

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.0321.a03

OKIEM PRACOWNIKA SYSTEMU: NIEWŁAŚCIWA ALOKACJA ŚRODKÓW FINANSOWYCH W OCHRONIE ZDROWIA. CZĘŚĆ DRUGA – PROPOZYCJA ZMIAN

Streszczenie

Opracowanie zawiera przegląd propozycji, które mogą pomóc rozwiązać problem marnotrawienia wydatków na świadczenia zdrowotne oraz usprawnić wykonywanie świadczeń zdrowotnych i poprawić ich jakość.

Autorzy przedstawili zaniechania z zakresu profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia, zwrócili uwagę na czynniki środowiskowe wpływające na zdrowie człowieka. Poruszyli także kwestie braku właściwych kompetencji lekarza rodzinnego oraz problemy leczenia środowiskowego, jak również niewłaściwie prowadzonej polityki lekowej.

Artykuł koncepcyjny.

Słowa kluczowe: finanse, profilaktyka, ubezpieczenia, świadczenia medyczne, polityka lekowa.

Kody JEL: I1

FROM THE PERSPECTIVE OF THE SYSTEM EMPLOYEE – IMPROPER ALLOCATION OF FUNDS IN HEALTH CARE SYSTEM. PART TWO – PROPOSED CHANGES

Abstract

The article presents important factors of the life of an average citizen and their influence on his life, as well as on the whole society. It also points to the neglected areas of the Polish preventive healthcare system and health promotion.

Other issues described in the article include the effects which environmental factors have on the general health and the limited competences of general practitioners and the problems of house calls and drug policy.

Concept article.

Keywords: funds, prevention, insurance, medical benefits, drug policy.

JEL Codes: I1

Wprowadzenie

Niedobory finansowe, marnotrawienie środków pieniężnych i niewłaściwa ich alokacja od wielu lat są widoczne w polskim systemie ochrony zdrowia. W części pierwszej opracowania pt.: *Okiem pracownika systemu: niewłaściwa alokacja środków finansowych w ochronie zdrowia. Diagnoza* przedstawiono obszary błędnego funkcjonowania systemu.

Celem artykułu jest przegląd propozycji, które mogą być rozwiązaniem dla usprawnienia procesu wykonywania świadczeń zdrowotnych i poprawy ich jakości oraz stanu finansowego.

Propozycje poprawy sytuacji finansowej w ochronie zdrowia

1. Przede wszystkim, w celu poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz dostosowania go do standardów zachodnioeuropejskich należy zreformować nie tylko finansowanie sektora medycznego, lecz związane

z całokształtem życia zachowania, nawyki i sposób myślenia społeczeństwa. Najefektywniejszym sposobem jest odpowiednio prowadzona **profilaktyka zdrowotna**.

Niestety środki finansowe przeznaczone na profilaktykę są bardzo niskie – przykładowo w latach 2012–2015 wydano na nią zaledwie 1% w dziedzinach medycyny obejmujących gastrologię, ginekologię oraz kardiologię (NIK 2017, s. 15). W strukturze ogólnych wydatków na zdrowie, środki przeznaczone na profilaktykę i zdrowie publiczne wynoszą 2,3% (GUS 2019, s. 112). Zainteresowanie badaniami profilaktycznymi jest minimalne. W 2017 r. w przeliczeniu na 10 tys. kobiet wykonano średnio 396 badań mammograficznych, a zatem z tej formy badań przesiewowych skorzystało 3,96% kobiet (GUS 2018, s. 129). W porównaniu np. z Islandią i krajami skandynawskimi jest to dramatycznie niska wartość (odsetek korzystających z badań przesiewowych wynosi w tych krajach ok. 90%). W odniesieniu do nowotworów jelita grubego, będącego drugą przyczyną zgonów wśród chorób nowotworowych, zgłaszalność na badania przesiewowe (kolonoskopię) wyniosła w 2017 r. 12,9% (Program Badań Przesiewowych 2018). Truizmem jest stwierdzenie, że zapobieganie schorzeniom jest o wiele bardziej efektywne niż ich leczenie.

2. Ważnym aspektem związanym z finansami systemu ochrony zdrowia są właściwie prowadzone **promocja zdrowia i edukacja zdrowotna** zarówno dzieci, jak i dorosłych. Nie dotyczą one jedynie nawyków żywieniowych czy aktywności fizycznej, do których często błędnie ogranicza się prozdrowotny styl życia. Aspektami negatywnie wpływającymi na stan zdrowia dzieci są np. urządzenia elektroniczne, w tym telefony, tablety oraz laptopy. Zbyt częste korzystanie z nich powoduje wady postawy, pogorszenie wzroku oraz zaburzenia adaptacyjne w kontaktach z rówieśnikami (Gottschalk 2019, s. 195; Hardell 2018). Należy się spodziewać, że problemy ulegną nasileniu, zwłaszcza w sytuacji epidemii COVID-19 i konieczności prowadzenia nauczania zdalnego (Jha, Arora 2020) oraz będą skutkować wymogiem leczenia na późniejszych etapach życia.

Osoby dorosłe z kolei korzystają co prawda z obligatoryjnych badań z zakresu medycyny pracy, lecz najczęściej ogranicza się to do morfologii i badania ogólnego moczu, co w żaden sposób nie wyczerpuje podstawowego celu badań kontrolnych, jakim jest regularne monitorowanie zdrowia pracujących. A przypomnijmy – liczba osób pracujących wynosi w Polsce prawie 16,5 mln. Jest to więc znaczna część społeczeństwa. Stan profilaktyki, będącej immanentną częścią promocji zdrowia, obrazują wyniki raportu Najwyższej

Izby Kontroli, w której wyraźnie stwierdzono: „W Polsce nie ma kompleksowego, spójnego i sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej, obejmującego planowanie działań w tym obszarze, nadzór nad ich realizacją oraz ocenę uzyskiwanych efektów. Dostęp do świadczeń profilaktycznych był niewystarczający, co było jednym z czynników, który spowodował, że badaniami tymi objęto ograniczoną liczbę pacjentów, nieprzekraczającą połowy osób uprawnionych” (NIK 2017).

Znaczącym problemem skutkującym negatywnymi konsekwencjami zarówno zdrowotnymi, jak i finansowymi dla jednostki oraz społeczeństwa w Polsce są używki, zwłaszcza alkohol oraz wyroby tytoniowe. Według danych przedstawionych przez Komendę Główną Policji w 2019 r. aż 2717 wypadków drogowych miało miejsce z udziałem osób będących pod wpływem alkoholu (Komenda Główna Policji 2020). Koszty dotyczą nie tylko strat zdrowotnych i emocjonalnych. Według wyliczeń, średni koszt zgonu człowieka w wieku produkcyjnym wynosi ok. 860 tys. z tytułu niewykonywanej pracy. Średni koszt leczenia osoby poszkodowanej w wypadku wynosi natomiast 130 tys. (Ryszkowski i in. 2015, s. 5). Alkohol jest istotną przyczyną przedwczesnych zgonów (Jayasekara i in. 2014) oraz stanowi aż 27% spośród czynników socjoekonomicznych będącymi przyczynami umieralności (Probst i in. 2020). Alkoholizm generuje mechanizm współzależnienia i stanowi jedną z głównych przyczyn rozpadu małżeństw, powoduje także problemy z podjęciem pracy. Straty finansowe wynikające z nadużywania alkoholu wynoszą 2–6% PKB (Ryszkowski i in. 2015, s. 5). Jednocześnie w okresie 10.2019–10.2020 r. Polacy przeznaczyci na zakup alkoholu 39 mld PLN (Ceglarz 2020). W Polsce nałogowo pali ok. 9 mln obywateli. Rocznie z powodu powikłań z tego nałogu umiera na nowotwory oraz inne schorzenia ok. 20 tys. aktywnych palaczy oraz ok. 2 tys. biernych (*Palenie to nie tylko...* 2019). Rocznie polski system zdrowotny jest obciążony kwotą ponad 10 mld PLN z tytułu leczenia palaczy (*Palenie to nie tylko....* 2019). Do tych kwot należały doliczyć lata utracone z powodu szybszego zgonu (Holford i in. 2014) oraz zmniejszenia efektywnej pracy osoby uzależnionej (Anderson 2012).

3. W celu zapobiegania zachorowaniom, wypadkom oraz utracie zdolności do samodzielnego funkcjonowania potrzebna jest **eliminacja szkodliwych czynników**, zarówno indywidualnych, jak i środowiskowych. W celu osiągnięcia wspomnianych założeń wszystkie ministerstwa powinny podjąć merytoryczną dyskusję na temat redukcji negatywnych czynników w swoich sektorach. Za zanieczyszczenie środowiska w głównej mierze są odpowiedzialne spalane

złej jakości paliwa oraz zwiększone natężenie ruchu samochodowego. Eliminacja szkodliwych paliw oraz zwiększenie dostępu do alternatywnych źródeł energii poprawią jakość powietrza, wody oraz gleby. Warto również zauważyć problem ubóstwa energetycznego generującego zanieczyszczenie środowiska wywołane niewłaściwym ogrzewaniem gospodarstw domowych. Według badań, problem ubóstwa energetycznego w Polsce dotyczy 12,2% domów i mieszkań (Bednarz 2018) i wywołuje szereg negatywnych konsekwencji zdrowotnych (Frankowski, Sokołowski, Lewandowski 2020).

4. Aby skutecznie leczyć w sytuacji, gdy profilaktyka zawiedzie, przede wszystkim konieczna jest dostępność do świadczeń zdrowotnych, ale i **zapewnienie bezpieczeństwa personelowi medycznemu** podczas wykonywania świadczeń. Polska – wzorem innych państw – powinna postawić na szeroko rozumiany rozwój opieki środowiskowej. Jest ona zarówno wydajniejsza oraz mniej kosztowna od leczenia szpitalnego (NIK 2017). Obecnie stawki ryczałtowe oraz zagrożenia z strony agresywnych pacjentów i domowników zniechęcają personel medyczny do pracy poza jednostkami leczniczymi (*POZ: Ile i za co dokładnie...* 2018). Ważne w wykonywaniu zawodów medycznych jest poczucie docenienia przez społeczeństwo. Niestety, status pracowników medycznych w ostatnich latach został osłabiony i wzrasta liczba zachowań agresywnych wobec przedstawicieli środowiska. System na razie zdaje się nie radzić sobie z tego typu zdarzeniami.

5. Kolejnym elementem mogącym usprawnić finansowe funkcjonowanie systemu jest zrewidowanie **zakresu działań lekarza rodzinnego**. Statystycznie na jednego lekarza tej specjalizacji przypada 1075 pacjentów („Rynek Zdrowia” 2016). W zależności od regionu liczba pacjentów może wzrastać nawet dwukrotnie. W konsekwencji lekarz podstawowej opieki zdrowotnej poświęca średnio 1,58 godziny na pacjenta rocznie. Wartość ta odpowiada sytuacji optymalnej, gdy lekarz przyjmuje w pełnym, etatowym wymiarze godzin. Na podstawie wskazanych liczb łatwo zauważyć brak możliwości właściwego diagnozowania i leczenia. Z brakiem czasu wiążą się również trzy inne problemy. Pierwszym, ważnym w kontekście tego opracowania, jest niska stawka kapitacyjna za leczenie osób zapisanych do lekarzy rodzinnych (*POZ: Ile i za co dokładnie...* 2018; *NFZ da na pacjenta POZ...* 2018). Drugim jest częsty brak aktualnej wiedzy wśród lekarzy rodzinnych spowodowany rzadkim korzystaniem przez nich ze szkoleń oraz brak sprzętu diagnostycznego w gabinetach. Konsekwencją bywa niepotrzebne kierowanie pacjentów do

lekarzy specjalistów. Trzecim problemem jest zwiększająca się grupa pacjentów korzystających z konsultacji lekarskich lub usług pogotowia ratunkowego bez ewidentnych potrzeb zdrowotnych.

W celu rozwiązania problemu funkcjonowania lekarzy rodzinnych należałoby przede wszystkim zachęcić nowych adeptów medycyny do wybrania tej specjalności po studiach lekarskich. Wskazane jest również zwiększenie nakładów finansowych na gabinety lekarzy rodzinnych, aby mogli poszerzyć swój wachlarz diagnostyczny. Wprowadzenie kursów oraz zaopatrzenie w nowe zdobycze techniki pozwoliłoby z kolei na ograniczenie liczby konsultacji u specjalistów oraz pobytów na oddziałach szpitalnych. Ponadto prowadzenie gabinetu lekarza rodzinnego oraz całego zaplecza z nim związanego usprawniłoby wprowadzenie **opłat za porady w ramach tzw. współpłacenia**. Dodatkowa opłata powinna być niewysoka i wynosić od kilku do kilkunastu złotych oraz nie przekraczać ustalonego rocznego limitu. Rozwiązania tego typu funkcjonują m.in. w Grecji, Słowenii czy Włoszech (Domagała 2016). Wprowadzenie płatności zmniejszyło w tych krajach liczbę osób niepotrzebnie korzystających z poradni podstawowej opieki zdrowotnej. Ważna jest również zmiana wizerunku lekarzy pierwszego kontaktu oraz zwiększenie ich kompetencji komunikacyjnych (Michalik-Marcinkowska, Mistarz, Maziarz 2020), by byli postrzegani jako osoby dobrze przygotowane do swoich działań i aby pacjenci mieli możliwości uzyskania optymalnej pomocy w gabinecie lekarza, z którego porad korzystają najczęściej.

6. Usprawnienia finansowego i organizacyjnego wymagają **Państwowe Ratownictwo Medyczne** oraz szpitalne oddziały ratunkowe. NFZ podpisując z nimi umowę na świadczenia medyczne ustala dobowy ryczałt, w ramach którego te instytucje mają działać. W 2020 r. kwoty ryczałtu wynosiły odpowiednio: ok. 3000 PLN na dobę dla ambulansu typu P, 4300 PLN dla ambulansu typu S, a także 4110 PLN dla SOR. W zależności od wykonywanych czynności, kwota bazowa w SOR może ulec zmianie (Zarządzenie nr 64/2017). Aby poprawić pracę wspomnianych podmiotów leczniczych oraz ograniczyć koszty związane z ich funkcjonowaniem, należy wprowadzić dodatkowe płatności, podobnie jak w przypadku świadczeń z zakresu POZ. Odpowiedzialność finansowa zmniejszyłaby również nieuzasadnione korzystanie z wymienionych świadczeń medycznych (Krakowskie Pogotowie Ratunkowe 2018).

7. Aby system ochrony zdrowia w pełni mógł wykorzystać potencjał funduszy wpłacanych przez osoby ubezpieczone, ich zarządzaniem muszą zajmować

się przygotowane do tego firmy ubezpieczeniowe. **Brak monopolu jednego ubezpieczyciela** pozwoliłby na wprowadzenie pakietów, które każdy obywatel mógłby dostosować do swoich potrzeb. Powinny one działać podobnie jak ubezpieczenia AC w przypadku samochodów, ponieważ każdy świadczeniobiorca ma inne wymagania. Dzięki tak dobranym ubezpieczeniom większość zobowiązań, którymi w tym momencie jest obciążony państwowy płatnik, zostałyby przeniesionych na ubezpieczenia indywidualne. Należy w tym miejscu podkreślić, iż finansowanie procedur wysokospecjalistycznych powinno być dokonywane – jak dotychczas – przez budżet państwa. Również kształcenie personelu medycznego nadal powinno pozostać w gestii państwa. Natomiast środki na leczenie oraz potrzebny sprzęt uzyskiwane byłyby z funduszy firm ubezpieczeniowych.

8. Sposobem niwelowania strat finansowych w systemie ochrony zdrowia jest prawidłowo prowadzona **polityka gwarantująca dostępność leków** oraz regulująca ich refundację. Polscy pacjenci płacą lub dopłacają 74% do wszystkich leków sprzedawanych w aptekach oraz ok. 56–57% ceny leków dostępnych na receptę. Z kolei udział dopłat pacjentów do leków refundowanych w 2017 r. wyniósł 29% (Ministerstwo Zdrowia 2018, s. 52). W Polsce jedynie 42% wydatków na leki na receptę jest pokrywane ze środków publicznych (przy 60% w Unii Europejskiej oraz 55% w Europie Środkowo-Wschodniej). „Polska wydaje mniej na leki niż kraje ościenne i duże kraje europejskie. Nasze wydatki na leki są najniższe w całej UE. Wydajemy 0,5 proc. PKB na farmakoterapię. To zaledwie 50 proc. średniej, osiągananej przez kraje naszego regionu i około 28 proc. wydatków, które osiągane są w całej Unii Europejskiej” (Cichowska-Duma, Klimek 2018).

Prostym sposobem na ograniczenie kosztu dopłaty do leków refundowanych jest zmiana dotychczasowych procedur wydawania leków w aptekach („Rynek Zdrowia” 2010). Mimo ordynowania mniejszej ilości środków farmaceutycznych przez lekarza – w porównaniu z ilością w opakowaniu – w aptekach sprzedawane są całe opakowania. Przez takie nieracjonalne podejście rocznie wyrzucamy do kosza leki za ok. 2 mld PLN. Wzorem innych państw zastosowanie *formuły jeden do jednego*, czyli przepisywanie pacjentowi tylko takiej ilości leku, który wystarcza na jedną terapię, zredukowałoby koszty dopłat. Równie ważnym i skutecznym sposobem ograniczania kosztu zakupów leków wydaje się edukacja w doborze medykamentów generycznych (Krajl 2020).

Podsumowanie

W ramach konkluzji należy podkreślić, iż w celu zwiększania dostępności do opieki medycznej, niewystarczające jest jedynie dofinansowanie sektora medycznego. Konieczne jest **uszczelnienie systemu** i systematyczne monitorowanie wydatków. Przede wszystkim jednak zarówno decydenci, jak i obywatele, powinni sobie uświadomić złożoność czynników wpływających na zdrowie oraz dostrzec jednostkowy potencjał każdego obywatela w tworzeniu sprawnego sektora medycznego. Obywatel analizując swoje potrzeby wybierałaby zakres indywidualnego ubezpieczenia. Błędem jest generalizowanie potrzeb zdrowotnych oraz podejmowanie decyzji o ich zaspokajaniu przez urzędników. Jeżeli decydujemy o przekątnej zakupionego telewizora lub marce samochodu, powinniśmy mieć również wpływ na ścieżkę wydatków zdrowotnych.

Wśród przedstawionych w obu częściach opracowania (zarówno w części pierwszej pt. *Diagnoza*, jak i w niniejszej) przykładów niewłaściwej alokacji środków finansowych w ochronie zdrowia, niedofinansowanie opieki zdrowotnej jest tylko jednym z wielu powodów jej nieefektywnego funkcjonowania. Samo „pompowanie” dodatkowych funduszy do systemu, w tym zwiększanie wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, nie przyniesie wymiernych korzyści. Za zdrowie społeczeństwa w największej mierze odpowiadają jednostki je tworzące, stąd podstawową propozycją poprawy finansowej kondycji systemu ochrony zdrowia jest promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja zdrowotna. Jest to zgodne z ideą ochrony zdrowia i koncepcją zdrowia publicznego. Zdrowie publiczne, czyli zdrowie nas wszystkich, wartość ogólnospołeczna, za którą odpowiedzialni są zarówno obywatele, jak i rząd oraz instytucje ochrony zdrowia. Prezydent USA J.F. Kennedy’ego powiedział: „Nie pytaj, co twój kraj może zrobić dla ciebie, pytaj, co ty możesz zrobić dla swojego kraju” (PWN 2020). Aktualność tego stwierdzenia obejmuje również kwestie zdrowotne. To my, obywatele mamy największy wpływ na kształt naszego zdrowia. Oczywiście nie wszystko możemy zmienić – marnotrawienie funduszy społecznych jest poza naszą jednostkową kontrolą. Jednakże dbałość o dobry stan zarówno ducha, jak i ciała, leży w dużym stopniu w naszych rękach.

Bibliografia

- Anderson P. (2012), *Alcohol and the workplace*, (w:) Anderson P., Møller L., Galea G. (red.), *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*, WHO Regional Office in Europe, Copenhagen, Denmark.
- Bednarz P. (2018), *Miliony Polaków mają problem z ogrzaniem swoich domów. 500 plus poprawia jednak sytuację*, Business Insider Polska, <https://businessinsider.com.pl/twoje-pieniadze/ubostwo-energetyczne-w-polsce-na-czym-polega/d8rdmnn> [dostęp: 21.12.2020].
- Ceglarz J. (2020), *Tak piją Polacy w pandemii. Padł nowy rekord*, <https://www.money.pl/gospodarka/tak-pija-polacy-w-pandemii-padl-nowy-rekord-6580063447505824a.html> [dostęp: 21.01.2021].
- Cichowska-Duma B., Klimek M. (2018), *Publiczne wydatki na leki są w Polsce trzy razy niższe niż w największych krajach UE. Ich wyrównanie mogłoby ograniczyć o 12 tys. liczbę przedwczesnych zgonów rocznie*, Newseria, <https://biznes.newseria.pl/news/publiczne-wydatki-na-leki,p739580276> [dostęp: 24.11.2020].
- Domagała M. (2016), *Pacjenci wszędzie dopłacają*, gazeta lekarska.pl <https://gazetalekarska.pl/?p=29292> [dostęp: 21.10.2020].
- Frankowski J., Sokołowski P., Lewandowski J. (2020), *Ubóstwo energetyczne, warunki mieszkaniowe i zdrowie w Polsce*, IBS Working Paper, nr 10. <https://ibs.org.pl/publications/ubostwo-energetyczne-warunki-mieszkaniowe-i-zdrowie-w-polsce/> [dostęp: 13.01.2021].
- Gottschalk F. (2019), *Impacts of technology use on children: exploring literature on the brain, cognition and well-being*, OECD Education Working Paper, No. 195, EDU/WKP(2019)3.
- GUS (2018), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017*, Warszawa-Kraków.
- GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018*, Warszawa-Kraków.
- Hardell L. (2018), *Effects of Mobile Phones on Children's and Adolescents' Health: A Commentary*, "Child Development", No. 89(1).
- Holford T.R. i in. (2014), *Tobacco control and the reduction in smoking-related premature deaths in the United States, 1964–2012*, "JAMA", No. 311(2).
- Jayasekara H. i in. (2014), *Alcohol consumption over time and risk of death: a systematic review and meta-analysis*, "The American Journal of Epidemiology", No. 1;179(9).
- Jha A.K., Arora A. (2020), *The neuropsychological impact of E-learning on children*, "The Asian Journal of Psychiatry", No. 54.
- Komenda Główna Policji. Biuro Ruchu Drogowego (2020), *Wypadki drogowe w Polsce w 2019 roku*, Warszawa.

- Kraj J. (2020), *Lek oryginalny a lek generyczny – różnice. Czy zamienniki są gorsze?* <https://apteline.pl/artykuly/lek-oryginalny-a-lek-generyczny-roznice-czy-zamienniki-sa-gorsze> [dostęp: 13.01.2021].
- Krakowskie Pogotowie Ratunkowe (2018), *Mandaty za nieuzasadnione wezwanie*, <http://kpr.med.pl/mandaty-za-nieuzasadnione-wezwania/> [dostęp: 21.03.2020].
- Michalik-Marcinkowska U., Mistarz M., Maziarz M. (2020), *Wybrane aspekty komunikacji pacjenta-seniora z lekarzem*, (w:) Michalik-Marcinkowska U., Lejman P., Kulik H. (red.), *Aktualne problemy gerontologii wyzwaniem dla zdrowia publicznego – wymiar społeczny*, Akapit, Toruń.
- Ministerstwo Zdrowia (2018), *Polityka lekowa państwa 2018–2022*, Warszawa.
- NFZ *da na pacjenta POZ o 25 gr więcej. Jest zarządzenie* (2018), <https://www.politykazdrowotna.com/33693,nfz-da-na-pacjenta-poz-o-25-gr-wiecej-jest-zarzadzenie> [dostęp: 16.12.2020].
- NIK (2017), *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa.
- Palenie to nie tylko rak płuca* (2019), <https://www.politykazdrowotna.com/51598,palenie-to-nie-tylko-rak-pluca> [dostęp: 21.01.2021].
- POZ: Ile i za co dokładnie NFZ będzie płacić od lipca?* (2018), <https://www.politykazdrowotna.com/33702,poz-ile-i-za-co-dokladnie-nfz-bedzie-placic-od-lipca> [dostęp: 21.03.2020].
- Probst C. i in. (2020), *The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review*, “Lancet Public Health”, No. 5(6).
- Program Badań Przesiewowych (2018), http://pbp.org.pl/wp-content/uploads/2018/03/Zg%C5%82aszalno%C5%9B%C4%87_2012-2017-1.pdf [dostęp: 4.01.2021].
- PWN (2020), <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Kennedy-John-Fitzgerald;3921716.html> [dostęp: 18.12.2020].
- „Rynek Zdrowia” (2010), *Według Ministerstwa Zdrowia możemy marnotrawić nawet 1 mld zł z refundacji leków*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Wedlug-Ministerstwa-Zdrowia-mozemy-marnotrawic-nawet-1-mld-zl-z-refundacji-lekow,101714,6.html> [dostęp: 21.03.2020].
- „Rynek Zdrowia” (2016), *Raport NFZ: gdzie najbardziej brakuje lekarzy rodzinnych?*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Raport-NFZ-gdzie-najbardziej-brakuje-lekarzy-rodzinnych,159751,1.html> [dostęp: 21.03.2020].
- Ryszkowski A. i in. (2015), *Objawy i skutki nadużywania alkoholu*, “Journal of Clinical Healthcare”, No. 1, http://jchc.eu/numery/2015_201511.pdf [dostęp: 21.03.2020].
- Zarządzenie nr 64/2017 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania

i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-642017dsm,6610.html> [dostęp: 21.03.2020].

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

mgr 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

