

# Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi<sup>1</sup>

Małgorzata Ćwiek<sup>a</sup>, Agnieszka Wałęga<sup>b</sup>

**Streszczenie.** Zasadniczym celem funkcjonowania gospodarstw domowych jest jak najpełniejsze zaspokojenie potrzeb ich członków. Jedną z głównych potrzeb, zwłaszcza w przypadku gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi, jest ochrona zdrowia, a to wymaga ponoszenia odpowiednio dużych nakładów finansowych. Celem badania omawianego w artykule jest poznanie prawidłowości w zakresie kształtowania się wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi, ocena znaczenia wydatków na zdrowie w strukturze wydatków tych gospodarstw oraz próba identyfikacji determinant wydatków na zdrowie. W badaniu wykorzystano dane indywidualne o gospodarstwach domowych pochodzące z dwóch edycji badania budżetów gospodarstw domowych przeprowadzanego przez GUS: 2009 i 2019. Przeanalizowano różnicowanie poziomu i struktury wydatków na zdrowie gospodarstw domowych w Polsce, a do identyfikacji determinant tych wydatków zastosowano model potęgowo-wykładniczy. Z badania wynika, że gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi mają do dyspozycji niższy dochód niż gospodarstwa bez takich osób, a muszą przeznaczać większe środki na ochronę zdrowia. Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi są determinowane głównie wiekiem, poziomem dochodu, obecnością w gospodarstwie osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności i źródłem utrzymania.

**Słowa kluczowe:** wydatki na zdrowie, gospodarstwo domowe, osoba niepełnosprawna

**JEL:** D12, I14, R20

## Health expenditure in households with disabled people

**Abstract.** The major goal of a household is to maximise the satisfaction of the needs of its members through the consumption of appropriate goods and services. One of the main needs, especially in households with people with disabilities, is health protection, which entails comparatively large financial outlays. The aim of this study is to recognise regularities in health expenditure of households with disabled people, to assess the significance of health

<sup>1</sup> Artykuł został opracowany na podstawie referatu wygłoszonego na XV Międzynarodowej Konferencji Naukowej im. Profesora Aleksandra Zeliasia na temat „Modelowanie i prognozowanie zjawisk społeczno-gospodarczych”, która odbyła się w dniach 9–12 maja 2022 r. w Zakopanem / The article is based on a paper delivered at the 15th Professor Aleksander Zelias International Conference on Modelling and Forecasting of Socio-Economic Phenomena, held on 9–12 May 2022 in Zakopane.

<sup>a</sup> Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kolegium Ekonomii, Finansów i Prawa, Instytut Metod Ilościowych w Naukach Społecznych, Polska / Cracow University of Economics, College of Economics, Finance, and Law, Institute of Quantitative Methods in Social Sciences, Poland.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6375-098X>. Autor korespondencyjny / Corresponding author, e-mail: [cwiekm@uek.krakow.pl](mailto:cwiekm@uek.krakow.pl).

<sup>b</sup> Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kolegium Ekonomii, Finansów i Prawa, Instytut Metod Ilościowych w Naukach Społecznych, Polska / Cracow University of Economics, College of Economics, Finance, and Law, Institute of Quantitative Methods in Social Sciences, Poland.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6386-0433>. E-mail: [walegaa@uek.krakow.pl](mailto:walegaa@uek.krakow.pl).

expenditure in the structure of these households' expenditure, and to attempt to identify the determinants of health expenditure. The study is based on data obtained from two editions of Statistics Poland's household budget survey, performed in 2009 and in 2019. The study presents an analysis of the diversification of the level and structure of the health-related expenditure of households in Poland. The power-exponential model was used to identify the determinants of these expenses. The analysis shows that households with disabled people have a lower disposable income and, at the same time, incur higher health expenses. Health-related expenditure in households with disabled people is mainly determined by: age, level of income, the fact whether a household member/members is/are a person/s with a significant degree of disability, and source of income.

**Keywords:** health expenditure, household, disabled people

## 1. Wprowadzenie

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization [WHO], 2011) liczba osób niepełnosprawnych na świecie przekracza 1 mld. Ponad 200 mln spośród nich doświadcza trudności w codziennym funkcjonowaniu, a szacuje się, że w związku z wydłużaniem się czasu trwania życia będzie ich coraz więcej. W Polsce – zgodnie z danymi z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (NSP) 2011 – liczba osób niepełnosprawnych wynosiła niemal 4,7 mln, co stanowiło 12,2% ludności (Główny Urząd Statystyczny [GUS], 2013), a prawne potwierdzenie niepełnosprawności posiadało ponad 3,1 mln osób w wieku 16 lat i starszych. Z kolei z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS), którego przedmiotem była m.in. niepełnosprawność biologiczna, wynika, że w 2014 r. odsetek osób niepełnosprawnych w Polsce wynosił 20,3%, a w 2019 r. – 22,6% (GUS, 2021). Różnice w szacowaniu liczby osób niepełnosprawnych wynikają z przyjęcia różnych definicji niepełnosprawności i różnych metod prowadzenia wymienionych badań.

Niepełnosprawność biologiczna jest definiowana jako odczuwanie ograniczeń w wykonywaniu zwykłych (podstawowych) czynności życiowych odpowiednich dla wieku danej osoby. Zakłada się przy tym, że niemożność wykonywania podstawowych czynności życiowych musi trwać lub być przewidywana na okres co najmniej sześciu miesięcy (GUS, 2013). Natomiast niepełnosprawność prawna, zgodnie z art. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, jest przypisywana osobom, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności – wykonywanie pracy zawodowej, i które uzyskały orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym, umiarkowanym lub lekkim albo orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, a jeżeli nie ukończyły 16. roku życia – orzeczenie o rodzaju i stopniu niepełnosprawności.

Zakres i społeczne skutki niepełnosprawności sprawiają, że stanowi ona ważny problem społeczny, który wymaga prowadzenia stosownej polityki w celu zapewnie-

nia należytych warunków życia osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom. Osoby niepełnosprawne są w większym stopniu zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Dotyczy to zarówno ubóstwa w ujęciu obiektywnym, mierzonego poziomem dochodów czy wyposażeniem gospodarstwa domowego, jak i subiektywnej oceny własnej sytuacji finansowej (Bakalarczyk, 2020; Pinilla-Roncancio i Alkire, 2020; Sochańska-Kawiecka, 2017; Ulman, 2011). Taki stan rzeczy jest spowodowany z jednej strony małą aktywnością ekonomiczną osób niepełnosprawnych, a z drugiej strony – ich niskimi dochodami z pracy (Jones i in., 2014). Niższym niż przeciętne dochodom towarzyszą zwykle zwiększone potrzeby wynikające z niepełnosprawności. Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi, aby osiągnąć taki sam poziom życia jak gospodarstwa osób pełnosprawnych, potrzebują dodatkowych środków pieniężnych (Zaidi i Burchardt, 2005). Większe koszty wynikające z niepełnosprawności – oprócz kosztów bezpośrednich związanych z opieką zdrowotną, niezbędnym wyposażeniem mieszkania czy transportem – obejmują także koszty pośrednie, takie jak bezrobocie, niepełne zatrudnienie czy niższe pensje, a także małą dostępność potrzebnych dóbr i usług (Banks i in., 2021).

Zgodnie z danymi WHO (2011) i wynikami EHIS (GUS, 2015) osoby niepełnosprawne charakteryzują się przeciętnie gorszym stanem zdrowia niż reszta populacji. Niejednokrotnie zmagają się nie tylko ze swoją niepełnosprawnością, lecz także ze schorzeniami wtórnymi, chorobami współistniejącymi oraz schorzeniami związanymi z wiekiem. Co więcej, niepełnosprawność wiąże się z wyższym prawdopodobieństwem występowania zachowań ryzykownych, takich jak palenie tytoniu, nieodpowiednia dieta i brak aktywności fizycznej, co również może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

Według danych GUS (2022b) odsetek osób z niepełnosprawnością prawną oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry wynosi 34,4%, a osób bez niepełnosprawności prawnej – 72,3%. Natomiast za zły lub bardzo zły swój stan zdrowia uważa 25,0% osób z niepełnosprawnością prawną i 4,6% osób bez niepełnosprawności prawnej. Gorszy przeciętny stan zdrowia niejednokrotnie wymaga częstszych wizyt u lekarza i badań diagnostycznych, tymczasem – zgodnie z wynikami badań EU-SILC w Polsce – 31,2% osób z orzeczoną niepełnosprawnością prawną stwierdziło, że ich potrzeby w zakresie leczenia lub diagnostyki nie zostały zaspokojone wtedy, gdy było to konieczne, podczas gdy w przypadku osób bez orzeczonej niepełnosprawności było to 22,9% (GUS, 2022a). Jako główne powody niezaspokojenia potrzeb w tym zakresie wskazywano ograniczenia związane z pandemią COVID-19 (78,5% badanych), długą listą oczekujących na poradę lekarską lub badanie (8,8%) i brak wystarczających środków (3,7%). Z kolei niezaspokojenie potrzeb w zakresie usług rehabilitacyjnych czy brak dostępu do urządzeń wspomagających powodują pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, ograniczenie aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym oraz obniżenie jakości życia. Wydaje się więc, że zwiększe-

nie dostępu osób niepełnosprawnych do świadczeń zdrowotnych: usług i urzędzeń rehabilitacyjnych oraz odpowiedniego leczenia chorób już występujących i profilaktyki stanowią podstawę poprawy stanu zdrowia. A poprawa stanu zdrowia została uznana przez WHO (2015) za kluczowy czynnik umożliwiający osobom niepełnosprawnym edukację, zatrudnienie i uczestnictwo w życiu publicznym.

Biorąc pod uwagę to, jak ważne dla osób niepełnosprawnych jest zachowanie zdrowia, przeprowadzono badanie wydatków na zdrowie w budżetach gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi. Jego celem jest poznanie prawidłowości w zakresie kształtowania się wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi, ocena roli wydatków na zdrowie w strukturze wydatków gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi oraz próba identyfikacji determinant wydatków na zdrowie.

## 2. Metoda badania

W badaniu wykorzystano dane z reprezentacyjnego badania budżetów gospodarstw domowych (BBGD)<sup>2</sup> przeprowadzanego przez GUS. Analizy ogólnej sytuacji gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi dokonano na podstawie danych z kolejnych edycji badania z okresu 2010–2020, a analizy wydatków na zdrowie ponoszonych przez takie gospodarstwa – na podstawie edycji 2009 i 2019. Zbiór danych pochodzących z badania przeprowadzonego w 2019 r. obejmuje 35 923 obserwacje gospodarstw domowych oraz 93 674 osoby będące ich członkami, z których 7007 miało orzeczoną niepełnosprawność o ustalonym stopniu (znacznym, umiarkowanym lub lekkim). Wśród badanych gospodarstw było 6061 z osobami niepełnosprawnymi, co oznacza, że w skład części gospodarstw wchodziła więcej niż jedna osoba niepełnosprawna. Aby ocenić kierunki zmian w czasie w kształtowaniu się wydatków na zdrowie w badanych gospodarstwach, oprócz danych za 2019 r. przeanalizowano także dane za 2009 r. Zbiór danych pochodzących z badania z 2009 r. dotyczył 37 302 gospodarstw domowych; do 8432 spośród nich należały osoby niepełnosprawne.

Wydatki na zdrowie można podzielić na trzy grupy (GUS, 2018):

- koszty zakupu artykułów medyczno-farmaceutycznych oraz urządzeń i sprzętu medycznego, do których należą m.in. leki, szczepionki, zielarskie produkty farmaceutyczne, a także urządzeń terapeutycznych i innych artykułów służących ochro-

---

<sup>2</sup> W BBGD kryterium wyróżniającym osoby niepełnosprawne spośród ogółu badanych członków gospodarstw domowych jest posiadanie aktualnego orzeczenia wydanego przez uprawniony organ, a zatem badanie to pozwala zidentyfikować osoby z niepełnosprawnością prawną niezależnie od ich wieku. Informacje o niepełnosprawności uzyskuje się z kwestionariusza BR-01a, w którym respondent deklaruje, czy posiada aktualne orzeczenie o inwalidztwie, niepełnosprawności oraz o jej stopniu. Uwzględnia się trzy stopnie niepełnosprawności oraz orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób bez ustalonego stopnia niepełnosprawności (Ćwiek i in., 2022).

nie zdrowia, takich jak: okulary, protezy kończyn, protezy zębowe, obuwiu ortopedyczne, aparaty słuchowe czy termometry;

- opłaty za usługi ambulatoryjne i świadczenia medycyny niekonwencjonalnej: porady lekarskie, zabiegi chirurgiczne, badania diagnostyczne, usługi dentystyczne i protetyczne, zabiegi pielęgnacyjne, opiekę nad chorymi i zabiegi medycyny niekonwencjonalnej;
- opłaty za usługi szpitalne i sanatoryjne, w tym opłaty administracyjne związane z leczeniem szpitalnym, za zakwaterowanie, wyżywienie osób przebywających w szpitalu, porady lekarskie, badania diagnostyczne, zabiegi pielęgnacyjne itp.

W badaniu omawianym w niniejszym artykule przeprowadzono analizę ogólnej sytuacji gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi, a następnie przedstawiono rozkład wydatków na zdrowie i ich udział w strukturze wydatków gospodarstw domowych oraz dokonano szczegółowej analizy struktury wydatków na zdrowie. Brano pod uwagę tylko te gospodarstwa, które faktycznie ponosiły wydatki na zdrowie.

Do opisu kształtowania się wydatków na zdrowie w zależności od cech społeczno-ekonomiczno-demograficznych gospodarstw domowych zaproponowano modele liniowy, wykładniczy oraz potęgowo-wykładniczy. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że do danych empirycznych najlepiej dopasowują się, tzn. mają najwyższy współczynnik determinacji, modele mieszane (potęgowo-wykładnicze) o postaci (Ulman, 2015):

$$y_i = \alpha_0 \prod_{j=1}^s x_{ij}^{\alpha_j} \cdot \exp(\alpha_{s+1}x_{is+1} + \alpha_{s+2}x_{is+2} + \dots + \alpha_k x_{ik} + \varepsilon_i). \quad (1)$$

Po obustronnym zlogarytmowaniu model ma postać:

$$\ln y_i = \ln \alpha_0 + \sum_{j=1}^s \alpha_j \ln x_{ij} + \alpha_{s+1}x_{is+1} + \alpha_{s+2}x_{is+2} + \dots + \alpha_k x_{ik} + \varepsilon_i, \quad (2)$$

gdzie:

- $y_i$  – wydatki na zdrowie na osobę w  $i$ -tym gospodarstwie domowym,
- $x_{ij}$  – wartość  $j$ -ej zmiennej objaśniającej dla  $i$ -tego gospodarstwa domowego,
- $\alpha_j$  – parametr stojący przy  $j$ -ej zmiennej objaśniającej,
- $\varepsilon_i$  – wartość składnika losowego dla  $i$ -tego gospodarstwa domowego.

Wartości parametrów strukturalnych modelu zostały oszacowane za pomocą metody najmniejszych kwadratów (MNK). Modelowaniu poddano wydatki na zdrowie na osobę w postaci zmiennej *logarytm naturalny wydatków na zdrowie na osobę*. Do zestawu hipotetycznych cech objaśniających zaproponowano następujące cechy społeczno-ekonomiczne gospodarstw domowych:

- miesięczny dochód w zł na osobę (DOCH/OS);
- liczba osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym (LNPS);

- obecność w gospodarstwie domowym osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (ZNACZNY) – zmienna zero-jedynkowa: 1 – obecna, 0 – nieobecna;
- klasa miejscowości zamieszkania gospodarstwa domowego (KLM): wieś, miasto do 100 tys. mieszkańców, miasto powyżej 100 tys. mieszkańców;
- główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego – pięć zmiennych zero-jedynkowych identyfikujących gospodarstwa: utrzymujących się z pracy na własny rachunek (WŁRACH; kategoria odniesienia), pracowników (PRAC), rolników (ROL), emerytów/rencistów (EMER), utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych (NIEZ);
- ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego (OSM): zła, raczej zła, przeciętna, raczej dobra, dobra

oraz cechy związane z osobą odniesienia<sup>3</sup>:

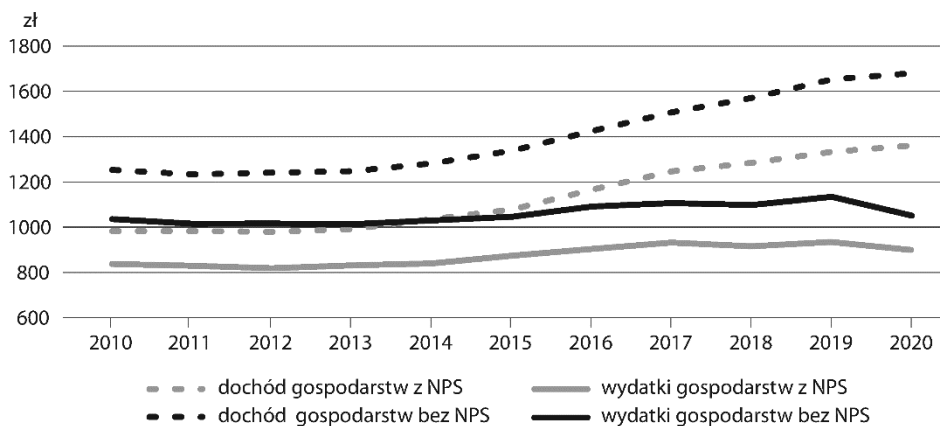
- wiek (WIEK);
  - płeć (PŁ);
  - poziom wykształcenia (WYKSZT): co najwyżej zawodowe, średnie i wyższe.
- Zmienne DOCH/OS i WIEK wprowadzono do modeli w postaci zlogarytmowanej. Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu pakietu Statistica 13.

### 3. Wyniki badania

W okresie 2010–2020 poprawiła się ogólna sytuacja materialna mierzona poziomem dochodu i wydatków na osobę w gospodarstwach domowych – zarówno z osobami niepełnosprawnymi, jak i bez takich osób – (wykr. 1). Realny wzrost dochodu w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi wyniósł ok. 38%, a w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych – ok. 34%. Nastąpił również wzrost wydatków, ale nie był on tak znaczący jak wzrost dochodu. Ponadto zmniejszył się dystans pomiędzy dochodami analizowanych gospodarstw. W 2010 r. stosunek dochodu gospodarstw bez osób niepełnosprawnych do dochodu gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi wynosił 127%, a w 2020 r. – 123%.

Pomimo ogólnej poprawy sytuacji materialnej gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi pozostaje ona nadal gorsza niż sytuacja gospodarstw bez osób niepełnosprawnych. Jak wskazuje Ostrowska (2015), przyczyną takiego stanu rzeczy może być m.in. niski poziom zatrudnienia osób niepełnosprawnych, co przekłada się na niższe dochody uzyskiwane z pracy, nawet jeżeli są one wsparte świadczeniami rentowymi czy opiekuńczymi. A to niejednokrotnie prowadzi do ubóstwa lub wykluczenia społecznego (Bakalarczyk, 2020; Frączek, 2021).

<sup>3</sup> Za osobę odniesienia uważa się członka gospodarstwa domowego, który ukończył 16 lat i przez dłuższy czas osiąga stały dochód, najwyższy spośród dochodów wszystkich członków gospodarstwa, przeznaczony na potrzeby jego członków (GUS, 2018).

**Wykr. 1.** Miesięczny dochód na osobę oraz wydatki na osobę w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych (według cen z 2010 r.)

Uwaga. Gospodarstwa z NPS – gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi, gospodarstwa bez NPS – gospodarstwa domowe bez osób niepełnosprawnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

O gorszej sytuacji materialnej gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi świadczy również ich samoocena sytuacji finansowej (tabl. 1). Ponad 32% gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi musi na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować pieniędzmi, a blisko 3% twierdzi, że środki, którymi dysponują, nie wystarczają im nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Rozkład odpowiedzi w przypadku gospodarstw domowych bez osób niepełnosprawnych jest przesunięty w stronę opinii świadczących o lepszej sytuacji materialnej. Podobne wyniki uzyskała Florek-Łuszczki (2014) w badaniu dotyczącym sytuacji bytowej niepełnosprawnych mieszkańców wsi – większość respondentów zadeklarowała, że ogranicza wydatki, aby zaspokoić niezbędne potrzeby, a niemal co piąty stwierdził, że posiadane zasoby finansowe uniemożliwiają mu wykupienie większości lub części leków.

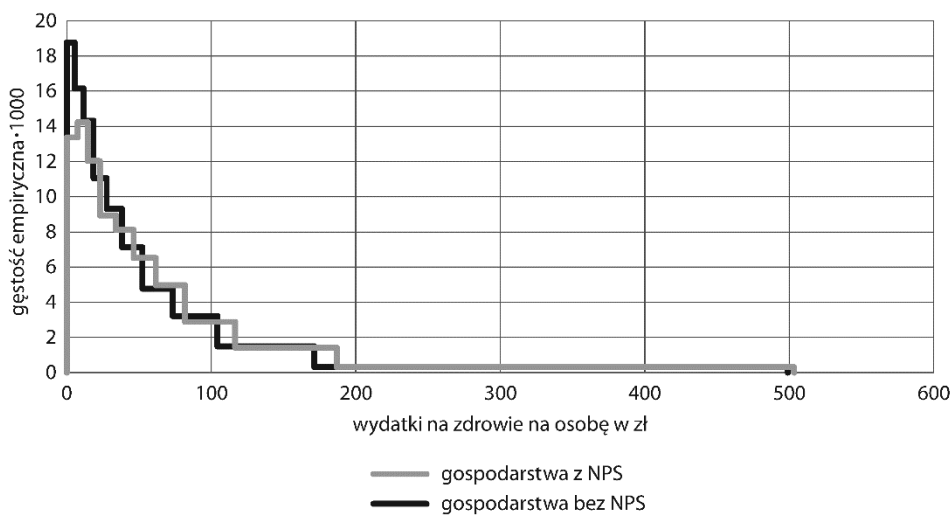
**Tabl. 1.** Sposób gospodarowania pieniędzmi w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych w 2019 r. – odsetek odpowiedzi

Odpowiedzi	Gospodarstwa domowe	
	z osobami niepełnosprawnymi	bez osób niepełnosprawnych
Możemy pozwolić sobie na pewien luksus .....	1,33	2,88
Starcza nam na wiele bez specjalnego oszczędzania .....	11,20	21,18
Starcza nam na co dzień, ale musimy oszczędzać na poważniejsze zakupy .....	52,02	55,33
Musimy na co dzień gospodarować bardzo oszczędnie	32,64	19,59
Nie starcza nam nawet na podstawowe potrzeby .....	2,80	1,02

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

W gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi niejednokrotnie pojawiają się dodatkowe potrzeby, które wymuszają zwiększenie wydatków, szczególnie tych dotyczących zdrowia, w tym na leczenie i rehabilitację czy opiekę długoterminową. Empiryczny rozkład wydatków na zdrowie (wykr. 2) wskazuje na ich prawostronną asymetrię oraz przesunięcie rozkładu w stronę wyższych wydatków ponoszonych przez gospodarstwa z osobami niepełnosprawnymi. Wyższa jest zarówno średnia, jak i mediana analizowanych wydatków (tabl. 2). W 2009 r. miary te były wyższe niż w gospodarstwach domowych bez osób niepełnosprawnych odpowiednio o 17% i 23%. W 2019 r. dysproporcje te znacząco się pogłębiły. Średnie wydatki na zdrowie w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi były o 29% wyższe niż średnie wydatki gospodarstw bez osób niepełnosprawnych, a różnica pomiędzy medianami wynosiła 36%. Na większe miesięczne wydatki na zdrowie gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi wskazują również np. Piętka-Kosińska (2012) i Ulman (2011).

**Wykr. 2.** Rozkład empiryczny wydatków na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych w 2019 r.



Uwaga. Jak przy wykr. 1.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Ponadto należy zauważyć, że ponoszenie wydatków na zdrowie jest wykazywane przez większy odsetek gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi niż gospodarstw bez takich osób. W 2019 r. 89% gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi ponosiło wydatki na zdrowie i udział ten wzrósł w porównaniu z 2009 r. (tabl. 2), a w przypadku gospodarstw bez osób niepełnosprawnych odsetek ten wyniósł nieco ponad



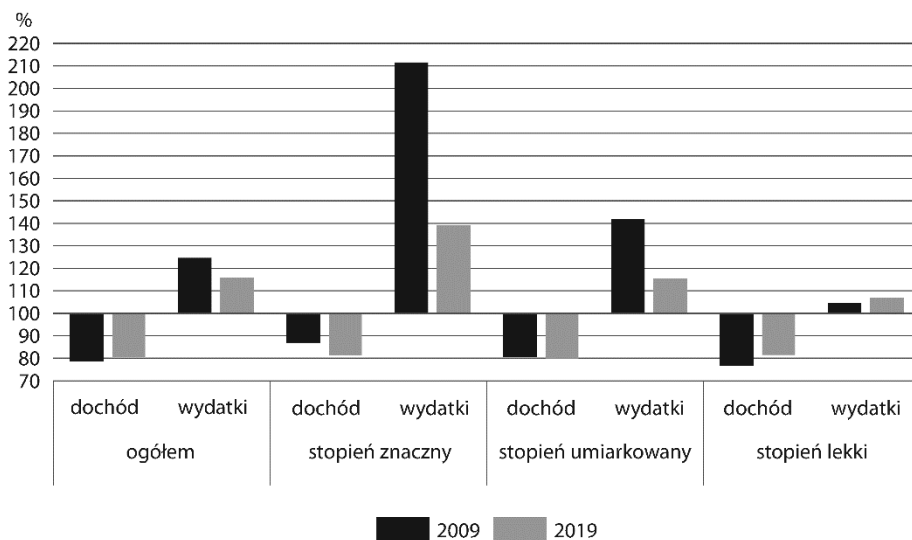
82%. W obu grupach gospodarstw zauważalne jest bardzo duże zróżnicowanie wydatków na zdrowie, przy czym maksymalne wartości ponoszonych wydatków są większe w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych.

**Tabl. 2.** Statystyki opisowe miesięcznych wydatków na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe			
	z osobami niepełnosprawnymi		bez osób niepełnosprawnych	
	2009	2019	2009	2019
Procent wydatkujących .....	86,29	89,05	82,31	82,16
Średnia w zł .....	64,38	97,36	55,09	75,33
Odchylenie standardowe w zł .....	121,83	155,23	94,47	139,42
Współczynnik zmienności .....	189,25	159,44	171,47	185,09
Mediana w zł .....	36,07	53,20	29,44	39,01
Minimum w zł .....	0,14	0,66	0,04	0,01
Maximum w zł .....	5484,85	3566,40	5528,56	9274,66

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

**Wykr. 3.** Dochód na osobę i wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi o różnym stopniu niepełnosprawności w stosunku do dochodu na osobę i wydatków na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych bez osób niepełnosprawnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Odnosząc wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi do wydatków gospodarstw bez takich osób (wykr. 3), można zauważyć,

że istotnie większe wydatki na zdrowie ponoszą zwłaszcza gospodarstwa, których członkiem jest osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. Znacząco większy jest również udział wydatków na zdrowie w strukturze wydatków gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi w porównaniu z gospodarstwami bez takich osób (tabl. 3). Ponadto w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi większy jest udział wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe, co potwierdza gorszą sytuację materialną tych gospodarstw, oraz udział wydatków na użytkowanie mieszkania i nośniki energii, co może wynikać z konieczności dostosowania mieszkania lub domu do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Istotnie mniejszy jest natomiast udział wydatków na rekreację i kulturę<sup>4</sup>. W literaturze przedmiotu można znaleźć potwierdzenie rzadszej aktywności turystycznej osób z niepełnosprawnościami (Ćwiek i Wałęga, 2018; Janoś-Kresło, 2016; Zawadka, 2018); bada się też przyczyny takiego stanu rzeczy i identyfikuje się występujące bariery (Dąbrowski i in., 2011; Kaganek, 2015).

**Tabl. 3.** Struktura wydatków gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych

Wydatki na	Gospodarstwa domowe					
	z osobami niepełnosprawnymi		bez osób niepełnosprawnych		ogółem	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019
	w %					
Żywność i napoje bezalkoholowe .....	28,24	28,06	23,82	24,58	24,67	25,11
Napoje alkoholowe, wyroby tytoniowe .....	2,89	2,68	2,75	2,51	2,77	2,53
Odzież i obuwie .....	3,58	4,17	5,11	4,96	4,82	4,84
Użytkowanie mieszkania i nośniki energii .....	21,97	18,59	20,44	17,86	20,73	17,97
Wyposażenie i prowadzenie gospodarstwa domowego	5,02	5,40	5,41	5,68	5,34	5,64
Zdrowie .....	7,78	6,80	5,09	4,83	5,60	5,14
Transport .....	7,18	8,75	9,70	9,87	9,21	9,70
Łączność .....	4,45	4,63	4,43	4,37	4,44	4,41
Rekreacja i kultura .....	5,84	5,26	8,01	6,84	7,59	6,59
Edukacja .....	0,51	0,75	1,02	1,64	0,92	1,50
Restauracje i hotele .....	1,34	3,66	2,41	5,13	2,21	4,91
Pozostałe towary i usługi .....	5,92	7,69	6,43	7,62	6,33	7,63

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

<sup>4</sup> Istotność różnic pomiędzy dwoma wskaźnikami struktury sprawdzono na poziomie istotności 0,05 za pomocą testu o dwustronnym obszarze krytycznym. Hipoteza zerowa w tym teście zakłada równość dwóch wskaźników struktury wobec hipotezy alternatywnej, zakładającej, że wskaźniki te są różne.

Badanie podobieństwa analizowanych struktur wydatków<sup>5</sup> (tabl. 4) wskazuje, że struktury wydatków w badanych grupach gospodarstw w 2019 r. były bardziej zbliżone niż 10 lat wcześniej (wzrost wartości wskaźnika podobieństwa z 0,881 do 0,905). Na uwagę zasługuje również większa zmiana struktury wydatków gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi niż gospodarstw bez takich osób w 2019 r. w porównaniu z 2009 r.

**Tabl. 4.** Wskaźniki podobieństwa struktur wydatków gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych

Gospodarstwa domowe	Gospodarstwa domowe						
	z osobami niepełnosprawnymi		bez osób niepełnosprawnych		ogółem		
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	
Z osobami niepełnosprawnymi	2009	1	0,888	0,881	0,823	0,901	0,833
	2019	0,888	1	0,898	0,905	0,909	0,918
Bez osób niepełnosprawnych ...	2009	0,881	0,898	1	0,915	0,979	0,920
	2019	0,823	0,905	0,915	1	0,905	0,987
Ogółem .....	2009	0,901	0,909	0,979	0,905	1	0,911
	2019	0,833	0,918	0,920	0,987	0,911	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Szczegółowa analiza struktury wydatków na zdrowie (tabl. 5) pozwala stwierdzić, że w gospodarstwach domowych bez osób niepełnosprawnych wyższy udział w wydatkach na zdrowie mają wydatki na wyroby medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny (76,6% w 2019 r.) oraz usługi szpitalne i sanatoryjne (4,7% w 2019 r.). Wynika to z tego, że osoby niepełnosprawne lub posiadające na utrzymaniu osobę niepełnosprawną mogą w zeznaniu rocznym odliczyć od dochodu całość lub część wydatków na cele rehabilitacyjne. Do wydatków limitowanych należy m.in. zakup leków, a do nielimitowanych – m.in. odpłatność za: pobyt na turnusie rehabilitacyjnym, na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz zabiegi rehabilitacyjne (Krajowa Administracja Skarbowa, 2019). Należy jednak zauważyć, że uzyskanie refundacji kosztów wymaga ich uprzedniego poniesienia, co może stanowić barierę w korzystaniu z usług specjalistycznych czy nawet kupowaniu odpowiednich leków. Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi charakteryzują się wyższym udziałem wydatków ponoszonych na usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem, co jest wynikiem gorszej sytuacji zdrowotnej niepełnosprawnych członków tych gospodarstw.

<sup>5</sup> Do badania podobieństwa struktur wykorzystano miarę opartą na metryce Canberra (Malina, 2004).

Zarówno w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi, jak i w gospodarstwach bez takich osób zauważalny jest wzrost wydatków na wyroby medyczo-farmaceutyczne oraz usługi szpitalne i sanatoryjne w 2019 r. w porównaniu z 2009 r. Może to wynikać zarówno ze zwiększonej konsumpcji wyrobów medyczo-farmaceutycznych, jak i większego zapotrzebowania na usługi szpitalne spowodowanego starzeniem się społeczeństwa, w połączeniu ze wzrostem cen.

**Tabl. 5.** Struktura wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych

Wydatki na	Gospodarstwa domowe			
	z osobami niepełnosprawnymi		bez osób niepełnosprawnych	
	2009	2019	2009	2019
	w %			
Wyroby medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny .....	63,53	67,84	72,24	76,59
w tym:				
wyroby farmaceutyczne .....	55,90	59,49	66,02	69,63
testy ciążowe i mechaniczne środki antykoncepcyjne .....	–	0,19	–	0,08
pozostałe wyroby medyczne, gdzie indziej niesklasyfikowane .....	1,32	1,70	1,04	2,16
okulary korekcyjne i soczewki kontaktowe .....	6,19	3,77	5,09	2,37
aparaty słuchowe .....	–	0,62	–	0,09
naprawa urządzeń i sprzętu terapeutycznego .....	0,12	0,04	0,09	0,00
pozostałe urządzenia i sprzęt terapeutyczny .....	–	2,03	–	2,26
Usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem .....	34,68	28,88	24,27	18,76
w tym:				
usługi lekarzy ogólnych .....	12,90	0,38	11,06	0,40
usługi lekarzy specjalistów .....	–	11,10	–	7,11
usługi stomatologiczne .....	18,67	11,31	10,56	5,66
usługi laboratoriów medycznych i pracowni rentgenowskich .....	1,87	2,25	1,33	1,10
kąpiele termiczne, gimnastyka korekcyjna, usługi pogotowia ratunkowego i wypożyczenie sprzętu terapeutycznego .....	1,12	0,15	1,20	0,30
usługi medyczne pomocnicze i medycyny niekonwencjonalnej .....	0,11	3,69	0,12	4,19
Usługi szpitalne i sanatoryjne .....	1,80	3,28	3,49	4,66
w tym:				
usługi szpitalne .....	0,77	1,69	2,20	0,75
usługi sanatoryjne .....	1,03	1,60	1,29	3,91

Uwaga. (–) – kategoria wydatków niewyszczególniana w badaniu przeprowadzonym w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Biorąc pod uwagę stopień niepełnosprawności członków gospodarstw domowych (tabl. 6), można stwierdzić, że w gospodarstwach, w których znajdują się osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, największy udział w wydatkach na zdrowie mają wydatki na wyroby medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny (niemal 82%). W gospodarstwach z osobami o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności najwyższy udział mają wydatki na usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem (prawie 18%). Z kolei w gospodarstwach z osobami o lekkim stopniu niepełnosprawności największe wydatki ponoszone są na usługi szpitalne i sanatoryjne (niemal 10%). Zróżnicowany udział poszczególnych kategorii wydatków na zdrowie wynika z różnych potrzeb w zakresie utrzymania i poprawy zdrowia w tych grupach gospodarstw (Zaidi i Burchardt, 2005).

**Tabl. 6.** Struktura wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi według stopnia niepełnosprawności w 2019 r.

Wydatki na	Stopień niepełnosprawności		
	znacznym	umiarkowany	lekki
w %			
Wyroby medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny .....	81,91	75,53	74,76
w tym:			
wyroby farmaceutyczne .....	72,31	67,37	67,69
testy ciężowe i mechaniczne środki antykoncepcyjne	0,06	0,05	0,04
pozostałe wyroby medyczne, gdzie indziej niesklasyfikowane .....	1,37	1,23	2,23
okulary korekcyjne i soczewki kontaktowe .....	3,50	5,12	4,59
aparaty słuchowe .....	0,21	0,29	0,03
naprawa urządzeń i sprzętu terapeutycznego .....	0,15	0,01	0,00
pozostałe urządzenia i sprzęt terapeutyczny .....	4,31	1,46	0,18
Usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem .....	14,01	17,93	15,58
w tym:			
usługi lekarzy ogólnych .....	0,15	0,38	0,00
usługi lekarzy specjalistów .....	7,65	7,73	6,40
usługi stomatologiczne .....	2,90	4,37	6,29
usługi laboratoriów medycznych i pracowni rentgenowskich .....	1,45	1,33	1,07
kąpiele termiczne, gimnastyka korekcyjna, usługi pogotowia ratunkowego i wypożyczenie sprzętu terapeutycznego .....	0,05	0,08	0,00
usługi medyczne pomocnicze i medycyny niekonwencjonalnej .....	1,81	4,04	1,82
Usługi szpitalne i sanatoryjne .....	4,07	6,54	9,65
w tym:			
usługi szpitalne .....	1,02	0,90	0,46
usługi sanatoryjne .....	3,05	5,64	9,19

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Zróznicowanie poziomu i struktury wydatków na zdrowie skłania do poszukiwania czynników, które je determinują. Wyniki estymacji parametrów modeli potęgowo-wykładniczych pozwalają wskazać zmienne, które wpływają na kształtowanie się wydatków na zdrowie na osobę (tabl. 7).

**Tabl. 7.** Wyniki estymacji parametrów modeli potęgowo-wykładniczych dla miesięcznych wydatków na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi i bez osób niepełnosprawnych

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe					
	z osobami niepełnosprawnymi		bez osób niepełnosprawnych		ogółem	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019
Wyraz wolny .....	-4,900***	-2,003**	-3,041***	-2,373***	-3,479***	-2,442***
ln DOCH/OS .....	0,772***	0,552***	0,582***	0,421***	0,618***	0,430***
ln WIEK .....	0,741***	0,498***	0,530***	0,669***	0,593***	0,661***
LNPS .....	0,007	-0,068	-	-	0,090***	0,126***
ZNACZNY .....	0,238***	0,140*	-	-	0,253***	0,147**
OSM .....	-0,056**	-0,010	0,001	-0,038***	-0,011	-0,033***
PRAC .....	0,110	-0,381 <sup>†</sup>	-0,132***	-0,003	-0,099***	-0,010
ROL .....	0,122	-0,171	0,024	0,067	0,026	0,069
EMER .....	0,545***	0,001	0,528***	0,525***	0,496***	0,510***
NIEZ .....	0,217*	-0,514*	0,000	0,087	0,038	0,045
KLM .....	-0,020	0,065 <sup>†</sup>	0,047***	0,053***	0,034***	0,054***
WYKSZT .....	0,152***	0,170***	0,178***	0,177***	0,172***	0,178***
PŁ .....	-0,045 <sup>†</sup>	-0,087	-0,120***	-0,125***	-0,105***	-0,124***
R <sup>2</sup> .....	0,243	0,186	0,236	0,161	0,240	0,166

Uwaga. (-) – zmienna nie została wprowadzona do modelu. Poziom istotności: \*\*\* –  $p < 0,001$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \* –  $p < 0,05$ ; <sup>†</sup>  $p < 0,1$ .

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych indywidualnych z BBGD.

Zasadniczo kierunek wpływu zaproponowanych zmiennych objaśniających zarówno w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi, jak i w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych jest taki sam, choć nie wszystkie zmienne okazały się statystycznie istotnymi determinantami wydatków na zdrowie. Zauważalny jest istotny wpływ dwóch zmiennych: liczby osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym (co unaocznilo się w modelach dla gospodarstw ogółem) oraz obecności w gospodarstwie osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (*ceteris paribus*).

W gospodarstwach ogółem oraz bez osób niepełnosprawnych na podniesienie poziomu wydatków na zdrowie wpływa miejsce zamieszkania gospodarstwa: im większa miejscowość, tym większe wydatki. Gospodarstwa, w których osobą odniesienia jest mężczyzna, mniej przeznaczają na ten cel niż gospodarstwa, w których osobą odniesienia jest kobieta. Może to wynikać z jednej strony z tego, że kobiety bardziej dbają o zdrowie (Doyal, 2001; Królikowska, 2011), a z drugiej – że gospo-

darstwa, w których osobą odniesienia jest mężczyzna, mają przeciętnie wyższe dochody.

Analizując źródła utrzymania, można zauważyć, że gospodarstwa z osobami niepełnosprawnymi utrzymujące się ze źródeł niezarobkowych mają przeciętnie większe wydatki na zdrowie niż gospodarstwa utrzymujące się z pracy na własny rachunek (jest to widoczne w modelach dla gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi). W gospodarstwach osób utrzymujących się z pracy na własny rachunek wydatki na zdrowie są mniejsze niż w gospodarstwach emerytów, ale większe niż w gospodarstwach pracowników.

Lepsza samoocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego pociąga za sobą mniejsze wydatki na zdrowie. We wszystkich modelach wydatki na zdrowie rosną wraz ze wzrostem dochodu na osobę w gospodarstwie domowym oraz poziomem wykształcenia osoby odniesienia. Wpływ na wysokość wydatków na zdrowie ma również wiek głowy gospodarstwa domowego: im starsza osoba odniesienia, tym większe wydatki na zdrowie na osobę. Są to prawidłowości o charakterze ogólnym i dotyczą zarówno gospodarstw domowych ogółem, jak i gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi oraz gospodarstw wyłącznie z osobami sprawnymi. Należy przy tym zauważyć, że stan zdrowia pogarsza się zazwyczaj wraz z wiekiem, co nie pozostaje bez wpływu na poziom wydatków na zdrowie, ponieważ pojawia się konieczność przeznaczania dodatkowych środków na utrzymanie dotychczasowej jakości życia.

#### **4. Podsumowanie**

Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi, poza problemami natury medycznej i trudnościami w dostępie do dóbr i usług spowodowanymi m.in. barierami architektonicznymi, znajdują się przeciętnie w gorszej sytuacji materialnej. Tymczasem wydatki na zaspokojenie potrzeb będących następstwem niepełnosprawności są znaczne i tym większe, im wyższy jest stopień niepełnosprawności. Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi muszą zatem, dysponując przeciętnie niższymi dochodami, przeznaczyć większe środki na ochronę zdrowia. Dzieje się to kosztem zaspokajania innych potrzeb, związanych np. z kulturą i rekreacją, edukacją czy turystyką. Co prawda struktura wydatków w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi w 2019 r. jest bardziej zbliżona do struktury wydatków gospodarstw domowych bez osób niepełnosprawnych niż 10 lat wcześniej, ale należy się spodziewać, że pandemia COVID-19, wojna w Ukrainie i wysoka inflacja odnotowana w 2022 r. w większym stopniu dotkną gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi niż gospodarstwa bez takich osób i ich sytuacja ponownie się pogorszy.

W omawianym badaniu analizowano rzeczywiste wydatki na zdrowie. Zagadnieniem, które wymaga szerszych badań, jest to, w jakim stopniu dany poziom wydatków pokrywa rzeczywiste potrzeby gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi w zakresie ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę zaobserwowany wzrost wydatków na zdrowie towarzyszący wyższym dochodom oraz skrajnie prawostronną asymetrię tej grupy wydatków, można zakładać, że gdyby gospodarstwa domowe dysponowały wyższymi dochodami, to wydawałyby więcej na ochronę zdrowia. Za potwierdzenie tego przypuszczenia można uznać to, że jedynie 12,5% gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi pozytywnie ocenia swoją sytuację materialną.

Powyższe spostrzeżenie powinno stanowić punkt wyjścia do dyskusji nad obecnym stanem i rozwojem polityki społecznej ukierunkowanej na osoby niepełnosprawne i ich rodziny. W związku ze znacznym wzrostem cen żywności i energii, jaki nastąpił w 2022 r., należy spodziewać się spadku udziału wydatków na zdrowie w wydatkach gospodarstw domowych ogółem. To z kolei może spowodować pogorszenie się stanu zdrowia osób niepełnosprawnych i w konsekwencji stać się przyczyną zmniejszenia (i tak już niskiego) poziomu ich aktywności ekonomicznej, czego skutkiem będzie gorsza sytuacja materialna gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych, a w dalszym następstwie – ich wykluczenie społeczne. Zasadne wydaje się zatem stałe monitorowanie sytuacji gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych, a zaspokajanie tych potrzeb powinno być priorytetem polityki społecznej w najbliższych latach.

## Źródło finansowania badania

Badanie dotyczące wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi zostało sfinansowane z subwencji przyznanej Uniwersytetowi Ekonomicznemu w Krakowie w ramach projektu nr 084/EIT/2022/POT.

## Bibliografia

- Bakalarczyk, R. (2020). *Wielowymiarowe ubóstwo osób z niepełnosprawnościami i ich bliskich*. Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych. <https://www.wrzos.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/wielowymiarowe-ubostwo-osob-z-niepelnosprawnosciami.pdf>.
- Banks, L. M., Hameed, S., Alghaib, O. A., Nyariki, E., Olenja, J., Kulsum, U., Karim, R., Shakespeare, T. (2021). "It Is Too Much for Us": Direct and Indirect Costs of Disability Amongst Working-Aged People with Disabilities in Dhaka, Bangladesh and Nairobi, Kenya. *Journal of Human Development and Capabilities*, 23(2), 228–251. <https://doi.org/10.1080/19452829.2021.1932774>.



- Ćwiek, M., Ulman, P., Wałęga, A. (2022). *Ekonomiczne aspekty funkcjonowania gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.
- Ćwiek, M., Wałęga, A. (2018). Wydatki na turystykę zorganizowaną polskich gospodarstw domowych w latach 2005–2015. *Ekonomiczne Problemy Turystyki*, (42), 59–67. <https://doi.org/10.18276/ept.2018.2.42-06>.
- Dąbrowski, D., Soroka, A., Żbikowski, J. (2011). Bariery uczestnictwa w turystyce i rekreacji osób niepełnosprawnych z województwa lubelskiego w kontekście ich sytuacji materialnej. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne Problemy Usług*, (78), 404–419.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *The BMJ*, (323), 1061–1063. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7320.1061>.
- Florek-Łuszczki, M. (2014). Samoocena sytuacji bytowej niepełnosprawnych mieszkańców wsi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(2), 155–159. <https://doi.org/10.5604/20834543.1112230>.
- Fraćzek, Z. (2021). Dysfunkcjonalność i problemy współczesnej polskiej rodziny w świetle danych statystycznych i wspierających działań państwa. *Kultura – Przemiany – Edukacja*, 9, 149–169. <https://doi.org/10.15584/kpe.2021.9.7>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2013). *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna: Część I. Ludność. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*. <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/ludnosc-i-gospodarstwa-domowe-stan-i-struktura-spoeczno-ekonomiczna-czesc-i-ludnosc-nsp-2011,11,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2018). *Zeszyt metodologiczny. Badanie budżetów gospodarstw domowych*. [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/10/2/1/zeszyt\\_metodologiczny\\_badanie\\_budzetow\\_gospodarstw\\_domowych.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/10/2/1/zeszyt_metodologiczny_badanie_budzetow_gospodarstw_domowych.pdf).
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosc-polski-w-2019-r-,26,1.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2022a). *Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2020*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosc/dochody-i-warunki-zycia-ludnosc-polski-raport-z-badania-eu-silc-2020,6,14.html>.
- Główny Urząd Statystyczny. (2022b). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2020-r-,2,7.html>.
- Janoś-Kresło, M. (2016). Aktywność turystyczno-rekreacyjna rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością (wyniki badań). *Handel Wewnętrzny*, (6), 452–464.
- Jones, M., Mavromaras, K., Sloane, P., Wei, Z. (2014). Disability, job mismatch, earnings and job satisfaction in Australia. *Cambridge Journal of Economics*, 38(5), 1221–1246. <https://doi.org/10.1093/cje/beu014>.

- Kaganek, K. (2015). Bariery uprawiania turystyki przez osoby niepełnosprawne w kontekście statusu materialnego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(1), 77–83. <https://doi.org/10.5604/20834543.1142364>.
- Krajowa Administracja Skarbowa. (2019). *Ulga rehabilitacyjna. Roczne rozliczenie podatku dochodowego od osób fizycznych za 2019 rok*. [https://www.kis.gov.pl/documents/6609173/9290114/9\\_Ulga+rehabilitacyjna.pdf](https://www.kis.gov.pl/documents/6609173/9290114/9_Ulga+rehabilitacyjna.pdf).
- Królikowska, S. (2011). Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia. *Nowiny Lekarskie*, 80(5), 387–393. [https://jms.ump.edu.pl/uploads/2011/5/387\\_5\\_80\\_2011.pdf](https://jms.ump.edu.pl/uploads/2011/5/387_5_80_2011.pdf).
- Malina, A. (2004). *Wielowymiarowa analiza przestrzennego zróżnicowania struktury gospodarki Polski według województw*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
- Ostrowska, A. (2015). *Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993–2013*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk. [https://rcin.org.pl/Content/143005/PDF/WA004\\_176597\\_P91623\\_Ostrowska-A-Niepełnospra.pdf](https://rcin.org.pl/Content/143005/PDF/WA004_176597_P91623_Ostrowska-A-Niepełnospra.pdf).
- Piętka-Kosińska, K. (2012). Koszty niepełnosprawności. *Polityka Społeczna*, (2), 57–61.
- Pinilla-Roncancio, M., Alkire, S. (2020). How Poor Are People With Disabilities? Evidence Based on the Global Multidimensional Poverty Index. *Journal of Disability Policy Studies*, 31(4), 206–216. <https://doi.org/10.1177/1044207320919942>.
- Sochańska-Kawiecka, M. (2017). *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*. [https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Badania\\_i\\_analizy/Badanie\\_potrzeb\\_ON/Raport\\_koncowy\\_badanie\\_potrzeb\\_ON.pdf](https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Badania_i_analizy/Badanie_potrzeb_ON/Raport_koncowy_badanie_potrzeb_ON.pdf).
- Ulman, P. (2011). *Sytuacja ekonomiczna osób niepełnosprawnych i ich gospodarstw domowych w Polsce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.
- Ulman, P. (red.). (2015). *Statystyka pracy. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123, poz. 776).
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability*. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>.
- World Health Organization. (2015). *WHO global disability action plan 2014–2021. Better health for all people with disability*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-disability-action-plan-2014-2021>.
- Zaidi, A., Burchardt, T. (2005). Comparing incomes when needs differ: Equalization for the extra costs of disability in the U.K. *The Review of Income and Wealth*, 51(1), 89–114. <http://www.roiw.org/2005/2005-4.pdf>.
- Zawadka, J. (2018). Charakterystyka wyjazdów turystycznych aktywnych turystycznie niepełnosprawnych mieszkańców miast. *Folia Turistica*, 48, 161–184. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0012.7697>.