

# PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

# RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 412

## Zarządzanie finansami firm – teoria i praktyka

Redaktorzy naukowi

Adam Kopiński

Paweł Kowalik



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka  
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz  
Korekta: Justyna Mroczkowska  
Łamanie: Beata Mazur  
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania  
znajdują się na stronach internetowych  
[www.pracnaukowe.ue.wroc.pl](http://www.pracnaukowe.ue.wroc.pl)  
[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons  
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska  
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2015

**ISSN 1899-3192**  
**e-ISSN 2392-0041**

**ISBN 978-83-7695-568-1**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:  
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław  
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: [econbook@ue.wroc.pl](mailto:econbook@ue.wroc.pl)  
[www.ksiegarnia.ue.wroc.pl](http://www.ksiegarnia.ue.wroc.pl)

Druk i oprawa: TOTEM

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	9
<b>Andrzej Babiartz:</b> Zorganizowana część przedsiębiorstwa z branży gier komputerowych jako wkład do nowej spółki z udziałem funduszu VC (Organized part of a company from the computer games industry as a contribution to the new venture).....	11
<b>Krystyna Brzozowska:</b> Znaczenie Europejskiego Banku Inwestycyjnego w rozwoju partnerstwa publiczno-prywatnego w Europie (A role of the European Investment Bank in European PPP development).....	24
<b>Elżbieta Drogosz-Zabłocka, Agnieszka Kopańska:</b> Partnerstwo publiczno-prywatne – analiza korzyści dla interesu publicznego w przypadku wykorzystania w szkolnictwie zawodowym w Polsce (Public Private Partnership – value for money in case of vocational education in Poland) .....	35
<b>Krzysztof Dziadek:</b> Zarządzanie finansami projektów unijnych w świetle badań empirycznych (Financial management of projects co-financed from the EU in the light of empirical research).....	46
<b>Anna Feruś:</b> Wykorzystanie nowych modeli kapitalizacji do oceny spłaty kredytu przy równych ratach kapitałowo-odsetkowych na przykładzie Banku Pekao SA (Use of new models of capitalization for the evaluation of the credit equal installments of capital and interest on the example of Bank PEKAO S.A.) .....	56
<b>Piotr Figura:</b> Zróżnicowanie płynności finansowej w zależności od wielkości przedsiębiorstwa (Diversity of financial liquidity depending on the size of an enterprise) .....	66
<b>Iwona Gorzeń-Mitka:</b> Gender differences in risk management. Small and medium sized enterprise perspective (Różnice w zarządzaniu ryzykiem ze względu na płeć. Perspektywa małych i średnich przedsiębiorstw).....	80
<b>Joanna Hady, Małgorzata Leśniowska-Gontarz:</b> Analiza wydatków na ochronę zdrowia a kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa (Expenditures on healthcare system against health condition of Polish society)...	90
<b>Dagmara Hajdys:</b> System wsparcia partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce na tle systemów wybranych państw Unii Europejskiej (Poland's PPP support system as juxtaposed with the systems operating in selected countries) .....	106
<b>Jacek Kalinowski:</b> The impact of the use of funding sources for targeted research projects on the accounting system of research institutes in Poland	

– the results and analysis of the survey (Wpływ wykorzystania źródeł finansowania celowych projektów badawczych na system rachunkowości w instytutach badawczych w Polsce – wyniki i analiza badań ankietowych)	118
<b>Paweł Kowalik:</b> Kryzys finansowo-gospodarczy a stan finansów publicznych nowych krajów członkowskich UE (Financial and economic crisis vs. the condition of public finances in new Member States of the EU).....	134
<b>Paweł Kowalik, Małgorzata Kwiedorowicz-Andrzejewska:</b> Poziome wyrównanie dochodów w Polsce na przykładzie Dolnego Śląska (Model of horizontal equalization in Poland – example of Lower Silesian Voivodeship) .....	144
<b>Justyna Kujawska:</b> Wydatki na opiekę zdrowotną a efekty zdrowotne – analiza porównawcza krajów europejskich metodą DEA (Health care expenditures vs. health effects – comparative analysis of European countries by DEA method) .....	156
<b>Agnieszka Kuś, Magdalena Pawlik:</b> Wykorzystanie modelu regresji wielorakiej do określenia czynników kształtujących poziom kapitału obrotowego w przedsiębiorstwach przemysłowych (The application of multiple regression model for determining factors shaping the level of working capital in industrial companies).....	166
<b>Jacek Lipiec:</b> Risk of public family firms (Ryzyko giełdowych firm rodzinnych) .....	185
<b>Katarzyna Lisińska:</b> Determinanty struktury kapitału na poziomie państwa na podstawie przeglądu literatury (Country-specific capital structure determinants. Review of the literature) .....	204
<b>Tomasz Łukaszewski, Wojciech Głocko:</b> Wpływ cen energii i systemu wsparcia na efektywność inwestycji wiatrowych w Polsce (Impact of selected instruments of energy market on wind farm efficiency in Poland).....	216
<b>Barbara Michalak-Prymon:</b> Zakres stosowania przez podmioty sektora bankowego dokumentu <i>Zasady ładu korporacyjnego dla instytucji nadzorowanych</i> (Implementation of corporate governance principles by the institutions supervised by the financial supervision authority).....	229
<b>Ireneusz Miciuła:</b> Methods for providing economic safety in business transactions in the context of currency risk (Metody zapewnienia bezpieczeństwa ekonomicznego w transakcjach biznesowych w kontekście ryzyka walutowego) .....	246
<b>Magdalena Mikołajek-Gocejna:</b> Willingness to disclose information versus investors' expectations in companies listed on the Warsaw Stock Exchange (Skłonność spółek notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie do ujawniania informacji a oczekiwania inwestorów) .....	257
<b>Dorota Starzyńska:</b> Aktywność innowacyjna przedsiębiorstw a przynależność do sektorów przemysłu wynikająca z różnych poziomów techniki w świetle badań ankietowych (Innovation activities in manufacturing enterprises by technology levels in the light of the survey) .....	273

---

<b>Wacława Starzyńska, Magdalena Sobocińska:</b> Ocena konkurencyjności rynku zamówień publicznych na przykładzie oprogramowania informatycznego (Evaluation of competitiveness of public procurement market on the example of computer software) .....	287
<b>Emilia Stola, Artur Stefański:</b> The relation between the share of family enterprises in the credit portfolio and the quality of the entire bank credit portfolio and profitability of selected cooperative banks' asset (Zależność między udziałem przedsiębiorstw rodzinnych w portfelu kredytowym a jakością całego portfela kredytowego i rentownością majątku wybranych banków spółdzielczych) .....	296
<b>Jarosław Szymański:</b> Pozacenowe kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty a nowelizacja prawa zamówień publicznych (Non-price criteria for selecting the best offer and amendment of the law on public procurement) .....	308
<b>Anna Wawryszuk-Misztal:</b> Bezpośrednie koszty emisji akcji w pierwszej ofercie publicznej na GPW w Warszawie (Direct costs of share issuance in IPO on the Warsaw Stock Exchange) .....	320
<b>Paweł Wnuczak:</b> Skuteczność rekomendacji wydawanych przez analityków giełdowych w okresach stagnacji na rynkach kapitałowych (Effectiveness of recommendations issued by stock market analysts in periods of stagnation on capital markets) .....	333
<b>Magdalena Załęczna:</b> Przestrzenne rozmieszczenie inicjatyw partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce (Spatial distribution of Public Private Partnership's ideas in Poland) .....	343
<b>Danuta Zawadzka, Ewa Szafraniec-Siluta, Roman Ardan:</b> Factors influencing the use of debt capital on farms (Czynniki wpływające na wykorzystanie kapitału obcego przez gospodarstwa rolne) .....	356

## Wstęp

Działalność gospodarcza, w skali zarówno makroekonomicznej, jak i mikroekonomicznej, składa się z gospodarki realnej wytwarzającej dobra i świadczącej usługi, w której kluczową rolę odgrywa szeroko rozumiana sfera finansów, obejmująca trzy zasadnicze grupy zagadnień: racjonalnego wyboru celów jednostek (organizacji) gospodarczych w aspekcie finansowym, optymalnych źródeł ich finansowania, a także efektywnego wykorzystania zgromadzonych zasobów finansowych.

Procesy globalizacyjne, a także kryzysy polityczne i wojskowe, sytuacja gospodarcza w Unii Europejskiej spowodowana falą imigracji, załamanie w gospodarce chińskiej muszą być uwzględniane przy podejmowaniu bieżących i strategicznych decyzji finansowych. Ponadto okoliczności te przyczyniają się do powstawania niekorzystnych warunków gospodarowania przedsiębiorstw w sferze pozyskiwania kapitałów, a w skali makro mogą prowadzić do powiększania deficytu i długu publicznego. Warunki zewnętrzne i wewnętrzne wymuszają jeszcze większą koncentrację teorii i praktyki zarządzania finansami na problemach zarówno finansów publicznych, jak i finansów przedsiębiorstw. Chodzi mianowicie o takie zarządzanie finansami, które powoduje pomnażanie bogactwa właścicieli kapitału i jednocześnie prowadzi do wzrostu dobrobytu całych społeczności. Zagadnieniom tym poświęcone są artykuły opublikowane w niniejszym zeszycie Prac Naukowych. Problematyka poruszana w przedstawionych opracowaniach dotyczy między innymi następujących obszarów zarządzania finansami: pozyskiwania kapitałów przez inicjatywy partnerstwa publiczno-prywatnego, udziału *venture capital*, zarządzania finansami w jednostkach sektora publicznego, np. w służbie zdrowia, zarządzania ryzykiem w podmiotach gospodarczych, sterowania strukturą kapitału i płynnością finansową przedsiębiorstwa, finansowania działalności innowacyjnej przedsiębiorstw, oceny efektywności inwestycji w odnawialne źródła energii, finansowych aspektów zamówień publicznych, finansów sektora bankowego oraz efektywności rynku kapitałowego.

Artykuły wchodzące w skład niniejszej publikacji są związane z coroczną konferencją „Zarządzanie finansami – teoria i praktyka”, organizowaną przez Katedrę Finansów Przedsiębiorstwa i Zarządzania Wartością oraz Katedrę Finansów Publicznych i Międzynarodowych Wydziału Zarządzania, Informatyki i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu z udziałem pracowników naukowych z najważniejszych ośrodków akademickich w Polsce, przedstawicieli praktyki gospodarczej i gości zagranicznych. Konferencja ewoluowała od wąskiego niegdyś ujęcia zarządzania finansami firm do ujęcia szerszego, którego istotą jest objęcie różnych sfer działalności gospodarczej, w których zarządzanie finansami ma duże

znaczenie. Dotyczy to finansów międzynarodowych, w tym finansów Unii Europejskiej, finansów centralnych (rządowych), finansów lokalnych (w tym jednostek samorządowych), finansów służb publicznych, jak również finansów wielu innych podmiotów gospodarczych.

Jako redaktorzy naukowci książki w imieniu autorów i własnym wyrażamy głęboką wdzięczność recenzentom – Paniom Profesor: Agacie Adamskiej, Aurelii Bielawskiej, Krystynie Brzozowskiej, Teresie Famulskiej, Małgorzacie M. Hybkiej, Wacławie Starzyńskiej, Paulinie Ucieklak-Jeż, oraz Panom Profesorom: Jerzemu Kitowskiemu, Jakubowi Marszałkowi i Jerzemu Różańskiemu – za wnikliwe recenzje i cenne uwagi, które przyczyniły się do powstania publikacji na odpowiednio wysokim poziomie naukowym.

Mamy nadzieję, że niniejsza lektura będzie inspiracją nie tylko do dalszych badań naukowych, ale również do wdrażania innowacyjnych rozwiązań w zakresie finansów zarówno w sektorze przedsiębiorstw, jak i w sektorze publicznym.

*Adam Kopiński, Paweł Kowalik*

**Joanna Hady, Małgorzata Leśniowska-Gontarz**

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie  
e-mail: jhady@wsiz.rzeszow.pl; mlesniowska@wsiz.rzeszow.pl

---

## **ANALIZA WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA A KONDYCJA ZDROWOTNA POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA**

### **EXPENDITURES ON HEALTHCARE SYSTEM AGAINST HEALTH CONDITION OF POLISH SOCIETY**

---

DOI: 10.15611/pn.2015.412.08

JEL Classification: I11, I15, I18

**Streszczenie:** Celem niniejszego artykułu jest zbadanie występowania zależności pomiędzy poziomem wydatków na ochronę zdrowia w Polsce a wybranymi wskaźnikami zdrowotnymi; jako tła użyto wybranych krajów europejskich. Sformułowano hipotezy, iż wzrost wydatków na ochronę zdrowia pozytywnie wpływa na liczbę lat w zdrowiu zarówno kobiet, jak i mężczyzn w Polsce oraz że zwiększeniu nakładów finansowych na opiekę zdrowotną towarzyszy spadek śmiertelności wśród noworodków oraz dzieci poniżej 5. roku życia. W artykule jako metodę badawczą zastosowano analizę informacji statystycznej, analizę porównawczą oraz przegląd literaturowy. Dane do badań wykorzystano ze źródeł ogólnodostępnych: baz danych Eurostatu, OECD i Banku Światowego. W celu zweryfikowania postawionych hipotez zastosowano współczynnik korelacji Pearsona.

**Słowa kluczowe:** wydatki na ochronę zdrowia, opieka zdrowotna, kondycja zdrowotna, Polska, Unia Europejska.

**Summary:** The aim of this article is to examine whether there is a correlation between the level of spending on healthcare in Poland and selected health indicators. Some European countries have been used as a background. The paper formulates the hypothesis that increased spending on healthcare has a positive effect on the number of life years in the health of both women and men in Poland, and that increased funding for health care is accompanied by a reduction in mortality among infants and children under 5 years. As a research method the analysis of statistical information, comparative analysis and review of literature are employed. The data used in the paper come from public databases: Eurostat, OECD and World Bank. In order to verify the research hypotheses Pearson correlation coefficient has been used.

**Keywords:** expenditures on healthcare, healthcare, health status, Poland, European Union.



## 1. Wstęp

Wybór systemu oraz poziom finansowania opieki zdrowotnej w kraju to niezwykle ważne społeczno-ekonomiczne zagadnienie. Wiąże się ono z zapewnieniem podstawowych praw jednostki do opieki zdrowotnej – jest zatem problemem społecznym, z drugiej zaś strony wymaga zapewnienia dostatecznych źródeł finansowania, co wiąże się z obszarem badań ekonomicznych. Rosnąca liczba chorób cywilizacyjnych, starzenie się społeczeństwa, a co za tym idzie – także rosnąca liczba chorób, m.in. neurodegeneracyjnych, już dziś stanowią poważne i rosnące obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej większej części Europy. Problem ten stanowi determinantę dla wielu krajów do zwiększania wydatków na sektor ochrony zdrowia.

W roku 2012 wzrost wydatków na ochronę zdrowia w skali całego globu wyniósł 2%. W 2013 roku wskaźnik ten wzrósł już do 2,8%. Co więcej, prognozuje się, iż w latach 2014-2018 średni wzrost wyniesie aż 5,2% rocznie [Deloitte Report 2015]. Tak znaczne zwiększanie środków przeznaczanych na służbę zdrowia to efekt nie tylko rosnących potrzeb zdrowotnych oraz wzrostu innowacji w służbie zdrowia, ale także obserwowanej ekspansji firm farmaceutycznych i medycznych.

## 2. Przegląd literatury

Tematyka wydatkowania na ochronę zdrowia jest ważnym i aktualnym problemem badawczym podejmowanym przez naukowców, co odzwierciedla liczba powstałych publikacji naukowych w tym zakresie. Finansowanie ochrony zdrowia stało się tematem rozważań wielu badaczy zarówno polskich [Białynicki-Birula 2006; Bromberi in. 2015; Dobska, Rogoziński 2008; Golinowska (red.) 2004; 2008; 2012; Hady, Leśniowska 2011; Jaworzyńska 2012; Kawiorska 2000; Kujawska 2015; Łuniewska 2014; Niżnik 2004; Nojszewska 2011; 2015; Owoc i in. 2009; Ryc, Skrzypczak 2010; 2011; Suchecka 2011; Ucieklak-Jeż, Bem 2014; Wasiak, Szelağ 2015], jak i zagranicznych [Goodman, Vaddington 1993; Mossialos i in. 2002; Wyke 2011; Thomson, Foubister, Mossialos 2009; Nixon, Ulmann 2009; Götze, Schmid 2012].

Mimo nieznacznego (w 2010 r.) ograniczenia wydatków na ochronę zdrowia wielu europejskich krajów, co spowodowane było m.in. ostatnim kryzysem finansowym, obserwujemy obecnie ponowny wzrost wydatków na ten sektor [Bromberi i in. 2015, s. 60-62; Nojszewska 2015; Łuniewska 2014; Wasiak i Szelağ 2015].

Jak pokazuje literatura przedmiotu, wydatki na ochronę zdrowia na obywatela w Polsce są w porównaniu z innymi krajami europejskimi niskie. Skutkują one niższą relatywnie skutecznością leczenia [Ucieklak-Jeż, Bem 2014, s. 114; Dobska, Rogoziński 2008, s. 149; Bromberi i in. 2015, s. 61; Łuniewska 2014, s. 72]. W wysoko rozwiniętych krajach europejskich, takich jak np. Szwajcaria, Francja, Niemcy, wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jedną osobę wykazują wyższą dynamikę niż dynamika wzrostu ich PKB [Urbaniec 2010].

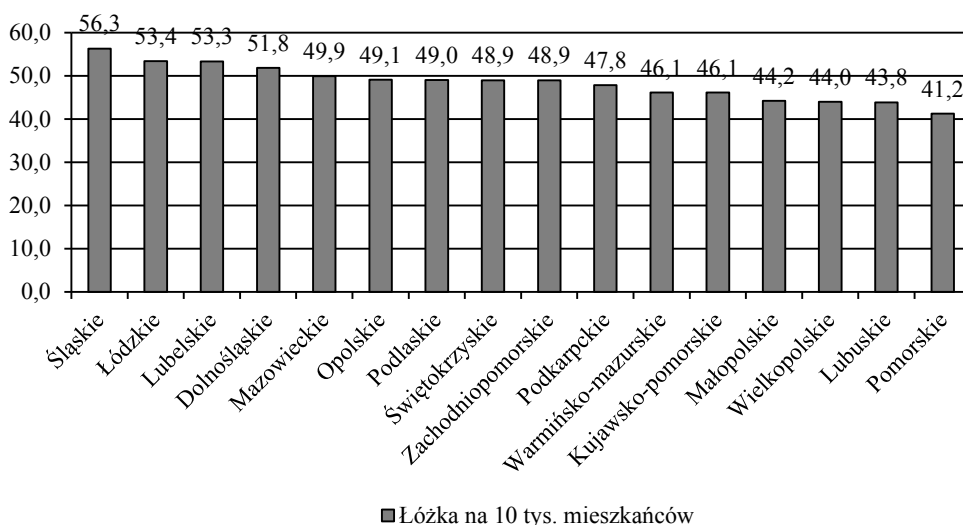
Systemy zdrowotne w krajach rozwiniętych są różnicowane przez grupy czynników o charakterze ekonomicznym, takie jak: wielkość wydatków na ochronę zdrowia *per capita*, udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB czy udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia jako % PKB. Należy stwierdzić, że mimo ciągłych reform systemów zdrowotnych, w tym wzajemnego przejmowania rozwiązań o charakterze instytucjonalnym, przyjęte rozwiązania modelowe nadal stanowią istotną bazę systemów zdrowotnych w wielu krajach. W celu zróżnicowania niezbędne jest zatem całościowe podejście, uwzględniające różne elementy systemu ochrony zdrowia: źródeł finansowania, mechanizmów alokacji, rozwiązań organizacyjnych i instytucjonalnych umożliwiających przedstawienie alternatywnych sposobów wypełniania oraz poszerzenia funkcji zabezpieczenia zdrowotnego [Bromber i in. 2015, s. 56].

Na całym kontynencie rosną m.in. wskaźniki przeżywalności u pacjentów z chorobami serca, udarem i rakiem – mimo że lekarze coraz częściej zwracają uwagę na ważne problemy, jakimi są: otyłość, zła dieta czy siedzący tryb życia Europejczyków. W skali całej Europy spada również umieralność wśród noworodków, szczególnie w krajach bałtyckich.

Różne badania pokazują, iż wydatki na zdrowie odgrywają istotną rolę w obniżaniu umieralności wśród niemowląt i dla krajów słabiej rozwiniętych są istotnie skorelowane z długością trwania życia [Nixon, Ulmann 2006]. Ponadto występuje silna korelacja pomiędzy ponoszonymi wydatkami na zdrowie a jakością opieki [Björnberg 2014]. Jednocześnie obserwujemy rosnące zróżnicowanie pomiędzy wschodnią i zachodnią Europą, co nie jest uzależnione jedynie od poziomu wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia. Niektóre kraje spośród tych, gdzie wydatki na ochronę zdrowia są stosunkowo niskie, radzą sobie zaskakująco dobrze. Przykładem są Czechy oraz Estonia. Polska niestety do grona tych krajów nie należy. Według najnowszego raportu „The 2014 Euro Health Consumer Index” Polska jako jeden z nielicznych krajów objętych EHCI osiągnęła w 2014 roku wynik gorszy niż w roku 2013. W rankingu oceniającym europejskie systemy ochrony zdrowia spośród krajów UE Polska wyprzedziła jedynie Rumunię i nieznacznie Litwę. Jak na duży kraj środkowoeuropejski wyniki Polski są niezaprzeczalnie słabe. Zwłaszcza w zakresie dostępu i wyników leczenia. Autorzy raportu bardzo nisko ocenili m.in. dostęp do opieki onkologicznej. Polskę charakteryzuje także jeden z najwyższych w Europie wskaźników zakażenia bakteriami gronkowca w szpitalach. Jednakże na tle sąsiednich państw odznaczamy się wyjątkowo niskim poziomem umieralności wśród pacjentów z chorobami układu krążenia [Björnberg 2014].

### 3. Omówienie wybranych elementów systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz kondycji polskiego społeczeństwa

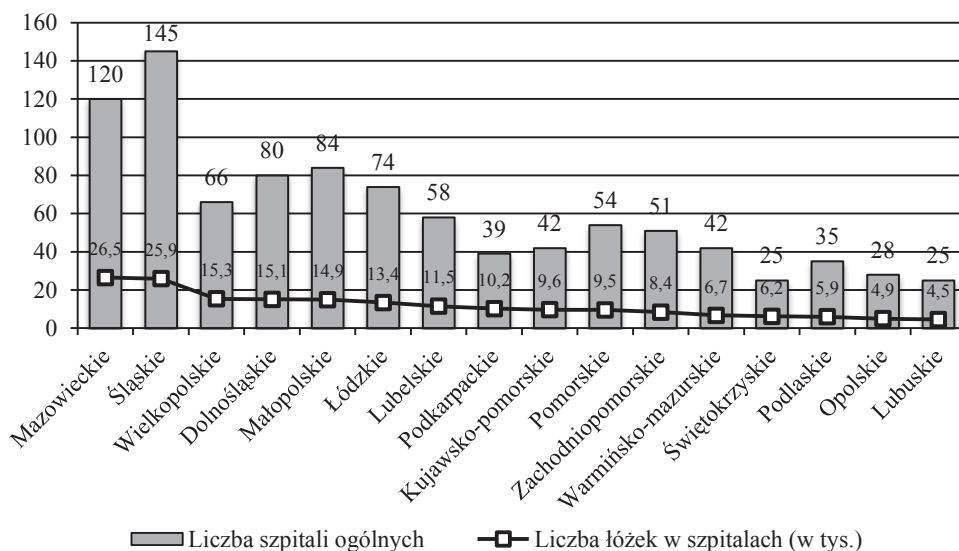
Jednym z zasadniczych elementów każdego systemu opieki zdrowotnej są jego pracownicy oraz ich kwalifikacje. W 2013 roku prawo wykonywania zawodu w Polsce miało 139,6 tys. lekarzy, 39,5 tys. lekarzy dentyistów, 280,0 tys. pielęgniarek, 34,8 tys. położnych, 30,5 tys. farmaceutów oraz 14,3 tys. diagnostów. W porównaniu z rokiem 2012 w prawie wszystkich z wymienionych zawodów medycznych dało się zauważyć wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu. W 2013 roku odnotowano 57,8 tys. lekarzy specjalistów; stanowili oni 67,6% wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem [Główny Urząd Statystyczny 2014b]. Liczba szpitali w porównaniu z rokiem 2012 również się zwiększyła. Na koniec 2013 roku odnotowano w Polsce łącznie 968 szpitali ogólnych, które dysponują 188,4 tys. łóżek, co stanowiło wzrost względem roku 2012 o 6%. Najwięcej szpitali jest w województwach śląskim i mazowieckim, a najmniej w lubuskim oraz świętokrzyskim. Z kolei liczba łóżek w skali kraju zmalała o 0,2% na 10 tys. osób. W 2013 roku na jedno łóżko przypadały przeciętnie 204 osoby. Najwięcej łóżek szpitalnych odnotowano w województwach mazowieckim i śląskim, gdzie dysponowano ponad 1/4 wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce. Najmniejszą liczbę łóżek odnotowano w województwie lubuskim. Biorąc pod uwagę wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców, największy wynik zanotowano w województwie śląskim, łódzkim oraz lubelskim. Najmniejszy natomiast w województwie pomorskim [Główny Urząd Statystyczny 2014b].



Rys. 1. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców w 2013 r., według województw

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W szpitalach ogólnych w 2013 roku przyjęto 7,9 mln pacjentów. Blisko 1,2 mln (15,3% ogółem leczonych) odnotowano w placówkach województwa mazowieckiego, następnie województwa śląskiego (12,0%) i wielkopolskiego (8,9%), czyli województw o największej liczbie ludności [Główny Urząd Statystyczny 2014b].



**Rys. 2.** Liczba szpitali ogólnych i łóżek w szpitalach (w tys.) w podziale na województwa w 2013 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Podobnie jak w latach poprzednich, w 2013 roku najliczniejszą grupę pacjentów stanowili pacjenci oddziałów o specjalnościach chirurgicznych (24,3%). Liczną grupę stanowili także pacjenci oddziałów chorób wewnętrznych (13,4%) oraz pacjenci oddziałów ginekologiczno-położniczych (13,2%). Na oddziałach kardiologicznych przebywało 7,0% pacjentów, a oddziały onkologiczne przyjęły 4,1% ogółem leczonych. Wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa ogromną rolę odgrywa stacjonarna opieka długoterminowa. W 2013 roku w Polsce zanotowano łącznie 531 tego typu zakładów, tj. o 2,3% więcej niż w roku 2012. Z kolei w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem 19,5 tys. przychodni (o 117 przychodni więcej niż w roku 2012), gdzie udzielono ponad 307,4 mln porad. Zanotowano także większą liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), których liczba wyniosła 217 – o 9 więcej niż w 2012 roku [Główny Urząd Statystyczny 2014b].

W Polsce od wielu lat obserwujemy wzrost wydatków na ochronę zdrowia. W latach 2000–2009 wydatki na zdrowie w ujęciu realnym wzrastały, co roku średnio o 7%. W 2009 roku wydatki ogółem na ochronę zdrowia wyniosły 97 mld złotych. Dla porównania w roku 2012 roku wzrosły do poziomu 107,8 mld zł, co stanowiło 6,68% PKB. Bieżące wydatki prywatne w 2013 roku wyniosły 1,86% PKB,

natomiast udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia wyniósł 4,50% PKB i widocznie zwiększył się w porównaniu z rokiem 2012 [Główny Urząd Statystyczny 2014b; 2015].

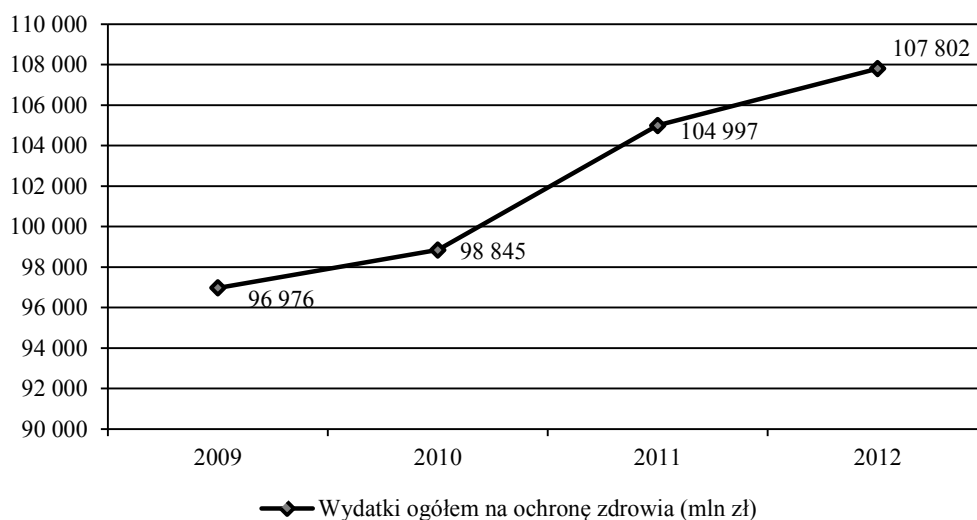
**Tabela 1.** PKB, inwestycje i wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2009-2013

Wyszczególnienie	2009		2010		2011		2012		2013	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PKB	1 344 383	100	1 416 392	100	1 528 127	100	1 615 894	100	1 662 678	100
Publiczne wydatki bieżące	64 763	4,82	66 505	4,70	69 224	4,53	70 770	4,38	74 878	4,50
Prywatne wydatki bieżące	25 622	1,91	25 629	1,81	28 450	1,86	30 271	1,87	30 971	1,86
Razem wydatki bieżące	90 385	6,72	92 134	6,50	97 673	6,39	101 042	6,25	106 035	6,38

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Porównując całkowite wydatki na ochronę zdrowia pozostałych państw członkowskich UE, należy stwierdzić, iż Polska, mimo wzrostu nakładów, jest krajem o stosunkowo niskim poziomie wydatkowania na ochronę zdrowia względem pozostałych państw Unii.

W latach 2000-2009 w UE średnie wydatki w na opiekę zdrowotną na mieszkańca wzrosły o 4,6% rocznie w ujęciu realnym, a następnie (m.in. ze względu na kry-



**Rys. 3.** Wydatki ogółem na ochronę zdrowia (w mln zł) w Polsce w latach 2009-2012

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

zys gospodarczy) spadły o 0,6% w 2010 roku. W niemal wszystkich państwach europejskich wydatki na opiekę zdrowotną na mieszkańca rosły wolniej lub spadły w ujęciu realnym, co oznacza odwrócenie tendencji stałego wzrostu. Obecnie w większości krajów UE zauważalny jest ponowny wzrost wydatków.

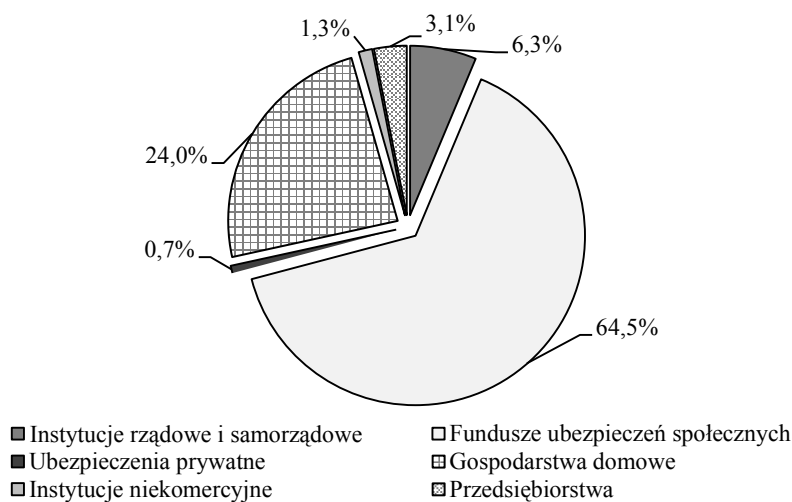
Najwyższe wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w 2013 roku (tab. 2) odnotowano w Luksemburgu i Danii. Biorąc pod uwagę najmłodsze kraje członkowskie UE, które zostały przyjęte do wspólnoty europejskiej w 2004 roku (10 krajów), oraz 2 najnowsze kraje członkowskie, które zostały przyjęte do wspólnoty europejskiej 1 stycznia 2007 roku, należy stwierdzić, że najwyższe wydatki na ochronę zdrowia *per capita* odnotowano w Słowenii, a najniższe w Rumunii. W Polsce wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca są znacznie niższe niż średnia dla krajów UE. Co więcej, w ciągu ostatnich lat różnice w poziomie wydatków (także pomiędzy podobnymi pod względem wysokości PKB krajami) zwiększają się.

**Tabela 2.** Całkowite wydatki na ochronę zdrowia *per capita* (dol.)

	2009	2010	2011	2012	2013
Austria	5142,5	5033,4	5400,5	5206	5427,3
Belgia	4689,3	4589,9	4951,5	4742,3	5092,6
Bulgaria	470,1	487,5	534,3	519,6	555
Cypr	2185,8	2017,1	2181,5	1936,3	1866,3
Czechy	1483,9	1410	1545,6	1411,5	1367
Niemcy	4727,5	4668,4	4992,3	4716,6	5006,5
Dania	6464,6	6266,8	6522,1	6203,8	6269,5
Hiszpania	3018,6	2874,2	2943,8	2625,5	2581
Estonia	1008,5	902,7	988,1	994,2	1071,6
Finlandia	4122,2	3977	4366,9	4158,4	4449,1
Francja	4722,2	3977	4366,9	4158,4	4449,1
Wielka Brytania	3462,7	3442,3	3606,6	3594,7	3597,9
Grecja	2924	2495,3	2551,4	2070,1	2146,2
Chorwacja	1188,6	1143,9	1044,7	950,5	981,1
Węgry	976,8	1026,1	1105,5	999,3	1055,8
Irlandia	4961,6	4238,2	4309,7	4079,5	4232,9
Włochy	3364,8	3266,9	3421,7	3114,2	3154,9
Litwa	879,7	828,8	967,6	939	965,6
Luksemburg	8134,5	7964,5	8390,7	7550,7	7979,9
Lotwa	817,9	745,1	837,6	819,5	873,6
Malta	1684,9	1715	2187,3	1851,8	1993,6
Holandia	5739,9	5695,7	6047,9	5835,9	6144,9
<b>Polska</b>	<b>815</b>	<b>864,4</b>	<b>919,8</b>	<b>859</b>	<b>894,9</b>
Portugalia	2396,8	2352,3	2332,4	1999,8	2036,8
Rumunia	454,6	482,9	507,7	467,6	503,8
Słowacja	1483,4	1377,7	1415	1376,9	1454,1
Słowenia	2271,1	2083,1	2225,2	2068,5	2084,6
Szwecja	4357,2	4694,5	5403,3	5292,9	5680,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Światowego.

Większość nakładów ogółem na ochronę zdrowia w Polsce stanowią wydatki bieżące, których udział w 2012 roku wyniósł 93,7%. Struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników od lat nie ulega zasadniczym zmianom. W ramach wydatków publicznych największy procent stanowią wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień wydatków pochodzi z gospodarstw domowych. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce według płatników w 2012 roku prezentuje rys. 4.



**Rys. 4.** Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według płatników w 2012 r.

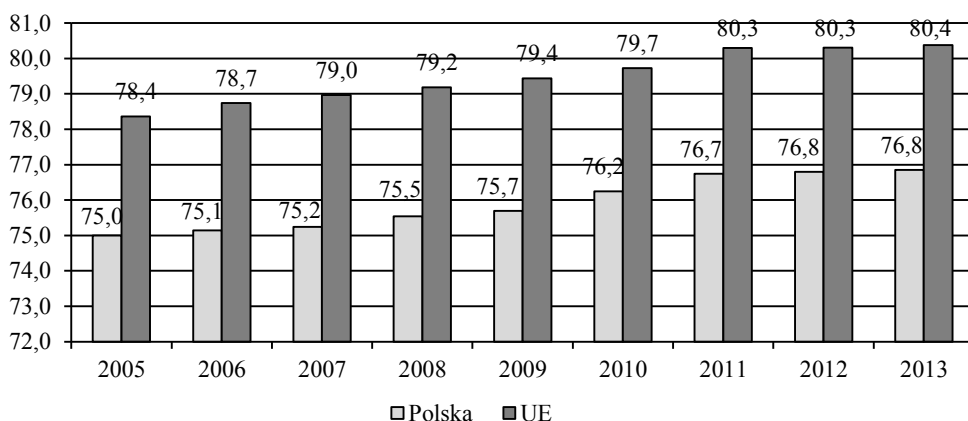
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, wydatki na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca charakteryzują się stałym wzrostem. Jednocześnie różnica bezwzględna pomiędzy średnim poziomem wydatków dla ogółu krajów UE i w naszym kraju powiększa się. Co więcej, Polska należy do grupy krajów Unii Europejskiej, w której wydatki na zdrowie wyrażone jako procent PKB należą do jednych z najniższych. Tylko niewiele ponad 71% całkowitych wydatków na zdrowie pokrywane jest w Polsce ze środków publicznych, co również stawia ją na jednej z najniższych pozycji. Największy udział wydatków publicznych można zaobserwować w Holandii i Danii (85%) oraz w Luksemburgu i Czechach (84%). W naszym kraju środki finansowe przeznaczane na profilaktykę oraz zdrowie publiczne w przeliczeniu na jednego mieszkańca również są bardzo niskie. W Holandii, Francji i Niemczech na ten cel wydawanych jest odpowiednio ponad osiem, sześć i pięć razy więcej środków [Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz (red.) 2012].

Długość trwania życia jest jednym z podstawowych i najczęściej używanych prostych mierników syntetycznych służących do ogólnej oceny stanu zdrowia popu-

lacji. Korzyści wynikające m.in. z rozwoju nowych technologii medycznych, nowoczesnych metod diagnostycznych czy moda na prozdrowotny styl życia mają swoje odzwierciedlenie w trwającym już od wielu lat wydłużaniu się przeciętnego trwania życia Polaków. W 2013 roku w Polsce mężczyźni żyli przeciętnie 73,1 roku, natomiast kobiety 81,1. W stosunku do 2000 roku mężczyźni żyją dłużej o 3,4 roku, natomiast kobiety o 3,1 roku [Główny Urząd Statystyczny 2014a].

Oczekiwana długość trwania życia zwiększa się zarówno w Polsce, jak i w całej UE. Od 2005 roku dla wszystkich krajów UE zwiększyła się o dwa lata (z 78 do 80 lat).



**Rys. 5.** Oczekiwana długość trwania życia w momencie narodzin (w latach) dla Polski i UE w latach 2005-2013

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Światowego.

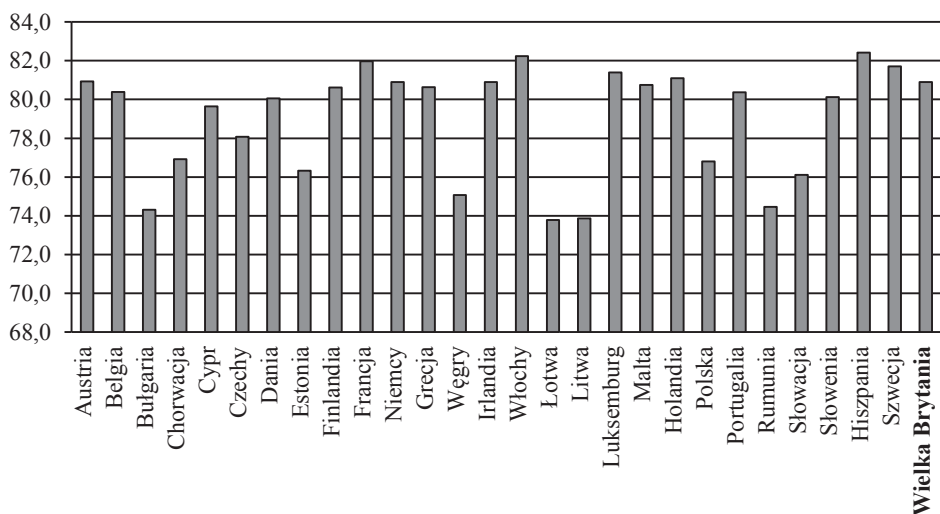
Najwyższy wskaźnik oczekiwanej długości trwania życia w 2012 roku odnotowano w Hiszpanii (82,4), Włoszech (82,2) oraz Francji (82,0). Z kolei najniższy na Łotwie (73,8), Litwie (73,9) oraz w Bułgarii (74,3).

Ważnymi parametrami, wykorzystywanymi w ocenie zarówno jakości kondycji zdrowotnej społeczeństw, jak i jakości świadczonej opieki zdrowotnej, są dane dotyczące umieralności dzieci [Skrzypczak, Rogoś 2007]. Śmiertelność wśród dzieci poniżej piątego roku życia zarówno dla Polski, jak i dla całej Unii zdecydowanie spada. Jednakże wskaźnik ten jest w Polsce nadal wyższy od przeciętnego wyniku dla UE.

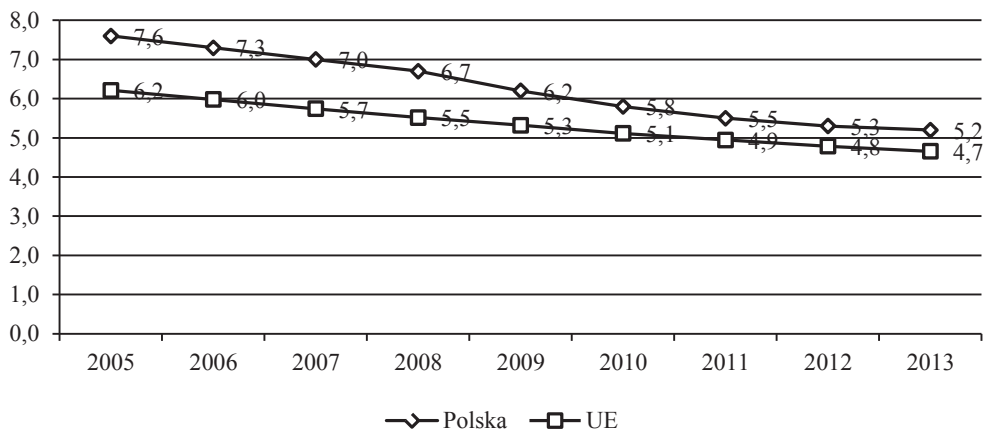
Polska odbiega także od Europy Zachodniej (choć dystans ten stale się zmniejsza) w zakresie umieralności niemowląt. Pomimo iż wskaźnik ten spada nieprzerwanie od lat 90. XX wieku (podobnie jak w innych krajach postkomunistycznych), to w Polsce wciąż ma miejsce ok. 4 zgonów na 1000 żywych urodzeń.

Dominującymi przyczynami zgonów Polaków są zdecydowanie choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe. W 2010 roku były one odpowiedzialne za 70,4% wszystkich zgonów (46,0% zgonów w przypadku chorób układu krążenia oraz 24,5% zgonów w przypadku nowotworów) [Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz (red.) 2012].





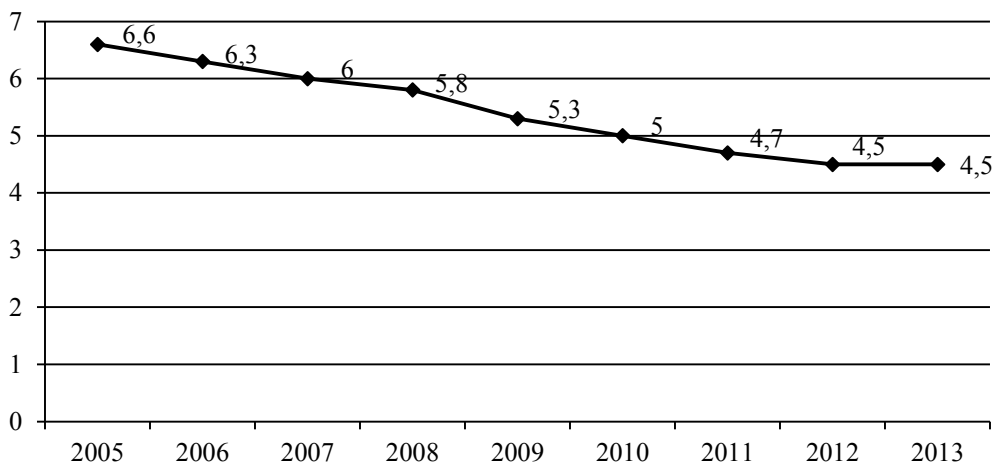
**Rys. 6.** Oczekiwana długość trwania życia w momencie narodzin (w latach) dla krajów UE w 2012 r.  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Światowego.



**Rys. 7.** Wskaźnik śmiertelności wśród dzieci poniżej piątego roku życia (na 1000 urodzeń) dla Polski i UE w latach 2005-2013

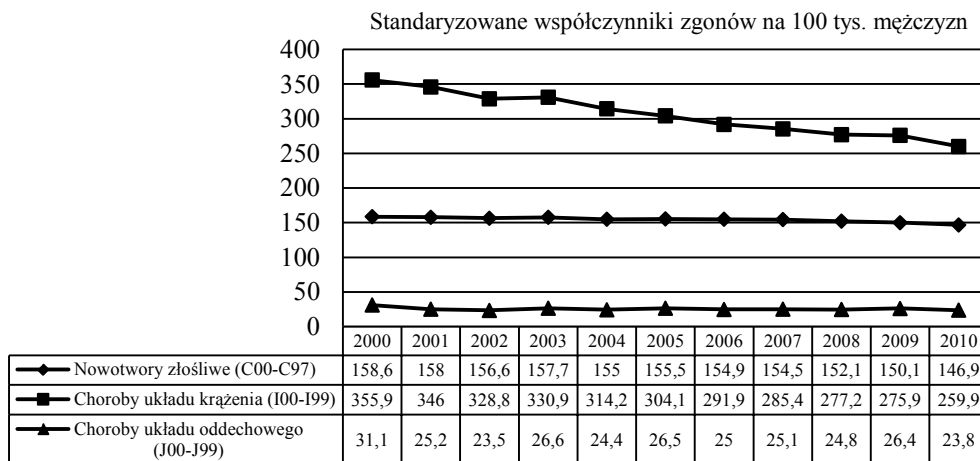
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Światowego.

Mimo faktu, iż nastąpiły pewne korzystne zmiany w Polsce, zwłaszcza w zakresie liczby zgonów dzieci i niemowląt, a także spowodowanych niektórymi chorobami, np. układu krążenia, odsetek zgonów z przyczyn chorób nowotworowych wciąż stanowi poważny problem.



Rys. 8. Umieralność niemowląt w Polsce (na 1000 żywych urodzeń) w latach 2005-2013

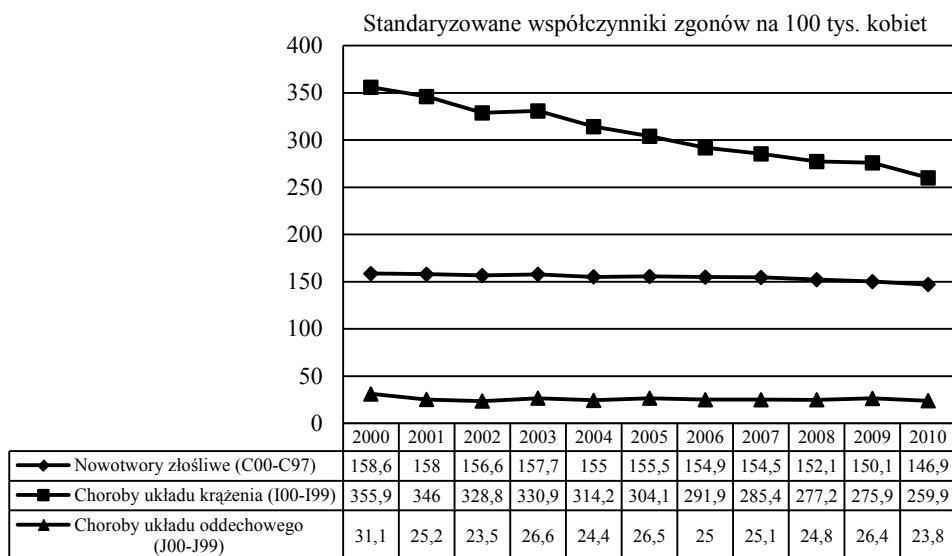
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Światowego.



Rys. 9. Umieralność mężczyzn w Polsce według trzech głównych przyczyn w latach 2000-2010

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Wojtyński, Goryński, Moskalewicz (red.) 2012, s. 60].

W Unii Europejskiej także widocznie wzrasta zachorowalność na raka, czego przyczyną jest m.in. wydłużanie się przeciętnej długości życia Europejczyków – zdecydowana większość nowotworów wykrywana jest właśnie u osób po 65. roku życia. W Polsce od 2003 roku co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe. Wskaźnik zachorowalności w 2011 roku wyniósł blisko



**Rys. 10.** Umieralność kobiet w Polsce według trzech głównych przyczyn w latach 2000-2010

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Wojtyński, Goryński, Moskalewicz (red.) 2012, s. 61].

368 przypadków na 100 tys. osób, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) stanowił o 69 przypadków mniej. Najszybciej wzrosła liczba nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województw: małopolskiego, opolskiego, dolnośląskiego i kujawsko-pomorskiego (wzrost od 5 do 10% w porównaniu z rokiem 2011). Wzrost liczby zachorowań w 2011 roku nie dotyczył całego kraju. W województwach zachodniopomorskim, pomorskim i podkarpackim spadła bowiem liczba wykrytych zachorowań, natomiast w lubuskim i świętokrzyskim utrzymała się na poziomie z 2011 roku [Główny Urząd Statystyczny 2014b].

#### 4. Rezultaty badań

W celu zbadania zależności między wysokością środków finansowych trafiających do systemu ochrony zdrowia w Polsce a podstawowymi wskaźnikami określającymi kondycję zdrowotną społeczeństwa sprawdzono, czy istnieje korelacja pomiędzy analizowanymi w artykule zmiennymi (tab. 3).

Wykorzystując współczynniki korelacji liniowej Pearsona, zbadano zależność pomiędzy całkowitymi wydatkami na ochronę zdrowia (dol.) a liczbą lat w zdrowiu w momencie narodzin dla kobiet i mężczyzn, umieralnością niemowląt (poniżej pierwszego roku życia) na 1000 żywych urodzeń i śmiertelnością dzieci poniżej piątego roku życia. Wartość współczynnika korelacji wykazała (na podstawie danych

Tabela 3. Zmienne dla Polski w latach 2009-2013

Rok	Zmienne				
	całkowite wydatki na ochronę zdrowia (dol.)	przewidywana długość życia kobiet w momencie narodzin (w latach)	przewidywana długość życia mężczyzn w momencie narodzin (w latach)	umieralność niemowląt (na 1000 żywych urodzeń)	śmiertelność dzieci poniżej 5 roku życia (na 1000 urodzeń)
2009	1270,7	62,5	58,3	5,3	6,2
2010	1270,7	62,5	58,3	5,0	5,8
2011	1270,7	62,5	58,3	4,7	5,5
2012	1270,7	62,5	58,3	4,5	5,3
2013	1270,7	62,5	58,3	4,5	5,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat, OECD i Banku Światowego oraz UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (<http://www.indexmundi.com/facts/poland/mortality-rate>, dostęp z dnia 03.11.2015).

z lat 2009-2013), że istnieje zależność o charakterze dodatnim ( $r = 0,38$ ) pomiędzy poziomem wydatków na ochronę zdrowia w Polsce a liczbą lat w zdrowiu kobiet w momencie narodzin. W przypadku mężczyzn zależność ta jest silna i również dodatnia ( $r = 0,92$ ). Zatem stwierdzić można, iż wzrost całkowitych wydatków na ochronę zdrowia powoduje wzrost długości trwania życia w momencie narodzin u kobiet i mężczyzn. W takim przypadku należy uznać, iż przyjęta hipoteza ma odzwierciedlenie w zrealizowanym badaniu. Wartość współczynnika korelacji wskazała również (na podstawie danych z lat 2009-2013) na bardzo silną i istotną statystycznie zależność o charakterze ujemnym między całkowitymi wydatkami na ochronę zdrowia w Polsce a śmiertelnością noworodków ( $r = -0,947$ ) i śmiertelnością dzieci poniżej piątego roku życia ( $r = -0,968$ ). Zatem wzrostowi wartości całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce towarzyszy spadek śmiertelności wśród noworodków oraz dzieci poniżej piątego roku życia, co potwierdza przyjętą hipotezę. Istotność testu w obydwu przypadkach stanowi wartość mniejszą niż 0,05 (0,015 w przypadku śmiertelności noworodków i 0,007 w przypadku śmiertelności dzieci poniżej piątego roku życia), stąd też związek ten można uznać za istotny statystycznie.

## 5. Podsumowanie

W wyniku dokonanych w artykule analiz wyciągnięto wnioski o występowaniu związku (o charakterze dodatnim) pomiędzy poziomem wydatków na ochronę zdrowia w Polsce a długością trwania życia kobiet i mężczyzn. Zaobserwowano także bardzo silną ujemną zależność pomiędzy poziomem owych wydatków a umieralnością niemowląt i dzieci. Tym samym zweryfikowano pozytywnie postawione hipotezy.

Dokonana w artykule analiza z pewnością nie daje jednoznacznej odpowiedzi w zakresie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wydatkami na zdrowie a stanem zdrowia populacji. Problem ten jest o wiele bardziej złożony, zależy bowiem od wielu różnych jakościowych i ilościowych czynników. Nie ulega jednak wątpliwości, iż inwestycje w nowe metody leczenia, w rozwój innowacyjnych leków oraz skuteczniejsze terapie mogą w konsekwencji w znacznym stopniu zredukować nakłady państwa na opiekę zdrowotną, wpływając jednocześnie na większą skuteczność w leczeniu głównych chorób przynoszących największe straty ekonomiczne. Wydatki ponoszone na profilaktykę oraz badania dają długoterminowe korzyści w postaci oszczędności wynikających z efektywniejszych metod leczenia. W rezultacie umożliwiają szybkie diagnozowanie i odpowiednie leczenie wielu chorób w jak najwcześniejszym stadium, co może skrócić czas leczenia oraz rekonwalescencji, a tym samym przyczynić się do zmniejszenia ogólnych kosztów ponoszonych na sektor ochrony zdrowia.

Wydatki na ochronę zdrowia w wielu krajach europejskich systematycznie rosną i wiele prognoz wskazuje na to, że tendencja ta będzie się utrzymywać. Dane nie pozostawiają złudzeń względem zjawiska, jakim jest proces starzejącego się społeczeństwa. W 1990 roku odnotowano, że 13,9% społeczeństwa miało powyżej 65 lat. Szacunki GUS jasno wskazują, że w 2030 roku odsetek ten jeszcze wzrośnie i będzie wynosił 23,8%. Sytuacja społeczeństwa polskiego nie prezentuje się lepiej. W 2010 roku około 14% osób miało więcej niż 65 lat. Zgodnie z szacunkami w ciągu kolejnych dwudziestu lat wskaźnik ten zwiększy się, i to aż dwukrotnie. Taka sytuacja społeczeństwa niesie za sobą poważne skutki zarówno ekonomiczne, jak i społeczne – i dla systemu emerytalnego, i dla ochrony zdrowia [Leśniowska, Nedyalkova 2014].

Ocena systemu ochrony zdrowia czy kondycji zdrowotnej obywateli na podstawie poziomu ponoszonych wydatków daje tylko częściowy ogląd sytuacji. Niezmiernie istotna jest także efektywność wykorzystania owych środków. Wyższe wydatki nie prowadzą automatycznie do poprawy stanu zdrowia społeczeństw czy też ich satysfakcji względem świadczonych usług zdrowotnych. Niezbędne są zatem podniesienie efektywności systemu opieki zdrowotnej, znalezienie racjonalnych proporcji w zakresie finansowania świadczeń oraz taka alokacja zasobów, która sprzyjałaby zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych Polaków. Szukanie źródeł nieefektywności systemu, na różnych płaszczyznach jego funkcjonowania, jest podstawą do eliminacji wszelkich rozwiązań powodujących zjawisko marnotrawstwa. Odpowiednia alokacja środków finansowych oraz umiejętne zarządzanie nimi to niezwykle ważne kwestie. Podobnie jak próby podjęcia działań optymalizujących istniejące dotychczas rozwiązania systemowe. Ze względu na ograniczoność środków (również w zakresie finansowania opieki zdrowotnej) wskazane w zakończeniu wątki stanowią ważne cele, które stoją przed systemem opieki zdrowotnej w Polsce.

## Literatura

- Białynicki-Birula P., 2006, *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, Monografie: Prace Doktorskie nr 4, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków.
- Björnberg A., 2014, *Raport Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2014*, [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf) (20.04.15).
- Bromber P., Lachowska H., Hady J., Leśniowska-Gontarz M., Szaban D., Zdanowska J., Ślusarczyk B., 2015, *System ochrony zdrowia w Polsce*, CeDeWu, Warszawa.
- Deloitte Report, 2015, *Global health care outlook. Common goals, competing priorities*, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-health-care-outlook-global.pdf> (20.01.2016).
- Dobska M., Rogoziński K., 2008, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa.
- Eurostat, 2015, *Baza danych*.
- Główny Urząd Statystyczny, 2014a, *Trwanie życia w 2013 r.*, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny, 2014b, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, Warszawa.
- Goodman H., Vaddington C., 1993, *Financing Health Care*, Wydawnictwo Oxfam UK and Ireland, [https://books.google.pl/books?id=tVfIOqOl\\_uUC&printsec=frontcover&dq=health+care+financing&hl=pl&sa=X&ei=xRvCVKq2POe\\_ywPdloLgDg&ved=0CF8Q6AEwCQ#v=onepage&q=health%20care%20financing&f=false](https://books.google.pl/books?id=tVfIOqOl_uUC&printsec=frontcover&dq=health+care+financing&hl=pl&sa=X&ei=xRvCVKq2POe_ywPdloLgDg&ved=0CF8Q6AEwCQ#v=onepage&q=health%20care%20financing&f=false) (20.01.2016).
- Golinowska S. (red.), 2004, *Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce Zielona Księga*, Warszawa, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/raport\\_zk\\_211204.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_zk_211204.pdf).
- Golinowska S. (red.), 2008, *Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce Zielona Księga II*, Warszawa, <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/pdf/ZielonaKsiegaII.pdf>.
- Golinowska S. (red.), 2012, *Zarys systemu ochrony zdrowia*, Warszawa.
- Götze R., Schmid A., 2012, *Healthcare Financing in OECD Countries Beyond the Public-private Split*, TranState Working Papers, 160, [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1998037](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1998037) (20.01.2016).
- Hady J., Leśniowska M., 2011, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej*, Rozprawy Ubezpieczeniowe, nr 10 (1/2011), Wyd. Rzecznik Ubezpieczonych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej, s. 97-111.
- Jaworzyńska M., 2012, *Analiza porównawcza systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce z wybranymi krajami*, Zakład Finansów Podmiotów Gospodarczych, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin.
- Kawiorska D., 2000, *Wydatki na ochronę zdrowia – możliwości i bariery porównań międzynarodowych*, Zdrowie i Zarządzanie nr 3-4, Kraków.
- Kujawska J., 2015, *Porównanie funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w europejskich krajach OECD*, Problemy Zarządzania, vol. 13, nr 2(53), s. 112-128.
- Leśniowska M., Nedyalkova A., 2014, *Expenditures on healthcare versus health conditions among new member countries of the EU*, e-Finanse, vol. 10, nr 1, s. 35-48.
- Luniewska P., 2014, *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Contemporary Economy, vol. 5, Issue 1, s. 67-75.
- Miszczyńska K., 2013, *Healthcare expenditures vs. health of the population*, Finansowy Kwartalnik Internetowy e-Finanse, vol. 9, nr 2, s. 35-48.
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., 2002, *Funding health care: options for Europe*, *European Observatory on Health Care Systems Series*, Open University Press, Buckingham.
- Nixon J., Ulmann P., 2006, *The relationship between health care expenditure and health outcomes*, European Journal of Health Economics, s. 7-18.

- Niżnik J., 2004, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków.
- Nojszewska E., 2011, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa.
- Nojszewska E., 2015, *Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i propozycje rozwiązań*, Problemy Zarządzania, vol. 13, nr 2(53), s. 15-36.
- OECD, 2015, Baza danych.
- Owoc A., Owoc J., Bojar I., Pawelczak-Barszczowska A., 2009, *Functioning of the healthcare system in Poland – interest and self-assessed level of knowledge of the surveyed*, Zdrowie Publiczne, vol. 119(3).
- Ryć K., Skrzypczak Z., 2010, *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, [w:] *Struktura finansowania wydatków na ochronę zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Ryć K., Skrzypczak Z., 2011, *Finansowanie prywatne ochrony zdrowia – Polska na tle krajów europejskich*, [w:] *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Lex, Warszawa.
- Skrzypczak Z., Rogoś E., 2007, *Nakłady na ochronę zdrowia a kondycja zdrowotna społeczeństw w krajach Unii Europejskiej*, Studia Europejskie, nr 2.
- Suchecka J., 2011, *Finansowanie prywatne ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa.
- Thomson S., Foubister T., Mossialos E., 2009, *Financing Healthcare in the European Union. Challenges and Policy Responses*, This study was requested and financed by the European Parliament's Committee on Employment and Social Affairs (EMPL), Observatory Studies, Series no. 17.
- Ucieklak-Jeż P., Bem A. (red.), 2014, *System ochrony zdrowia. Finansowanie, efektywność, restrukturyzacja*, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa.
- Urbaniec M., 2010, *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Polonijnej Educator, Częstochowa.
- Wasiak A., Szelaż P., 2015, *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007-2011*, Journal of Finance and Financial Law, vol. II, no. 2.
- Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B. (red.), 2012, *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Wyke A., 2011, *The future of healthcare in Europe. A report from the economist intelligence unit*, The Economist.