

Gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie – charakterystyka i wzorzec konsumpcji

Marlena Piekut^a

Streszczenie. Badanie omawiane w artykule dotyczy dochodów i wydatków gospodarstw domowych, w szczególności wydatków na konsumpcję. Celem badania jest identyfikacja gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie, a także poznanie ich profilu ekonomicznego i społeczno-demograficznego oraz wzorca konsumpcji. Okres badawczy objął wybrane lata z okresu 2000–2019 (2020 w przypadku wydatków konsumpcyjnych). Obliczenia wykonano na danych indywidualnych pochodzących z badania budżetów gospodarstw domowych przeprowadzanego przez GUS. W analizach zastosowano różne miary statystyczne, w tym pozycyjne i klasyczne miary położenia, oraz autorski miernik pozwalający zidentyfikować gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie. Przyjęto, że są to gospodarstwa, w których udział wydatków na zdrowie stanowi co najmniej 10% dochodu rozporządzalnego i nie mniej niż 25% wydatków na konsumpcję z wyłączeniem żywności, a dochód rozporządzalny nie przekracza mediany dochodu dla ogółu badanych gospodarstw.

Z badania wynika, że w latach 2000–2019 ok. 3% gospodarstw domowych w Polsce charakteryzowało się wysokim udziałem wydatków na zdrowie. Obserwowano w nich wzorzec konsumpcji ubogiej, co oznacza, że wysokość wydatków na konsumpcję pozwalała tym gospodarstwom na zaspokojenie potrzeb bytowo-konsumpcyjnych na poziomie minimum socjalnego. Gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie były tworzone przede wszystkim przez osoby starsze (po 70. roku życia), z niskim wykształceniem, mieszkające na wsi. Składały się przeważnie z jednej osoby lub dwóch osób, w mniej więcej połowie przypadków pozostających w związku małżeńskim.

Słowa kluczowe: zdrowie, gospodarstwo domowe, konsumpcja, wydatki na zdrowie

JEL: E2, G5, I1

Characteristics and consumption pattern of Polish households with a large share of health expenditure

Abstract. The research described in this paper focuses on the income and spending of Polish households, particularly on their consumption expenditure. The aim of the paper was to identify households with a large share of health expenses, as well as to examine their economic and socio-demographic profile and consumption pattern. The research covered selected years from the period of 2000–2019 (and 2020 in the case of consumption expenditure). The calculations were based on individual data collected in the household budget survey conducted by Statistics Poland. The analyses used various statistical measures, including

^a Politechnika Warszawska, Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych / Warsaw University of Technology, College of Economics and Social Sciences. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6449-5143>. Autor korespondencyjny / Corresponding author, e-mail: marlena.piekut@pw.edu.pl.

positional and classic position measures. Additionally, a proprietary measure was constructed specifically to identify households with a large share of health expenditure. It was assumed that in these households the share of health-related expenses constituted at least 10% of their disposable income and not less than 25% of their consumption spending, excluding food, and the level of their disposable income did not exceed the level of the median income for the total number of respondents. The results indicated large shares in health expenditure in approximately 3% of Polish households in the years 2000–2019. A poor consumption pattern was observed among these households, which means that their budget allowed their living and consumption needs to be satisfied at a minimum subsistence level. Households with large shares of health expenditure consisted primarily of older people (over the age of 70), with a lower level of education and living in the countryside. These households were mostly formed by one or two people, about half of whom were married.

Keywords: health, household, consumption, health expenditure

1. Wprowadzenie

Zachowanie dobrego zdrowia należy do podstawowych trosk życia codziennego. Z ustaleń Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) wynika, że dla 57% badanych mieszkańców Polski zdrowie jest najważniejszą wartością w życiu (Boguszewski, 2016). Zapewnienie zdrowia stanowi jeden z celów zrównoważonego rozwoju określonych przez Organizację Narodów Zjednoczonych (United Nations, 2023), a ochrona ludzi przed problemami finansowymi związanymi z leczeniem chorób to główne zadanie systemów opieki zdrowotnej (World Health Organization [WHO], 2000). W 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała, że rocznie 150 mln ludzi doświadcza poważnych trudności finansowych, a ok. 100 mln popada w biedę w wyniku opłat ponoszonych na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, czyli poprawę stanu zdrowia (WHO, 2010). Niektórzy ludzie niemogący pozwolić sobie na niezbędną opiekę zdrowotną decydują się na zaciągnięcie pożyczki, zastaw lub sprzedaż aktywów albo rezygnują z wydatków na edukację swoich dzieci. Niektórzy przestają nawet korzystać z niezbędnej opieki zdrowotnej, co prowadzi do pogorszenia ich stanu zdrowia i często także do zmniejszenia dochodów (Onoka i in., 2011; Russell, 2004; Shahrawat i Rao, 2012; Thuan i in., 2006; Xu i in., 2007). Wysokie wydatki na zdrowie z własnej kieszeni¹ mogą doprowadzić gospodarstwa domowe do ubóstwa (Golinowska, 2018; Limwattananon i in., 2007; Wagstaff i Doorslaer, 2003).

Konieczność zaspokojenia bardzo ważnej potrzeby pociągająca za sobą przeznaczanie na ten cel dużej części zasobów finansowych może spowodować deprivację pozostałych potrzeb. W przypadku potrzeb zdrowotnych chodzi o wysoki udział wydatków na zdrowie w dochodzie rozporządzalnym i wydatkach konsumpcyjnych, nazywany przez niektórych badaczy *wydatkami katastrofalnymi* (Polakowski i in., 2019). Wydatki na zdrowie są uważane za katastrofalne, gdy gospodarstwo domowe

¹ Wydatki z własnej kieszeni to wydatki prywatne przeznaczone na konsumpcję w gospodarstwach domowych (GUS, 2018).

musi w pewnym okresie zmniejszyć swoje podstawowe wydatki, aby poradzić sobie z kosztami opieki zdrowotnej (Xu i in., 2003).

Cylus i in. (2018) definiują wydatki na zdrowie jako katastrofalne, gdy ich poziom przekracza pewien procent lub próg zdolności gospodarstwa domowego do płacenia za opiekę zdrowotną, przy czym nieraz zaznacza się, że wydatki te oznaczają płacenie z własnej kieszeni za usługi ambulatoryjne lub leki. W raporcie *Poland: Country Health Profile 2021* (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], European Observatory on Health Systems and Policies, 2021) katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną są definiowane jako wydatki gospodarstwa domowego na świadczenia zdrowotne nierefundowane, które przekraczają 40% łącznych wydatków gospodarstw domowych pomniejszonych o koszty utrzymania (tj. żywność, mieszkanie i media).

Uznaje się też, że katastrofalne wydatki na zdrowie to takie, na które przeznaczana jest duża część dochodu rozporządzalnego lub wydatków w gospodarstwie domowym. Badacze przyjmują różne progi dla określenia *dużej części*: 5%, 10%, 25% lub 40% całkowitego dochodu rozporządzalnego gospodarstwa domowego albo wydatków gospodarstw domowych ogółem (Azzani i in., 2019; Berki, 1986; Pradhan i Prescott, 2002; Ranson, 2002; Wyszewianski, 1986; Xu i in., 2003). Warto zauważyć, że różnice między progami są bardzo duże, a podejście metodologiczne poszczególnych badaczy – mimo pozornego podobieństwa – odmienne, w związku z czym zdolność do zapłaty może być interpretowana wielorako, co prowadzi do różnic w pomiarach. Eze i in. (2022) dokonali analizy literatury naukowej za lata 2000–2021 dotyczącej wydatków na opiekę zdrowotną i stwierdzili, że najczęściej przyjmowane są dwa progi katastrofalnych wydatków na zdrowie: 10% całkowitych wydatków gospodarstw domowych i 40% wydatków gospodarstw domowych na produkty inne niż żywność.

Badanie omawiane w niniejszym artykule ma na celu identyfikację gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie, a także poznanie ich profilu ekonomicznego i społeczno-demograficznego oraz wzorca konsumpcji. Zgodnie z wiedzą autorów do tej pory w Polsce nie przeprowadzono badania, w którym zidentyfikowano by wzorec konsumpcji w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie.

2. Metoda badania

Przedmiotem badania były: profil ekonomiczny i społeczno-demograficzny gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie oraz charakteryzujący je wzorec konsumpcji. Jako wyznacznik profilu ekonomicznego przyjęto dochód

rozporządzalny² i wydatki konsumpcyjne³, a profilu społeczno-demograficznego – wiek, płeć, wykształcenie i stan cywilny osoby odniesienia⁴, miejsce zamieszkania gospodarstwa domowego i jego wielkość (liczba osób w gospodarstwie domowym). Zgodnie z metodologią badania budżetów gospodarstw domowych (BBGD) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS, 2018) wydatki na zdrowie analizowano w trzech kategoriach:

- artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny;
- usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej;
- usługi szpitalne i sanatoryjne.

Na potrzeby badania opracowano własną definicję gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie, jak bowiem wskazano, te wydatki mogą być różnie ujmowane w literaturze przedmiotu, co skutkuje ograniczoną porównywalnością. Dodatkowym ograniczeniem – jak zauważyli Shrimie i in. (2015) – jest także to, że wysoki udział wydatków na zdrowie można analizować tylko w przypadku tych osób, które faktycznie płacą za towary i usługi związane z ochroną zdrowia, natomiast nie obejmuje to osób, które potrzebują tych dóbr, ale nie mogą sobie na nie pozwolić.

Na podstawie przeglądu literatury (Dmytraczenko i Almeida, 2015; Thomson i in., 2016; WHO, 2015; Xu i in., 2003, 2007) przyjęto, że gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie to takie, które spełniają trzy kryteria (zachodzi koniunkcja warunków):

- wydatki na zdrowie pochłaniają nie mniej niż 10% dochodu rozporządzalnego;
- wydatki na zdrowie stanowią co najmniej 25% wydatków konsumpcyjnych nieżywnościowych;
- dochód rozporządzalny na osobę nie przekracza mediany dochodu całej badanej zbiorowości w przeliczeniu na osobę (dotyczy to gospodarstw domowych z pierwszej i drugiej grupy kwartyłowej).

² Dochód rozporządzalny – zgodnie z metodologią BBGD – to suma bieżących dochodów gospodarstw domowych z poszczególnych źródeł, pomniejszona o zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych płacone przez płatnika w imieniu podatnika, o podatki od dochodów z własności, podatki płacone przez osoby pracujące na własny rachunek, w tym przedstawicieli wolnych zawodów i osób użytkujących gospodarstwo indywidualne w rolnictwie, a także o składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. W skład dochodu rozporządzalnego wchodzi dochody pieniężne i niepieniężne, w tym spożycie naturalne oraz towary i usługi otrzymane bezpłatnie. Dochód rozporządzalny jest przeznaczony na wydatki oraz przyrost oszczędności (GUS, 2022a).

³ Wydatki konsumpcyjne (wydatki na towary i usługi konsumpcyjne) – zgodnie z metodologią BBGD – to kwoty przeznaczone na zaspokojenie różnorodnych potrzeb gospodarstwa domowego, w tym np. na żywność i napoje bezalkoholowe, odzież i obuwie, wyposażenie mieszkania, edukację i zdrowie (GUS, 2021).

⁴ Osoba odniesienia – zgodnie z metodologią BBGD – to osoba, która ukończyła 16 lat i przez dłuższy czas osiąga najwyższy wśród wszystkich członków gospodarstwa domowego stały dochód przeznaczony na potrzeby członków gospodarstwa. W przypadku gdy taki sam dochód osiągają dwie osoby lub więcej osób, za osobę odniesienia uważa się tę, która głównie rozporządza środkami na utrzymanie gospodarstwa (GUS, 2011).

Do obliczenia wartości autorskiego miernika pozwalającego na identyfikację gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie wyselekcjonowano jedynie te przypadki, które spełniały łącznie wymienione kryteria.

Analizy przeprowadzono dla lat 2000, 2006, 2013, 2018 i 2019 (w przypadku wydatków konsumpcyjnych – również 2020). Do obliczeń wykorzystano dane indywidualne na temat gospodarstw domowych pochodzące z BBGD, które dostarcza informacji potrzebnych do określenia poziomu życia ludności oraz stanowi kluczowe źródło informacji o przychodach, rozchodach, spożyciu ilościowym żywności i o innych aspektach warunków życia różnych grup ludności. Jest prowadzone metodą reprezentacyjną, co oznacza możliwość uogólnienia, z określoną precyzją, uzyskanych wyników na wszystkie gospodarstwa domowe w kraju (GUS, 2021).

Zgodnie z metodologią przyjętą w badaniu obliczono, że odsetek gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie w analizowanych latach wynosił od 2,6% do 3,4%, przy czym w drugiej dekadzie XXI w. był nieco wyższy niż w pierwszej dekadzie. Wstępne wyniki pokazały, że w latach objętych badaniem liczba gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie wynosiła od 964 do 1207. Dane dotyczące gospodarstw domowych przedstawiono w tabl. 1.

Tabl. 1. Dane dotyczące gospodarstw domowych

Wyszczególnienie	2000	2006	2013	2018	2019
Liczba gospodarstw domowych ogółem	36 163	31 175	37 181	36 166	35 923
Liczba gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie	1 045	964	1 127	1 108	1 207
Odsetek gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie w %	2,9	2,6	3,0	3,1	3,4
Mediana miesięcznego dochodu rozporządzalnego w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie na osobę w zł	395	529	895	1 400	1 254
Mediana dochodu rozporządzalnego w gospodarstwach domowych ogółem na osobę w zł	516	835	1 299	1 477	1 600

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

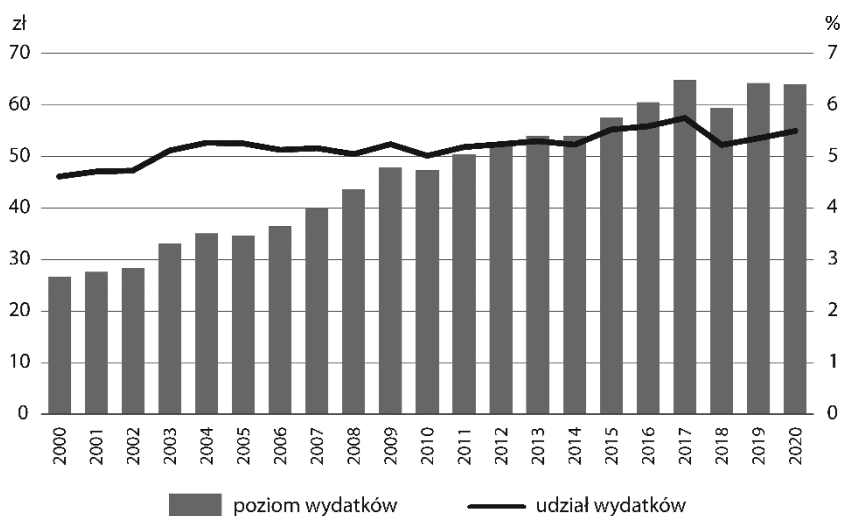
W analizie rozkładu dochodu rozporządzalnego i wydatków na konsumpcję wykorzystano następujące miary statystyczne: średnią arytmetyczną, medianę, modę, kwartyłe, decyle oraz współczynnik decylowy (stosunek decyla dziewiątego do pierwszego), który wskazuje na nierówności pomiędzy gospodarstwami domowymi, minimum, maksimum, współczynnik zmienności, współczynnik asymetrii oraz kurtozę. Do obliczania dochodu rozporządzalnego i wydatków na towary i usługi konsumpcyjne w gospodarstwach domowych zastosowano wagi: pierwszej osobie dorosłej w gospodarstwie przyporządkowano wagę 1, każdej następnej osobie dorosłej – 0,5, a dzieciom do lat 14 – 0,3.

3. Wyniki badania i dyskusja

3.1. Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych

Na podstawie danych z BBGD można stwierdzić, że w latach 2000–2020 miesięczne wydatki na zdrowie przypadające na osobę w gospodarstwach domowych ogółem w Polsce istotnie statystycznie wzrosły 2,4 razy – z ok. 27 zł do ponad 64 zł. Istotnie statystycznie ($p < 0,05$, $\alpha = 0,05$) o 0,9 p. proc. zwiększył się też odsetek wydatków na zdrowie w wydatkach na konsumpcję ogółem – z 4,6% do 5,5% (wykres). W tym samym czasie dochód rozporządzalny zwiększył się 3,1 razy, a wydatki na konsumpcję – 2 razy. Na podstawie współczynnika trendu liniowego uzyskano informację o zmianie wydatków na zdrowie w ciągu jednej jednostki czasu. Zmienną objaśniającą była zmienna czasowa t , a zmienną objaśnianą – wydatki na zdrowie. Obliczenie współczynnika kierunkowego trendu w latach 2000–2020 pozwoliło stwierdzić, że poziom wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych ogółem w Polsce zwiększał się rocznie przeciętnie o 2,04 zł, a ich udział w wydatkach na konsumpcję zwiększał się średnio w roku o 0,03%.

Wykres. Średni miesięczny poziom wydatków na zdrowie na osobę i udział wydatków na zdrowie w wydatkach na konsumpcję w gospodarstwach domowych



Uwaga. Ze względu na dostępność danych za 2020 r. zakres czasowy analizy został poszerzony. Poziom wydatków: współczynnik kierunkowy trendu = 2,04, $R^2 = 0,9762$, $p = 0,0000$. Udział wydatków: współczynnik kierunkowy trendu = 0,03, $R^2 = 0,6044$, $p = 0,0000$.

Źródło: opracowanie i obliczenia własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie były średnio ok. 3,5 razy większe niż w gospodarstwach domowych ogółem. W 2019 r. w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie przypadało miesięcznie średnio 729 zł na gospodarstwo domowe, podczas gdy w gospodarstwach domowych ogółem wydatki te wynosiły 191 zł (tabl. 2).

Tabl. 2. Średnie miesięczne wydatki na zdrowie w gospodarstwie domowym

Gospodarstwo domowe	2000	2006	2013	2018	2019
	w zł				
Z wysokim udziałem wydatków na zdrowie	270	336	536	542	729
Ogółem	80	102	155	176	191

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Struktura wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z wysokim obciążeniem wydatkami na zdrowie przedstawiała się podobnie jak w gospodarstwach domowych rozpatrywanych ogółem. Najwięcej wydawano na artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny. W gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie w 2018 r. przeznaczano na nie 70%, a w 2019 r. – 69% wydatków na zdrowie (w gospodarstwach domowych ogółem – odpowiednio ponad 71% i 70%). W 2018 r. usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej pochłaniały ok. 24%, a w 2019 r. – ponad 25% wydatków; w gospodarstwach domowych ogółem było podobnie. Na usługi szpitalne i sanatoryjne w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie przeznaczano w 2018 r. ponad 6%, a w 2019 r. – poniżej 6% wydatków na zdrowie; w gospodarstwach domowych ogółem było to po ok. 4% (tabl. 3).

Tabl. 3. Struktura wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych

Gospodarstwa domowe	Artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	Usługi szpitalne i sanatoryjne
2006			
Z wysokim udziałem wydatków na zdrowie	78,8	19,3	2,0
Ogółem	71,9	25,7	2,4
2013			
Z wysokim udziałem wydatków na zdrowie	76,5	21,3	2,2
Ogółem	68,0	29,6	2,4
2018			
Z wysokim udziałem wydatków na zdrowie	70,0	23,7	6,4
Ogółem	71,4	24,5	4,1

Tabl. 4. Struktura wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych (dok.)

Gospodarstwa domowe	Artykuły medyczo- farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	Usługi szpitalne i sanatoryjne
2019			
Z wysokim udziałem wy- datków na zdrowie	69,1	25,2	5,7
Ogółem	70,4	25,4	4,2

Uwaga. W tabelicy nie umieszczono danych za 2000 r. ze względu na ich brak w bazach danych GUS. Wydatki na zdrowie w podziale na trzy kategorie wprowadzono w 2004 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

W 2020 r. udział PKB przeznaczanego na bieżące wydatki na ochronę zdrowia⁵ w Polsce w PKB ogółem wynosił 6,5% (GUS, 2022b). Finansowanie ochrony zdrowia na mieszkańca Polski kształtuje się poniżej średniej dla UE i jest jednym z niższych w UE (WHO, 2023). Jak wskazano w raporcie OECD i European Observatory on Health Systems and Policies (2021), pakiet świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest szeroki i nie ma w nim podziału kosztów na opiekę podstawową i szpitalną. Refundacja leków w Polsce jest relatywnie niska; publiczne wydatki na leki należą do najniższych w UE, a koszty zakupu leków są podstawowym czynnikiem obciążającym gospodarstwa domowe z wysokimi wydatkami na zdrowie. W publikacji podano (na podstawie danych OECD Health Statistics oraz Eurostatu), że ponad trzy czwarte wydatków indywidualnych na leki z własnej kieszeni przeznacza się na leki kupowane bezpośrednio do samodzielnego leczenia (wydatki na leki w wydatkach bezpośrednich zawierają opłaty za leki zalecone przez lekarzy, również te niewymagające recepty), prawdopodobnie z powodu długiego czasu oczekiwania na dostęp do opieki specjalistycznej. Zauważono przy tym, że w ostatnich latach zostały podjęte wysiłki w celu kontrolowania cen leków i rozszerzenia ich dostępności, szczególnie dla niektórych grup osób (np. starszych, w ciąży) poprzez zwolnienie ze współpłacenia. Na przykład od 2020 r. kobiety w ciąży mają bezpłatny dostęp do niektórych leków. Zwrócono również uwagę, że mechanizmy ochrony najsłabszych grup ludności, takich jak członkowie gospodarstw domowych o niskich dochodach lub osoby cierpiące na choroby przewlekłe, są niewystarczające, a wydatki na leki okazują się szczególnie wysokie wśród emerytów, osób z niepełnosprawnością i gospodarstw domowych na obszarach wiejskich. W 2016 r. ok. 7,5% gospodarstw domowych zgłosiło, że często lub czasami nie było w stanie kupić przepisanych lub zalecanych leków.

⁵ Zgodnie z metodologią opisaną w OECD i in. (2017) bieżące wydatki na ochronę zdrowia te obejmują koszty związane z działalnością operacyjną, w tym wynagrodzenia personelu medycznego, dostawy medyczne, utrzymanie sprzętu, koszty administracyjne i inne wydatki związane z codziennym funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej.

3.2. Profil ekonomiczny gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie

Na podstawie obliczeń można stwierdzić, że w grupie gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie – w przeciwieństwie do całej badanej zbiorowości – mediana miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę była z reguły wyższa niż średnia arytmetyczna; wyjątek stanowił rok 2018. W 2019 r. mediana miesięcznego dochodu rozporządzalnego wyniosła w przeliczeniu na osobę 1433 zł, a w 2020 r. – 1254 zł. Dochód rozporządzalny gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie wykazywał umiarkowaną asymetrię lewostronną, co oznacza liczebną przewagę gospodarstw z dochodem rozporządzalnym powyżej średniej arytmetycznej. W latach 2000, 2006 i 2013 kurtoza dochodu była ujemna, czyli miała rozkład płatykurtyczny, natomiast w kolejnych dwóch analizowanych latach była dodatnia, czyli miała rozkład leptokurtyczny. Wartość współczynnika zmienności między 2000 r. a 2019 r. zmalała, podobnie jak wartość współczynnika decylowego, co świadczy o zmniejszeniu się rozwarstwienia dochodowego gospodarstw z wysokim udziałem wydatków na zdrowie (tabl. 4).

Tabl. 5. Charakterystyka rozkładu miesięcznego dochodu rozporządzalnego w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie na osobę

Wyszczególnienie	2000	2006	2013	2018	2019
Średnia arytmetyczna w zł	379,54	503,23	857,34	1432,83	1254,19
Mediana w zł	395,00	524,57	895,82	1400,00	1316,67
Moda w zł (w nawiasie liczba przypadków)	530,00 (7)	500,00 (24)	1200,00 (20)	1500,00 (24)	1600,00 (28)
Dolny kwartył w zł	270,82	379,00	686,58	1030,00	1035,10
Górny kwartył w zł	499,85	640,58	1075,91	1750,00	1561,00
Pierwszy decyl w zł	184,49	280,50	453,18	700,00	747,50
Dziewiąty decyl w zł	550,65	700,00	1200,00	2132,00	1700,00
Współczynnik decylowy	2,98	2,50	2,64	3,04	2,27
Minimum w zł	9,24	5,50	0,04	11,35	9,68
Maksimum w zł	592,00	739,98	1263,73	1639,44	1790,00
Klasyczny współczynnik zmienności w % ...	35,6	32,15	32,19	43,07	30,36
Skośność	-0,3256	-0,4901	-0,5997	0,7543	-0,8231
Kurtoza	-0,9306	-0,6396	-0,2423	0,1416	0,2698

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Średnie miesięczne wydatki konsumpcyjne na osobę w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie oscyływały wokół minimum socjalnego⁶: od 409 zł w 2000 r. do blisko 1078 zł w 2019 r. Mediana wydatków kon-

⁶ Minimum socjalne to – zgodnie z definicją opracowaną przez Instytut Polityki i Spraw Socjalnych (IPiSS) – model zaspokojenia potrzeb bytowo-konsumpcyjnych na niskim poziomie. Zakres i poziom zaspokajanych potrzeb według koszyka minimum socjalnego powinien zapewniać takie warunki życiowe, aby na każdym etapie rozwoju człowieka umożliwić reprodukcję jego sił życiowych, posiadanie i wychowanie potomstwa oraz utrzymanie więzi społecznych. Wartości koszyka minimum socjalnego są sumą kosztów nabycia danych ilości towarów i usług (Kurowski, 2002). Minimum socjalne jest kategorią wyznaczającą próg, poniżej którego istnieje obszar niedostatku czy ubóstwa; stanowi górną granicę tego obszaru.

sumpcyjnych w tych gospodarstwach kształtowała się poniżej średniej arytmetycznej dla badanej zbiorowości. Wydatki konsumpcyjne w gospodarstwach domowych zaliczonych do grupy reprezentującej pierwszy decyl kształtowały się poniżej minimum socjalnego i co do wartości były zbliżone do poziomu koszyka minimum egzystencji⁷. W 2019 r. miesięczne wydatki konsumpcyjne na osobę w gospodarstwach z pierwszej grupy decylowej wynosiły co najwyżej 637 zł, podczas gdy minimum egzystencji w zależności od wielkości gospodarstwa domowego – od 497 zł do 617 zł. We wszystkich analizowanych latach wydatki konsumpcyjne wykazywały silną asymetrię prawostronną, co oznacza, że w zbiorowości gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie przeważały gospodarstwa, których wydatki konsumpcyjne nie osiągały średniego poziomu. Można też zauważyć silną zmienność w zakresie wydatków konsumpcyjnych na osobę. W 2019 r. klasyczny współczynnik zmienności wynosił 39,6% (tabl. 5).

Tabl. 6. Charakterystyka rozkładu miesięcznych wydatków konsumpcyjnych w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie na osobę

Wyszczególnienie	2000	2006	2013	2018	2019
Średnia arytmetyczna w zł	408,62	497,31	789,67	1243,53	1078,45
Mediana w zł	377,99	468,77	749,24	1087,56	1016,87
Dolny kwartyl w zł	278,37	342,17	561,31	805,28	802,10
Górny kwartyl w zł	507,15	600,29	952,36	1471,43	1278,36
Pierwszy decyl w zł	214,21	283,57	431,30	590,33	636,80
Dziewiąty decyl w zł	642,040	753,81	1173,37	2075,67	1580,80
Współczynnik decylowy	3,00	2,66	2,72	3,52	2,48
Minimum w zł	67,48	85,06	183,70	198,49	210,92
Maksimum w zł	1585,43	2205,50	3084,69	7226,56	6196,25
Klasyczny współczynnik zmienności w %	42,8	40,25	42,05	57,8	39,6
Skośność	1,0825	1,3631	1,5822	3,0815	1,8779
Kurtoza	2,1705	4,7632	5,9223	19,7575	11,0121
Wysokość minimum socjalnego w zależności od wielkości gospodarstwa domowego .....	.	611,2–	841,16–	911,99–	948,24–
Wysokość minimum egzystencji w zależności od wielkości gospodarstwa domowego .....	.	802,0	1062,45	1168,31	1212,59
Wysokość minimum egzystencji w zależności od wielkości gospodarstwa domowego .....	.	295,8–	427,86–	467,41–	496,61–
		372,7	541,91	591,14	616,55

Uwaga. . – brak danych.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych indywidualnych z BGD oraz danych IPiSS (2022a, 2022b).

3.3. Profil społeczno-demograficzny gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie

W analizowanych latach z okresu 2000–2019 gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie (zgodnie z przyjętą metodologią) stanowiły ok. 3% badanych gospodarstw domowych w Polsce ogółem. Analiza profilu demograficzno-społecznego gospodarstw z wysokim udziałem wydatków na zdrowie wykazała, że

⁷ Minimum egzystencji stanowi dolny próg obszaru ubóstwa. Zakres i poziom zaspokajania potrzeb według minimum egzystencji wyznacza granicę, poniżej której występuje biologiczne zagrożenie życia oraz rozwoju psychofizycznego człowieka (Kurowski, 2002).

tworzyły je głównie osoby starsze. W latach 2018 i 2019 blisko połowę analizowanej grupy stanowiły gospodarstwa prowadzone przez osoby w wieku 70 lat lub więcej (osoba odniesienia miała 70 lat i więcej), a 36% w 2018 r. i 38% w 2019 r. – przez osoby w wieku 50–70 lat. Dla porównania w latach 2018 i 2019 w całej badanej populacji osoby w wieku 70 lat lub więcej stanowiły ok. 18%, a osoby w wieku 50–70 lat – blisko 40%.

Poza tym osoby z gospodarstw domowych, w których udział wydatków na zdrowie był wysoki, legitymowały się niskim wykształceniem. Gospodarstwa osób z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym stanowiły w latach 2018 i 2019 dwie trzecie ogółu analizowanej grupy, a w 2000 r. – blisko 82%. W latach 2018 i 2019 w całej badanej populacji gospodarstw domowych reprezentowanych przez osoby odniesienia z wykształceniem zasadniczym zawodowym i niższym było odpowiednio 42% i 43%, a w 2000 r. – ponad 59%.

Ponad połowa gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie mieszkała na wsi, w zależności od roku – od 55% do 66%. W odniesieniu do całej badanej populacji wiejskie gospodarstwa domowe stanowiły od 42% w 2019 r. do 48% w 2000 r.

Rozpatrując wielkość gospodarstwa domowego, można zaobserwować, że gospodarstwa z wysokim udziałem wydatków na zdrowie składały się najczęściej z nie więcej niż dwóch osób. W latach 2018 i 2019 gospodarstwa co najwyżej dwuosobowe stanowiły prawie 79%, a w 2000 r. – blisko 57% (tabl. 6). Odsetek gospodarstw domowych jedno- lub dwuosobowych w całej badanej populacji wynosił: w 2018 r. – 56%, w 2019 r. – 57%, a w 2000 r. – 39%.

Z kolei pod względem wykształcenia w strukturze gospodarstw domowych osób z wysokim udziałem wydatków na zdrowie największą grupę tworzyły gospodarstwa reprezentowane przez osoby mające wykształcenie co najwyżej zasadnicze zawodowe. Ich odsetek był większy niż w populacji ogółem.

Tabl. 6. Struktura społeczno-demograficzna gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie

Wyszczególnienie	2000	2006	2013	2018	2019
	w %				
Wiek osoby odniesienia					
Poniżej 30 lat	4,3	3,3	2,4	1,4	1,6
30–40	10,7	7,3	5,1	5,7	4,9
40–50	14,0	13,3	7,4	6,1	7,8
50–60	16,1	20,7	13,2	10,9	10,4
60–70	25,6	24,8	26,1	27,2	25,8
70 lat i więcej	29,4	30,6	45,9	48,6	49,6
Płeć osoby odniesienia					
Kobieta	42,1	49,4	53,0	52,6	52,9
Mężczyzna	57,9	50,6	47,0	47,4	47,1

Tabl. 6. Struktura społeczno-demograficzna gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie (dok.)

Wyszczególnienie	2000	2006	2013	2018	2019
	w %				
Wykształcenie osoby odniesienia					
Gimnazjalne, podstawowe lub niższe	56,2	53,2	48,1	35,8	31,1
Zasadnicze zawodowe	25,4	28,9	28,0	30,1	31,3
Średnie i policealne	15,6	17,0	20,0	26,4	28,6
Wyższe	2,9	0,9	3,9	7,6	9,0
Stan cywilny osoby odniesienia					
Kawaler lub panna .....	.	8,2	8,9	8,5	8,7
W związku małżeńskim .....	.	16,9	49,6	51,3	49,6
W stanie wdowieństwa .....	.	66,6	36,6	34,7	34,3
Osoba rozwiedziona .....	.	6,2	4,3	4,9	6,6
Miejsce zamieszkania gospodarstwa domowego					
Miasto o liczbie mieszkańców: 500 tys. i więcej	4,7	4,9	5,9	6,7	8,0
200–499 tys.	5,4	3,5	4,5	5,3	4,4
100–199 tys.	4,5	3,8	3,8	6,6	5,7
20– 99 tys.	15,1	12,0	13,7	13,0	15,1
poniżej 20 tys.	12,8	9,4	10,9	10,6	11,6
Wieś	57,5	66,3	61,1	57,8	55,3
Wielkość gospodarstwa domowego					
1-osobowe	22,1	23,0	34,7	35,1	37,3
2-osobowe	34,5	35,5	40,5	43,7	41,6
3-osobowe	16,9	16,5	11,2	10,1	9,2
4-osobowe	12,4	13,4	7,6	6,4	7,6
5-osobowe i większe	14,1	11,6	6,0	4,7	4,3

Uwaga. . – brak danych.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Uzyskane wyniki korespondują z analizami innych badaczy (Merlis, 2002, s. 4–13; Wyszewianski, 1986), w których wykazano, że takie cechy gospodarstwa domowego, jak jego wielkość, poziom wykształcenia głowy gospodarstwa⁸ oraz obecność w gospodarstwie domowym osób starszych przyczyniają się do ponoszenia wysokich wydatków na zdrowie. Gospodarstwa domowe o największym udziale wydatków na zdrowie to gospodarstwa wiejskie, a także gospodarstwa z dziećmi na utrzymaniu lub osobami z niepełnosprawnością oraz te, w których głową gospodarstwa jest kobieta lub osoba w wieku 60 lat lub więcej lub osoba z niskim wykształceniem (Galárraga i in., 2010; Hernández-Torres i in., 2008; Knaut i Torres, 2003; Piekut, 2015). Gospodarstwa domowe o niekorzystnej sytuacji finansowej są bardziej narażone na

⁸ Zgodnie z metodologią BBGD głową gospodarstwa domowego to osoba otrzymująca najwyższy dochód spośród wszystkich członków gospodarstwa domowego. W 2005 r. głowę gospodarstwa domowego zastąpiono osobą odniesienia (GUS, 2011).

spadek dochodów i ponoszenie wysokich wydatków na zdrowie z własnej kieszeni w przypadku wystąpienia incydentu zdrowotnego wymagającego pomocy medycznej (Cruz Rivero i in., 2006; Hernández-Torres i in., 2008; Knaul i in., 2005).

Kolasa i in. (2018), bazując na danych OECD, zaznaczają, że trudności finansowe związane z płaceniem na ochronę zdrowia z własnej kieszeni są w Polsce wysokie w porównaniu z wieloma innymi krajami UE i w szczególności dotyczą one najuboższych gospodarstw domowych. Tambor i Pavlova (2020) wskazują, że relatywnie najczęściej gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie (nazywane przez autorów gospodarstwami domowymi o katastrofalnych wydatkach na zdrowie) występują wśród gospodarstw domowych otrzymujących świadczenia społeczne. Kolejną grupą tego rodzaju są gospodarstwa domowe otrzymujące rentę inwalidzką lub rentę rodzinną. Autorki zauważają, że największym pojedynczym czynnikiem wysokiego udziału wydatków na zdrowie w prawie wszystkich grupach kwintylowych gospodarstw domowych są koszty zakupu leków; wyjątek stanowią gospodarstwa domowe osób najbogatszych. Kwoty przeznaczane na leki odpowiadają – w zależności od przynależności gospodarstwa domowego do grupy kwintylowej – od ok. 60% do 75% wszystkich wydatków na zdrowie. Jednocześnie przy tak dużym udziale kosztów zakupu leków w wydatkach na zdrowie niejednokrotnie nie są zaspokajane potrzeby dotyczące leków na receptę. Przyczyną tego jest względnie wysoka ich cena, zwłaszcza dla gospodarstw domowych o niższym statusie społeczno-ekonomicznym (Tambor i Pavlova, 2020).

3.4. Wzorzec konsumpcji w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie

Wzorzec konsumpcji obrazuje poziom i strukturę konsumpcji wraz z jej uwarunkowaniami i pełni funkcję diagnostyczną, pozwalając zrozumieć preferencje i zachowania konsumentów. Identyfikacja wzorców konsumpcji może być dokonywana zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i dla określonych grup ludności, wyodrębnionych według ustalonych kryteriów (Świstak i Laskowski, 2016). W badaniu omawianym w niniejszym artykule podjęto próbę ustalenia wzorca konsumpcji w gospodarstwach domowych obciążonych wysokimi wydatkami na zdrowie.

W analizowanych latach z okresu 2000–2019 udział wydatków na zdrowie w wydatkach konsumpcyjnych wynosił od 21% do 25%. Zaobserwowano tendencję wzrostową udziału wydatków na zdrowie w przeciwieństwie do wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe, które stanowiły 42% w 2000 r., 31% w 2018 r. i niecałe 32% w 2019 r. W gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie zauważono też zwiększający się udział wydatków na transport i zmniejszający się

udział wydatków na odzież i obuwie (tabl. 7). Dla porównania w całej badanej populacji udział wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe w wydatkach ogółem stanowił od 32% w 2000 r. do 26% w 2019 r., a udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem – od 4,6% w 2000 r. do 5,3% w 2019 r.

Tabl. 7. Wzorzec konsumpcji w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie

Wyszczególnienie	2000	2006	2013	2018	2019
Miesięczne wydatki na konsumpcję ogółem na gospodarstwo domowe w zł	1086	1280	1694	2004	2166
Wydatki konsumpcyjne w %	100	100	100	100	100
żywność i napoje bezalkoholowe	42,4	38,9	33,3	31,4	31,6
napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe	2,0	2,2	1,5	1,6	1,7
odzież i obuwie	3,8	2,8	2,7	2,5	2,5
użytkowanie mieszkania i nośniki energii	13,1	15,7	17,7	16,6	16,0
wyposażenie mieszkania	3,1	3,2	3,0	3,4	3,6
zdrowie	21,4	23,0	24,3	25,3	25,1
transport	4,0	3,2	4,1	4,6	5,0
łącznie	2,7	3,9	4,5	3,4	3,8
rekreacja i kultura	3,2	3,3	3,2	3,4	3,4
edukacja	0,4	0,1	0,3	0,3	0,3
gastronomia i zakwaterowanie	0,4	0,5	0,8	2,0	2,0
pozostałe wydatki na konsumpcję	3,6	3,3	4,5	5,5	5,1

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Porównanie miesięcznych wydatków na towary i usługi konsumpcyjne w przeliczeniu na osobę w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie i w gospodarstwach domowych ogółem (tabl. 8) pozwala dostrzec, że w tych pierwszych poziom wydatków na większość dóbr konsumpcyjnych jest niższy. Dla przykładu w 2019 r. w gospodarstwach domowych ogółem wydawano więcej niż w gospodarstwach z wysokim udziałem wydatków na zdrowie na następujące dobra: użytkowanie mieszkania i nośniki energii (o 30%), transport oraz rekreacja i kultura (o 220%), edukacja (o 480%). Poziom wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe był porównywalny w obu grupach gospodarstw. Natomiast wydatki na zdrowie w gospodarstwach z wysokim udziałem wydatków na zdrowie okazały się blisko 330% wyższe.

Tabl. 8. Miesięczne wydatki na towary i usługi konsumpcyjne na osobę w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie i w gospodarstwach domowych ogółem

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie	Gospodarstwa domowe ogółem	Różnica w poziomie wydatków między gospodarstwami z kolumn 2 i 3
	w zł		
2018			
Żywność i napoje bezalkoholowe	359	295	64
Napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe	20	30	-10
Odzież i obuwie	27	58	-32
Użytkowanie mieszkania i nośniki energii	231	217	14
Wyposażenie mieszkania	45	67	-22
Zdrowie	338	59	278
Transport	42	124	-82
Łączność	43	48	-4
Rekreacja i kultura	46	77	-31
Edukacja	1	12	-11
Gastronomia i zakwaterowanie	66	93	-28
Pozostałe wydatki na konsumpcję	110	72	38
2019			
Żywność i napoje bezalkoholowe	329	314	14
Napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe	17	32	-15
Odzież i obuwie	29	61	-31
Użytkowanie mieszkania i nośniki energii	177	225	-48
Wyposażenie mieszkania	38	71	-32
Zdrowie	273	64	208
Transport	54	121	-67
Łączność	41	55	-14
Rekreacja i kultura	37	83	-45
Edukacja	4	19	-15
Gastronomia i zakwaterowanie	24	61	-38
Pozostałe wydatki na konsumpcję	56	98	-42

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

W strukturze konsumpcji w obu grupach gospodarstw domowych na pierwszym miejscu były wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe. Na drugiej pozycji w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie znalazło się zdrowie, a na trzeciej – użytkowanie mieszkania i nośniki energii, a w gospodarstwach ogółem odpowiednio – transport oraz użytkowanie mieszkania i nośniki energii. W gospodarstwach domowych ogółem wydatki na zdrowie plasowały się na szóstym miejscu.

Wyniki innych badań (Kim i Yang, 2011) pokazują, że wysoki udział wydatków na zdrowie zazwyczaj zmusza gospodarstwo domowe do realokacji swoich zasobów i zagraża standardowi życia ich członków, co może mieć wpływ na ich dobrostan.

4. Podsumowanie

W badaniu omówionym w artykule zidentyfikowano gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie, a także poznano ich profil ekonomiczny i społeczno-demograficzny oraz wzorzec konsumpcji. Wykorzystane dane statystyczne pochodziły z badania budżetów gospodarstw domowych przeprowadzanego przez GUS i dotyczyły wybranych lat z okresu 2000–2019.

Stwierdzono, że w analizowanych latach wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych wzrastały, podobnie jak ich udział w wydatkach na konsumpcję ogółem. Przyjęto autorską definicję gospodarstw domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie (zwanymi też *wydatkami katastrofalnymi*) – założono, że są to gospodarstwa, w których udział wydatków na zdrowie stanowił co najmniej 10% dochodu rozporządzalnego oraz nie mniej niż 25% wydatków na konsumpcję z wyłączeniem żywności i w których dochód rozporządzalny nie przekracza mediany dochodu badanych gospodarstw ogółem. Obliczono, że gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie stanowiły w latach 2000–2019 ok. 3% gospodarstw domowych w Polsce. Wśród wydatków na zdrowie zarówno w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie, jak i w gospodarstwach domowych ogółem największą część (ok. 70%) stanowiły wydatki z kategorii artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny.

Gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie charakteryzował wzorzec konsumpcji ubogiej, w którym wysokość wydatków na konsumpcję pozwala na zaspokojenie potrzeb bytowo-konsumpcyjnych na poziomie minimum socjalnego. Stwierdzono, że ochrona zdrowia jest – oprócz potrzeb żywnościowych – priorytetową potrzebą w gospodarstwach domowych z wysokim udziałem wydatków na zdrowie. W latach 2000–2019 wydatki na zdrowie w tych gospodarstwach pochłaniały od 20% do 25% wydatków konsumpcyjnych ogółem.

Jeśli chodzi o profil demograficzno-społeczny, to gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie były tworzone przede wszystkim przez osoby starsze, po 70. roku życia, z niskim wykształceniem mieszkające na wsi. Składały się przeważnie z jednej osoby lub dwóch osób. W ponad połowie takich gospodarstw osoba odniesienia pozostawała w związku małżeńskim.

Należy zauważyć, że wydatki katastrofalne, czyli wysoki udział wydatków na zdrowie, są różnie definiowane w literaturze przedmiotu, co skutkuje ograniczoną porównywalnością wyników uzyskanych w omawianym badaniu z wynikami innych badań krajowych i międzynarodowych.

Bibliografia

- Azzani, M., Roslani, A. C., Su, T. T. (2019). Determinants of Household Catastrophic Health Expenditure: A Systematic Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 26(1), 15–43. <https://doi.org/10.21315/mjms2019.26.1.3>.
- Berki, S. E. (1986). A Look At Catastrophic Medical Expenses And The Poor. *Health Affairs*, 5(4), 138–145. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.5.4.138>.
- Boguszewski, R. (2016). *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*. Centrum Badania Opinii Społecznej. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF.
- Cruz Rivero, C., Luna Ruiz, G. A., Morales Barrera, R., Coello Levet, C. G. (2006). Catastrophic expenditure in health and income elasticities by item of expenditure in health services in Mexico. *Well-being and Social Policy*, 2(1), 47–69. http://biblioteca.ciess.org/adiss/r380/catastrophic_expenditure_in_health_and_income_elasticities_by_item_of_expenditure_in_health_services_in_mexico.
- Cylus, J., Thomson, S., Evetovits, T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 599–609. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.209031>.
- Dmytraczenko, T., Almeida, G. (red.). (2015). *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries*. International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0454-0>.
- Eze, P., Lawani, L. O., Agu, U. J., Acharya, Y. (2022). Catastrophic health expenditure in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(5), 337–351. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287673>.
- Galárraga, O., Sosa-Rubí, S. G., Salinas-Rodríguez, A., Sesma-Vázquez, S. (2010). Health insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. *The European Journal of Health Economics*, 11(5), 437–447. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0180-3>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2011). *Metodologia badania budżetów gospodarstw domowych*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/metodologia-badania-budzetow-gospodarstw-domowych,10,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2018). *Zeszyt metodologiczny. Badanie budżetów gospodarstw domowych*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/zeszyt-metodologiczny-badanie-budzetow-gospodarstw-domowych,10,2.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Budżety gospodarstw domowych w 2020 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/budzety-gospodarstw-domowych-w-2020-roku,9,15.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2022a). *Budżety gospodarstw domowych w 2021 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/budzety-gospodarstw-domowych-w-2021-roku,9,17.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2022b). *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2019–2021*. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/27/2/1/wydatki_na_ochrone_zdrowia_w_latach_2019-2021.pdf.
- Golinowska, S. (2018). *Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku*. Fundacja im. Stefana Batorego. <https://www.batory.org.pl/upload/files/Programy%20operacyjne/Forum%20Idei/Modele%20polityki%20spolecznej.pdf>.
- Hernández-Torres, J., Avila-Burgos, L., Valencia-Mendoza, A., Poblano-Verástegui, O. (2008). Seguro Popular's initial evaluation of household catastrophic health spending in Mexico. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 18–32. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/196575/79963>.

- Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. (2022a). *Wysokość minimum egzystencji*. <https://www.ipiss.com.pl/pion-badawczy-polityki-spoecznej/wysokosc-minimum-egzystencji/>.
- Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. (2022b). *Wysokość minimum socjalnego*. <https://www.ipiss.com.pl/pion-badawczy-polityki-spoecznej/wysokosc-minimum-socjalnego/>.
- Kim, Y., Yang, B. (2011). Relationship between catastrophic health expenditures and household incomes and expenditure patterns in South Korea. *Health Policy*, 100(2–3), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.08.008>.
- Knaul, F. M., Frenk, J. (2005). Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Affairs*, 24(6), 1467–1476
- Knaul, F., Torres, A. (2003). Determinantes Del Gasto De Bolsillo En Salud e Implicaciones Para el Aseguramiento Universal en México: 1992–2000. W: F. M. Knaul, G. Nigenda (red.), *Caleidoscopio de la Salud. De la Investigación a las políticas y de las políticas a la acción* (s. 209–228). Fundación Mexicana para la Salud.
- Kolasa, K., Leśniowska, J., Borek, E. (2018). *Współpłacenie pacjentów za świadczenia medyczne*. Fundacja MY Pacjenci. Razem dla zdrowia. https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2018/08/Wspolplacenie_pacjentow_za_swiadczenia_medyczne_ostateczna.pdf.
- Kurowski, P. (2002). *Koszki minimum socjalnego i minimum egzystencji – dotychczasowe podejście*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/2022/11/rola_funk_min_soc_egz.pdf.
- Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., Prakongsai, P. (2007). Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(8), 600–606. <https://doi.org/10.2471/BLT.06.033720>.
- Merlis, M. (2002). *Family out-of-pocket spending for health services: a continuing source of financial insecurity*. Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2002_jun_family_out_of_pocket_spending_for_health_services__a_continuing_source_of_financial_insecurity_merlis_oopspending_509_.pdf.pdf.
- Onoka, C. A., Onwujekwe, O. E., Hanson, K., Uzochukwu, B. S. (2011). Examining catastrophic health expenditures at variable thresholds using household consumption expenditure diaries. *Tropical Medicine and International Health*, 16(10), 1334–1341. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02836.x>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Poland: Country Health Profile 2021*. OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/e836525a-en.pdf?expires=1691132300&id=id&accname=guest&checksum=9AE88514A3C994A05A0888EF6A66EB9A>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, World Health Organization. (2017). *A System of Health Accounts 2011* (Revised edition). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- Piekut, M. (2015). Wydatki na zdrowie w bogatych i biednych gospodarstwach domowych. *Problemy Zarządzania*, 13(2), t. 2, 181–195. <https://doi.org/10.7172/1644-9584.53.11>.
- Polakowski, M., Golinowska, S., Balicki, M. (2019). *Ochrona zdrowia w Polsce*. Friedrich Ebert Stiftung, ICRA. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/warschau/15746.pdf>.
- Pradhan, M., Prescott, N. (2002). Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 11(5), 431–446. <https://doi.org/10.1002/hec.689>.
- Ranson, M. K. (2002). Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bulletin of*

- the World Health Organization*, 80(8), 613–621. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567585/pdf/12219151.pdf>.
- Russell, S. (2004). The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(S2), 147–155. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2004.71.147>.
- Shahrawat, R., Rao, K. D. (2012). Insured yet vulnerable: out-of-pocket payments and India's poor. *Health Policy and Planning*, 27(3), 213–221. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr029>.
- Shrime, M. G., Dare, A. J., Alkire, B. C., O'Neill, K., Meara, J. G. (2015). Catastrophic expenditure to pay for surgery worldwide: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 3(S2), 38–44. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70085-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70085-9).
- Świstak, E., Laskowski, W. (2016). Zmiany wzorca konsumpcji żywności na wsi i ich uwarunkowania. *Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej*, (114), 5–17. <https://doi.org/10.22630/EIOGZ.2016.114>.
- Tambor, M., Pavlova, M. (2020). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330606/9789289054218-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Thomson, S., Evetovits, T., Cylus, J., Jakab, M. (2016). Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama*, 2(3), 357–366. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325385/php-2-3-357-366-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Thuan, N. B. T., Lofgren, C., Chuc, N. T. K., Janlert, U., Lindholm, L. (2006). Household out-of-pocket payments for illness: Evidence from Vietnam. *BMC Public Health*, 6, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-283>.
- United Nations. (2023). *Sustainable Development Goals. Goals 3: Health*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 12(11), 921–933. <https://doi.org/10.1002/hec.776>.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>.
- World Health Organization. (2010). *The World Health Report: Health systems financing: The path to universal coverage*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>.
- World Health Organization. (2015). *Tracking universal health coverage: first global monitoring report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564977>.
- World Health Organization. (2023). *Current health expenditure (% of GDP)*. Pobrane 25 stycznia 2023 r. z https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?most_recent_value_desc=false.
- Wyszewianski, L. (1986). Financially Catastrophic and High-Cost Cases: Definitions, Distinctions, and Their Implications for Policy Formulation. *Inquiry*, 23(4), 382–394.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26(4), 972–983. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972>.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111–117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5).