

Racjonowanie usług medycznych – spojrzenie ekonomisty*

Katarzyna Kowalska

1. Nieuniknioność racjonowania świadczeń medycznych

Racjonowanie jest zjawiskiem poniekąd naturalnym w każdej dziedzinie ludzkiego życia, w której mamy do czynienia z deficytem (ograniczoną) jakiegoś rodzaju dóbr czy usług (popyt przewyższa podaż). Naturalnym i nieuniknionym. Samo pojęcie „racjonowania”, w wyniku pewnych doświadczeń historycznych, może przywoływać na myśl obrazy kryzysu i wojny. Aby uniknąć jakichkolwiek negatywnych konotacji, w ekonomii znacznie częściej posługujemy się terminem alokacja¹.

Nieuniknioność racjonowania świadczeń medycznych, czyli określania zasad dostępu do tych świadczeń, budzi dość powszechny niepokój, bowiem przedmiotem alokacji staje się pośrednio jakość kondycji ludzkiej (doznawanie bólu, dyskomfortu czy ostatecznie ryzyko utraty życia). Dlatego szczególnie ważne jest, aby te zasady tworzone ze szczególną dbałością o to, by nie marnowano – i tak już mocno ograniczonych – zasobów.

Problem racjonowania dóbr i usług medycznych (zarówno w postaci metod określania priorytetów w leczeniu i zasad alokacji środków finansowych w systemie) zawsze sprowadza się do tych samych kwestii: kto podejmuje decyzje o tym, kto spośród uprawnionych otrzyma świadczenia medyczne, jakie to będą świadczenia i jak długi będzie czas oczekiwania na ich uzyskanie.

* Tekst powstał z inicjatywy ICF „Diametros” i został przekazany Redakcji jako głos w debacie zatytułowanej *Medycyna i finanse*, poświęconej problemom racjonowania świadczeń medycznych. Pragnę w tym miejscu podziękować Organizatorom debaty, szczególnie zaś prof. Galewiczowi, za zaproszenie do wzięcia udziału w tej interesującej dyskusji.

¹ Aby jednak uniknąć nieporozumień, posługiwać się będę terminologią zaproponowaną przez prof. Szewczyka w tekście wprowadzającym do dyskusji.

Zgadzam się, że nieefektywność, będąca wynikiem zaniechania racjonowania, może być w niektórych przypadkach niemoralna. Jak zwraca bowiem uwagę prof. Szewczyk:

Zbyt kosztowne leczenie jednych pacjentów jest beztroską wobec innych, dla których świadczeń zabraknie. Zaniechanie racjonowania ekonomicznego jest więc „podwójnie” niemoralne: niesprawiedliwe i przysparzające możliwych do uniknięcia cierpień.

Skoro efektywność procesów udzielania świadczeń zdrowotnych jest tak istotnym ich atrybutem, to dlaczego wspomnianych wcześniej decyzji natury alokacyjnej nie powierzamy w większym stopniu mechanizmom rynkowym, tak skutecznym w wielu obszarach działalności gospodarczej człowieka?

2. Argumenty ekonomiczne na korzyść ekonomicznego racjonowania nierynkowego

Sektor opieki zdrowotnej nie spełnia trzech podstawowych wymogów modelu doskonałej konkurencji (pełna informacja producenta i konsumenta o dobrach podlegających wymianie i o sytuacji na rynku, stabilność popytu, brak efektów zewnętrznych), a w związku z tym mechanizm cen nie zapewnia efektywnej alokacji zasobów. Na ten fakt po raz pierwszy zwrócił uwagę Arrow², laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii. McGuire³ zwraca dodatkowo uwagę, że w opiece zdrowotnej maksymalizacja zysku nie jest z pewnością podstawowym i jedynym kryterium działania, lekarze (profesjoniści medyczni) nie zawsze są ograniczeni popytem rynkowym (bowiem sami w dużej mierze kształtują ten popyt), zazwyczaj nie mają też wpływu na cenę.

Pragnę zauważyć zatem, że z punktu widzenia wiedzy ekonomicznej, dominująca rola alokacji nierynkowej w sektorze zdrowia jest związana nie tyle ze źródłem finansowania (pieniądze publiczne) czy etycznym wymiarem działalności medycznej, co raczej wynika bezpośrednio z cech produktów i usług będących

² Arrow [1963/1979].

³ McGuire [2000].

przedmiotem wymiany. Tym samym można stwierdzić, że argumenty na rzecz ekonomicznego racjonowania nierynkowego są dość silnie ugruntowane nie tylko w wymiarze moralnym, ale także efektywnościowym. Wobec powyższego, w większości systemów opieki zdrowotnej zasada racjonowania „wg potrzeb” (racjonowanie nierynkowe) zdominowała metody racjonowania „wg skłonności do płacenia” (racjonowanie rynkowe). Istotne wydaje się tu pytanie, czy istnieją jakieś rozsądne granice racjonowania wg potrzeb i czy powinno się je określić, aby nie przewartościować funkcji redystrybucyjnej wpisanej w ideę zakresu świadczeń gwarantowanych?

3. Mentalność pseudoegalitarna

W raporcie Zespołu Włodarczyka z 2004 r.⁴ pojawia się uwaga o panowaniu tzw. **mentalności pseudoegalitarnej**, tj. dziedziczonej po przeszłości postawie żądania przez pacjenta darmowej opieki i oczekiwania od lekarza (świadczeniodawcy) pomocy we wszystkich okolicznościach. Profesor Szewczyk, w swym tekście wprowadzającym do dyskusji, podkreśla istotną rolę tego rodzaju przekonań, sytuując je w grupie determinantów historycznych, wzmagających postawę roszczeniową pacjentów. Postawę taką określa mianem „egoizmu terapeutycznego”. Konsekwencją takiej postawy jest niechęć pacjentów wobec stosowania jakiegokolwiek rachunku ekonomicznego w opiece zdrowotnej. Warto zauważyć, że tę postawę utrwalają różnorodne decyzje natury politycznej (bezkrytyczne powoływanie się na konstytucyjne gwarancje dostępności do świadczeń czy potępianie jakiegokolwiek formy współpłacenia za świadczenia medyczne).

W owej mentalności pseudoegalitarnej i w działaniach ją utrwalających upatruję podstawowego zagrożenia dla idei tworzenia zakresu świadczeń gwarantowanych.

W odniesieniu do wspomnianego problemu bardzo cenne są refleksje zebrane w książce autorstwa dwojga wybitnych ekonomistów – Janosa Kornai’a i Karen Eggleston – zatytułowanej *Welfare, Choice and Solidarity in Transition*. Za punkt wyjścia swoich rozważań na temat rozwiązań systemowych przyjęli oni

⁴ Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia [2004].

postulaty etyczne twierdząc, że choć są ekonomistami, to uważają, że pryncypia etyczne powinny być fundamentem każdej struktury instytucjonalnej. Pierwsza zasada etyczna nie dotyczy jednakowoż wartości solidaryzmu społecznego, ale odnosi się do wartości wolności jednostki (dosłownie: *sovereignty of individual*). Poprzez ideę wolności formułowany jest postulat możliwie jak największego poszerzenia obszaru dokonywania wyborów przez jednostki w sferze działań mających na celu poprawę ich dobrobytu. Ta sama zasada odwołuje się także do wymogu przyjmowania pełnej odpowiedzialności za dokonane wybory.

Jak zwracają uwagę Kornai i Eggleston⁵, w krajach o rozwiniętych gospodarkach ten postulat nie jest aż tak istotny, bo jest on poniekąd naturalny, „wyssany z mlekiem matki”. W krajach post-socjalistycznych, spustoszenia moralne poczynione przez system, który nie dawał szans na podejmowanie samodzielnych decyzji i nie wychowywał obywateli w poczuciu odpowiedzialności za dokonane wybory, waga tego postulatu jest nie do przecenienia. Zgodnie zaś z owym postulatem, pożądane jest projektowanie takich instytucji, które główny ciężar odpowiedzialności za przyszłość czy za indywidualny dobrobyt złożą na barkach poszczególnych ludzi i umożliwią im dokonywanie wyborów. Przykładem takiej instytucji są dobrowolne, uzupełniające względem obowiązkowych, ubezpieczenia zdrowotne.

Funkcja ubezpieczeniowa, którą pełnią odpowiednie instytucje sektora zdrowia, ma na celu realizację wartości solidaryzmu społecznego, czyli pomocy tym członkom społeczeństwa, którzy w sposób niezawiniony, np. poprzez nieszczęśliwy wypadek, doznali szczególnego uszczerbku na zdrowiu i bez instytucji ubezpieczeń ponosiliby bardzo poważne konsekwencje finansowe wynikające ze złego stanu zdrowia. Postulat solidaryzmu częstokroć utożsamiany jest z powszechnością lub równością dostępu do podstawowej (niezbędnej) opieki zdrowotnej lub pełną odpowiedzialnością państwa za sfinansowanie opieki zdrowotnej świadczonej osobom uprawnionym. Sama idea solidaryzmu nie oznacza jednak świadczenia pomocy wszystkim w jednakowym stopniu.

⁵ Kornai, Eggleston [2001].

Kornai i Eggleston podkreślają, że nie jest możliwe, aby realizację postulatu solidarności społecznej pozostawić wyłącznie działaniom dobroczynnym, co w efekcie pozwoliłoby na pełną realizację idei wolności jednostki. Powszechnie uważa się, że sfera najbardziej podstawowej (niezbędnej) opieki zdrowotnej nie powinna być pozostawiona naturalnym instynktom ludzkim. Stąd też wymóg powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia obywateli, któremu powinno towarzyszyć jasne sprecyzowanie zawartości „koszyka dóbr i usług”, świadczonych z tytułu ubezpieczenia.

Ze względu na znaczenie obu tych zasad, konieczny jest podział na dwa zakresy świadczeń medycznych: świadczenia gwarantowane (podstawowe) i świadczenia uzupełniające. Wszyscy obywatele powinni mieć zagwarantowany prawem dostęp do świadczeń podstawowych (to nie to samo, co świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej), finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia uzupełniające powinny być nabywane przez pacjentów bezpośrednio, za środki własne, bądź za pośrednictwem instytucji ubezpieczeniowych lub pracodawców. Zasada solidarności powinna się odnosić do świadczeń gwarantowanych, natomiast zasada wolności jednostki – do opieki uzupełniającej, uzależniając możliwość korzystania ze świadczeń od skłonności do płacenia za nie. Struktura korzystania ze świadczeń byłaby tym samym uzależniona nie tylko od poziomu dochodów, ale także od indywidualnych preferencji pacjentów.

Jak zastrzegają Kornai i Eggleston, dopuszczenie do występowania takich dysproporcji w korzystaniu ze świadczeń uzupełniających, może godzić w poczucie sprawiedliwości społecznej niektórych osób. Ale słuszna jest również uwaga, że równie nieetycznym działaniem byłoby zabronić ludziom podejmowania decyzji o tym, jak wykorzystać własne pieniądze. Gdyby zaś zabroniono, bądź ograniczono zakres możliwych wyborów, decyzje te i tak znalazłyby swoje miejsce w ramach tzw. szarej strefy (tak, jak ma to miejsce obecnie w Polsce). Podobnie, nie powinno się zabraniać pracodawcom podejmowania tego typu decyzji alokacyjnych w zakresie nabywania usług medycznych (np. poprzez wykupienie abonamentów) dla swoich pracowników. Można natomiast oczekiwać pozytywnych efektów zewnętrznych takich suwerennych decyzji

konsumpcyjnych w postaci pozyskiwania dodatkowego doświadczenia przez profesjonalistów medycznych przy wdrażaniu nowych, specjalistycznych procedur czy nabywania nowoczesnego sprzętu medycznego (który z kolei może być wykorzystywany także przez tych, którzy nie korzystają z dobrowolnych ubezpieczeń). Taka formuła podziału świadczeń na dwa zakresy powinna zdecydowanie sprzyjać bardziej efektywnemu wykorzystaniu zasobów medycznych.

Najistotniejsze pytanie, które nasuwa się w kontekście takiego klarownego podziału zakresów świadczeń brzmi: **gdzie należy usytuować granicę wyznaczającą dwa odrębne zakresy świadczeń?** Z pewnością o tej granicy nie mogą stanowić potrzeby zdrowotne i możliwość ich zaspokajania, a tym bardziej nie stanowią o niej możliwości leczenia, którymi dysponuje współczesna medycyna. Zarówno bowiem potrzeby, jak i możliwości, są ogromne.

4. Potrzeby zdrowotne *versus* popyt na świadczenia medyczne: nadużywanie pojęcia potrzeby

Profesor Szewczyk słusznie zwraca uwagę, że specyficzny charakter potrzeby zdrowotnej może spowodować, iż w identyfikowaniu i definiowaniu potrzeb zdrowotnych „można nie uwzględniać żadnych granic” i że „skłonni jesteśmy włączać w zakres pojęcia »potrzeby zdrowotnej« coraz to nowe obszary naszej aktywności życiowej”. **Uważam jednak, że pojęcia „potrzeby” obecnie się nadużywa.**

Williams wskazuje na następujące różnice w zakresach znaczeniowych pojęć „potrzeba zdrowotna”, „popyt na usługę zdrowotną” i „zużycie świadczeń medycznych”:

Z potrzebą zdrowotną mamy do czynienia w sytuacji, w której istnieje efektywna i akceptowana przez pacjenta terapia. Potrzebę zdrowotną definiujemy wtedy w kategoriach rodzaju choroby lub ułomności, będącej źródłem potrzeb, lub w kategoriach świadczeń niezbędnych do poprawy stanu zdrowia pacjenta. Popyt na świadczenia medyczne występuje wtedy, kiedy człowiekowi wydaje się, że potrzebuje pomocy medycznej i dlatego pragnie ją otrzymać. Zużycie zasobów ma miejsce wtedy, kiedy człowiek otrzymuje [...] opiekę medyczną. Potrzeba zdrowotna nie musi znaleźć odzwierciedlenia w popycie na świadczenia [pacjent

może nie zdawać sobie sprawy z istnienia potrzeby]. Popyt nie musi być zaspokojony poprzez zapewnienie pożądaných świadczeń (i tym samym zużycie zasobów), natomiast zarówno popyt i zużycie zasobów miewają również miejsce wtedy, kiedy nie istnieją ku temu wskazania medyczne [nie istnieje potrzeba zdrowotna]⁶.

Granice potrzeb zdrowotnych istnieją, choć nie zawsze są łatwo dostrzegalne. Ekonomiczne myślenie podpowiada nam jednak, że znacznie bardziej konstruktywne, szczególnie w odniesieniu do problemu metod określania zakresu świadczeń gwarantowanych, jest stwierdzenie, że znacznie bardziej, niż potrzeby, nieograniczony staje się popyt na usługi medyczne i to ten popyt (przejawiający się w pogoni za tzw. nowinkami technicznymi czy będący wynikiem nadużywania świadczeń przy ich zerowej cenie)⁷ powinien być przedmiotem bacznej obserwacji i nadzoru.

Nie uważam, aby reguły jawnego racjonowania ekonomicznego stanowiły jeden ze skuteczniejszych mechanizmów kontroli i finansowego dyscyplinowania lekarzy zapewniających swoim pacjentom opiekę medyczną. Do działania w interesie pacjenta obligują lekarza m.in. przysięga Hipokratesa i kodeksy etyczne, a zachęcają – dodatkowo – świadomość prestiżu i uczucie satysfakcji towarzyszącej osiągnięciom zawodowym. Do działania efektywnego motywują zaś bodźce finansowe. Dobrze, jeśli te bodźce współgrają z motywacjami pozafinansowymi i kiedy ze względu na konieczność konkurowania o pacjenta, oplaca się jak najlepiej reprezentować jego interesy. Wbrew pozorom, taka konkurencja jakością odgrywa znacznie poważniejszą rolę w opiece zdrowotnej, niż konkurencja ceną. Mimo bowiem naturalnych ograniczeń

⁶ Cyt. za: Maynard [1999] s. 7.

⁷ Pośrednictwo instytucji trzeciej strony rodzi pokusę niewłaściwych zachowań (*moral hazard*) zarówno ze strony pacjenta (brak dbałości o własne zdrowie i zgłaszanie nadmiernego popytu na świadczenia zdrowotne), jak również ze strony producenta usług medycznych w postaci kreowania popytu (tzw. kreowanie popytu przez podaż). Mianem kreacji popytu przez podaż określamy sytuację, w której następuje przesunięcie krzywej popytu pacjenta w wyniku interwencji/działań podjętych przez lekarza (por. McGuire [2000]). Definicja ta wyraźnie odnosi się do zmiany preferencji, a nie jedynie zmiany ilości żądanej, spowodowanej np. racjonowaniem opieki w danym przypadku. Ową „pokusę nadużycia” określa prof. Szewczyk „uwolnieniem lekarza od dyscypliny finansowej”.

nałożonych na pozycję konsumenta w opiece zdrowotnej przez silną asymetrię informacji, pacjent staje się coraz bardziej wymagającym klientem (znaczenie aspektu konsumpcyjnego usług medycznych), a opiekę zdrowotną coraz częściej określa się mianem dóbr „konesera”, czyli takich, w których szczególną rolę odgrywa jakość⁸.

Jeśli jednak mamy do czynienia z realną potrzebą zdrowotną, istotne jest z kolei pytanie: komu powierzyć decyzje dotyczące ustalenia miejsca poszczególnych potrzeb zdrowotnych w hierarchii potrzeb wszystkich członków społeczeństwa (**komu powierzyć ustalanie priorytetów medycznych**)? Ze względu na obszerność tematu, tę kwestię jedynie zasygnalizuję.

5. Racjonowanie jawne *versus* racjonowanie niejawne: sztuczne dychotomie

Pomiędzy ekonomistami zajmującymi się problemami sektora zdrowia toczy się od kilkunastu lat debata nt. wyższości racjonowania jawnego (*explicit*) nad niejawnym (*implicit*) i *vice versa*⁹. W jakiejś mierze sztuczna jest polaryzacja obu podejść, bowiem oba rodzaje racjonowania pełnią istotną i odrębną rolę.

Szczególną cechą sektora opieki zdrowotnej jest niepewność lekarza i pacjenta związana z zachorowaniem pacjenta. Nieznajomość okoliczności zachorowania, a także rodzaju i złożoności choroby nie pozwala lekarzowi planować miejsca, czasu oraz zakresu świadczenia usług zdrowotnych, a pacjentowi przewidzieć potencjalnych wydatków związanych z nabywaniem świadczeń zdrowotnych i zagwarantować zdolności pokrycia nieoczekiwanych kosztów leczenia. Z pominięciem usług profilaktycznych, popyt na opiekę zdrowotną ma charakter nieregularny i w odróżnieniu od popytu, na przykład, na żywność czy odzież, nie ma stabilnych przyczyn¹⁰.

Tam natomiast, gdzie istnieje niepewność, szczególnie cennym dobrem staje się informacja, bowiem może ona tę niepewność ograniczyć. Istnienie silnej asymetrii informacji pomiędzy pacjentem i lekarzem jest cechą typową dla sektora

⁸ Tymowska [2004].

⁹ Ham, Robert [2003].

¹⁰ Arrow [1963/1979].

opieki zdrowotnej. Lekarz dysponuje zazwyczaj odpowiednią informacją fachową, która pozwala postawić diagnozę i zalecić najlepszą terapię, natomiast pacjent jest świadomy faktu, że jego niewiedza w tej dziedzinie uniemożliwia dokonywanie racjonalnych wyborów. Pacjent nie tylko ma problemy z oceną jakości produktu (skuteczności opieki zdrowotnej) przed skonsumowaniem, ale także po skonsumowaniu go. Może nie umieć także ocenić skali utraty potencjalnej użyteczności w sytuacji zaniechania leczenia, czyli rezygnacji z zakupu produktu. W efekcie asymetrii informacji, między lekarzem i pacjentem tworzy się relacja agencji, w której lekarz staje się rzecznikiem interesów pacjenta i w jego imieniu podejmuje decyzje alokacyjne. Relacja ta staje się silniejsza w miarę narastania niepewności i stopnia komplikacji choroby, czyli zmienia się w zależności od charakteru i rozmiaru luki informacyjnej.

Ze względu na tę wyjątkowość relacji lekarz-pacjent, tzw. niejawne racjonowanie „przy łóżku pacjenta” pozostaje wrażliwe na indywidualne zróżnicowanie pacjentów i – jak zauważa w tekście wprowadzającym prof. Szewczyk – ma wielu zwolenników wśród lekarzy. Ta forma racjonowania zawsze będzie pełnić kluczową rolę (o czym wspomnę jeszcze w dalszej części tekstu).

Uważam jednak, że lekarz nie jest w stanie (i nie powinien być tym obciążony) w swoich działaniach brać pod uwagę obecności wszystkich aktualnych i potencjalnych pacjentów (społeczeństwa), czyli występować w roli rzecznika interesów społeczeństwa (zapewniać równość dystrybucji troski, o której pisze prof. Szewczyk). Pisał o tym przed dziesięcioma laty Gavin Mooney¹¹ przekonując, że lekarz nie jest w stanie funkcjonować jako rzecznik interesów społeczeństwa przynajmniej z trzech powodów:

1. Lekarz najczęściej nie posiada (i nie musi posiadać) wiedzy o różnorodnych rozwiązaniach systemowych w sektorze opieki zdrowotnej.
2. Lekarz nie jest w stanie obiektywnie ocenić kosztów okazji wykorzystania zasobów (np. przeznaczenia środków na leczenie chorych na cukrzycę zamiast na programy wczesnego wykrywania uzależnień

¹¹ Mooney [1995].

alkoholowych). Takie decyzje wykraczają poza obszar indywidualnej odpowiedzialności zawodowej lekarza.

3. Istnieje konflikt interesów indywidualnego pacjenta i społeczeństwa (podobnie jak istnieje konflikt pomiędzy interesem pacjenta i płatnika).

Wystarczy, że przy obecnych zasadach finansowania, w konsekwencji których wiele spośród świadczeń specjalistycznych ulega limitowaniu przez płatnika, lekarz staje przed dylematem nierównego traktowania swoich własnych pacjentów, w zależności od tego, w którym miesiącu zachorowali (bywa, że zapisy do kolejki rozpoczynają się i kończą w określonym dniu w skali całego roku, przyczyniając się tym samym do powstawania bardzo silnych dysproporcji międzyokresowych w dostępie do świadczeń specjalistycznych).

Argument mówiący o tym, że profesjonaliści medyczni działają z dala od problemów ograniczeń budżetowych w skali makroekonomicznej, stanowi najpoważniejsze uzasadnienie dla stworzenia reguł racjonowania jawnego. Gdyby podsumować indywidualne decyzje lekarskie, podejmowane wedle oceny potrzeb medycznych pacjentów, okazałoby się, że w żadnej mierze budżet nie jest w stanie udźwignąć takiego zapotrzebowania. I dlatego też postulaty określania zakresu świadczeń podstawowych wyłącznie „przy łóżku chorego”, w odniesieniu do „potrzeb zdrowotnych”, bez precyzyjnego zdefiniowania zakresu świadczeń finansowanych ze środków medycznych, czynią pojęcie „potrzeby zdrowotnej” całkowicie bezużytecznym. Z tego też względu oba podejścia należy uznać za komplementarne. Określanie koszyka świadczeń gwarantowanych nigdy nie będzie doskonałe i niedwuznaczne (nigdy nie da się określić wszelkich „stanów” z góry). Dlatego też zawsze pozostanie istotne miejsce dla suwerennych decyzji lekarskich, podejmowanych bezpośrednio „przy łóżku chorego”.

6. Zakończenie

Ponieważ jednak żaden zestaw standardów, wytycznych, priorytetów nie jest w stanie przewidzieć wszystkich możliwych „scenariuszy zdarzeń”, to w ostatecznym rozrachunku, zasady racjonowania będą ukryte przede wszystkim w mechanizmach alokacji środków finansowych, a nie wyłącznie w zasadach

określania koszyka, czy tytułu uprawnień. Odpowiednie regulacje na poziomie makroekonomicznym (w tym reguły jawnego racjonowania), aby były skuteczne, muszą korespondować z efektywnymi formami finansowania opieki zdrowotnej, które umotywuja lekarzy do działania zarówno efektywnego, jak i zgodnego z interesem pacjenta. Dlatego dyskusja nad sposobem określania „zawartości” koszyka nie powinna przebiegać w oderwaniu od dyskusji nad zasadami alokacji środków w systemie. Dopiero pełna synchronizacja bodźców i instytucji ekonomicznych stwarza szansę poprawy efektywności wykorzystania zasobów w sektorze zdrowia. Ale to już jest temat na kolejną debatę.

Bibliografia

- Arrow [1963/1979] – K. J. Arrow, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „American Economic Review” (53) 1963. Wyd. polskie: *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*, w: K. J. Arrow, *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa 1979.
- Ham, Robert [2003] – *Reasonable rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care*, red. Ch. Ham, G. Robert, Open University Press, Maidenhead-Philadelphia 2003.
- Kornai, Eggleston K. [2001] – J. Kornai, K. Eggleston, *Welfare, Choice and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.
- Maynard A. [1999] – A. Maynard, *Rationing health care: an exploration*, „Health Policy” (49) 1999.
- McGuire [2000] – T. McGuire, *Physician agency*, w: *Handbook of Health Economics*, red. A. J. Culyer, J. P. Newhouse, vol. 1A, Elsevier, Amsterdam 2000.
- Mooney [1995] – G. Mooney, *Key Issues in Health Economics*, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf 1995.
- Tymowska [2004] – K. Tymowska, *Opieka zdrowotna*, w: *Diagnoza społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2004.
- Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia [2004] – Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/szwsoz_220304.pdf (URL z dnia 24 marca 2004).