

NEROVNOSTĚ V PRÍJME A ZDRAVÍ V KRAJINÁCH EÚ

THE INCOME INEQUALITY AND HEALTH IN THE EUROPEAN UNION COUNTRIES

Silvia Šipikalová

Abstract: *Inequalities are reflected in all areas of socio-economic life. They are visible for example in areas such as employment and working conditions, education, housing but also health. Health of the population is affected by several determinants, which include income. In this paper, we focus on income inequality and health and examine the relationship between income and health. The purpose of this paper is to take measure the eligibility provided that the company with inequitable income distribution has worse health outcomes.*

We use the methods of observation and description of socio-economic phenomena and processes using deduction to formulate some conclusions. We use statistical software IBM Statistics and we examine the relationship between defined variables - the Gini coefficient and life expectancy. Basic general research methods, that we use to fulfill the intention of article, are: comparison, analysis, synthesis, induction, deduction, and other empirical methods.

The aim of this paper is to consider the postulate that the European Union countries with higher income inequalities have poorer health outcomes.

Among several experts there is no consensus on the relationship between income and health. Some state that income inequality makes a difference in health, others note that income inequality itself can not affect the health of inhabitants. We believe that there is the effect of income inequality on health, but not a decisive factor in health inequalities. On the other hand, health may affect the economic (income) inequality by means of the impact on the labor market and education. When examining the relationship between income and health, we do not forget other factors, including macro factors such as macro-economic development and micro factors such as the individual's behavior towards his health and his individual income.

Whether or not there is a link between income inequality and health, it requires inequalities solution across a range of economic and social fields: from distribution through the tax and social protection systems to income and property policies, a stronger public services and the strengthening of equal opportunities.

Keywords: *Income Inequality, Gini Coefficient, Health, Life Expectancy at birth, Self-perceived health.*

Úvod

Spoločnosti tvoria jednotlivci, ktorí sú rozdielni a ktorí nemajú rovnaký prístup k zdrojom. V každej spoločnosti sú zdroje obmedzené, a preto z nich každému členovi spoločnosti nemôže pripadnúť dostatočne veľký, resp. rovnaký diel. Dôsledkom toho

Ľudia vyvíjajú v spoločnosti nielen aktivity, prostredníctvom ktorých tieto zdroje vytvárajú, ale vzniká aj vnútorné usporiadanie spoločnosti, na základe ktorého sa tieto zdroje nerovnomerne rozdeľujú medzi jednotlivcov i skupiny. Všetky svetové kultúry sa vyznačujú určitým stupňom tejto nerovnosti, a keď postavíme systém nerovností do hierarchie skupín, každá skupina opakovane dosahuje rozdielne ekonomické odmeny a rozdielny prístup k moci v spoločnosti. Nerovnosti sa realizujú vo viacerých sférach života. Základným typom nerovnosti je nerovnosť triedna a statusová, s ktorými súvisí nerovnosť v príjme a majetku, a tiež v moci a prestíži. Nejde pritom o nerovnosť len v získavaní zdrojov, ale i v spôsobe ich použitia, ktorý sa prejavuje ako nerovnosť životných šancí a životných štýlov. Nezanedbateľné nie sú ani nerovnosti podľa pohlavia, etnického pôvodu, ale i zdravia.

1 Ekonomické a sociálne nerovnosti

Nerovnosti v spoločnosti sú prevažne vymedzené na základe ich ekonomickej alebo sociálnej povahy. Ekonomická nerovnosť spočíva v rozdieloch v distribúcii peňažných prostriedkov medzi obyvateľmi. Príjem predstavuje pre domácnosť základnú kategóriu, od ktorej sa odvíja jej spotrebiteľské správanie ako aj postavenie v spoločnosti. Domácnosti disponujú rôznymi druhmi príjmov, pričom vznikajú medzi nimi rozdiely. Znáмым indexom príjmovej nerovnosti je Giniho koeficient, ktorý sa pohybuje na škále od "0" do "100", pričom hodnota "0" predstavuje absolútnu rovnosť a "100" absolútnu nerovnosť. V tabuľke 1 je Giniho koeficient pre členské štáty Európskej únie (EÚ) na základe výsledkov štatistického zisťovania o príjmoch a životných podmienkach – EU Statistics on Income and Living Condition, ďalej EU-SILC.

Giniho koeficient v priebehu času nezaznamenáva zásadné zmeny. Od začiatku štatistického zisťovania EU-SILC (rok 2004) dosahuje hodnoty v priemere členských krajín EÚ28 na úrovni približne 30,6. Najvyšší nárast Giniho koeficienta spomedzi krajín EÚ28 v sledovanom období rokov 2004 až 2011 (rok 2012 neberieme do úvahy vzhľadom na nedostatok údajov za jednotlivé členské štáty) dosiahlo Bulharsko (o 8,6 percentuálneho bodu, ďalej p.b.), Dánsko (o 4,2 p.b.), Španielsko (o 2,8 p.b.) a Francúzsko (o 2,8 p.b.). Naopak k poklesu príjmových nerovností meraných prostredníctvom Giniho koeficientu došlo v sledovanom období v Belgicku (-1,4 p.b.), ČR (-1,1 p.b.), Estónsku (-2,4 p.b.), Írsku (-2,0 p.b.), Taliansku (-0,9 p.b.), Lotyšsku (-0,5 p.b.), Litve (-4,3 p.b.), Maďarsku (-0,7 p.b.), Holandsku (-1,5 p.b.), Poľsku (-4,9 p.b.), Portugalsku (-3,9 p.b.), na Slovensku (-0,9 p.b.), vo Fínsku (-0,1 p.b.) a vo Veľkej Británii (-1,8 p.b.).

Tab. 1: Gini koeficient v členských krajinách EÚ28

Krajina	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
EÚ28	:	:	:	:	:	30,5	30,8	30,6	:
EÚ27	30,6	30,3	30,6	30,9	30,5	30,5	30,8	30,6	:
Belgicko	28,0	27,8	26,3	27,5	26,4	26,6	26,3	26,6	:
Bulharsko	25	31,2	35,3	35,9	33,4	33,2	35,0	33,6	:
ČR	26,0	25,3	25,3	24,7	25,1	24,9	25,2	24,9	24,6
Dánsko	23,9	23,7	25,2	25,1	26,9	26,9	27,8	28,1	:
Nemecko	26,1	26,8	30,4	30,2	29,1	29,3	29,0	28,3	:
Estónsko	34,1	33,1	33,4	30,9	31,4	31,3	31,9	32,5	32,9
Írsko	31,9	31,9	31,3	29,9	28,8	30,7	29,8	29,9	:
Grécko	33,2	34,3	34,3	33,4	33,1	32,9	33,5	34,3	:
Španielsko	32,2	31,9	31,9	31,9	33,0	34,4	34,5	35,0	33,7
Francúzsko	27,7	27,3	26,6	29,8	29,9	29,8	30,8	30,5	:
Chorvátsko	30,0	28,0	29,0	28,0	27,0	31,4	31,0	30,5	:
Taliansko	32,8	32,1	32,2	31,0	31,5	31,2	31,9	31,9	35,2
Cyprus	28,7	28,8	29,8	29,0	29,5	30,1	29,2	31,0	:
Lotyšsko	36,2	38,9	35,4	37,5	37,5	35,9	35,1	35,7	35,2
Litva	36,3	35,0	33,8	34,0	35,9	37,0	33,0	32,0	:
Luxembursko	26,5	27,8	27,4	27,7	29,2	27,9	27,2	28	:
Maďarsko	27,6	33,3	25,6	25,2	24,7	24,1	26,8	26,9	28,0
Malta	27,0	27,1	26,3	28,1	27,4	28,6	27,2	27,1	:
Holandsko	26,9	26,4	27,6	27,6	27,2	25,5	25,8	25,4	:
Rakúsko	26,2	25,3	26,2	26,2	25,7	26,1	26,3	27,6	27,0
Poľsko	35,6	33,3	32,2	32,0	31,4	31,1	31,1	30,9	30,7
Portugalsko	38,1	37,7	36,8	35,8	35,4	33,7	34,2	34,2	:
Rumunsko	31	33	37,8	36,0	34,9	33,3	33,2	33,2	:
Slovinsko	23,8	23,7	23,2	23,4	22,7	23,8	23,8	23,7	:
Slovensko	26,2	28,1	24,5	23,7	24,8	25,9	25,7	25,3	24,2
Fínsko	26,0	25,9	26,2	26,3	25,9	25,4	25,8	25,9	35,4
Švédsko	23,4	24,0	23,4	24,0	24,8	24,1	24,4	24,8	:
Veľká Británia	34,6	32,5	32,6	33,9	32,4	32,9	33,0	32,8	:

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe údajov z Eurostatu. [cit. 2014.08.18.]

V rámci krajín EÚ28 sú najvyššie príjmové nerovnosti v Lotyšsku, Španielsku, Grécku, Portugalsku, Bulharsku, Rumunsku, Veľkej Británii a Estónsku. Ku krajinám s najnižšími príjmovými nerovnosťami meranými pomocou Giniho koeficientu patria Slovinsko, Švédsko, ČR, Slovensko, Holandsko a Fínsko. Rozdiel v miere príjmovej nerovnosti medzi najviac nerovnou krajinou (Lotyšsko) a krajinou s najnižším Giniho koeficientom (Slovinsko) predstavoval v roku 2011 hodnotu 12 p. b.

Sociálna nerovnosť zahŕňa celý rad nerovností vo všetkých oblastiach spojených s kvalitou života a životnými podmienkami. Je viditeľná v oblastiach ako je zamestnanosť a pracovné podmienky, vzdelanie, zdravie, bývanie a iné.

Nerovnosti sa navzájom pretínajú a vzájomne posilňujú. Nerovnosti v jednej oblasti sú prepojené s inými a ovplyvňujú sa navzájom, a vyvíjajú tlak na iné sociálne ako

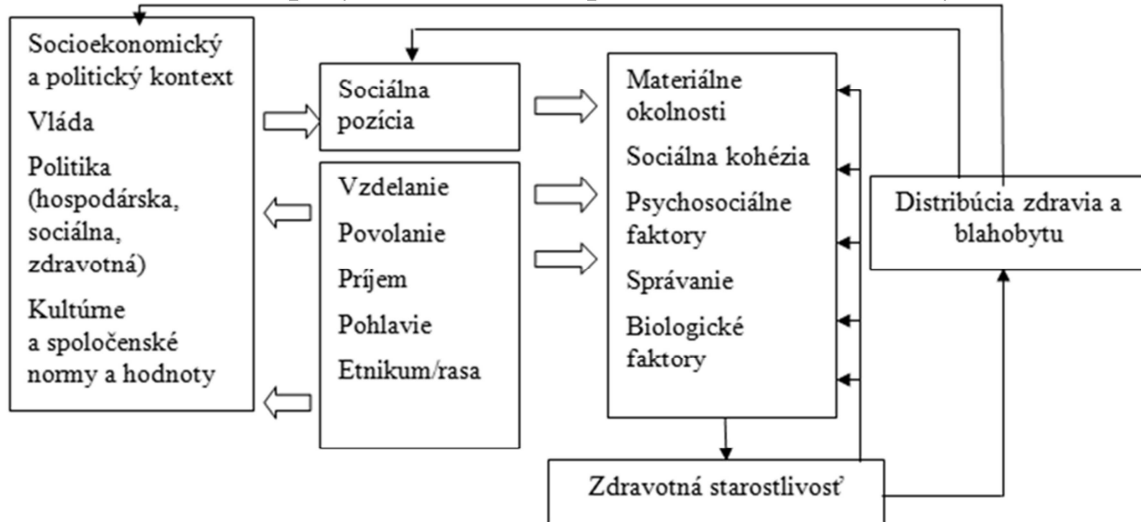
aj ekonomické nerovnosti. Nerovnosti majú tendenciu reprodukovať sa v priebehu času ako aj medzi generáciami.

2 Zdravie populácie vo väzbe na príjmovú nerovnosť

Vo svojom príspevku sa zameriavame na vzťah medzi príjmom a zdravím obyvateľov. Účelom príspevku je posúdiť oprávnenosť predpokladu, že spoločnosti s nerovnejším rozdelením príjmu dosahujú horšie výsledky v zdraví, pričom náš objekt skúmania zúžime na členské štáty EÚ.

Zdravie obyvateľov je ovplyvnené viacerými determinantami, medzi ktoré patria aj sociálne determinanty znázornené v schéme 1. Ide o podmienky, v ktorých sa ľudia narodia, dospievajú, žijú, pracujú a starnú. Tie sú väčšinou zodpovedné za nerovnosti v zdraví a sú považované za nespravodlivé, a spôsobujúce rozdiely v zdravotnom stave obyvateľov.

Obr. 1: Konceptný rámec Komisie pre sociálne determinanty zdravia



Zdroj: (WHO Regional Office for Europe, 2010, s.7)

Zdravie je dominantne závislé od genetických predispozícií, životného štýlu, demografického vývoja, sociálno-ekonomickej situácie, životného prostredia, telesného pohybu a stravovacích návykov (Nováková, 2014, s.46).

Občania členských krajín EÚ žijú v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi dlhšie a ich zdravie sa permanentne zlepšuje. Medzi krajinami ako aj v rámci samotných štátov existujú značné nerovnosti v oblasti zdravia. Určitý obraz o úrovni zdravia obyvateľov ako celku v jednotlivých krajinách nám môže poskytnúť ukazovateľ očakávaná dĺžka života pri narodení. Všetky členské krajiny zaznamenali nárast tohto ukazovateľa v roku 2012 oproti roku 2000, čo vypovedá o zvyšovaní úrovne zdravia ako aj kvality života obyvateľov daných krajín. Ženy sa dožívajú vyššieho veku ako muži vzhľadom na genetické dispozície, charakter vykonávanej práce, životosprávu a životný štýl. V priemere EÚ28 ženy žijú dlhšie o viac ako 6 rokov v porovnaní s mužmi. Najvyššieho veku sa dožili v roku 2012 ženy v Španielsku, Francúzsku a Taliansku. Muži sa dožívajú najvyššieho veku v Taliansku, Luxembursku a Švédsku.

Tab. 2: Očakávaná dĺžka života v členských krajinách EÚ28

Krajina	2000			2012		
	Muži	Ženy	Obe pohlavia	Muži	Ženy	Obe pohlavia
Belgicko	75	81	78	78	83	80
Bulharsko	68	75	71	71	78	74
ČR	72	78	75	75	81	78
Dánsko	75	79	77	78	82	80
Nemecko	75	81	78	78	83	81
Estónsko	65	76	71	71	81	77
Írsko	74	79	77	79	83	81
Grécko	76	81	78	78	83	81
Španielsko	76	83	79	79	85	82
Francúzsko	75	83	79	79	85	82
Chorvátsko	71	78	74	74	81	78
Taliansko	77	83	80	80	85	83
Cyprus	75	79	77	78	84	82
Lotyšsko	65	76	70	69	79	74
Litva	67	78	72	68	80	74
Luxembursko	75	81	78	80	84	82
Maďarsko	68	76	72	71	79	75
Malta	76	80	78	79	83	81
Holandsko	76	81	78	79	83	81
Rakúsko	75	81	78	78	83	81
Poľsko	70	78	74	73	81	77
Portugalsko	73	80	77	77	84	81
Rumunsko	68	75	71	71	78	74
Slovinsko	72	80	76	77	83	80
Slovensko	69	77	73	72	80	76
Fínsko	74	81	78	78	84	81
Švédsko	78	82	80	80	84	82
Veľká Británia	76	80	78	79	83	81

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe údajov z WHO. [cit. 2014. 09.12.]

V roku 2012 malo najvyššiu národnú očakávanú dĺžku života Taliansko (83 rokov) a národnú očakávanú dĺžku života nad 80 rokov mali krajiny ako Nemecko, Írsko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Cyprus, Luxembursko, Malta, Holandsko, Rakúsko, Portugalsko, Fínsko, Švédsko a Veľká Británia. Naopak najnižšiu národnú očakávanú dĺžku života dosiahli obyvatelia Bulharska, Lotyšska, Litvy a Rumunska (74 rokov). Ide o krajiny s nižšou životnou úrovňou oproti starým členským krajinám.

Zdravotný status jednotlivca môže byť vo vzájomnom vzťahu s príjmovou nerovnosťou. Zdravie môže ovplyvniť ľudský kapitál a tak aj schopnosť zarobiť ako aj zapojiť sa produktívnejšie v netrhových aktivitách a ovplyvniť viac alebo menej spotrebu. Naopak zdravie môže byť ovplyvnené príjmovou nerovnosťou, čo bude predmetom nasledujúceho skúmania.

3 Metódy

Východiskom pre spracovanie článku bolo zadefinovanie výskumného problému, ktorým je vzťah medzi príjmovou nerovnosťou a zdravím. Zdrojom vzniku tohto problému bol zvýšený nárast nerovností v spoločnosti, ktoré sa ukazujú ako závažný spoločenský problém, a ktoré sa prejavujú vo viacerých sférach života. Vzhľadom na široký rozmer nerovností sme zúžili zameranie príspevku na nerovnosť príjmu a zdravia. Po vymedzení skúmaného objektu sa uskutočnilo zhromažďovanie a štúdium teoretickej, analytickej a faktografickej literatúry predovšetkým zo zahraničia. V snahe získať čo najširší prehľad v danej problematike použili sme aj rôzne internetové zdroje. Pri štúdiu literatúry sme využili obsahovú analýzu, ktorej výsledky sme použili na indukciu. Pri zostavovaní tabuliek využívame najmä analyticko-komparačný prístup, ktorý zahŕňa i rozsiahlu analýzu súboru oficiálnych štatistických dát. Naša sekundárna analýza je založená na štatistickom zisťovaní o príjmoch a životných podmienkach domácností – EU-SILC. Vzťah medzi príjmom a zdravím ako aj subjektívne vnímanie zdravia sú skúmané z kvantitatívneho hľadiska využitím dát členských štátov EÚ s dôrazom na príjmovú distribúciu a zdravie. Táto databáza sa vzťahuje na obdobie 9 rokov, čo obmedzuje odhad časových trendov. Ďalej využívame oficiálne štatistiky Svetovej zdravotnej organizácie (WHO). V článku sa ďalej aplikuje metóda pozorovania a popisu sociálno-ekonomických javov a procesov s využitím dedukcie na formulovanie niektorých záverov. Využívame štatistický softvér IBM Statistics a skúmame vzájomný vzťah zadefinovaných premenných – Giniho koeficienta a očakávanej dĺžky života. Základnými všeobecnými výskumnými metódami, ktoré využívame pri napĺňaní zámeru článku sú: komparácia, analýza, syntéza, indukcia, dedukcia, empirické metódy a iné.

4 Rozbor problému príjmových nerovností a zdravia

Vzťah medzi úrovňou príjmu a zdravím bol predmetom skúmania viacerých autorov. Sociálne nerovnosti v oblasti zdravia sú úzko späté s individuálnymi rozdielmi v príjmoch. Na každej úrovni sociálno-ekonomického postavenia, zdravie býva lepšie nad úrovňou výšky určitého príjmu a chudobnejšie pod touto úrovňou, a to aj medzi tými, ktorí nie sú chudobní a majú rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti (Adler, Boyce, Chesney, 1994). Wilkinson, R.G. (1997) tvrdí, že príjmová nerovnosť v menšej spoločnosti je ovplyvnená stupňom rezidenčnej segregácie bohatých a chudobných, a že zdravie ľudí v deprivovaných komunitách je horšie ani nie kvôli nerovnosti v rámci ich komunity ale pretože sú znevýhodnení vo vzťahu k širšej spoločnosti. Lynch a jeho kolegovia (2000, s. 1202) dospeli k záveru: Nerovná distribúcia príjmov je jedným z výsledkov historických, kultúrnych a politicko-ekonomických procesov. Tieto procesy ovplyvňujú súkromné zdroje jednotlivcov a utvárajú charakter verejnej infraštruktúry – vzdelanie, zdravotné služby, doprava, životné prostredie, dostupnosť potravín, kvalitu bývania, ochranu zdravia pri práci, ktoré formujú neomateriálnu maticu súčasného života. Príjmová nerovnosť je tak sama o sebe jedným z prejavov zhľuku neomateriálnych podmienok, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav obyvateľov. Beckfield, J. (2004) nenašiel žiaden dôkaz, že zmeny v príjmových nerovnostiach v rámci krajín sú spájané so zmenami v zdraví. Podľa Subramanian – Kawachi (2004), Lynch et al. (2004) v rovnostárskejšej spoločnosti sa dosahuje lepšie zdravie a žije dlhšie. Marmot (2004) a ďalší (Singh-Manoux et al.

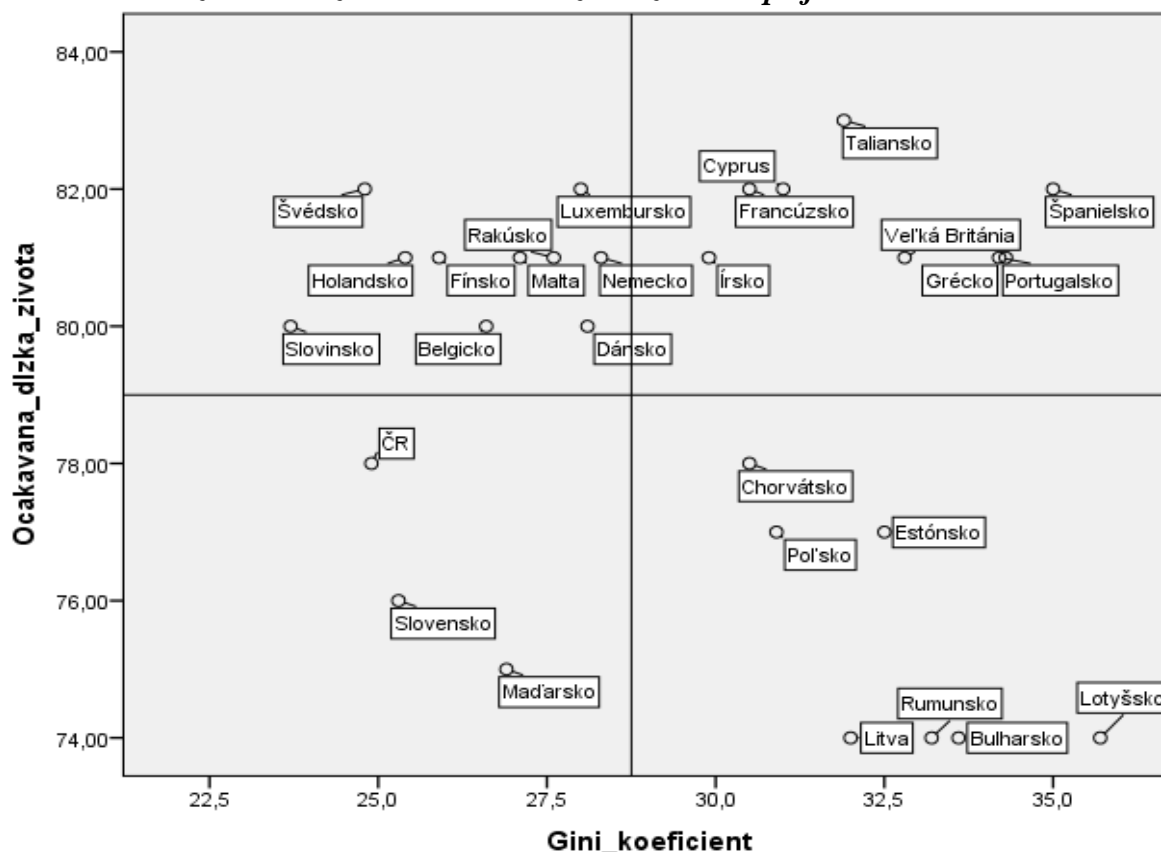
2003, Charlesworth et al. 2004,) argumentujú, že vzťah medzi zdravím a sociálnym statusom môže byť primárne odrazom sociálnej pozície. Marmot – Friel – Bell (2008), Wilkinson – Pickett (2009) konštatujú, že spoločnosti s menšími príjmovými rozdielmi medzi bohatými a chudobnými majú tendenciu mať lepšie zdravie a menej násilia.

4.1 Objektívne posudzovanie vzťahu zdravia a príjmovej nerovnosti

V súlade s predchádzajúcimi výskumami o nerovnosti a zdraví a v súlade s našim zámerom použijeme Giniho koeficient ako štandardný ukazovateľ príjmovej nerovnosti a závislou premennou bude očakávaná dĺžka života.

Scatter diagram očakávanej dĺžky života zostrojený proti príjmovej nerovnosti ukazuje, že vzťah medzi očakávanou dĺžkou života a príjmovou nerovnosťou je pomerne slabý. Nedá sa konštatovať, že krajiny s vyššou mierou príjmovej nerovnosti, majú nižšiu očakávanú dĺžku života.

Obr. 2: Vzťah medzi očakávanou dĺžkou života a príjmovou nerovnosťou



Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe štatistického programu IBM SPSS a na základe údajov z Eurostatu (EU- SILC 2012) a WHO (2012)

V jednotlivých krajinách EÚ28 je rozdielna závislosť medzi Giniho koeficientom a očakávanou dĺžkou života. V pravom dolnom rohu grafu sú krajiny s vysokou mierou príjmovej nerovnosti a nízkou očakávanou dĺžkou života. Ide predovšetkým o Pobaltské štáty, Bulharsko, Rumunsko, Poľsko a Chorvátsko. Ide o štáty, ktoré po prechode na trhovú ekonomiku zaznamenali enormný nárast rozdielov v príjmoch medzi obyvateľmi a časť obyvateľov s nízkymi príjmami je vystavená väčšiemu riziku ochorenia v porovnaní s ostatnými. Je potrebné si však uvedomiť, že národná

očakávanú dĺžku života je vo všeobecnosti nižšia oproti pôvodným členským štátom vzhľadom na historický vývoj, uplatňovaný charakter sociálneho štátu ako aj životnú úroveň obyvateľov. V pravom hornom rohu grafu sú krajiny s vysokou mierou príjmovej nerovnosti a vysokou očakávanou dĺžkou života. Patrí sem väčšina štátov južnej Európy, Veľká Británia, Írsko a Francúzsko. Obyvatelia daných krajín sa dožívajú vyššieho veku nielen kvôli ich príjmu ale aj vzhľadom na priaznivé klimatické podmienky ako aj ich životný štýl. Príjem je distribuovaný nerovnomerne, čím sa vytvára priestor na rozdielny vek dožitia medzi obyvateľmi. Krajiny ako Slovensko, ČR a Maďarsko sa vyznačujú nižšími príjmovými nerovnosťami a nižšou očakávanou dĺžkou života. I keď sú príjmové nerovnosti v týchto krajinách nižšie ako v ostatných krajinách, ktoré vstupovali do EÚ od roku 2004, ich očakávaná dĺžka života je porovnateľná, resp. vyššia ako v bývalých postkomunistických krajinách. Ostatné členské štáty EÚ28 majú nižšiu mieru príjmových nerovností a vyššiu očakávanú dĺžku života. Príjem je tak len jedným z mnohých faktorov, ktoré determinujú očakávanú dĺžku života a nemôžeme jednoznačne konštatovať, že rovnejšie spoločnosti majú lepšie zdravie.

Príjem má však zrejmy vplyv na zdravie, pretože poskytuje prostriedky pre nevyhnutné predpoklady dobrého zdravia (prístrešie, jedlo, teplo...). Nízky príjem zvyšuje u jednotlivca vystaveniu sa škodlivému prostrediu, ako aj znižuje možnosti rodiny na uspokojovanie nevyhnutných potrieb ako je napríklad zdravá strava. Chabé bývanie je napríklad spojené s rôznymi chorobami, preľudnatosťou obydli, čo je spojené s neprimeranými hygienickými podmienkami ako aj s vyšším rizikom požiaru a haváriami.

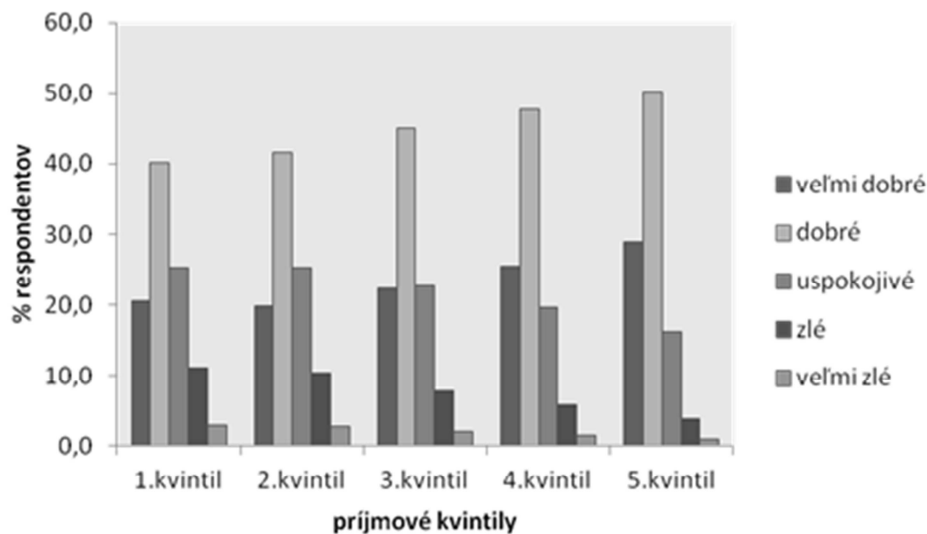
Príjmová úroveň ovplyvňuje tiež spôsob, akým sa rodičia dokážu postarať o svoje zdravie ako aj o zdravie svojich detí. Rovnako ovplyvňuje, kde ľudia žijú a kde chodia ich deti do školy. Nedostatok peňazí núti rodiny kupovať jedlo, ktoré je kalorické ale nie výživné, aby ich uspokojilo, čo vedie k podvýžive, vysokej hladine cholesterolu, obezite a k zubnému kazu u detí. Okrem toho vplyv nepriaznivých sociálno-ekonomických podmienok v detstve, vrátane zlých stravovacích návykov, sa koncentruje počas životného cyklu a vytvára okrem iného trvalé zvýšenie rizika srdcovocievnych ochorení. Chudoba tiež posilňuje zdraviu škodlivé správanie. Prevalencia fajčenia u nízkopríjmových skupín obyvateľstva je interpretovaná ako mechanizmus vyrovnávania sa so stresom zo života v chudobných podmienkach (Judge - Paterson, 2001, s. 6).

Príjmová nerovnosť tak môže byť spojená so zdravím, ale nemožno opomenúť ďalšie faktory, zahrňujúce faktory na makroúrovni ako je ekonomický rozvoj a faktory na mikroúrovni ako je správanie jednotlivca voči svojmu zdraviu a jeho individuálny príjem.

4.2 Subjektívne posudzovanie vzťahu zdravia a príjmovej úrovne

Zdravie vo vzťahu k príjmu môžeme posudzovať aj na základe vnímania zdravotného stavu samotnými obyvateľmi. Obrázok 3 znázorňuje posúdenie svojho zdravia obyvateľmi podľa príjmových kvintilov v rámci štatistického zisťovania EU-SILC2012. V priemere EÚ hodnotili dotazovaní svoje zdravie skôr dobre ako zle.

Obr. 3: Sebahodnotenie zdravia podľa príjmových kvintilov



Zdroj: Vlastné spracovanie na základe údajov z Eurostatu (EU-SILC2012). [cit. 2014.08.18].

Vnímanie zdravia ako veľmi dobré narastá s príjmom jednotlivca. Kým 20,5 % obyvateľov v 1.kvintile hodnotí svoje zdravie ako veľmi dobré, tak 28,9 % obyvateľov v najvyššom kvintile posudzuje svoje zdravie ako veľmi dobré. Viac ako 50 % obyvateľov v 5.kvintile hodnotí svoje zdravie ako dobré oproti 40 % v 1.kvintile. Najviac obyvateľov v jednotlivých príjmových skupinách hodnotí svoje zdravie ako zlé v najnižšej príjmovej skupine a s rastom príjmu klesá podiel obyvateľov posudzujúcich svoje zdravie ako zlé. Viac ako 25 % obyvateľov v 1. a 2.kvintile považuje svoje zdravie za uspokojivé, pričom v 4.kvintile to je len 19,6 % obyvateľov a v 5.kvintile len 16 % obyvateľov. Celkovo v 1.kvintile približne 60 % obyvateľov hodnotí svoje zdravie ako pomerne dobré (veľmi dobré, dobré) a 14 % ako zlé (veľmi zlé, zlé). V 2.kvintile posudzuje svoje zdravie ako pomerne dobré 61,5 % ako zlé 13,2 % obyvateľov. Pozitívny trend s rastom príjmu v hodnotení zdravia vidíme aj v nasledujúcich kvintiloch, pričom klesá podiel obyvateľov so záporným hodnotením svojho zdravotného stavu. V 3.kvintile posudzuje svoje zdravie ako pomerne dobré 67,3 % obyvateľov a ako zlé 9,9 %, v 4.kvintile to je už 73,1 % obyvateľov s pomerne dobrým zdravotným stavom a len 7,30 % so zlým zdravím a najlepšie hodnotenie svojho zdravia vyjadrujú obyvatelia s najvyšším príjmom – 79 % posudzuje svoje zdravie ako pomerne dobré a 4,8 % ako zlé.

Na základe sebahodnotenia obyvateľov vlastného zdravia môžeme konštatovať, že subjektívne vnímanie zdravia je horšie u obyvateľov s nižším príjmom ako u vyššie príjmových skupinách obyvateľov. Príjem tak do určitej miery ovplyvňuje zdravie obyvateľov ako aj jeho vnímanie.

5 Diskusia

Otázka či príjmová nerovnosť je spojená so zdravím vyvolala značnú pozornosť pri viacerých diskusiách o povahe väzieb medzi príjmom, príjmovou nerovnosťou, zdravím a nerovnosťou v zdraví. Niektorí konštatujú (Lynch et al. 2004, Leigh, A. et al. 2009, Marmot, 2010, Rowlington, K., 2011....), že tak ako individuálny príjem tak aj príjmová nerovnosť robia rozdiely v zdraví a sociálnych problémoch, iní

poznávajú (Beckfield, 2004, Lynch et al. 2004, Deaton, 2003), že príjmová nerovnosť sama o sebe nemôže ovplyvniť zdravie obyvateľov. Silná závislosť medzi príjmom a zdravím môže byť zdeformovaná vplyvom sociálnej politiky, rodovej alebo triednej nerovnosti alebo ostatných faktorov ovplyvňujúcich zdravie. Chabé zdravie v nerovných spoločnostiach sa tiež vysvetľuje ako dôsledok podinvestovania fyzického, ľudského a kultúrneho kapitálu, zahrňujúc lekárske služby, vzdelanie a kultúrne aktivity. Napriek tomu, že zdravotný status je často spájaný s príjmom, tak tento vzťah má ďaleko od dokonalosti, pretože pri posudzovaní zdravia dochádza k rôznemu posudzovaniu blahobytu, ktorý však pochádza iba z pohľadu na príjem. Ďalším bezprostredným problémom skúmania vzťahu príjmu a zdravia je jeho meranie. Kým máme niekoľko ukazovateľov merania príjmu, tak absentuje porovnateľné meradlo zdravotného stavu. Aj nami použitá očakávaná dĺžka života je síce užitočnou štatistikou ale je menej užitočná na úrovni jednotlivca, preto je posúdenie vzájomného vzťahu príjmu a zdravia náročné. Sme toho názoru, že účinok príjmových nerovností na zdravie je ale nie je rozhodujúcim činiteľom pri nerovnosti v zdraví.

Záver

Porovnanie krajín ani porovnanie jednotlivcov nemôže zohľadniť všetky faktory, ktoré môžu ovplyvniť naše skúmané veličiny: príjem a zdravie. Okrem toho nelineárny vzťah medzi príjmom a zdravím na národnej úrovni ako aj na úrovni jednotlivca (jednotlivci s nízkymi príjmami trpia väčšími negatívnymi následkami zdravia ako jednotlivci s vysokými príjmami, ktorí ťažia zo zdravotných benefitov) by mohol byť poháňaný efektom zdravia na príjem. Zdravie môže ovplyvniť ekonomickú (príjmovú) nerovnosť a to pomocou vplyvu na trh práce a vzdelanie. Zlý zdravotný stav môže sťažiť uplatnenie na trhu práce ako aj vystaviť jednotlivcov diskriminácii na trhu práce. Nepriaznivé zdravie môže zvýšiť absenciu v práci a znížiť pracovnú výkonnosť, čo sa negatívne prejaví v zárobku jednotlivca. Chabé zdravie v rannom veku ovplyvňuje aj výsledky vzdelávania, čo sa následne prejaví v ďalšej fáze životného cyklu.

Či je alebo nie je súvislosť medzi príjmovou nerovnosťou a zdravím, vyžaduje si to riešenie nerovností v celej rade ekonomických a sociálnych oblastiach: od distribúcie cez daňový a sociálny systém až k príjmovým a majetkovým politikám, k silnejším verejným službám ako aj k posilneniu rovnosti príležitostí.

PodĎakovanie

Tento článok bol spracovaný s podporou výskumného projektu: VEGA č. 1/0086/12 „Ekonomické a sociálne súvislosti zdravia obyvateľstva a ich vplyv na kvalitu života“.

Referencie

ADLER, N. E., BOYCE, T., CHESNEY, M. A., et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *In American Psychologist*, 1994, roč. 49, č. 1, s. 15–24. ISSN 0003-066X.

BECKFIELD, J. Does Income Inequality Harm Health? New Cross-National Evidence. *In Journal of Health and Social Behavior*, 2004, roč. 45 (September), s. 231–248. ISSN 0022-1465.

DEATON, A. Health, Inequality and Economic Development. *In Journal of Economic Literature*, 2003, roč. 41, č. 1, s. 113-158. ISSN 0022-0515.

EUROSTAT, [cit. 2014-08-18]. Dostupné na WWW:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database>.

CHARLESWORTH, S. J., GILFILLAN, P., Wilkinson, R. Living Inferiority. *In British Medical Bulletin*, 2004, roč. 69, č. 1, s. 49-60. ISSN 0007-1420.

JUDGE, K. – PATERSON, I. *Poverty, Income Inequality and Health*. Treasury working paper, 01/29. 2001. [cit. 2014-08-27]. Dostupné na WWW:
<<http://www.treasury.govt.nz/publications/research-policy/wp/2001>>.

LEIGH, A., JENCKS, CH., SMEEDING, T. M. *Health and Economic Inequality*. 2009. [cit. 2014-09-11]. Dostupné na WWW:
<<http://andrewleigh.org/pdf/HealthInequalityOUP.pdf>>.

LYNCH, J. W., SMITH G., D., KAPLAN, G., A., HOUSE, S., J. Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions. *In British Medical Journal*, 2000, roč. 320 (7243), s. 1200–1204.

LYNCH *et al.* *Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review*. 2004. [cit. 2014-09-02]. Dostupné na WWW:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690209/>>.

MARMOT, M. *Status Syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy*. Bloomsbury, London, 2004. 288 s. ISBN 0747570493.

MARMOT, M. – FRIEL, S. – Bell R, et al. 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. Geneva: World Health Organization, 2008.

MARMOT, M. *Fair Society, Healthy Lives [The Marmot Review]*. 2010. [cit. 2014-09-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>>.

NOVÁKOVÁ, M. *Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach*. Bratislava, Vyd. EKONÓM, 2014. 90 s. ISBN 978-80-25-3850-3.

ROWLINGSON, K. *Does Income Inequality cause health and social problems?* York: Joseph Rowntree Foundation, 2011. 51 s. ISBN 978-1-85935-847-4.

Rural poverty and health systems in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010, 40 s. ISBN 978 92 890 0219.

SINGH-MANOUX, A., ADLER, N. E., MARMOT, M. G. Subjective social status: its determinants and its association with ill-health in the Whitehall II study. *In Social Science & Medicine*, 2003, roč. 56, č. 6, s. 1321-1333. ISSN 0277-9536.

SUBRAMANIAN, S. V., KAWACHI, I. 2004. Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far? *In Epidemiologic Reviews*, 2004, roč. 26, s. 78-91. ISSN 0193-936X.

WHO, [cit. 2014-09-12]. Dostupné na WWW:

<http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/>

WILKINSON, R. G. Income, inequality and social cohesion. In *American Journal of Public Health*, 1997, roč. 87, č. 9, s. 1504-1506. ISSN 0090-0036.

WILKINSON, R. G., PICKETT, K. E. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Penguin, 2009. 352 s. ISBN 1-84614-039-0.

Kontaktná adresa

Doc. Ing. Silvia Šipikalová, PhD.

Katedra sociálneho rozvoja a práce, Národohospodárska fakulta

Ekonomická univerzita v Bratislave

Dolnozemska cesta 1, 852 35 Bratislava

E-mail: silvia.sipikalova@euba.sk

Přijato: 16. 09. 2014

Recenzováno: 28. 10. 2014, 29. 10. 2014

Schváleno: 05. 12. 2014