



# Możliwości i ograniczenia dochodowe a stan zdrowia społeczeństwa

Income possibilities and constraints and health status of society

Marta Ewa Czekirda<sup>1, D</sup>, Mirosław J. Jarosz<sup>1, B, F</sup>

<sup>1</sup> Wydział Nauk o Człowieku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne recenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Czekirda ME, Jarosz MJ. Możliwości i ograniczenia dochodowe a stan zdrowia społeczeństwa. Med Og Nauk Zdr. 2020; 26(3): 196–201. doi: 10.26444/monz/126689

## Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy.** Tematyka możliwości i ograniczeń dochodowych w kontekście stanu zdrowia społeczeństwa jest ważna w perspektywie społecznej, ekonomicznej, prawnej, zdrowotnej i psychologicznej. Artykuł dotyczy współczesnych makroekonomicznych uwarunkowań pozycji socjoekonomicznej gospodarstw domowych oraz problemu ich zadłużenia. Zawarto w nim szereg danych statystycznych odzwierciedlających kondycję ekonomiczną przeciętnych polskich rodzin. Zasygnalizowano także problem bezrobocia jako generujący problemy ze zdrowiem. Rozważania dotyczące sytuacji w Polsce stanowią punkt wyjścia do porównania danych krajowych z danymi z badań zagranicznych. Celem artykułu jest ukazanie możliwości i ograniczeń dochodowych w kontekście stanu zdrowia społeczeństwa.

**Stan dotychczasowej wiedzy.** Zjawisko biedy ma empirycznie potwierdzony wpływ na pogorszenie stanu zdrowia, jakości życia, podatność na choroby oraz obniżenie średniej długości życia. Jest to prawidłowość obserwowana w wielu krajach świata. Równolegle możliwości finansowe osób o gorszym stanie zdrowia są poważnie ograniczone, m.in. na skutek absencji w pracy, obniżonej wydolności, konieczności ponoszenia kosztów leczenia.

**Podsumowanie.** Możliwości dochodowe sytuowane są w czołowiec czynników warunkujących stan zdrowia, skuteczność leczenia i profilaktyki. W przypadku chorób i spowodowanej nimi zmniejszonej aktywności na rynku pracy spotęgowaniu ulegają m.in. obniżenie dobrostanu psychicznego i fizycznego czy ograniczenie lub brak dostępu do leczenia i profilaktyki.

## Słowa kluczowe

pozycja socjoekonomiczna, nierówności społeczne, nierówności w zdrowiu, zadłużenie, ubóstwo, jakość życia, dobrostan psychiczny

## Abstract

**Introduction and Objective.** The scope of problems concerning income possibilities and constraints in the image of the state of health of society is important and interesting from the social, economic, legal, health, and psychological perspectives. The article deals with the contemporary macro-economic conditioning of the socio-economic status of households and problem of their liabilities, and presents statistical data reflecting the economic condition of average Polish families. A part of the considerations deal with relationships between income and health, including the availability of health sector services, as well as the effect of health status on income. The issue of unemployment is also indicated as generating health problems. The considerations pertaining to the situation in Poland are a starting point for comparing them with the data from international studies. The aim of the study is the presentation of income possibilities and constraints in the context of the state of health of society.

**Current state of knowledge.** The phenomenon of poverty exerts an empirically confirmed effect on the deterioration of the state of health, quality of life, susceptibility to diseases, and a decrease in the average life span. This regularity is observed in many countries worldwide. Simultaneously, the financial means of persons with a worse health status are seriously limited due to, among others, absenteeism at work, reduced performance, and the necessity to bear the costs of treatment.

**Conclusions.** Income possibilities are placed at the forefront of factors which condition the state of health, effectiveness of treatment and prophylaxis. In the case of diseases, and disease-associated reduction in the activity on the labour market, a decreased psychological and physical wellbeing, limitation or lack of access to treatment and prophylaxis are enhanced.

## Key words

Socio-economic position, social inequalities, health inequalities, liabilities, impoverishment, quality of life, psychological wellbeing

## WPROWADZENIE

Zagadnienie dochodów w kontekście zdrowotnym społeczeństwa znajduje się obecnie nie tylko w kręgu zainteresowań przedstawicieli ekonomii, prawa, ale także psychologii i socjologii zdrowia, psychologii zachowań konsumenckich oraz jednej z nowszych gałęzi psychologii, jaką jest psychologia

Adres do korespondencji: Marta Ewa Czekirda, Wydział Nauk o Człowieku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, 20-209 Lublin, ul. Projektowa 4, Polska  
e-mail: marta-czekirda@wp.pl

Nadesłano: 10.01.2020; zaakceptowano do publikacji: 24.08.2020; publikacja online: 04.09.2020

biedy. O ile jednak prowadzone są badania nad związkami zdrowia ze statusem socjoekonomicznym czy ubóstwem, to tyle nadal brak jest doniesień wprost podejmujących relacje zdrowie–zadłużenie oraz zadłużenie–zdrowie.

Stan zdrowia jednostki i społeczeństwa kształtuje bardzo wpływa wiele czynników. Uwarunkowania natury społeczno-ekonomicznej prowadzą do zróżnicowania stanu zdrowia pomiędzy różnymi grupami społecznymi, jak również pod względem terytorialnym między obszarami państwa o niejednakowym poziomie rozwoju gospodarczego. Tymczasem zdrowie tworzy kapitał ludzki, a ten jest kluczowym czynnikiem wzrostu gospodarczego. Problemy natury materialnej należą do czynników generujących problem nierówności społecznych, wśród których na szczególną uwagę zasługują nierówności w zdrowiu. Ich usuwanie wykracza poza możliwości sektora zdrowia i wymaga specjalnych przedsięwzięć z zakresu polityki ekonomicznej i społecznej. Nie bez powodu ograniczenie nierówności w zdrowiu zostało uznane za cel o fundamentalnym znaczeniu w strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie we wszystkich politykach” krajów Unii Europejskiej [1, 2].

## POZYCJA SOCJOEKONOMICZNA

Dochody stanowią – obok wykształcenia i zawodu – podstawowe kategorie pozycji socjoekonomicznej. Za status socjoekonomiczny (SES) uznaje się społeczną oraz ekonomiczną pozycję jednostki wpływającą na możliwości jej funkcjonowania i podejmowane decyzje. Jednocześnie status ten należy do wciąż rzadko w pełni raportowanych, choć ma ogromne znaczenie dla stylu życia jednostki, jej stanu zdrowia, świadomości w tym obszarze oraz dostępu do opieki zdrowotnej [3].

Aby w pełni zobrazować dzisiejszy wymiar statusu socjoekonomicznego, konieczne jest stwierdzenie, że czasy współczesne sprzyjają zadłużeniu społeczeństwa. Obecnie występują bowiem takie globalne zjawiska jak: komercjalizacja, konsumpcjonizm, szeroki wybór i dostępność ofert kredytowych oraz stosunkowo wysokie zaufanie do banków i innych instytucji pożyczkowych. Stałe dochody z kolei warunkują poczucie stabilizacji i są wysoko cenione nie tylko ze względów ekonomicznych, ale także psychologicznych. Dają bowiem poczucie bezpieczeństwa i możliwości wpływu na swoje życie i zdrowie [4].

Poziom oraz struktura konsumpcji polskich gospodarstw domowych są uzależnione od warunków makroekonomicznych i społecznych. Jednakże w znacznej mierze kształtowane są przez sposób oszczędzania i kredytowania typowy dla gospodarstw domowych. Oszczędzając środki, dane gospodarstwo domowe ogranicza bieżący fundusz nabywczy. Z kolei kredytuując zakup wybranych dóbr i usług, pozwala sobie na natychmiastowe zaspokojenie potrzeb, co jednak w dłuższej perspektywie także stwarza możliwości nabywcze gospodarstw domowych. Z tego względu mówi się w tym kontekście o „dochodach przesuniętych w czasie”, tj. odraçaających lub akcelerujących wydatki [5].

## NIERÓWNOŚCI DOCHODOWE W POLSCE

W Polsce nierówności dochodowe są szczególnie nasilone w regionie centralnym, głównie jego części południowej i wschodniej, gdzie tendencje do utrzymywania się

nierówności dochodowych są w ostatnich latach dosyć stałe. W latach 2003–2009 odnotowano obniżanie się przeciętnego poziomu dochodów w miastach. Choć w na wsiach utrzymywał się wzrost, to największe nierówności dotyczyły gospodarstw rolnych. Podobnie było wśród osób prowadzących własną działalność gospodarczą. Następnym nierówności jest polaryzacja społeczeństwa i pogłębianie się różnic między bogatymi a biednymi [1].

Z danych OECD wynika, że w okresie między rokiem 1995 a 2017 w Polsce odnotowano wzrost płac o ponad 71%, co było trzecim wynikiem wśród krajów byłego bloku wschodniego. W analogicznym czasie w Europie wzrost ten był niższy, np. w Hiszpanii wynosił ponad 5%, w Portugalii – ponad 8%, w Niemczech – ponad 17%. W latach 1995–2017 Polska zajmowała siódmą pozycję w rankingu, jeśli chodzi o roczny dochód. Odnosząc sytuację w Polsce do danych dotyczących Europy i świata, można zauważyć, że od dwóch dekad mamy do czynienia z umiarkowanym, lecz znaczącym wzrostem nierówności dochodowych w skali ogólnoswiatowej (przeciętnie o ok. 2 pkt współczynnika Giniego i o 1,5 pkt w przypadku liczby żyjących w ubóstwie). Zatrudnieni na cały etat mający stałe dochody konsekwentnie bogacą się, lecz jest to zarazem trend bardzo zróżnicowany, choć powtarzalny zarówno w Polsce, Europie, jak i np. w USA. Może wiązać się z procesami globalizacji i wzrostem znaczenia nowoczesnych technologii w różnych sektorach gospodarki. Nierówności w dochodach osób samozatrudnionych w ostatnim dziesięcioleciu się pogłębiły. Polska należy do pierwszej dziesiątki państw europejskich o wysokich wskaźnikach ubóstwa. Z jednej strony jest to odległa konsekwencja polskiej historii lat wojennych i powojennych, w tym transformacji ustrojowej lat 90. XX wieku. Z drugiej strony natomiast – objaw nierównej dystrybucji dochodów, pozycji społecznej wynikającej z bogactwa oraz władzy i silniejsze reprezentowane interesów grup bardziej uprzywilejowanych prowadzący do zjawiska marginalizacji znacznego odsetka społeczeństwa, np. populacji osób w starszym wieku czy dzieci. Praca zawodowa wciąż należy do najbardziej skutecznych środków zapobiegania ubóstwu, choć też nie pozwala wyeliminować go w pełni. Przeciętnie co drugie gospodarstwo domowe osób uzyskujących dochody stoi w obliczu problemów finansowych. Z kolei wskaźniki ubóstwa dotyczące rodzin osób bezrobotnych są niemal 6-krotnie wyższe niż w przypadku rodzin aktywnych na rynku pracy [6].

Przystępując do Unii Europejskiej, Polska zobowiązała się do wyrównania różnic w sferze zdrowia. Nierówności w zdrowiu (ang. *health inequalities*) są rozumiane jako możliwe do uniknięcia, występujące stale różnice w stanie zdrowia i problemach zdrowotnych pojedynczych osób oraz grup, a także niesprawiedliwy społecznie dostęp do usług sektora zdrowotnego. Związane są z zamożnością, pozycją na rynku pracy czy miejscem zamieszkania [7].

## ZDROWIE A DOCHODY W SKALI MAKROEKONOMICZNEJ

Polska w 2018 roku zajmowała 35. miejsce – plasowała się bezpośrednio za Cyprzem, Grecją, Estonią i Chile – w skali danych ogólnoswiatowych dotyczących wskaźnika wydatków na zdrowie (2056 dolarów per capita, 1476 dolarów per capita rządowe/obowiązkowe, 580 dolarów per capita dobrowolne) [8].

Badania nad nierównościami w stanie zdrowia i związkami między ubóstwem a kondycją zdrowotną w Polsce należą do dynamicznie się rozwijających. Dostępne dane demograficzne potwierdzają co prawda istotną poprawę wskaźników przeciętnego trwania życia, jednak długie życie nie jest równoznaczne z poprawą jego jakości pod względem zdrowotnym. W roku 2017 odnotowano wydłużenie średniej długości życia do 83 lat, tj. o 2,5 roku w stosunku do roku 2000. Było to o ok. 1,5 roku mniej niż średnio w UE. Jednocześnie rok 2017 pokazał, iż ponad połowa polskiej populacji (59%) uznała swój stan zdrowia za dobry – w porównaniu z 2/3 mieszkańców UE. Wskaźnik ten był wyraźnie niższy w kręgach osób uboższych (50% w przypadku populacji o najniższym kwintyle dochodów w porównaniu z 74% w przypadku populacji o najwyższym kwintyle dochodów). Średnio 1/5 Polaków w wieku powyżej 65 lat oceniła swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry – dla porównania w UE tak oceniło go blisko 2/5 populacji. Mniejsze jest też zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w skali Unii Europejskiej, wynikające głównie z długiego czasu oczekiwania, a także wysokich kosztów usług i towarów zdrowotnych. Liczba zgonów, którym można byłoby zapobiec w ramach profilaktyki, uległa co prawda ograniczeniu, lecz nadal pozostaje wyższa w porównaniu do średniej unijnej [9].

## STAN ZDROWIA A OCENA JAKOŚCI ŻYCIA I JEGO DOBROSTANU

Poruszając kwestię zachowań zdrowotnych i stanu zdrowia, nie sposób pominąć zagadnień jakości życia i poczucia dobrostanu psychicznego. Samo określenie jakości życia – *quality of life* – pojawiło się w USA po drugiej wojnie światowej i jego znaczenie przechodziło stopniową ewolucję. Początkowo oznaczało „dobre życie” w sensie typowo konsumpcyjnym, wyrażającym się zasobem dóbr materialnych. Z czasem zostało rozszerzone na obszar „być” (zamiast „mieć”), co spowodowało konieczność wprowadzenia nowych kryteriów, m.in.: zdrowia, wolności i szczęścia [10].

Wyczerpującą listę określeń jakości życia podała Farquhar, według której wszystkie definicje można podzielić na dwie zasadnicze grupy: a) sformułowane przez ekspertów, w tym definicje globalne (typ 1), złożone (typ 2), specyficzne (typ 3) i mieszane (typ 4) oraz b) potoczne. Typ pierwszy obejmuje definicje odnoszące się do subiektywnej, globalnej oceny życia jako całości, rozumianej jako „poczucie satysfakcji z życia, własnej pomyślności, dobrego stanu własnego życia (ang. *well-being*), dobrostanu psychicznego (ang. *psychological well-being*) lub poczucie szczęścia”. Z kolei drugi typ to definicje złożone, w których obok oceny globalnej nawiązuje się do ocen cząstkowych, odnoszących się do różnych obszarów czy dziedzin życia determinujących globalną jakość życia w znaczeniu opisanym wyżej. Obszary te mają charakter zarówno obiektywny (warunki dobrego życia), jak i subiektywny (przeżyciowy) [11].

Carr „dobrostan” dzieli na psychiczny i społeczny. Za „dobrostan psychiczny” uznaje osiągnięcie pełnego potencjału psychologicznego, zaś „dobrostanem społecznym” określa pozytywne stany kojarzące się jednostce z optymalnym funkcjonowaniem w obrębie swojej sieci społecznej i całej społeczności [12].

W literaturze psychologicznej funkcjonuje ogromna liczba badań, których autorzy poszukiwali czynników, które

determinują poziom dobrostanu – zadowolenia. Jego czynniki stałe, bazowe (ang. *stocks*) – takie jak tło społeczne, osobowość i społeczne relacje – w połączeniu ze zmiennymi czynnikami środowiska (ang. *flows*), tj. pomyślnymi i niepomyślnymi wydarzeniami, określanymi jako „optymalne doświadczenie” dają trzy komponenty zadowolenia, którymi są: życiowa satysfakcja, pozytywne i negatywne emocje [12].

Badając dobrostan, należy zatem wziąć od uwagę trzy elementy:

- punkt widzenia jednostki, który może być całkowicie odmienny od reprezentowanego przez profesjonalną wiedzę medyczną czy psychologiczną, na którą składają się doświadczenia kliniczne i poziom nauk podstawowych;
- subiektywne oceny różnych elementów własnej egzystencji, które są źródłem dodatkowych informacji, mogących mieć znaczenie przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, szczególnie w sytuacji gdy mogą być zastosowane różne metody wsparcia czy leczenia, dające te same wyniki w sensie biologicznym, ale warunkujące różną późniejszą jakość życia;
- niedostrzeganie przez otoczenie potrzeb danej osoby, skutkujące odczuwaniem przez nią alienacji i wykluczenia społecznego [11].

## PRZEGLĄD WYBRANYCH BADAŃ

Próbując nakreślić rys historyczny zainteresowania związkami zamożności społeczeństwa ze stanem zdrowia, należy powołać się na raport sir Douglasa Blacka („*The Black Report*”) z roku 1980, w którym odnotowano, że poprawa stanu zdrowia społeczeństwa brytyjskiego ograniczona była do klas średnich i wyższych, natomiast w niższych klasach społecznych odnotowano najwyższe wskaźniki chorób, niepełnosprawności, śmiertelności noworodków, a także najkrótszą przewidywaną długość życia [13].

Wyniki badań zainspirowanych publikacją ww. raportu pozwalają obecnie na stwierdzenie, że status socjoekonomiczny jest jednym z kluczowych wskaźników predykcyjnych zdrowia oraz jakości i długości życia. Na przykład w społeczeństwach rozwiniętych niska pozycja socjoekonomiczna powiązana jest z częstszym występowaniem choroby wieńcowej, śmiertelnością z powodu tej choroby, nasileniem miażdżycy tętnic, brakiem lub opóźnieniem spadkowych trendów epidemiologicznych, gorszym rokowaniem, a także większym nasileniem czynników ryzyka wieńcowego, jak również zmniejszonym dostępem do nowoczesnych kardiologicznych procedur diagnostyczno-leczniczych [13, 14].

Nawet bardzo ogólna analiza dostępnej literatury wskazuje, jak silnie status socjoekonomiczny człowieka oddziałuje na jego zdrowie. Im jest on niższy, tym większe jest prawdopodobieństwo cukrzycy typu 2, chorób układu sercowo-naczyniowego (w zależności od możliwości skorzystania z inwazyjnych procedur kardiologicznych), przewlekłej niewydolności nerek i tym większe są ograniczenia w leczeniu bólu u pacjentów onkologicznych czy chorób przewlekłych, jak choroby płuc, co negatywnie wpływa na skuteczność leczenia [3].

Osobom w trudnej sytuacji materialnej często towarzyszy poczucie lęku, tego że nie sprostają wymaganiom rzeczywistości, a także poczucie krzywdy społecznej, przygnębienie. Na przykład bezrobocie jest dodatnio skorelowane ze zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych,



chorób wątroby, zwiększoną śmiertelnością i alkoholizmem. Osoby bez pracy i dochodów różnią się od tych posiadających zatrudnienie na poziomie fizjologicznych wskaźników stresu [15].

Wielu badaczy za zasadne uznaje stosowanie dziś terminu *stresu finansowego* (ang. *financial stress*) na oznaczenie subiektywnie odczuwanej, długotrwałej presji związanej z niespełnianiem oczekiwań finansowych, wypłacalności i spłat zobowiązań. Badania amerykańskie i kanadyjskie dowiodły, iż finansowy stres obniża poczucie skuteczności na rynku pracy oraz w życiu prywatnym. Osoby o wzmożonym poziomie stresu tego rodzaju są bardziej podane na problemy alkoholowe, epizody depresyjne oraz samobójstwa. Poprzedzają je trudności w relacjach z najbliższymi osobami: w realizowaniu się w roli partnera i rodzica [16].

Destruktywny styl reagowania na stres, jakim jest unikowy styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz wzmożona agresja i samoagresja, współwystępują z niskim statusem socjoekonomicznym. Fakt ten potwierdził się w badaniach osób nieaktywnych zawodowo, tj. bezrobotnych i emerytów. Częściej występują u nich zaburzenia kontroli agresji oraz nieuświadomione skłonności do zachowań przemocowych. Bezrobocie i niska pozycja społeczno-ekonomiczna generują stan trwałego niezadowolenia z życia. To ostatnie z kolei zwiększa ryzyko epizodów depresyjnych, poczucia alienacji, a nawet wykluczenia społecznego [17]. Co ciekawe, wpływ bezrobocia na zdrowie przejawia się nie tylko w stosunku do osoby bezrobotnej, lecz dotyka również jej najbliższych. Wyniki analizy sugerują, że samo zamieszkiwanie z osobą bezrobotną jest wpływa negatywnie na stan zdrowia domowników [14].

W latach 1997–2007 w Polsce doszło do spektakularnego ożywienia na rynku kredytowym. Bardzo duża dostępność różnego rodzaju produktów kredytowych w kraju postkomunistycznym doprowadziła jednak wielu do gigantycznych zobowiązań finansowych. W latach 2007–2009 przeciętnie 40% gospodarstw domowych korzystało z kredytów bankowych [4]. Względnie stałym trendem po 2000 roku pozostawał spadek oszczędności gospodarstw domowych, a po 2005 roku wzrost udziału kredytów mieszkaniowych w stosunku do konsumpcyjnych, co jest charakterystyczne dla krajów silnie się rozwijających [18].

W roku 2014 zobowiązania wobec banków miało 58% polskich obywateli, w tym 47% pełnoletnich Polek i 47% Polaków. Najbardziej obciążone zobowiązaniami tego rodzaju były osoby między 32. a 46. r.ż. Z danych statystycznych na 2016 rok wynika, że średnie zadłużenie obywatela Polski, będące efektem zaciągnięcia kredytu wynosiło powyżej 38 tys. zł, a łączna kwota wszystkich zobowiązań Polaków wynosiła ok. 576 mld zł. Kredyt na koniec 2016 roku miało ponad 15 mln Polaków. Kredyt mieszkaniowy w 2016 roku posiadało ok. 2 mln Polaków [19].

Niemal 95% zadłużenia gospodarstw domowych dotyczyło zobowiązań kredytowych na cele mieszkaniowe wobec banków. Wartość kredytów zaciągniętych na ten cel stanowiła ponad 2/3 wszystkich ich zobowiązań w skali miesiąca. Bardzo niewiele gospodarstw domowych było w stanie zabezpieczyć swoją kondycję finansową w dłuższej perspektywie. Odnotowano stały, choć niewielki przyrost wartości indeksu zdrowia finansowego gospodarstw. Poprawa dotyczyła gospodarstw, których członkowie wykazywali aktywność na rynku pracy oraz samodzielnie, z własnej inicjatywy szukali rozwiązań dla swoich codziennych trudności. Jeśli

chodzi o korzystanie z placówek służby zdrowia w ramach NFZ-u, to było ono udziałem ponad 90% społeczeństwa. Tylko połowę Polaków stać było na korzystanie z płatnych usług medycznych. Zaledwie 7% korzystało z tzw. abonamentów opłacanych przez pracodawcę. Często zgłaszanym problemem od 2011 roku była konieczność rezygnacji ze względów finansowych z zakupu leków, leczenia sanatoryjnego, protetyki, rzadziej z rehabilitacji. W gospodarstwach domowych dotkniętych problemem bezrobocia, rozbitcia czy wielodzietności częstość takich rezygnacji była istotnie wyższa. Odnotowano znaczący przyrost liczby gospodarstw domowych utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych, które rezygnowały z leczenia szpitalnego z uwagi na brak dostępności tych świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego [19].

Z dostępnych danych statystycznych wynika, że w 2016 roku Polacy w większości korzystali ze świadczeń zdrowotnych finansowanych z NFZ-u. Tylko nieliczni opłacali je ze środków własnych lub dodatkowych ubezpieczeń. Na przykład jeśli chodzi o diagnostykę, to NFZ w ponad 79% sfinansował badania laboratoryjne, w ponad 81% badania diagnostyki obrazowej, w ponad 93% badania specjalistyczne, jak mammografia czy urografia. NFZ sfinansował w ponad 96% ogół pobytów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej. Podstawowa opieka zdrowotna była finansowana przez NFZ w 97%, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – w ponad 63%, usługi ambulatoryjne – w 83% [20].

Na uwagę zasługuje fakt, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne są w polskich realiach nadal rzadkością. Są bardzo dostępne dla osób z dużych miast, aktywnych zawodowo, będących w okresie średniej dorosłości, mających stałe zatrudnienie. Pozostałe grupy społeczne nie mają możliwości korzystania z takich produktów lub są to przypadki marginalne. Generalnie z usług finansowanych poza NFZ-em korzystają mogą gospodarstwa domowe mające lepszą kondycję finansową. Dla przykładu: w roku 2016 w gospodarstwach domowych należących do 20% gospodarstw o najwyższych dochodach z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ skorzystało ponad 47% gospodarstw domowych, a z usług stomatologicznych powyżej 54%. W skali gospodarstw domowych o najniższych dochodach udział mogących sobie pozwolić na takie odpłatne usługi był niższy o około połowę. Rzadziej z usług medycznych (oprócz stomatologicznych) niefinansowanych przez NFZ korzystały gospodarstwa domowe rencistów i emerytów (odpowiednio ponad 24 i ponad 34%) [20].

Dane CBOS-u z ostatnich lat wskazują, że średnio 2/3 Polaków jest umiarkowanie zadowolonych ze swojego zdrowia. Swoją kondycję zdrowotną stosunkowo najniżej oceniają renciści, emeryci, osoby negatywnie oceniające swoje warunki materialne oraz najslabiej wykształcone. Świadomość roli zdrowia w codziennym życiu rokrocznie wzrasta, jednak przeszkodą w podejmowaniu prozdrowotnego stylu życia są niskie dochody i długi. Równocześnie skala zachowań antyzdrowotnych nie uległa zmniejszeniu [21].

Z badań brytyjskich gospodarstw domowych w latach 2003–2005 wynika, że zadłużenie ma wpływ zarówno na zdrowie psychiczne, jak i fizyczne. Zachowania prozdrowotne osób z problemami finansowymi, zadłużonych, a przy tym negatywnie reagujących na stres z tym związany są znacząco ograniczone. To z kolei ujemnie koreluje z ich życiową zaradnością, podejmowaniem aktywności zmierzającej do ograniczania długów. Zmartwienie stwarza realne ryzyko

niewłaściwego zarządzania długiem, uzależnienie od kolejnych źródeł kredytowych, które mają stanowić przeciwwagę dla zadłużenia. Dowiedziono, że relacje pomiędzy długiem a stanem zdrowia są uzależnione od wysokości i struktury zadłużenia, a także zdolności zarządzania długiem [22].

Dane te korespondują z wnioskami z badań z lat 90 XX wieku. Pokazały one, że bieda jest silnie skorelowana z negatywnymi emocjami dotyczącymi zadłużenia, brakiem pracy, szczególnie z permanentnym zmartwieniem. Porównanie osób bez zadłużenia z osobami umiarkowanie i poważnie zadłużonymi wykazało istotne różnice między nimi w zakresie zachowań konsumenckich. Otóż osoby nieposiadające zadłużenia były mniej skłonne do wydatków, m.in. związanych z zachowaniami antyzdrowotnymi, jak zakup papierosów. Postawy wobec długu i poczucie kontroli osób umiarkowanie i poważnie zadłużonych okazało się zbliżone [23].

Badania Brown i zespołu pozwalają stwierdzić, iż osoby posiadające poważne zadłużenie zgłaszają gorszy dobrostan psychiczny w porównaniu z osobami mającymi ustabilizowaną sytuację materialną. Również niższy status społeczny, jak chociażby wykonywanie mniej prestiżowego zawodu, dodatkowo koreluje z obniżonym poczuciem jakości życia [24].

Obserwacje te uzupełniają badania Judge i wsp., którzy potwierdzili empirycznie, że bieda istotnie zwiększa ryzyko narażenia na choroby, skracając średnią długość życia oraz obniża jego jakość. Jednocześnie człowiek chory zmniejsza swoje możliwości finansowe z powodu licznych absencji w pracy, osłabionej wydolności, konieczności ponoszenia kosztów leczenia [25].

Statystycznie rzecz ujmując, od lat w Polsce największe ryzyko ubóstwa utrzymuje się w środowiskach wiejskich, wśród osób bezrobotnych, korzystających z pomocy społecznej. Skrajna bieda istotnie rzadziej dotyka osoby samozatrudnione oraz pobierające stałe świadczenia emerytalne. Ubóstwo oznacza obniżenie standardu życia, a niższe standardy egzystencji, odżywiania, mniejszy dostęp do świadczeń zdrowotnych przekładają się na utratę zdrowia. Średnia długość życia mężczyzn oraz osób słabiej wykształconych jest znacząco niższa niż w pozostałych grupach społecznych, co nakazywałoby objąć te grupy lepiej zorganizowaną profilaktyką i edukacją zdrowotną [26].

Z informacji Narodowego Programu Zdrowia w Polsce na lata 2016–2020 wynika, że choć utrzymywał się w tym okresie trend poprawy sytuacji ekonomicznej ocenianej na podstawie wskaźnika PKB (np. w 2017 roku w Polsce PKB wynosił 4,8% vs 2,4% w krajach UE), to jednak w przeliczeniu na osobę PKB nadal był w grupie najniższych w UE (był on o 30% niższy niż w krajach UE), co może negatywnie korespondować ze zdrowiem publicznym. Wskaźnik rozwoju społeczno-ekonomicznego (HDI) na rok 2018 sytuuje Polskę na 20. miejscu w Europie oraz 33. w skali świata i podniósł się o trzy pozycje [27].

W gospodarstwach domowych o niskich i bardzo niskich dochodach występują istotnie gorsze warunki mieszkaniowe, dysponują one bardzo ograniczonym budżetem na dobrze zbilansowaną dietę oraz zorganizowaną aktywność fizyczną. Problem ten mocno dotyczy populacji dzieci, wśród których od lat wzrasta wskaźnik nadwagi i otyłości, i choć nadal plasuje się on poniżej średniej UE (wynosi on 15% w Polsce w porównaniu z 17% w krajach UE), to jego wzrost jest niepokojący. W latach 2002–2010 odnotowano raptowny dwukrotny przyrost liczby dzieci i młodzieży z nadwagą. Choć w skali Europy występowanie tego problemu jest nadal przeciętne,

to istotne wydają się pytania, czy i na ile niewłaściwe nawyki żywieniowe młodego pokolenia w Polsce łączyć można ze statusem materialnym rodziny oraz w jakim stopniu ogranicza on dostęp do leczenia, konsultacji dietetycznych czy terapeutycznych, w przypadku gdy problem nadwagi i otyłości już dotknął dziecko i wymaga ono specjalistycznej pomocy [27, 28].

W kontekście funkcjonowania i codziennych nawyków przeciętnej rodziny jej dochody można uznać za kluczowe dla kształtowania wzorców żywieniowych, wyboru diety czy aktywnych form wypoczynku. Zarówno z punktu widzenia zdrowia publicznego, jak i socjologii, psychologii zdrowia oraz nowoczesnej edukacji i psychoprophylaktyki są one uznawane za strategicznie ważne w procesie optymalnego zdrowotnie starzenia się społeczeństwa [29].

Łyszczarz i Wyszkowska udowodnili, że dochód stanowi trzeci po warunkach mieszkaniowych i poziomie wykształcenia istotny statystycznie czynnik kształtujący stan zdrowia kobiet w wieku reprodukcyjnym. U mężczyzn między 45. a 60. r.ż. sytuuje się on na pierwszym miejscu, przy czym wykazano, że 1-procentowy wzrost dochodu przyczynia się do wydłużenia ich życia o ok. 0,11%. Brak zadłużenia i stabilna sytuacja finansowa sprzyjają jednocześnie prowadzeniu prozdrowotnego trybu życia oraz możliwości korzystania z usług służących dobremu samopoczuciu i regeneracji organizmu (aktywne spędzanie czasu, możliwość zakupu zdrowej żywności itp.) [30].

Rywik z zespołem dokonali porównania obecnej sytuacji materialnej z sytuacją sprzed 10 lat u osób zadowolonych i niezadowolonych z życia. Zadowolone z życia kobiety (bez względu na wiek), a także mężczyźni ze starszej grupy wiekowej byli zdania, że aktualna sytuacja materialna jest taka sama jak przed 10 laty, a nawet korzystniejsza. W przeciwieństwie do osób zadowolonych z życia, osoby niezadowolone negatywnie oceniły obecną sytuację finansową. Ich zdaniem zmieniła się ona na gorsze. Wszystkie badane osoby (bez względu na stopień satysfakcji życiowej) jednomyślnie stwierdziły, że w czasach, w których żyli ich rodzice, żyło się o wiele trudniej niż obecnie [31].

Wielu badaczy wskazuje, że jednostki z wewnętrznym poczuciem kontroli generalnie lepiej radzą sobie z różnymi trudnymi sytuacjami, np. finansowymi, jak również odczuwają wyższy poziom satysfakcji z życia. Wiara w kontrolę osobistą wpływa też pozytywnie na postępowanie w czasie życiowych kryzysów czy choroby i przyspiesza proces powrotu do zdrowia. Uważa się również, że jednostki z wewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli skuteczniej korzystają ze wsparcia społecznego, tj. są zazwyczaj bardziej skłonne poszukiwać informacji dotyczących swoich problemów i ich rozwiązania, niż osoby zewnętrznie umiejscawiające poczucie kontroli [32].

Jednostki przejawiające dominację wewnętrznego poczucia kontroli bardziej angażują się w aktywność prozdrowotną i mają większe poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Są jednak badania, które wskazują także, że przekonanie o posiadaniu kontroli osobistej nad rezultatami danej konfrontacji stresowej może w pewnych warunkach wzmacniać napięcie i negatywne emocje. Stwierdzono także, że osoby wewnętrznie umiejscawiające kontrolę, doznając porażek, bardziej się nimi przejmują niż jednostki o zewnętrznym poczuciu kontroli. Mają bowiem większą skłonność do przypisywania ich sobie. A zatem wewnętrzne umiejscowienie kontroli może być w pewnych okolicznościach stresogenne.

Czynnikiem, który zdaje się mieć znaczenie dla wpływu przekonania o kontroli osobistej na stres, jest znaczenie danej sytuacji. Im większe poczucie zagrożenia w danej sytuacji, tym bardziej znacząca dla podmiotu może być możliwość kontroli. Natomiast w pewnych sytuacjach kontrola nie jest człowiekowi potrzebna, a wręcz może wzmacniać stres. Autorzy podkreślają, że tak się dzieje wówczas, gdy jednostka poniosłaby zbyt wysoki koszt psychologiczny lub społeczny kontroli osobistej [33].

## PODSUMOWANIE

Satysfakcjonujące zdrowie jest warunkiem rozwoju kapitału społecznego, natomiast zły stan zdrowia społeczeństwa może stać się przeszkodą w rozwoju kraju pod względem ekonomicznym. Ubóstwo i wykluczenie społeczne od zawsze uznawane były za realne zagrożenie kondycji zdrowia fizycznego i psychicznego. Nierówności w sferze zdrowia, zarówno w wymiarze społecznym, jak i indywidualnym, są wobec tego ogromnym wyzwaniem dla polityki zdrowotnej i gospodarczej. Aby planować i realizować efektywną politykę, konieczne są nowoczesne, interdyscyplinarne programy zdrowotne, społeczne i gospodarcze o zasięgu makro- i mikro. Poprawa zdrowia uzyskana wskutek polepszenia statusu społeczno-ekonomicznego jest możliwa, tylko w przypadku stworzenia odpowiednich warunków edukacji ustawicznej, umożliwienia przekwalifikowania zawodowego, poprawy funkcjonowania rynku pracy. Redukcja długotrwałego bezrobocia i bierności zawodowej pozwoli poprawić warunki życia i zminimalizować nierówności w statusie społecznym, a tym samym w statusie zdrowotnym.

Treści zawarte w artykule stanowią jedynie wprowadzenie do niezwykle złożonej i wieloaspektowej problematyki interdyscyplinarnej, którą należałoby rozwinąć dzięki przeprowadzeniu szerszej zakrojonych badań.

## PIŚMIENNICTWO

- Sytuacja społeczno-ekonomiczna gospodarstw domowych w latach 2000–2015. Zróżnicowanie miasto–wieś. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2017.
- Nojszewska E. Społeczno-ekonomiczne czynniki determinujące status zdrowotny społeczeństwa na przykładzie Polski. *Ekonomia i Prawo*. 2016; 1: 59–74.
- Sahni S, Talwar A i wsp. Status socjoekonomiczny i jego związek z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Pneumologia Via Medica*. 2017; 85: 72–85.
- Białowolski P. Zadłużenie polskich gospodarstw domowych – zagrożenie czy szansa. In: R. Szarfenberg (red.). *Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Social Watch. Polski raport*. Warszawa: Fundusz Inicjatyw Obywatelskich; 2010: 338–339.
- Grzego U. Oszczędności i zadłużenie polskich gospodarstw domowych. *Research Papers of Wrocław University of Economics*. 2013; 305, 207–218.
- Dane OECD: <https://www.oecd.org/els/soc/41528555.pdf>, <https://www.oecd.org/els/soc/41528555.pdf>, <https://forsal.pl/artykuly/1412809.wynagrodzenia-w-polsce-od-1995-roku-natle-swiata-dane-oecd.html> (dostęp: 29.04.2020).
- Laskowska I. *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego; 2012.
- Dane OECD: Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (dostęp: 9.06.2020).
- Dane OECD: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/c7cfb688-pl.pdf?expires=1587840709&tid=id&accname=guest&checksum=07B3765395E020FF8F602522BF1179> (dostęp: 1.05.2020).
- Jaracz K, Kowalik S. Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. In: J Bańkowska, R Derbis (red.). *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań: Wyd. PRINT-B; 1997: 98–100.
- Stelcer B. Psychologiczny wymiar pojęcia jakości życia. In: L Wołowicka (red.). *Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia*. Poznań: Wyd. UAM; 1997: 217–224.
- Carr A. *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka; 2017.
- Skrzypek M. Społeczne nierówności w zdrowiu. Główne kierunki debaty w obszarze kardiologii na przykładzie choroby wieńcowej. In: K Binkiewicz, A Siewruk (red.). *Referaty z konferencji Zdrowie i choroba w społeczeństwie*; 2005. Warszawa: ISUW; 2006.
- Sowa A. Społeczne uwarunkowania stanu zdrowia w Polsce. In: J Kołodziejczyk (red.). *Zdrowie publiczne i zarządzanie*. Kraków: Uniwersytet Ekonomiczny; 2012, 122–131.
- Goldsmith A, Veum J. Unemployment, joblessness, psychological well-being and self-esteem: theory and evidence. *J Soc Econom*. 1997; 26(2): 47–61.
- Davies ChG, Mantler J. *The consequences of financial stress for individuals, families, and society*. Ottawa: Carleton University; 2004.
- Orzechowska A, Florkowski A, et. al. Status socjoekonomiczny a zachowania agresywne i style radzenia sobie ze stresem. *Psych Pol*. 2009; XLIII(1): 53–63.
- Badora B. *Oszczędności i kredyty*. Warszawa: CBOS; 2012.
- Oficjalna strona internetowa magazynu Forbes. <https://www.forbes.pl/gospodarka/ilu-polakow-ma-kredyty-i-ile-sa-warte/gb7mc8h> (dostęp: 10.02.2019).
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r-,2,6.html> (dostęp: 4.05.2020).
- Oficjalna strona internetowa CBOS: [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl) (dostęp: 25.02.2019).
- Lenton P, Mosley P. *Debt and Health*. Sheffield Economic Research Paper Services. Sheffield: University of Sheffield; 2008.
- Lea S, Webley P, Walker C. Psychological factors in consumer debt: money management, economic socialisation and credit use. *J Econom Psychol*. 1995; 16: 681–701.
- Brown S, Garino G, Taylor K, Price S. *Debt and Financial Expectations: An Individual and Household-Level Analysis*. *Econom Inquiry*. 2005; 43(1): 19–21.
- Judge K, Platt S, Costongs C, Jurczak K. *Health inequalities: A challenge for Europe. An independent expert report commissioned by the UK. London Presidency of EU*, 2006.
- [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/177875/E96720.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/177875/E96720.pdf) (dostęp: 4.05.2020).
- Wojtyniak B, Goryński P. *Health status of Polish population and its determinants – in short*. Warsaw: NPZ; 2018.
- Harton A, Myszkowska-Ryciak J, Laskowski W, Gajewska D. Prevalence of overweight and obesity among adolescents in Poland. *J Health Ineq*. 2019; 5(2): 180–187.
- Zatoński W, Janik-Koncewicz K. *Nutrition and public health*. *J Health Ineq*. 2016; 2(1): 61–62.
- Łyszczarz B, Wyszkowska Z. Czynniki socjoekonomiczne i trwanie życia w krajach OECD. *Central Eur J Soc Sci Hum*. 2013; 30: 53–61.
- Rywik SL, Piotrowski W, Broda G. Czy nierówności w stanie zdrowia ludności zależne od czynników społecznych dotyczą także Polski? *Pol Arch Med Wew*. 2003; 4: 382–187.
- Kościełek R. *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wyd. „Impuls”; 2010.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Zasoby osobiste sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego; 2003.