

Agnieszka Jakubowska
Politechnika Koszalińska

Dochód jako determinanta zdrowia osób starszych – perspektywa krajów „starej” i „nowej” UE

Streszczenie

Celem rozważań jest analiza i ocena relacji zachodzących między poziomem dochodu, ze szczególnym uwzględnieniem sprawiedliwości w jego podziale, a stanem zdrowia starszych mieszkańców UE. W pracy podjęto próbę wskazania istniejących w tym obszarze zależności obserwowanych zarówno na poziomie pojedynczych krajów członkowskich, jak również w odniesieniu do grupy państw w podziale na kraje tzw. „starej” i „nowej” Unii. W analizie wykorzystano dane nt. samooceny stanu zdrowia osób w wieku 65 lat i więcej zgromadzone w ramach *Europejskiego badania dochodów i warunków życia* (EUSILC) dostępne w bazie Eurostat. W badaniu relacji wykorzystano analizę regresji oraz dokonano oceny stopnia korelacji między poziomem dochodu *per capita* oraz poziomem wskaźnika koncentracji dochodów a poziomem objaśnianych zmiennych opisujących stan zdrowia badanej populacji w wyodrębnionych grupach gospodarek UE. W artykule wykazano wysoki stopień zróżnicowania krajów członkowskich w poziomie zdrowia osób starszych oraz wskazano na istotne oddziaływanie nierówności w podziale dochodów na poziom samooceny stanu zdrowia osób w wieku 65+. Artykuł ma charakter badawczy.

Słowa kluczowe: zdrowie, nierówności dochodowe, samoocena stanu zdrowia, starzejące się społeczeństwo, kraje starej i nowej UE.

Kody JEL: I14, J11, J14

Wstęp

Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa traktowana jest obecnie jako ważny czynnik wzrostu gospodarczego zwiększający zarówno samą wydajność pracy, jak i jej potencjalną podaż w gospodarce. W konsekwencji problem właściwego określenia determinant zdrowia współczesnego człowieka stał się przedmiotem analiz podejmowanych zarówno na gruncie zdrowia publicznego, jak również w obszarze poszukiwań coraz doskonalszych możliwości modelowania procesu wzrostu gospodarczego. Chęć odpowiedzi na pytanie o kluczowe uwarunkowania stanu zdrowia człowieka postawiła przed badaczami problemu liczne trudności zarówno w zakresie samego zdefiniowania i pomiaru czynników determinujących zdrowie danej jednostki lub populacji, jak również klasyfikowania objaśnianych potencjałów zdrowia. Prezentowane w literaturze próby identyfikacji zależności między poziomem rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju lub regionu a poziomem zdrowia jego mieszkańców sugerują, że jest to stosunkowo proste zadanie jedynie w przypadku tzw. krajów rozwi-

jających się, w których relatywnie łatwo można zauważyć silny związek między wzrostem gospodarczym a poprawą zdrowia społeczeństwa. W przypadku krajów rozwiniętych relacja ta staje się już mniej oczywista, gdyż wzrost indywidualnego dobrobytu potencjalnego obywatela co prawda przekłada się na wzrost statystycznej długości jego życia, jednak nie zawsze są to dodatkowe lata przeżyte w tzw. „zdrowiu”. Obecnie coraz częściej zakłada się, że w przypadku krajów rozwiniętych to właśnie nierówności społeczne stanowią najważniejszy wyznacznik zróżnicowania w stanie zdrowia, tak między krajami, jak i grupami, w ramach danej społeczności.

Celem opracowania jest analiza i ocena relacji zachodzących między poziomem dochodów, ze szczególnym uwzględnieniem sprawiedliwości w ich podziale, a stanem zdrowia społeczeństwa, w kontekście ukazania specyfiki tych procesów w krajach rozwiniętych. W artykule podjęto próbę wskazania istniejących w tym obszarze zależności obserwowanych wśród mieszkańców krajów Unii Europejskiej w wieku 65 lat i więcej, jako grupy wyjątkowo wrażliwej na nierówności społeczne oraz o wysokim stopniu ryzyka wystąpienia ograniczeń w zdrowiu. Szczególne znaczenie przypisano identyfikacji różnic w badanych mechanizmach obserwowanych na poziomie gospodarek tzw. „starej” oraz „nowej” Unii, co miało na celu określenie skali procesu konwergencji w badanym obszarze. W analizie wykorzystano dane nt. samooceny stanu zdrowia badanej grupy zgromadzone w ramach *Europejskiego badania dochodów i warunków życia* (EUSILC) dostępne w bazie Eurostat. W badaniu relacji wykorzystano analizę regresji oraz dokonano oceny stopnia korelacji między poziomem dochodu *per capita* oraz poziomem wskaźnika koncentracji dochodów a poziomem objaśnianych zmiennych opisujących stan zdrowia badanej populacji w analizowanych gospodarkach UE. Zastosowanie jako miernika stanu zdrowia miary subiektywnej oceny było konsekwencją przyjęcia założenia, iż wyraża ona wszystkie aspekty zdrowotne, tj.: fizyczne, psychiczne, społeczne i funkcjonalne życia człowieka. Powoduje to, że można ją traktować jako istotny parametr szeroko rozumianej jakości życia związanej ze stanem zdrowia. Ze względu na przyjęty zakres analizy wykorzystano dane empiryczne zagregowane na poziomie NUTS 1.

Dochód a zdrowie – problem relacji w gospodarkach rozwiniętych

W literaturze przedmiotu coraz częściej przytaczana jest teza, iż stan zdrowia jednostki, bądź też populacji, na zasadzie synergii, zdeterminowany jest wieloma czynnikami działającymi zarówno na poziomie indywidualnym, jak i na poziomie całej społeczności. Podkreśla się również, że efekty działania niektórych z tych czynników ujawniają się dopiero po wielu latach (Laskowska 2012). Prezentowane wyniki analiz teoretycznych i empirycznych sugerują dwukierunkową relację między zdrowiem społeczeństwa a poziomem dochodu. Wzrost „zasobu” zdrowia, podobnie jak wzrost kapitału ludzkiego, stanowi zarówno przyczynę, jak i konsekwencję wzrostu gospodarczego danego kraju.

S.H. Preston (1975), jeden z pierwszych badaczy relacji zdrowie-dochód, uznał, że o ile nie można mówić o bezpośrednim oddziaływaniu poziomu dochodu *per capita* na zdrowie

społeczeństwa, to bez wątplenia występuje tu efekt pośredni – wyższy dochód determinuje wyższy poziom wydatków na ochronę zdrowia, większe możliwości edukacji oraz lepszą jakość żywności. Pozytywnie efekty oddziaływania rosnącego dochodu na stan zdrowia ludności potwierdzili w swoich badaniach również Martin i in. (2008) oraz Bloom, Canning (2008). Jednak kwestia dodatniego sprzężenia między poziomem dochodu a stanem zdrowia społeczeństwa nie okazała się już tak oczywista w przypadku prac innych badaczy. Udowodnili oni, że wystąpienie określonego efektu w zakresie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa (szczególnie w przypadku krajów rozwiniętych) uwarunkowane jest nie samym wzrostem poziomu dochodu w ujęciu bezwzględny, a przede wszystkim sposobem wykorzystania (podziału) dodatkowych dochodów (Marmot, Bobak 2000; Cutler, Deaton i in. 2006). Autorzy ci wykazali, że w krajach o stosunkowo dobrych początkowych warunkach zdrowotnych obserwowane są mniejsze dodatkowe korzyści w zakresie poprawy stanu zdrowia niż można oczekiwać z obserwowanego polepszenia warunków ekonomicznych.

Problem oddziaływania poziomu dochodu na stan zdrowia nie został również jednoznacznie zdefiniowany na poziomie Unii Europejskiej. Prowadzone w tym zakresie badania skupiają się głównie na analizie stopnia oddziaływania czynników społeczno-ekonomicznych na stan zdrowia społeczeństwa, a otrzymane wyniki potwierdzają, że również w odniesieniu do grupy państw UE wyższe ryzyko zachorowania i zgonu dotyczy osób z grup o niższych dochodach i niższym poziomie wykształcenia (Or 2000; Chłoń-Domińczak i in. 2011). W publikowanych w tym zakresie badaniach przyjmuje się, że sytuacja materialna wpływa na stan zdrowia przez pozycję społeczną i związane z nią wybory posiadające swoje odzwierciedlenie we wzorcach konsumpcji, dostępie do usług medycznych, sposobie spędzania wolnego czasu oraz poziomie świadomości zdrowotnej (Sowa 2011). Z drugiej strony, analiza sytuacji dochodowej osób o ograniczeniach w zdrowiu, w odniesieniu do pozostałej części populacji, ujawnia skalę dyskryminacji pokazując wymierny stopień oddziaływania niepełnosprawności na możliwości osiągnięcia dochodów z pracy zarobkowej (Jakubowska 2016).

Nierówności w zdrowiu osób starszych w UE

Specyfika relacji między dochodem a stanem zdrowia osób starszych zdeterminowana jest zarówno statystycznie wyższym ryzykiem choroby oraz zgonu, jak również, ze względu na częstą bierność zawodową, większą wrażliwością na nierówności w krajowym systemie podziału dochodu. Wyniki prowadzonej w ramach *Europejskich badań dochodów i warunków życia* (EU-SILC) samooceny stanu zdrowia mieszkańców UE¹ wskazują, że w grupie osób w wieku 65 lat i więcej udział osób źle lub bardzo źle oceniających swój stan zdrowia jest statystycznie aż o 16,3 p.p. wyższy niż analogiczny udział w grupie osób w wieku 16-64 lata. „Bardzo dobrze” lub „dobrze” swój stan zdrowia ocenia jedynie 37,5% mieszkańców

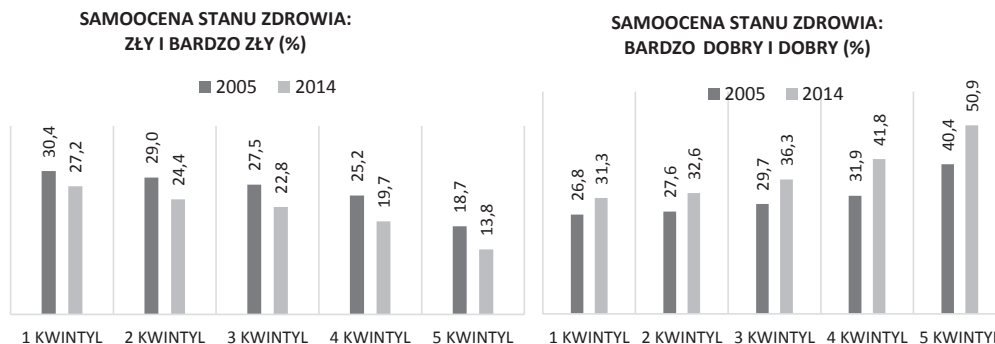
¹ Samoocena stanu zdrowia wyraża subiektywną ocenę zdrowia dokonaną przez respondenta. W badaniach EU-SILC wykorzystywana jest następująca klasyfikacja stanu zdrowia: bardzo dobry (VGOOD), dobry (GOOD), przeciętny (FAIR), zły (VBAD), bardzo zły (VBAD) (Eurostat 2016).

UE w wieku 65+, przy analogicznej ocenie w grupie osób w wieku 16-64 lata na poziomie 76,5% (Eurostat, dane na rok 2014).

Analiza stopnia różnicowania ocen stanu zdrowia starszych mieszkańców UE ze względu na osiągnięty poziom dochodu potwierdza występowanie istotnych różnic determinowanych przynależnością do określonej grupy kwintylowej. W zależności od osiąganego dochodu średni udział osób w wieku 65+ oceniających swój stan zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły” wahał się w 2014 roku od 27,2% (pierwszy kwintyl dochodu) do 13,8% (piąty kwintyl dochodu). Swoje zdrowie jako „dobre” lub „bardzo dobre” analogicznie oceniło 31,3% osób w pierwszej grupie kwintylowej oraz 50,9% w grupie piątej. Jako pozytywne zjawisko odnotować tu należy zmiany obserwowane w okresie 2005-2014 - we wszystkich badanych grupach kwintylowych nastąpił spadek udziału osób źle i bardzo źle oceniających swój stan zdrowia przy jednoczesnym wzroście ocen bardzo dobrych i dobrych (por. wykres 1).

Wykres 1

Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 65 lat i więcej w zależności do posiadanego dochodu, lata 2005 i 2014 (% populacji w danej grupie kwintylowej)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 25.08.2016].

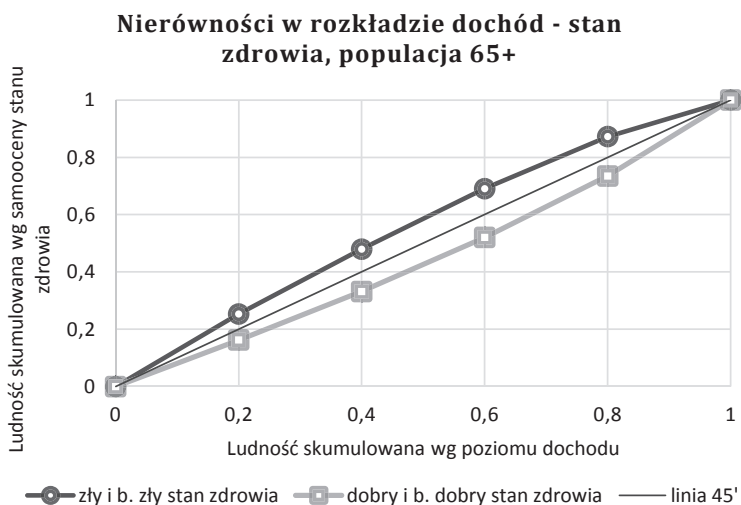
W celu oceny stopnia nierówności w rozkładzie „złego” i „dobrego” stanu zdrowia w grupie osób starszych posłużono się krzywą koncentracji stanu zdrowia opracowaną na potrzeby niniejszej analizy bazując na metodyce wyznaczania krzywej Lorentza. Na podstawie krzywej koncentracji wielkość nierówności społecznych określa się na podstawie stopnia oddalenia krzywej od przekątnej (por. wykres 2). Podwójne pole powstałe między przekątną a daną krzywą koncentracji równe jest indeksowi koncentracji.

Przyjęcie w analizie zarówno miernika pozytywnego (dobry i b. dobry stan zdrowia), jak i negatywnego (zły i b. zły stan zdrowia), spowodowało rozłożenie krzywych koncentracji po obu stronach przekątnej (linii 45°). Zarówno w przypadku jednego, jak i drugiego miernika stanu zdrowia, krzywe koncentracji potwierdzają niekorzystane dysproporcje

w rozłożeniu obu zmiennych. W pierwszej i drugiej grupie kwintylowej badanej populacji obserwujemy nieproporcjonalnie dużo osób ze złym lub bardzo złym stanem zdrowia oraz nieproporcjonalnie mało ze stanem zdrowia dobrym lub bardzo dobrym.

Wykres 2

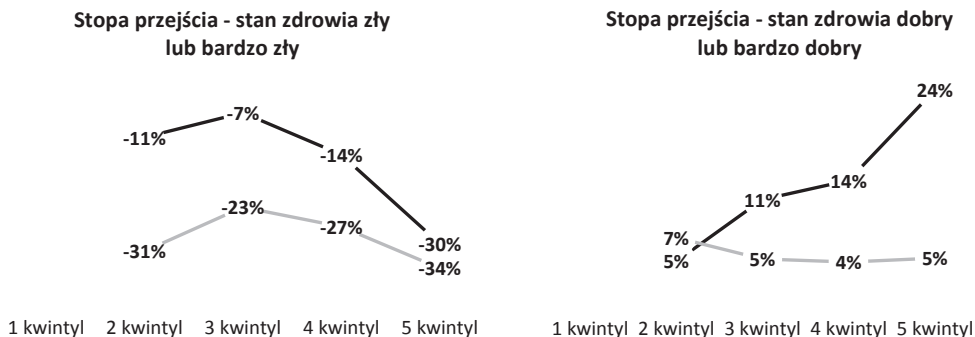
Krzywa koncentracji stanu zdrowia starszych mieszkańców UE w zależności od dochodu w 2014 roku (osoby w wieku 65 lat i więcej)



Źródło: jak w wykresie 1.

Wykres 3

Zmiana prawdopodobieństwa osiągnięcia określonego stanu zdrowia w wyniku zmiany dochodu o jedną grupę kwintylową (stopa przejścia) w zależności od wieku w 2014 roku



Źródło: jak w wykresie 1.

W celu wskazania skali oddziaływania poziomu nierówności w podziale dochodu na prawdopodobieństwo złego lub dobrego stanu zdrowia wyznaczono tzw. stopę przejścia (*attributable risk*) określającą, o ile zmieni się prawdopodobieństwo osiągnięcia określonego poziomu samooceny stanu zdrowia przy przejściu do kolejnej (wyższej) grupy dochodowej. Poziom ryzyka (bądź szansy) zmiany stanu zdrowia w wyniku zmiany dochodu o jedną grupę kwintylową mierzony stopą przejścia dla badanej populacji 65+ zaprezentowano na wykresie 3.

Analiza wyznaczonej stopy przejścia wskazuje na specyfikę reakcji osób wieku 65+ na zmianę poziomu dochodu. O ile w przypadku spadku prawdopodobieństwa osiągnięcia złego stanu zdrowia reakcja ta jest mniej intensywna niż w grupie 16-64, to w sytuacji przejścia do kolejnej grupy kwintylowej prawdopodobieństwo poprawy samooceny stanu zdrowia w grupie osób starszych jest statystycznie dużo wyższe niż w grupie osób w wieku 16-64 lata.

Przestrzenne zróżnicowanie nierówności w zdrowiu

W celu oceny stopnia przestrzennego zróżnicowania zjawiska oddziaływania nierówności w podziale dochodu na samoocenę stanu zdrowia mieszkańców UE w wieku 65+ dokonano analizy poziomów samooceny stanu zdrowia w badanej populacji w ujęciu krajów unijnych. Informacje te, zagregowane dla pierwszej i piątej grupy kwintylowej, przedstawiono w tabeli 1.

Analiza danych przedstawionych w tabeli 1 wskazuje, iż mimo prowadzonej polityki spójności społecznej i terytorialnej na obszarze UE nadal występuje znaczny poziom przestrzennego zróżnicowania w stanie zdrowia mieszkańców poszczególnych państw członkowskich. W badanej grupie krajów udział osób w wieku 65 lat i więcej deklarujących zły lub bardzo zły stan zdrowia w pierwszej grupie kwintylowej (najniższe dochody) wahał się od 8,6% (Irlandia) do 69,5% (Chorwacja). W piątej grupie kwintylowej (najwyższe dochody) wahania te wyniosły od 3,6% (Szwecja) do 37,1% (Słowacja). Wysoką rozpiętością cechował się również odsetek badanej populacji oceniającej swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. Wskaźnik ten przyjmował w pierwszej grupie kwintylowej poziom od 4,0% (Portugalia) do 59,1% (Irlandia), w piątej zaś – od 11,5% (Litwa) do 81,2% (Szwecja). Wszystkie badane parametry cechowały się jednocześnie stosunkowo dużym poziomem zmienności – obliczone wskaźniki zmienności przyjmowały wartości w przedziale od 42,8% do 63,8% (por. tabela 2).

Ocenę różnic w poziomie zdrowia z uwzględnieniem dysproporcji w podziale dochodu na poziomie poszczególnych krajów oparto dodatkowo na analizie różnic w udziale „dobrego” i „złego” zdrowia występujących między pierwszą a piątą grupą kwintylową. W analizie wykorzystano wskaźnik nierówności określający w ujęciu procentowym różnicę między udziałem wskazań danej oceny stanu zdrowia w grupie osób o najniższym poziomie dochodu (pierwsza grupa kwintylowa) w stosunku do analogicznego udziału danej oceny w grupie o najwyższych dochodach (piąta grupa kwintylowa). Uzyskane wyniki pozwoliły dokonać identyfikacji państw o największych dysproporcjach w ocenie stanu zdrowia warunkowanych poziomem dochodu *per capita* (por. rysunki 1 i 2). Największe względne dysproporcje w skali występowania złego i bardzo złego stanu zdrowia między populacją w pierwszej i ostatniej

grupie dochodowej zaobserwowano na Cyprze (wskaźnik nierówności na poziomie 414%), Estonii (241%) oraz Wielkiej Brytanii (208%). Najwyższy poziom nierówności w odniesieniu do dobrej i bardzo dobrej oceny stanu zdrowia w skrajnych grupach kwintylowych wystąpił w Portugalii (wskaźnik nierówności na poziomie -83%), na Węgrzech i w Polsce (-69%).

Tabela 1

**Samoocena stanu zdrowia populacji UE w wieku 65 lat i więcej w 2014 roku
(udział danej oceny w populacji danej grupy kwintylowej, w %)**

Wyszczególnienie	Samoocena stanu zdrowia:			
	zły i bardzo zły		bardzo dobry i dobry	
	Grupa kwintylowa populacji		Grupa kwintylowa populacji	
	pierwsza	piąta	pierwsza	piąta
Belgia	24,9	10,9	40,7	64,2
Bułgaria	34,7	24,4	16,3	23,6
Czechy	31,9	13,7	18,8	36,0
Dania	10,3	5,0	58,8	70,3
Niemcy	17,9	9,9	35,7	52,4
Estonia	41,3	12,1	12,1	31,1
Irlandia	8,6	5,6	59,1	78,7
Grecja	35,5	20,1	26,2	53,4
Hiszpania	30,5	13,2	30,6	59,0
Francja	27,0	10,7	30,5	54,8
Chorwacja	69,5	29,4	7,4	29,6
Włochy	41,2	19,6	20,0	45,2
Cypr	26,2	5,1	24,7	62,2
Łotwa	49,0	23,7	5,7	17,9
Litwa	59,4	20,4	4,7	11,5
Luksemburg	22,0	10,2	35,7	65,3
Węgry	52,3	24,3	7,7	24,6
Malta	11,4	4,3	28,8	63,3
Holandia	14,4	4,8	49,6	71,2
Austria	20,3	12,7	37,3	61,3
Polska	47,5	23,6	9,0	28,7
Portgalia	55,1	24,0	4,0	23,0
Rumunia	35,7	20,2	14,6	26,9
Słowenia	42,5	15,6	18,8	47,4
Słowacja	48,2	37,1	11,7	23,2
Finlandia	21,7	9,6	28,2	58,1
Szwecja	9,9	3,6	53,1	81,2
Wielka Brytania	14,8	4,8	48,4	68,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 25.08.2016].

Tabela 2

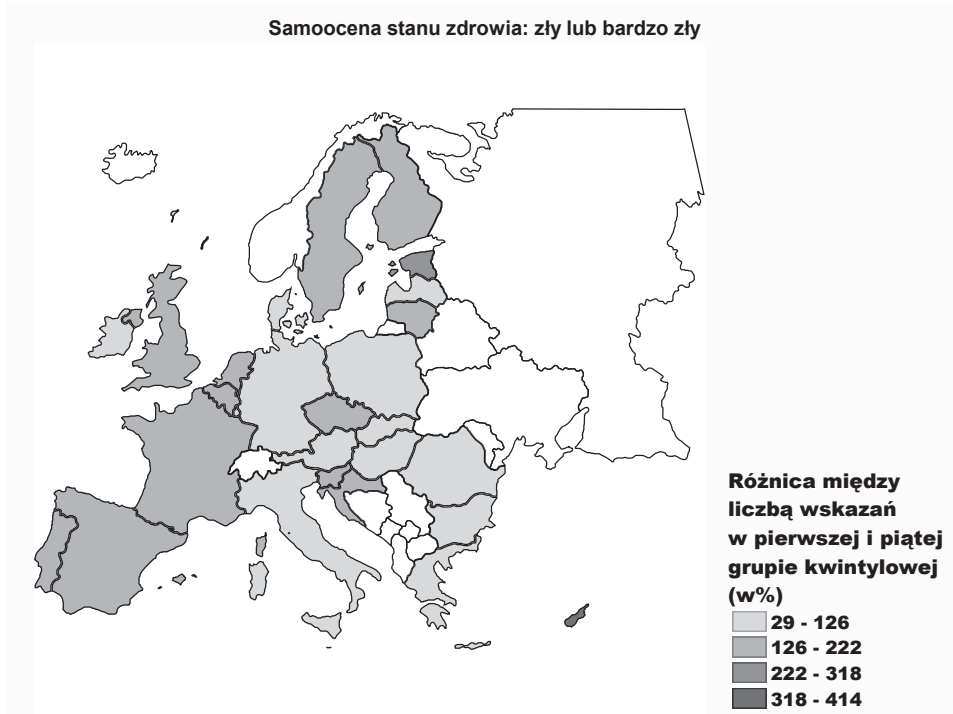
Wyniki charakterystyki opisowej badanych zmiennych w 2014 roku (kraje UE)

Samooce- nena stanu zdrowia:	Grupa kwin- tylowa populacji	Średnia	Odchyle- nie stan- dardowe	Roz- stęp	Min.	Max.	Media- na	Współ- czynnik zmien- ności	N
Zły i bardzo zły	pierwsza	32,3	16,6	60,9	8,6 (Irlandia)	69,5 (Chorwacja)	31,2	51,3%	28
	piąta	15,0	8,8	33,5	3,6 (Szwecja)	37,1 (Słowacja)	13,0	58,7%	28
Bardzo dobry i dobry	pierwsza	26,4	16,8	55,1	4,0 (Portugalia)	59,1 (Irlandia)	25,5	63,8%	28
	piąta	47,6	20,4	69,7	11,5 (Litwa)	81,2 (Szwecja)	52,9	42,8%	28

Źródło: jak w tabeli 1.

Rysunek 1

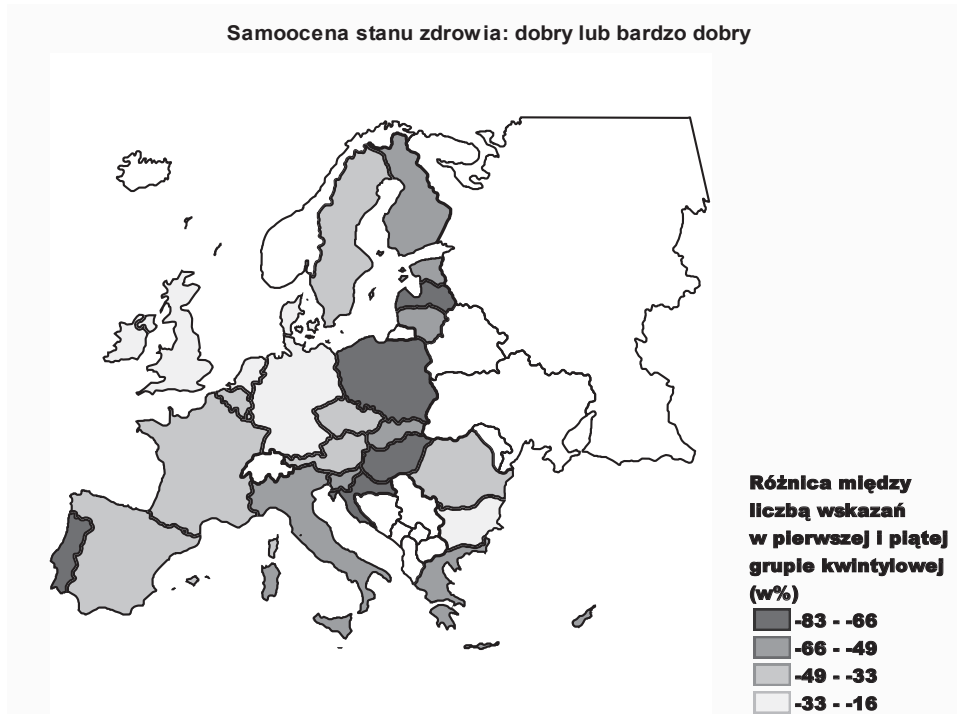
Względna różnica między udziałem osób ze złym i bardzo złym stanem zdrowia w pierwszym i piątym kwintylu dochodu w 2014 roku (osoby w wieku 65 lat i więcej)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 25.08.2016].

Rysunek 2

Względna różnica między udziałem osób z dobrym i bardzo dobrym stanem zdrowia w pierwszym i piątym kwintylu dochodu w 2014 roku (osoby w wieku 65 lat i więcej)



Źródło: jak w rysunku 1.

„Stare” i „nowe” kraje UE

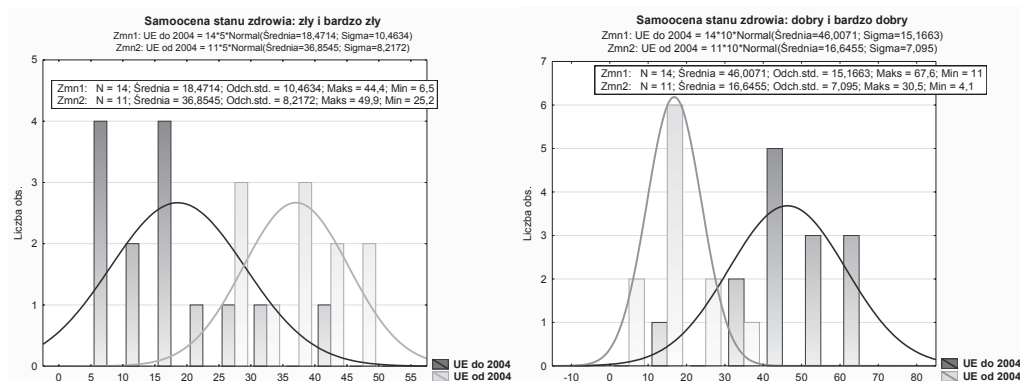
Na potrzeby zaplanowanego badania stopnia konwergencji „starej” i „nowej” Unii w obszarze występujących relacji między poziomem dochodu a stanem zdrowia starszej populacji UE wyróżniono dwie grupy państw: 1) państwa przyjęte w skład Unii do roku 2004 reprezentujące wysoko rozwinięte gospodarki o tradycjach rynkowych oraz 2) kraje przyjęte w struktury UE po roku 2004 reprezentujące gospodarki Europy Środkowej i Wschodniej z doświadczeniami transformacji ustrojowej. Ze względu na specyfikę założonych analiz z grup tych usunięto państwa o dużych odchyleniach od średniej w obserwowanych parametrach (Luksemburg – dochód na 1 mieszkańca powyżej 200% średniej UE – usunięto z grupy 1) lub niespełniających kryterium merytorycznego (Cypr i Malta – usunięto z grupy 2).

Analiza rozkładu samooceny stanu zdrowia w poszczególnych grupach badanych krajów członkowskich wykazała znaczące różnice między **średnim** udziałem osób starszych o złym i bardzo złym stanie zdrowia. W przypadku grupy krajów „starej” Unii średni udział takiej

populacji wyniósł 18,5%, przy analogicznej wartości obserwowanej w tzw. „nowej” Unii na poziomie 36,8%. Odwrotne tendencje zaobserwować można natomiast w odniesieniu do udziału osób 65+ deklarujących dobry lub bardzo dobry stan zdrowia – badane kraje członkowskie „sprzed 2004 roku” odnotowują znacząco wyższy udział tej populacji niż kraje Europy Środkowej i Wschodniej. Osiąganemu średnio w krajach „nowej” Unii udziałowi osób starszych z dobrym i bardzo dobrym zdrowiem na poziomie 16,6% odpowiada średni udział w grupie państw tzw. „starej” Unii na poziomie 46,0%. Rozkłady udziałów osób deklarujących zły lub bardzo zły oraz dobry lub bardzo dobry stan zdrowia w obu badanych grupach gospodarek UE zaprezentowano na wykresie 4.

Wykres 4

Histogramy samooceny stanu zdrowia, kraje „starej” i „nowej” UE w 2014 roku



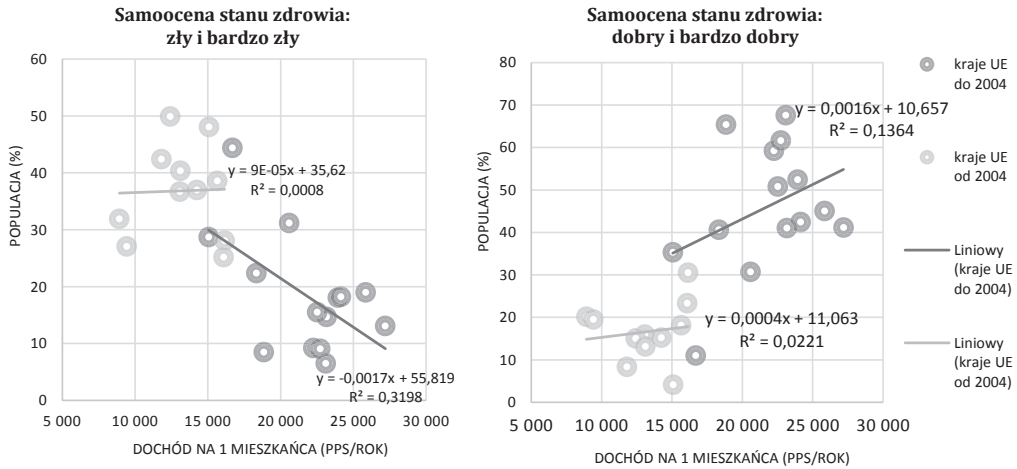
Źródło: jak w wykresie 1.

Zasadniczym elementem prowadzonej analizy była identyfikacja istniejących zależności między obserwowaną stopą udziału osób w wieku 65+ o określonym stanie zdrowia a parametrami określającymi zarówno poziom dochodów rozporządzalnych (por. wykres 5), jak i skalę nierówności w jego podziale (por. wykres 6). Jako miernik nierówności podziału dochodu przyjęto współczynnik Ginego określający poziom koncentracji dochodów w danym kraju.

Prezentowane na wykresie 5 wyniki wskazują na odmienne schematy zależności w poszczególnych grupach państw członkowskich. Dodatnia relacja między dochodem a stanem zdrowia potwierdzona została jedynie w przypadku krajów tzw. „starej” Unii. W grupie tej wyższym dochodom odpowiadają odpowiednio niższe udziały osób o deklarowanym złym lub bardzo złym stanie zdrowia (współczynnik korelacji równy -0,57) oraz wyższe udziały osób o dobrym lub bardzo dobrym stanie zdrowia (współczynnik korelacji równy 0,37). Statystycznie silnej relacji nie stwierdzono natomiast między wysokością rozporządzalnego

Wykres 5

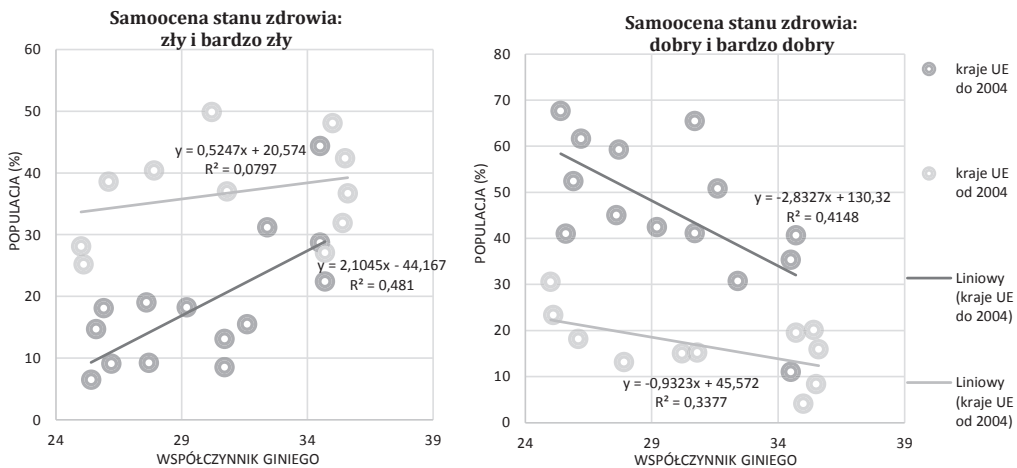
Zależność między poziomem realnego dochodu do dyspozycji brutto gospodarstw domowych na 1 mieszkańca (według parytetu siły nabywczej w PPS) a poziomem samooceny stanu zdrowia, kraje „starej” i „nowej” UE w 2014 roku



Źródło: jak w wykresie 1.

Wykres 6

Zależność między poziomem nierówności w podziale dochodów (współczynnik Giniego) a poziomem samooceny stanu zdrowia, kraje „starej” i „nowej” UE w 2014 roku



Źródło: jak w wykresie 1.

dochodu w przeliczeniu na 1 mieszkańca a stanem zdrowia w grupie państw „nowej” Unii. Zarówno w przypadku osób deklarujących dobry, jak i zły stan zdrowia, zależność między wielkością udziału tych osób w populacji a poziomem badanego dochodu była słaba (współczynnik korelacji w przedziale od 0,03 do 0,15). Za względu na stosunkowo niskie dopasowanie opisanych dla badanych relacji modeli regresji liniowej ($R^2=0,0008$ – złe i bardzo złe zdrowie oraz $R^2=0,0221$ - dobre i bardzo dobre zdrowie) stwierdzić można, że istnieją inne istotne czynniki determinujące poziom samooceny zdrowia mieszkańców „nowej” UE.

Przedstawiona analiza zależności między poziomem deklarowanego zdrowia a poziomem nierówności w podziale dochodu wskazuje natomiast, iż zarówno w przypadku „starej”, jak i „nowej” Unii, występuje oczekiwana zależność między tym zmiennymi. W obu badanych grupach wyższy poziom współczynnika Giniego (wyższy poziom nierówności dochodowych) był stosunkowo silnie skorelowany z wyższym udziałem w badanej populacji osób ze złym lub bardzo złym stanem zdrowia – współczynnik korelacji wyniósł odpowiednio 0,69 dla „starej” Unii oraz 0,28 dla badanej grupy państw Europy Środkowej i Wschodniej. Równie silną reakcją zaobserwowano w przypadku zależności między poziomem nierówności dochodowych a dobrą i bardzo dobrą samooceną zdrowia - obliczone współczynniki korelacji przyjmowały wartości od -0,58 dla państw „nowej” Unii do -0,69 dla „starej” Unii.

Podsumowanie

Przedstawione wyniki analizy dotyczące nierówności w zdrowiu determinowanych poziomem dochodów oraz sprawiedliwością społeczną w ich podziale wskazują, iż mimo prowadzonej polityki spójności społecznej w przypadku krajów UE nadal widoczne są znaczące dysproporcje w obszarze zdrowia. Jak wykazano w pracy, nierówności te są szczególnie wysokie w grupie starszych mieszkańców UE. Uzyskane wyniki jednoznacznie potwierdziły występującą w ramach poszczególnych krajów silną zależność między poziomem posiadanego dochodu a poziomem ogólnej samooceny stanu zdrowia osób starszych. Cecha ta widoczna jest zarówno w przypadku wysoko rozwiniętych krajów Europy Zachodniej, jak i tych z doświadczeniami transformacji ustrojowej. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej cechą charakterystyczną okazał się natomiast wyjątkowo wysoki udział osób deklarujących zły i bardzo zły stan zdrowia.

Przeprowadzona analiza występujących na obszarze UE zależności między poziomem zdrowia mieszkańców w wieku 65+ a poziomem dochodu oraz skali nierówności generalnie potwierdza prezentowaną w literaturze tezę o silnym oddziaływaniu nie tyle wielkości dochodu w ujęciu bezwzględnym, co nierówności społecznych w jego podziale. Ciekawy jest fakt, że, że o ile poziom dochodu rozporządzalnego nie okazał się czynnikiem istotnym w wyjaśnianiu badanej relacji w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, to w przypadku krajów „starej” Unii można mówić o widocznej ujemnej zależności między średnim poziomem dochodu rozporządzanego na mieszkańca a udziałem w społeczeństwie osób w wieku 65+ deklarujących zły lub bardzo zły stan zdrowia. Uzyskane wyniki potwierdziły również

stosunkowo silną zależność między poziomem nierówności w podziale dochodu a ogólną oceną poziomu zdrowia osób starszych. Relacje te okazały się dużo silniejsze w badanej grupie osób wieku 65+ niż w średnio obserwowane w populacji 16-64. Potwierdza to wysoką wrażliwość tej grupy na poziom nierówności społecznych.

Bibliografia

- Bloom D. E., Canning D., Fink G. (2009), *Disease and development revisited*, “National Bureau of Economic Research”, No. w15137.
- Chłoń-Domińczak A., Marek M., Rabczenko D., Stokwiszewski J., Wojtyniak B. (2011), *Analysis of health and socio economic characteristics of district level populations in Poland*, Biennial Collaborative Agreement between the Minister of Health of Poland and the Regional Office for Europe of the World Health Organization 2010-2011.
- Cutler D., Deaton A., Lleras-Muney A. (2006), *The Determinants of Mortality*, “Journal of Economic Perspectives”, No. 20(3).
- Eurostat (2016), *EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) methodology - definition of dimensions*, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)_methodology_-_definition_of_dimensions](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)_methodology_-_definition_of_dimensions) [dostęp: 02.09.2016].
- Jakubowska A. (2016), *Health and limitations in health as the determinant of human capital effectiveness: perspective of the EU Member States*, “Journal of International Studies”, Vol. 9, No 1, DOI: 10.14254/2071-8330.2016/9-1/18.
- Laskowska I. (2012), *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Marmot M., Bobak M. (2000). *International comparators and poverty and health in Europe*, “BMJ: British Medical Journal”, No. 321(7269).
- Martin S., Rice, N., Smith P.C. (2008). *Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data*, “Journal of Health Economics”, No. 27(4),.
- Or Z. (2000), *Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries: A Pooled, Cross-country Time Series Analysis*, “OECD Economic Studies”, No. 30.
- Preston S.H. (1975), *The changing relation between mortality and level of economic development*, “Population Studies”, No. 29(2).
- Sowa A. (2011), *Społeczne uwarunkowania stanu zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 9(2).

Income as a Determinant of Health of Elderly People – the Perspective of the Countries of “Old” and “New” EU

Summary

An aim of considerations is to analyse and assess the relationships occurring between the level of income, with a particular consideration of justice in distribution thereof, and the state of health of elderly EU inhabitants. In her study, the author undertook an attempt to indicate the existing in this area dependencies observed both at

the level of individual member states and related to the group of states divided into the so-called 'old' and 'new' Union. In her analysis, she used data on self-appraisal of the state of health of people aged 65 and more, collected within the framework of *EU Statistics on Income and Living Conditions* (EUSILC) available in the Eurostat database. In the study on relationships, there was used the regression analysis and assessed the degree of correlation between the level of *per capita* income and the level of the index of income concentration and the level of endogenous variables describing the state of health of the surveyed population in the singled out groups of EU economies. In her article, the author showed a high degree of diversity of the member states in the level of health of elderly people and indicated the significant impact of inequalities in income distribution on the level of self-appraisal of the state of health of people aged 65+. The article is of the research nature.

Key words: health, income inequalities, self-appraisal of the state of one's health, ageing society, countries of old and new EU.

JEL codes: I14, J11, J14

Доход как детерминант здоровья пожилых людей – перспектива стран «старого» и «нового» Еросоюза

Резюме

Цель рассуждений – анализ и оценка отношений, происходящих между уровнем доходов, с особым учетом справедливости в их распределении, и состоянием здоровья пожилых людей ЕС. В работе предприняли попытку указать существующие в данной области зависимости, наблюдаемые как на уровне отдельных стран-членов, так и в отношении групп государств «старого» и «нового» Союза. В анализе использовали данные по самооценке состояния здоровья лиц в возрасте 65 лет и старше, накопленные в рамках обследования «Статистика доходов и условий жизни Европейского Союза (EU-SILC)», доступные в базе Евростата. В изучении отношений использовали анализ регрессии и провели оценку степени корреляции между уровнем дохода на душу населения и уровнем показателя концентрации доходов и уровнем эндогенных переменных, объясняющих состояние здоровья обследуемой популяции в выделенных группах экономик ЕС. В статье указаны высокая степень дифференциации стран-членов ЕС по уровню здоровья пожилых людей и существенное воздействие неравенства в распределении доходов на уровень самооценки состояния здоровья лиц в возрасте 65+. Статья имеет исследовательский характер.

Ключевые слова: здоровье, неравенство доходов, самооценка состояния здоровья, стареющее общество, страны старого и нового ЕС.

Коды JEL: I14, J11, J14

Artykuł nadesłany do redakcji we wrześniu 2016 roku

© All rights reserved

Afiliacja:

dr Agnieszka Jakubowska

Politechnika Koszalińska

Wydział Nauk Ekonomicznych

Katedra Ekonomii

ul. Kwiatkowskiego 6e

75-343 Koszalin

tel.: 94 34 39 123

e-mail: agnieszka.jakubowska@tu.koszalin.pl