



fot. iStockphoto.com

Ile kraje powinny wydawać na ochronę zdrowia?

Czytelnicy „Menedżera Zdrowia” nie powinni być zdziwieni przedstawieniem raportu WHO z 2003 r. Wyzwanie dotyczące określenia „odpowiednich” publicznych nakładów finansowych na ochronę zdrowia jest jak najbardziej aktualne. Autor raportu WHO William Savedoff przedstawia temat w sposób dość obszerny, konkludując, że jest to zadanie złożone. Wprawdzie w przestrzeni publicznej pojawiają się różne wielkości, np. 6,8% PKB, jednak autor twierdzi, że WHO nie wydało w tym zakresie wiążących rekomendacji. W ogólnodostępnych źródłach internetowych nie znalazłem stanowiska WHO z konkretną, wyrażoną w procentach rekomendacją dotyczącą wydatków publicznych na zdrowie. Co ciekawe, kraj z najwyższymi publicznymi wydatkami na ochronę zdrowia – Dania – wydaje mniej całościowo *per capita* niż kraj z najwyższymi całkowitymi wydatkami na ochronę zdrowia – USA. W Danii udział sektora prywatnego w rynku ochrony zdrowia jest marginalny, a w USA sporą część wydatków ponoszą pracodawcy, co jest zaliczane przez WHO do wydatków prywatnych. Między innymi dlatego system ochrony zdrowia w USA otrzymał negatywne punkty w rankingu WHO. Lekturę niniejszego raportu polecam w czasie gorącej dyskusji na temat bezdyskusyjnej konieczności zwiększenia wydatków na zdrowie w naszym kraju.

Jarosław J. Fedorowski

Wstęp

Skala rozpiętości nakładów na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca w poszczególnych krajach wynosi od ponad 100 do 1, co przekłada się na wydatki w wysokości od 1% do ponad 10% dochodu narodowego. Po uwzględnieniu innych czynników i rodzajów wydatków okazuje się jednak, że wyniki

zdrowotne w różnych krajach nie są ściśle powiązane z poziomem finansowania świadczeń zdrowotnych. Dlatego nie powinno dziwić pytanie, zadawane przez wiele osób: „jaką właściwie kwotę kraj powinien przeznaczać na zdrowie?”.

O atrakcyjności tego pytania wyraźnie świadczy duża liczba odniesień do niego w krajowych debatach

na temat polityki zdrowotnej. Widać ją także w częstym powoływaniu się na rzekome „rekomendacje” WHO, aby kraje przeznaczały na zdrowie 5% swojego PKB. Takich rekomendacji nigdy w sposób formalny nie zatwierdzono i nie znajduje ona większego oparcia w faktach. Potrzeba pilnie solidnych dowodów, które dałyby odpowiedź na tak postawione pytanie. Ono samo jednak jest dość zwodnicze, bo choć wydaje się kompletne, wcale takie nie jest.

O co właściwie pytamy?

Przede wszystkim trudno ocenić, ile środków kraj powinien przeznaczać na utrzymanie i poprawę ochrony zdrowia, jeśli nie znamy wyzwań, które przed nim stoją. Odpowiednia kwota wydatków w kraju z problemem niedożywienia ludności, który boryka się z endemiczną malarią i epidemią HIV/AIDS, będzie zupełnie inna niż w kraju, w którym występują nieliczne zachorowania na choroby zakaźne, ale który boryka się wysoką zachorowalnością na nowotwory i choroby przewlekłe. Pytanie należałoby zatem doprecyzować w następujący sposób:

Ile pieniędzy na zdrowie powinien przeznaczać mój kraj, biorąc pod uwagę jego aktualny profil epidemiologiczny?

Jednak sama wiedza na temat bieżącego profilu epidemiologicznego nie pozwala określić, jakimi problemami zdrowotnymi dany kraj zajmie się lub może się zająć. Z medycznego punktu widzenia wyeliminowanie polio jest możliwe już od pewnego czasu, jednak dopiero dzisiaj, 50 lat po wynalezieniu szczepionki na tę chorobę przez Jonasa Salka, wszystkie kraje podjęły polityczną decyzję o realizacji tego celu. Kwota niezbędnych nakładów zależy zatem także od aspiracji danego kraju. Pytanie należałoby zatem sformułować następująco:

Ile pieniędzy na zdrowie powinien przeznaczać mój kraj, biorąc pod uwagę jego aktualny profil epidemiologiczny w relacji do pożądanego statusu zdrowotnego?

Niestety pytanie nadal pozostaje niekompletne, nie uwzględnia bowiem efektywności szeregu różnych zasobów, która przekłada się na poprawę sytuacji zdrowotnej. Możliwości personelu medycznego lub urzędników zajmujących się kwestiami zdrowotnymi, a także dostępne technologie oraz jakość leków i sprzętu wpływają na to, w jakim zakresie nakłady przełożą się na faktyczną poprawę stanu zdrowia. Zasoby te oraz ich wykorzystanie mogą być także organizowane na różny sposób, co wpływa na ilość pieniędzy potrzebnych na ich administrację, utrzymanie i funkcjonowanie. Postawione pytanie wymaga zatem dalszego dookreślenia:

Ile pieniędzy na zdrowie powinien przeznaczać mój kraj, biorąc pod uwagę jego aktualny profil epidemiologiczny w relacji do pożądanego statusu zdrowotnego, przy uwzględnieniu efektywności zasobów systemu ochrony zdrowia?

Efektywność zasobów jest czynnikiem o kluczowym znaczeniu, podobnie jak koszt tych zasobów. Ceny produkowanych na masową skalę leków i wyrobów medycznych mogą być niższe w krajach o dużych rynkach, wykorzystujących efekt skali. Z kolei warunki na rynku pracy oraz system szkolnictwa wpływają na wysokość zarobków wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia i personelu pomocniczego. W związku z tym kwotę wymaganych nakładów pieniężnych kształtują także ceny względne, co prowadzi do kolejnego doprecyzowania:

Ile pieniędzy na zdrowie powinien przeznaczać mój kraj, biorąc pod uwagę jego aktualny profil epidemiologiczny w relacji do pożądanego statusu zdrowotnego, przy uwzględnieniu efektywności zasobów systemu ochrony zdrowia nabywanych po aktualnych cenach?

Zadane pytanie byłoby pełne, gdyby nie jeszcze jedna okoliczność. W prezentowanym brzmieniu nie uwzględnia ono innych społecznych potrzeb związanych z istniejącymi zasobami, takimi jak choćby mieszkania, edukacja, infrastruktura publiczna, policja czy sztuka. Dlatego społeczeństwo, niezależnie od wagi zdrowia, musi przynajmniej rozważyć najlepsze możliwości wykorzystania ograniczonych zasobów. W wielu wypadkach wynikiem takiego porównania będzie alokacja środków na świadczenia zdrowotne lub na realizację inicjatyw w zakresie zdrowia publicznego. Przychodzi jednak moment – co ma kluczowe znaczenie w kontekście pytania „ile?” – w którym przeznaczanie dalszych środków na zdrowie staje się mniej korzystne społecznie niż ich wydatkowanie na inne cele. Tym samym nasze pytanie brzmi teraz tak:

Ile pieniędzy na zdrowie powinien przeznaczać mój kraj, biorąc pod uwagę jego aktualny profil epidemiologiczny w relacji do pożądanego statusu zdrowotnego, przy uwzględnieniu efektywności zasobów systemu ochrony zdrowia nabywanych po aktualnych cenach, a także relatywnej wartości oraz kosztu innych potrzeb społecznych, które wiążą posiadane zasoby?

W tym miejscu wyraźnie już widać, że odpowiedź na pozornie proste pytanie „Ile pieniędzy na zdrowie powinien przeznaczać mój kraj?” wymaga w istocie określenia szeregu czynników, z których wynikać będą różne szacunki. Istniejące uwarunkowania epidemiologiczne, aspiracje społeczne, techniczna efektywność zasobów w systemie ochrony zdrowia, w tym ich efektywna alokacja, aktualne ceny, a także inne obszary społecznego wykorzystania pieniędzy – wszystkie te czynniki odgrywają określoną rolę przy ustalaniu kwoty wydatków na cele zdrowotne.

Jakich odpowiedzi próbowano udzielić?

Powyższe pytanie może dotyczyć różnych aspektów wydatkowania środków na służbę zdrowia. Można je

stawiać w kategoriach bezwzględnych lub relatywnie do dochodu: „Ile pieniędzy na osobę?” albo „Jaki udział w PKB?”. Można je również stawiać w kategoriach całkowitych nakładów na ochronę zdrowia lub tylko wydatków publicznych. Jeżeli chodzi przede wszystkim o wydatki publiczne, pytanie w sposób oczywisty wpisze się w szerszą debatę na temat budżetów na cele publiczne. Jeżeli zaś nacisk jest położony na całkowite wydatki, pytanie wykracza poza kwestię budżetu publicznego i wymaga namysłu nad rozwiązaniami w sferze polityki, które wpływają na poziom wydatków osób i gospodarstw domowych na świadczenia zdrowotne, a także na rodzaj nabywanych świadczeń.

Wydatki publiczne i ich udział w dochodzie krajowym lub wydatkach rządowych to najczęściej główny przedmiot zainteresowania w debatach na temat rozwiązań w sferze polityki, co po części wynika z bezpośredniego wpływu decydentów politycznych na kształt finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych. Wydatki publiczne stanowią ponadto tak dużą część ogólnych nakładów na zdrowie w większości krajów OECD, że różnica między nimi ma charakter marginalny. W większości krajów bardzo dużą część ogółu nakładów na zdrowie stanowią jednak wydatki prywatne i w takich wypadkach należy uwzględnić kwoty i uwarunkowania wydatków zarówno publicznych, jak i prywatnych, a także dostępne instrumenty polityki państwowej, które kształtują wydatki ze źródeł prywatnych.

W próbach odpowiedzi na to, „ile” dany kraj powinien przeznaczać na zdrowie, można wyróżnić co najmniej cztery różne podejścia – od przybliżonych porównań z innymi krajami po tworzenie kompleksowych ram budżetowych.

Podejście 1. Presja równego statusu

Pierwsze podejście polega na porównaniu wydatków danego kraju z wydatkami krajów o podobnej charakterystyce, np. w kategoriach poziomu dochodów, kultury lub profilu epidemiologicznego. Zakłada się tu, że w związku z trudnościami w ustaleniu relacji pomiędzy poziomem wydatków na ochronę zdrowia a wskaźnikami zdrowotności (*health outcomes*) należy obserwować i wyciągać wnioski z porównywalnych doświadczeń. Jest to podejście najbliższe koncepcyjnie tzw. analizie porównawczej (*benchmarking*), w ramach której firmy lub jednostki administracyjne określają swoje cele w relacji do celów osiągniętych przez podmioty do nich zbliżone.

Podejście to jest dość atrakcyjne w kontekście debaty na temat polityki zdrowotnej, jako że pozwala w prosty sposób określić jedną kwotę docelową. Słychać to w głosach polityków brytyjskich, gdy twierdzą, że ich kraj wydaje zbyt mało na zdrowie w porównaniu z jego odpowiednikami w Unii Europejskiej. W sposób jawny jest ono obecne również w badaniach, które zestawiają poziom wydatków na ochronę zdrowia z dochodem



narodowym, a następnie wskazują na kraje lub regiony, w których wydatki są niższe lub wyższe od oczekiwanych¹. Dla przykładu, z porównań pomiędzy krajami rozwijającymi się wynika zasadniczo, że poziom wydatków w państwach azjatyckich jest niższy od spodziewanego (biorąc pod uwagę poziom dochodu krajowego), natomiast w krajach Ameryki Łacińskiej – wyższy.

Podstawowym problemem prezentowanego podejścia jest to, że niemal wyłącznie skupia się ono na zasobach, tj. na wielkości wydatków w stosunku do dochodu krajowego, a nie uwzględnia głównego celu tych wydatków, jakim powinna być poprawa sytuacji zdrowotnej. Aby temu zaradzić, analiza porównawcza mogłaby koncentrować się na zbliżonych do siebie krajach, których wskaźniki zdrowotności należą do najlepszych. W efekcie otrzymamy, niestety, dalece zróżnicowane szacunki w zależności od wyboru porównywanych krajów. W większości wypadków w grupie krajów z dobrymi wskaźnikami zdrowotności skala wydatków na ochronę zdrowia jest wyjątkowo szeroka i rzadko na jej podstawie można uzyskać jasną odpowiedź co do optymalnej kwoty.

Podejście 2. Ekonomia polityczna

Pytanie zadawane w ramach drugiego z podejść ulega nieznacznej zmianie. Nie brzmi ono już: „Ile pieniędzy na zdrowie powinien przeznaczać mój kraj?”, ale: „Dlaczego mój kraj wydaje więcej (lub mniej) na zdrowie, niż powinien?”. Innymi słowy, w działaniu tych, którzy dążą do zmiany w wydatkach na ochronę

¹ „Raport o rozwoju na świecie” z 1993 r. (World Development Report 1993) i „Raport o postępach społecznych i ekonomicznych” z 1996 r. (Social and Economic Progress Report 1996) zawierają wykresy omawiające relacje wydatków do dochodów i prezentują argumenty na rzecz wzrostu efektywności wydatków na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia. Podobne ustalenia w 2002 r. przedstawili Poullier i wsp., opierając się na najnowszych szacunkach poziomu krajowych wydatków na zdrowie.



zdrowia, kryje się założenie, że aktualny udział dochodu narodowego lub budżetu publicznego w nakładach na zdrowie nie jest optymalny z punktu widzenia społeczeństwa. Poziom wydatków na zdrowie przypuszczalnie odbiega od optymalnego w wyniku wzajemnego oddziaływania czynników o charakterze politycznym i ekonomicznym, które określają priorytety budżetowe. W kraju, w którym wydatki na ochronę zdrowia są sztucznie zawyżone lub zaniżone z powodu działań określonych grup lobbujących (dostawców wojskowych, związków nauczycielskich, stowarzyszeń lekarskich, spółek farmaceutycznych itd.), w ramach omawianego podejścia próbowano by określić wielkość istniejącego zniekształcenia w tym zakresie.

Jest to prawdopodobnie podejście najlepsze z punktu widzenia nauk społecznych, ponieważ przedmiotem jego zainteresowania są rzeczywiste mechanizmy polityczne, które określają poziom wydatków na ochronę zdrowia oraz zachowania podmiotów społecznych wpływających na decyzje o wydatkach publicznych. Ilościowa ocena wpływu czynników politycznych na decyzje budżetowe jest jednak trudna. Omawiane podejście zakłada również identyfikację „dobrych” i „złych” (co zależy od indywidualnego punktu widzenia) w debatach budżetowych, co nie zawsze stanowi najlepszą drogę do zdobycia przyjać i przekonania do siebie przeciwników.

Podejście 3. Funkcja produkcji zdrowia

W trzecim ze sposobów uzyskania odpowiedzi na postawione wyżej pytanie dąży się do precyzyjnego określenia tzw. funkcji produkcji zdrowia (*health production function*) w drodze analizy danych panelowych i porównań pomiędzy krajami. W omawianym podejściu wykorzystuje się zagregowane dane dotyczące wydatków na

ochronę zdrowia, charakterystyk socjoekonomicznych, cech demograficznych oraz innych czynników, które wpływają na uwarunkowania stanu zdrowia ludności. Tak powstałe równanie może określić stopień, w jakim zwiększenie (lub zmniejszenie) poziomu wydatków wpłynęłoby na uwarunkowania zdrowotne po uwzględnieniu wpływu wspomnianych wyżej czynników. Równanie to umożliwia uwzględnienie trzech kwestii, o których wspomniano wyżej: aktualnego profilu epidemiologicznego, kosztów zasobów oraz efektywności wykorzystania tych zasobów w celu poprawy stanu zdrowia.

Jednym z ograniczeń metody w jej obecnym kształcie jest to, że umożliwia ona wyznaczenie docelowego poziomu wydatków dopiero po określeniu danego poziomu uwarunkowań stanu zdrowia lub pożądanej zmiany tych uwarunkowań. Wyznaczenie takiego celu w ten sposób jest jednak możliwe, jeśli zostanie zastosowana wyraźna metoda równoważenia kompromisów pomiędzy wydatkami na ochronę zdrowia a wydatkami na inne cele.

Podejście związane z funkcją produkcji zdrowia opiera się na trwalszych podstawach niż podejście porównawcze (presja równego statusu), ponieważ akcentuje relację pomiędzy wydatkami a pożądanym celem (tj. poprawą stanu zdrowia). Łatwiej również osiągnąć cele w porównaniu z podejściem opartym na ekonomii politycznej. Wreszcie jest ono mniej wymagające od podejścia budżetowego (o którym poniżej), a to dlatego, że koncentruje się na stosunkowo małym zbiorze zagregowanych zmiennych i nie wymaga kompleksowego wskazania wszystkich zasobów i działań w sektorze ochrony zdrowia.

To podejście nie jest jednak pozbawione pewnych słabości. Trudno wyjaśnić jego założenia koncepcyjne komuś, kto nie studiował statystyki lub metod wnioskowania w naukach społecznych. Samo w sobie nie stanowiłoby to jakiejś fundamentalnej wady, gdyby nie fakt, że oszacowanie parametrów tej funkcji na podstawie istniejących danych jest niezwykle trudne². Ekstrapolacja równań tej funkcji wiąże się ponadto z ryzykiem uznania, że duże zmiany w poziomie wydatków na świadczenia społeczne będą wywierać stały wpływ na stan zdrowia, odpowiadający szacowanemu efektowi krańcowemu na aktualnym poziomie wydatkowania. Może to prowadzić do szacunków, które wydają się nieprawdopodobnie duże lub małe.

Podejście 4. Budżet

Podejście, które w najpełniejszy sposób uwzględnia pięć wskazanych wyżej zagadnień, polega na identyfikacji pożądanych zmian w stanie zdrowia i ustaleniu rodzaju świadczeń zdrowotnych lub zasobów systemu ochrony zdrowia, które należy zakupić, aby zrealizować wynikające z nich cele. Wskazane zasoby należy następnie

²Zob. np. Anand i Ravallion, 1993; Carrin i Politi, 1995; Pritchett i Summers, 1996; Cremieux i wsp., 1999; Or, 2000.

wycenić i zsumować, co pozwoli na szacunkowe określenie niezbędnych środków na zakup ustalonego poziomu świadczeń. Jest to powszechne podejście na szczeblu konkretnych programów, regularnie wykorzystywane przez większość rządów w procesie budżetowania. Bank Światowy w swoim „Raporcie o rozwoju na świecie” z 1993 r. (*World Development Report 1993*), a w ostatnim czasie również Komisja Makroekonomii i Zdrowia (*Commission on Macroeconomics and Health*) dokonały wyboru koszyków świadczeń, a następnie ustaliły szacunkowo koszt ich udostępnienia w danej populacji.

Koncepcja omawianego podejścia jest zrozumiała dla większości ludzi, jest ono jednak mniej niż satysfakcjonujące, jeśli chodzi o potrzeby publicznych debat budżetowych, ponieważ wynikające zeń ostateczne szacunki w oczywisty sposób zależą od liczby nabywanych świadczeń lub zasobów oraz ich cen. Ponadto jego realizacja odbywa się często bez wyraźnego odniesienia do miar faktycznej efektywności wpływu zasobów na uzyskiwane wskaźniki zdrowotności. W istocie trudno o fundamentalną czy też oczywistą odpowiedź na pytanie o odpowiedni poziom wskazanych elementów (świadczeń, zasobów lub cen) bez zrozumienia na ściśle pragmatycznym poziomie tego, w jaki sposób świadczenia zdrowotne wpływają na poprawę sytuacji w zakresie zdrowia. Tym samym podejście to pozwala odpowiedzieć na pytanie o poziom wydatków globalnych, wywołując nowe pytania dotyczące właściwej liczby świadczeń oraz ich wartości.

Jedną z najsilniejszych stron omawianego podejścia jest to, że w połączeniu z kompleksowym przeglądem budżetu publicznego kieruje ono naszą uwagę na wskazane powyżej elementy kompletnej wersji pytania. Można założyć, że w ramach kompleksowego przeglądu budżetowego należy wskazać cele w danym kontekście epidemiologicznym, oszacować zapotrzebowanie na zasoby, dokonać przeglądu cen i wynagrodzeń, a także przedstawić argumenty uzasadniające wydatki na ochronę zdrowia w zestawieniu z innymi potrzebami obciążającymi publiczną kasę.

Co z tego wynika dla doradcy technicznego?

Podchodząc do pytania o poziom wydatków na zdrowie, w pierwszej kolejności należy odróżnić przypadki, w których podstawową kwestię stanowi budżet publiczny (tak jest z reguły w krajach OECD), od przypadków, w których przedmiotem zainteresowania jest ogół wydatków na zdrowie (w tym pokrywanych przez pacjentów z własnej kieszeni, które mniej podlegają wpływom rozwiązań systemowych). Kieruje to naszą uwagę na właściwy zestaw instrumentów polityki w obszarze zarówno decyzji budżetowych, jak i mechanizmów regulacyjnych i nadzorczych.

Po drugie, należy pamiętać, że każde z omawianych podejść formułuje nieco inne pytanie:

- w podejściu porównawczym (presja równego statusu): „Ile powinniśmy wydawać, jeżeli chcemy bardziej przypominać kraje z nami porównywalne?”

- w podejściu, którego podstawę stanowi ekonomia polityczna: „Ile wydawalibyśmy na zdrowie, gdyby proces budżetowy nie podlegał nieodpowiednim wpływom określonych podmiotów społecznych?”
- w podejściu związanym z funkcją produkcji zdrowia: „Ile powinniśmy wydawać, aby osiągnąć określoną zmianę wskaźników zdrowotnych?”
- w podejściu budżetowym: „Ile powinniśmy wydawać, kiedy już określimy nasze potrzeby zakupowe?”

Ogólnie rzecz ujmując, najprostsze w sensie ujęcia ilościowego jest podejście porównawcze, ma ono jednak najmniejszą chyba wartość informacyjną. Podejście oparte na ekonomii politycznej skupia się na procesie decyzyjnym w sferze polityki, ale najtrudniej w nim o ilościowe oszacowanie potrzeb. Potrzeba najpewniej lat, zanim funkcję produkcji zdrowia można będzie szacować w zadowalający i niezawodny sposób, a do tego z wymaganą precyzją na potrzeby analizy kierunków polityki. Wydaje się, że jednocześnie wykonalne i kwantyfikowalne jest wyłącznie podejście budżetowe, wymaga ono jednak zmierzenia się z zagadnieniami dotyczącymi aktualnego i pożądanego stanu w zakresie sytuacji zdrowotnej, cen, efektywności i niezbędnych kompromisów.

Zasadniczo nie ma drogi na skróty. Na to pozornie proste pytanie nie da się udzielić właściwej odpowiedzi bez ciężkiej pracy, uwzględniającej wszystkie z pięciu wskazanych zagadnień podstawowych:

- Z jakimi problemami w sferze zdrowia musimy się zmierzyć?
- Do jakiego stanu w zakresie sytuacji zdrowotnej aspirujemy?
- Jak efektywne są nasze świadczenia, działania oraz instrumenty polityki w sferze zdrowia?
- Jak kształtują się ceny zasobów?
- Czy dostępne fundusze można wykorzystać lepiej w innych celach?

Bibliografia

- Anand S., Ravallion M., *Human Development in Poor Countries: on the XX Private Incomes and Public Services*, „Journal of Economic Perspectives” (7)1/1993, s. 133-150.
- Carrin G., Politi C., *Exploring the Health Impact of Economic Growth, Poverty Reduction and Public Health Expenditure*, „Tijdschrift voor Economie en Management” (40)3-4/1995, s. 227-246.
- Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, WHO, Geneva 2001.
- Cremieux P.-Y., Ouellette P., Pilon C. *Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes*, „Health Economics” 8(7)/1999, s. 627-639.
- Dunne J.P., Pashardes P., Smith R.P., *Needs, Costs and Bureaucracy: The Allocation of Public Consumption in the UK*, „The Economic Journal” (94)373/1984, s. 1-15.
- Inter-American Development Bank, *Economic and Social Progress Report: Making Social Services Work*, IDB, Washington 1996.
- Or Z., *Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries: A Pooled, Cross-Country, Time-Series Analysis*, „OECD Economic Studies” 0(30)/2000, s. 53-77.
- Poullier J.P., Hernandez P., Kawabata K., Savedoff W., *Patterns of Global Health Expenditures: Results for 191 Countries*, „EIP Discussion Paper No. 51”, WHO, Geneva 2002.
- Pritchett L., Summers L.H., *Wealthier is Healthier*, „Journal of Human Resources” 31(4)/1996, s. 841-868.
- Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A., Evans D.B., *Measuring overall health system performance for 191 countries*, „GPE Discussion Paper Series: No. 30”. WHO, Geneva 2000.
- World Bank, *Investing in Health, World Development Report*, The World Bank, Washington 1993.