

Urszula Michalik-Marcinkowska

Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach

ORCID: 0000-0002-1698-2980

Paweł Izdebski

Szpital Kliniczny im. Józefa Babińskiego w Krakowie

ORCID: 0000-0003-2486-6477

doi.org/10.34765/sp.0221.a04

OKIEM PRACOWNIKA SYSTEMU: NIEWŁAŚCIWA ALOKACJA ŚRODKÓW FINANSOWYCH W OCHRONIE ZDROWIA. CZĘŚĆ I – DIAGNOZA

Streszczenie

W artykule omówiono finansowe aspekty funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Przedstawiono źródła jego finansowania i prawne aspekty działania oraz przytacza wzorce stosowane w innych krajach. Skupiono się na obszarach marnotrawienia środków finansowych w systemie zdrowotnym, omówiono przede wszystkim nieodpowiednie rozdysponowanie funduszy oraz wadliwe rozwiązania w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Analiza zawiera również odniesienia do obecnej sytuacji zdrowotnej związanej z pandemią COVID-19.

Słowa kluczowe: finanse, polityka zdrowotna, ubezpieczenia, świadczenia medyczne.

Kody JEL: I1

FROM THE PERSPECTIVE OF THE SYSTEM EMPLOYEE: HOW FINANCES IN THE HEALTH CARE SYSTEM ARE WASTED. FIRST PART – DIAGNOSIS

Abstract

The article concerns the financial aspects of the Polish health care system. It presents the sources of its financing as well as its legal aspects, it also mentions health care patterns from other countries. The authors focus on the biggest areas of financial mismanagement in the health care, such as inadequate allocation of funds and faulty functioning of the health insurance system. The article refers also to the current health crisis connected with the COVID-19 pandemic.

Keywords: finances, health care, insurance policy, medical benefits.

JEL Codes: I1

Wprowadzenie

Dyskusja nad optymalnym kształtem ochrony zdrowia w Polsce trwa od wielu lat. Jej efektem są regulacje prawne mające na celu usprawnienie systemu zdrowotnego. W niewielkiej części zmiany te dotyczą finansowania usług medycznych – jeśli już są, obejmują przede wszystkim konieczność zwiększania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Tymczasem usprawnienie finansowania usług zdrowotnych wymaga efektywnego dysponowania środkami pieniężnymi oraz podjęcia działań zmierzających do uszczelnienia systemu.

W artykule skupiono się przede wszystkim na publicznoprawnych elementach finansowania systemu: na ubezpieczeniu zdrowotnym i – w mniejszym stopniu – na świadczeniach finansowanych z budżetów państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego. Nie oznacza to jednak, że w Polsce są to wyłączne źródła finansowania usług zdrowotnych. Nie należy bowiem pomijać faktu, że wysokość wydatków prywatnych (płaconych bezpośrednio z pieniędzy pacjenta) na świadczenia zdrowotne w przeliczeniu na osobę (*per capita*) w 2018 r. wyniosła w Polsce ok. 690 USD (na 2056 USD przeznaczonych na świadczenia medyczne dla jednej osoby w ramach wydatków publicznych i prywatnych

łącznie) (OECD 2019, s. 151). Co ważne środki te pochodzą z bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych (**out of pocket**) w ok. 80%, a jedynie w ok. 20% są pokrywane przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne lub przez abonymenty medyczne opłacane przez pracodawców (Szetela 2016, s. 92).

Systemowe tło ochrony zdrowia w Polsce

Obecnie, aby w Polsce posiadać ubezpieczenie zdrowotne, należy legalnie pracować lub być zarejestrowanym w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna lub też być podopiecznym MOPS-u czy GOPS-u. Posiadając polisę ubezpieczenia mamy prawo do korzystania ze świadczeń w zakresie ochrony zdrowia. P. Lenio analizuje prawne przesłanki związane z podstawą odprowadzania składki zdrowotnej, nazywając ją daniną (Lenio 2018, s. 211). Przytacza artykuł 81 u.ś.o.z. (Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej... 2004) określający sposób wyliczenia podstawy składkowej dla indywidualnego ubezpieczonego i wylicza grupy społeczne, które wnoszą fundusze na ubezpieczenie zdrowotne według specjalnych wzorów. Jednak to nie skomplikowane algorytmy wzbudzają wątpliwości, lecz instytucja, która nimi zarządza. **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)** – bo o nim mowa – ma pozycję monopolisty. Jest zarówno ubezpieczycielem, jak i płatnikiem za usługi medyczne. Jako osoba prawna ma pozycję niezależną od Skarbu Państwa (Lenio 2018, s. 143). NFZ zastąpił funkcjonujące przez kilka lat kasy chorych, które dysponowały znaczną autonomią finansową. Nie jest jednak bezpośrednio odpowiedzialny za pobieranie składek zdrowotnych, ich poborem zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Z tego tytułu NFZ nie ma wpływu na ustalenie wysokości oraz gromadzenie składek zdrowotnych płaconych przez osoby ubezpieczone. Jako instytucja sektora finansów publicznych ulega niestety wpływom władz na prowadzoną przez siebie politykę zdrowotną. Ponadto **wycena świadczeń zdrowotnych dokonywana przez NFZ jest często nieadekwatna do wyceny rynkowej oraz poziomu inflacji.**

Model ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych w Polsce zakłada **brak wyboru przez obywatela zakresu ubezpieczenia oraz instytucji ubezpieczeniowej.** Pacjent nie może także wносить dodatkowych opłat za usługi medyczne finansowane w ramach powszechnego ubezpieczenia w celu podniesienia dostępności usług zdrowotnych. Jedyne publiczne płatnik – jakim jest NFZ – kontraktuje na dany rok usługi z podmiotami medycznymi. Często występują patologiczne sytuacje, w których zwiększa się czas pobytu w oddziale

szpitalnym lub wykonuje inny zakres leczenia niż wynika to ze stanu zdrowia pacjenta, w celu zrekompensowania niskiej wyceny procedury. Brak jest również konkurencji na rynku firm ubezpieczeniowych.

Dla przykładu, w Niemczech w 2020 r. istniało 105 kas chorych (Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland bis 2020). Wybór jednej z nich należy do osoby, która chce się ubezpieczyć. Urzędnicy niemieccy realizują funkcję kontrolną, sprawując dozór nad kasami chorych. W polskim systemie urzędnik odpowiada za pobieranie składek oraz ich dysponowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia. Nadzór u naszego sąsiada wyklucza możliwość preferowania przez firmy ubezpieczeniowe jedynie młodych, zdrowych ludzi jako potencjalnych klientów. System wyrównawczy ma na celu generowanie we wszystkich kasach chorych właściwego zarządzania zasobami finansowymi. Obywatel ma także możliwość wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wymogiem są zarobki powyżej 54 900 EUR rocznie (Kulczyńska, Grzywacz 2015, s. 127).

Według danych OECD na 2015 r. w Polsce przeznaczono na ochronę zdrowia 6,3% PKB, w Niemczech 11,1% PKB, a w USA aż 16,8% PKB. Prognozuje się zwiększenie nakładów w 2030 r. – w Polsce do 6,7% PKB, w Niemczech 12,3% PKB oraz 20,2% PKB w USA (Lorenzoni i in. 2019, s. 19). Powyższe zestawienie wskazuje na bardzo powolne zwiększanie nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce.

W zestawieniu **Health Consumer Index**, obrazującego poziom zadowolenia beneficjentów systemu z jego funkcjonowania, w 2018 r. Polska zajmowała 32. miejsce na 35 (Health Consumer Index 2018, s. 9). Mamy dobrych fachowców w dziedzinie medycyny, jednak rozwiązania systemowe nie pozwalają na wykorzystanie ich potencjału.

Podstawowym **celem tego artykułu** jest analiza elementów systemu, które generują straty w systemie ochrony zdrowia. Obszary te zostały opisane z punktu widzenia uczestników systemu: świadczeniodawcy – ratownika medycznego oraz socjologa medycyny.

Obszary marnotrawienia środków finansowych

1. **Niewłaściwa alokacja środków.** Popyt na usługi medyczne jest większy od podaży. Efektem są ciągle kolejki do przyjęć na oddziały szpitalne, do poradni oraz na wizyty u specjalistów. Według raportu NIK mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia w grudniu 2018 r. dla stabilnych przypadków

wynosiła: do świadczeń opieki obrazowej rezonansu magnetycznego – 171 dni, tomografii komputerowej – 59 dni, do programu lekowego w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową – 125 dni, w poradniach genetycznych dla dzieci – 321 dni, w poradniach nowotworów krwi – 238 dni, endokrynologicznych – 227 dni, immunologicznych dla dzieci – 157 dni (NIK 2019, s. 76). Ewidentnie zatem występuje ograniczona dostępność do leczenia w publicznych placówkach zdrowia.

2. Jedną z przyczyn długiego oczekiwania na procedurę medyczną jest **niedobór kadr medycznych**. Naczelna Izba Lekarska szacuje, że w systemie ochrony zdrowia brakuje 68 tys. lekarzy (Balinowski 2019). W Polsce statystycznie praktykuje ok. 2,5 lekarza oraz ok. 5,5 pielęgniarki na 1000 obywateli (OECD 2019, s. 12). Braki kadrowe wynikają również w dużej mierze z niedoborów finansowych w systemie ochrony zdrowia. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie według branży w 2018 r. wynosiło w Polsce 4589,91 PLN, w tym dla sektora ochrony zdrowia i pomocy społecznej 4414,12 PLN (w tym: średnie wynagrodzenie w sektorze publicznym 4621,03 PLN, a średnie wynagrodzenie w sektorze prywatnym 3814,36 PLN). Najwyższe pensje otrzymywali pracownicy sektorów: informacja i komunikacja (8059,64 PLN) oraz górnictwo i wydobywanie (7773,32 PLN) (GUS 2020a, s. 272–273). Natomiast wynagrodzenie brutto pracowników zatrudnionych według grup zawodowych w sektorze ochrona zdrowia i opieka społeczna wyniosło średnio 4732,36 PLN (przy czym średnia dla mężczyzn to 5437,35 PLN, natomiast dla kobiet 4586,62 PLN) (GUS 2020a, s. 287). Lecz długość oczekiwania na wizytę i procedurę medyczną nie wynika jedynie z braku odpowiedniej liczby personelu medycznego, ale i z braku dostępu do specjalizacji pożądanых na rynku medycznym. Otóż biorąc pod uwagę strukturę zgonów w Polsce według przyczyn, drugie miejsce, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, zajmują choroby nowotworowe. Tymczasem wskaźnik lekarzy ze specjalizacją z onkologii wynosił w 2017 r. 0,2% na 10 tys. mieszkańców, a w 2010 r. wynosił 0,1% (GUS 2018, s. 36) zatem wzrost jest ledwie dostrzegalny.

3. **Przeciążenie szpitali i pogotowia ratunkowego**. Z opracowania „Realizacja świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ” uzyskujemy informacje o liczbie świadczeń w leczeniu szpitalnym wynoszącej 16 614 852 oraz o 31 304 900 ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych za rok 2017 przy liczbie 16 863 434 świadczeń w leczeniu szpitalnym oraz 30 651 957 ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w 2018 r. (NFZ 2019,

s. 20). Należy zauważyć wzrost świadczeń w leczeniu szpitalnym oraz spadek w ambulatoryjnym leczeniu specjalistycznym. Ta tendencja przyczynia się do wzrostu nakładów finansowych na leczenie, ale nie wpływa na poziom zadowolenia pacjentów i korzyści zdrowotne. Niestety nie ma obecnie woli zmiany systemu, w którym większość problemów zdrowotnych rozwiązywałaby opieka ambulatoryjna i praktyki lekarzy rodzinnych.

4. Niemałym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia jest **opieka środowiskowa**, a raczej jej praktyczny brak. Źródeł tej sytuacji należy upatrywać w kilku płaszczyznach. Najważniejszą przyczyną tego stanu jest niewystarczające finansowanie opieki realizowanej przez pielęgniarki oraz lekarzy medycyny środowiskowej. W Polsce nadal większość nakładów na ochronę zdrowia przeznaczana się na leczenie szpitalne, które jest najbardziej obciążające finansowo dla systemu. Nie dostrzega się konieczności kontynuowania leczenia pacjenta po wyjściu z jednostki, w której jego leczenie się zakończyło. Za przykład może posłużyć proces leczenia pacjenta psychiatrycznego, chorego na schizofrenię. W Polsce zdiagnozowanych jest ok. 400 tys. osób z tą chorobą. Jest to choroba przewlekła, charakteryzująca się częstymi nawrotami, zwłaszcza po odstawieniu leków przez pacjenta (*Opieka środowiskowa i właściwa terapia szansą...* 2019). Przeważnie ma to miejsce po opuszczeniu placówki leczniczej, którą jest oddział zamknięty w szpitalu psychiatrycznym. W wielu przypadkach prowadzi się leczenie w warunkach domowych, które powinno być skuteczną kontynuacją leczenia szpitalnego. Aby zapewnić pacjentowi należyłą pomoc i leczenie, oddziały działające w środowisku zamieszkania chorego muszą nad nim sprawować nadzór. Może on polegać na monitorowaniu wizyt pacjenta w poradni zdrowia psychicznego, badaniu stanu psychicznego przez lekarza psychiatrę oraz aplikację leków o wydłużonym działaniu. Dzięki tak skonstruowanej opiece pacjent ma możliwość zarówno pracy zarobkowej, jak i samodzielnego funkcjonowania. Ponadto istnieją dodatkowe korzyści systemowe – wydatki ZUS-u jako instytucji wypłacającej pacjentowi świadczenia w czasie choroby oraz z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy, są na niższym poziomie. W 2018 r. z budżetu NFZ na leczenie chorych na schizofrenię przeznaczono kwotę 612 mln PLN, zaś 1 mld PLN wypłacił ZUS z powodu niezdolności do pracy tej grupy pacjentów (*Opieka środowiskowa i właściwa terapia szansą...* 2019).

Wydaje się, że w Polsce do tej pory nie wypracowano optymalnego modelu opieki środowiskowej, a działania, które w jej zakresie istnieją, są chronicznie niedofinansowane. Ponadto warto wspomnieć, że opieka środowiskowa

ma charakter długoterminowy, może być sprawowana zarówno w jednostce medycznej, jak i w miejscu zamieszkania. Obie formy opieki zajmują marginalną pozycję wśród publicznych wydatków. Wspomniana środowiskowa opieka psychiatryczna pochłaniała w 2018 r. 1% wydatków spośród 3,4% funduszy przeznaczanych na leczenie psychiatryczne (Ostrowski 2018). Z kolei dane OECD wskazują jednoznacznie, że wydatki na świadczenia długoterminowe wynoszą w Polsce zaledwie 6% wszystkich środków przeznaczanych na usługi zdrowotne (OECD 2020, s. 161).

5. System ochrony zdrowia jest jednym z najczulszych wskaźników sytuacji ekonomiczno-politycznej w państwie. Uwidacznia się on zwłaszcza w perspektywie wydarzeń masowych. Bez wątplenia takim zdarzeniem o długofalowym charakterze jest **pandemia COVID-19**. W walkę z koronawirusem zaangażowano wszystkie zasoby systemu, jednak w wielu obszarach są one niewystarczające. Pandemia koronawirusa stanowi próbę dla sprawności organizacyjnej i finansowej dla każdego systemu ochrony zdrowia i poszczególne kraje radzą sobie z nią z różnym skutkiem. Jak zareagował polski system ochrony zdrowia?

Przede wszystkim uwidacznia się brak przygotowania proceduralnego na wypadek tego rodzaju zagrożeń zdrowotnych i w związku z tym – nadmiar aktów prawnych regulujących funkcjonowanie podmiotów leczniczych i innych instytucji odpowiadających za zdrowie obywateli. W ciągu czterech miesięcy Rada Ministrów łącznie (lub osobno) z Ministrem Zdrowia wydali 33 rozporządzenia, zatem stan prawny ulegał zmianie średnio co trzy i pół dnia (Fałek, Janiszewski, Jakubiak 2020). Świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy nie otrzymali nie tylko precyzyjnych wytycznych, ale i dostępu do rzetelnej informacji.

Ponadto zasoby finansowe systemu zostały przekierowane do jednostek leczących pacjentów z COVID-19 kosztem pacjentów z innymi schorzeniami. Liczba wykonanych świadczeń zdrowotnych tylko na przestrzeni 3 miesięcy (od marca do maja) uległa zmniejszeniu 20–70% (Fałek, Janiszewski, Jakubiak 2020). Z bada CBOS-u wynika z kolei, iż w 2020 r. porównaniu z 2018 r. odsetek osób badających się i leczących w okresie 6 m-cy poprzedzających sondaż spadł z 88 do 70%. Ograniczeniu uległo korzystanie nie tylko ze świadczeń w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego (z 80 do 59%), ale i z komercyjnych usług medycznych (z 57 do 39 %). Od stycznia do czerwca 2020 r. w porównaniu z pierwszym półroczem 2018 r. Polacy rzadziej o 20% korzystali z usług lekarzy ogólnych, o 13% z porad lekarzy specjalistów, o 20% z badań laboratoryjnych i diagnostycznych i o 22% z leczenia

stomatologicznego (CBOS 2020). Pacjenci zapytani w ogólnopolskim badaniu przeprowadzonym przez Fundację My Pacjenci o największy problem związany z sytuacją pandemiczną w 70,1% wskazywali na niemożność skorzystania z zaplanowanych wizyt lekarskich oraz badań i zabiegów specjalistycznych. Ponadto – zdaniem 81% pacjentów – w czasie pandemii utrudniony jest dostęp do lekarza w przypadkach schorzeń niezwiązanych z koronawirusem (Fundacja My Pacjenci 2020).

6. Koszty pandemii obejmują nie tylko środki finansowe, ale i społeczne. Pandemia generuje problemy rodzinne, psychiczne, zaburza relacje społeczne. Wyniki badań psychologicznych (*Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego...* 2020) wskazują, że o ile przed pandemią 16,2% osób w wieku 18–34 lata przejawiało nasilony smutek i przygnębienie o klinicznie istotnym nasileniu, to w okresie pandemii ten odsetek zwiększył się ponad dwukrotnie, do 36,6%. Najczęściej zaburzenia depresyjne i lękowe obserwowano wśród osób w wieku 18–24 lata. Tymczasem w planie budżetu NFZ na 2021 rok przewidziano wydatki na psychiatrię niższe o prawie 100 mln PLN w porównaniu z rokiem 2020 (NFZ 2020). Zatem wydatkowanie środków na świadczenia medyczne często pozostaje w sprzeczności do danych epidemiologicznych.

Prognozy amerykańskie zapowiadają, że skutki pandemii będą odczuwane przez kilka najbliższych lat i w zależności od tempa reakcji gospodarki do 2029 r. może umrzeć od 28 do 154 tys. osób w USA w wyniku samobójstwa lub nadużywania substancji psychoaktywnych. Zgony te będą następstwem utraty pracy i obniżenia poziomu dochodów (Petterson, Westfall, Miller 2020, s. 3). Phillips i Nugent (2014) na podstawie analiz z lat wielkiej recesji (2007–2008) wskazują, że **wzrost wskaźnika bezrobocia o 1% skutkuje wzrostem wskaźnika samobójstw o 1–1,6%**. Wskaźniki dotyczące rynku pracy nie napawają optymizmem – tylko między 14 marca a 30 kwietnia 2020 r. 30 mln osób, czyli prawie 1/5 siły roboczej USA, musiało skorzystać ze świadczeń z tytułu utraty pracy (Petterson, Westfall, Miller 2020, s. 6). W Polsce w październiku 2020 r., po półrocznym spowolnieniu gospodarki spowodowanym pandemią koronawirusa, bezrobocie rejestrowane wynosiło 6,1% (GUS, 2020b). Mniejsze zatrudnienie oznacza w praktyce mniejsze składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz konieczność rekompensowania kosztów opieki zdrowotnej z budżetu państwa.

Podsumowanie

W artykule poruszono wybrane finansowe aspekty aktualnej sytuacji polskiego systemu ochrony zdrowia. Choć wielu z nich nie dostrzegamy na co dzień, są one jednak policzalne. Wydaje się, że jednym z ważniejszych powodów powstawania obszarów marnotrawienia środków finansowych są przepisy prawne, zgodnie z którymi w systemie ochrony zdrowia istnieje swego rodzaju dwuwładza – z jednej strony Ministerstwo Zdrowia, z drugiej płatnik, czyli NFZ. Nie zawsze polityka obu instytucji jest spójna. Ponadto nie bez znaczenia są polityczne uwarunkowania systemu i ich społeczne konotacje. Wielu osobom – zwłaszcza starszym – wciąż trudno jest się przyzwyczaić do obecnego modelu ochrony zdrowia i chętnie stosują rozwiązania, które obowiązywały przez dziesięciolecia w socjalistycznym modelu Siemaszki.

Sugerowane zmiany w sposobie finansowania świadczeń zdrowotnych zawarto w drugiej części opracowania, pt.: *Okiem pracownika systemu: niewłaściwa alokacja środków finansowych w ochronie zdrowia. Część II – propozycje zmian.*

Bibliografia

- Anzahl gesetzlichter Krankassssen in Deutschland bis 2020* (2020), <http://de.statista.com> [dostęp: 4.03.2020].
- Balinowski P. (2019), *W Polsce brakuje 68 tysięcy lekarzy. Powodem limity przyjęć na studia i luka pokoleniowa*, <https://www.rmf24.pl/fakty/polska/news-w-polsce-brakuje-68-tysiecy-lekarzy-powodem-limity-przyjec-n,nId,3258044> [dostęp: 4.03.2020].
- CBOS (2020), *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych. Komunikat 98/2020*, Warszawa.
- Fałek A., Janiszewski R., Jakubiak K. (2020), *Wpływ epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 na system opieki zdrowotnej w Polsce. Raport*, Modern Healthcare Institute, Warszawa.
- Fundacja My Pacjenci (2020), *Pacjenci w pandemii – wyniki ogólnopolskiego badania opinii*, <https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2020/08/INFOGRAFIKA-pacjenci-w-pandemii.pdf> [dostęp: 15.12.2020].
- GUS (2018), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, Warszawa, Kraków.
- GUS (2020a), *Rocznik Statystyczny Pracy 2019*, Warszawa.

- GUS (2020b), *Stopa bezrobocia rejestrowanego w latach 1990–2020*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/stopa-bezrobocia-rejestrowanego-w-latach-1990-2020,4,1.html> [dostęp: 12.12.2020].
- Health Consumer Index (2018), <https://healthpowerhouse.com/publications/> [dostęp: 15.12.2020].
- Kulczyńska M., Grzywacz J. (2015), *System Finansowania Publicznej Opieki Zdrowotnej w Polsce w Świetle Doświadczeń Niemieckich*, „Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku. Nauki Ekonomiczne”, t. XXII.
- Lenio P. (2018), *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Lorenzoni L., Marino A., Morgan D., James Ch. (2019), *Health spending projections to 2030*, OECD, [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2019\)3&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2019)3&docLanguage=En) [dostęp: 13.12.2020].
- NFZ (2019), *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018*, Warszawa.
- NFZ (2020), *Aktualności Centrali. Ponad 103 miliardy złotych na leczenie w 2021 roku*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/ponad-103-miliardy-zlotych-na-leczenie-w-2021-roku,7819.html> [dostęp: 15.12.2020].
- NIK (2019), *System ochrony zdrowia w Polsce-stan obecny i pożądane kierunki zmian. Raport*, Warszawa.
- OECD (2019), *State of health in the UE. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia*, <https://www.oecd.org/poland/Polska-Profil-systemu-ochrony-zdrowia-2019-Launch-presentation.pdf> [dostęp: 15.12.2020].
- OECD (2020), *Health at a glance 2019*, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1608549906&id=id&accname=guest&checksum=72437F5C5B205B2B50A10BBEA2EC0DEE> [dostęp: 15.12.2020].
- Opieka środowiskowa i właściwa terapia szansą na aktywne życie społeczne i zawodowe pacjentów ze schizofrenią* (2019), <https://www.medexpress.pl/opieka-srodowiskowa-i-wlasciwa-terapia-szansa-na-aktywne-zycie-spoeczne-i-zawodowe-pacjentow-ze-schizofrenia/75121> [dostęp: 21.03.2020].
- Ostrowski K. (2018), *Model opieki psychiatrycznej do zmiany*, <https://www.medexpress.pl/model-opieki-psychiatrycznej-do-zmiany/69994> [dostęp: 4.04.2020].
- Petterson S., Westfall J., Miller B.M. (2020), *Projected deaths of despair during the coronavirus recession*, Well Being Trust, <http://wellbeingtrust.org> [dostęp: 15.12.2020].

- Phillips J.A., Nugent C. (2014), *Suicide and the Great Recession of 2007–2009: The Role of Economic Factors in the 50 U.S. States*, “Social Science & Medicine”, No. 116, September.
- Szetela P. (2016), *Analiza finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych w krajach europejskich należących do OECD*, „Optimum. Studia Ekonomiczne”, nr 4(82).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).
- Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19. Raport z I fali badania podłużnego* (2020), http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2020/05/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf [dostęp: 12.12.2020].

Afiliacja: dr n. hum. Urszula Michalik-Marcinkowska

Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach
Wydział Medyczny im. Z. Religi w Zabrze
ul. Rolna 43
40-555 Katowice
e-mail: umarcinkowska@interia.pl

Paweł Izdebski

Szpital Kliniczny im. Józefa Babińskiego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie
ul. Doktora Józefa Babińskiego 29
30-393 Kraków
e-mail: pikmed.ratownictwo@wp.pl

