

Dochody własne a prywatne wydatki na zdrowie gospodarstw domowych w krajach Unii Europejskiej

Household income in context of private expenditures on healthcare in the European Union

Urszula Banaszczak-Soroka¹

Uniwersytet Wrocławski

ORCID: [0000-0001-6354-0627](https://orcid.org/0000-0001-6354-0627)

Streszczenie

W ramach funkcjonowania gospodarstwa domowego jedną z pojawiających się istotnych potrzeb jest ochrona zdrowia. Stan zdrowia zależy od bardzo wielu czynników wskazywanych w tzw. „tęczy czynników zdrowia”. Jednym z elementów, który ma wpływ na zdrowie, są wydatki prywatne na ten cel (wydatki na: artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne). To, ile może gospodarstwo domowe skierować na te potrzeby, zależy między innymi od wysokości dochodów własnych. Celem artykułu jest zbadanie korelacji pomiędzy tymi dwoma wielkościami w latach 2004-2017. Badaniem objęto gospodarstwa domowe z 26 krajów UE.

Słowa kluczowe

dochody własne gospodarstw domowych, wydatki na zdrowie gospodarstw domowych

Abstract

One of the most important needs of household is health protection. State of health depends on various factors. Those factors are called „rainbow of health factors”. Private assets spent on healthcare (money which are spent for medical equipment and health services, not only conventional but unconventional) are one of these factors. Amount of money spent on healthcare depends on household income. One of the goals of this paper is to examine correlation of household income and amount of money spent for healthcare in the years 2004-2017. Households from 26 EU countries were examined.

Keywords

household income, household expenditures on healthcare

JEL: D010, D100, D140, D190, D310, G100, I11

¹ E-mail: urszula.banaszczak-soroka@uwr.edu.pl.

Wprowadzenie

Celem działania gospodarstwa domowego (każdej osoby) jest zaspokojenie różnorodnych potrzeb, w tym kwestii związanych z szeroko pojętym zdrowiem, definiowanym często jako pełny dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy kalectwa². Ten stan zależy od wielu czynników wskazywanych w tzw. „tęczy czynników zdrowia”, poczynając od genów, stanu środowiska, zasad odżywiania, organizacji służby zdrowia i wielu innych. Istotnym wymiarem pozwalającym formować dobrostan lub go utrzymać są środki finansowe, jakimi dysponuje gospodarstwo domowe. Szczególnie są one ważne, gdy dobrostan zostanie zachwiany utratą zdrowia lub kalectwem, a państwo nie pokrywa wszystkich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest zbadanie korelacji pomiędzy dochodami własnymi gospodarstw domowych a prywatnymi wydatkami na zdrowie (w tym kontekście pojmowanymi jako wydatki na: artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne) w 26 krajach UE³ w latach 2004-2017. **W opracowaniu przyjęto następujące hipotezy:** 1. W krajach UE występuje znaczące rozwarstwienie gospodarstw domowych pod względem dochodów własnych oraz wydatków na zdrowie. 2. Dynamika zmian obu wielkości (dochodów własnych oraz wydatków na zdrowie) jest bardzo zróżnicowana w gospodarstwach domowych badanych krajów. 3. W badanych krajach dominuje korelacja dodatnia – wzrostowi dochodów własnych towarzyszy wzrost wydatków na zdrowie. 4. Siła korelacji liniowej tych dwóch wielkości, w badanej populacji, jest umiarkowana. **Metodologia badania** – Opracowanie powstało na podstawie analizy danych Eurostatu (dochody własne i wydatki na zdrowie). Wykorzystano także współczynnik Pearsona do badania korelacji liniowej między badanymi wielkościami. **Wynik** – Na podstawie przeprowadzonych badań należy pozytywnie zweryfikować przyjęte hipotezy badawcze. **Oryginalność/wartość** – Opracowanie porusza ważny i istotny problem prywatnych wydatków na zdrowie i ich korelacji z dochodami własnymi gospodarstw domowych. Prywatne wydatki na zdrowie są istotnym dopełnieniem działań państwa w tym zakresie i są ponoszone niezależnie od skali dochodów własnych. Zauważyć należy, że przedstawione badania mają charakter ogólny, bazują one na globalnych danych finansowych w odniesieniu do gospodarstw domowych w poszczególnych krajach UE. Ze względu na objętość publikacji nie uwzględniono wielu aspektów mogących mieć

² M. Gruszczyńska, M. Bąk-Sosnowska, R. Plinta, *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-4-558.pdf> [dostęp 20.05.2019].

³ Ze względu na brak pełnych danych EUROSTATU dotyczących maltańskich i chorwackich gospodarstw domowych kraje te zostały pominięte w prowadzonym badaniu.

bezpośredni lub pośredni wpływ na wydatki prywatne na zdrowie, takich jak np.: rozwiązania prawne w danym kraju w zakresie organizacji i finansowania publicznej służby zdrowia, stan zdrowia mieszkańców, struktura demograficzna, rodzaj występujących chorób czy śmiertelności, co zapewne wzmocniłoby walory poznawcze artykułu.

Podstawowe pojęcia ekonomiczne wykorzystane w publikacji

W prawie Unii Europejskiej i w prawie polskim nie odnotowujemy jednej uniwersalnej **definicji gospodarstwa domowego**, chociaż kategoria ta pojawia się w wielu aktach prawnych z adnotacją „w rozumieniu” czy „ilekroć”. Natomiast w naukach ekonomicznych, szczególnie stosując to pojęcie do badań społecznych nad gospodarstwem domowym, znajdujemy mnogość definicji, które zawierają wspólne elementy takie jak: zespół, wielo- lub jednoosobowy podmiot, powiązane lub niepowiązane osoby posiadające wspólny majątek i budżet, którym razem gospodarują⁴. W kontekście tego artykułu gospodarstwo domowe pojmowane będzie zgodnie z definicją przyjętą w Systemie Rachunków Narodowych (ESA 2010)⁵. W pkt 2.118 rozdział 1 tego dokumentu podano następującą definicję gospodarstwa domowego „sektor gospodarstw domowych składa się z osób lub grup osób będących konsumentami oraz przedsiębiorcami produkującymi rynkowe wyroby oraz usługi niefinansowe, pod warunkiem że produkcja wyrobów i usług nie odbywa się w ramach odrębnych podmiotów traktowanych jako jednostki typu przedsiębiorstwo”⁶.

Celem działania gospodarstwa domowego (każdej osoby) jest zaspokojenie jego różnorodnych potrzeb. Realizacja tego celu jest możliwa dzięki posiadanym środkom pochodzącym z różnych źródeł o charakterze pieniężnym, niepieniężnym, a także z dochodów otrzymanych nieodpłatnie. **Do podstawowych komponentów dochodów, za ESA 2010**, zaliczamy między innymi: a/ wynagrodzenie za pracę (uposażenie, premie i nagrody wypłacane przez pracodawcę, dodatki z tytułu pracy w ciężkich warunkach, dobra i usługi zapewnione pracownikom w ramach tzw. pakietu socjalnego); b/ przychody z działalności gospodarczej prowadzonej na własny rachunek lub działalności rolniczej; c/ przychody z majątku trwałego; d/ transfery z budżetu państwa i inne. Suma wszystkich

⁴ U. Banaszczyk-Soroka, *Wielkość i struktura oszczędności gospodarstw Unii Europejskiej w kontekście planu inwestycyjnego dla Europy. Wybrane aspekty*, [w:] E. Cybulska-Pancer, K. Biegun (red.), *Czym żyje Unia Europejska? Wybór zagadnień*, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2018, s. 136-137. Wiele definicji czytelnik znajdzie w: B. Świecka, *Niewypłacalność gospodarstw domowych Przyczyny, skutki, przeciwdziałanie*, Difin, Warszawa 2009, s. 21-22 czy T. Zalega, *Konsumpcja: determinanty, teoria, modele*, PWE, Warszawa 2012, s. 71-80.

⁵ Dz. Urz. EU L 174 z 26.6.2013 r.

⁶ Do sektora gospodarstw domowych zalicza się, zgodnie z ESA 2010 pkt 2.129-2.130 sektor instytucji niekomercyjnych działających na rzecz gospodarstw domowych.

dochodów gospodarstwa domowego pomniejszona o zaliczki na podatki oraz składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, w ekonomii i statystyce określana jest jako – **dochód rozporządzalny**, który pomniejszony o niektóre wydatki⁷ stanowi dla badanego podmiotu **dochód własny**.

W jaki sposób dochód własny zostanie rozporządzony przez gospodarstwa domowe, przynajmniej na trzy zasadnicze elementy: **konsumpcja, akumulacja (oszczędności) czy spłata kredytu**, zależy od wielu okoliczności obiektywnych i subiektywnych, które sterują ich zachowaniami. Można wymienić tu między innymi: rosnące (malejące) dochody, globalizacja gospodarki, przełomowe osiągnięcia technologiczne (takie jak Internet i telefony komórkowe), zmniejszająca się wielkość gospodarstw domowych, starzenie się ludności, a także zwyczaje i kultura.

Konsumpcja to wydatki ponoszone przez gospodarstwa domowe na zakup dóbr i usług. Jednym z kierunków wydatkowania dochodów własnych gospodarstw domowych w ramach konsumpcji jest **zdrowie**. Wydatki na zdrowie w statystyce Eurostatu podzielono na trzy grupy (ten sam podział stosuje GUS⁸):

- a) **artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny**: leki, surowice, szczepionki, zielarskie produkty farmaceutyczne, zioła, tran, urządzenia terapeutyczne i inne artykuły związane z ochroną zdrowia (np. okulary optyczne, protezy kończyn, protezy zębowe, obuwie ortopedyczne, materiały chirurgiczne i opatrunkowe, aparaty słuchowe, termometry, smoczki), pozostałe oraz naprawa urządzeń i sprzętu terapeutycznego;
- b) **usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej**: opłaty za: porady lekarskie, wykonanie zabiegów chirurgicznych, zdjęć rentgenowskich, EKG, USG, echogramów, usługi dentystyczne i protezowni dentystycznych, analizy laboratoryjne, robienie zastrzyków, wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych, opiekę nad chorymi, usługi pogotowia ratunkowego, medycyna niekonwencjonalna, pozostałe.
- c) **usługi szpitalne i sanatoryjne**: opłaty za usługi świadczone osobom przebywającym w szpitalu: opłaty administracyjne związane z leczeniem szpitalnym, zakwaterowanie, wyżywienie osób przebywających w szpitalu, porady lekarskie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, badań medycznych, zdjęć rentgenowskich, zabiegi pielęgnacyjne, usługi dentystyczne, optyczne, kręgarskie,

⁷ Np. dary przekazane innym gospodarstwom domowym i instytucjom niekomercyjnym, niektóre podatki i opłaty niebieżące, w tym podatki od spadków i darowizn, podatki od nieruchomości, opłaty za wieczyste użytkowanie gruntu, zaliczki na podatek od dochodów osobistych oraz składki na ubezpieczenia społeczne płacone samodzielnie przez podatnika, pozostałe rodzaje wydatków nieprzeznaczone bezpośrednio na cele konsumpcyjne, w tym straty pieniężne, odszkodowania za wyrządzone szkody. Zob.: *Metodologia badania budżetów gospodarstw domowych*, GUS, Warszawa 2011.

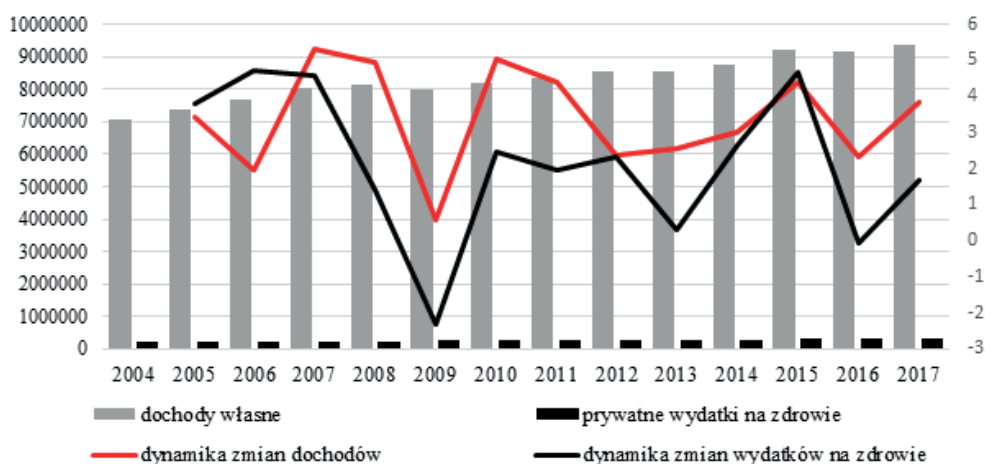
⁸ *Metodologia...*, s. 102-103.

opłaty związane z leczeniem sanatoryjnym, w zakładach rehabilitacyjnych, pozostałe.

Dochody własne gospodarstw domowych krajów UE

Zasadniczym źródłem zaspokojenia wszelkiego rodzaju potrzeb gospodarstw domowych są dochody własne. W latach 2004-2017 w krajach UE dochody liczone w cenach bieżących wzrosły z poziomu 7,1 biliona do 9,3 biliona euro, tj. o blisko 31%. Amplituda zmian wielkości dochodów własnych w krajach UE łącznie wahała się, rok do roku, w przedziale od minus 2% (2008/2009) do maksymalnie nieco ponad 5% (np. 2006/2007), rys. 1.

Rys. 1. Dochody własne i wydatki na zdrowie gospodarstw domowych (w mln euro) oraz dynamika zmian tych wielkości (w %) w krajach UE razem (2004–2017)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu: Dochody własne gospodarstw domowych, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nasa_10_nf_tr&lang=en oraz Wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [dostęp 22.05.2019].

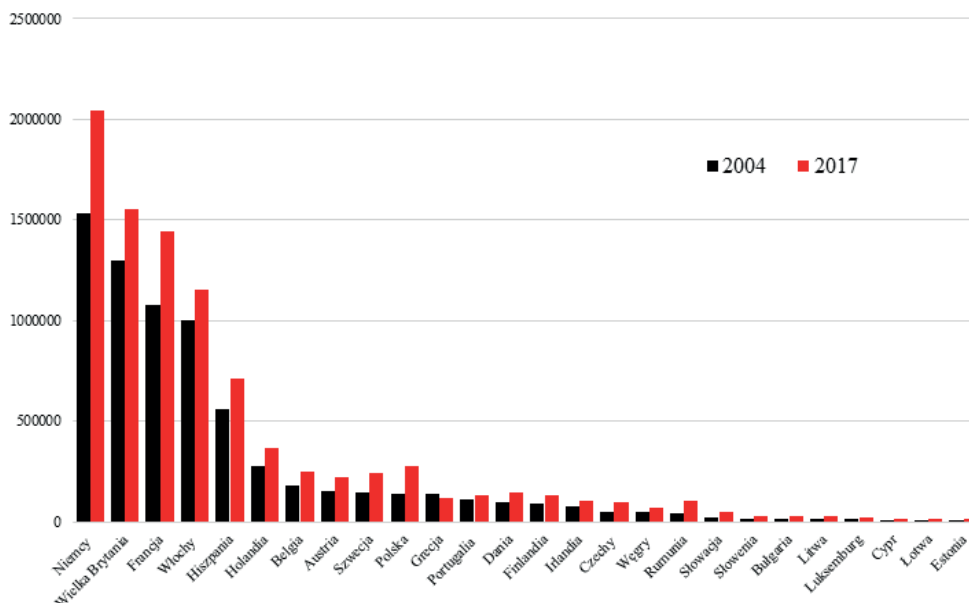
Najwyższymi dochodami własnymi w badanym okresie w ujęciu globalnym dysponowały niemieckie gospodarstwa domowe (w 2004 r. – 1,5 bln euro; 2017 r. – 2,0 bln euro, tj. wzrost o blisko 33,2%). Kolejne pozycje przypadły angielskim (w 2004 r. 1,5 bln euro, 2017 r. – 1,5 bln euro, tj. wzrost o 19,4%), francuskim (w 2004 r. – 1,1 bln euro; 2017 r. – 1,4 bln euro, tj. wzrost o 33,7%) i włoskim gospodarstwom domowym (2004 r. – 1 bln euro; 2017 r. – 1,1 bln euro, tj. wzrost o 15,6%). Tempo zmian (rok do roku) dochodów własnych w badanym okresie w wymienionych krajach było bardzo zmienne. Odnotowano znaczące redukcje i znaczące wzrosty tej wielkości, szczególnie w Wielkiej

Brytanii (np. 2007/2008 -10,93%; 2014/2015 + 17,43%). W pozostałych krajach tej grupy amplitudy zmian mieściły się w przedziale od -2,07% do +8,56% (tabela 1). Gospodarstwa domowe wymienionych czterech krajów dysponowały w 2004 r. ponad 69% dochodów własnych wszystkich mieszkańców UE, a na koniec badanego okresu udział tych krajów zmniejszył się jedynie o 2% (rys. 2).

W grupie drugiej krajów, tj. krajów o dochodach własnych gospodarstw domowych w przedziale w 2017 roku od 200 mld euro do biliona euro, znajdowali się malejąco: Hiszpanie (w 2004 r. – 555 mld euro; 2017 r. – 711 mld euro, wzrost o 28%), Holendrzy (adekwatnie 275 mld euro i 364 mld euro, wzrost o 32%), Polacy (2004 r. – 137 mld euro; 2017 r. – 277 mld euro, wzrost o 101%), Belgowie (adekwatnie 176 mld euro i 250 mld euro, wzrost o 41%), Szwedzi (2004 r. 143 mld euro; 2017 r. 240 mld euro, wzrost o 68%) oraz Austriacy (2004 r. 151 mld euro; 2017 r. 218 mld euro, wzrost o 44%). W tej grupie najszybciej rosły zasoby finansowe polskich gospodarstw domowych, szczególnie w latach 2005-2008. Wzrastały one w 2005 r. ponad 15% w stosunku do 2004 r., w 2006 r. i 2007 r. blisko 10% w relacji do roku poprzedniego, w 2008 r. odnotowano zaś wzrost o ponad 17% w stosunku do 2007 r., co spowodowało przesunięcie Polski z pozycji 10 na liście 26 badanych krajów UE w 2004 r na pozycję 7. w 2008 r. To miejsce Polacy zajmują także na koniec badanego okresu (2017 r.). Pod względem badanej wielkości mieszkańcy Polski wyprzedzali w 2017 roku mieszkańców Belgii, Szwecji i Austrii. Dwa kraje w tej grupie nie odnotowały ujemnej dynamiki zmian wielkości dochodów własnych: Belgia i Austria. W pozostałych krajach przynajmniej raz odnotowano zmniejszenie dochodów własnych rok do roku, np. w Polsce 2008/2009 minus 11,77%; w Szwecji 2008/2009 minus 5,76% czy 2013/2014 o minus 1,2% (tabela 1).

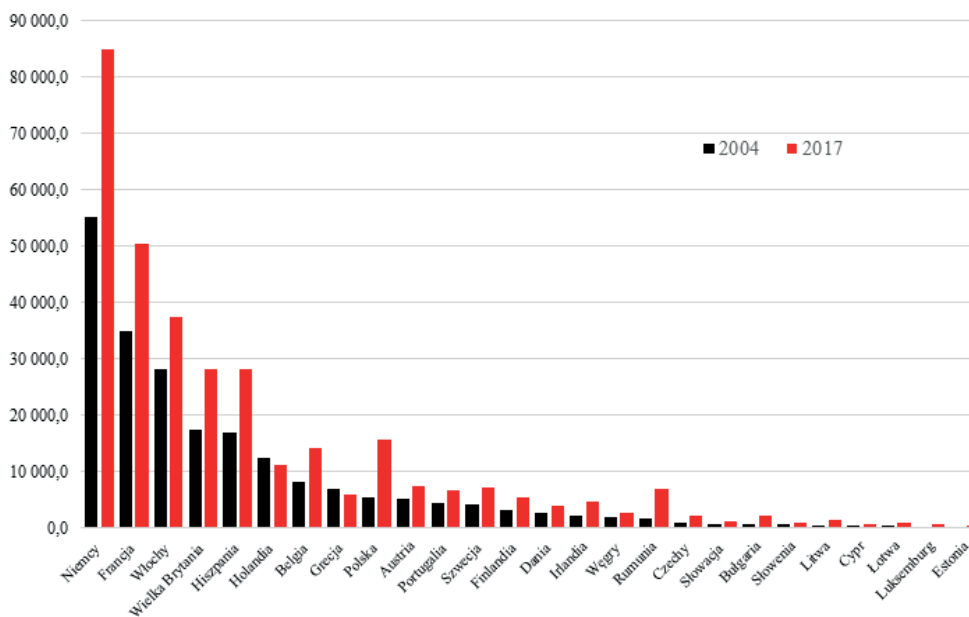
Trzecia grupa obejmuje gospodarstwa domowe sześciu krajów UE o dochodach własnych w 2017 r. od 100 mld euro do 200 mld euro, w kolejności od najwyższych do najniższych: Dania (2004 r. 95 mld euro; 2017 r. 144 mld euro, tj. wzrost o 51%), Portugalia (2004 r. 107 mld euro; 2017 r. 132 mld euro, wzrost o 24%), Finlandia (2004 r. 86 mld euro; 2017 r. 130 mld euro, wzrost o 50%), Grecja (2004 r. 135 mld euro; 2017 r. 115 mld euro, zmniejszenie o 15%), Rumunia (2004 r. 38 mld euro; 2017 r. 107 mld euro, wzrost o 180%) i Irlandia (2004 r. 72 mld euro; 2017 r. 103 mld euro, wzrost o 42%).

Rys. 2. Dochody własne gospodarstw domowych w krajach UE w latach 2004 i 2017 (w mln euro – ceny bieżące)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, *op. cit.*

Rys. 3. Wydatki na zdrowie gospodarstw domowych w krajach UE w latach 2004 i 2017 (w mln euro – ceny bieżące)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, *op. cit.*

Tabela 1. Dynamika zmian dochodów własnych gospodarstw domowych krajów UE (rok do roku w %)

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Belgia	3,71	5,45	5,03	5,65	1,66	0,69	2,00	1,94	1,16	1,21	0,77	2,99	3,27
Bulgaria	11,50	13,08	13,7	21,25	3,34	1,71	7,00	0,41	1,42	0,66	4,01	4,55	7,22
Czechy	13,13	12,79	8,58	19,35	-2,88	5,43	3,06	-1,27	-3,06	-2,35	5,19	4,85	7,03
Dania	4,02	4,65	1,58	2,30	2,32	5,79	3,40	2,21	1,74	1,36	4,21	5,17	3,44
Niemcy	1,81	2,20	2,01	2,46	-0,77	2,42	3,08	2,59	1,56	2,59	2,62	3,02	3,51
Estonia	14,36	16,92	19,65	13,27	-9,15	-0,68	8,89	7,16	5,54	5,35	4,36	4,67	7,68
Irlandia	9,68	7,70	8,31	6,30	-6,89	-3,53	-4,57	3,17	0,00	1,67	4,78	5,09	5,75
Grecja	2,24	9,12	6,66	5,51	1,84	-7,85	-8,63	-8,46	-8,55	-0,86	-3,45	-2,30	1,14
Hiszpania	6,12	5,79	3,99	5,43	1,87	-1,50	0,85	-3,41	-0,92	1,12	2,26	1,85	1,64
Francja	3,15	5,14	5,34	3,35	0,22	2,82	1,96	1,06	-0,42	1,35	1,24	1,72	2,62
Włochy	2,80	3,73	3,72	1,83	-2,33	-0,10	2,58	-2,71	0,40	0,65	1,40	1,27	1,60
Cypr	11,35	8,57	5,82	11,23	-2,46	3,53	2,22	-1,75	-4,82	-8,88	0,46	4,30	4,91
Łotwa	16,74	27,37	22,83	17,06	-18,57	-6,31	-1,54	8,11	4,23	3,99	5,49	5,71	4,96
Litwa	9,54	15,14	8,01	19,15	-7,90	0,8	5,25	3,38	5,72	1,87	2,61	5,55	5,14
Luksemburg	2,57	3,87	6,52	5,21	3,12	3,77	2,36	5,86	3,36	6,10	1,37	1,96	7,97
Węgry	9,44	-1,30	8,63	3,21	-10,57	3,61	6,18	-1,14	1,21	0,54	1,33	5,16	7,36
Holandia	1,47	4,45	4,15	3,34	-0,11%	1,53	2,21	0,82	1,02	2,43	1,84	2,53	2,60
Austria	6,56	4,66	4,73	3,14	0,17%	0,91	2,67	3,94	0,28	2,76	1,33	3,77	2,24
Polska	15,79	9,62	10,61	17,11	-11,77	13,40	2,12	2,83	1,49	3,05	2,52	1,12	7,34
Portugalia	4,64	3,74	4,81	4,04	-0,41%	2,83	-3,67	-3,59	-0,19	-0,17	3,40	3,19	3,30
Rumunia	30,71	18,87	21,88	15,18	-15,76	7,89	0,92	-2,51	8,57	1,69	7,22	9,07	11,28
Słowenia	6,91	5,53	8,77	8,41	0,44	0,97	1,83	-2,50	0,26	1,38	1,43	4,27	4,57
Słowacja	12,48	12,50	23,49	18,38	5,32	1,52	1,85	2,76	1,41	2,54	3,87	2,48	4,20
Finlandia	2,62	4,15	5,75	5,78	2,69	4,01	4,34	2,89	2,87	0,63	1,71	1,91	1,95
Szwecja	2,05	6,03	7,03	2,45	-5,76	15,98	10,81	7,94	3,63	-1,20	0,67	3,36	1,85
Anglia	3,67	5,10	4,61	-10,93	-8,27	5,08	0,56	12,41	-1,03	8,56	17,43	-10,18	-4,71

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, *op. cit.*

W grupie tej obserwujemy liczne przetasowania zajmowanych miejsc. Na uwagę zasługuje Grecja, która z pozycji 11. w 2004 r. przesunęła się w dół zestawienia na pozycję 14. w roku 2017, oraz Rumunia, która awansowała o trzy miejsca w górę listy (2004 r.; 2017 r.). Duńskie i fińskie gospodarstwa domowe odnotowywały systematyczny wzrost dochodów własnych, rok do roku, jako nieliczne w UE. Greckie i portugalskie gospodarstwa domowe przeżywały wieloletnie okresy obniżania dochodów własnych, np. Grecy w latach 2010-2016, Portugalczycy w latach 2011-2014 czy Irlandczycy w latach 2009-2011 (tabela nr 1).

Grupa ostatnia obejmuje 10 krajów, w których dochody własne gospodarstw domowych lokowały się w przedziale od 12 mld euro do 100 mld euro w 2017 r. W grupie tej najwyżej uplasowały się czeskie gospodarstwa domowe (2004 r. 51 mld euro; 2017 r. 99 mld euro, wzrost o 92%), dalej węgierskie (2004 – 51 mld euro; 2017 r. 69 mld euro, wzrost 37%). Na kolejnym miejscu znalazły się słowackie gospodarstwa domowe (2004 r. 21 mld euro; 2017 r. 50 mld euro, wzrost o 140%), kolejno bułgarskie (2004 r. 13 mld euro; 2017 r. 31 mld euro, wzrost o 133%) i dalej litewskie (2004 r. 13 mld euro; 2017 r. 26 mld euro, wzrost o 101%). Listę najmniej zamożnych gospodarstw domowych (najniższych dochodach własnych globalnie) otwierają Słoweńcy (2004 r. 17 mld euro; 2017 r. 26 mld euro, wzrost 50%), dalej Luksemburczycy (2004 r. 13 mld euro; 2017 r. 22 mld euro, wzrost o 69%), kolejno Łotysze (2004 r. 7 mld euro, 2017 r. 16 mld euro, wzrost o 120%), Estończycy (2004 r. 5 mld euro; 2017 r. 13 mld euro, wzrost o 149%), stawkę zamykają zaś Cypryjczycy (2004 r. 9 mld euro; 2017 r. 13 mld euro, wzrost o 37%). W zasadzie nie odnotowano w tej grupie spektakularnych przesunięć na liście, pomimo znaczących wzrostów dochodów własnych Słowaków, Bułgarów czy Estończyków. W tej grupie tylko mieszkańcy Luksemburga nie doświadczyli obniżenia dochód własnych rok do roku. Gospodarstwa domowe innych krajów niestety tak, chociaż sporadycznie, przeżyły raz w 2008/2009 r. Wyjątkiem są mieszkańcy Łotwy z trzyletnim cyklem obniżenia dochodów własnych, ale po bardzo dynamicznym okresie wzrostu w latach 2004-2007, tj. nawet o 27% w relacji 2006/2007.

Wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych w krajach UE

W latach 2004-2017 wydatki na zdrowie w krajach UE razem wzrosły z poziomu 214 mld euro do 333 mld euro (wzrost o 55%). Rosły zatem one szybciej niż dochody własne w badanej populacji. Dynamika zmian wydatków na ten segment konsumpcji miała tendencję wzrostową, rok do roku. Minimalnie wydatki na zdrowie wzrosły o 0,59% (2008/2009), natomiast maksymalnie o 5,3% (rys. 1).

Do pierwszej grupy zakwalifikowane zostały kraje, w których wydatki na zdrowie ponoszone osobiście przez gospodarstwa domowe zamykały się w przedziale od 20 mld euro do 100 mld euro. Prym w wydatkach na zdrowie w 2017 roku wiodły niemieckie gospodarstwa domowe (podobnie jak w dochodach do dyspozycji). W 2017 roku mieszkańcy Niemiec wydatkowali na zdrowie globalnie blisko 85 mld euro, gdy w 2004 roku o 30 mld euro mniej (wzrost o 55%). Kolejne pozycje w całym okresie badawczym przypadają gospodarstwom domowym z Francji (2017 r. 50,4 mld euro; 2004 r. 34,8 mld euro, co oznacza wzrost o 45%), Włoch⁹ (2017 r. 37,4 mld euro; 2004 r. 28,2 mld euro, co przekłada się na wzrost o 33%), Wielkiej Brytanii (2017 r. 28,2 mld euro; 2004 r. 17,3 mld euro, wzrost 63%) oraz Hiszpanii (2017 r. 28,1 mld euro; 2004 r. 17,0 mld euro, wzrost o 65%). Udział mieszkańców tych czterech krajów w odniesieniu do wydatków gospodarstw domowych wszystkich krajów UE w 2004 r. wynosił 63%, a w 2017 obniżyły się do 60%. Analiza dynamiki zmian wydatków na zdrowie w prezentowanej grupie, rok do roku, prowadzi do wniosku, że najbardziej stabilnie (przyrosty po kilka procent – maksymalnie o 7%) rosły wydatki na zdrowie niemieckich, francuskich i hiszpańskich gospodarstw domowych. Największe zmiany odnotowano w Wielkiej Brytanii, gdzie w 2015 roku w stosunku do 2014 roku wzrost był bliski 18%, a w 2008 roku w stosunku do roku poprzedniego wydatki zmniejszyły się o 16% (rys. 3, tabela 2).

W drugiej grupie krajów o prywatnych wydatkach na zdrowie w przedziale od 10 mld euro do 20 mld euro znalazły się w 2017 roku trzy kraje, według kolejności Polska (2017 r. 15,6 mld euro; 2004 r. 5,5 mld euro, to jest ponad (183% prawie dwukrotne), Belgia (2017 r. 14,1 mld euro; 2004 r. 8,2 mld euro, wzrost o 72%) i Holandia (2017 r. 11,1 mld euro; 2004 r. 12,4 mld euro: spadek wydatków o 10,5%).

⁹ Co interesujące, według raportu Bloomberga „Healthiest Country Index” z 2019 r., w którym badano wiele czynników wpływających ogólnie na stan zdrowia w 169 krajach, w takich krajach UE jak, według kolejności zajmowanych miejsc na liście, Włochy (1. miejsce na 169 krajów), Hiszpania (6. miejsce), Szwecja (8. miejsce) oraz Luksemburg (10. miejsce), mieszkańcy są najzdrowszymi ludźmi. W drugiej dziesiątce uplasowały się Francja, Austria, Finlandia, Holandia i Cypr. Trzecia dziesiątka obejmuje Portugalię, Anglię, Irlandię, Słowenię, Danię, Grecję, Malte, Belgię i Czechy. Czwarta dziesiątka: Chorwacja, Estonia, Polska (40.), Słowacja i Węgry znalazły na pozycjach powyżej 50, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips> [dostęp 22.05.2019].

Tabela 2. Dynamika zmian wydatków na zdrowie gospodarstw domowych w krajach UE w latach 2004-2017 w %

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Belgia	1,46	7,91	5,21	3,79	7,46	3,78	4,87	2,78	3,01%	0,87	3,98	7,85	3,03
Bułgaria	38,02	-0,35	19,35	9,31	-1,64	3,43	42,63	2,27	-11,35	33,52	-0,68	8,90	5,56
Czechy	30,46	21,77	18,60	33,99	-12,72	5,46	4,44	1,70	-8,91	-1,05	4,72	5,42	6,39
Dania	4,55	5,39	4,68	1,38	8,48	2,34	2,17	1,03	-0,01	2,74	3,69	3,04	1,87
Niemcy	-0,78	1,93	2,91	7,31	5,75	6,60	4,32	2,59	2,84	3,87	0,83	2,68	3,44
Estonia	12,56	15,04	13,72	-5,37	-8,93	2,30	3,93	7,15	10,35	8,33	6,49	8,77	5,85
Irlandia	13,51	13,31	3,94	12,23	11,74	1,51	2,87	18,78	-4,89	-0,73	7,66		1,55
Grecja	7,40	5,03	1,11	2,63	-3,88	-15,75	-6,61	-25,86	15,37	1,42	2,34	5,02	3,54
Hiszpania	7,19	6,61	7,18	7,08	-1,48	3,23	3,16	3,87	2,33	3,08	3,34	2,01	4,34
Francja	5,02	5,53	4,36	5,16	2,86	2,45	4,01	2,03	1,05	0,99	1,04	1,93	1,33
Włochy	-0,47	3,94	1,48	5,48	-1,81	1,05	7,43	-1,47	-0,19	3,17	5,61	0,48	4,39
Cypr	11,90	9,03	6,42	9,11	4,17	1,64	10,94	3,17	-4,97	-0,27	3,13	4,15	3,66
Łotwa	4,94	33,76	22,35	2,81	-5,80	-0,38	-7,26	10,38	11,61	11,22	12,90	1,01	14,08
Litwa	38,93	-2,94	13,71	22,42	-10,19	9,06	-3,94	11,24	8,09	0,35	6,80	11,72	3,01
Luksemburg	-0,57	6,68	17,50	3,86	4,88	3,26	11,26	3,93	15,84	-1,48	17,32	22,28	9,87
Węgry	11,53	-1,07	8,14	5,68	-6,55	9,44	4,21	-2,55	1,12	1,43	1,40	4,96	2,88
Holandia	5,19	-47,98	6,66	12,77	1,40	1,76	4,52	5,70	9,77	2,43	1,02	3,52	1,21
Austria	3,42	1,31	5,36	0,60	1,17	4,29	3,43	3,69	3,92	3,43	2,64	3,12	3,06
Polska	11,71	8,91	11,28	18,40	-10,41	13,86	13,13	7,25	0,49	6,05	16,78	1,78	12,79
Portugalia	4,95	3,97	11,34	6,71	2,72	0,51	-2,21	-3,85	1,59	-0,64	8,87	3,26	4,58
Rumunia	19,73	9,52	43,34	20,42	-33,14	97,48	2,43	4,03	3,69	4,71	7,74	7,03	11,62
Słowenia	8,51	3,83	9,83	10,12	5,44	3,80	0,23	8,28	0,31	-1,40	1,52	3,11	4,93
Słowacja	18,12	18,21	30,91	18,10	12,25	4,20	3,16	3,67	2,55	-38,85	5,45	3,53	3,42
Finlandia	7,64	5,85	5,78	5,70	-3,39	8,00	4,83	1,54	4,90	1,57	2,84	8,04	3,42
Szwecja	4,54	5,02	5,03	1,87	-5,25	13,59	9,10	10,09	5,56	-0,17	2,78	2,00	0,96
Anglia	2,40	9,85	7,88	-16,05	-5,23	10,38	2,00	7,48	6,78	9,05	17,86	-2,93	4,84

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, *op. cit.*

W 2004 roku polskie gospodarstwa domowe wydawały na zdrowie mniej niż Belgowie, Holendrzy, a także Grecy. Sytuacja ta uległa jednak wyraźnej zmianie w kolejnych latach – Polska (rosły wydatki na zdrowie) przesunęła się w górę o 3 miejsca z pozycji 9. na pozycję 6., Grecja natomiast z pozycji 8. w 2004 roku spadła na pozycję 13. (malały wydatki prywatne na zdrowie). Tempo zmian wydatków na zdrowie przez gospodarstwa domowe z Belgii było zawsze dodatnie, mieszczące się w przedziale od 1,4% (2004/2005) do prawie 8% (2005/2006 oraz 2015/2016). U Holendrów amplitudy zmian w wydatkach na zdrowie były znaczące, np. 2005/2006 to obniżenie tej wartości aż o 47%, wzrost w latach 2006/2007 o ponad 12%. W Polsce odnotowano zarówno wzrosty wydatków na ten element konsumpcji np. o 18% (2007/2008), jak i zmniejszenie wydatków o ponad 10% (2008/2009).

Do trzeciej grupy zaliczono sześć państw, w których wydatki własne gospodarstw domowych na zdrowie mieściły się w przedziale od 5 mld euro do 10 mld euro. Znalazły się tu gospodarstwa domowe z Austrii (2017 r. 7,5 mld euro; 2004 r. 5,1 mld euro, wzrost o 47%), Szwecji (2017 r. 7,2 mld euro; 2004 r. 4,2 mld, wzrost o 71%), Rumunii (2017 r. 6,8 mld euro; 2004 r. 1,5 mld euro, wzrost o 350%), Portugalii (2017 r. 6,7 mld euro; 2004 r. 4,5 mld euro, wzrost o 50%), Grecji (2017 r. 5,8 mld euro; 2004 r. 6,8 mld euro, spadek o 15%) oraz Finlandii (2017 r. 5,4 mld euro; 2004 r. 3,1 mld euro, wzrost 74%). Największy wzrost wydatków na zdrowie nastąpił w Rumunii, której gospodarstwa domowe z miejsca 20. przesunęły się aż o 7 miejsc w górę. W wydatkach na zdrowie Rumuni wydatkowali środki pieniężne z dynamicznym wzrostem, prawie 100% rok do roku (2009/2010), jak i z dynamiczną obniżką, prawie 44% rok do roku (2006/2007). Mieszkańcy Grecji przez kilka lat, od 2009 do 2012 r., wydawali coraz mniej na zdrowie. Najbardziej stabilne wzrosty wydatków na zdrowie w całym badanym okresie odnotowano u mieszkańców Austrii. W pozostałych krajach odnotowujemy zarówno dynamiczne wzrosty wydatków na ten cel, np. Szwecji 13,5% (2009/2010), jak i znaczące obniżenie wydatkowania pieniędzy na zdrowie, np. Rumunii 44% (2006/2007). (rys. 3, tabela 2).

W kolejnej grupie odnotowujemy kraje, w których gospodarstwa domowe wydatkowały na zdrowie kwoty z przedziału od 1 do 5 mld euro. Jest to siedem krajów według kolejności z 2017 roku: Irlandia (2017 r., 4,6 mld euro; 2004 r. 2,0 mld euro – wzrost o 130%), Dania (2007 r., 3,8 mld euro; 2004 r. 2,6 mld euro – wzrost o 46%), Węgry (2017 r., 2,6 mld euro; 2004 r., 1,8 mld euro – wzrost o 44%), Czechy (2017 r., 2,2 mld euro; 2004 r., 0,8 mld euro – wzrost o 175%), Bułgaria (2017 r., 2,1 mld euro; 2004 r., 0,6 mld euro – wzrost o 250%), Litwa (2017 r., 1,3 mld euro; 2004 r., 0,5 mld euro – wzrost o 160%) i Słowacja (2017 r., 1,1 mld euro; 2004 r. 0,6 mld euro – wzrost o 83%). Grupa ta charakteryzuje się znaczną dynamiką wzrostu wydatków na zdrowie.

Dynamika ta nie wpływa jednak na miejsce państwa na liście ułożonej według kryterium ilości środków przeznaczanych przez gospodarstwa domowe na zdrowie. W tej grupie krajów przynajmniej raz (a nawet kilka razy) gospodarstwa domowe w ujęciu rok do roku wydatkowały mniej pieniędzy niż w roku poprzednim np. w Słowacji raz, ale za to spektakularnie – o 38% mniej (2013/2014), w Bułgarii cztery razy, to samo w Czechach czy na Litwie. Równolegle w innych okresach wydatki na zdrowie rosły dynamicznie np. w Czechach w latach 2005-2008 nawet rok do roku o ponad 30%, czy w Słowacji.

Ostatnia grupa to kraje, w których mieszkańcy wydawali mniej niż 1 mld na zdrowie. Najmniej na zdrowie wydawali Estończycy (w 2017 r. 378 mln euro; w roku 2004 178 mln euro – wzrost o 112%). Na kolejnych miejscach od dołu listy uplasowały się gospodarstwa domowe z Luksemburga (2017 r., 618 mln euro; 2004 r. 212 mln euro – wzrost o 191%), Cypru (adekwatnie 735 mln euro i 405 mln euro – wzrost o 81%), Łotwy (adekwatnie 776 mln euro i 283 mln euro – wzrost o 174%) oraz Słowenii (adekwatnie 917 mln euro i 521 mln euro – wzrost o 76%). Gospodarstwa domowe tych krajów charakteryzowały się znaczącą dynamiką przyrostów wydatków na zdrowie, globalnie w badanym okresie, co jednak nie spowodowało radykalnych przesunięć na mapie wydatków, w relacji do innych krajów. Także tu występuje zmienność wzrostów wydatków i spadek wydatków rok do roku.

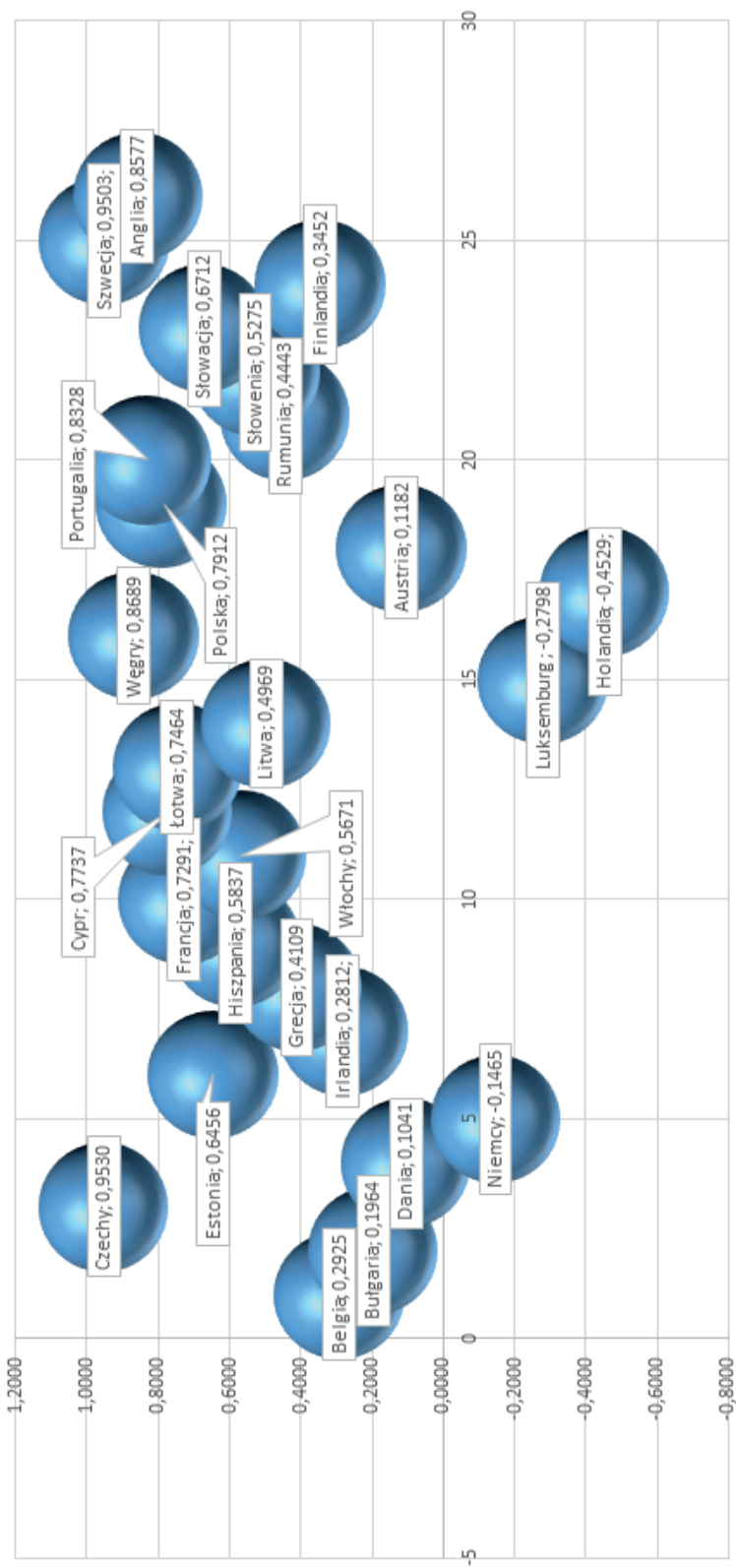
Korelacja pomiędzy dynamiką zmian dochodów własnych a dynamiką zmian wydatków na zdrowie gospodarstw domowych w krajach UE

Interesującą kwestią pozostaje odpowiedź na pytanie, czy wraz ze zmianą dynamiki dochodów własnych gospodarstw domowych następuje zmiana dynamiki wydatków na zdrowie. Dla zbadania tej zależności skorzystano z jednej z metod określania tych powiązań – współczynnika korelacji Pearsona. Współczynnik ten informuje o sile związku między badanymi zależnościami oraz kierunku ich zmian. Współczynnik ten zawiera się w przedziale $[-1;1]$. Korelacja dodatnia oznacza, że wysokim wartościom jednej zmiennej odpowiadają wysokie wartości drugiej zmiennej. Gdy korelacja jest ujemna oznacza to, że jedna zmienna przyjmuje wysokie wartości, a druga niskie. Korelacja 0 oznacza, że między zmiennymi nie występują żaden związek, gdy rosną dochody, wydatki na zdrowie czasem rosną, a czasem maleją. W 23 badanych krajach UE wzrostowi dochodów własnych towarzyszy wzrost wydatków indywidualnych na zdrowie. Tylko w 3 krajach (Niemcy, Luksemburg, Holandia) wydatki na zdrowie nie podążają za wzrostem dochodów (współczynnik Pearsona przyjmuje wartości ujemne (rys. 4).

Badając siłę zależności (siłę związków korelacyjnych), przyjmuje się, że **współczynnik poniżej 0,2** oznacza korelację słabą (**praktycznie brak związku**), w **przedziale 0,2 – 0,4** - korelację niską (**zależność wyraźna**); **0,4 – 0,7** - korelację umiarkowaną (**zależność istotna**); **0,7 - 0,9** korelację bardzo wysoką (**zależność bardzo duża, silna**), a w przedziale **0,9 – 1,0** - zależność praktycznie pełną (**bardzo silna**). Najbliżej górnej granicy współczynnika Pearsona plasują się czeskie (0,9530) i szwedzkie (0,9503) gospodarstwa domowe, co oznacza pełną zależność pomiędzy zmianami dochodów własnych a zmianami wydatków na zdrowie. Tendencja liniowa jest bardzo widoczna (bardzo silna). W siedmiu krajach zmianom (wzrostom) dochodów własnych gospodarstw domowych towarzyszą silne zmiany (wzrosty) wydatków na zdrowie (współczynnik Pearsona w przedziale 0,7-0,9), chociaż występują odstępstwa liniowej zależności. W grupie tej znalazły się kraje, w których współczynnik Pearsona jest bliski górnej granicy: Węgry (0,8688); Anglia (0,8576), Portugalia (0,8358), jak i takie, w której jest on bliższy dolnej granicy: Polska (0,7912), Cypr (0,7737), Łotwa (0,7464) oraz Francja (0,7291). Tu wydatki na zdrowie rosną nieco wolniej niż dochody własne mieszkańców wymienionych krajów, ale odstępstw od zależności liniowej jest znacznie więcej. Kolejnych osiem krajów charakteryzuje się współczynnikiem Pearsona z przedziału (0,4-0,7). Występuje zatem umiarkowany związek pomiędzy dochodami a wydatkami na zdrowie w gospodarstwach domowych. Wydatki rosną znacznie wolniej niż dochody. Znalazły się w tej grupie, malejąco: Słowacja (0,6712), Estonia (0,6456), Hiszpania (0,5837), Włochy (0,5671), Słowenia (0,5271), Litwa (0,4969), Rumunia (0,4443), a zamyka stawkę Grecja (0,4109). Finowie (0,3452), Belgowie (0,2935) oraz Irlandczycy (0,2812) charakteryzują się słabą zależnością wydatków na zdrowie w relacji do dochodów własnych. Tendencja jest widoczna, ale obserwujemy liczne odstępstwa od trendu liniowego. W trzech krajach brak związku liniowego pomiędzy dochodami a wydatkami na zdrowie – Bułgaria (0,1964), Austria (0,1182) oraz Dania (0,1041).

Gdy wartości współczynnika Pearsona przyjmują wartości ujemne, w badanej sytuacji wzrostowi wartości dochodów własnych gospodarstw domowych nie towarzyszy wzrost wydatków na zdrowie, przeciwnie towarzyszy spadek tych drugich.

Rys. 4. Współczynnik korelacji Pearson (korelacja dochody gospodarstw domowych a prywatne wydatki na zdrowie w badanych krajach)



Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli nr 1 i 2

Taką sytuację odnotowujemy w trzech krajach UE. W niemieckich gospodarstwach domowych (-0,1456) odnotowujemy brak prostoliniowego związku pomiędzy wzrostem dochodów a obniżaniem się wydatków na zdrowie. Podobnie w Luksemburgu (-0,2798). Najbliżej powiązania liniowego tych dwóch wielkości obserwujemy w Holandii (-0,4529) (rys. 4).

Zakończenie

Dochody własne (w cenach bieżących) gospodarstw domowych 26 badanych krajów UE wzrosły w latach 2004–2017 z poziomu 7,1 biliona euro do 9,3 biliona euro (tj. o 31%). W tym samym okresie wydatki prywatne na zdrowie (w cenach bieżących) rosły znacznie szybciej, bo z poziomu 214 mld euro do 333 mld euro (tj. o 55%).

Cztery najbogatsze pod względem dochodów własnych gospodarstwa domowych w 2017 r. kraje (dochody własne powyżej 1 biliona euro) to: Niemcy (2 biliony euro), Anglia (1,5 biliona euro), Francja (1,4 biliona euro) oraz Włochy (1,1 biliona euro). Gospodarstwa domowe tych krajów, w całym badanym okresie, dysponowały najwyższymi dochodami własnymi. Ich udział w dochodach własnych 26 badanych krajów oscylował w granicach 65- 69%. Najniższymi dochodami własnymi (poniżej 20 mld euro) dysponowały w 2017 r. gospodarstwa domowe: Łotwy (16 mld euro), Estonii (13 mld euro) oraz Cypru (13 mld euro). Udział tych krajów w dochodach własnych mieszkańców badanych krajów stanowił zaledwie 0,33% (2004 r.) oraz 0,45% (w 2017 r.). Najszybszy przyrost badanej wielkości, powyżej 100% w stosunku do roku 2004 odnotowały gospodarstwa domowe „nowych” krajów UE (tych, które przystąpiły do Wspólnoty w 2004 r.): Rumunii (180%), Estonii (149%), Słowacji (140%), Łotwy (120%), Bułgarii (133%) czy Polski (101%). Obniżenie dochodów własnych dotknęło Greków – o 15%. Biorąc pod uwagę dynamikę zmian tej wielkości, rok do roku, tylko w pięciu krajach (Belgia, Dania, Austria, Luksemburg, Finlandia) na 26 badanych dochody systematycznie, aczkolwiek z różną dynamiką, wzrastały. Gospodarstwa domowe pozostałych krajów odczuły skutki obniżenia dochodów szczególnie w okresach kryzysu po 2007 r. Najboleśniej skutki tych zmian dotknęły Greków, Portugalczyków, Cypryjczyków czy Łotyszy.

Największe środki pieniężne na zdrowie kierowali mieszkańcy czterech najbogatszych pod względem dochodów własnych krajów: Niemiec 85 mld euro, Francji 50,4 mld euro, Włoch 37,0 mld euro oraz Anglii 28 mld euro. Udział tych czterech krajów w wydatkach na zdrowie w UE oscylował w granicach 63%. Najmniej rozdysonowywali na zdrowie mieszkańcy Łotwy (776 mln euro), Cypru (735 mln euro) oraz Słowenii (521 mln euro). Szczególnie dynamicznie w ciągu 14 badanych lat rosły wydatki prywatne na zdrowie w Rumunii (350%), dalej w Bułgarii (250%) czy w Luksemburgu (191%).

Znaczące wzrosty odnotowujemy także w polskich (180%), łotewskich (174%) czy czeskich (175%) gospodarstwach domowych. Obniżyły się natomiast wydatki na zdrowie greckich (-15%) oraz holenderskich (-10,5) gospodarstw domowych. Także dynamika zmian rok do roku tej pozycji w wydatkach była bardzo zmienna w badanym okresie. Tylko mieszkańcy Belgii, Austrii i Francji systematycznie wydawali coraz więcej pieniędzy na zdrowie, w innych krajach obserwujemy zarówno lata znacznego progresu, jak i regresu wydatków rok do roku.

Badając korelację liniową Pearsona dwóch zmiennych: dochody własne i wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych, w 23 badanych krajach UE wzrostowi dochodów własnych towarzyszy wzrost wydatków indywidualnych na zdrowie. W 3 krajach (Niemcy, Luksemburg, Holandia) wydatki na zdrowie nie podążają za wzrostem dochodów (współczynnik Pearsona przyjmuje wartości ujemne). Badając natomiast siłę oddziaływania dochodów na wydatki w dwóch krajach, odnotowujemy prawie zależność liniową w Czechach (współczynnik Pearsona na poziomie 0,95) i Szwecji (adekwatnie 0,95). W pozostałych krajach UE występują słabe lub znaczące odstępstwa od korelacji liniowej.

Zawarte w artykule analizy oraz generalne wnioski wskazują, że przyjęte we wstępie hipotezy zostały przez autorkę potwierdzone.

Bibliografia

- Banaszczak-Soroka U., *Wielkość i struktura oszczędności gospodarstw Unii Europejskiej w kontekście planu inwestycyjnego dla Europy. Wybrane aspekty*, [w:] E. Cybulska-Pancer, K. Biegun (red.), *Czym żyje Unia Europejska? Wybór zagadnień*, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2018.
- Bloomberg „Healthiest Country Index” z 2019 r. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>.
- Dochody własne gospodarstwa domowych, Eurostat, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nasa_10_nf_tr&lang=en.
- ESA 2010 (Dz. Urz. EU L 174 z 26.6.2013 r.).
- Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R, *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-4-558.pdf>.
- Metodologia badania budżetów gospodarstw domowych, GUS, Warszawa 2011.
- Świecka B., *Niewypłacalność gospodarstw domowych Przyczyny, skutki, przeciwdziałanie*, Difin, Warszawa 2009.
- Wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.
- Zalega T., *Konsumpcja: determinanty, teoria, modele*, PWE, Warszawa 2012.

