Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

A N N A L E S
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA
VOL. XLVIII, 2 SECTIO H 2014

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Zakład Finansów Podmiotów Gospodarczych

MAGDALENA JAWORZYŃSKA

Równowaga rynkowa na rynku usług zdrowotnych – ujęcie teoretyczne

Market equilibrium in the health market – the theoretical background

Słowa kluczowe: popyt, podaż, rynek usług zdrowotnych

Keywords: supply, demand, the health care market

Wstęp

Rynek w opiece zdrowotnej to miejsce, gdzie następuje konfrontacja kupujących i sprzedających. Jest on regulowany przez publiczne lub/i prywatne decyzje (uregulowania prawne), których cel stanowi kontrola cen, jakości i liczby świadczeń zdrowotnych oferowanych na rynku.

Na rynku świadczeń opieki zdrowotnej konsumpcja usług jest zasadniczo uwarunkowana popytem i podażą. W całej opiece zdrowotnej zarówno popyt, jak i podaż mają wyjątkowy, zindywidualizowany charakter. Problem, z którym często się spotykamy, to dostosowanie nieograniczonych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa do ograniczonych możliwości ich realizacji, związanych głównie ze zdolnościami finansowania.

Celem artykułu jest charakterystyka w ujęciu teoretycznym równowagi na rynku usług zdrowotnych oraz przedstawienie specyfiki popytu i podaży usług zdrowotnych.

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

1. Popyt na usługi opieki zdrowotnej

Popyt na usługi opieki zdrowotnej można określić jako zapotrzebowanie na pewną liczbę oraz jakość usług zdrowotnych, które wynika z dążenia konsumentów do realizacji potrzeb przy panującym w danym okresie poziomie cen i innych czynnikach socjoekonomicznych [Rydlewska-Liszkowska i inni, 1999, s. 7].

Popyt na usługi zdrowotne jest specyficzny. Polega to na [Bukowska-Piestrzyńska, 2010 s. 14]:

– zależności popytu od stylu życia i postępów cywilizacji,
– występowaniu tzw. popytu subiektywnego (hipochondrycy),
– sezonowości na usługi zdrowotne,
– konieczności wprowadzania ograniczeń w korzystaniu z usług z uwagi na nadmierną ich konsumpcję przez pacjentów.

W teorii ekonomii popyt jest uznawany za funkcję wielu zmiennych, które można podzielić na cenę oraz pozacenowe determinanty popytu.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę cenę, to w ekonomii klasycznej zależność między popytem a ceną stanowi na ogół zależność odwrotną. Wzrost ceny powoduje zmniejszenie popytu, spadek ceny wywołuje zwiększenie popytu. Można się zastanawiać, czy podobna reguła występuje na rynku usług medycznych.

W sytuacji pełnej liberalizacji procesu świadczenia usług medycznych wzrost cen powinien powodować zmniejszenie popytu. W rzeczywistości sfera ochrony zdrowia znajduje się pod wpływem wielu różnorodnych czynników skutkujących ograniczaniem czy też wyłączaniem funkcjonowania mechanizmów rynkowych. Wynikają one przede wszystkim z realizacji publicznych funkcji ochrony zdrowia, polegających na zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Zgłaszany popyt na usługi medyczne w większym stopniu stanowi realizację określonej polityki zdrowotnej władz publicznych, niż odzwierciedla rzeczywiste potrzeby zdrowotne.

Kolejnym czynnikiem, który należy wziąć pod uwagę, jeśli chodzi o relację cena–popyt, jest fakt, że po stronie popytowej istnieją dwa typy podmiotów: potencjalni pacjenci mający rzeczywiste potrzeby zdrowotne oraz różnego rodzaju instytucje działające w ich imieniu i finansujące udzielanie świadczeń medycznych. W związku z tym, poddając analizie wydatki na opiekę medyczną, należy dokonać rozróżnienia między rzeczywistą ceną usług a opłatami wnoszonymi przez pacjentów. Inaczej mówiąc, trzeba rozróżnić cenę płaconą przez pacjentów i finalną cenę płaconą przez płatników (nabywców świadczeń) [Białynicki-Birula, 2006, s. 34].

Współcześnie rzadko mamy do czynienia z sytuacją pełnej odpłatności ze strony pacjentów za świadczenia zdrowotne. W związku z tym cena w niewielkim stopniu wpływa na wielkość popytu, a elastyczność cenowa popytu zależy od poziomu finansowania świadczeń przez instytucje trzeciej strony [Białynicki-Birula, 2006, s. 35].

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

W przypadku opieki zdrowotnej, obok ceny rynkowej, na cenę równowagi wpływają czas oczekiwania pacjenta na poradę, jakość usług oraz odległość miejsca zamieszkania od miejsca udzielanej porady i czas potrzebny na jej pokonanie [Suchecka, 2010, s. 144].

Rozpatrując pozacenowe determinanty popytu na usługi zdrowotne, można je podzielić na:

– ekonomiczne – należy tu zaliczyć wielkość dochodów i majątku gospodarstw domowych, wielkość środków finansowych będących w gestii płatników, a przeznaczanych na zakup świadczeń medycznych, ceny dóbr i usług alternatywnych, w tym medycyny niekonwencjonalnej. Czynniki ekonomiczne są pochodną wielkości ogólnych – poziomu ogólnego bogactwa danego społeczeństwa oraz wielkości wytwarzanego dochodu i jego podziału;
– demograficzne – do czynników demograficznych możemy zaliczyć liczbę i strukturę ludności, wiek oraz płeć;
– biologiczne – związane ze sferą przyrodniczej egzystencji organizmów ludzkich oraz relacji człowieka ze środowiskiem przyrodniczym;
– społeczno-kulturowe – możemy do nich zaliczyć takie czynniki, jak poziom wykształcenia, istnienie świadomości prozdrowotnej, profilaktyka zdrowotna, aktywność zawodowa, charakter pracy, poziom bezpieczeństwa zarówno zewnętrznego (konflikty zbrojne), jak i wewnętrznego (przestępczość, bezpieczeństwo komunikacji) oraz jakość relacji międzyludzkich [Białynicki-Birula, 2006, s. 36];
– organizacyjne – dotyczą kwestii dostępności do opieki zdrowotnej. Zaliczamy do nich: organizację służby zdrowia, dostępność do podmiotów opieki zdrowotnej, działalność promocyjną, działalność w zakresie profilaktyki.

Zależność między popytem a czynnikami go warunkującymi można przedstawić w postaci funkcji, która mierzy zależności między wartościami zmiennych wpływających na decyzje usługobiorców a poziomem popytu na daną usługę czy dobro [Rydlewska-Liszkowska, 2006, s. 51]. Przedstawia to następujący wzór [Jeffers i inni, 1974, s. 58–60]:

$$Q_{ms} = f(P_{ms}, P_{o,} F, N, W)$$

gdzie:
Q_{ms} – liczba zapotrzebowanych świadczeń zdrowotnych,
P_{ms} – cena świadczeń zdrowotnych,
P_o – cena alternatywnych dóbr i świadczeń zdrowotnych,
F – zasoby finansowe dostępne dla konsumentów,
N – liczebność populacji,
W – ogół potrzeb społecznych łącznie z potrzebami świadczeń zdrowotnych.

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

Dzięki wprowadzeniu takiej funkcji możemy zidentyfikować zmienne, które są najważniejszym wyznacznikiem popytu.

Wielu ekonomistów zajmowało się poszukiwaniem zależności między poziomem dochodów a wydatkami na usługi medyczne. Na uwagę zasługują prace S. Jacobzone'a i T. Getzena, którzy wykazali, że przy równym poziomie ubezpieczeń społecznych i zachorowalności elastyczność dochodowa wydatków na opiekę zdrowotną jest zawsze bliska zeru, a niekiedy przyjmuje wartość ujemną. Tym samym indywidualne dochody mają nieznaczny wpływ na wielkość wydatków na zdrowie, natomiast popyt na usługi medyczne pojawia się już przy stosunkowo niskim poziomie dochodu [Jacobzone, 1996, s. 291–292; Getzen, 2000, s. 30].

Cechą charakterystyczną popytu na opiekę zdrowotną dostarczaną za pośrednictwem rynku lub w systemie zaopatrzeniowym jest to, że zwiększa się on wraz ze wzrostem liczby zachorowań niezależnie od statusu ekonomicznego społeczeństwa czy też poziomu rozwoju danego kraju. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać również w postępie medycyny, przyczyniającym się do wydłużania przeciętnego dalszego trwania życia, w likwidacji niektórych chorób, a także we wzroście wykrywalności nowych jednostek chorobowych [Suchecka, 2010, s. 146].

Podsumowując, należy zauważyć, że tradycyjne determinanty popytu, takie jak cena i dochód, nie wyjaśniają mechanizmów na rynku usług medycznych. Duży wpływ na wielkość popytu na świadczenia zdrowotne mają czynniki demograficzne i cechy struktury społecznej. Stosunkowo niewielką rolę w kształtowaniu popytu odgrywają działania marketingowe.

2. Podaż na rynku usług zdrowotnych

Podaż na rynku usług opieki zdrowotnej można zdefiniować jako liczbę usług medycznych zaoferowanych świadczeniobiorcom w określonym miejscu i czasie [Białynicki-Birula, 2006, s. 31].

W teorii ekonomii podaż zależy od wielu zmiennych, które można podzielić na cenę oraz pozacenowe determinanty podaży.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę cenę, to w ekonomii klasycznej jej wzrost wywołuje zwiększenie podaży i odwrotnie. Należy jednak zauważyć, że na rynku usług medycznych kategoria ceny nie odgrywa roli podstawowego wyznacznika popytu i podaży. Wynika to, tak jak wspomniano wcześniej, z faktu pełnienia przez ochronę zdrowia ważnych funkcji społecznych.

Znaczenie cen w kształtowaniu relacji między popytem na świadczenia medyczne a ich podażą jest zniekształcone przez wiele różnych czynników, wśród których ważną rolę należy przypisać faktycznemu odseparowaniu płatników od świadczeniobiorców. W związku z tym wzrost cen usług medycznych w szczególnych przypadkach może powodować ograniczenie podaży świadczeń, gdy wskutek zmniejszenia się możliwości zakupowych nabywców nastąpi spadek popytu.

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

Podaż na rynku usług zdrowotnych zależy także od determinantów pozacenowych, do których zaliczamy:

– wielkość środków finansowych wpływających do systemu opieki zdrowotnej danego państwa – stanowią one pochodną takich wielkości jak poziom ogólnego bogactwa danego społeczeństwa oraz wielkość wytwarzanego dochodu i sposób jego redystrybucji;
– kadry medyczne, ich liczebność, kwalifikacje, przestrzenne rozmieszczenie i sprawność działania – osoba wykonująca określoną usługę medyczną jest niejako jej częścią. Jej umiejętności, profesjonalizm, doświadczenie zawodowe, przygotowanie teoretyczne, organizacja pracy i stosunek do niej, a także zdolności komunikacyjne oddziałują na proces usługowy oraz jego końcowy efekt. Pacjenci często „kupują" kontrakt z konkretnym lekarzem, a nie samą usługę, wizytę u wybranego eksperta, a nie diagnozę. Stwarzanie możliwości kształtowania zdolności usługowych świadczeniodawców i wykorzystanie ich potencjału następuje na skutek zaangażowania czynnika finansowego [Rudawska, 2007, s. 20];
– czynniki techniczne – rozwój medycyny obecnie bazuje na postępie technicznym. Rozwój techniki medycznej, nowe technologie medyczne i medykamenty poprawiają skuteczność świadczeń zdrowotnych, niejednokrotnie umożliwiając zwalczanie chorób dotychczas nieuleczalnych. Jednocześnie nowe techniki medyczne powodują wzrost kosztów związanych z ochroną zdrowia, gdyż wiążą się z koniecznością ponoszenia dużych nakładów na opracowanie nowoczesnych technologii oraz ze wzrostem kosztów opieki zdrowotnej wynikającym ze stosowania drogich procedur medycznych (aparatury i leków). Zatem rola czynników technicznych, jako pozacenowych determinantów podaży, ma dwojaki charakter. Z jednej strony mają one wpływ na wykonywanie nowoczesnych usług medycznych, z drugiej zaś, podnosząc koszty w zakresie ochrony zdrowia, przyczyniają się do ograniczania dostępności świadczeń. Rozwój techniki medycznej powoduje substytucję tradycyjnych (tańszych) procedur medycznych nowoczesnymi (droższymi), co w konsekwencji może prowadzić do ograniczenia ogólnej podaży świadczeń. Świadczenie usług medycznych staje się coraz kosztowniejsze i wymaga wzrostu nakładów, co w sytuacji ograniczonej wielkości zasobów powoduje występowanie administracyjnych ograniczeń dostępności do opieki medycznej i utratę znaczenia mechanizmów rynkowych [Białynicki-Birula, 2006, s. 33];
– łatwość dostępu do specjalistycznej wiedzy medycznej.

Podsumowując, można stwierdzić, że na wielkość podaży usług zdrowotnych mają wpływ czynniki ekonomiczne, które określają poziom pozostałych grup czynników. Wielkość środków finansowych w ochronie zdrowia warunkuje poziom nakładów na opiekę zdrowotną, jak i wielkość świadczeń wytworzonych w danym systemie. Możliwość racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów oraz efektywność funkcjonowania podmiotów opieki zdrowotnej w dużym stopniu będzie zależeć od pozostałych czynników.

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

3. Równowaga rynkowa w opiece zdrowotnej

Modelowe ujęcie relacji popytowo-podażowej pozwala na określenie istoty prawidłowości nią rządzących. W idealnych warunkach rynek ukształtowany przez popyt i podaż pozostawałby w stanie równowagi.

W opiece zdrowotnej mechanizm ten ma ograniczone zastosowanie ze względu na występowanie asymetrii informacji i relacje agencyjne, oprócz tego istotnym zjawiskiem wpływającym na niego jest obecność płatnika jako trzeciej strony.

Jeżeli w roli nabywcy świadczeń występuje płatnik, uprawniony konsument–pacjent kieruje się wyłącznie swoimi potrzebami, nie biorąc pod uwagę ceny świadczeń, gdyż nie płaci za nie z własnej kieszeni. Pacjent przyjmuje założenie, że skoro płaci podatki i uiszcza wymaganą składkę ubezpieczeniową, to przysługuje mu odpowiednie świadczenie opieki zdrowotnej, bez względu na wysokość sumy odprowadzanych podatków czy składek ubezpieczeniowych, a także na kwotę, jaką przekaże płatnik za udzielone świadczenie. W związku z tym konsumpcja świadczeń opieki zdrowotnej jest limitowana obiektywnymi potrzebami, subiektywnymi odczuciami dotyczącymi tych potrzeb oraz ich potencjalną niedogodnością [Kozierkiewicz, 2008, s. 63].

Sytuacja, gdy zachowania pacjenta i lekarza prowadzą do nadmiernego popytu na opiekę zdrowotną, przy równoczesnym występowaniu zawyżonej podaży usług opieki zdrowotnej, jest nazywane moralnym hazardem tych podmiotów [Rój, Sobiech, 2006, s. 20]. To, że ostatecznie pacjent zostanie obciążony kosztami konsumpcji świadczeń, nie stanowi przeszkody w zachowaniach tego typu, ponieważ nie dostrzega on związku między konsumowanymi świadczeniami a wzrostem wysokości składki ubezpieczeniowej czy podatków. Sytuacja ta prowadzi do znacznego wzrostu popytu na świadczenia opieki zdrowotnej i do wzrostu ich cen, o ile nie występują silne, systemowe mechanizmy ograniczające [Kozierkiewicz, 2008, s. 63].

Zawodność rynku w opiece zdrowotnej wynika z braku stabilności popytu na opiekę zdrowotną. Indywidualny popyt w tym zakresie nie jest równomierny w czasie i w przestrzeni, ale wyjątkowo nieregularny i trudny do przewidzenia. Nie potrafimy przewidzieć, kiedy i gdzie wystąpią problemy zdrowotne, oraz ocenić skuteczności podjętych działań medycznych. Nie jesteśmy też w stanie przewidzieć przebiegu choroby, jej natężenia oraz możliwości wyzdrowienia. W związku z tym nie możemy określić momentu, w którym będzie nam potrzebna opieka zdrowotna, ani rodzaju potrzebnych usług opieki zdrowotnej, ich wielkości i struktury.

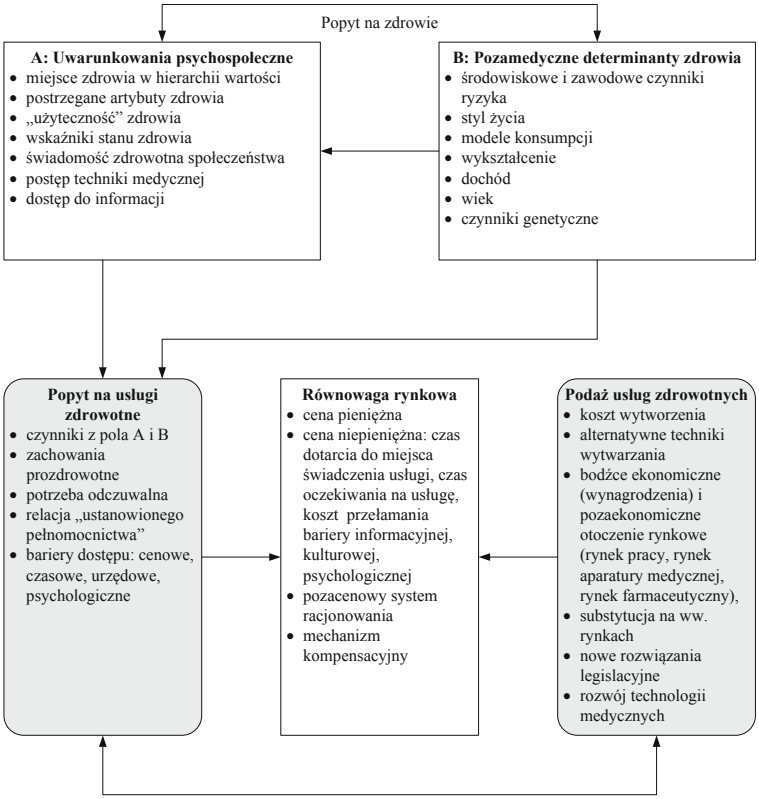
Pod uwagę należy brać także fakt, że konsument, działając na tym rynku, kieruje się emocjami, zwłaszcza wtedy, gdy jego zdrowie lub życie są zagrożone. Natomiast występująca na rynku opieki zdrowotnej asymetria informacji i swoiste relacje agencyjne powodują ograniczenie wyboru konsumenta. Pacjent dopiero po skorzystaniu z usług opieki zdrowotnej jest w stanie ocenić, czy liczba, struktura asortymentowa oraz jakość usług opieki zdrowotnej były właściwe.

Konieczność posiadania profesjonalnej wiedzy koniecznej do oceny zasadności i jakości oferowanych świadczeń medycznych powoduje, że lekarze i inni producenci

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

świadczeń zdrowotnych mogą kreować nadmierny popyt na swoje usługi, niekoniecznie zasadny z punktu widzenia potrzeb pacjenta. Pozycję rynkową pacjenta osłabia również charakter świadczeń, które wiążą się często z zagrożeniem zdrowia czy nawet życia, gdy dąży on do zdobycia świadczenia za każdą cenę. Ponadto część pacjentów, z uwagi na dysfunkcję organizmu (np. choroba psychiczna, uzależnienie), ma ograniczone możliwości wchodzenia w samodzielne relacje ekonomiczne na rynku usług medycznych [Buzowska, 2008, s. 3].

Ponadto należy mieć na uwadze fakt, że popyt na usługi opieki zdrowotnej może być zaspokajany przez odpowiednio „zalegalizowanych" profesjonalistów medycznych czy świadczeniodawców. Z jednej strony ogranicza to rozwój podaży, z drugiej strony daje profesjonalistom medycznym swobodę co do wyboru technologii leczenia. Swoboda ta może być ograniczona występowaniem szczególnie ryzykownych technologii medycznych, a także potrzebą ograniczania kosztów opieki zdrowotnej, szczególnie w sytuacji występowania trzeciej strony, oddzielającej popyt od podaży opieki zdrowotnej [Rój, Sobiech, 2006, s. 24].



Rysunek 1. Model relacji popytowo-podażowej w opiece zdrowotnej

Źródło: [Williams, 1987, s. 3].

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

Z drugiej strony mamy podaż usług zdrowotnych, czyli liczbę usług medycznych oferowanych świadczeniobiorcom w określonym miejscu i czasie. W modelu ekonomii klasycznej podaż jest ściśle uzależniona od popytu, a czynniki ją kształtujące określają możliwości i zakres świadczenia usług zdrowotnych. Jednak na rynku usług medycznych, w odróżnieniu od rynków innych dóbr i usług, obowiązują specyficzne reguły. W przeciwieństwie do modelu rynku konkurencji doskonałej wpływ popytu (a co za tym idzie, mechanizmu cenowego) na wielkość podaży usług zdrowotnych jest w znacznym zakresie ograniczony. Z uwagi na to, że popyt na usługi medyczne jest zmienny w czasie, podaż usług opieki zdrowotnej powinna być dostosowana do popytu, a nie odwrotnie.

Brak funkcjonowania mechanizmu cenowego w sferze podaży i popytu na świadczenia zdrowotne powoduje, że dominującego znaczenia nabierają regulacje administracyjnoprawne oraz polityka zdrowotna państwa. To one w zasadniczym zakresie wyznaczają poziom nakładów na opiekę zdrowotną, wysokość podaży (produkcji) świadczeń medycznych oraz wielkość popytu [Białynicki-Birula, 2006, s. 9].

Zakończenie

Równoważenie siły popytu i podaży wyłącznie za pomocą pieniężnej ceny równowagi jest możliwe jedynie w prywatnym sektorze opieki zdrowotnej, rozumianym jako obszar, w którym usługi finansowane są bezpośrednio z dochodów indywidualnych pacjentów. Dostęp do usług uzyskują wtedy tylko ci pacjenci, którzy są w stanie zapłacić ich rynkową cenę. W sektorze publicznym taka sytuacja nie jest powszechnie akceptowana [Rudawska, 2007, s. 35–36]. W sektorze publicznym opieki zdrowotnej spotykamy się ze zjawiskiem racjonowania opieki zdrowotnej, które oznacza procedurę czy praktykę, na skutek której niektórzy pacjenci zostają wykluczeni ze zbiorowego finansowanego systemu opieki zdrowotnej lub pozbawieni leczenia przynoszącego medyczne korzyści – niezależnie od tego, czy decyzję o tym wykluczeniu podejmuje płatnik, czy świadczeniodawca [Rój, Sobiech, 2006, s. 26].

Racjonowanie opieki zdrowotnej jest nieuniknione, zarówno ze względu na stosunkowo wąski zakres mechanizmu rynkowego w tej opiece, jak i w związku z faktem, że żadnego państwa nie stać na zapewnienie wszystkim obywatelom nieograniczonego dostępu do niej. W obecnych warunkach rozwoju medycyny i techniki każdy kraj, nawet najbogatszy, musi racjonować opiekę zdrowotną, ponieważ żaden system nie jest w stanie zaspokoić całego popytu na opiekę zdrowotną [Rój, Sobiech, 2006, s. 26].

Jednym z elementów racjonowania opieki zdrowotnej jest limitowanie świadczeń zdrowotnych, które niesie ze sobą szereg negatywnych zjawisk, do których zaliczamy [Bukiel, Misiński, 2003]:

– powstawanie kolejek do świadczeń, zwłaszcza wysoko specjalistycznych, co dla niektórych pacjentów może być tragiczne w skutkach,

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

– brak możliwości prowadzenia uczciwej konkurencji między szpitalami (lepsze placówki nie mogą wykazać swojej przewagi w sytuacji, gdy po wyczerpaniu limitów nie mogą już przyjmować pacjentów),
– łamanie zasady równego dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – osoby chorujące na początku roku mogą uzyskać leczenie bezpłatnie, natomiast pacjenci, którzy zgłoszą się później, muszą czekać w kolejkach lub płacić za leczenie – mimo że mają prawo do refundacji kosztów leczenia.

W związku z tym rezygnacja z limitowania świadczeń jest konieczna ze względów ekonomicznych, prawnych i etycznych. Aby tego dokonać, należy wprowadzić inne mechanizmy równoważące popyt i podaż świadczeń zdrowotnych, np. [Rudawska, 2007, s. 35–36]:

– właściwe zdefiniowanie świadczeń (system JGP),
– bezpośrednie dopłaty pacjentów do niektórych świadczeń zdrowotnych,
– odpowiednią kontrolę zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych prowadzoną przez płatnika, w tym skuteczne metody rejestracji usług medycznych,
– wprowadzenie przez publicznego płatnika koszyka świadczeń gwarantowanych każdemu. Ta forma jest nie tylko gwarancją dla pacjentów, ale i sposobem regulowania podaży przez wskazanie warunków, które muszą spełniać świadczeniodawcy, aby doszło do refundacji kosztów usług wyświadczonych przez konkretnego świadczeniodawcę konkretnemu użytkownikowi opieki zdrowotnej.

Współcześnie opieka zdrowotna ma charakter publiczny, dlatego jest zawsze opieką zdrowotną ograniczoną, a więc determinowaną ograniczeniami budżetowymi. Racjonowanie opieki zdrowotnej stanowi ekonomiczną konieczność, co oznacza, że oszczędności kosztów przynoszą korzyści na tyle duże, by zrekompensować ewentualne szkody zdrowotne.

Bibliografia

1. Białynicki-Birula P., *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, Monografie: Prace Doktorskie Nr 4, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2006.
2. Bukiel K., Misiński W., *Racjonalny system opieki zdrowotnej*, materiały dla prasy z Konferencji zorganizowanej przez Krajową Izbę Gospodarczą i Porozumienie Środowisk Medycznych, Warszawa 2003.
3. Bukowska-Piestrzyńska A., *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2010.
4. Buzowska B., *„Urynkowiony" system usług medycznych – argumenty za i przeciw*, „Zdrowie Publiczne" 2008, nr 118 (2).
5. Getzen T., *Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditure*, "Journal of Health Economics" 2000, nr 19.
6. Jacobzone S., *Les politiques de santé face aux proprieties incitatives et redistibutives des systems d'assurance maladie*, "Economie et statistique" 1996.

Pobrane z czasopisma Annales H - Oeconomia **http://oeconomia.annales.umcs.pl**
Data: 21/11/2026 05:06:39

7. Jeffers J.R., Bognanno M.F., Bartlett J.C., *On the demand and versus need for medical services and the concept of shortage*, "American Journal of Public Health" 1974, 64 (1).
8. Kozierkiewicz A. (red.), *Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2008.
9. Phelps Ch.F., Newhouse J.P., *Effect of coinsurance: A multivariate analysis*, "Social Security Bulletin" 1972, 35 (6).
10. Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2006.
11. Rudawska I., *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
12. Rydlewska-Liszkowska I., *Podstawy ekonomiki zdrowia – wybrane zagadnienia ekonomiczne ochrony zdrowia w miejscu pracy*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2006.
13. Rydlewska-Liszkowska I., Jungo B., Dereń Z., *Wybrane problemy ewaluacji ekonomicznej w opiece zdrowotnej*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999.
14. Williams A., *Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?*, [w:] A. Williams (red.), *Health and Economics*, Macmillan Press, London 1987.

Market equilibrium in the health market – the theoretical background

The market for health care services consumption is essentially determined by supply and demand. Throughout the health care both demand and supply have unique personalized character. The problem we often encounter is to bring unlimited public health needs of the limitations of their implementation, mainly related to the ability of funding.

The aim of this paper is to characterize the equilibrium in the health market and to present the characteristics of demand and supply of health services.