

# Marcin Kautsch

---

## Czynniki warunkujące zachowania konsumenckie w ochronie zdrowia – wybrane zagadnienia

---

Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu 16, 235-245

---

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

MARCIN KAUTSCH

Uniwersytet Jagielloński

## CZYNNIKI WARUNKUJĄCE ZACHOWANIA KONSUMENCKIE W OCHRONIE ZDROWIA – WYBRANE ZAGADNIENIA

Ostatnie lata to okres gwałtownego rozwoju sektora ochrony zdrowia, prowadzącego do coraz większych wydatków na usługi zdrowotne i zwiększającej się liczby świadczeniodawców niepublicznych oferujących swe usługi. W efekcie silnego rozwoju gospodarczego Narodowy Fundusz Zdrowia ma więcej środków na wykupywanie wyżej wymienionych usług, sami Polacy są coraz zamożniejsi, mogą więc z własnych kieszeni wydawać więcej pieniędzy na leczenie. W niniejszym artykule ukazano wybrane uwarunkowania funkcjonowania rynku usług medycznych oraz wskazano, jak manifestują się zachowania konsumencie w tym sektorze.

### 1. Charakterystyka sektora

Możliwości wdrażania rozwiązań rynkowych w ochronie zdrowia należy uznać za ograniczone<sup>1</sup>, co wynika z odmienności ochrony zdrowia od innych sektorów i szeregu różnych uwarunkowań. Rozważania na ten temat można zacząć od stwierdzenia sprzeczności wpisanej w funkcjonowanie publicznej części tego sektora. Z jednej strony, podejmowane działania powinny się bowiem charakteryzować efektywnością (przyjęcie rozwiązań rynkowych), z drugiej, uwzględnić równy dostęp obywateli do usług (świadczeń) zdrowotnych, gwarantowanych w przypadku Polski zapisami konstytucyjnymi<sup>2</sup>. Poniżej odniesiono się do specyfiki usługi medycznej jako takiej oraz rynku ochrony zdrowia.

<sup>1</sup> J. Klich, *Tworzenie przewagi konkurencyjnej*, „Służba Zdrowia” 1999, nr 61–64, s. 10.

<sup>2</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 2 kwietnia 1997 r., DzU, nr 78, poz. 483.

### 1.1. Usługa medyczna

Pojęcie usługi medycznej (świadczenia zdrowotnego) zostało zdefiniowane w art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej<sup>3</sup> w sposób niezwykle szeroki. Zgodnie z nim: „Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania...”<sup>4</sup>. Nie deprecjonując roli choćby usług edukacyjnych, bankowych i innych, trudno jest je porównywać z działaniami na rzecz zachowania zdrowia i życia.

Jaszkuł, charakteryzując usługę medyczną, wskazuje, m.in. na<sup>5</sup>:

- złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych,
- złożoność potrzebnych kwalifikacji, procedur, aparatury i sprzętu medycznego,
- asymetrię informacji,
- ograniczoną suwerenność pacjenta, zwłaszcza w stanach nagłych.

Hołub, ujmując w inny sposób specyfikę tego typu świadczeń, wskazuje m.in. na to, że jest to proces wymagający stałej interakcji z pacjentem, a lekarze mają małą możliwość różnicowania oferowanych przez siebie usług<sup>6</sup>, jakość usługi zależy nie tylko od samego lekarza, ale również od pacjenta, a pacjenci w zasadzie nie oceniają jakości technicznej świadczonej usługi. W związku z powyższym Hołub klasyfikuje usługi medyczne jako usługi profesjonalne<sup>7</sup>.

Natomiast Shortell i Kaluzny, charakteryzując organizacje ochrony zdrowia, podają m.in., że większość zachodzących w nich procesów ma charakter natychmiastowy i nie dają się one odłożyć na później, praca pozwala ma niewielką tolerancję niejednoznaczności czy błędu, a lekarze są mało skutecznie kontro-

---

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (DzU, nr 91, poz. 408, z późn. zm.)

<sup>4</sup> Po powyższym stwierdzeniu następuje enumeratywne wyliczenie, jakie są to świadczenia.

<sup>5</sup> I. Jaszkuł, *Zarządzanie przez jakość w opiece zdrowotnej*, „Antidotum” 1998, nr 2, s. 62.

<sup>6</sup> Autor nie podziela ww. poglądu, można bowiem wskazać, że pod pojęciem porady kryć się może zarówno sama wizyta u lekarza, jak również zestaw działań o charakterze diagnostycznym, które są wykonywane przy zastosowaniu różnej klasy aparatury medycznej. Oznacza to, że istnieje bardzo silna możliwość dywersyfikacji usługi. Powyższe zróżnicowanie jest również widoczne przy analizie zakresu ubezpieczeń, jakie są oferowane na rynku, a które obejmują znacznie od siebie się różniące czynności związane ze świadczeniami zdrowotnymi.

<sup>7</sup> J. Hołub, *Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych*, „Przegląd Organizacji” 2001, nr 6, s. 36.

lowani pod względem organizacyjnym i kierowniczym<sup>8</sup>. Powoduje to konieczność narzucenia rozwiązań dotyczących bezpieczeństwa wykonywania usług<sup>9</sup>, co ogranicza działanie rynku i zawęża pole decyzji klienta, a więc i jego możliwość manifestowania zachowań konsumenckich.

Części usług medycznych nie można zaplanować, czy poddać ochronie przez odseparowanie od środowiska zewnętrznego (konieczność ratowania zdrowia i życia). A im bardziej potrzebna usługa, tym mniej możliwości jej przygotowania. Zapisy art. 7 wspomnianej ustawy właśnie w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia zabraniają zakładowi opieki zdrowotnej odmówienia udzielenia świadczenia. Zagrożenie zdrowia lub życia zmniejsza możliwość dokonywania przez samych pacjenta świadomych wyborów.

Należy także wskazać, że pacjent uczestniczy w procesie udzielania mu usługi, a sam proces może mieć na niego wpływ. Czas wykonywania tego samego typu usługi może być różny. Niemożność oceny jakości technicznej świadczonej usługi<sup>10</sup> (poza nielicznymi przypadkami) sprawia, że klient może oceniać w zasadzie tylko tzw. jakość postrzeganą.

Zróznicowany może też być efekt końcowy usługi – mimo stosowania od wielu lat standaryzacji pracy i oparcia terapii na wynikach badań naukowych<sup>11</sup>. Jednocześnie wspomniana interakcja z pacjentem przy wykonywaniu usługi sprawia, że sam usługodawca nie zawsze może przewidzieć końcowe efekty czy też czas świadczenia usług, co odróżnia usługę medyczną od innych usług profesjonalnych (prawnych czy rachunkowych).

Warto też wspomnieć, że wyniki leczenia i zadowolenie pojedynczego pacjenta nie mogą zwalniać lekarzy z odpowiedzialności za efektywność wykorzystania środków dla zachowania zdrowia całej populacji. Przy zawsze ograniczonych środkach spożytkowanie ich na zadowolenie jednej osoby będzie bowiem skutkowało ich brakiem na ratowanie życia innym, co można uznać za wręcz nieetyczne. Dzieje się tak przynajmniej w przypadku opłacania świadczenia ze środków publicznych. Jończyk uważa za niezgodną z konstytucyjnym i ustawowym porządkiem skłonność do lekarskiego widzenia systemu opieki zdrowotnej: na-

<sup>8</sup> S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Fundacja Zdrowia Publicznego – Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2001, s. 32.

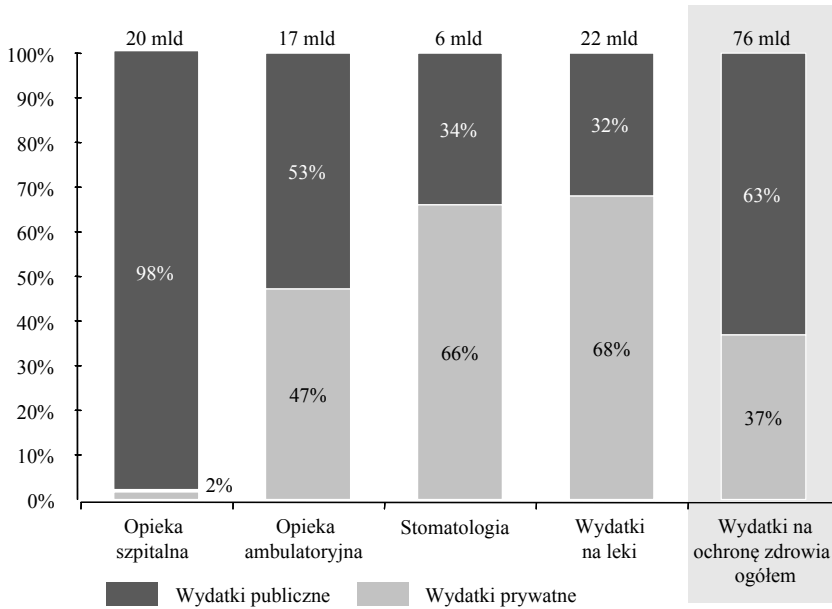
<sup>9</sup> Działania te realizowane są przez państwo lub też stowarzyszenia profesjonalne – w zależności od kraju.

<sup>10</sup> Związana z asymetrią informacji opisaną poniżej.

<sup>11</sup> Tzw. *evidence-based medicine* – medycyna oparta na faktach.

czelnej roli lekarza, korzystającego ze środków świadczeniodawcy (zakładu opieki zdrowotnej), który korzysta z środków publicznego płatnika<sup>12</sup>.

Ograniczoność środków nabiera w ochronie zdrowia dodatkowego wymiaru. Podawany w literaturze ekonomicznej problem wyboru (masło czy armaty)<sup>13</sup>, przekłada się bowiem na nie tylko na jakość życia, lecz także na czas jego trwania.



Rys. 1. Struktura wydatków na usługi medyczne wg źródła finansowania w 2008 roku (prognoza)

Źródło: S. Komorowski, M. Hebda, *W oczekiwaniu na inwestora – rynek prywatnych usług medycznych w pierwszej fazie rozwoju*, Forum Biznesu Medycznego Med-Market 2008, Warszawa, 5.06.2008, s. 6.

Wspomniana powyżej niemożność oceny jakości technicznej oferowanej usługi wynika z faktu asymetrii informacji, która charakteryzuje sektor usług profesjonalnych. Usługodawca wie o oferowanym produkcie znacznie więcej niż klient, który bardzo często nie jest w stanie ocenić wartości usługi nawet po skorzystaniu z niej. Dzieje się tak także w przypadku, gdy jest mu udzielony bardzo

<sup>12</sup> J. Jończyk, *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 10 (vol. 3) s. 9.

<sup>13</sup> P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Ekonomia 1*, PWN, Warszawa 1995, s. 53–77.

duży zasób informacji przez usługodawcę<sup>14</sup>. Nawet znający tematykę klient nie może natychmiast stwierdzić, czy jest ona poprawna, warta ceny, którą płaci i czy spełnia kryteria jakości<sup>15</sup>.

Niebagatelnym czynnikiem wpływającym na zachowanie klienta jest wysoka cena usług medycznych – pochodna takich czynników, jak koszty technologii medycznych czy wysokie wynagrodzenia personelu medycznego<sup>16</sup>. Finansowanie usług medycznych odbywa się w dużej mierze ze środków publicznych oraz przez różnego typu ubezpieczenia. Wielu osób chcących czy potrzebujących skorzystać z usług szpitalnych nie byłoby na nie stać – są one niemal w całości finansowane ze środków publicznych (por. rys. 1).

## 1.2. Ograniczenia i ułomności rynku usług zdrowotnych

Problem ułomności i ograniczeń rynku jest szeroko opisany w literaturze. W przypadku usług zdrowotnych dodatkowo można wymienić np<sup>17</sup>:

- istnienie płatnika – trzeciej strony (*third party payer*), które sprawia, że konsumenci przykładają mniej wagi do zagadnienia kosztów,
- podejmowanie w wielu przypadkach decyzji przez lekarzy, a nie konsumentów,
- niedoskonałość informacji,
- zróżnicowanie kosztu dostarczenia usługi medycznej poszczególnym klientom,
- wybór ubezpieczenia zdrowotnego przez instytucje trzecie<sup>18</sup>, a nie konsumentów,
- niezwykle silne grupy interesów kształtujące politykę zdrowotną.

Inni autorzy wskazują także na takie ułomności rynku opieki zdrowotnej, jak<sup>19</sup>:

1. *Siła monopolu stowarzyszeń profesjonalnych (klinicyści)*, będąca pochodną uprawnień nadanych im przez państwo lub uzyskanych przy akceptacji państwa. Stowarzyszenia wpływają np. na kwestie kierowania pacjentów do placówek ochrony zdrowia, regulują możliwość wejścia do zawodu i konieczność podnoszenia kwalifikacji.

---

<sup>14</sup> J. Klich, *op.cit.*, s. 11.

<sup>15</sup> A. Krawczyńska, D. Trzmielak, *Jakość usług medycznych*, „Przegląd Organizacji” 2001, nr 2, s. 35.

<sup>16</sup> Ten ostatni czynnik dotyczy także Polski. Por. P. Kalinowski, *Wyszarpnięte pensje*, „Medical Tribune” 2008, nr 3, s. 4.

<sup>17</sup> G. Shearer, *Blueprint For Fair Share Health Care: Incremental Steps Toward Universal Coverage*, May 24, 1999, <http://www.consumersunion.org/pdf/blueprint.pdf>, 4.04.2010, s. 4.

<sup>18</sup> Należy przez to rozumieć ustawodawców (np. w Polsce) lub pracodawców (np. w USA).

<sup>19</sup> S. Birks, *Health Care – Market Or Market Failure?*, <http://www.massey.ac.nz/~kbirks/hecon/pha93.htm>, 4.04.2010 (strony nienumerowane).

2. *Ignorancja konsumentów.* Wspomniana już wcześniej asymetria informacji, przekładająca się na ignorancję konsumentów, ma miejsce w przypadku każdego rynku, na którym kupowane są usługi eksperckie. W przypadku ochrony zdrowia ignorancja konsumentów jest także pochodną zachowania klinicystów, którzy nie dzielą się z konsumentem posiadaną informacją.
3. *Hazard moralny.* Wzrastają żądania konsumentów i nadużywanie przez nich opieki medycznej, natomiast lekarze znajdują się zarówno po stronie popytu, jak i podaży usługi medycznej, nie będąc jednocześnie odpowiedzialnymi za koszty. Sprawia to, iż świadczeniodawcy są bardziej skłonni do wykonywania usług, zakładając, że płatnik pokryje koszty tych, na które nie byłoby stać bezpośrednio klienta.

Popyt na usługi opieki zdrowotnej wzrasta przy tym wraz ze spadkiem ceny na nie, spadkiem kosztów czasu (niezbędnego na uzyskanie usługi), wzrostem ciężkości choroby, spadkiem czasu niezbędnego do pozyskania usługi, zwiększeniem zakresu ubezpieczenia i wiekiem<sup>20</sup>. Istnienie osobnej instytucji płatnika powoduje, że klienci mogą nie liczyć się z kosztami, nie dbać o własne zdrowie i korzystać z większej ilości usług medycznych niż w przypadku, gdyby mieli pokrywać w pełni ich koszty z własnej kieszeni. Zwiększa to zapotrzebowanie na usługi i powoduje problemy związane z koniecznością ich budżetowania i ograniczania dostępu do nich przez płatnika<sup>21</sup>.

Kolejnym istotnym zagadnieniem wpływającym na rynek usług medycznych jest selekcja negatywna. Jest ona pochodną problemu niemożności rozróżnienia przez działające na konkurencyjnym rynku firmy ubezpieczeniowe ryzyka zdrowotnego poszczególnych nabywców polis ubezpieczeniowych. Bez względu na działania podjęte przez firmy, nabywcy, będąc świadomi własnego ryzyka zdrowotnego, nabywają polisy, które maksymalizowałyby ich użyteczność (przejawiając znane z literatury zachowania konsumentckie), co wpływać będzie na ich cenę. Osoby o niskim ryzyku zdrowotnym nie korzystają z ubezpieczenia, natomiast ci o wysokim ryzyku zdrowotnym są niedopuszczani do ubezpieczenia przez politykę ubezpieczycieli<sup>22</sup>. Jak stwierdzili Donaldson i Gerard, dla osób

---

<sup>20</sup> C. Donaldson, K. Gerard, *Economics of Health Care and Financing: The Visible Hand*, Macmillan, 1993, s. 101.

<sup>21</sup> W. G. Scott, *Health Policy in a Democratic Mixed Market Economy*, <http://econ.massey.ac.nz/guyscott/Health%20Policy%20In%20A%20Mixed%20Market%20Economy.pdf>, 11.06.2002, s. 4–5.

<sup>22</sup> C. Donaldson, K. Gerard, *op.cit.*, s. 58.

o dużym ryzyku zdrowotnym, to nie ułomność rynku sprawia, że nie nabywają polisy, ale to, że nie mogą one sobie na nią pozwolić. Zjawisko to przyjmuje znaczące rozmiary bez względu na typ programu ubezpieczeniowego<sup>23</sup>.

Scott definiuje cechy charakterystyczne dla rynku ochrony zdrowia, które częściowo pokrywają się z opisanymi powyżej zagadnieniami. Wśród (nieomówionych wcześniej) cech wymienia on<sup>24</sup>:

- wielość i różnorodność udziałowców,
- trudności ze zdefiniowaniem i wyliczeniem wszystkich kosztów oraz wyników zdrowotnych,
- efekt spijania śmietanki,
- przerzucanie kosztów,
- usługa zdrowotna jest rodzajem świadczenia gwarantowanego (w odniesieniu do podstawowych usług medycznych),
- wielowymiarową naturę determinantów zdrowia i polityki społecznej.

„Efekt spijania śmietanki” wynika ze wspomnianej powyżej motywacji dla ubezpieczycieli działających na wolnym rynku do obniżania własnych kosztów przez ubezpieczenia osób o niskim ryzyku zdrowotnym oraz ograniczanie zakresu ubezpieczenia dla tych, których ryzyko zachorowania jest duże.

Bolnick stwierdza, że w przypadku rynków typu ubezpieczeniowego w warunkach niepewności niezwykle trudno jest przewidzieć konsekwencje wynikające z zawierania długoletniej umowy. Dodaje on, że w przypadku rynków ubezpieczeniowych konkurencja może raczej je zniszczyć, niż sprawić, że będą działały lepiej<sup>25</sup>.

Nie mniej istotną kwestią, dotyczącą rynku usług zdrowotnych, jest ograniczenie pola decyzji, jakie może podjąć klient. Wybór pacjenta ogranicza rozmieszczenie geograficzne placówek oraz decyzja publicznego płatnika dotycząca preselekcji zakładów, z których pacjent może wybierać. I w końcu, w wielu przypadkach pacjent nie może dokonywać wyboru, gdyż obszarem decyzyjnym jest jego zdrowie i życie. Decyzje takie podejmowane są przede wszystkim przez personel medyczny, po uprzednim uzyskaniu zgody na wykonanie określonych świadczeń zdrowotnych (takie prawo zapewnia pacjentowi art. 19. ustawy o ZOZ-ach) lub też bez tej zgody, jeżeli zagrożone jest życie pacjenta, a jest on nieprzytomny.

---

<sup>23</sup> *Ibidem*, s. 36.

<sup>24</sup> W.G. Scott, *op.cit.*, s. 2.

<sup>25</sup> H.J. Bolnick, *To Sustain a Vital and Vibrant Actuarial Profession*, The North American Actuarial Journal 1999, vol. 3, nr 4, s. 20.



Bezpośredni konsument nie podejmuje zatem niezależnych, indywidualnych decyzji, a w związku z istnieniem płatnika – trzeciej strony, który w imieniu pacjenta dokonuje zakupu pakietów usług czy pojedynczych usług, można wręcz mówić o tym, że konsument bywa silnie ubezwłasnowolniony. W krajach, które przyjęły tego typu model ubezpieczenia (np. Polska) brak zgody na ofertę publicznego płatnika oznacza automatycznie konieczność powtórnego łożenia na opiekę zdrowotną w formie opłat i/lub dodatkowego ubezpieczenia prywatnego (podwójna zapłata za otrzymaną usługę).

## 2. Zachowania konsumentckie w ochronie zdrowia

Opisane powyżej charakterystyka usługi zdrowotnej oraz ograniczenia funkcjonowania rynku ochrony zdrowia tworzą warunki, w jakich klienci artykułują swoje potrzeby dotyczące zdrowia i dokonują wyborów związanych z ich zaspokajaniem. Nawiązując do jednej z definicji zachowań konsumentckich (spójne działania konsumentów związane z dokonywaniem przez nich wyborów w procesie zaspokajania potrzeb konsumpcyjnych, w określonych warunkach<sup>26</sup>), można stwierdzić, że właśnie wskazana specyfika tworzy owe „określone warunki”, uwzględniane przez klienta w procesie podejmowania decyzji. Sposób realizacji zachowań konsumentckich może więc, czy wręcz musi, odbiegać od tych znanych z sektorów, zbliżonych do modelu rynku doskonałego.

Analizując zachowania konsumentckie w ochronie zdrowia, należy uwzględnić, że potrzeby konsumenta są silnie zróżnicowane i skala ich uświadomienia także może być różna.

Osoba niemająca świadomości potrzeby zdrowotnej (stanu chorobowego) nie będzie starać się jej zaspokoić. W takim przypadku można więc mówić o tym, że klient nie przejawia pewnych potrzeb i nie potrafi ich określić – stwierdzenie to jest jednak prawdziwe także dla innych sektorów. Szereg potrzeb – dotyczących wszystkich sektorów – może nie być uświadomionych, a ów brak świadomości nie uniemożliwia danej osobie zadowolenia z życia. Natomiast brak świadomości istnienia potrzeby zdrowotnej może (choć nie musi) prowadzić w dłuższej perspektywie do odczuwalnego pogorszenia się stanu zdrowia klienta i pogorszenia jakości jego życia. W konsekwencji osoba ta zostanie zmuszona do skorzystania z usługi medycznej – będzie miał miejsce swego rodzaju proces uświadomienia sobie potrzeby zdrowotnej przez np. poczucie osłabienia, gor-

---

<sup>26</sup> *Racjonalność konsumpcji i zachowań konsumentów*, E. Kiezel (red.), PWE, Warszawa 2004, s. 16.

szego samopoczucia, itp. Proces uświadamiania istnienia potrzeby nie jest jednak czymś specyficznym dla sektora ochrony zdrowia – o takich samych zjawiskach można mówić w odniesieniu do innych sektorów, choć samo dochodzenie do świadomości potrzeby będzie przebiegać odmiennie.

Uświadomiwszy sobie potrzebę zdrowotną, klient dążyć będzie do maksymalizacji użyteczności czerpanej ze spożycia usługi stanowiącej zaspokojenie wyżej wymienionej potrzeby, czego przykładem jest podany powyżej mechanizm nabywania polis ubezpieczeniowych.

Problemem jest natomiast kwestia możliwości wartościowania potrzeb przez klienta, gdyż ignorancja konsumenta nie pozwala mu ocenić skali zagrożenia zdrowia. „Obiektywna” potrzeba może więc różnić się od „subiektywnej”. Na przykład klient, dążąc do zniesienia bólu (potrzeba subiektywna), nie rozumie, czy też odrzuca fakt, iż za pomocą bólu organizm sygnalizuje istnienie stanu chorobowego (potrzeba obiektywna). W celu zaspokojenia potrzeby subiektywnej będzie więc przyjmował leki OTC (dostępne bez recepty), zamiast skorzystać z usługi specjalisty, który będzie w stanie ocenić jego rzeczywistą potrzebę, lecząc objawy, nie przyczyny. Takie zachowanie (wartościowanie) może prowadzić do istotnego pogorszenia stanu zdrowia. Większa, w rozumieniu klienta, użyteczność (ograniczenie kosztów: czasu na wizytę, jej kosztów, kosztów leków) może okazać się pozorna (późniejsze komplikacje, pogorszenia stanu zdrowia, w skrajnym przypadku – śmierć).

Powyższe przykłady pokazują więc, iż wybory pacjenta – konsumenta nie muszą prowadzić do maksymalizacji własnej satysfakcji w dłuższej perspektywie. Zestawienie zachowań konsumenckich w ochronie zdrowia zostało przedstawione w tabeli 1.

Powyższe przykłady pokazują, że mimo wspomnianych cech charakterystycznych usługi i sektora oraz licznych – wydawać by się mogło – występujących w związku z tym ograniczeń, zachowania konsumenckie mogą mieć lub mają miejsce w ochronie zdrowia. Jednocześnie ich realizacja może odbiegać od tego, jak manifestują się one w innych sektorach, czy też może sprawiać wrażenie odmienności. Zarówno bowiem w przypadku chęci poddania się przez klienta operacji plastycznej (co można traktować w kategoriach kaprysu czy też usługi, która nie musi być spełniona dla „normalnego” funkcjonowania klienta i wysokiej jakości życia), jak i usługi, która ratuje życie, klienci będą dążyć do zaspokojenia swoich potrzeb zgodnie z teoriami, jakie opisują zachowanie konsumenckie: minimalizując koszty i maksymalizując korzyści związane z nabyciem usługi.

Tabela 1

## Zachowania konsumentek w ochronie zdrowia w zależności od rodzaju świadczenia

Rodzaj potrzeby	Charakterystyka		Uwagi
	Osoby	Zachowania	
Ratowanie życia / Zabieg	Nieprzytomna	Niemożliwość podejmowania świadomych wyborów. Osoba z grupy podwyższonego ryzyka może podjąć kroki w celu (w momencie utraty przez nią przytomności) poinformowania osób udzielających jej usługi o swoim profilu zdrowotnym (np. posiadanie dokumentów opisujących stan zdrowia, numeru ICE, itp.).	Maksymalizacja użyteczności w rozumieniu skrócenia czasu leczenia lub wręcz uratowania życia, co jest przykładem zachowania konsumentckiego.
	Przytomna	Kontakt ze służbami, które mogą jej przyjść z pomocą czy ratunkiem.	Jak wyżej
Przywracanie zdrowia	Odczuwająca istotną potrzebę zdrowotną	1. Zaspokojenie potrzeby w systemie publicznym. 2. Decyzja o ubezpieczeniu (para-ubezpieczenie – abonament) 3. Zakup usługi: opłata bezpośrednia.	W dwóch ostatnich przypadkach zaspokojenie potrzeb zdrowotnych czy też minimalizacji czasu oczekiwania na usługę mają większą wartość niż wydatki związane z uzyskaniem usługi. Decyzja o zaspokojeniu potrzeby, oparta o czynniki znane z innych sektorów. Nie zawsze potrzeba może być precyzyjnie zdefiniowana przez konsumenta.
	Odczuwająca mniej istotną potrzebę zdrowotną	1. Niepodejmowanie żadnych działań („samo przejdzie”). 2. Stosowanie domowych sposobów leczenia. 3. Zakup i przyjmowanie leków OTC.	Maksymalizacja użyteczności: postrzeganie problemów zdrowotnych jako kwestii mało istotnych, za zachowania bardziej opłacalne (czas, pieniądze) klient uznaje oczekiwanie na samoistną poprawę stanu zdrowia lub stosuje mniej kosztowne metody (domowe sposoby, leki dostępne bez recepty). Działanie takie może być dla klienta niebezpieczne, o ile stan chorobowy (niezdiagnozowany) okaże się poważniejszy.
Zabieg estetyczne	Odczuwająca potrzebę zmiany w wyglądzie	Zaspokojenie potrzeby przy pomocy opłaty bezpośredniej.	Decyzja o zaspokojeniu potrzeby oparta na czynnikach znanych z innych sektorów: pełny wachlarz zachowań konsumenta w klasycznym ujęciu.

Źródło: opracowanie własne.

---

**DETERMINANTS OF CONSUMER BEHAVIOURS IN HEALTH CARE  
– SELECTED ISSUES.****Summary**

Health care sector differs from „normal” market and other sectors. Major differences originate from medical service particularity (a client has to use service, doesn't have sufficient information for rationale decision making) and presence of the third party – payer for services, present in all insurance or taxed financed systems. Third party stimulates phenomenon known as moral hazard, which has to be somehow tackled, therefore client's choices are being limited.

These phenomena distort way in which consumer behaviours can be performed. Despite of this, clients of health care sector display customer behaviours, though the way they are articulated may differ / seem to differ from the one, which is known in other sectors.

*Translated by Marcin Kautsch*