

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 365

Zarządzanie finansami firm – teoria i praktyka

Redaktorzy naukowi
Adam Kopiński
Tomasz Słoński



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2014

Redakcja wydawnicza: Barbara Majewska
Redakcja techniczna i korekta: Barbara Łopusiewicz
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2014

ISSN 1899-3192
ISBN 978-83-7695-407-3

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:
EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	9
Krystyna Brzozowska: Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego w Europie: przeszłość, stan obecny, przyszłość	11
Dorota Ciesielska, Maciej Frąszczak: Polish Foreign Direct Investments in the light of the Investment Development Path Paradigm	21
Piotr Figura: Wartości wskaźników płynności finansowej ponadprzeciętnie rentownych przedsiębiorstw z sektora MSP	41
Tamara Galbarczyk, Bożena Oleszko-Kurzyna: Finansowanie inwestycji ekologicznych w Polsce	54
Jan Kaczmarzyk: Testowanie reakcji przedsiębiorstwa na ryzyko kursowe z wykorzystaniem metod Monte Carlo	65
Arkadiusz Kijek: Analiza zmienności indeksów branżowych GPW w Warszawie przy zastosowaniu modelu GARCH BEKK	80
Jerzy Kitowski: Metodyczne aspekty ujęcia płynności finansowej w metodach oceny kondycji finansowej przedsiębiorstwa	90
Marita Koszarek: Supporting the development of clusters in Poland – dilemmas faced by public policy	103
Waldemar Kozłowski: Ocena inwestycji infrastrukturalnych w aspekcie zrównoważonego rozwoju	113
Marzena Krawczyk: Współmierność systemów: rachunkowości zarządczej i audytu wewnętrznego w usprawnianiu procesu zarządzania ryzykiem strategicznym	124
Justyna Kujawska: Struktura wydatków publicznych na opiekę zdrowotną w Polsce w latach 1991-2012	134
Bogdan Ludwiczak: Ilościowa ocena ryzyka operacyjnego w praktyce bankowej	144
Jarosław Mielcarek: Analiza projektu farmy wiatrowej za pomocą rachunku kosztów docelowych	155
Grzegorz Mikołajewicz: Determinanty siły fundamentalnej przedsiębiorstwa	173
Jerzy Różański: Foreign direct investment and the world economic crisis....	186
Elżbieta Rychłowska-Musiał: Optymalny udział menedżera we własności spółki i koszt długu. Perspektywa teorii agencji	196
Vitaliy Rysin, Yurii Kozlovskiy: Resource policy of Ukrainian banks in relationships with non-financial corporation: practical aspects	207



Dariusz Siudak: Ocena wpływu rodzaju sektora gospodarczego na proces migracji wartości przedsiębiorstw	219
Magdalena Sobocińska-Maciejewska: Partnerstwo publiczno-prywatne jako źródło finansowania innowacji realizowanych w systemie zamówień publicznych	234
Katarzyna Sokółowska, Aldona Uziębło: Statyczne mierniki płynności finansowej – przydatność i ograniczenia	245
Anna Spoz: A look at e-invoices from enterprises' and government's perspective	254
Wacława Starzyńska: Projekty hybrydowe w Polsce realizowane w formule PPP przy zastosowaniu trybów zamówień publicznych	265
Aleksandra Szpulak: Inwestycje w operacyjny kapitał obrotowy netto w rachunku przepływów pieniężnych	276
Joanna Świdarska: Wykup lewarowany – możliwości i ograniczenia finansowania	293
Grzegorz Wesółowski: Subwencja ogólna jako źródło dochodów powiatów województwa lubelskiego	302

Summaries

Krystyna Brzozowska: PPP development in Europe: past, current state and future	20
Dorota Ciesielska, Maciej Frąszczak: Polskie zagraniczne inwestycje bezpośrednie w świetle paradygmatu rozwoju inwestycji	40
Piotr Figura: Values of financial liquidity ratios for small and medium enterprises with above-average profitability	53
Tamara Galbarczyk, Bożena Oleszko-Kurzyna: Financing of environmental investments in Poland	64
Jan Kaczmarzyk: Testing enterprise reaction to currency risk using Monte Carlo methods	79
Arkadiusz Kijek: Analysis of volatility linkages among sector indices of Warsaw Stock Exchange by GARCH BEKK model	89
Jerzy Kitowski: Methodological aspects of approach to liquidity in methods for assessing financial standing of an enterprise	102
Marita Koszarek: Wspieranie rozwoju klastrów w Polsce – dylematy polityki publicznej	112
Waldemar Kozłowski: Evaluation of infrastructure investment in view of sustainable development	123
Marzena Krawczyk: Adequacy of managerial accounting and internal auditing systems in the improvement of the process of strategic risk management	133



Justyna Kujawska: The structure of public expenditures on healthcare in Poland in the years 1991-2012	143
Bogdan Ludwiczak: A quantitative approach for the measurement of operational risk in banking practice	154
Jarosław Mielcarek: Analysis of wind farm project with target costing	172
Grzegorz Mikołajewicz: The determinants of the fundamental strength of the company	185
Jerzy Różański: Bezpośrednie inwestycje zagraniczne a światowy kryzys gospodarczy	195
Elżbieta Rychłowska-Musiał: The optimal level of managerial ownership and debt cost. An agency theory perspective	206
Vitaliy Rysin, Yurii Kozlovskiy: Polityka kapitałowa banków ukraińskich realizowana przy współpracy z korporacjami niefinansowymi: aspekty praktyczne	218
Dariusz Siudak: The assessment of the industrial sector impact on the process of firms value migration	233
Magdalena Sobocińska-Maciejewska: Public-private partnership as a source of financing innovation realized in the system of public procurement	244
Katarzyna Sokółowska, Aldona Uziębło: Static gauges of the financial liquidity – usefulness and restrictions	253
Anna Spoz: E-faktury – spojrzenie z perspektywy mikro i makro	264
Wacława Starzyńska: Hybrid projects realized within the framework of PPP and public procurement systems in Poland	275
Aleksandra Szpulak: Net investments in the operating working capital within the cash flows workshop	292
Joanna Świdarska: Leveraged buyout – financing possibilities and limitations	301
Grzegorz Wesółowski: General subsidy as a source of incomes for counties of Lublin Voivodeship	312



Justyna Kujawska

Politechnika Gdańska

e-mail: justyna.kujawska@zie.pg.gda.pl

STRUKTURA WYDATKÓW PUBLICZNYCH NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W POLSCE W LATACH 1991-2012

Streszczenie: Opieka zdrowotna w Polsce przed 1999 r. była finansowana z budżetu państwa. Po wprowadzeniu w 1999 r. reformy ochrony zdrowia jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego. Udział wydatków na opiekę zdrowotną w wydatkach ogółem sektora finansów publicznych nie uległ zmianie – waha się w granicach 13-15%. Badaniem struktury wydatków na opiekę zdrowotną objęto lata 1991-2012. Struktura wydatków publicznych na opiekę zdrowotną jest niekorzystna. Ponad 40% wydatków publicznych finansuje opiekę szpitalną i tylko około 20% lecznictwo ambulatoryjne.

Słowa kluczowe: wydatki sektora finansów publicznych, struktura wydatków na opiekę zdrowotną.

DOI: 10.15611/pn.2014.365.11

1. Wstęp

Opieka zdrowotna w Polsce finansowana jest ze środków publicznych (instytucji rządowych i samorządowych) w 69% oraz ze środków prywatnych w 31% [Narodowy Rachunek Zdrowia 2012] i wydatki te na przestrzeni lat wzrastały¹ [Krakowińska 2006]. Do 1999 r. ochrona zdrowia była finansowana z budżetu państwa oraz budżetów gmin. Od 1999 r. system finansowania opieki zdrowotnej jest systemem ubezpieczeniowo-budżetowym. Głównym płatnikiem za świadczenia medyczne wykonane przez podmioty lecznicze jest od 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), w latach 1999-2003 (marzec) było 17 kas chorych. NFZ pozyskuje pieniądze z podatku celowego – składki na ubezpieczenie zdrowotne. Składka zdrowotna sta-

¹ W 1990 r. udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w Polsce wynosił 8%, a w 1999 r. już 30%. Być może wcześniej także wynosił więcej, lecz wiele wydatków było tzw. wydatkami nieformalnymi, nierejestrowanymi.



nowi 9% podstawy jej wymiaru (przychód w rozumieniu przepisów podatkowych pomniejsza się o kwotę składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i chorobowe, czyli o 18,71%). W roku wprowadzania reformy (1999 r.) składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosiła 7% podstawy wymiaru. Wzrost składki na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2001-2007 o 2 punkty procentowe został sfinansowany w 0,75% z zaliczek na podatek dochodowy, podobnie jak pierwotna składka 7% i w 1,25% z wydatków prywatnych (ta część składki nie podlega odliczeniu od zaliczki na podatek dochodowy). Z budżetu państwa finansowane są przede wszystkim inwestycje w ochronie zdrowia (m.in. budynki i sprzęt w szpitalach ogólnych, szpitalach klinicznych, przychodniach), składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych ubezpieczeniem, ratownictwo medyczne, inspekcja sanitarna i farmaceutyczna, zapobieganie AIDS, procedury wysokospecjalistyczne, publiczna służba krwi. Jednostki samorządu terytorialnego (jst) finansują pewne zadania związane z ochroną zdrowia, takie jak: spłata zadłużenia szpitali ogólnych, przychodni, przeciwdziałanie alkoholizmowi, zwalczanie narkomanii.

Celem opracowania jest przedstawienie zmian w strukturze wydatków sektora finansów publicznych na opiekę zdrowotną w Polsce w latach 1991-2012. Metodami badawczymi zastosowanymi w opracowaniu są analiza struktury i dynamiki wydatków.

2. Wydatki podmiotów sektora finansów publicznych w Polsce w latach 1991-2012

Wydatki na ochronę zdrowia rosną bardzo szybko, natomiast efektywność działania opieki zdrowotnej mierzona określonymi wskaźnikami (np. śmiertelność niemowląt, liczba lat przeżytych w zdrowiu, śmiertelność z powodu chorób układu krążenia) jest niezadowolająca [Stańdo-Górowska 2012]. Tempo wzrostu wydatków związanych z ochroną zdrowia jest szybsze niż tempo wzrostu PKB. Stąd na całym świecie podejmowane są działania zmierzające do racjonalizacji kosztów i powstrzymania ich wykładniczego wzrostu. W artykule *A proposal to reroute and reform the health-care money trail* [Rice, Harris 2014] opisano problemy rosnących wydatków agencji Medicare i konieczność przeprowadzenia reform stabilizujących ich wielkość. Wcześniej te problemy były sygnalizowane w *The role of government in health care: a societal issue* [DeBakey 2006]. Autor opracowania zwraca również uwagę na rosnące koszty obsługi administracyjnej ubezpieczeń zdrowotnych.

Badacze nie są zgodni co do twierdzenia, że ubezpieczenia prywatne przyczyniają się do redukcji wydatków publicznych. Za tą tezę opowiada się Tuohy i in. [2004], a przeciwko Propper i Green [2001], ale stwierdzają zgodnie, że przyczyniają się do redukcji kolejek do specjalistów. Badania Haizhena Mou [Mou 2013] potwierdzają tezę o redukcji wydatków publicznych przez wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, ale tylko w przypadku, gdy mają one charakter ubezpieczeń dodatkowych. Jeśli obywatele świadomie wybierają sposób ubezpieczenia w sys-



temie ochrony zdrowia (publiczny w kasach chorych lub prywatny), nie następuje redukcja wydatków publicznych, a w niektórych krajach następuje wręcz wzrost ich udziału. W tabeli 1 przedstawiono wydatki ogółem i wydatki na opiekę zdrowotną nominalnie, dokonane przez podmioty sektora finansów publicznych.

Tabela 1. Wydatki podmiotów sektora finansów publicznych ogółem i na opiekę zdrowotną w latach 1991-2012.

Rok	Budżet państwa			Jednostki samorządu terytorialnego			Wydatki podmiotu sektora finansów publicznych KCH / NFZ
	wydatki ogółem w mln zł	wydatki na opiekę zdrowotną w mln zł	udział wydatków na opiekę zdrow. w wydatkach og. w %	wydatki ogółem w mln zł	wydatki na opiekę zdrowotną w mln zł	udział wydatków na opiekę zdrow. w wydatkach ogółem w %	
1991	24 186	3 885	16,06	4 479	312	6,98	–
1992	38 189	5 673	14,85	6 488	465	7,16	–
1993	50 243	7 132	14,20	9 583	603	6,29	–
1994	68 865	9 517	13,82	14 904	1 296	8,69	–
1995	91 170	13 133	14,41	19 828	1 511	7,62	–
1996	108 842	16 742	15,38	31 499	1 910	6,06	–
1997	125 675	18 892	15,03	40 504	2 475	6,11	–
1998	139 752	20 920	14,97	47 495	2 900	6,10	–
1999	138 401	6 313	4,56	65 846	2 046	3,11	21 510
2000	151 055	4 062	2,69	75 747	2 698	3,56	23 785
2001	172 885	4 601	2,66	82 734	3 474	4,20	27 535
2002	182 922	3 594	1,97	83 182	1 974	2,37	30 487
2003	189 154	3 715	1,96	80 954	1 910	2,36	33 004
2004	197 698	3 835	1,94	91 387	2 107	2,31	31 090
2005	208 133	3 864	1,86	103 807	2 582	2,49	33 534
2006	222 703	3 848	1,73	112 038	3 067	2,74	36 709
2007	252 324	5 544	2,20	129 113	3 061	2,37	42 257
2008	277 893	6 692	2,41	145 183	3 681	2,54	51 658
2009	298 028	6 772	2,27	167 828	4 105	2,45	57 633
2010	294 894	6 864	2,33	177 766	3 963	2,23	59 326
2011	302 681	7 492	2,48	181 595	4 090	2,25	60 923
2012	318 002	7 242	2,28	180 458	3 515	1,95	62 672

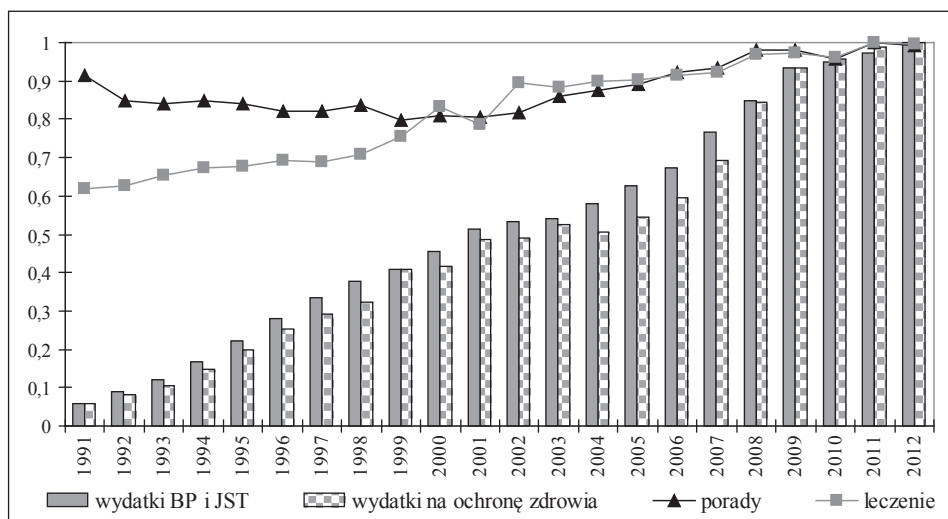
Źródło opracowanie własne na podstawie informacji GUS.

W latach 1991-1998 wydatki budżetu państwa na opiekę zdrowotną stanowiły 14-16% ogółu wydatków. Tendencja ta utrzymywała się w całym okresie. Gminy



w tym samym czasie przeznaczały na opiekę zdrowotną 6-8,5%. Po wprowadzeniu kas chorych w 1999 roku, a później NFZ udział wydatków budżetu państwa i budżetów jst na opiekę zdrowotną zmniejszył się do około 2% wydatków dla wszystkich podmiotów. W pierwszych latach po wprowadzaniu reformy był wyższy (budżet państwa 4,5%, jst 3-4%), ale w kolejnych się zmniejszał. Wprowadzenie kas chorych i NFZ nie zmieniło udziału wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem. Udział wydatków KCH/NFZ, budżetu państwa i budżetów jst na opiekę zdrowotną w łącznych wydatkach budżetu państwa i jst oscylował w stałym zakresie pomiędzy 13-15% (nigdy nie przekraczając 15%).

Zmiana sposobu finansowania ochrony zdrowia spowodowała wzrost wydatków nominalnych. Jednak wydatki na pozostałe sfery życia rosły w równie szybkim tempie. W badanym okresie nie nastąpiła zmiana struktury wydatków. Powyższe wnioski zostały przedstawione na rysunku 1. Jest to wykres danych znormalizowanych. Najwyższa wartość w każdej kategorii przyjmuje 1, a wszystkie pozostałe poniżej 1. Zastosowano taką metodę prezentacji danych ze względu na bardzo zróżnicowane jednostki kategorii przedstawionych na rysunku.



Rys. 1. Łączne wydatki budżetu państwa i JST, wydatki na opiekę zdrowotną, porady i leczenie w szpitalach ogólnych w latach 1991-2012

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji z Roczników Statystycznych GUS.

Zsumowane wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego (do 1999 r. tylko gmin, a później gmin, powiatów i samorządów województw) w badanym okresie były rosnące od 28 miliardów w 1991 roku do 498 miliardów w 2012 r. W podobnym tempie, tylko w mniejszej skali, rosły wydatki budżetu pań-



stwa, gmin, a po 1999 r. KCH/NFZ, budżetu państwa i jst na ochronę zdrowia od 4 mld zł do 73 mld zł, z niewielkim załamaniem w 2004 r. Rosnącym wydatkom na ochronę zdrowia towarzyszył wzrost zapotrzebowania na świadczone usługi. W badanym okresie wzrosła liczba pacjentów leczonych w szpitalach, ale skrócił się ich czas pobytu. Liczba ta wzrosła od prawie 5 mln osób w 1991 roku do niespełna 8 mln osób w 2011 r. Inaczej kształtowały się porady udzielane w opiece ambulatoryjnej. Liczba udzielonych porad w 1991 r. wynosiła 277 mln i wzrastała do 303 mln w 2011 oraz spadła do 301 mln rok później. Głównym celem reformy ochrony zdrowia wprowadzonej w 1999 roku było wzmocnienie roli lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego), który miał być „gate keeperem”, osobą, na której spoczywa głównie profilaktyka, diagnostyka i kierowanie na leczenie zachowawcze u specjalistów. Ostatecznością miało być skierowanie pacjenta na leczenie stacjonarne.

Przedstawione informacje świadczą, że trudno pacjentom zmienić utrwalony sposób postępowania. W latach 1999-2002 liczba udzielonych porad przez lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów znacznie spadła, a liczbę porad z 1991 r. osiągnięto dopiero w 2006 r. W tym czasie wzrastała liczba pacjentów leczonych w szpitalach. Wiele osób nie korzysta z usług lekarzy specjalistów (otrzymanie skierowania od lekarza pierwszego kontaktu i oczekiwanie w kolejce na wizytę u lekarza specjalisty), które są tańsze, lecz wybiera inną, krótszą, bardziej kosztowną ścieżkę uzyskania potrzebnej diagnozy. Droższą, ale szybszą ścieżkę umożliwiają szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), gdzie po umieszczeniu na oddziale można uzyskać wszystkie potrzebne badania diagnostyczne, prawie natychmiast. W ten sposób podstawowe założenie reformy – masowe korzystanie z tańszej opieki ambulatoryjnej i w ostateczności z opieki stacjonarnej – nie zostało w pełni osiągnięte. Potwierdzeniem powyższych spostrzeżeń są informacje zamieszczone w tabeli 2.

Najwyższy udział wydatków na opiekę ambulatoryjną (22,61%) można zaobserwować na początku wprowadzania reformy – w 2000 r. Przed rokiem 1999 oraz później udział ten wynosił 18-20%. W całym badanym okresie wydatki na leczenie szpitalne wynoszą powyżej 40% (wyjątkiem jest rok 2004, kiedy były również niższe wydatki na ochronę zdrowia ogółem). Przed wprowadzeniem reform udział wydatków na leczenie szpitalne wynosił 46%, a po wprowadzeniu – 40-42%. Zmiana sposobu finansowania leczenia szpitalnego i wprowadzenie systemu rozliczania według JGP (jednorodnych grup pacjentów) w 2008 r. nie zmieniło struktury finansowania szpitali. Niższemu udziałowi w finansowaniu leczenia szpitalnego towarzyszył wyższy udział w finansowaniu leczenia ambulatoryjnego oraz wysoki udział w refundacji leków 14-18%. Podejmowane przez MZ działania zmierzają w kierunku ograniczenia wydatków na refundację leków. Ogranicza się grupę osób uprzywilejowanych do zakupu leków ze zniżką, ale też grupy chorób, którym takie leki przysługują. Nie ma możliwości wystawienia recepty refundowanej w przypadku korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej. Wszystkie te działania spowodowały, że w 2012 udział wydatków na leki refundowane wyniósł mniej niż 10% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną. Od roku 2007 rosła znacznie wydatki na ratownictwo



Tabela 2. Struktura wydatków podmiotów sektora finansów publicznych na opiekę zdrowotną w wybranych latach

Rodzaje wydatków	Lata						
	1991	1995	1998	2000	2004	2008	2012
Łączne wydatki w mln zł	4 198	14 643	23 819	30 544	37 032	62 031	73 429
Opieka ambulatoryjna	762	3 083	4 791	6 905	7 456	11 673	14 427
<i>udział</i>	18,15	21,05	20,12	22,61	20,13	18,82	19,65
Leczenie szpitalne	1 950	6682	11 411	12 678	14 632	26 361	31 128
<i>udział</i>	46,46	45,63	47,91	41,51	39,51	42,50	42,39
Ratownictwo medyczne	102	378	633	14	91	1 644	1 928
<i>udział</i>	2,42	4,58	2,66	0,05	0,25	2,65	2,63
Publiczna służba krwi	22	56	83	132	88	107	99
<i>udział</i>	0,52	0,38	0,35	0,43	0,24	0,17	0,13
Składki na ubezpieczenie zdrowotne i inne świadczenia	–	–	–	1250	1080	1464	2889
<i>udział</i>	–	–	–	4,09	2,92	2,36	3,93
Refundacja leków	561	2042	2057	4507	6604	7367	6863
<i>udział</i>	13,37	13,95	8,64	14,75	17,83	11,88	9,35

Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych GUS.

medyczne. Są to zarówno wydatki na sprzęt ratunkowy (karetki, wyposażenie), jak i wojewódzkie centra powiadamiania ratunkowego, lądowiska dla helikopterów² itp. [Nawrońska 2011]. Wydatki na ubezpieczenie zdrowotne osób nieobjętych ubezpieczeniem (bezrobotnych), rolników, osób przebywających na urloпах wychowawczych, funkcjonariuszy, pracowników wymiaru sprawiedliwości itd. zawierał się w przedziale 2,5-4%.

3. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na wybrane rodzaje świadczeń zdrowotnych

Analiza wydatków budżetu państwa na wybrane rodzaje świadczeń zdrowotnych będzie obejmowała lata 1999-2012. We wcześniejszym okresie wszystkie wydatki

² Wiąże się to z przyjęciem w 2006 r. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.



pochodziły tylko z budżetu państwa lub budżetów gmin. W wyniku reformy podmiotów sektora finansów publicznych, odpowiedzialnych za określone zadania z zakresu ochrony zdrowia, jest więcej. W tabeli 3 zaprezentowana została struktura wydatków budżetu państwa na wybrane świadczenia zdrowotne.

Tabela 3. Struktura wydatków budżetu państwa na wybrane rodzaje świadczeń zdrowotnych w latach 1999-2012

Rok	Lecznictwo ambulatoryjne	Szpitala ogólne	Szpitala kliniczne	Ratownictwo medyczne	Inspekcja sanitarna
1999	0,27%	12,85%	4,07%	0,09%	7,70%
2000	1,48%	18,68%	7,17%	0,35%	12,91%
2001	0,23%	16,52%	2,72%	0,29%	12,52%
2002	0,10%	14,18%	5,21%	1,25%	15,36%
2003	0,21%	13,41%	5,07%	2,25%	16,75%
2004	0,00%	10,32%	7,06%	1,95%	17,09%
2005	0,53%	8,19%	8,87%	1,14%	17,81%
2006	0,08%	6,08%	5,03%	3,58%	18,30%
2007	0,04%	7,47%	5,46%	21,93%	13,11%
2008	0,05%	6,81%	5,15%	23,94%	12,43%
2009	0,00%	4,25%	4,53%	28,62%	12,42%
2010	0,00%	0,47%	3,75%	30,63%	12,30%
2011	0,00%	0,46%	7,64%	24,59%	12,04%
2012	0,00%	0,63%	6,95%	26,53%	12,62%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji statystycznych GUS.

W omawianym okresie budżet państwa finansował w niewielkim stopniu lecznictwo ambulatoryjne: od 1,5-0,05% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną. Od 2009 r. zrezygnował z finansowania tego typu świadczeń, zostawiając je głównie NFZ-owi oraz gminom i miastom na prawach powiatów. Znacznie spadło finansowanie szpitali ogólnych. W 2000 r. stanowiło ponad 18% ogółu wydatków budżetu na zdrowie, w latach 2010-2012 spadło do około 0,5%. Finansowane są tylko inwestycje w infrastrukturę szpitalną. Wzrósł natomiast udział w finansowaniu szpitali klinicznych wartościowo dwukrotnie, a procentowo do około 7% wydatków. 350-krotnie wzrosły wydatki na ratownictwo medyczne, które na początku reformy finansowano bardzo skromnie, a znaczny wzrost wydatków obserwuje się od 2006 roku³. Udział wydatków na ratownictwo medyczne wzrósł do 25-30%. W porównaniu z okresem sprzed reformy wzrosła wielkość i udział wydatków na inspekcję sanitarną [por. Strzelecka, Smółkowska 2009].

³ Podobne działania można zaobserwować w USA [Bates, Santerre 2013].

W tabeli 4 przedstawiona została struktura wydatków jednostek samorządu terytorialnego na wybrane rodzaje świadczeń zdrowotnych.

Tabela 4. Struktura wydatków jednostek samorządu terytorialnego na wybrane rodzaje świadczeń zdrowotnych w latach 1999-2012

Rok	Lecznictwo ambulatoryjne	Szpitala ogólne	Ratownictwo medyczne	Przeciwdziałanie alkoholizmowi
1999	7,07%	34,77%	0,00%	0,00%
2000	5,93%	31,89%	0,00%	0,00%
2001	3,74%	30,26%	0,42%	0,00%
2002	6,92%	36,70%	0,60%	19,93%
2003	4,34%	35,79%	1,44%	22,82%
2004	5,92%	34,39%	0,76%	22,86%
2005	4,39%	39,88%	0,93%	19,95%
2006	5,06%	44,03%	2,63%	16,74%
2007	5,30%	45,85%	1,92%	17,03%
2008	4,26%	47,76%	1,14%	15,03%
2009	3,33%	46,14%	0,38%	14,31%
2010	3,97%	35,87%	0,31%	15,43%
2011	1,76%	33,32%	0,74%	15,55%
2012	1,56%	32,50%	0,19%	18,62%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji statystycznych GUS.

Jednostki samorządu terytorialnego finansowały w znacznym stopniu szpitale ogólne, szczególnie samorządy województw, powiaty i miasta na prawach powiatów. Wydatki na szpitale ogólne stanowiły ponad 30% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną jst. Udział wydatków na lecznictwo ambulatoryjne był malejący w badanym okresie od około 7% w strukturze wydatków do 1,5%. JST w niewielkim stopniu finansują także ratownictwo medyczne. Przede wszystkim gminy ponoszą koszty zapobiegania alkoholizmowi. Zarówno budżet państwa, jak i jst ponoszą koszty finansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób nieubezpieczonych. Są to znaczące kwoty w wydatkach budżetu państwa, wydatkach powiatów i miast na prawach powiatów.

4. Zakończenie

Wydatki publiczne stanowią tylko około 70% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną, wydatki prywatne – 30%. W ostatnich 20 latach w systemie ochrony zdrowia w Polsce zaszło wiele zmian organizacyjnych, które są konsekwencją zmian społeczno-ustrojowych. Korzystna tendencja wydłużania się oczekiwanej i rzeczywi-



stej długości życia, pociąga za sobą problemy starzejącego się społeczeństwa i powoduje większe zapotrzebowanie na świadczenia medyczne, skutkujące wyższymi kosztami. Pobyt pacjenta w szpitalu ulega skróceniu, stosowana technologia medyczna jest bardzo skuteczna, ale też dużo bardziej kosztowna. Wykonywane są coraz bardziej skomplikowane zabiegi (rozdzielenie bliźniąt syjamskich, przeszczepy narządów, twarzy), które wcześniej nie były możliwe do przeprowadzenia. Celem głównym reformy ochrony zdrowia było wzmocnienie roli opieki ambulatoryjnej, na rzecz rezygnacji z kosztownej opieki szpitalnej. Struktura wydatków na opiekę podstawową i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną wykazuje tendencję wzrostową, szczególnie po 1999 roku. Niedofinansowanie opieki ambulatoryjnej ze środków publicznych jest rekompensowane środkami prywatnymi w postaci pakietów zdrowotnych finansowanych przez firmy, badań okresowych, indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych czy prywatnych opłat za usługi. W przypadku opieki szpitalnej 99% wydatków pochodzi ze środków publicznych. Budżet państwa i budżety jst wycofują się z finansowania opieki zdrowotnej.

Literatura

- Bates L., Santerre R., 2013, *Does regionalization of local public health services influence public spending levels and allocative efficiency?* „Regional Science and Urban Economics”, no. 43, s. 209-219.
- DeBakey M., 2006, *The role of government in health care: a societal issue*, „The American Journal of Surgery”, no. 191, s. 145-157.
- Krakowińska E., 2006, *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Studia i Materiały Nr 1, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 37-49.
- Mou H., 2013, *The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries*, „Health Policy” no. 113, s. 270-283.
- Narodowy Rachunek Zdrowia, GUS 2010-2012
- Nawrońska I., 2011, *Polski system ochrony zdrowia. Potrzeba redefiniowania priorytetów*, Zeszyty Naukowe nr 11, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Kraków, s. 365-378.
- Database OECD Statistics, stat.oecd.org (20.07.2014).
- Propper C, Green K., 2001, *A larger role for the private sector in financing UK Health Care: the arguments and evidence*, „Journal of Social Policy”, vol. 30, issue 04, s. 685-704.
- Raport: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, 2004, Warszawa.
- Rice J., Harris D., 2014, *A Proposal to Reroute and Reform the Healthcare Money Trail*, „The American Journal of Surgery”, vol. 207, issue 6, s. 996-999.
- Roczniki statystyczne 1991-2012, GUS, Warszawa.
- Stańdo-Górowska H., 2012, *Kształtowanie wydatków na opiekę zdrowotną jako problem społeczno-ekonomiczny*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” nr 26, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, s. 70-79.
- Strzelecka A., 2011, *Metody taksonomiczne i ekonometryczne w badaniach publicznych wydatków zdrowotnych*, [w:] *Ochrona zdrowia na świecie*, K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Strzelecka J., Smółkowska U., 2009, *Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce*, [w:] *Zdrowie Polaków*, red. G. Ciura, Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, nr 4(20), Warszawa, s. 117-148.



Tuohy C., Flood C., Stabile M., 2004, *How does private finance affect public health care systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations*, „Journal of Health Politics, Policy and Law”, vol. 29, no. 3, s. 359-396.

THE STRUCTURE OF PUBLIC EXPENDITURES ON HEALTHCARE IN POLAND IN THE YEARS 1991-2012

Summary: Before 1999 healthcare in Poland was financed by central budget. After the healthcare reform in the year 1999 it has been financed by National Health Fund, central budget and local governments. The share of healthcare expenditures in the total expenditures of public finance sector has not changed – it is still between 13-15%. The structure of healthcare expenditures in the years 1991-2012 has been investigated. The healthcare expenditures structure is unfavourable. Over 40% of public expenditure finances hospital care and only about 20% of outpatient healthcare.

Keywords: public finance sector expenditure, healthcare expenditures structure.

