

Ewa Kosycarz

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

e-mail: ewa.kosycarz@sgh.waw.pl

POTENCJALNE ŹRÓDŁA NIEEFEKTYWNOŚCI W WYDATKACH NA OCHRONĘ ZDROWIA

POTENTIAL SOURCES OF INEFFICIENCY IN HEALTH CARE EXPENDITURE

DOI: 10.15611/pn.2018.521.08

JEL Classification: I100, I120

Streszczenie: Wydatki na ochronę zdrowia są grupą wydatków, która w zdecydowanej większości państw stale wzrasta. Oprócz poszukiwania nowych źródeł finansowania ochrony zdrowia, należy zwrócić szczególną uwagę na racjonalne wykorzystanie dostępnych środków. W artykule przeanalizowano wybrane wskaźniki opisujące warunki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Są nimi: świadomość zdrowotna społeczeństwa, dostępność do świadczeń medycznych ze względu na ich cenę, elementy satysfakcji pacjenta z wizyt lekarskich, dotyczące zaangażowania pacjenta w proces leczenia. Celem artykułu jest zbadanie, czy w polskim systemie ochrony zdrowia pacjent świadomie dba o własne zdrowie i czy struktura systemu, w tym sposób finansowania, sprzyja procesowi wykrywania chorób na wczesnym etapie oraz czy pacjent jest zaangażowany w podejmowanie decyzji o sposobie leczenia. Są to wybrane determinanty efektywnego wydatkowania środków publicznych i prywatnych na ochronę zdrowia.

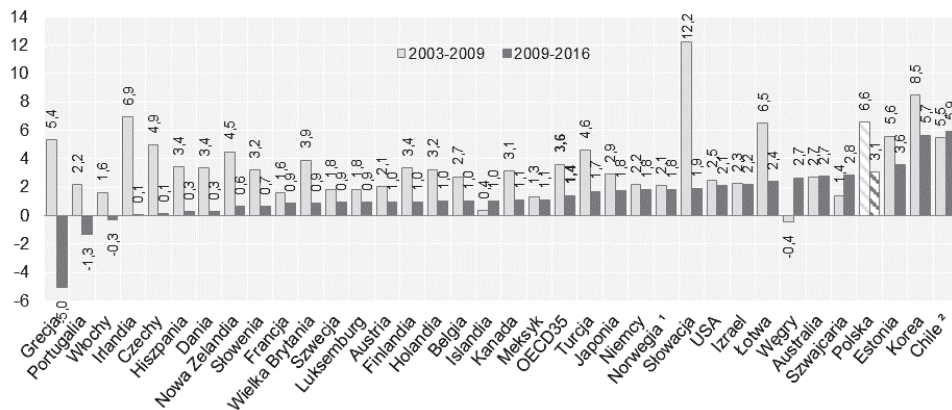
Słowa kluczowe: świadomość zdrowotna (*health literacy*), wydatki na ochronę zdrowia, mierniki w systemie ochrony zdrowia.

Summary: Expenditures on healthcare are constantly increasing in the vast majority of countries. Attention should be paid not only to seeking new sources of funding but also to effective usage of currently available resources. Therefore, the article aims to verify whether in the Polish healthcare system, a patient consciously manages his/her own health and if one participates in the decision-making process concerned with methods of treatment. Moreover, it is analysed whether the structure of the system itself, including financing methods, allows for disease diagnosis at early stage. These three issues constitute potential determinants of effectiveness of spending the public and private funds on healthcare, which in some way lie beyond the core focus of the healthcare system. The article presents selected areas of public funds expenditure and proposes means of their analysis and measurement.

Keywords: health literacy, expenditure on healthcare, measures in the healthcare system.

1. Wstęp

Wydatki na ochronę zdrowia są grupą wydatków, która w większości państw wzrasta (rys. 1). Zapotrzebowanie na środki finansowe jest nieograniczone między innymi ze względu na rozwijające się nowe technologie diagnozowania i leczenia.



1 – Mainland Norway GDP price index used as deflator. 2 – CPI used as deflator.

Rys. 1. Roczna średnia stopa wzrostu w wydatkach na zdrowie na mieszkańca, wartości realne, od 2003 do 2016 (lub najbliższy rok)

Źródło: opracowanie własne na podstawie [OECD 2017].

Problemem w państwach rozwiniętych jest szybki proces starzenia się społeczeństw i związane z tym zagrożenie ograniczeniem zasobów osób pracujących, generujących dochody do systemu ochrony zdrowia. Zwiększone wydatki na ochronę zdrowia związane są też z wydłużeniem się okresu życia i z częstszym występowaniem chorób przewlekłych.

W takim układzie, oprócz poszukiwania nowych źródeł finansowania ochrony zdrowia, należy zwrócić szczególną uwagę na racjonalne wykorzystanie dostępnych środków. W analizie należy uwzględnić nie tylko sposób dystrybucji środków pomiędzy podmioty lecznicze, wybór finansowania procedur medycznych, problemy z zatrudnieniem kadr, co jest istotnym elementem zapewnienia efektywności systemu i najczęściej przytaczanym medialnie przykładem. Należy też spojrzeć na system ochrony zdrowia szerzej, z perspektywy nie tylko chorych pacjentów i podmiotów leczniczych, ale całego społeczeństwa. W tym przypadku należy zwrócić uwagę na efektywność wydawania pieniędzy na zdrowie publiczne ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki i promocji. Oraz zastanowić się, czy te obszary działalności państwa są odpowiednio docenione w kontekście budowania efektywnego systemu finansowania ochrony zdrowia. Pomiar efektywności systemu finansowa-

nia i powiązanej z nim organizacji ochrony zdrowia umożliwiają identyfikację gorzej funkcjonujących elementów systemu i wprowadzenie oczekiwanych zmian.

Celem pracy jest zbadanie, na podstawie dostępnych danych, czy w polskim systemie ochrony zdrowia pacjent świadomie dba o własne zdrowie i czy struktura systemu, w tym sposób finansowania, sprzyja procesowi wykrywania chorób na wczesnym etapie oraz czy pacjent jest zaangażowany w podejmowanie decyzji o sposobie leczenia. Jak wskazują badania naukowe, istotność czynników dotyczących warunków środowiskowych i zdrowego stylu życia ma ogromny wpływ na zdrowie obywateli, a co za tym idzie, na wydatki na medycynę naprawczą. W zależności od badań, pewne nawyki, składające się na zachowanie człowieka, wpływają na zdrowie w 30–50% [U.S. Department of Health and Human Services 1980; McGinnis i in. 2002]. Tymczasem opieka medyczna ma wpływ, szacowany w literaturze przedmiotu, między 10 a 20% [McGovern i in. 2014]. Przy czym jak podają McGinnis, Williams-Russo, Knickman [2002], wydatki na usługi medyczne to ok. 95% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia¹.

Stąd też w niniejszym artykule zostaną przeanalizowane wartości mierników określających poziom świadomości zdrowotnej, dostępność do świadczeń medycznych ze względu na dochód oraz zaangażowanie pacjenta w proces leczenia.

Wydaje się, że identyfikacja czynników mogących w znaczący sposób wpływać na zdrowie społeczeństwa jest szczególnie istotna w przypadku działania systemu ochrony zdrowia w Polsce, który cierpi na niedofinansowanie.

2. Analiza

Wskaźniki wskazujące wybrane potencjalne nieefektywności systemu

Pierwszym potencjalnym czynnikiem wpływającym na efektywność całego systemu ochrony zdrowia, omówionym w niniejszym artykule, jest świadomość zdrowotna obywateli (*health literacy*). Liczne badania światowe potwierdzają, że wysoki stopień świadomości zdrowotnej sprzyja lepszemu zdrowiu [Ratzan 2001; Ostrowska 1999], skraca czas pobytu w szpitalu, zmniejsza częstotliwość korzystania z drogich świadczeń medycznych oraz zmniejsza koszty leczenia [Rasu i in. 2015; Sørensen i in. 2012; Egerter i in. 2011]. Jak wskazują wyniki badań dla wybranych państw, niższy poziom świadomości zdrowotnej pociąga za sobą zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia [Eichler i in. 2009; Vernon i in. 2007].

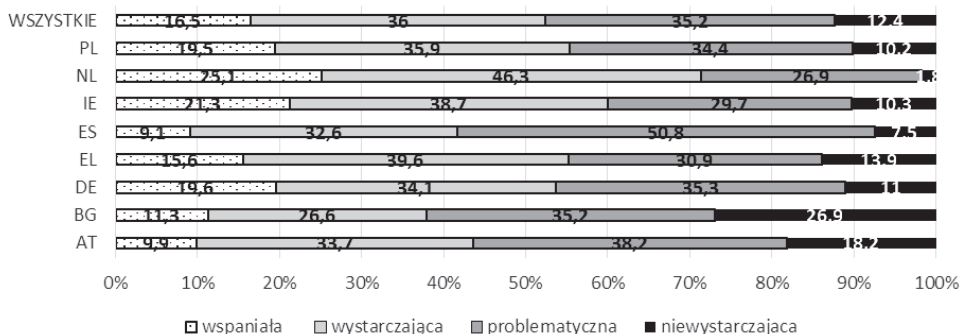
Pacjent charakteryzujący się wysokim poziomem świadomości zdrowotnej jest świadom odpowiedzialności za przestrzeganie zaleceń procesu terapeutycznego [Sørensen i in. 2012; Kickbusch, Maag 2008; Nutbeam 2000].

Pomiar poziomu świadomości zdrowotnej nie jest prosty i w literaturze można spotkać różne koncepcje. Kompleksowy model proponuje zespół HLS-EU [Sørensen i in. 2012]. Opiera się on na badaniu trzech obszarów: opieki zdrowotnej, pro-

¹ Dane dotyczą rynku amerykańskiego.

filaktyki i promocji zdrowia. Są one analizowane w podziale na procesy związane z podejmowaniem decyzji zdrowotnych: dostępności, zrozumienia, oceny i stosowania. Obszary i procesy tworzą matrycę z 12 podobszarami, które są ewaluowane przez 47 wskaźników [HLS-EU Consortium 2012].

Wykorzystując model HLS-EU, Komisja Europejska przygotowała raport podający ocenę świadomości zdrowotną w ośmiu państwach europejskich, w tym w Polsce. Polska w tym zestawieniu wypada dobrze (rys. 2).



Rys. 2. Ogólny poziom świadomości zdrowotnej w 8 państwach europejskich, wyrażony w procentach

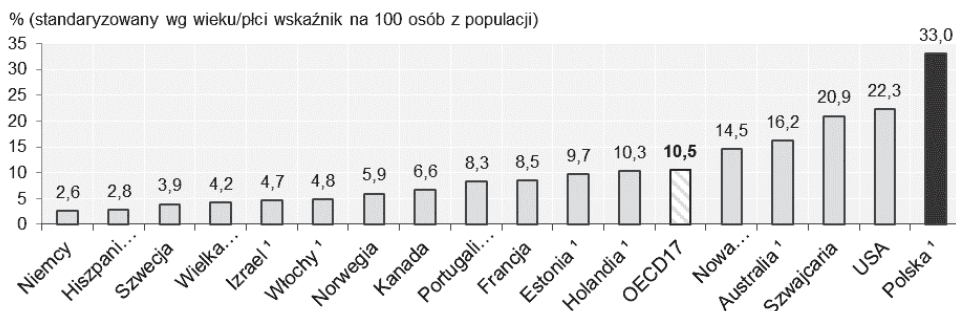
Źródło: opracowanie własne na podstawie [HLS-EU Consortium 2012, s. 3].

Drugim potencjalnym czynnikiem obniżającym skuteczność systemu ochrony zdrowia są niewystarczające dochody społeczeństwa i wynikające z nich opóźnienia w diagnozowaniu chorób. Badania przeprowadzone przez M. Terraneo [2015] oraz zespół: A.L. Fitzpatrick, N.R. Powe, L.S. Cooper, D.G. Ives, J.A. Robbins [2004] wskazują, że ubożsi, starsi ludzie, którzy zazwyczaj mają większe potrzeby zdrowotne niż ich rówieśnicy o większych zasobach finansowych, rzadziej korzystają ze świadczeń medycznych. Wspomniane wyniki badań potwierdzone są przez opracowanie *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review* [Berkman i in. 2011]. Zespół Berkmana dodatkowo zwraca uwagę, że może być to powiązane z niższą świadomością zdrowotną.

Wskaźnikiem, który obrazuje wpływ niewystarczających dochodów społeczeństwa na korzystanie z porad lekarskich, jest miernik „Rezygnacja z wizyty lekarskiej ze względu na koszty” [OECD 2017]. Pomiarom zostały objęte wizyty u lekarza pierwszego kontaktu oraz specjalisty. Wartość wskaźnika na poziomie 33% budzi niepokój. Dodatkowo, analiza wartości dla innych państw pokazuje, że Polska odstaje od analizowanej grupy państw (rys. 3).

Niski poziom miernika może wskazywać na wysoki poziom osób nieubezpieczonych, które przy pojawieniu się pierwszych symptomów choroby rezygnują z wizyty lekarskiej, ze względu na koszty. Koszt leczenia w zaawansowanych stadiach

jest zdecydowanie większy i częstokroć jest już ponoszony przez publiczny system [Forrest, Starfield 1996].



1 – dane pochodzą ze źródeł krajowych.

Rys. 3. Rezygnacja z wizyty lekarskiej ze względu na koszty (dane z roku 2016 lub najbliższego do 2016)

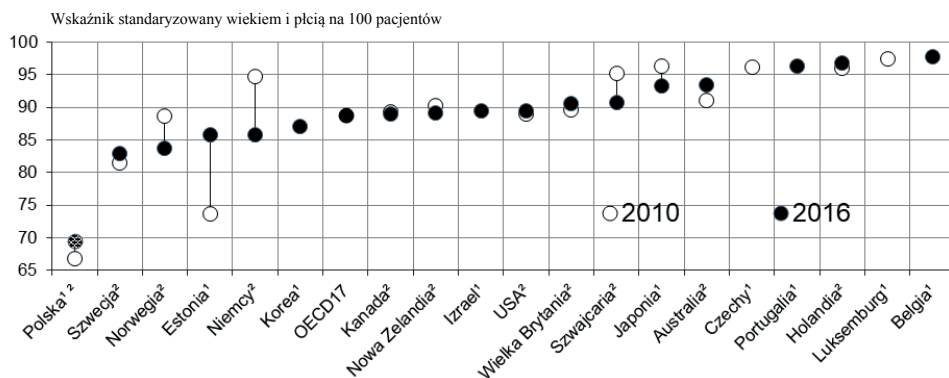
Źródło: opracowanie własne na podstawie [OECD 2017].

Trzecim analizowanym w tym opracowaniu źródłem nieefektywności systemu ochrony zdrowia jest niedostateczne zaangażowanie pacjenta i jego rodziny w proces leczenia. W celu pomiaru wskaźnika zostały przeanalizowane dane OECD na temat satysfakcji pacjenta z wizyty lekarskiej. Jednym z elementów pomiaru satysfakcji jest odpowiedź na pytanie, czy lekarz tłumaczy wystarczająco zrozumiale zagadnienia związane ze zdrowiem pacjenta oraz czy lekarz uwzględnia zdanie pacjenta przy planowaniu terapii. Jak pokazują badania, satysfakcja pacjenta z leczenia może przyczynić się do bardziej trwałych rezultatów leczenia [Boulding i in. 2011], choć w pewnych obszarach wyniki badań nie są jednoznaczne.

Klarowne przedstawienie pacjentowi jego sytuacji zdrowotnej oraz pokazanie możliwych opcji podjęcia leczenia prawdopodobnie wpłynie na pozytywne przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Stąd też niepokojący jest słaby wynik odpowiedzi polskich pacjentów (rys. 4 i 5). Nieprzestrzeganie zaleceń może prowadzić do dłuższego powrotu do zdrowia i ewentualnych powikłań, a co za tym idzie – zwiększonych kosztów leczenia. Dodatkowo pacjent, który nie rozumie przepisanej mu terapii, nie ma zaufania do lekarza i częściej szuka odpowiedzi na nurtujące go pytanie u innego specjalisty. Prawdopodobnie słabe wyniki odpowiedzi na pytanie o zrozumiałe tłumaczenie lekarza i zaangażowanie pacjenta w proces leczenia w dużym stopniu wynikają z krótkiego czasu trwania wizyty. A związane jest to między innymi z problemami kadrowymi w polskich podmiotach leczniczych oraz niskim finansowaniem służby zdrowia².

² Lekarze muszą przyjąć dużą liczbę pacjentów w ograniczonym czasie. Potwierdzają to statystyki międzynarodowe [OECD 2017].

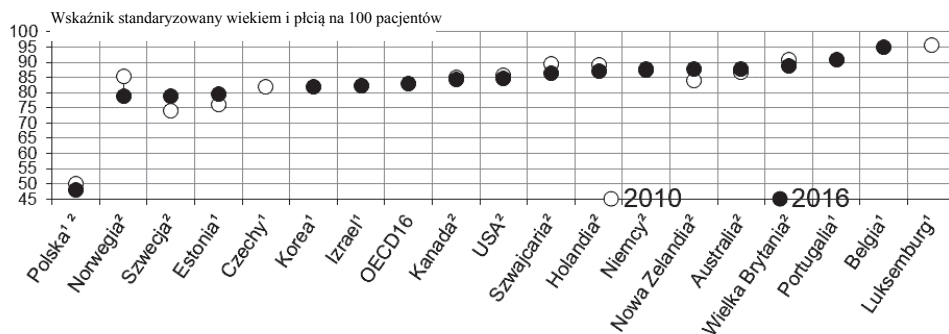
Niemniej jednak należy zwrócić uwagę na takie przygotowanie systemu ochrony zdrowia, aby pacjent czuł się współodpowiedzialny za jego funkcjonowanie oraz żeby rozumiał zalecenia lekarza związane z jego zdrowiem. Z jednej strony jest konieczne dofinansowanie systemu, aby wizyty trwały wystarczająco długo, aby wprowadzić opiekę koordynowaną itp. Z drugiej strony należy w kształceniu personelu medycznego zwrócić większą uwagę na komunikację z pacjentem [Rowe i in. 2002]. Nad istotnością i pozytywnymi skutkami budowania systemu ochrony zdrowia ukierunkowanego na pacjenta prowadzonych jest wiele badań [Da Silva 2011; Da Silva 2012; Moumjid i in. 2017].



1 – źródła krajowe. 2 – dane dotyczą doświadczeń z wizyt u lekarza pierwszego kontaktu.

Rys. 4. Lekarz zrozumiale tłumaczy sytuację zdrowotną pacjenta, 2010 i 2016 (lub najbliższy)

Źródło: opracowanie własne na podstawie [OECD 2017].



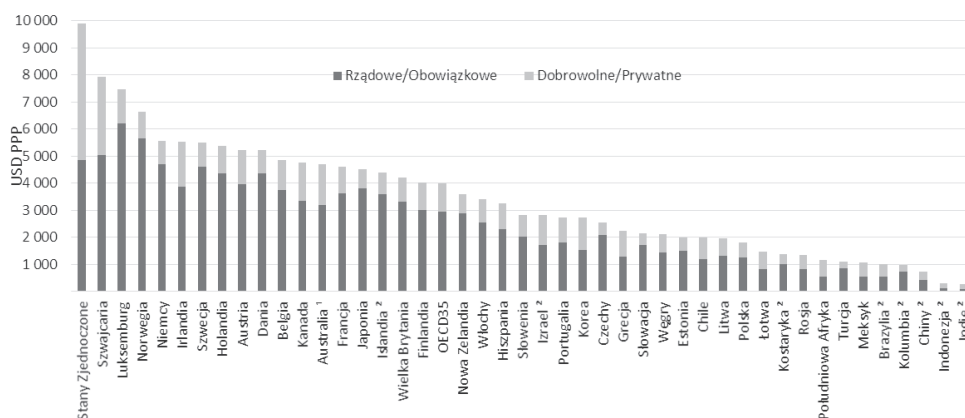
1 – źródła krajowe. 2 – dane dotyczą doświadczeń z wizyt u lekarza pierwszego kontaktu.

Rys. 5. Zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, 2010 i 2016 (lub najbliższy rok)

Źródło: opracowanie własne na podstawie [OECD 2017].

Struktura finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Wydatki na ochronę zdrowia (nie uwzględniając inwestycji) są w Polsce na niezadowalającym poziomie. Przy czym poziom wydatków nie wiąże się z efektywnością systemu. W światowej literaturze poświęconej porównaniom efektywności systemów zdrowotnych można znaleźć publikacje, gdzie polski system finansowania ochrony zdrowia wymieniany jest jako efektywny [Cylus i in. 2016]. Natomiast amerykański system ochrony zdrowia, pomimo najwyższych wydatków, jest przytaczany jako jeden z mniej efektywnych systemów.



Wydatki nie obejmują inwestycji, chyba że jest inaczej zaznaczone. 1 – australijskie szacunki wydatków wykluczają wszystkie wydatki na domy opieki społecznej (socjalne); 2 – wydatki inwestycyjne ujęte w zestawieniu.

Rys. 6. Wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca, 2016 (lub najbliższy rok)

Źródło: opracowanie własne na podstawie [OECD 2017].

Rozważając strukturę finansowania pod kątem, czy pieniądze przeznaczone są na medycynę naprawczą, czy na promocję i profilaktykę, należy przyjrzeć się wydatkom z budżetu państwa, NFZ-u oraz jst. Na podstawie dostępnych publicznie danych dla 2016 roku:

- Według Informacji o Wykonaniu Wydatków w Układzie Zadaniowym w 2016 roku: z budżetu państwa przeznaczono 10.522.461 tys. zł na Funkcję Zdrowie, z czego 1,59 mld zł na Zadanie: Profilaktyka, edukacja i promocja zdrowia oraz nadzór sanitarno-epidemiologiczny. Dysponentami tych środków są: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Wojewodowie, Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie. Po analizie celów i mierników do tego zadania należy do-

mniemywać, że środki są to głównie przeznaczane na programy profilaktyczne³ oraz nadzór sanitarno-epidemiologiczny⁴.

- Według danych GUS [2017] budżet państwa wydał na działania z zakresu medycyny pracy, zwalczania alkoholizmu i przeciwdziałania narkomani, zwalczania i zapobiegania AIDS oraz programy polityki zdrowotnej: 1,1 mld. Jednostki samorządu terytorialnego na: medycynę pracy, programy walki z alkoholizmem, narkomanią oraz programy polityki zdrowotnej przeznaczyły w 2016 roku 0,9 mld zł. Narodowy Fundusz Zdrowia w 2016 roku przeznaczył ze środków własnych 162 mln zł na profilaktyczne programy zdrowotne.

Przyrównując wymienione powyżej kwoty do całkowitych wydatków na zdrowie (publicznych i prywatnych), które w 2015 roku⁵ wyniosły 114 mld zł, zauważyć można, że wydatki na analizowane w treści artykułu cele są znikome.

3. Zakończenie

Zróźnicowanie poziomu świadomości zdrowotnej w państwach europejskich jest znaczne, co powinno być brane pod uwagę przy formułowaniu programów ogólnoeuropejskich, jak i krajowych. Należy stale propagować wiedzę o zdrowym stylu życia.

Niepokojący wskaźnik osób rezygnujących z wizyty lekarskiej ze względu na koszty wpływa na zwiększenie kosztów leczenia w zaawansowanych stadiach chorób. W tym kontekście warto rozważyć nieograniczony dostęp do wybranych porad medycznych, jak np. do lekarza pierwszego kontaktu. W perspektywie kilku lat mogłoby to ograniczyć wydatki związane z zaniedbaniami zdrowotnymi.

Wartości mierników określających satysfakcję pacjenta oraz włączanie go w proces decyzyjny wskazują na specyficzne warunki polskiego systemu ochrony zdrowia w porównaniu z innymi państwami OECD. Niepokojąco niskie wartości analizowanych mierników niekoniecznie muszą świadczyć o braku efektywności systemu, ale mogą wskazywać na bardzo ograniczone zasoby finansowe i kadrowe. Niemniej jednak należy zwrócić uwagę na kształcenie lekarzy z umiejętności „miękkich”, takich jak komunikacja z pacjentem.

W polskim systemie finansowania ochrony zdrowia należy zwrócić uwagę na znaczący udział wydatków dobrowolnych. Co może jednocześnie być oznaką, że jest trudny dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak również, że pacjenci chcą sami decydować, do którego lekarza kierują się po poradę, i jest to dla nich o tyle istotne, że są gotowi za to dodatkowo zapłacić.

Analizując wydatki publiczne na ochronę zdrowia z 2016 roku, obserwuje się znikomy udział wydatków przeznaczonych na cele promocji i profilaktyki. Co

³ Cel: Poprawa dostępności do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej.

⁴ Cel: Zapewnienie właściwego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego na terenie Polski.

⁵ Najświeższe zagregowane dane w momencie pisania artykułu.

oznacza, że podniesienie wydatków na te cele mogłoby skutkować poprawą analizowanych wskaźników (rys. 2–5).

Literatura

- Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Viera A., Crotty K., Holland A., Brasure M., Lohr K.N., Harden E., Tant E., Wallace I., Viswanathan M., 2011, *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*. Evidence Report/Technology Assessment no. 199 (Prepared by RTI International – University of North Carolina Evidencebased Practice Center under contract No. 290-2007-10056-I. AHRQ Publication Number 11- E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality March 2011).
- Boulding W., Glickman S.W., Manary M.P., Schulman K.A., Staelin R., 2011, *Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days*, The American Journal of Managed Care.
- Coulter A., 2012, *Patient engagement – what works?*, J Ambul Care Manage, vol. 35(2), s. 80–89, DOI: 10.1097/JAC.0b013e318249e0fd.
- Cylus J., Papanicolas I., Smith P.C., 2016, *Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Health Policy Series, no. 46.
- Da Silva D., 2011, *Helping People Help Themselves. A Review of the Evidence Considering Whether it is Worthwhile to Support Self-management*, The Health Foundation.
- Da Silva D., 2012, *Helping People Share Decision Making. A Review of Evidence Considering Whether Shared Decision Making is Worthwhile*, The Health Foundation.
- Egerter S., Braveman P., Sadegh-Nobari T., Grossman-Kahn R., Dekker M., 2011, *Exploring the social determinants of health education and health*, Robert Wood Johnson Foundation, https://health.wyo.gov/wp-content/uploads/2016/02/43-11376_sdoheries2011education.pdf.
- Eichler K., Wieser S., Brugger U., 2009, *The costs of limited health literacy: a systematic review*, Int J Public Health, no. 54, s. 313–324, DOI: 10.1007/s00038-009-0058-2.
- Fitzpatrick A.L., Powe N.R., Cooper L.S., Ives D.G., Robbins J.A., 2004, *Barriers to health care access among the elderly and who perceives them*, Am J Public Health, vol. 94(10), s. 1788–1794, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751, [za:] *World report on ageing and health*, World Health Organization, 2015, s. 95, www.who.int.
- Forrest C.B., Starfield B., 1996, *The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures*, J Fam Pract, vol. 43(1), s. 40–48.
- GUS, 2017, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*
- HLS-EU Consortium, 2012, *Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU*, <http://www.health-literacy.eu>.
- Kickbusch I., Maag D., 2008, *Health Literacy*, [w:] *International Encyclopedia of Public Health*, vol. 3, eds. K. Heggenhougen, S. Quah, Academic Press, San Diego.
- McGinnis J.M., Williams-Russo P., Knickman J.R., 2002, *The case for more active policy attention to health promotion*, Health Aff (Millwood), vol. 21(2), s. 78–93, DOI: 10.1377/hlthaff.21.2.78.
- McGovern L., Miller G., Hughes-Cromwick P., 2014, *Health policy brief: the relative contribution of multiple determinants to health outcomes*, Health Affairs, August 21.

- Moumjid N., Carretier J., Marsico G., Blot F., Durif-Bruckert C., Chauvin F., 2017, *Moving towards shared decision making in the physician-patient encounter in France: State of the art and future prospects*, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, vol. 123–124, s. 41–45, ISSN: 2212-0289, doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.017.
- Nutbeam D., 2000, *Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, *Health Promot Int*, vol. 15(3), s. 259–267.
- OECD, 2017, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-29-en.
- Ostrowska A., 1999, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN Warszawa.
- Rasu R.S., Bawa W.A., Suminski R., Snella K., Warady B., 2015, *Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure*, *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 4(11), s. 747–755, DOI: 10.15171/ijhpm.2015.151.
- Ratzan S., 2001, *Health literacy: communication for the public good*, *Health Promotion International*, vol. 16(2), s. 207–214, [za:] Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, *BMC Public Health*, 2012.
- Rowe R.E., Garcia J., Macfarlane A.J., Davidson L.L., 2002, *Improving communication between health professionals and women in maternity care: a structured review*, *Health Expect*, vol. 5(1), s. 63–83.
- Sørensen K., Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., 2012, *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, *BMC Public Health*.
- Terraneo M., 2015, *Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries*, *Soc Sci Med.*, s.154–163, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028> PMID: 25562311.
- U.S. Department of Health and Human Services, 1980, *Ten Leading Causes of Death in the United States 1977*, Public Health Service, Bureau of State Services, Atlanta, GA.
- Vernon J.A., Trujillo A., Rosenbaum S., DeBuono B., 2007, *Low health literacy: implications for national health policy*, Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1173&context=sphhs_policy_fac-pubs.
- What is person-centred care and why is it important?*, Health Innovation Network South London, www.hin-southlondon.org.