

Ewelina Nojszewska*

SPOŁECZNO-EKONOMICZNE CZYNNIKI DETERMINUJĄCE STATUS ZDROWOTNY SPOŁECZEŃSTWA NA PRZYKŁADZIE POLSKI

Streszczenie

Stan zdrowia społeczeństwa kształtowany jest przez różne czynniki, spośród których najważniejsze są czynniki społeczno-ekonomiczne, które rząd może poprawiać, realizując politykę „zdrowie we wszystkich politykach”. Aby to osiągnąć, należy zbadać, w jaki sposób poszczególne czynniki determinują stan zdrowia. Dlatego w pierwszej części przedstawione są najważniejsze definicje i klasyfikacje czynników społeczno-ekonomicznych, a w drugiej zostało przeanalizowane zróżnicowanie stanu zdrowia w województwach w Polsce, a także oddziaływanie czynników społeczno-ekonomicznych, które do tego doprowadziły.

Słowa kluczowe: status zdrowotny, czynniki społeczno-ekonomiczne, wykształcenie

* prof. dr hab. Ewelina Nojszewska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Zarządzania i Finansów, Katedra Ekonomii Stosowanej.

SOCIOECONOMIC FACTORS DETERMINING THE HEALTH STATUS IN POLAND

Summary

The health status of society is shaped by various factors of which socioeconomic factors are the most important. The government can adjust them by implementing the “health in all policies” approach. In order to achieve that one should examine in what way individual factors determine the health status. Therefore, in the first part of the paper, the most important definitions and classifications of socioeconomic factors are described. In the second part, the differences in the health status of Polish provinces (*województwa*) and the impact of socioeconomic factors that led to this are analysed.

Keywords: health status, socioeconomic determinants, education

Wprowadzenie

Na stan zdrowia jednostek i społeczeństwa wpływa wiele czynników, a wśród nich najważniejszymi są czynniki społeczno-ekonomiczne. Oddziaływanie tych czynników prowadzi do zróżnicowania stanu zdrowia między grupami społecznymi, a także terytorialnie między obszarami kraju o różnym poziomie rozwoju gospodarczego. Ponieważ zdrowie oprócz wykształcenia tworzy kapitał ludzki, który jest najważniejszym czynnikiem wzrostu gospodarczego, to nierówności w statusie zdrowotnym, oprócz aspektu indywidualnego i społecznego, stanowią wyzwanie dla polityki zdrowotnej i polityki gospodarczej. W Unii Europejskiej lansowane jest podejście „zdrowie we wszystkich politykach”, które w Polsce powinno być wykorzystane. Znajomość determinant odnotowywanych w Polsce wskaźników śmiertelności i zachorowalności, czyli czynników określających status zdrowotny Polaków, pozwoli sformułować właściwą politykę i programy zdrowotne, społeczne i gospodarcze.

W opracowaniu uwaga została skoncentrowana na określeniu oddziaływania czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowie i skutków przez nie wywoływanych.

W pierwszym punkcie przedstawione są definicje tych czynników i ich klasyfikacje dokonane przez Commission on Social Determinants of Health przy WHO i Public Health Agency of Canada, gdyż ich prace badawcze należą do najbardziej

zaawansowanych. Dzięki temu zarysowany jest obszar badawczy i złożoność problematyki.

W punkcie drugim przedmiotem zainteresowania jest zróżnicowanie stanu zdrowia w województwach w Polsce i określenie czynników społeczno-ekonomicznych, które do tego doprowadziły.

W zakończeniu zawarte jest podsumowanie i dyskusja wyników oraz wynikających z nich zaleceń politycznych.

1. Czynniki społeczno-ekonomiczne nierówności w zdrowiu

Pojęcie czynników społeczno-ekonomicznych wpływających na zdrowie nie jest w literaturze jednoznacznie zdefiniowane i na ogół są one nazywane czynnikami społecznymi. Zgodnie z definicją sformułowaną przez WHO społecznymi determinantami zdrowia są warunki, w jakich ludzie rodzą się, dorastają, żyją i starzeją się. Te uwarunkowania są ukształtowane przez dystrybucję pieniądza, energii i zasobów na poziomie globalnym, narodowym i lokalnym. To właśnie społeczne wyznaczniki zdrowia są odpowiedzialne za nierówności w zdrowiu, czyli niesprawiedliwe i możliwe do uniknięcia różnice w statusie zdrowotnym, które można zauważyć wewnątrz kraju i między krajami¹.

Zestawienie wszystkich czynników kształtujących stan zdrowia zostało przedstawione przez Göran Dahlgren i Margaret Whitehead². Ich propozycję pokazuje lewa część rysunku 1, z której wynika, że właściwie każdy element ludzkiego życia ma wpływ na stan zdrowia.

Fakt ten uzasadnia podejście przyjęte w Unii Europejskiej, że polityka zdrowotna powinna być uwzględniona we wszystkich rodzajach polityki realizowanych przez państwa członkowskie³. Jednakże takie szczegółowe podejście (lewa część rysunku 1) utrudnia przedstawienie wszystkich mechanizmów transmisji oddziaływania czynników społecznych na stan zdrowia i dlatego w prawej części rysunku 1 przedstawiono te same czynniki w bardziej zagregowany sposób.

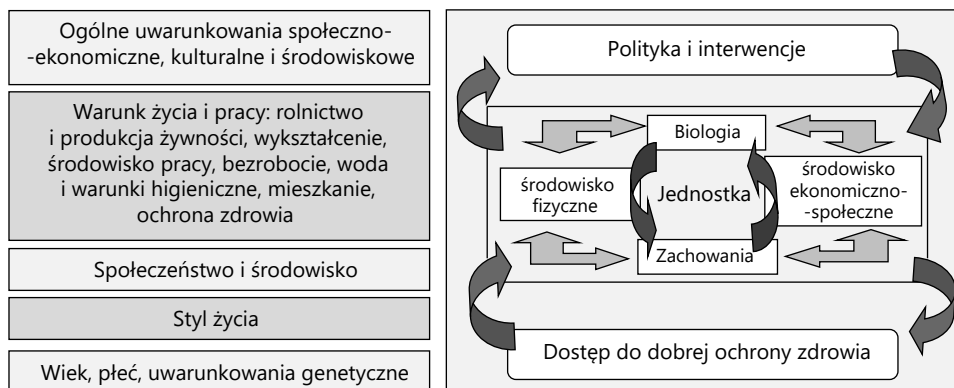
¹ „The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities – the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries”. http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ (dostęp 9.05.2016).

² G. Dahlgren, M. Whitehead, *European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Leveling up Part 2*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007, s. 20.

³ *Health in All Policies – Seizing Opportunities, Implementing Policies*, red. K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar, S. Cook, Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2013.

Z badań przeprowadzonych dla stanów w USA wynika, że czynniki społeczno-ekonomiczne w 40% determinują zdrowie jednostek⁴. Drugim czynnikiem odpowiedzialnym w 30% za stan zdrowia są zachowania ludzi, a szczególnie aktywność fizyczna, picie alkoholu i palenie tytoniu. Ochrona zdrowia wpływa tylko w 20%, a środowisko fizyczne – w 10%.

Rysunek 1. Główne determinanty zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie G. Dahlgren, M. Whitehead, *European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Leveling up Part 2*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007, s. 20.

Źródło: opracowanie własne na podstawie http://doc2doc.bmj.com/blogs/doctorsblog/_social-determinants-personal-responsibility-health-system-outcomes (dostęp 9.05.2016).

Na podstawie badań przeprowadzonych w Kanadzie przez Public Health Agency of Canada⁵ zostały sformułowane następujące społeczno-ekonomiczne czynniki kształtujące zdrowie:

- 1) **Dochód i status społeczny.** Badania potwierdziły, że istnieje statystycznie istotna zależność między dochodem i wyższą pozycją społeczną a stanem zdrowia. Te dwa czynniki wydają się być najważniejsze spośród wszystkich. Dzieje się tak, gdyż stopień kontroli, jaki ludzie mają nad warunkami życia, a przede wszystkim możliwości ich działania decydują o stanie zdrowia. Wyższy dochód umożliwia większą kontrolę i skuteczniejsze dla zdrowia postępowanie. Wraz ze wzrostem dochodu Kanadyjczycy mniej chorują, mają dłuższy oczekiwany czas życia i lepszy stan zdrowia⁶. Okazało się, że dystrybucja dochodu w społeczeństwie

⁴ <http://www.countyhealthrankings.org/resources/county-health-rankings-model> (dostęp 9.05.2016).

⁵ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php> (dostęp 9.05.2016).

⁶ *Toward a Healthy Future – Second Report on Health of Canadians*, Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999.

jest ważniejszą determinantą zdrowia niż wielkość dochodu narodowego. Luki w dystrybucji dochodu prowadzą do wzrostu problemów społecznych i pogorszenia się stanu zdrowia populacji jako całości⁷.

Również status społeczny oddziałuje na zdrowie, gdyż dla większości rodzajów chorób (np. nowotwory, choroby układu krążenia, wylewy do mózgu) stan zdrowia poprawia się wraz ze wzrostem statusu społecznego. Jest to prawdą nawet w odniesieniu do czynników ryzyka, takich jak np. palenie, które różnią się między poszczególnymi klasami społecznymi⁸.

- 2) **Sieci wsparcia społecznego.** Z badań wynika, że wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i sąsiedztwa czy środowiska wpływa na poprawę stanu zdrowia, gdyż pomaga w rozwiązywaniu problemów i wzmacnianiu kontroli nad warunkami życia. Troska i szacunek będące wynikiem relacji społecznych i pomagające w osiągnięciu satysfakcji i dobrobytu działają jak zabezpieczenie przed problemami zdrowotnymi.
- 3) **Wykształcenie i umiejętność czytania i pisania.** Stan zdrowia poprawia się wraz z poziomem wykształcenia, który jest silnie związany ze statusem społecznym i ekonomicznym. Wraz ze wzrostem wykształcenia jednostki mają lepszą wiedzę i umiejętności do radzenia sobie w życiu i utrzymywaniu kontroli nad sposobem życia. Wykształcenie dzieci i możliwość kształcenia się przez całe życie stanowią podstawę do podnoszenia dobrobytu jednostek, a więc i społeczeństwa.
- 4) **Zatrudnienie i warunki pracy.** Bezrobocie, niepełne zatrudnienie, stresujące lub niebezpieczne warunki pracy związane są z gorszym stanem zdrowia. Warunki pracy zarówno psychiczne, jak i fizyczne mają przemożny wpływ na ludzkie zdrowie i emocjonalne samopoczucie.
- 5) **Środowisko społeczne.** Znaczenie wsparcia społecznego odnosi się również do szerszej społeczności. Obywatelskie zachowania wzmacniają sieci wsparcia społecznego, a przejawia się to w funkcjonowaniu instytucji, organizacji i działań nieformalnych, co umożliwia pogłębianie się więzi między ludźmi. Służy to poprawie stanu zdrowia, a przede wszystkim samopoczuciu psychicznemu.
- 6) **Środowisko fizyczne.** Jakość środowiska, w jakim żyją ludzie, czyli jakość wody, powietrza, żywności itp. wpływa na stan zdrowia, gdyż jest przyczyną wielu chorób, takich jak nowotwory, choroby układu oddechowego, czy przedwczesnej śmiertelności. Warunki mieszkaniowe czy system transportowy kształtuje zdrowie fizyczne i psychiczne.

⁷ Ibidem.

⁸ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php> (dostęp 9.05.2016).

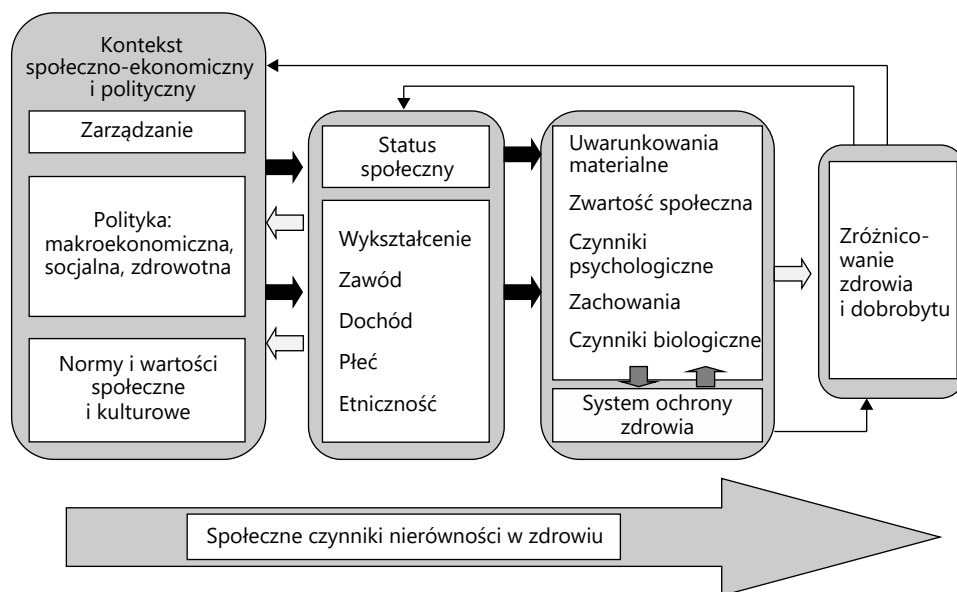
- 7) **Dbanie o własne zdrowie i umiejętność radzenia sobie.** Czynniki te oznaczają zachowania własne nakierowane np. na zdrowy tryb życia, a więc właściwe odżywianie się i ruch fizyczny. Na te decyzje podejmowane przez jednostki wpływ mają czynniki społeczne, ekonomiczne i środowiskowe.
- 8) **Zdrowe dzieciństwo.** Życie w zdrowiu we wczesnym dzieciństwie determinuje rozwój mózgu, możliwości uczenia się i funkcjonowania, a także dalszego życia w zdrowiu. Również znaczenie mają warunki mieszkaniowe, sąsiedztwo, dochód rodziny, wykształcenie rodziców, dostępność zdrowego jedzenia, aktywność fizyczna, gdyż oddziałują na rozwój dziecka w wymiarze emocjonalnym, psychicznym i fizycznym, a także społecznym.
- 9) **Biologia i geny.** Są to naturalne czynniki, na które jednak można wpływać poprzez negatywne oddziaływania na środowisko.
- 10) **Ochrona zdrowia.** Świadczenia zdrowotne, szczególnie nakierowane na prewencję i promocję zdrowia, przyczyniają się do stanu zdrowia populacji.
- 11) **Płeć.** Mężczyźni częściej umierają przedwcześnie, głównie na skutek zawałów serca, śmiertelnych wypadków, nowotworów i samobójstw. Kobiety są bardziej podatne na depresję i choroby chroniczne jak alergię.
- 12) **Kultura.** Ryzyka zdrowotne związane z czynnikami społeczno-ekonomicznymi spowodowane są dominującymi wartościami kulturowymi dotyczącymi marginalizacji czy stygmatyzacji pewnych jednostek lub grup.

Przyjęte przez Public Health Agency of Canada czynniki społeczno-ekonomiczne nie są jedyną propozycją ich wyboru, ale kontrowersyjną ze względu na uwzględnienie w tej kategorii np. biologii i genów.

Problem nierówności w zdrowiu badany jest przez Commission on Social Determinants of Health przy WHO⁹. Na rysunku 2 pokazano, jak na dystrybucję zdrowia i dobrobytu wpływają: uwarunkowania, w jakich badane jest zróżnicowanie zdrowia, a także socjoekonomiczny, polityczny i kulturowy kontekst, jak również społeczna pozycja jednostki, system ochrony zdrowia, a także zachowania zdrowotne. Wydaje się, że są to szerokie ramy do prowadzenia badań, które jednak w praktyce są ograniczane do analizy wpływu wybranych czynników.

⁹ Przykładowo: Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Geneva 2008.

Rysunek 2. Społeczne czynniki nierówności w zdrowiu



Źródło: opracowanie własne na podstawie Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Geneva 2008, s. 43.

Czynniki społeczno-ekonomiczne kształtujące stan zdrowia uwzględniane przez Public Health Agency of Canada i WHO stanowią przykład podejścia do analizowania determinant statusu zdrowotnego i mechanizmów transmisji ich oddziaływania. Problem jest niezwykle ważny, ale i złożony, a więc trudny do przeprowadzania empirycznych, a przede wszystkim ilościowych analiz. Z przeglądu literatury wynika, że w poszczególnych badaniach nigdy naraz nie są uwzględniane wszystkie z wymienionych czynników. Status społeczno-ekonomiczny na ogół łączony jest ze śmiertelnością, zachorowalnością i oczekiwanym czasem życia. Jednak mechanizmy odpowiedzialne za ten związek nie są w pełni poznane. Zidentyfikowanie tych mechanizmów pomogłoby w realizacji skutecznych polityk zdrowotnych wprowadzanych do wszystkich polityk w kraju. Wśród ekonomistów panuje zgodność, że czynniki społeczno-ekonomiczne są najważniejsze, a wśród nich na pierwszym miejscu umieszcza się wykształcenie. To właśnie poziom wykształcenia determinuje możliwości zawodowe i potencjał dochodowy. Dzięki zdobytej wiedzy i umiejętnościom jednostki lepiej sobie radzą z trudnościami i stresem. Przykładowo, z badań przeprowadzonych nad wpływem wykształcenia, dochodu i zawodu na choroby układu krążenia wynikało, że tylko wykształcenie jest istotnym

czynnikiem¹⁰. Jest to ważny wniosek dla formułowania polityki edukacyjnej. Dzięki podnoszeniu poziomu wykształcenia nie tylko poprawia się status zdrowotny, lecz także tworzy się kapitał ludzki, zwiększa produktywność, powiększa się dochody w cyklu życia jednostek, poprawia się socjalizację również przyszłych pokoleń.

Drugim czynnikiem społeczno-ekonomicznym oddziałującym na zdrowie jest dochód. Wyższe dochody nie tylko umożliwiają wyższe wydatki na świadczenia zdrowotne, lecz także lepsze odżywianie, warunki mieszkaniowe, nauczanie, rekreację. Ważna jest wielkość dochodu, ale jego dystrybucja jest jeszcze ważniejsza, gdyż to ona określa śmiertelność¹¹. Uważa się, że niedoinwestowanie w dobra publiczne i dobrobyt oraz istnienie nierówności jest powszechniejszym zjawiskiem w społeczeństwach rozwarstwionych, a to przekłada się na większe zróżnicowanie stanu zdrowia w tych społeczeństwach¹².

Jako trzeci czynnik wymienia się zawód, chociaż jest on trudny do badania, gdyż wymaga uwzględnienia znaczenia różnych aspektów życia zawodowego. Bezrobocie jest uwzględniane w tej kategorii i wiadomo, że bycie bezrobotnym i czas trwania bezrobocia wpływa na stan zdrowia¹³. Jednakże zasiłki dla bezrobotnych niwelują częściowo to negatywne oddziaływanie na zdrowie¹⁴. Wśród osób zatrudnionych ich zawody różnią się kwalifikacjami, prestiżem, charakterystykami wykonywanej pracy, a każda z wymienionych cech statusu zawodowego jest powiązana z ryzykiem śmierci¹⁵. Pracownicy o niższym statusie zawodowym są bardziej narażeni na ryzyko zarówno fizyczne, jak i psychologiczne. Przykładowo, zróżnicowanie w zachorowalności na chorobę wieńcową wśród brytyjskich pracowników rządowych spowodowane było zróżnicowaniem kontroli i nadzoru ich pracy¹⁶.

¹⁰ M.A. Winkleby, *Socioeconomic Status and Health: How Education, Income and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Diseases*, „American Journal of Public Health” 1992, vol. 82, no. 6, s. 816–820.

¹¹ N.E. Adler, K. Newman, *Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies*, „Health Affairs” 2002, vol. 21, no. 2, s. 62.

¹² K. Fiscella, P. Franks, *Poverty or Income Inequality as Predictor of Mortality: Longitudinal Cohort Study*, „MBJ” 1997, vol. 314, s. 1724–1727.

¹³ C.E. Ross, J. Kirovsky, *Does Unemployment Affect Health?*, „Journal of Health and Social Behavior” 1995, vol. 36, no. 3, s. 230–243; S.H. Wilson, G.M. Walker, *Unemployment and Health: a Review*, „Public Health” 1993, vol. 107, no. 3, s. 153–162.

¹⁴ E. Rodriguez, *Keeping Unemployment Healthy: the Effect of Means-Tested and Entitlement Benefits in Britain, Germany and the United States*, „American Journal of Public Health” 2001, vol. 91, no. 9, s. 1403–1411.

¹⁵ D.I. Gregorio, S.J. Walsh, D. Paturzo, *The Effects of Occupational-Based Social Position on Mortality in a Large American Cohort*, „American Journal of Public Health” 1997, vol. 87, no. 9, s. 1472–1475.

¹⁶ M.G. Marmot et al., *Contribution of Job Control and Other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence*, „Lancet” 1997, vol. 350, no. 9073, s. 235–239.

Dochód, wykształcenie i zawód oddziałują ponadto w sposób pośredni na zdrowie, stanowiąc swojego rodzaju „pełnomocnictwo” dla innych czynników¹⁷. Takimi czynnikami zdeterminowanymi przez status społeczno-ekonomiczny są: dostęp do ochrony zdrowia, warunki środowiskowe, zachowania i styl życia. Trzy z nich są odpowiedzialne w 80% za przedwczesną śmiertelność. Najważniejszym jest styl życia, który prowadzi do około połowy przedwczesnych zgonów, warunki środowiska – do około 20%, a ochrona zdrowia – do około 10%¹⁸.

Przykładem badania wpływu statusu społeczno-ekonomicznego na stan zdrowia jest badanie przeprowadzone przez WHO¹⁹, z którego wynika, że na stan zdrowia najsilniej wpłynęły następujące społeczno-ekonomiczne czynniki: wielkość dochodu i jego dystrybucja, wykształcenie, zatrudnienie i wynikająca stąd pozycja społeczna.

Z badań przeprowadzonych w krajach Unii Europejskiej wynika, że ponoszą one wysokie koszty za istnienie nierówności w zdrowiu w swoich społeczeństwach²⁰. W krajach o średnim i wysokim dochodzie oszacowano, że roczne straty spowodowane nierównościami w zdrowiu stanowią 15% wydatków systemów ubezpieczeń zdrowotnych i 20% wydatków systemów ochrony zdrowia. Z tych samych szacunków wynika, że straty spowodowane nierównościami w zdrowiu traktowanymi jako dobro kapitałowe w krajach członkowskich UE wynoszą 141 mld euro. Osiągnięcie 10% zmniejszenia tych nierówności pozwoliłoby osiągnąć następujące korzyści: 14 mld euro dzięki zyskom w zdrowiu traktowanym jako dobro kapitałowe, 70 mld euro dzięki zyskom w zdrowiu traktowanym jako dobro konsumpcyjne, 18 mld euro dzięki ograniczeniu wydatków na leczenie, 6 mld euro dzięki zmniejszeniu kosztów ubezpieczeń społecznych²¹.

2. Czynniki społeczno-ekonomiczne nierówności w zdrowiu w Polsce

W Polsce, jak w większości krajów europejskich, zarówno wydłuża się przeciętna długość życia, jak i poprawia się stan zdrowia, ale jednocześnie powiększają się nierówności w zdrowiu między grupami społecznymi i w ujęciu regionalnym.

¹⁷ M. Angell, *Privilege and Health: What Is Connection?*, „New England Journal of Medicine” 1993, vol. 329, no. 2, s. 126–127.

¹⁸ P. Lee, D. Paxman, *Reinventing Public Health*, „Annual Review of Public Health” 1997, vol. 18, s. 1–35.

¹⁹ *Interim First Report on Social Determinants of Health and the Health Divide in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, 2010, s. 2.

²⁰ *Reducing Inequalities in Health: a European Perspective*, red. J. Mackenbach, M. Bakker, Routledge, London 2002, s. 5.

²¹ *Social Inequalities in Health in Poland*, WHO Regional Office for Europe, 2012, s. 28.

Nierówności te są spowodowane przede wszystkim czynnikami społeczno-ekonomicznymi, które determinują warunki życia. Zgodnie z badaniem przedstawionym w raporcie WHO w Polsce do najważniejszych czynników makrospołecznych należą ubóstwo, wykształcenie i wydatki na ochronę zdrowia²². Ubóstwo nie ogranicza się do ubóstwa materialnego, ale co ważniejsze wiąże się z wykluczeniem społecznym, z którym związany jest ograniczony dostęp do edukacji i ochrony zdrowia. Jest ono zróżnicowane ze względu na miejsce zamieszkania, przynależność do grupy społeczno-ekonomicznej i rodzaju gospodarstwa domowego. Jednym z najważniejszych czynników determinujących stan zdrowia jest wykształcenie i tu sytuacja w Polsce poprawia się, gdyż rośnie udział osób z wykształceniem wyższym, a maleje z wykształceniem podstawowym i niższym. Kolejnym czynnikiem są wydatki na ochronę zdrowia, które w Polsce są niższe od średniej w krajach OECD, a także są niższe od wydatków ponoszonych w regionie, czyli w Czechach, Słowacji i na Węgrzech. Jest to zjawisko niekorzystne, gdyż np. wielkość wydatków na zdrowie jest dodatnio skorelowana z czasem trwania życia w momencie urodzenia.

W badaniu zróżnicowania zdrowia w województwach w Polsce przeprowadzonym przez WHO²³ jako determinanty wpływające na zdrowie przyjęto następujące czynniki należące do pięciu kategorii: sytuacja demograficzna (wskaźnik feminizacji i wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi), rynek pracy i wykształcenie (wskaźnik zatrudnienia w grupie wieku 15–64 lata, stopa bezrobocia, odsetek osób z wyższym wykształceniem), sytuacja gospodarcza (wielkość PKB *per capita*, średnia wielkość dochodów własnych gmin na mieszkańca), stan gospodarstw domowych (średni dochód na osobę w gospodarstwie domowym, poziom relatywnego ubóstwa, odsetek gospodarstw domowych, w których dochód przypadający na jedną osobę jest poniżej poziomu minimum egzystencji, odsetek dzieci w wieku 4 lat objętych wychowaniem przedszkolnym, odsetek gospodarstw domowych posiadających komputer z dostępem do internetu, odsetek gospodarstw domowych – w miastach i na wsiach – wyposażonych w łazienkę). Wartość tych wskaźników dla województw w 2008 r. została przedstawiona w górnej części tabeli 1. Natomiast miernikiem stanu zdrowia mogą być wskaźniki dotyczące zgonów i oczekiwanego czasu życia. W omawianym badaniu przyjęte zostały: standaryzowane współczynniki zgonów i średnie dalsze oczekiwane trwanie życia. Tabela 2 zawiera wartości tych wskaźników dla wszystkich województw w 2008 r.

²² Ibidem, s. 13–14.

²³ Opis badania na podstawie: *Social Inequalities in Health in Poland*, op.cit.

Tabela 1. Wskaźniki społeczno-ekonomiczne i wartości korelacji między nimi a wskaźnikami stanu zdrowia dla województw w 2008 r.

Województwo	Demograficzne		Rynek pracy			Gospodarka		Społeczne						
	Współczynnik feminizacji	Wskaźnik obciążenia demograficznego	Wskaźnik zatrudnienia 15–64	Stopa bezrobocia	% osób z wykształceniem wyższym (BAEL)	PKB per capita (PL = 100)	Dochody własne samorządów per capita	Dochody gospodarstw domowych per capita	Ubóstwo relatywne	Minimum egzystencji	Posiadanie komputera z dostępem do internetu	% 4-latków w edukacji przedszkolnej	Mieszkania wyposażone w łazienkę	Mieszkania wyposażone w łazienkę – tereny wiejskie
łódzkie	96,5	28,5	61,3	6,8	14,9	93,1	1585,9	1013,4	18,4	4,6	40,6	53,3	86,2	65
mazowieckie	100,5	27,2	64,6	5,9	21,9	157,7	2709,4	1336,5	12,4	3,4	49,4	58,3	93,9	69,5
małopolskie	99,3	25,3	60,9	6,4	15,5	86,3	1463,9	1000,7	14,6	4,6	51	50,7	95,1	82,3
śląskie	98,2	25,7	56,3	6,6	13,9	108	1908,4	1041,1	13	4,6	51,3	63,2	91,5	86,7
lubelskie	92,4	27,2	59	9,3	14,7	69,4	1047,5	880,6	27,6	8,3	36,4	41,6	92,6	60,3
podkarpackie	95,6	24,4	57	8,6	13,6	69	1076	791,3	25,5	5,3	41,9	39,8	94,6	77,4
podlaskie	94,2	27,3	61,7	6,6	14,7	73	1243	935,5	17,9	8,4	44,1	45	94,2	62,7
świętokrzyskie	92,4	27,9	60,8	9,1	14,3	80	1122,3	878,2	23,6	11,3	32,5	39,4	91,5	62,3
lubuskie	96,3	22	56,9	6,6	12,1	85,8	1414,5	1058,9	18,5	3,8	45,8	53,6	91,6	82,4
wielkopolskie	97,8	22,7	60,1	6,1	13,3	104,4	1607,7	1018,5	16,3	5,4	42,9	57,7	93,2	83,3
zachodniopomorskie	96,3	22,7	54,2	9,6	15,5	90,7	1689,1	1048,9	16,3	5,7	46,4	46,7	93,4	85,4
dolnośląskie	97,7	24,8	56,9	9,2	14,7	107,6	1963,6	1118,6	14,8	5,3	46,4	53,1	89,2	80,6
opolskie	100	25,4	57,4	6,5	13,5	84,8	1403,5	1080,1	13,9	1,8	44,1	68,2	93,3	86,4
kujawsko-pomorskie	97,3	23,7	55,6	9,2	12,2	86,4	1447,1	949,9	16,7	7,5	43,1	40,9	90,4	78,4
pomorskie	99,1	23	58,7	5,5	15,3	94,9	1862,9	1102,2	16,5	6,3	53	44,6	94,5	84,8
warmińsko-mazurskie	93,7	21,8	55,8	7,4	12,5	74,2	1313,9	979,1	20,5	9,4	39	41,8	94,9	76,1

Tabela 2. Standaryzowany współczynnik zgonów i średnie dalsze oczekiwane trwanie życia (wskaźniki stanu zdrowia) w województwach w 2008 r.

Województwo	Standaryzowane współczynniki zgonów			Średnie dalsze trwanie życia			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni wiek 0	Mężczyźni wiek 65	Kobiety wiek 0	Kobiety wiek 65
łódzkie	914,408	1281	643,701	69,1	14,1	78,9	18,5
mazowieckie	779,443	1075,03	556,489	71,7	15,3	80,6	19,4
małopolskie	754,516	1026,06	550,541	72,9	15,2	80,9	19,4
śląskie	858,885	1148,23	636,405	70,9	14,6	78,9	18,5
lubelskie	836,635	1196,71	567,455	70,2	14,4	80,5	19,1
podkarpackie	741,938	1029,15	527,376	73,1	15,2	81,3	19,5
podlaskie	752,568	1062,43	513,4	72	15,2	81,4	19,9
świętokrzyskie	815,795	1143,87	564,164	71,2	14,8	80,7	19,5
lubuskie	855,409	1188,12	611,982	70,5	14,1	79,3	18,8
wielkopolskie	817,005	1110,39	599,064	71,8	14,7	79,9	18,8
zachodniopomorskie	846,615	1173,95	602,147	70,6	14,2	79,6	18,8
dolnośląskie	854,735	1179,07	619,42	70,4	14,3	79	18,7
opolskie	791,513	1071,31	577,558	71,9	14,8	80	18,9
kujawsko-pomorskie	842,106	1160,79	610,613	71	14,4	79,6	18,8
pomorskie	794,279	1065,42	589,147	72,1	14,9	79,9	19
warmińsko-mazurskie	834,564	1162,07	589,67	70,6	14,4	79,8	19

Źródło: *Social Inequalities in Health in Poland*, WHO Regional Office for Europe, 2012, s. 35.

Badanie skoncentrowane zostało na określeniu zależności między wyliczonymi wskaźnikami dla czynników zakwalifikowanych do pięciu kategorii czynników społeczno-ekonomicznych a wskaźnikami stanu zdrowia. Obliczone wartości korelacji zawiera dolna część tabeli 1. Z korelacji między wskaźnikami demograficznymi a stanem zdrowia wynika, że istnieje pewna zależność w poszczególnych województwach. Nie jest ona bardzo istotna. Oddziaływanie pozytywnej sytuacji na rynku pracy i wyższego poziomu wykształcenia zdecydowanie wpływa na lepszy status zdrowotny, co jest zgodne z oczekiwaniami. Z badania zależności między sytuacją ekonomiczną a stanem zdrowia wynika, że jej oddziaływanie na śmiertelność jest niewielkie, czyli poziom rozwoju gospodarczego województw nie wpływa na stan zdrowia jego mieszkańców. Natomiast korelacja sytuacji gospodarczej z długością trwania dalszego życia jest istotna i ujemna w bardziej rozwiniętych województwach. Ostatnią kategorią czynników społeczno-gospodarczych jest status gospodarstw

domowych. Z tej grupy najsilniej na zdrowie oddziałuje czynnik, jakim jest minimum egzystencji. Natomiast zależność między wskaźnikami dotyczącymi dochodów i ubóstwa a współczynnikami zgonów jest niewielka. Na podstawie wyników z tabeli 2 można stwierdzić, że wykształcenie ma szczególne znaczenie dla stanu zdrowia. Istotny jest również rozwój społeczny, a szczególnie wyposażenie mieszkań w łazienki i udział dzieci w wychowaniu przedszkolnym. Wśród czynników demograficznych ważny jest wskaźnik feminizacji, który powiązany jest z mniejszą umieralnością.

Z przedstawionej analizy wynika, że poprawę stanu zdrowia można osiągnąć dzięki poprawie położenia społeczno-ekonomicznego i zmniejszenia jego zróżnicowania.

Podsumowanie i dyskusja

Zgodnie z zaleceniami WHO kraje powinny dążyć do osiągnięcia potencjału zdrowotnego przez całe społeczeństwo przy szczególnym uwzględnieniu sprawiedliwego podziału zasobów ochrony zdrowia, zapewnieniu równości i sprawiedliwości w dostępie do świadczeń zdrowotnych²⁴. Ponadto, uwzględniając rekomendację unijną „zdrowie we wszystkich politykach”, rząd kwestie poprawy stanu zdrowia ludności powinien realizować w skoordynowanym działaniu wszystkich resortów.

Poprawę zdrowia uzyskaną dzięki polepszeniu statusu społeczno-ekonomicznego można osiągnąć przede wszystkim dzięki stworzeniu warunków do kształcenia się przez całe życie, umożliwienie przekwalifikowania zawodowego, poprawę funkcjonowania rynku pracy w tym efektywne pośrednictwo pracy. Dzięki ograniczeniu długotrwałego bezrobocia i bierności zawodowej uzyska się poprawę warunków życia, a co najważniejsze zmniejszy się nierówności w statusie społecznym, a dzięki temu w zdrowiu.

Konieczny jest rozwój kapitału społecznego głównie przez wspieranie działalności na szczeblu lokalnym, dzięki czemu oddziałuje się na wsparcie społeczne i zmniejsza kumulowanie niekorzystnych czynników, przede wszystkim występujących we wczesnych latach życia.

Należy zrewidować strukturę wydatków socjalnych. Pomimo że ich poziom w Polsce jest wyższy od średniej wśród krajów OECD, to ich struktura źle oddziałuje na aktywność zawodową. Transfery finansowe należą do najwyższych, ale wydatki na świadczenia rzeczowe, w tym na ochronę zdrowia, należą do najniższych. Tak

²⁴ G. Dahlgren, M. Whitehead, *European Strategies for Tackling...*, op.cit.

skonstruowane bodźce zniechęcają do podejmowania pracy i wpędzają w pułapkę świadczeń, a jednocześnie ograniczają dostęp do dóbr publicznych, szczególnie osobom z niższych warstw społecznych.

Bibliografia

- Adler N.E., Newman K., *Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies*, „Health Affairs” 2002, vol. 21, no. 2.
- Angell M., *Privilege and Health: What Is Connection?*, „New England Journal of Medicine” 1993, vol. 329, no. 2.
- Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Geneva 2008.
- Dahlgren G., Whitehead M., *European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Leveling up Part 2*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007.
- Fiscella K., Franks P., *Poverty or Income Inequality as Predictor of Mortality: Longitudinal Cohort Study*, „MBJ” 1997, vol. 314.
- Gregorio D.I., Walsh S.J., Paturzo D., *The Effects of Occupational-Based Social Position on Mortality in a Large American Cohort*, „American Journal of Public Health” 1997, vol. 87, no. 9.
- Health in All Policies – Seizing Opportunities, Implementing Policies*, red. K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar, S. Cook, Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2013.
- Lee P., Paxman D., *Reinventing Public Health*, „Annual Review of Public Health” 1997, vol. 18.
- Marmot M.G. at.al., *Contribution of Job Control and Other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence*, „Lancet” 1997, vol. 350, no. 9073.
- Reducing Inequalities in Health: a European Perspective*, red. J. Mackenbach, M. Bakker, Routledge, London 2002.
- Rodriguez E., *Keeping Unemployment Healthy: the Effect of Means-Tested and Entitlement Benefits in Britain, Germany and the United States*, „American Journal of Public Health” 2001, vol. 91, no. 9.
- Ross C.E., Kirovsky J., *Does Unemployment Affect Health?*, „Journal of Health and Social Behavior” 1995, vol. 36, no. 3.
- Social Inequalities in Health in Poland*, WHO Regional Office for Europe, 2012.
- Toward a Healthy Future – Second Report on Health of Canadians*, Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999.
- Wilson S.H., Walker G.M., *Unemployment and Health: a Review*, „Public Health” 1993, vol. 107, no. 3.

Winkleby M.A., *Socioeconomic Status and Health: How Education, Income and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Diseases*, „American Journal of Public Health” 1992, vol. 82, no. 6.

Strony internetowe

http://doc2doc.bmj.com/blogs/doctorsblog/_social-determinants-personal-responsibility-health-system-outcomes.

<http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-468-1999E.pdf>.

<http://www.countyhealthrankings.org/resources/county-health-rankings-model>.

http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.