

---

A N N A L E S  
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA  
LUBLIN – POLONIA

VOL. L, 4

SECTIO H

2016

---

Uniwersytet Gański. Wydział Zarządzania

SEBASTIAN SUSMARSKI

sebastian.susmarski@ug.edu.pl

*Wybrane problemy oceny efektywności funduszy publicznych  
na podstawie Oddziałów Wojewódzkich Narodowego  
Funduszu Zdrowia*

---

Selected Problems of the Effectiveness of Public Funds on the Basis of the Regional Branch Offices  
of the National Health Fund

**Słowa kluczowe:** fundusze celowe; Narodowy Fundusz Zdrowia; gospodarka finansowa; efektywność

**Keywords:** National Health Fund; financial policy; efficiency; effectiveness; special purpose funds

**Kod JEL:** C22; H51; I18

## **Wstęp**

Gospodarowanie środkami publicznymi przeznaczanymi na finansowanie ochrony zdrowia jest przedsięwzięciem niezwykle złożonym zarówno pod względem podaży środków, jak i potrzeb wyznaczających popyt na te środki. Wobec braku możliwości zaspokojenia wszystkich potrzeb, w obliczu ograniczonego budżetu, szczególnego znaczenia nabiera pojęcie efektywności, zwłaszcza że często można spotkać zarzuty o nieefektywnym gospodarowaniu środkami publicznymi przeznaczonymi na finansowanie potrzeb zdrowotnych [NIK, 2014, s. 7]. Celem artykułu jest ocena efektywności funduszy publicznych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w Polsce na podstawie Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano metody charak-

terystyczne dla analizy danych zastanych, takie jak desk research, metoda analizy i krytyki piśmiennictwa. Wnioskowanie oparto na porównaniu wielkości obliczonych na podstawie skonstruowanych wskaźników efektywności.

### **1. Publiczne fundusze celowe w systemie finansów publicznych**

W teorii finansów publicznych fundusze celowe są definiowane w różny sposób. Występują jako „fundusze powołane ustawowo, przed dniem wejścia w życie tej ustawy (O finansach publicznych), których przychody pochodzą z dochodów publicznych, a wydatki przeznaczone są na realizację wyodrębnionych zadań” [Kosikowski, Ruśkowski (red.), 2003, s. 406]. Są także traktowane jako powiązanie wydatków na wskazane cele z przychodami pochodzącymi ze ściśle określonych źródeł [Dębowska-Romanowska, 1982, s. 397] oraz jako „utworzona na mocy aktu prawnego wysokiej rangi (najczęściej ustawy) forma organizacyjna służąca organom władz publicznych do gromadzenia środków pieniężnych ze ściśle określonych źródeł” [Owsiak, 2004, s. 130]. Definicje te należy łączyć z przepisami art. 29 ustawy o finansach publicznych określającymi zasadnicze kwestie związane z definiowaniem zadań, których realizacja ma spoczywać na funduszach celowych. Szczególną uwagę należy zwrócić na fakt, iż fundusze te dysponują własnymi, prawnie im przypisanymi dochodami, ewentualnie uzupełnianymi dotacjami z właściwego budżetu [Wernik, 2007, s. 14]. O znaczeniu publicznych funduszy celowych może świadczyć fakt, że gospodarują one dochodami przewyższającymi około 80% dochodów budżetu państwa, a ich wydatki przekraczają około 60% wydatków budżetu państwa [Osiałyński, 2006, s. 26–27].

Niezależnie od przyjętej definicji publiczne fundusze celowe należy uznać za podmioty publicznej gospodarki finansowej, bez względu na to, czy mają osobowość prawną czy też stanowią wyodrębnione środki publiczne, których wydatkowanie leży w gestii dysponenta w sposób wynikający z ustawy. Zdefiniowane publiczne fundusze celowe posiadają pewne cechy charakterystyczne [Szołno-Koguc, 2007, s. 71]. Należą do nich [Piotrowska-Marczak, 2002, s. 65]:

1. Zapewnienie możliwości sfinansowania wybranych dziedzin działalności państwa dzięki przekazaniu gestorom części dochodów publicznych.
2. Powiązanie części środków publicznych ze skonkretyzowanymi zadaniami, a przez to ograniczenie wielkości środków publicznych dostępnych władzy publicznej.
3. Zabezpieczenie wyodrębnionych środków powoduje nadanie priorytetu zadaniom realizowanym przez państwowe fundusze celowe, a przez to zapewnienie źródeł finansowania tych zadań.
4. Zadania realizowane przez państwowe fundusze celowe mogą być uniezależnione od pełnej procedury budżetowej, co może zapewnić długoletnią stabilność ich finansowania, niezależną od bieżących potrzeb budżetowych.

5. Z uwagi na fakt, iż niewykorzystane środki pieniężne w roku budżetowym nie są przekazywane do budżetu państwa, zapewniona zostaje większa stabilność i elastyczność w dysponowaniu tymi środkami.

Dokonując analizy przedstawionych cech charakterystycznych państwowych funduszy celowych, można sformułować zalety i wady ich funkcjonowania. Wśród zalet należy wskazać przede wszystkim elastyczną gospodarkę finansową, w porównaniu z podmiotami gospodarki budżetowej, co umożliwia np. realizację zadań w cyklach wieloletnich. Wadę natomiast stanowi fakt, iż zwiększenie roli funduszy celowych w gospodarce może oznaczać zmniejszenie skuteczności polityki finansowej państwa i racjonalności działania organów publicznych [Denek i in., 1995, s. 77]. Niewątpliwie obecność funduszy celowych w gospodarce przeczy zasadzie jedności formalnej budżetu, co wiąże się z trudnościami w zakresie kontroli gospodarki finansowej państwa.

Fundusze celowe mogą być klasyfikowane według różnych kryteriów. Przede wszystkim należy wziąć pod uwagę środowisko prawne, w którym funkcjonują. Zgodnie z tym kryterium można wyodrębnić fundusze w rozumieniu ustawy o finansach publicznych i fundusze niepodlegające definicji ustawowej. Z punktu widzenia podmiotów zarządzających funduszami wyróżnia się fundusze państwowe i samorządowe. Do państwowych funduszy celowych należy zaliczyć Narodowy Fundusz Zdrowia.

## **2. Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowy fundusz celowy i jego gospodarka finansowa**

Wśród zadań, które są obowiązane realizować władze publiczne, znajdują się te związane z zapewnieniem równego dostępu obywatelom do świadczeń zdrowotnych. Dostęp ten jest realizowany przez:

- tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,
- promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
- finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę kryterium metod finansowania [Denek i in., 1995, s. 75], NFZ jest zaliczany do grupy funduszy finansowanych metodą budżetową (dotacyjną). Dysponuje on środkami pochodzącymi z przychodów i realizuje zadania wynikające z zapisów ustawowych. Należy do nich m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, finansowanie

medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom, opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych, wykonywanie zadań zleconych (w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów polityki zdrowotnej), monitorowanie ordynacji lekarskich, promocja zdrowia, prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.

Dokonując analizy sposobu prowadzenia gospodarki finansowej, należy podkreślić, że konstruowany rokrocznie plan finansowy NFZ powinien mieć charakter zrównoważony. Plan ten różni się od planów innych funduszy celowych tym, że uwzględniający go dokument zawiera informacje o założeniach przyjętych podczas tworzenia planu oraz kryteria podziału środków na pozycje planu kosztów w oddziałach wojewódzkich i centrali funduszu [Suchecka (red.), 2011, s. 54]. Do cech charakterystycznych planu finansowego NFZ można zaliczyć łączną prezentację przychodów i kosztów, co powoduje możliwość badania efektów działalności opartych o kryterium rentowności.

Plan finansowy funduszu koncentruje się głównie na przychodach, kosztach i łącznej ich prezentacji. Zgodnie z przepisami prawa [Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r.] do przychodów funduszu można zaliczyć m.in. należne składki na ubezpieczenie zdrowotne, odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne, darowizny i zapisy, środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, dotacje, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych, przychody z lokat, kwoty z tytułu nałożonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia kar pieniężnych, o których mowa w art. 50–52 ustawy o refundacji, inne przychody.

Do kosztów funduszu zaś można zaliczyć: koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, koszty refundacji określone ustawą o refundacji i zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, koszty działalności funduszu (w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży), koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne, koszt wypłaty odszkodowań, inne koszty wynikające z odrębnych przepisów. Warto zaznaczyć, że w kategoriach kosztowych zostały zawarte także informacje o możliwości przeznaczenia środków finansowych funduszu na spłatę kredytów i pożyczek, co oznacza dopuszczalność finansowania zewnętrznego. Należy wspomnieć, że koszty funduszu są planowane według kryterium podmiotowego – w odniesieniu do centrali funduszu i poszczególnych oddziałów wojewódzkich.

Chcąc dokonać próby oceny gospodarki finansowej funduszu, należy zastanowić się, czy taka forma gospodarowania publicznymi środkami jest właściwa. W literaturze przedmiotu można spotkać różne zdania. S. Owsiak i J. Osiatyński zwracają uwagę na brak dostatecznej kontroli parlamentarnej nad środkami, którymi dysponują

publiczne fundusze celowe. Autorzy akcentują także ryzyko marnotrawstwa funduszy publicznych [Owsiak, 2004, s. 141; Osiatyński, 2006, s. 141]. Inne stanowisko prezentuje A. Wernik, wskazując, że chociaż w racjonalnie zorganizowanym systemie powinno się unikać tworzenia funduszy celowych, to istnieje przypadek szczególnie, w którym forma funduszu celowego jest pożądana – publiczne ubezpieczenia zdrowotne [Wernik, 2007, s. 15]. Ta forma ubezpieczeń wymaga bowiem oddzielenia operacji finansowych związanych z uzyskiwaniem uprawnień do świadczeń pieniężnych w zamian za opłacane składki od innych publicznych operacji finansowych.

Doceniając dylematy związane z prowadzeniem przez publiczne fundusze celowe racjonalnej gospodarki finansowej, warto dokonać szczegółowej weryfikacji skuteczności gospodarki finansowej NFZ. Jest to tym bardziej istotne, że wielkość środków finansowych pozostających do dyspozycji NFZ staje się ważną częścią gospodarki, zarówno w skali kraju, jak i pojedynczego województwa.

### 3. Przesłanki oceny wybranych aspektów efektywności NFZ

Znaczący udział wydatków na ochronę zdrowia i pomoc społeczną w produkcji krajowym brutto stanowi istotną przesłankę do analizy i oceny efektywności wydatkowania środków publicznych przez uprawnione podmioty. Kluczowym aspektem w procesie ewaluacji efektywności jest zdefiniowanie tego pojęcia. Efektywność jako kategoria ekonomiczna stanowi kryterium oceny stanu, funkcjonowania oraz szans rozwojowych danego podmiotu (najczęściej gospodarczego). Podstawowe definicje efektywności najczęściej odnoszą się do jednej z dwóch zasad racjonalnego gospodarowania (maksymalizacja efektu lub minimalizacja nakładu) [Matwiejczuk, 2000, s. 27]. Przy takim podejściu efektywność jest rozumiana jako wzajemne relacje między poniesionymi nakładami a osiągniętymi efektami<sup>1</sup>. Jak definiuje to norma ISO 9000:2005, efektywność stanowi relację między osiągniętymi wynikami a wykorzystanymi zasobami.

Pomiar efektywności w sektorze ochrony zdrowia ma szczególny charakter, co znacznie utrudnia stosowanie tradycyjnych metod. Wynika to z wielowymiarowości pojęcia efektywności w procesie oceny podmiotów gospodarczych, a poza tym – w ramach sektora ochrony zdrowia – dodatkowymi uwarunkowaniami wynikającymi ze specyfiki funkcjonowania podmiotów w tym sektorze [Dubas, 2011, s. 103]. Szczególna charakterystyka sektora ochrony zdrowia, jej nieporównywalność do innych sektorów, wymaga wnikliwej znajomości mechanizmu funkcjonowania tego sektora. Najtrudniejszym zagadnieniem jest znalezienie równowagi między efektyw-

---

<sup>1</sup> Efektywność może być wówczas wyrażona w postaci: różnicy między efektami a nakładami (korzystność), ilorazu efektów do poniesionych nakładów (ekonomiczność), ilorazu różnic między efektami a nakładami do poniesionych nakładów (stopa zwrotu z inwestycji – ROI).

nością ekonomiczną a sprawiedliwością społeczną, rozumianą jako równość dostępu do świadczeń zdrowotnych [Nojszewska, 2011b, s. 16].

Mierzenie efektywności ochrony zdrowia leży w interesie wszystkich interesariuszy: rządu, płatników i społeczeństwa. Ochrona zdrowia jest sektorem gospodarki, który nie może być regulowany wyłącznie niewidzialną ręką rynku, dlatego konieczna jest także regulacja zewnętrzna. Celem takiego działania jest uwzględnienie efektywności funkcjonowania poszczególnych podmiotów tworzących system ochrony zdrowia i systemu jako całości [Nojszewska, 2011a, s. 13].

#### 4. Ocena efektywności Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2012–2014

Punktem wyjścia w ocenie efektywności poszczególnych OW NFZ jest ilość środków pieniężnych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, którymi dysponowały. Wielkość ta, przyjęta jako bezwzględny miernik efektywności, w latach 2012–2014 kształtowała się w sposób przedstawiony w tab. 1.

Tab 1. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej Oddziałów Wojewódzkich NFZ w latach 2012–2014 (w tys. zł)

Oddział Wojewódzki NFZ	2012	2013	2014
Mazowiecki	9 073 700	9 044 385	9 186 938
Śląski	7 498 403	7 590 652	7 721 183
Wielkopolski	5 407 370	5 538 956	5 629 742
Małopolski	5 175 030	5 301 676	5 391 915
Dolnośląski	4 686 782	4 764 948	4 845 795
Łódzki	4 202 019	4 260 059	4 326 729
Pomorski	3 565 870	3 623 614	3 687 794
Lubelski	3 459 536	3 547 815	3 604 062
Kujawsko-pomorski	3 335 689	3 414 407	3 471 200
Podkarpacki	3 256 277	3 328 089	3 383 854
Zachodniopomorski	2 727 509	2 786 282	2 839 659
Warmińsko-mazurski	2 179 816	2 252 858	2 289 616
Świętokrzyski	2 084 900	2 131 241	2 165 591
Podlaski	1 877 775	1 918 181	1 949 083
Lubuski	1 605 363	1 660 371	1 688 938
Opolski	1 548 961	1 578 162	1 610 833

Źródło: opracowanie własne na podstawie planów rocznych NFZ.

Podział środków między poszczególne OW NFZ jest determinowany przepisami prawa. Czyni się to zgodnie z art. 118 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie

świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. Ilość środków, którymi dysponują OW NFZ, generalnie jest uzależniona od składki na ubezpieczenie zdrowotne. Oceniając efektywność, należy zastanowić się, jak OW NFZ gospodarują tymi środkami.

W pracy przyjęto, że efektami osiągniętymi dzięki zastosowaniu zasobów środków pieniężnych są: liczba szpitali, liczba łóżek szpitalnych oraz liczba przychodni. W badaniu przyjęto wskaźniki względne w postaci relacji wykonanych kosztów leczenia szpitalnego do liczby szpitali (W1), kosztów leczenia szpitalnego do liczby łóżek (W2) oraz koszty podstawowej opieki zdrowotnej do liczby przychodni (W3). Danymi źródłowymi były roczne sprawozdania z wykonania planów finansowych NFZ. W oparciu o wartości poszczególnych wskaźników zostały wykonane rankingi OW NFZ. Obliczone wielkości wskaźników W1, W2 oraz W3 w latach 2012–2014, w poszczególnych OW NFZ, zostały przedstawione w tab. 2.

Tab. 2. Wybrane wskaźniki efektywności Oddziałów Wojewódzkich NFZ w latach 2012–2014

Oddział	2012			2013			2014		
	W1	W2	W3	W1	W2	W3	W1	W2	W3
Łódzki	30 690	154	1 902	28 130	155	1 928	30 028	160	2 027
Mazowiecki	39 483	173	3 048	37 834	171	3 158	38 400	176	3 134
Małopolski	32 011	161	2 649	30 291	171	2 737	30 426	173	2 765
Śląski	25 934	134	3 929	24 866	139	4 220	24 398	143	4 247
Lubelski	33 316	141	2 968	30 152	152	3 137	30 182	157	3 152
Podkarpacki	38 194	147	1 878	40 730	156	1 904	40 008	159	1 957
Podlaski	27 743	156	2 688	27 304	163	2 822	26 708	163	2 914
Świętokrzyski	40 350	153	1 438	43 013	173	1 479	44 048	175	1 515
Lubuski	30 225	167	4 206	31 900	178	4 578	33 188	187	4 603
Wielkopolski	37 883	157	8 962	41 434	181	9 958	43 444	175	10 033
Zachodniopomorski	33 577	160	5 441	27 379	166	5 552	28 591	171	5 653
Dolnośląski	27 915	151	2 522	28 797	153	2 667	28 235	157	2 708
Opolski	26 282	148	2 903	27 273	155	3 277	27 157	162	3 479
Kujawsko-pomorski	38 446	170	2 512	40 129	175	2 541	40 852	173	2 582
Pomorski	32 742	184	4 755	31 986	183	5 370	32 145	189	5 151
Warmińsko-mazurski	23 834	153	3 752	26 030	164	3 779	25 224	167	3 842

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: [www.stat.gov.pl; www.nfz.gov.pl].

W oparciu o wskaźniki przedstawione w tab. 2 sporządzono rankingi, które zawiera tab. 3. Z analizy danych zawartych w tab. 2 i 3 wynika, że jakość gospodarowania środkami pieniężnymi przez poszczególne OW NFZ jest bardzo zróżnicowana. Przede wszystkim występują znaczące rozbieżności między poziomami wskaźników a ilością środków pieniężnych, którymi dysponują OW NFZ.

Największy pod względem otrzymanych w latach 2012–2014 mazowiecki OW NFZ niekoniecznie plasuje się w czołówce, biorąc pod uwagę wartości wyliczonych wskaźników. Poziomy wskaźników dotyczące szpitali (W1 i W2) wskazują na niewielkie problemy tego OW, związane m.in. z liczbą łóżek szpitalnych i dostępnością do leczenia szpitalnego. Zdecydowanie gorzej sytuacja tego OW NFZ przedstawia się po przeanalizowaniu wskaźnika W3, który dostarcza informacji na temat stanu

POZ. Koszty POZ do liczby placówek sygnalizują utrudniony dostęp do lekarzy POZ i w związku z tym nie do końca prawidłową gospodarkę finansową.

Tab. 3. Rankingi poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich NFZ sporządzone w oparciu o wskaźniki W1, W2 oraz W3

Oddział	2012			2013			2014		
	W1	W2	W3	W1	W2	W3	W1	W2	W3
Łódzki	10	9	14	11	12	14	10	12	14
Mazowiecki	2	2	7	5	6	8	5	3	9
Małopolski	9	5	11	8	7	11	8	7	11
Śląski	15	16	5	16	16	5	16	16	5
Lubelski	7	15	8	9	15	9	9	15	8
Podkarpacki	4	14	15	3	11	15	4	13	15
Podlaski	13	8	10	13	10	10	14	10	10
Świętokrzyski	1	10	16	1	5	16	1	5	16
Lubuski	11	4	4	7	3	4	6	2	4
Wielkopolski	5	7	1	2	2	1	2	4	1
Zachodniopomorski	6	6	2	12	8	2	11	8	2
Dolnośląski	12	12	12	10	14	12	12	14	12
Opolski	14	13	9	14	13	7	13	11	7
Kujawsko-pomorski	3	3	13	4	4	13	3	6	13
Pomorski	8	1	3	6	1	3	7	1	3
Warmińsko-mazurski	16	11	6	15	9	6	15	9	6

Źródło: opracowanie własne.

Ciekawym przypadkiem są wyniki śląskiego OW NFZ (drugiego w rankingu pod względem wielkości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w porównaniu z wielkopolskim OW NFZ – trzecim w rankingu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej). Śląski OW NFZ wyraźnie gorzej radzi sobie z lecznictwem szpitalnym (zarówno pod względem liczby placówek, jak i liczby łóżek), zajmując ostatnie miejsca w rankingu (wskaźnik W1 – 15. w 2012 r. i 16. w 2013 i 2014 r. oraz W2 – 16. miejsce w każdym z trzech lat), ale jednocześnie wyraźnie lepsze wyniki osiąga w części dotyczącej POZ (wskaźnik W3 – miejsce 5. w każdym z trzech lat). Wielkopolski OW NFZ natomiast jest bezkonkurencyjny w zakresie POZ (1. miejsce w każdym z trzech lat), a także sukcesywnie poprawiający swoją pozycję w ocenie efektywności lecznictwa szpitalnego. Na uwagę zasługują również wyniki pomorskiego OW NFZ, 6. w rankingu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Zwraca uwagę stabilność w odniesieniu do efektywności POZ i kosztów lecznictwa do liczby łóżek oraz miejsca pod koniec pierwszej dziesiątki w odniesieniu do wskaźnika W1.



## Podsumowanie

Ocena efektywności gospodarowania środkami publicznymi jest działaniem niezwykle istotnym dla postrzegania tak wrażliwej sfery finansów publicznych, jak ochrona zdrowia. W sytuacji nieograniczonych potrzeb zdrowotnych oraz bardzo ograniczonych środków każda ilość wydatkowanych środków pieniężnych powinna podlegać drobiazgowej analizie. Zaprezentowane wskaźniki stanowią jedynie niewielki wycinek całego systemu oceny efektywności OW NFZ. Nie uwzględniają np. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji, opieki paliatywnej. Pozwalają jednak na sformułowanie generalnych wniosków w odniesieniu do efektywności poszczególnych OW NFZ.

## Bibliografia

- Denek E., Wierzbicki J., Sobiech J., Wolniak J., *Finanse publiczne*, PWN, Warszawa 1995.
- Dębowska-Romanowska T., *Fundusze systemu budżetowego*, [w:] M. Weralski (red.), *System instytucji prawno-finansowych PRL*, t. 2, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1982.
- Dubas K., *Problematyka efektywności w ochronie zdrowia – znaczenie i metody pomiaru*, „Problemy Zarządzania” 2011, t. 9, nr 3 (33).
- Kosikowski C., Ruśkowski E. (red.), *Finanse publiczne i prawo finansowe*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003.
- Matwiejczuk R., *Efektywność – próba interpretacji*, „Przegląd Organizacji” 2000, nr 11.
- NIK, *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na rok 2013, 2014*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,7653,vp,9595.pdf> [data dostępu: 20.09.2016].
- Nojszewska E., *Efektywność ekonomiczna jako narzędzie analityczne dla ochrony zdrowia*, „Problemy Zarządzania” 2011a, t. 9, nr 3 (33).
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Lex Wolters Kluwer, Warszawa 2011b.
- Osiatyński J., *Finanse publiczne. Ekonomia i polityka*, PWN, Warszawa 2006.
- Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2004.
- Piotrowska-Marczak K., *Gospodarka finansowa państwowych funduszy celowych w świetle kryzysu finansów publicznych*, [w:] M. Adamowicz (red.), *Finanse publiczne w skali lokalnej i regionalnej*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2002.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U., nr 294, poz. 1735).
- Suhecka J. (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Szołno-Koguc J., *Funkcjonowanie funduszy celowych w Polsce w świetle zasad racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
- Wernik A., *Finanse publiczne*, PWE, Warszawa 2007.
- [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) [data dostępu: 10.05.2016].
- [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl) [data dostępu: 10.05.2016].

### **Selected Problems of the Effectiveness of Public Funds on the Basis of the Regional Branch Offices of the National Health Fund**

Public special purpose funds are of a significant importance for the economy. Both National Health Fund and Social Insurance Fund play a particular role. Because of the fact that the financial policy of state special purpose funds is not a subject of strict rules characteristic for the principles of state budget, it is especially important to evaluate its efficiency and effectiveness. The article presents results of a study on the effectiveness of the financial policy of NHF Region Branch Offices, understood as relation between expenditure and outcome.

### **Wybrane problemy oceny efektywności funduszy publicznych na podstawie Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia**

Publiczne fundusze celowe mają istotne znaczenie dla gospodarki. Szczególną rolę pełnią te związane z różnymi formami ubezpieczeniowymi – Fundusz Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Z uwagi na fakt, iż gospodarka finansowa państwowych funduszy celowych nie podlega rygorom charakterystycznym dla gospodarki budżetowej, szczególnego znaczenia nabiera ocena jej skuteczności i efektywności. W artykule zaprezentowano wyniki badań efektywności Oddziałów Wojewódzkich NFZ, rozumianej jako relacja między osiągniętymi wynikami a wykorzystanymi zasobami.