

Wojciech Szrajber*

WYBRANE ASPEKTY GOSPODARKI FINANSOWEJ
NARODOWEGO FUNDUSZU OCHRONY ZDROWIA (NFOZ)

W ostatnim czasie obserwuje się tendencję zmierzającą do tworzenia licznych funduszy celowych¹. Zasadniczą cechą takich funduszy odróżniającą ją od gospodarki budżetowej jest "dostosowanie zakresu zadań finansowanych z poszczególnych funduszy do nagromadzonych w tych funduszach dochodów - w odróżnieniu od budżetu państwa, w którym dochody i wydatki ustala się współzależnie na podstawie bilansu finansowego państwa"². Są to "scentralizowane zasoby środków pieniężnych o z góry określonym przeznaczeniu"³.

"Fundusze celowe powiązane są z budżetem metodą netto, tzn. różnicą między dochodami a wydatkami. Dochody własne funduszy celowych z reguły nie pokrywają w pełni wydatków i dlatego muszą być uzupełniane ze środków budżetowych. Środki budżetowe powinny jednak stanowić tylko uzupełniające źródło finansowania funduszy celowych, choć w praktyce niejednokrotnie są głównym źródłem ich tworzenia"⁴.

Na wzrastającą atrakcyjność tej formy finansowania wpływają pozytywne, które można jej przypisać. Należą do nich, większa elastyczność wyrażająca się możliwością finansowania z funduszy celowych

* Mgr, starszy asystent w Katedrze Finansów UŁ.

¹ W literaturze przedmiotu fundusze te są różnie określane. Używa się tu zastępczo takich pojęć, jak: fundusze celowe, parabudżety czy małe budżety. Por. J. K a l e t a, Planowanie budżetowe, PWE, Warszawa 1982, s. 74; S. B o l l a n d, Wstęp do nauki finansów, PWE, Warszawa 1979, s. 112-113.

² Finanse, red. E. Czerwińska, J. Wierzbicki, PWN, Warszawa 1980, s. 249-250.

³ K a l e t a, Planowanie budżetowe..., s. 74.

⁴ J. K a l e t a, Gospodarka budżetowa, PWE, Warszawa 1980, s. 61.

zadań nie ujętych w narodowym planie społeczno-gospodarczym, możliwości przekazywania nie wykorzystanych nadwyżek na okresy następne⁵. Istotnym motywem wyboru tej formy finansowania jest również możliwość pozyskania tą drogą dodatkowych środków pieniężnych od ludności i organizacji gospodarczych⁶.

Gospodarce finansowej opartej na funduszach celowych można również przypisać szereg istotnych mankamentów, do których należą:

- możliwość naruszenia zasady jedności budżetu⁷,
- wieloźródłowe finansowanie tych samych dziedzin życia społecznego prowadzi do wzrostu kosztów administracji i braku możliwości stosowania pełnego systemu kontroli⁸,
- "często występujący brak korelacji między tymi funduszami a narodowym planem społeczno-gospodarczym"⁹.

Prezentowana lista mankamentów jakkolwiek ważkich z punktu widzenia makroekonomicznego nie prowadzi jednak w praktyce do zarzucenia tej formy finansowej. Istotne zalety tego rozwiązania, a szczególnie możliwość uzyskania dodatkowych-pozabudżetowych środków prowadzi w konsekwencji do wzrastającej atrakcyjności tej formuły finansowania. Zjawisko to szczególnie wyraźnie odnosi się do tworzenia funduszy celowych finansujących poszczególne działy sfery usług społecznych. Wydaje się, że u źródeł omawianej tendencji leży z jednej strony krytycznie oceniany stan rozwoju poszczególnych działów sfery usług społecznych, z drugiej zaś nie wystarczająca wielkość środków pieniężnych przeznaczanych na te cele z podstawowego źródła ich finansowania, jakim jest budżet. Stąd też przy występującej dużej presji społecznej na rozwój tych działów poszukuje się nowych rozwiązań organizacyjno-finansowych zmierzających do zagwarantowania optymalnej, stabilnej wielkości zasilających je strumieni pieniężnych.

⁵ Szerzej: *Finanse...*, s. 250.

⁶ Motyw ten nabiera szczególnego znaczenia w obecnym okresie - przy braku równowagi budżetowej i ograniczoności środków możliwych do przekazania na ważne cele społeczne.

⁷ Por. Z. P i r o ż y ń s k i, *Budżet a fundusze celowe*, "Finanse" 1970, nr 9, s. 25.

⁸ Por. K. P i o t r o w s k a-M a r c z a k, *Finanse sfery niematerialnej*, PWE, Warszawa 1987, s. 27.

⁹ K a t e t a, *Planowanie budżetowe...*, s. 77.

Postulat optymalności odnosi się do zagwarantowania tak w czasie jak w przestrzeni, takiej wielkości środków, które byłyby w stanie zapewnić realizację zadań bieżących i finansową realność zamierzeń rozwojowych – zgodnych ze zgłaszanymi preferencjami społecznymi i polityką społeczną państwa. Z kolei postulat stabilności odnieść można do stworzenia takich form i źródeł finansowego zasilania poszczególnych działów, które nie wykazywałyby tendencji do zmienności w dłuższych okresach.

W ramach tych poszukiwań tworzy się koncepcje różnorodnych funduszy celowych (parabudżetowych). Tego rodzaju fundusze powstały już w następujących działach: oświata i wychowanie (Społeczny Fundusz Pomocy Szkole), ochrona zdrowia i opieka społeczna (Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia), kultura i sztuka (Fundusz Rozwoju Kultury), turystyka i wypoczynek (Centralny Fundusz Turystyki i Wypoczynku), kultura fizyczna i sport (Centralny Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu)¹⁰.

Wszystkie z wymienionych funduszy celowych mają obecnie charakter pomocniczy w stosunku do głównego źródła zasilającego, jakim jest budżet. Nie oznacza to jednak braku możliwości zmian w tym zakresie, proponuje się bowiem w odniesieniu do niektórych z nich (np. Funduszu Rozwoju Kultury) zmianę ich charakteru i przeniesienia na nie całości zadań w zakresie finansowania określonych dziedzin¹¹.

Możliwość takiego rozwiązania jest wiązana z koncepcją samofinansowania niektórych działów sfery usług społecznych. W związku z tą koncepcją postuluje się włączenie do funduszy celowych, obsługujących poszczególne działy, wpłat (głównie podatków) od przedsiębiorstw (funkcjonujących w tych działach), które do tej pory stanowiły dochód budżetu. Na rzecz tych funduszy byłyby również przekazywane środki z dotacji budżetowych.

Omawiane fundusze różnią się między sobą zakresem zadań z nich finansowanych. Obok funduszy finansujących tylko określony typ zadań, np. inwestycyjnych (NFOZ), występują fundusze o szerszym przeznaczeniu – finansujące tak działalność bieżącą, jak i inwestycyjną (np. SFPSz).

¹⁰ Dwa ostatnie z wymienionych funduszy zostały połączone w jeden wspólny fundusz w 1986 r.

¹¹ Por. M. S t r a k, Reforma gospodarcza w kulturze, [w:] Usługi społeczne, red. A. Łukasiewicz, PWE, Warszawa 1984 s. 198-199.

Innym z kryteriów klasyfikacji funduszy celowych jest terytorialny zakres ich działania. Z tego punktu widzenia można wyróżnić - centralne i terenowe fundusze celowe¹².

Prezentowane tu fundusze mają zasięg ogólnopolski. Ich wewnętrzna struktura organizacyjna pokrywa się ze strukturą administracji państwowej. Zatem w każdym z tych funduszy można wydzielić fundusz centralny, fundusze wojewódzkie oraz fundusze szczebla podstawowego. Obok nich występują w sferze usług społecznych terenowe fundusze celowe, np. Fundusz Ochrony Zdrowia Dzieci Śląskich.

Idea powołania funduszy celowych ma (jak już stwierdzono) charakter dyskusyjny. Jedną z korzyści upatrywanych w tym rozwiązaniu finansowym jest możliwość aktywizacji środków ludności. Funduszem, który statutowo najlepiej miał realizować zasadę aktywizowania tych środków jest Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia (NFOZ).

Fundusz ten powstał w grudniu 1972 r. na mocy uchwały Prezydium Ogólnopolskiego Komitetu Frontu Jedności Narodu, a od 1984 r. stał się agendą Patriotycznego Ruchu Odrodzenia Narodowego¹³.

Już w momencie swego powstania NFOZ był funduszem inwestycyjnym¹⁴, jego środki są przeznaczone na¹⁵:

a) budowę obiektów szpitalnych, przychodni, ośrodków zdrowia, żłobków, szkół specjalnych z internatami dla dzieci kalekich, domów pomocy społecznej itp.;

b) modernizacji i adaptacji obiektów służby zdrowia i opieki społecznej;

c) zakupów nowoczesnej aparatury medycznej.

Zadania te są realizowane na podstawie dochodów własnych, pochodzących z następujących źródeł¹⁶:

1) świadczenia pieniężne - rzeczowe, dobrowolnie deklarowane przez osoby fizyczne i prawne;

2) darowizny i zapisy na rzecz funduszu;

3) wpływy z imprez organizowanych na rzecz funduszu;

¹² Por. Z. K r z y ż k i e w i c z, *Finanse*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1982, s. 171.

¹³ Por. Regulamin Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia, Krajowy Komitet NFOZ, Warszawa 1984, s. 1-2.

¹⁴ Obecnie postuluje się rozszerzenie zakresu zadań finansowych z tego funduszu - przemianowania go w fundusz inwestycyjno-motywacyjny. Por. K. T y m o w s k a, *Reforma w ochronie zdrowia i opiece społecznej*, [w:] *Usługi społeczne...*

¹⁵ Regulamin..., par. 4, s. 3.

¹⁶ *Ibidem*, par. 2, s. 2.

4) wpływy z budżetu państwa na rzecz NFOZ z tytułu zniesionych dopłat do cen alkoholu;

5) inne wpływy od osób fizycznych i prawnych.

Proporcje udziału poszczególnych źródeł finansowych zasilających NFOZ przedstawiają się następująco.

W latach 1973-1985 na ogólną sumę wpływów¹⁷ 53 152 mln zł głównym źródłem zasilającym fundusz były środki ludności wynoszące 38 331 mln zł co stanowi 72,1% wpływów ogółem, drugim pod względem rangi źródłem była dotacja budżetowa wprowadzona w 1974 r., będąca ekwiwalentem z tytułu straconych wpływów za dopłaty do cen alkoholów - ogółem z tego źródła otrzymano 10 836 mln zł, co stanowi 20,4% ogółu wpływów. Pozostałe 7,5% stanowiły odsetki bankowe, dopłaty z wydawnictw itp.

Gromadzone w tych proporcjach środki finansowe stają się dochodami funduszy terenowych oraz funduszu centralnego przy jednoczesnym przypisaniu poszczególnych typów dochodów funduszom różnych szczebli. Z uwagi na trudności w uzyskaniu danych w tym względzie dla całego okresu funkcjonowania NFOZ posłużymy się aktualnymi danymi z 1985 r.

Z danych prezentowanych w tab. 1 wynika, że 80,3% dochodów NFOZ jest realizowanych na szczeblach terenowych, a jedynie 19,7% dochodów jest przypisane funduszowi centralnemu. Wiąże się to z zasadą wykorzystywania uzyskanych środków na terenie ich gromadzenia. Zatem fundusze terenowe NFOZ nie są obciążane świadczeniami finansowymi na rzecz funduszu centralnego. Innym charakterystycznym zjawiskiem jest odmienność struktury źródeł zasilających fundusze terenowe i fundusz centralny. O ile podstawowym źródłem dla funduszy terenowych są środki ludności - stanowiące 98,7% ogółu wpływów to najważniejszym źródłem tworzącym fundusz centralny są środki pochodzące z dotacji budżetowej (ekwiwalent za dopłaty do cen alkoholu) - 71,4%.

Tak nagromadzone środki stanowią oprócz rezerw na rachunkach bankowych podstawę do finansowania zadań inwestycyjnych.

Również w tym względzie (podobnie jak przy podziale dochodów NFOZ) występują charakterystyczne proporcje pomiędzy wydatkami inwestycyjnymi ponoszonymi ze środków funduszu centralnego i funduszy terenowych. Podstawowe kierunki wydatków przedstawiono w tab. 2.

¹⁷ Prezentowane w tym miejscu wielkości wpływów finansowych NFOZ nie obejmują dotacji budżetowych przyznawanych po 1982 r. na kontynuację zadań inwestycyjnych finansowanych ze środków NFOZ.

Tabela 1

Wpływy globalne NFOZ w 1985 r.
(w tys. zł)

| Wyszczególnienie | Źródła wpływów | | | | |
|-------------------|---------------------|--------------------------------|--|--------------|----------------------------------|
| | zbiórka od ludności | dotacja z budżetu (ekwiwalent) | odsetki od wkładów na rachunkach bankowych | wpływy różne | suma wpływów wg jego dysponentów |
| Fundusz terenowy | 5 115 093 | - | 25 278 | 43 190 | 5 183 561 |
| Fundusz centralny | 65 584 | 910 000 | 285 685 | 12 605 | 1 273 874 |
| Suma wpływów | 5 180 677 | 910 000 | 310 963 | 55 795 | 6 457 435 |
| Struktura w % | 80,2 | 14,1 | 4,8 | 0,9 | 100 |

^a W tym: 1) zwroty od inwestorów - 16 464 tys. zł; 2) wpływy ze sprzedaży samochodów sanitarnych WK NFOZ - 25 969 tys. zł; 3) przeliczenie waluty obcej KK NFOZ - 12 605 tys. zł.

Źródło: Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia w latach 1973-1985, Biuro Krajowego Komitetu NFOZ, Warszawa, maj 1986, s. 2-3.

Tabela 2

Wydatki globalne (netto) NFOZ w 1985 r.
(w tys. zł)

| Wyszczególnienie | Wydatki (dotacje) na: | | | Suma wydatków wg dysponentów funduszy |
|----------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| | budownictwo i pierwsze wyposażenie | zakupy aparatury i sprzętu medycznego | inne cele poza resortem zdrowia | |
| Dysponenci funduszy: | | | | |
| Terenowe komitety | 7 572 693 ^a | 550 376 | 13 200 | 8 136 689 |
| Krajowy Komitet | 100 000 | - | 111 067 | 211 067 |
| Razem | 7 672 693 | 550 376 | 124 267 | 8 347 336 |
| Struktura w % | 91,9 | 6,6 | 1,5 | 100,0 |

^a W tym: dotacja Krajowego Komitetu z funduszu centralnego - 1 468 349 tys. zł.

Źródło: Jak w tab. 1.

Jak z przedstawionych danych wynika gros zadań inwestycyjnych jest finansowanych z funduszy terenowych NFOZ (97,5%). Na uwagę zwraca fakt znacznego poziomu dotacji z funduszu centralnego na rzecz funduszy terenowych. Dotacje te mają charakter wyrównawczy i służą m. in. niwelowaniu międzyregionalnych dysproporcji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia. Jest to szczególnie istotna funkcja środków nagromadzonych w funduszu centralnym z uwagi na utrzymujące się znaczne dysproporcje w nasyceniu w bazę materialną ochrony zdrowia i opieki społecznej w poszczególnych województwach¹⁸ - przy często jednoczesnym braku możliwości finansowych nadrobienia tych dysproporcji w ramach środków stojących do dyspozycji w tych województwach. Ponadto z funduszu centralnego są finansowane inwestycje o znaczeniu ponadwojewódzkim (np. Centrum Onkologii w Warszawie).

Prezentowane dane mają charakter fragmentaryczny ograniczają się bowiem jedynie do jednego roku (1985). Dla bardziej wszechstronnej analizy finansowej funkcjonowania NFOZ niezbędnym staje się operowanie szerszym horyzontem czasowym. Przechodząc zatem do rozszerzonej analizy, warto rozpocząć od stwierdzenia zawartego w statucie NFOZ w myśl którego - podstawową zasadą funkcjonowania funduszu jest realizacja celów jego działania niezależnie od środków określonych w budżecie państwa. Weryfikacja tej zasady stanie się przedmiotem dalszej analizy. Generalnie rzecz biorąc idea ta wydaje się być szczególnie istotna ze względu na możliwość faktycznego zwiększenia środków inwestycyjnych w ochronie zdrowia, niezależnie od planowo realizowanych nakładów inwestycyjnych ponoszonych ze środków budżetowych. Fakt statutowego uniezależnienia realizacji zadań inwestycyjnych od dotacji budżetowych stawiał przed funduszem konieczność pełnego zbilansowania dochodów i wydatków. Zatem planowanie i realizacja zadań inwestycyjnych mogło jedynie następować do poziomu zgromadzonych środków i planowanych przychodów.

Z punktu widzenia realizacji tej zasady, można wydzielić trzy podstawowe okresy funkcjonowania funduszu. Pierwszy - rozpoczynający się w chwili jego powstania (1973 r.), a kończący się w 1979 r. drugi - trwający od 1980 r. do 1982 r. oraz trzeci po 1982 r.¹⁹

¹⁸ Por. L. S z c z e r b i ń s k a, Rozmieszczenie infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce i jego zmiany w latach 1975-1983, "Wiadomości Statystyczne" 1985, nr 5, s. 8-12.

¹⁹ Wszystkie dane statystyczne dotyczące NFOZ zaczerpnięto z publikacji Krajowego Komitetu NFOZ. Por. Aktualne problemy funkcyjono-

W pierwszym z analizowanych okresów następował stały wzrost rocznych kwot zbiorów od ludności od 2332 mln zł w 1973 r. do 2771 mln zł w 1979 r. - przy jednoczesnym ustabilizowanym udziale wydatków ludności na NFOZ w nominalnych pieniężnych dochodach osobistych ludności. Wskaźnik ten kształtował się w tym okresie na poziomie od 0,20% do 0,22%²⁰. Cechą charakterystyczną dla tego okresu była praktyka limitowania inwestycji finansowanych ze środków NFOZ w centralnych planach inwestycyjnych, w związku z tym środki funduszu w znacznej mierze zastępowały budżet państwa w finansowaniu inwestycji pierwotnie planowanych do sfinansowania z budżetu²¹.

Drugi z analizowanych okresów to lata załamania się planu finansowego NFOZ. W latach od 1980 r. do 1982 r. nastąpił spadek udziału wydatków ludności na NFOZ w nominalnych pieniężnych dochodach osobistych ludności z 0,20% do 0,10%, przy jednoczesnym wzroście cen dóbr i usług inwestycyjnych. W latach 1980-1982 szacunkowy wskaźnik wzrostu cen na roboty budowlano-montażowe wyniósł 293,4%, zaś wskaźnik wzrostu cen krajowych zakupów inwestycyjnych 230,7%²².

Załamanie się planu finansowego NFOZ zmusiło rząd (decyzja nr 31/82 z września 1982 r.) do wyasygnowania kwoty 21 mld zł, tj. po 7 mld rocznie w latach 1983-1985 na pokrycie różnicy kosztów budowy szpitali finansowanych przez NFOZ z udziałem tego funduszu. Dzięki tym środkom można było zrealizować program inwestycyjny NFOZ w latach 1983-1985. Jakkolwiek kwota 21 mld zł dotacji budżetowej nie stanowi de facto dochodu NFOZ, bowiem została postawiona do dyspozycji ministra zdrowia i opieki społecznej, to jednakże jej celowy charakter (dofinansowanie rozpoczętych zadań inwestycyjnych NFOZ) powoduje, że należy uznać ją za pośredni dochód NFOZ. Zatem z chwilą uruchomienia omawianej dotacji NFOZ wszedł w trzeci okres swojego istnienia, w którym udział środków ludności w rzeczywistych dochodach NFOZ uległ daleko idącej redukcji, osiągając poziom 34,7% wobec 61,5% środków budżetowych. Jednocześnie pomimo nominalnego wzro-

wania NFOZ (materiały z plenarnego posiedzenia KK NFOZ), Warszawa, wrzesień 1985 r., oraz Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia w latach 1973-1975, Biuro Krajowego Komitetu NFOZ, Warszawa, maj 1986.

²⁰ Obliczeń wskaźników dokonano na podstawie Roczników statystycznych GUS za lata 1974-1986.

²¹ Por. W. S t r a s z e w i c z, Próba oceny stanu i rozwoju bazy materialnej służby zdrowia i opieki społecznej w Polsce Ludowej, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 1983, s. 3.

²² Z danych Komisji Planowania przy Radzie Ministrów.

stu rocznych wpłat ludności na konto NFOZ (od 3213 mln zł w 1983 r. do 5180 mln zł w 1985 r.) daje zauważyć się pogłębiającą tendencję spadku udziału wydatków ludności na NFOZ w nominalnych pieniężnych dochodach osobistych ludności. W okresie tym wskaźnik ten osiągnął swój najniższy poziom w trzynastoletniej historii NFOZ, stabilizując się w latach 1984-1985 na poziomie 0,09%.

Dokonując oceny NFOZ w całym okresie jego działalności należy zaznaczyć jego niewątpliwie pozytywną rolę w procesie aktywizacji środków ludności na rzecz rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia. W okresie 1973-1985 ze środków NFOZ lub przy ich udziale sfinansowano budowę, remonty, modernizację lub zakupy pierwszego wyposażenia, łącznie w 1455 obiektach. W wielkości tej mieszczą się:

- 165 obiektów szpitalnych o łącznej liczbie łóżek 12 629,
- 201 przychodni zdrowia o 1915 gabinetach lekarskich,
- 614 ośrodków zdrowia na wsi o 2367 gabinetach lekarskich,
- 106 domów opieki społecznej o 4300 miejscach,
- 234 innych obiektów służby zdrowia.

Wśród 1445 zakończonych zadań inwestycyjnych 1044 to obiekty nowe.

Na wielkość tę składają się:

- 71 obiektów szpitalnych o 10 770 łóżkach,
- 140 przychodni zdrowia o 1687 gabinetach lekarskich,
- 526 wiejskich ośrodków zdrowia o 2180 gabinetach lekarskich,
- 45 domów opieki społecznej o 3300 miejscach,
- 159 innych obiektów służby zdrowia.

Analiza przytoczonych danych o rzeczowych efektach inwestycyjnych realizowanych ze środków NFOZ lub przy ich udziale, w porównaniu z przyrostem bazy materialnej w całej ochronie zdrowia - pozwala stwierdzić, że NFOZ zrealizował bądź partycypował w 33,2% przyrostu liczby łóżek szpitalnych, w 23,9% przyrostu liczby przychodni, w 103,5% przyrostu liczby wiejskich ośrodków zdrowia oraz 43,3% przyrostu liczby domów opieki społecznej²³.

Te niezaprzeczalne osiągnięcia inwestycyjne NFOZ nie mogą jednak przysłonić faktów negatywnych związanych z funkcjonowaniem tego funduszu celowego. W pierwszym z wydzielonych etapów funkcjonowania funduszu mieliśmy do czynienia z jego dużą stabilnością fi-

²³ Obliczenia własne na podstawie Rocznika statystycznego 1979, GUS, Warszawa 1979, oraz Rocznika statystycznego 1986, GUS, Warszawa 1986.

nansową. Fakt ten wiąże się bezpośrednio z rosnącymi wpłatami ze środków ludności.

W okresie 1980-1982 uwidoczniła się negatywna cecha funduszy celowych opartych na dobrowolnych wpłatach ludności. Doprowadziło to w konsekwencji do utraty stabilności tego źródła i nierealności wykonania założonych planów. Fakultatywny charakter środków ludności i ich znaczna wrażliwość na czynniki natury społeczno-gospodarczej powoduje niekorzystną - z punktu widzenia zasad gospodarki budżetowej - konieczność interwencyjnego wspomagania ich środkami budżetowymi. Co poczynszy od 1983 r. ma miejsce do chwili obecnej.

Wydaje się, że po 1982 r. mamy do czynienia ze stopniowym regresem NFOZ. Wynikająca z tego potrzeba reanimacyjnych działań ze strony budżetu stawia pytanie o możliwość funkcjonowania tego funduszu w jego dotychczasowym kształcie i realizowanym do tej pory zakresem zadań inwestycyjnych. Problem zakresu planowanych zamierzeń inwestycyjnych oprócz swego wymiaru globalnego - przejawiającego się w ilości realizowanych zadań inwestycyjnych - posiada również swój aspekt wyrażający się w dostosowaniu poszczególnych typów inwestycji do specyfiki potrzeb odczuwanych w niektórych rejonach kraju czy też preferencji zgłaszanych przez określone grupy zawodowe. O braku adekwatności w tym zakresie mogą świadczyć żywiołowo tworzone środowiskowe i resortowe fundusze opierające się na świadczeniach społeczeństwa (np. Fundusz Ochrony Zdrowia Dzieci woj. katowickiego, Fundusz Zdrowia Budowlanych, Metalowców). Powstawanie tych lokalnych bądź środowiskowych funduszy prowadzi w konsekwencji do dalszego spadku wpłat na konto NFOZ.

Przedstawione trudności, z jakimi spotyka się gospodarka finansowa NFOZ stawia pod znakiem zapytania realność podnoszonych obecnie argumentów co do zasadności tworzenia coraz liczniejszych funduszy celowych - szczególnie tych spośród nich, które zakładają stały i duży dopływ środków pieniężnych ze strony ludności. Nie oznacza to oczywiście negacji samej idei powoływania tego typu funduszy, wydaje się jednak, że ich liczba i zakres finansowanych z nich zadań winny pokrywać się z wyraźnie określoną i odczuwaną przez ludność użytecznością społeczną istnienia tego typu funduszy.

Wojciech Szrajber

SELECTED ASPECTS OF FINANCIAL ADMINISTRATION
OF THE NATIONAL HEALTH PROTECTION FUND (NHPF)

The article contains evaluation of the financial administration of the National Health Protection Fund (NHPF). It is a target fund established in 1973, whose main goal is the financing of investment projects in the sphere of health and socio-welfare care.

The author has distinguished three main stages in 14-year period of its functioning using as his criterion participation of financial resources provided by the population in overall revenues of the Fund and an index of the population's expenditure on the NHPF in nominal personal monetary incomes of the population. The article describes also sources of financing the Fund it analyzes main directions of its allocations. The analysis has encompassed both financial resources collected and expended within the framework of local and central funds.

The article ends with evaluation of the financial administration of the National Health Protection Fund in the light of its goals and statutory assumptions.