

Wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w okresie kryzysu

Nadesłany: 05.07.12 | Zaakceptowany do druku: 05.11.12

Tomasz Zalega*

Kryzys zapoczątkowany w końcowych latach pierwszej dekady XXI wieku w Stanach Zjednoczonych dotarł do Polski w 2009 r. Konsekwencje zjawisk kryzysowych mają zaś charakter zarówno mikro- (spadek poziomu konsumpcji; zachowania adaptacyjne konsumentów), jak i makroekonomiczny (spadek PKB; wzrost bezrobocia (głównie typu koniunkturalnego); wzrost liczby upadłości przedsiębiorstw z powodu opcji walutowych; problemy w sferze finansów publicznych; zmiany struktury spożycia; pogorszenie sytuacji materialnej gospodarstw domowych oraz zmiany ich stylów zachowań, a także pogorszenie się nastojów konsumenckich).

Przedmiotem artykułu jest analiza zmian w wydatkach na ochronę zdrowia polskich gospodarstw domowych w okresie kryzysu. Celem artykułu jest omówienie dochodów ankietowanych gospodarstw domowych, zmian w wydatkach na ochronę zdrowia, stopnia zaspokojenia potrzeb w tym zakresie, rodzaju ograniczeń wprowadzonych przez badane gospodarstwa w zakresie wydatków na ochronę zdrowia oraz najistotniejszych determinant wpływających na tę grupę wydatków. Podsumowanie rozważań i ważniejsze wnioski kończą niniejszy artykuł.

Słowa kluczowe: wydatki na ochronę zdrowia, konsumpcja, gospodarstwa domowe, kryzys.

Healthcare expenditures of Polish households in the period of crisis

Submitted: 05.07.12 | Accepted: 05.11.12

The crisis began in the United States in the final years of the first decade of the twenty-first century arrived to Poland in 2009 and became visible as well. The consequences of the crisis have the form of both micro (decrease in consumption, adaptive behavior of consumers) and macroeconomic (shrinking GDP, rising of unemployment - mainly structural); increase in the number of firm closures due to forex options, problems in the public finances, changes in the structure of consumption, deterioration of the situation of households and changes in their lifestyle, as well as the deterioration of consumer attitudes.

The article is an analysis of changes in the healthcare expenditures of Polish households in the period of crisis. The purpose of this article is to discuss the surveyed households income, changes in spending in health care, the degree to which their healthcare needs are met, kind of restrictions introduced by the tested households regarding the spending on health care, and the most important determinants affecting the expenses of this group. Summary of important considerations and conclusions end this article.

Keywords: healthcare expenditures, consumption, households, crisis.

JEL: D12, E21, I10

* **Tomasz Zalega** – dr hab., prof. UW, Katedra Gospodarki Narodowej, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

Wstęp

W ujęciu ekonomicznym przez kryzys rozumie się gwałtowne zmniejszenie aktywności gospodarczej (produkcji, zatrudnienia i inwestycji), co w efekcie przyczynia się do naruszenia stanu równowagi ekonomicznej i osłabienia rozwoju gospodarczego danego kraju bądź regionu. W swym klasycznym ujęciu, na gruncie teorii ekonomii, kryzys jest jedną z faz cyklu koniunkturalnego, która charakteryzuje się gwałtownym spadkiem aktywności gospodarczej bądź której towarzyszą negatywne trendy, przy założeniu, że stan taki utrzymuje się co najmniej przez pół roku. Klasyczny kryzys będący przejściem z fazy ekspansji do fazy depresji i pojmowany jako załamanie wzrostu gospodarczego, czyli zmniejszenie działalności gospodarczej, cechuje się zmniejszeniem wielkości produkcji krajowej, nakładów przeznaczonych na inwestycje, spadkiem realnych dochodów ludności, a w konsekwencji także zmianą poziomu i struktury konsumpcji gospodarstw domowych.

Kryzys pojmowany jako zmniejszenie działalności gospodarczej jest określany przez ekonomistów mianem kryzysu gospodarczego (ekonomicznego). Jednakże oprócz tego rodzaju kryzysu, w teorii ekonomii wyróżnia się także kryzysy walutowe i kryzysy finansowe, których pojęcia nie są tożsame (Kaminsky i Reinhart, 1999; Mishkin, 2002; Rogoff, Husain, Mody, Brooks i Oomes, 2003; Reinhart i Rogoff, 2009).

Obecny kryzys finansowo-ekonomiczny zapoczątkowany w 2008 r. zaskakuje rozległością oraz głębokością negatywnych konsekwencji. Kryzys ten jest następstwem wielu współzależności, które mają swoje źródło w przemianach w sektorze bankowym oraz w oddziaływaniu tzw. megatrendów, do których zaliczyć można m.in. globalizację podziału pracy i wiedzy, narastanie ryzyka gospodarczego i finansowego, zmiany demograficzne, a także wyłanianie się nowego porządku ekonomicznego i politycznego (Zalega, 2012a, s. 9). Zmiany zachodzące w gospodarce światowej będące konsekwencją kryzysu finansowo-ekonomicznego okazały się zbyt głębokie, aby jakkolwiek kraj mógł się przed nimi uchronić. Kryzys dotknął także Polski, jednakże w relatywnie mniejszym stopniu niż większość krajów uprzemysłowionych czy też niektórych krajów naszego regionu.

W Polsce nie zaobserwowano kryzysu, a jedynie spowolnienie gospodarcze. Można to tłumaczyć z jednej strony stabilnym systemem bankowym, w którym dużą wagę przywiązuje się do depozytów jako źródeł finansowania działalności kredytowej banków, a także niepozyskiwania funduszy w procesach sekurytyzacji ani dokonywania przez banki inwestycji w papiery wartościowe powstałe w wyniku tych procesów, z drugiej zaś – niższym aniżeli w gospodarkach rozwiniętych stopniem zadłużenia gospodarstw domowych i przedsiębiorstw (Zalega, 2012b).

W 2009 r. Polska jako jedyny kraj w Europie osiągnęła dodatni wzrost gospodarczy. W pewnym sensie był to wynik korzystnego splotu okoliczności, takich jak: osłabienie złotego, brak problemów w sektorze budowlanym oraz

stosunkowo duży elastyczny rynek pracy. Istotną rolę odegrał także napływ funduszy europejskich (i ich lepsza absorpcja) oraz niemiecki plan wsparcia rodzimego sektora motoryzacyjnego, zakładający przyznawanie premii przy złomowaniu starego auta i zakupie nowego. Do tego dochodzi stosunkowo mała zależność od eksportu. Polska jest w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej gospodarką mało otwartą. Stosunek obrotów handlowych do PKB w Polsce to około 80%. Załamanie się globalnego handlu w wyniku światowej recesji dotknęło polskiej gospodarki w znacznie mniejszym stopniu. Nie bez znaczenia okazała się silna konsumpcja wewnętrzna. Wkład popytu krajowego we wzrost PKB w 2010 r. wyniósł 4,4 punkty procentowe, podczas gdy wkład eksportu netto był ujemny i wyniósł 0,6 punktu procentowego. Ponadto wzrost dochodu rozporządzalnego w gospodarstwach domowych i poprawa sytuacji finansowej przedsiębiorstw wpływały pozytywnie na wydatki konsumpcyjne gospodarstw domowych.

Do zwiększenia popytu wewnętrznego w Polsce w 2010 r. przyczyniło się także spożycie oraz przyrost zapasów. Kolejne zaś dobre informacje gospodarcze uruchamiały mechanizm samosprawdzającej się prognozy: banki, przedsiębiorstwa i konsumenci zaczęli wierzyć, że recesji da się uniknąć, co stało się samoczynnym elementem wzrostu gospodarczego (www.nietakikryzysstraszny.pl/images/Raport_Otwarcia.pdf).

W celu określenia zależności zachodzącej między kryzysem a konsumpcją i zachowaniami nabywczyimi, przeprowadzono badania bezpośrednie dotyczące sytuacji materialnej i struktury konsumpcji polskich gospodarstw domowych. Sama organizacja badań bezpośrednich konsumpcji była związana z precyzyjnym określeniem podmiotu, jak i miejsca przeprowadzenia badań. Podjęcie właściwych decyzji w tym zakresie jest niezwykle istotne, gdyż z dużym prawdopodobieństwem gwarantuje, że wynik przeprowadzonego badania będzie mógł stanowić podstawę do sformułowania niezafałszowanych i rzetelnych wniosków dotyczących zarówno sytuacji materialnej, jak i struktury konsumpcji oraz zmian w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych.

W artykule, ze względu na ograniczone ramy opracowania i jego temat, skoncentrowano się wyłącznie na przeanalizowaniu wydatków na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w okresie kryzysu. Omówiono mianowicie wysokość dochodów gospodarstw domowych, wydatki na ochronę zdrowia i ich zmianę w okresie kryzysu, stopień zaspokojenia potrzeb respondentów i rodzaje ograniczeń wprowadzonych w zakresie wydatków na ochronę zdrowia oraz kluczowe czynniki determinujące wydatki na ten cel.

Przyjętymi w badaniu cechami, oprócz demograficzno-społecznych, takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, czy liczba osób w gospodarstwie domowym, było również miejsce zamieszkania. Materiał empiryczny zawarty w pracy pochodzi z badań bezpośrednich przeprowadzonych w formie kwestionariusza ankietowego na próbie 1896 gospodarstw domowych w okresie od

czerwca do września 2011 r. w dziesięciu największych miastach Polski. Zgodnie z przyjętymi założeniami badawczymi w próbie znalazły się osoby powyżej 18. roku życia, które posiadały samodzielność finansową i podejmowały decyzje nabywcze na rynku produktów żywnościowych i nieżywnościowych. Należy zaznaczyć, że respondenci byli traktowani jako przedstawiciele gospodarstw domowych występujący w ich imieniu. Pomiaru, oprócz autora badań, dokonała przeszkolona w tym celu grupa studentów z Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego i Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie. Badania zostały w całości sfinansowane przez Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

Podstawowym celem zaprojektowanych i przeprowadzonych badań empirycznych było uchwycenie struktury konsumpcji oraz specyfiki zachowań nabywczych gospodarstw domowych w okresie kryzysu, a także analiza i ocena zmiany w sferze zaspokajania potrzeb konsumpcyjnych, z uwzględnieniem źródeł gromadzenia środków pieniężnych na finansowanie konsumpcji.

Dla celów badawczych sformułowano 15 hipotez o charakterze ogólnym, które zostały zweryfikowane w następstwie przeprowadzonych badań. Biorąc pod uwagę temat niniejszego artykułu, w odniesieniu do wydatków na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w okresie kryzysu, sformułowano dwie hipotezy badawcze:

- 1) pogorszenie sytuacji finansowej gospodarstw domowych w okresie kryzysu znajduje swoje odbicie w zmniejszeniu wydatków na ochronę zdrowia, wpływając tym samym na subiektywną ocenę poziomu ich zaspokojenia;
- 2) przy podejmowaniu decyzji w zakresie wydatków na ochronę zdrowia, gospodarstwa domowe kierują się głównie ceną i jakością świadczonych usług medycznych.

Zebrany w trakcie badań bezpośrednich materiał zawierał wiele informacji o dużej liczbie jednostek. Materiał ten następnie uporządkowano, tzn. poddano grupowaniu i zliczeniu oraz wstępnej ocenie pod względem kompletności informacji. Przeprowadzona weryfikacja i ocena zebranego materiału badawczego pozwoliła na wyeliminowanie błędów wypełnienia, niedokładności zapisów, błędów logicznych i systematycznych. Z wyjściowej liczby kwestionariuszy wywiadów wynoszącej 1900 respondentów, pozostało 1896 kwestionariuszy. W dalszym postępowaniu poddane one zostały procesowi kodowania, natomiast utworzony na bazie zbiorów danych przetworzono pakietem statystycznym. Zastosowanie pakietu analizy statystycznej programu SPSS 14.0 PL wraz z pakietem AMOS oraz Matlab 7.14 umożliwiło dokonanie w stosunkowo krótkim czasie analizy informacji uzyskanych w wyniku przeprowadzenia badań metodą wywiadu standaryzowanego. Następnie po zgrupowaniu, zliczeniu i wstępnym opisie zebranych danych, dokonano ich analizy jakościowej i ilościowej.

Dobór próby badawczej i jej charakterystyka

W próbie, zgodnie z przyjętymi założeniami badawczymi, znalazły się osoby powyżej 18. roku życia. W badaniach uczestniczyło 54,8% kobiet i 45,2% mężczyzn. Rozkład badanych według płci i wieku zgodny był z rozkładem populacji generalnej. Ważną zmienną przy badaniu konsumpcji jest miejsce zamieszkania. W próbie respondentów, zgodnie z przyjętymi założeniami badawczymi, znalazły się osoby zamieszkujące największe miasta Polski: Warszawę, Kraków, Łódź, Poznań, Wrocław, Szczecin, Gdańsk, Katowice, Lublin i Białystok. Każde miasto reprezentowało 188–190 osób, stanowiąc ok. 10% badanej populacji

W badaniu zadano respondentom pytanie o poziom wykształcenia. W kwestionariuszu wywiadu przedstawiono cztery kategorie wykształcenia: podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie i wyższe. Najsilniej reprezentowane były osoby z wykształceniem średnim. Co drugi ankietowany legitymował się tym poziomem wykształcenia. Co piąty ankietowany uzyskał wykształcenie wyższe. W badanej próbie najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (13,6%) oraz zasadniczym zawodowym (15,3%).

Warto także zwrócić uwagę, że ponad 4/5 respondentów było aktywnych zawodowo. Nie pracowało natomiast szesnastu na stu badanych. Proporcja aktywnych i biernych zawodowo w badanej populacji jest zbliżona do tej, która odnosi się do krajowego rynku pracy.

Blisko 2/5 badanych stanowiły osoby będące reprezentantami dwuosobowych gospodarstw domowych, natomiast co trzeci ankietowany reprezentował gospodarstwo trzyosobowe. Z kolei co piąty respondent pochodził z czteroosobowego gospodarstwa domowego, a jedynie jeden na 49 ankietowanych był przedstawicielem jednoosobowych gospodarstw domowych.

Wśród badanych 40,6% nie miało na utrzymaniu dzieci, natomiast 32,1% miało jedno dziecko, zaś 22,5% ankietowanych – dwoje dzieci. Zaledwie co dwudziesty respondent reprezentował gospodarstwa domowe wielodzietne.

Prawie połowa respondentów określiła swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą, a co trzeci ankietowany jako złą. Prawie co dziesiąty respondent określił swój status ekonomiczny jako bardzo dobry, natomiast co dwudziesty ankietowany ocenił swoją obecną sytuację materialną jako bardzo złą.

Największą grupę wśród respondentów stanowiły osoby, których miesięczne dochody *per capita* mieściły się w przedziale 2001,00–3000,00 zł. Prawie u co trzeciego ankietowanego miesięczny dochód na 1 osobę w gospodarstwie nie przekraczał 2000,00 zł; u co dziesiątego ankietowanego dochód mieścił się w przedziale od 3001,00 do 4000,00 zł miesięcznie na 1 osobę w gospodarstwie domowym. Najmniejszą grupę wśród respondentów stanowiły gospodarstwa, w których dochód *per capita* wyniósł powyżej 5000,00 zł miesięcznie.

Wysokość dochodów gospodarstw domowych

Poziom bieżących rozporządzalnych dochodów ludności jest kluczowym ekonomicznym wskaźnikiem kształtowania konsumpcji, współdecydując łącznie z innymi determinantami o desygnowaniu kwot wydatkowanych na zaspokojenie potrzeb konsumpcyjnych. Można zatem powiedzieć, że dochody, jakie uzyskiwane są przez konsumentów, stanowią ekonomiczny filar funkcjonowania każdej rodziny, określając tym samym standard życia, poziom konsumpcji i możliwości zaspokajania potrzeb wspólnych i indywidualnych członków gospodarstw domowych (Carroll, 1997; Flavin, 1981; Shefrin i Thaler, 1988; Zalega, 2012a).

W sytuacji, gdy pieniądź jest kluczowym ogranicznikiem konsumpcji, szczególnie istotnego znaczenia zaczynają nabierać zmiany w poziomie i zakresie zróżnicowań dochodów *per capita*. Oznacza to, że dla oceny struktury konsumpcji gospodarstw domowych istotne znaczenie, oprócz osiąganego dochodu przez poszczególnych jego członków, mają także warunki mieszkaniowe oraz wyposażenie w dobra trwałego użytku. Wszystko to ma bezpośredni wpływ na indywidualne postawy i zachowania konsumentów, rzutując na ich zachowania rynkowe, bez względu na relacje do sytuacji obiektywnej.

Ankietowanych biorących udział w badaniu poproszono o określenie wysokości dochodu przypadającego miesięcznie na 1 osobę w ich gospodarstwie domowym. Dochody te zaklasyfikowano do sześciu grup, z których dochody do 1000,00 zł mogą zostać określone jako „dochody niskie”. Do tej kategorii zaliczało się prawie 14% ogółu badanych rodzin. Warto przy tym zwrócić uwagę, że czternastu na stu uczestników badania dysponowało miesięcznie jedynie kwotą poniżej 1000,00 zł *per capita*, przy czym najniższy poziom deklarowanych dochodów wynosił nawet ok. 850,00 PLN na 1 osobę.

Dochody miesięczne na 1 osobę w wysokości 1001,00–2000,00 zł uzyskiwało 27,4% badanych, a w granicach 2001,00–3000,00 zł – aż 2/5 ankietowanych. Pozostałe rodziny osiągały nieco wyższy poziom dochodów. I tak, 3001,00–4000,00 zł – co 10 respondent, 4001,00–5000,00 zł – 5,6% ankietowanych, natomiast miesięcznym rozporządzalnym dochodem przekraczającym 5000,00 zł mogło pochwalić się zaledwie 3,2% badanych.

Należy oczywiście wziąć pod uwagę, że część ankietowanych mogła w sposób świadomy zaniżyć otrzymywany miesięcznie rozporządzalny dochód. Dotyczy to głównie tych osób, których dochody pochodzą z pracy wykonywanej nielegalnie. Niemniej, nawet w tym przypadku uzyskane wyniki nie są zbyt wysokie.

Przeprowadzone badania pozwalają także na obserwację wpływu różnych czynników na poziom bieżących dochodów (tab. 1). Szczególnie duży wpływ na poziom bieżących dochodów badanych gospodarstw domowych mają takie cechy, jak: wykształcenie ankietowanej osoby, liczba osób w rodzinie oraz miejsce zamieszkania.

W świetle przeprowadzonych analiz statystycznych okazało się, że poziom wykształcenia jaki reprezentowały badane gospodarstwa domowe różnicował wysokość dochodu osiąganego *per capita* (współczynnik korelacji Spearmana $r=0,120$, przy $p=0,01$). Jeżeli wziąć pod uwagę rodziny o niskim miesięcznym rozporządzalnym dochodzie (do 2000,00 zł), to np. wśród osób z wykształceniem wyższym do tej kategorii zalicza się prawie 2/5 ankietowanych. Wraz ze spadkiem poziomu rozporządzalnego dochodu, ich odsetek wzrasta, by wśród osób legitymujących się wykształceniem podstawowym osiągnąć poziom 43,5%.

Jeszcze bardziej widoczny jest wpływ liczby osób pracujących na wysokość dochodów gospodarstw domowych (wartość współczynnika korelacyjnego Pearsona $r=0,391$, przy $p\leq 0,01$). W gospodarstwach domowych w których ankietowany pracował, wskaźnik niskich dochodów dotyczył 46,3% badanych.

Uwzględnienie miejsca zamieszkania różnicuje w statystycznie istotny sposób badaną zbiorowość gospodarstw domowych pod względem wyróżnionych w tab. 1 kryteriów, chociaż podkreślić trzeba mniejszą siłę tego zróżnicowania aniżeli w przypadku liczby osób pracujących, czy wykształcenia (współczynnik V-Cramera = 0,119, przy $p\leq 0,01$). Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentów okazało się, że najwięcej rodzin o niskich dochodach pochodzi z Łodzi (15,9%), Białegostoku (15,7%) i Poznania (15,1%). Zdecydowanie najmniej osób deklarujących niskie dochody w swoich rodzinach pochodziło z Katowic (10,7%), Szczecina (12,8%) i Wrocławia (13,0%).

Na poziom dochodu przypadającego na 1 osobę w gospodarstwie domowym, statystycznie istotnie wpływał wiek respondentów (współczynnik korelacji Pearsona $r=-0,074$, $p\leq 0,01$). Najniższe dochody (do 2000,00 zł na 1 osobę) wskazywały najczęściej osoby z grupy wiekowej 65 lat i więcej (44,5%). Dochody w przedziale 2001,00–4000,00 zł wskazały przeważnie osoby w przedziale wiekowym 26–44 lata – 52,0%, natomiast dochody w przedziale 3001,00–5000,00 zł respondenci z grupy wiekowej 45–64 lata (19,8%). Z kolei najwyższe dochody – powyżej 5000,00 zł na 1 osobę w gospodarstwie domowym deklarowali respondenci zaliczani do grupy wiekowej 26–44 lata. Co dziesiąty ankietowany z tej grupy wiekowej w 2011 r. wskazał właśnie na taki dochód *per capita* w swoim gospodarstwie.

Cechy ankietowanych	do 1000,00 zł	1001,00–2000,00 zł	2001,00–3000,00 zł	3001,00–4000,00 zł	4001,00–5000,00 zł	powyżej 5000,00 zł
Ogółem	13,9	27,4	39,9	10,0	5,6	3,2
Wiek:						
18–25 lat	14,6	26,5	42,2	9,3	4,3	3,1
26–44 lat	13,5	24,3	40,0	12,0	6,9	3,3
45–64 lat	13,2	28,6	34,4	13,6	6,2	4,0
65 lat i więcej	14,3	30,2	43,0	5,1	5,0	2,4
Płeć:						
kobiety	14,9	28,5	41,3	8,2	4,7	2,4
mężczyźni	12,9	26,3	38,5	11,8	6,5	4,0
Wykształcenie:						
podstawowe	15,0	28,5	47,1	6,1	2,3	1,0
zasadnicze zawodowe	12,4	26,3	38,4	12,3	6,6	4,0
średnie	14,4	28,9	36,0	9,7	7,5	3,5
wyższe	13,8	25,9	38,1	11,9	6,0	4,3
Aktywność zawodowa:						
pracujący	11,7	24,6	39,5	12,6	6,9	4,7
niepracujący	16,1	30,2	40,3	7,4	4,3	1,7
Miejsce zamieszkania:						
Warszawa	13,8	21,3	42,9	12,4	6,1	3,5
Kraków	13,5	28,1	39,1	10,8	5,4	3,1
Łódź	15,9	30,0	37,3	9,2	5,0	2,6
Poznań	15,1	26,9	38,7	10,3	5,7	3,3
Wrocław	13,0	27,8	39,4	10,5	5,9	3,4
Szczecin	12,8	28,0	41,1	9,7	5,2	3,2
Gdańsk	13,6	26,9	40,2	10,3	5,6	3,4
Katowice	10,7	27,2	39,4	11,7	6,9	4,1
Lublin	14,9	29,6	38,6	8,9	5,2	2,8
Białystok	15,7	28,2	42,3	6,2	5,0	2,6

Tab. 1. Poziom dochodu na 1 osobę w ankietowanych gospodarstwach domowych (w %). Źródło: badania własne.

Wydatki ankietowanych gospodarstw domowych na ochronę zdrowia i ich zmiana w okresie kryzysu

Ochrona zdrowia najogólniej jest pojmowana jako wszelka społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużenie życia oraz zapewnienie zdrowego rozwoju następnych pokoleń (PWN, 1999).

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce mogą być finansowane ze źródeł publicznych oraz prywatnych. Wydatki publiczne obejmują głównie wydatki państwowe, wydatki samorządów terytorialnych oraz wydatki instytucji ubezpieczeń społecznych, natomiast do wydatków prywatnych zaliczyć można wydatki gospodarstw domowych na zakup leków, różnego typu świadczeń zdrowotnych w publicznym bądź prywatnym sektorze zdrowotnym oraz wydatki firm na zakładową służbę zdrowia – czy coraz częściej – na wykupienie dla swoich pracowników abonamentu w prywatnych placówkach służby zdrowia.

Zgodnie z obowiązującą w Polsce klasyfikacją GUS, w wydatkach gospodarstw domowych na ochronę zdrowia można wyodrębnić trzy kluczowe grupy. Do pierwszej z nich zalicza się wydatki na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych (w tym wydatki na leki), urządzenia i sprzęt medyczny. Kolejną grupę stanowią wydatki na usługi medyczne i medycyny niekonwencjonalnej. Z kolei do trzeciej grupy wlicza się wydatki na usługi szpitalne i sanatoryjne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że wydatki na ochronę zdrowia stanowiły 4,4% ogółu wydatków ankietowanych gospodarstw domowych (tab. 2). Najwięcej środków finansowych na ten cel przeznaczają gospodarstwa domowe mieszkające w Łodzi (4,7%), najmniej zaś – w gospodarstwach domowych mieszkających w Krakowie (4,2%) i Szczecinie (4,2%).

Miejsce zamieszkania	Wydatki na:		
	zdrowie	w tym leki	usługi medyczne
Ogółem	4,4	2,1	1,1
Warszawa	4,6	1,9	1,2
Kraków	4,2	2,1	1,3
Łódź	4,7	2,2	1,1
Poznań	4,5	2,0	0,9
Wrocław	4,4	2,1	1,2
Szczecin	4,2	2,0	1,3
Gdańsk	4,3	1,9	0,9
Katowice	4,6	2,1	1,4
Lublin	4,5	2,3	1,2
Białystok	4,3	2,2	0,8

Tab. 2. Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w ankietowanych gospodarstwach domowych na ochronę zdrowia (w %). Źródło: badania własne.

Spowodowane kryzysem zmniejszenie osiąganych przez gospodarstwa domowe dochodów bądź utrata głównego lub jednego z ważnych źródeł dochodu przez jednego z członków gospodarstwa, prowadzi w efekcie do pogorszenia sytuacji materialnej całej rodziny. Niedostatek pieniędzy odczuwany przez gospodarstwo domowe w dużym stopniu wymusza konieczność ograniczeń w dotychczasowej konsumpcji.

Respondentom zostało zadane pytanie dotyczące wpływu kryzysu na sytuację materialną rodziny, a co za tym idzie, na zmiany i ograniczenia jakich dokonano m.in. w wydatkach na ochronę zdrowia. Prawie 2/5 badanych stwierdziło, że w ich gospodarstwie domowym, w wyniku pogorszenia sytuacji materialnej wywołanej kryzysem, zmiany takie zostały wprowadzone, natomiast 61,8% respondentów nie dokonało w tej dziedzinie żadnych przekształceń (tab. 3). Z przeprowadzonych badań wynika, że ok. 15% badanych, którzy nie wprowadzili żadnych zmian w swoich wydatkach sygnalizowała, że przyczyną ich niewprowadzenia były ograniczenia, które musiały poczynić zanim znalazły się w jeszcze trudniejszej sytuacji finansowej (czyli przed pojawieniem się kryzysu).

Pewne zróżnicowanie w odsetku gospodarstw domowych, które wprowadziły zmiany i ograniczenia w wydatkach na ochronę zdrowia można zauważyć, biorąc pod uwagę cechy badanych rodzin. Dochód różnicował statystycznie opinie ankietowanych na temat wprowadzonych zmian i ograniczeń w wydatkach konsumpcyjnych w zakresie ochrony zdrowia (współczynnik korelacji Pearsona wyniósł $r=-0,519$, przy $p=0,01$). Grupami gospodarstw domowych, które najliczniej dokonały zmian były oczywiście te o najniższych dochodach – do 1000,00 zł na osobę (aż 4/5 badanych). Ponad 70% ankietowanych o miesięcznych dochodach *per capita* nie przekraczających 2000,00 zł ograniczyło swoje wydatki na ochronę zdrowia. Najmniejsze zmiany zaobserwowano w tych gospodarstwach, w których miesięczny dochód na 1 osobę wynosił powyżej 5000,00 zł. Jedynie co dziesiąty respondent z tej grupy dochodowej dokonał ograniczeń w swoich wydatkach konsumpcyjnych.

Miejsce zamieszkania również różnicowało badaną populację (współczynnik V-Cramera = 0,314, $p\leq 0,01$). Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania można zauważyć, że ponad 2/5 respondentów z Łodzi i Katowic deklarowało ograniczenie wydatków na ochronę zdrowia w okresie kryzysu finansowo-ekonomicznego. Natomiast ankietowani z pozostałych miast dokonali zmian w wydatkach na ochronę zdrowia w granicach od 38 do 39%. Mniej licznie wystąpiły one jedynie w Warszawie i Lublinie – odpowiednio: 34,1 i 34,6%. Jednakże taki rozkład zmian w wydatkach konsumpcyjnych wprowadzonych przez ankietowane gospodarstwa domowe w okresie kryzysu finansowo-ekonomicznego nie może być podstawą do stwierdzenia, że sytuacja rodzin w Warszawie i Lublinie była lepsza aniżeli w pozostałych miastach. Wpływ na to może mieć wiele czynników chociażby, takie jak: dotychczasowa sytuacja finansowa, specyfika miejsca zamieszkania, aktywność członków rodziny oraz stan ich zdrowia itp.

Cechy ankietowanych	Wprowadzono zmiany w wydatkach	Nie wprowadzono zmian w wydatkach
Ogółem	38,2	61,8
Wiek:		
18–25 lat	18,3	81,7
26–44 lata	35,4	64,6
45–64 lata	45,3	54,7
65 lat i więcej	53,8	46,2
Płeć:		
kobiety	41,6	58,4
mężczyźni	34,8	65,2
Wykształcenie:		
podstawowe	47,9	52,1
zasadnicze zawodowe	39,1	60,9
średnie	34,6	65,4
wyższe	31,2	68,8
Pozycja w rodzinie:		
głowa rodziny	45,8	54,2
członek rodziny	30,6	69,4
Dochód na 1 osobę:		
do 1000,00 zł	83,6	16,4
1001,00–2000,00 zł	58,4	41,6
2001,00–3000,00 zł	38,3	61,7
3001,00–4000,00 zł	22,9	77,1
4001,00–5000,00 zł	15,8	84,2
powyżej 5000,00 zł	10,2	89,8
Aktywność zawodowa:		
pracujący	29,8	70,2
niepracujący	46,6	53,4
Miejsce zamieszkania:		
Warszawa	34,1	65,9
Kraków	38,4	61,6
Łódź	40,8	59,2
Poznań	39,2	60,8
Wrocław	38,1	61,9
Szczecin	39,6	60,4
Gdańsk	38,5	61,5
Katowice	40,1	59,9
Lublin	34,6	65,4
Białystok	38,6	61,4

Tab. 3. Zmiany i ograniczenia w wydatkach na ochronę zdrowia ankietowanych gospodarstw domowych w okresie kryzysu (w %). Źródło: badania własne.

Pozycja ankietowanego w rodzinie również wpływała na ocenę zmian i ograniczeń w wydatkach konsumpcyjnych (współczynnik korelacji Pearsona = $-0,336$, $p=0,01$). Liczniej wprowadzane były zmiany w tych gospodarstwach, w których respondent określał siebie jako głowę rodziny (29,8%) i posiadał wykształcenie podstawowe oraz zasadnicze zawodowe (odpowiednio: 47,9% i 39,1%).

Na ocenę zmian i ograniczeń w wydatkach konsumpcyjnych na ochronę zdrowia statystycznie wpływał wiek ankietowanych (współczynnik korelacji Pearsona wyniósł $r=0,324$, przy $p=0,01$). Zdecydowanie częściej ograniczenia w konsumpcji w zakresie ochrony zdrowia dokonane zostały w tych gospodarstwach domowych, w których badana osoba była w grupie wiekowej 45–64 lata (45,3%). Wśród osób w wieku 65 lat i więcej ponad połowa ankietowanych deklaruwała wprowadzenie zmian w swoich wydatkach w okresie kryzysu finansowo-ekonomicznego. Najmniej zmian dokonały te rodziny, w których badany był w wieku do 25 lat (18,3% odpowiedzi).

Wiek ankietowanych	Do 1000,00 zł	1001,00–2000,00 zł	2001,00–3000,00 zł	3001,00–4000,00 zł	4001,00–5000,00 zł	Powyżej 5000,00 zł
Ogółem:	94,1	51,2	30,9	24,8	16,1	12,1
18–25 lat	86,7	45,5	29,3	26,2	14,6	10,9
26–44 lata	94,6	49,6	30,3	23,0	15,9	12,4
45–64 lata	96,8	54,6	31,4	24,9	16,3	12,3
65 lat i więcej	98,3	55,1	32,6	25,1	17,6	12,8

Tab. 4. Zależności między dochodem per capita i wiekiem a wydatkami na ochronę zdrowia w okresie kryzysu (w %). Źródło: badania własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że korelując wiek ankietowanych z osiąganymi przez nich miesięcznymi dochodami na 1 osobę (tab. 4), największe zmiany w wydatkach na ochronę zdrowia w okresie kryzysu finansowo-ekonomicznego dokonały osoby najstarsze w wieku 65 lat i więcej. Wśród gospodarstw domowych, w których miesięczny dochód *per capita* wyniósł powyżej 5000,00 zł, największe ograniczenia w badanym okresie wprowadzono wśród osób z grupy wiekowej 65 lat i więcej, zaś najmniejsze – w rodzinach z osobami do 25 roku życia. Jedynie co dziesiąty ankietowany z tej grupy wiekowej sygnalizował wprowadzenie takich zmian. Taki rozkład odpowiedzi jest zrozumiały i w pewien sposób logiczny, ponieważ najmłodszy ankietowany (w wieku do 25 lat) dysponują na ogół nie tylko dobrym stanem zdrowia i rzadziej korzystają z usług medycznych, ale także często nie zajmują się prowadzeniem gospodarstwa domowego i są na utrzymaniu pozostałych członków rodziny. Z tego też względu nie odczuwają tak dotkliwie zmian w wydatkach na ochronę zdrowia, jakie zostały dokonane w ich rodzinach w okresie kryzysu finansowo-ekonomicznego. Zgoła inaczej podchodzą do tego problemu gospodarstwa domowe z osobami powyżej 65 lat i więcej, które mają większe rozeznanie w tym zakresie i nieco odmienną strukturę konsumpcji w stosunku do rodzin, w których ankietowany nie przekroczył 25. roku życia.

Pewien niewielki wpływ na odsetek rodzin, które wprowadziły zmiany i ograniczenia w wydatkach na ochronę zdrowia na skutek kryzysu finansowo-ekonomicznego ma aktywność zawodowa. Wskaźnik ten był o wiele wyższy u osób niepracujących i wzrastał wraz z okresem pozostawania bez pomocy finansowej (zasiłku).

Stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia w badanych gospodarstwach domowych w okresie kryzysu

Obniżenie się dochodów gospodarstwa domowego w okresie kryzysu, a tym samym konieczność wprowadzenia ograniczeń, zmian bądź rezygnacja z zaspokojenia potrzeb rodziny w zakresie ochrony zdrowia, w istotny sposób wpływa na subiektywną ocenę poziomu ich zaspokojenia (tab. 5).

Cechy ankietowanych	Ochrona zdrowia
Ogółem	2,45
Wiek:	
18–25 lat	2,91
26–44 lata	2,28
45–64 lat	2,10
64 lata i więcej	2,51
Płeć:	
kobiety	2,52
mężczyźni	2,38
Wykształcenie:	
podstawowe	1,99
zasadnicze zawodowe	2,44
średnie	2,39
wyższe	2,98
Pozycja w rodzinie:	
głowa rodziny	2,47
członek rodziny	2,43
Aktywność zawodowa:	
pracujący	2,84
niepracujący	2,06
Dochód na 1 osobę:	
do 1000,00 zł	2,13
1001,00– 2000,00 zł	2,31
2001,00–3000,00 zł	2,40
3001,00–4000,00 zł	2,50
4001,00–5000,00 zł	2,61
powyżej 5000,00 zł	2,76
Miejsce zamieszkania:	
Warszawa	2,38
Kraków	2,33
Łódź	2,28
Poznań	2,41
Wrocław	2,53
Szczecin	2,63
Gdańsk	2,61
Katowice	2,53
Lublin	2,41
Białystok	2,39

Uwaga: Zastosowano pięciostopniową skalę ocen stopnia zaspokojenia wszystkich rodzajów potrzeb: 5 – bardzo dobra, 4 – dobra, 3 – dostateczna, 2 – zła, 1 – bardzo zła.

Tab. 5. Wskaźnik poziomu zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia w ankietowanych gospodarstwach domowych w okresie kryzysu. Źródło: badania własne.

Zaspokojenie potrzeb w zakresie ochrony zdrowia zostało ocenione przez ankietowane gospodarstwa domowe na poziomie niespełna dostatecznym (2,45). Wśród ankietowanych gospodarstw domowych wydatki na ochronę zdrowia jedynie przez co ósmego respondenta zostało ocenione jako dobre. Zaledwie co dwudziesty ankietowany określił je jako bardzo dobre. Z kolei co ósmy badany określił wydatki na zdrowie w swoim gospodarstwie domowym jako złe, co trzeci zaś jako bardzo złe. Pozostali respondenci uważali, że potrzeby zdrowotne zaspokajane są w ich rodzinach na poziomie zadowalającym.

Rodzaje ograniczeń wprowadzonych przez gospodarstwa domowe w zakresie wydatków na ochronę zdrowia w okresie kryzysu

W świetle wyników badań własnych należy stwierdzić, że ankietowani wykazywali bardzo umiarkowane zadowolenie nie tyle ze stanu swojego zdrowia, ile z możliwości korzystania z usług służby zdrowia. Opinie na ten temat zależały w sposób istotny statystycznie od liczby osób w gospodarstwie domowym. Najczęściej opinie o miernym poziomie zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej wyrażali badani reprezentujący gospodarstwa domowe wieloosobowe. Respondenci z liczebnie mniejszych gospodarstw domowych, nieco rzadziej zgłaszali niezadowolenie z tytułu zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia.

Analiza dotycząca ograniczeń finansowych w zakresie ochrony zdrowia dowiodła, że różnice między ankietowanymi wyróżnionymi ze względu na miejsce zamieszkania nie są istotne statystycznie (tab. 6).

Na podstawie przeprowadzonych badań warto odnotować, że mieszkańcy wszystkich miast, w których przeprowadzone zostały badania, zmuszeni byli zrezygnować z kupna leków (współczynnik V-Cramera = 0,436, $p=0,56$) i leczenia zębów (współczynnik V-Cramera=0,411, $p=0,69$).

Konieczność rezygnacji z zalecanych wydatków na określone działania związane z ochroną zdrowia bardzo podobnie stwierdzali mieszkańcy zarówno Warszawy, jak i pozostałych miast, a różnice między nimi nie przekraczały pięciu punktów procentowych.

Z materiału źródłowego wynika, że prawie 2/5 badanych i to ze wszystkich miast, z powodu braku środków finansowych była zmuszona do rezygnacji z określonych wydatków związanych z ochroną zdrowia. Uzyskany obraz znacznie bardziej różnicuje się, i to w sposób istotny statystycznie, gdy uwzględni się poziom uzyskiwanego miesięcznego dochodu na 1 osobę w gospodarstwie i konieczność rezygnacji z wydatków na ochronę zdrowia.

Zgodnie z przewidywaniami najczęściej rezygnowali z wydatków na ten cel ankietowani w przedziale dochodowym do 1000,00 zł oraz 1001,00–2000,00 zł na 1 osobę, najrzadziej zaś ankietowani dysponujący dochodem

powyżej 5000,00 PLN *per capita* (współczynnik V-Cramera = 0,463, przy $p \leq 0,01$).

Podobne prawidłowości można sformułować, biorąc pod uwagę wiek ankietowanych. Wraz z wiekiem wzrasta udział osób, które zmuszone były ze względów finansowych ograniczyć wydatki na cele związane z ochroną zdrowia (współczynnik V-Cramera = 0,394, przy $p \leq 0,01$).

Konieczność rezygnacji z leczenia zębów, mimo istnienia takiej potrzeby, oraz rezygnacji z wykupienia zalecanych leków najczęściej zgłaszali ankietowani w wieku 45–64 lata oraz 65 lat i więcej, najrzadziej zaś najmłodszy respondenci. Z wizyty u lekarza oraz zalecanych rehabilitacji także najczęściej rezygnowali respondenci w wieku 65 lat i więcej, podczas gdy z badań medycznych i leczenia szpitalnego częściej rezygnowali ankietowani w wieku 45–64 lata.

Wykształcenie okazało się kolejną zmienną istotną statystycznie wpływającą na ograniczenie wydatków na cele związane z ochroną zdrowia (współczynnik V-Cramera = 0,433, przy $p \leq 0,01$).

Odnotowano, że najdrastyczniejsze ograniczenia w wydatkach na ten cel wystąpiły w gospodarstwach domowych, w których ankietowany legitymował się wykształceniem podstawowym oraz zasadniczym zawodowym, najmniejsze zaś – w gospodarstwach, których badany posiadał wykształcenie wyższe lub średnie. Co czwarty ankietowany z wykształceniem podstawowym był zmuszony do ograniczenia wydatków na ochronę zdrowia, podczas gdy respondenci legitymujący się wykształceniem wyższym w 14,4%.

Biorąc pod uwagę wiek ankietowanych, najwięcej różnic odnotowano w zakresie rezygnacji z leczenia zębów, mimo takiej potrzeby, a najmniej w zakresie rezygnacji z leczenia szpitalnego.

Wymienione a odnotowane na podstawie materiału źródłowego prawidłowości upoważniają do stwierdzenia, że we wszystkich kategoriach ankietowanych gospodarstw domowych wyróżnionych ze względu na przyjęte zmienne niezależne, wystąpiło ograniczenie wydatków na ochronę zdrowia. Największa redukcja została poczyniona w budżetach gospodarstw domowych, w których ankietowany ma 65 lat i więcej, legitymuje się wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym, reprezentuje grupę o najniższych dochodach (do 1000,00 zł na 1 osobę) i jest mieszkańcem Łodzi i Krakowa.

Cechy ankietowanych	Rezygnacja z						
	leczenia zębów	wykupienia zalecanych leków	wizyty u lekarza	badań medycznych	rehabilitacji	leczenia szpitalnego	
Ogółem	29,5	23,3	20,1	14,1	24,1	3,4	
Wiek:							
18–25 lat	17,3	23,8	15,3	8,3	20,5	3,4	
26–44 lata	25,8	24,3	20,7	14,9	26,7	3,2	
45–64 lata	45,7	24,8	21,8	19,6	19,9	3,8	
65 lat i więcej	29,2	20,3	22,6	13,6	29,3	3,2	
Wykształcenie:							
podstawowe	41,9	30,2	24,8	17,9	28,6	4,3	
zasadnicze zawodowe	32,7	25,2	23,4	16,3	27,0	3,5	
średnie	22,4	21,0	15,9	12,1	21,3	3,1	
wyższe	21,0	16,8	16,3	10,1	19,5	2,7	
Dochód na 1 osobę:							
do 1000,00 zł	71,2	54,0	48,0	28,5	48,3	7,6	
1001,00–2000,00 zł	48,3	39,5	28,6	22,9	27,3	3,5	
2001,00–3000,00 zł	28,1	25,1	19,5	15,8	25,0	3,6	
3001,00–4000,00 zł	13,0	13,8	10,9	9,1	20,3	2,9	
4001,00–5000,00 zł	9,7	5,3	8,7	5,3	15,8	1,8	
powyżej 5000,00 zł	6,7	2,1	4,9	3,0	7,9	1,0	
Miejsce zamieszkania:							
Warszawa	28,9	20,1	18,9	10,5	21,2	2,5	
Kraków	29,2	21,6	18,7	9,7	19,9	6,2	
Łódź	32,8	25,2	23,8	22,3	30,0	6,6	
Poznań	25,7	21,6	19,4	12,9	22,2	1,6	
Wrocław	32,0	23,8	23,7	16,8	29,0	3,9	
Szczecin	26,4	23,3	17,4	10,3	25,7	4,1	
Gdańsk	25,8	22,6	22,1	16,7	26,9	2,3	
Katowice	28,3	23,8	17,0	11,8	24,4	2,0	
Lublin	33,0	25,1	19,5	15,7	22,0	1,8	
Białystok	32,9	25,9	20,4	14,0	21,2	3,0	

Tab. 6. Rodzaje rezygnacji ankietowanych gospodarstw domowych z wydatków na ochronę zdrowia ze względu na miejsce zamieszkania w okresie kryzysu (w %). Źródło: badania własne.

Determinanty wpływające na wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w okresie kryzysu

Przy podejmowaniu decyzji w zakresie wydatków na ochronę zdrowia, konsumenci kierują się różnymi determinantami ekonomicznymi i pozaekonomicznymi.

W fazie podejmowania decyzji zakupu dla konsumenta ważne są przede wszystkim kryteria wyboru produktów mających zaspokoić określoną potrzebę. Istotnego znaczenia spośród różnych kryteriów nabierają kryteria ekonomiczne, tj. cena czy jakość. Ważnymi kryteriami są także przyzwyczajenie, lokalizacja przychodni lub szpitala oraz opinie innych ludzi, zwłaszcza znajomych (tab. 7).

Czynniki	Odsetek odpowiedzi
Cena	
• ma istotne znaczenie	71,2
• ma średnie znaczenie	24,2
• nie ma żadnego znaczenia	4,6
Jakość	
• ma istotne znaczenie	63,7
• ma średnie znaczenie	29,2
• nie ma żadnego znaczenia	7,1
Renoma firmy	
• ma istotne znaczenie	49,9
• ma średnie znaczenie	44,3
• nie ma żadnego znaczenia	5,8
Przyzwyczajenie	
• ma istotne znaczenie	33,5
• ma średnie znaczenie	41,4
• nie ma żadnego znaczenia	25,1
Lokalizacja firmy	
• ma istotne znaczenie	32,4
• ma średnie znaczenie	48,9
• nie ma żadnego znaczenia	18,7
Opinie innych osób	
• ma istotne znaczenie	31,9
• ma średnie znaczenie	49,5
• nie ma żadnego znaczenia	18,6

Tab. 7. Czynniki decydujące o wydatkach ankietowanych gospodarstw domowych na ochronę zdrowia (w %). Źródło: badania własne.

Biorąc pod uwagę wydatki na ochronę zdrowia, respondenci najczęściej kierowali się ceną i jakością, nieco słabsze znaczenie w odczuciu badanych miała renoma firmy i jej lokalizacja, najmniejsze zaś ankietowani przywiązywali do przyzwyczajenia oraz opinii innych osób. Dla ponad 70%

respondentów cena była najważniejszym determinantem mającym wpływ na podejmowanie decyzji odnośnie do wydatków na ochronę zdrowia. Jakość miała największe znaczenia dla przeszło 3/5 respondentów, natomiast co drugi ankietowany wskazał na renomę firmy. Z kolei dla co trzeciego ankietowanego kluczowym determinantem wpływającym na zakup usług medycznych miało przyzwyczajenie, lokalizacja firmy oraz opinie innych osób.

Cena jako najważniejszy czynnik warunkujący wydatki na ochronę zdrowia dotyczyła zakupu artykułów farmaceutycznych (leków), ale także wyboru gabinetu stomatologicznego, lekarza specjalisty oraz sanatorium.

Podsumowanie

W podsumowaniu możemy konstatować, że w okresie kryzysu po pierwsze, prawie 2/5 respondentów stwierdziło wprowadzenie ograniczeń w wydatkach na ochronę zdrowia, natomiast 61,8% ankietowanych było zdania, że w ich gospodarstwach domowych nie dokonano w tej dziedzinie żadnych zmian. Po drugie, największa redukcja wydatków na ochronę zdrowia została poczyniona w budżetach tych gospodarstw, w których ankietowany miał 65 lat i więcej, legitymował się wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym, reprezentował grupę o najniższych dochodach (do 1000,00 zł na 1 osobę) oraz był mieszkańcem Łodzi lub Krakowa. Po trzecie, wydatki na ochronę zdrowia przez ankietowane gospodarstwa domowe zostały ocenione na bardzo niskim poziomie. Należy również nadmienić, że respondenci wykazywali bardzo umiarkowane zadowolenie, nie tyle ze stanu swojego zdrowia, ile z możliwości korzystania z usług służby zdrowia. Po czwarte, cena, jakość, renoma i lokalizacja firmy świadczącej usługi medyczne, a także przyzwyczajenie oraz opinie innych osób są najważniejszymi czynnikami wpływającymi na wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych.

Bibliografia

- Carroll, Ch. (1997). The Buffer-Stock Theory of Saving and the Life-Cycle/Permanent Income Hypothesis. *Quarterly Journal of Economics*, 112(1).
- Flavin, M.A. (1981) *The Adjustment of Consumption to Changing Expectations About Future Income*. *The Journal of Political Economy*, 89(5).
- Kaminsky, G.L. i Reinhart, C.M. (1999). The Twin Crises: The Causes of Banking and Balance-of-Payments Problems. *The American Economic Review*, 89.
- Mishkin, F.S. (2002), *Ekonomika pieniądza, bankowości i rynków finansowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- PWN. (1999). *Encyklopedia PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Reinhart, C.M. i Rogoff, K.S. (2009). The Aftermath of Financial Crisis. *NBER Working Paper Series*, 14656.
- Rogoff, S.K., Husain, A.M., Mody, A., Brooks, R. i Oomes, N. (2003). *Evolution and Performance of Exchange Rate Regimes*. IFM Working Paper, WP/03/243, Washington.

- Shefrin, H.M. i Thaler, R.H. (1988), The Behavioral Life-Cycle Hypothesis. *Economic Inquiry*, 26.
- www.nietakikryzysstraszny.pl/images/Raport_Otwarcia.pdf (07.04.2012).
- Zalega, T. (2012a). *Konsumpcja. Determinanty, teorie i modele*. Warszawa: PWE.
- Zalega, T. (2012b). *Konsumpcja w wielkomiejskich gospodarstwach domowych w Polsce w okresie kryzysu finansowo-ekonomicznego*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa (w druku).