajalci iz tujine“ pomenijo vse nerezidentne enote, ki zagotavljajo zdravstvene proizvode in storitve, ter tiste, ki sodelujejo pri dejavnostih v zvezi z zdravjem.
-

Področja, ki bodo zajeta, in njihove značilnosti, podatki o navzkrižni klasifikaciji in razčlenitve podatkov

1. Navzkrižna klasifikacija tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo po funkcijah zdravstvenega varstva (HC) in shemah financiranja (HF) (*)

	Finančne sheme	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Funkcije zdravstvenega varstva		Državne sheme	Obvezni prispevki v sisteme zdravstvenega zavarovanja in obvezni zdravstveni varčevalni računi (**)	Sheme prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja	Sheme financiranja nepridobitnih institucij	Sheme financiranja podjetij	Neposredna plačila gospodinjstev	Sheme financiranja za tujino	Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo HF.1-HF.4
HC.1.1; HC.2.1	Bolnišnično zdravljenje in rehabilitacija								
HC.1.2; HC.2.2	Dnevno zdravljenje in rehabilitacija								
HC.1.3; HC.2.3	Ambulantno zdravljenje in rehabilitacija								
HC.1.4; HC.2.4	Zdravljenje in rehabilitacija na domu								
HC.3.1	Bolnišnična dolgotrajna oskrba (zdravje)								
HC.3.2	Dnevna dolgotrajna oskrba (zdravje)								
HC.3.3	Ambulantna dolgotrajna oskrba (zdravje)								
HC.3.4	Dolgotrajna oskrba na domu (zdravje)								
HC.4	Pomožne storitve (neopredeljene po funkcijah)								
HC.5.1	Zdravila in drugi medicinski netrajni proizvodi (neopredeljeni po funkcijah)								
HC.5.2	Terapevtski pripomočki in drugi medicinski proizvodi (neopredeljeni po funkcijah)								

	Finančne sheme	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Funkcije zdravstvenega varstva		Državne sheme	Obvezni prispevki v sisteme zdravstvenega zavarovanja in obvezni zdravstveni varčevalni računi (**)	Sheme prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja	Sheme financiranja nepridobitnih institucij	Sheme financiranja podjetij	Neposredna plačila gospodinjstev	Sheme financiranja za tujino	Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo HF.1-HF.4
HC.6	Preventivno zdravstveno varstvo (***)								
HC.7	Upravljanje ter administracija zdravstvenega sistema in financiranja								
HC.9	Druge zdravstvene storitve, ki niso uvrščene drugje								
	<i>Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo</i> <i>HC.1–HC.9</i>								

(*) Podatki se sporočajo v milijonih nacionalne valute.

(**) Izdatki za HF.1.3 se navedejo v metapodatkih.

(***) Preventivno zdravstveno varstvo temelji na strategiji promocije zdravja, ki vključuje postopek, ki omogoča ljudem, da izboljšajo svoje zdravje z nadzorom nad nekaterimi njegovimi neposrednimi determinantami. Intervencije so vključene, kadar je njihov osnovni namen promocija zdravja in če se izvedejo pred postavitvijo diagnoze. Preventivno zdravstveno varstvo vključuje intervencije za individualno in kolektivno potrošnjo.

2. Navzkrižna klasifikacija tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo po funkcijah zdravstvenega varstva (HC) in izvajalcih zdravstvenega varstva (HP) (*)

	Izvajalci zdravstvenega varstva	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	
Funkcije zdravstvenega varstva		Bolnišnice	Ustanove za dolgotrajno oskrbo z nastanitvijo	Izvajalci ambulantnega zdravstvenega varstva	Izvajalci pomožnih storitev	Trgovci na drobno in drugi dobavitelji medicinskega materiala	Izvajalci preventivnega zdravstvenega varstva	Izvajalci administracije in financiranja sistema zdravstvenega varstva	Ostalo gospodarstvo	Tujina	Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo HP.1-HP.9
HC.1.1; HC.2.1	Bolnišnično zdravljenje in rehabilitacija										
HC.1.2; HC.2.2	Dnevni primeri zdravljenja in rehabilitacije										
HC.1.3; HC.2.3	Ambulantno zdravljenje in rehabilitacija										
HC.1.4; HC.2.4	Zdravljenje in rehabilitacija na domu										
HC.3.1	Bolnišnična dolgotrajna oskrba (zdravje)										
HC.3.2	Dnevna dolgotrajna oskrba (zdravje)										
HC.3.3	Ambulantna dolgotrajna oskrba (zdravje)										
HC.3.4	Dolgotrajna oskrba na domu (zdravje)										
HC.4	Pomožne storitve (neopredeljene po funkcijah)										
HC.5.1	Zdravila in drugi medicinski netrajni proizvodi (neopredeljeni po funkcijah)										
HC.5.2	Terapevtski pripomočki in drugi medicinski proizvodi (neopredeljeni po funkcijah)										
HC.6	Preventivno zdravstveno varstvo (**)										
HC.7	Upravljanje ter administracija zdravstvenega sistema in financiranja										

	Izvajalci zdravstvenega varstva	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	
Funkcije zdravstvenega varstva		Bolnišnice	Ustanove za dolgotrajno oskrbo z nastanitvijo	Izvajalci ambulantnega zdravstvenega varstva	Izvajalci pomožnih storitev	Trgovci na drobno in drugi dobavitelji medicinskega materiala	Izvajalci preventivnega zdravstvenega varstva	Izvajalci administracije in financiranja sistema zdravstvenega varstva	Ostalo gospodarstvo	Tujina	Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo HP.1-HP.9
HC.9	Druge zdravstvene storitve, ki niso uvrščene drugje										
	<i>Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo</i> <i>HC.1–HC.9</i>										

(*) Podatki se sporočajo v milijonih nacionalne valute.

(**) Preventivno zdravstveno varstvo temelji na strategiji promocije zdravja, ki vključuje postopek, ki omogoča ljudem, da izboljšajo svoje zdravje z nadzorom nad nekaterimi njegovimi neposrednimi determinanti. Intervencije so vključene, kadar je njihov osnovni namen promocija zdravja in če se izvedejo pred postavitvijo diagnoze. Preventivno zdravstveno varstvo vključuje intervencije za individualno in kolektivno potrošnjo.

3. Navzkrižna klasifikacija tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo po izvajalcih zdravstvenega varstva (HP) in shemah financiranja (HF) (*)

	Scheme financiranja	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Izvajalci zdravstvenega varstva		Državne sheme	Obvezni prispevki v sisteme zdravstvenega zavarovanja in obvezni zdravstveni varčevalni računi (**)	Sheme prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja	Sheme financiranja nepridobitnih institucij	Sheme financiranja podjetij	Neposredna plačila gospodinjestev	Sheme financiranja za tujino (nerezidenti)	Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo HF.1-HF.4
HP.1	Bolnišnice								
HP.2	Ustanove za dolgotrajno oskrbo z nastanitvijo								
HP.3	Izvajalci ambulantnega zdravstvenega varstva								
HP.4	Izvajalci pomožnih storitev								

	Scheme financiranja	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Izvajalci zdravstvenega varstva		Državne sheme	Obvezni prispevki v sisteme zdravstvenega zavarovanja in obvezni zdravstveni varčevalni računi (**)	Sheme prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja	Sheme financiranja nepridobitnih institucij	Sheme financiranja podjetij	Neposredna plačila gospodinjstev	Sheme financiranja za tujino (nerezidenti)	Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo HF.1-HF.4
HP.5	Trgovci na drobno in drugi dobavitelji medicinskega materiala								
HP.6	Izvajalci preventivnega zdravstvenega varstva								
HP.7	Izvajalci administracije in financiranja sistema zdravstvenega varstva								
HP.8	Ostalo gospodarstvo								
HP.9	Tujina								
	Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo HP.1–HP.9								

(*) Podatki se sporočajo v milijonih nacionalne valute.

(**) Izdatki za HF.1.3 se navedejo v metapodatkih.