

Streszczenia rozpraw doktorskich

POWIĄZANIA MIĘDZY POZIOMEM ROZWOJU SPOŁECZNO-GOSPODARCZEGO I ZASOBEM ZDROWIA LUDNOŚCI NA OBSZARACH WIEJSKICH O DUŻYM ROZDROBNIENIU AGRARNYM

Praca doktorska mgr inż. Pauliny Kramarz

Promotor: dr hab. Józef Kania

Recenzenci: prof. dr hab. Zofia Wyszowska, prof. UMK
dr hab. Grzegorz Ślusarz, prof. UR

Obrona pracy odbyła się 22 maja 2018 roku
na Wydziale Nauk Ekonomicznych
Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Wstęp

Można uznać, że w ogólnym rozumieniu postępujący rozwój obszarów wiejskich oznacza dążenie do osiągnięcia satysfakcjonujących warunków życia i zatrudnienia ludności. Podobnie rozumiany jest rozwój społeczno-gospodarczy, natomiast jego pomiar wymaga uwzględnienia jeszcze szerszego wachlarza czynników, m.in. charakteryzujących przebieg procesów gospodarczych, jakość zasobów ludzkich oraz jakość życia lokalnych społeczności. Jednym z najważniejszych elementów oceny rozwoju społeczno-gospodarczego jest zasób zdrowia, którego znaczenie ekonomiczne jest coraz częściej akcentowane w badaniach. Wśród determinant zasobu zdrowia wyróżnia się szereg czynników społeczno-ekonomicznych, a ich mnogość oraz wnioski wynikające z literatury przedmiotu pozwalają twierdzić, że między poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego i zasobem zdrowia występują współzależności. Powiązania te charakteryzują się wysoką złożonością i mają charakter dwustronny. Ich wyjaśnienie wymaga prowadzenia badań nawiązujących do nurtów ekonomii dobrobytu, ekonomii zrównoważonego rozwoju oraz ekonomii zdrowia. Trudności w tego rodzaju badaniach

nastęcza nieaktualność i niepełność baz danych, co powoduje konieczność posługiwania się wskaźnikami syntetycznymi i wykorzystania w procesie badawczym wielu metod. Rozwiązanie problemu badawczego było możliwe dzięki zastosowaniu metod wielowymiarowej analizy porównawczej, analizy korelacji, metody „funkcji produkcji zdrowia” oraz przeprowadzenia badania kwestionariuszowego. W treści rozprawy zaprezentowane zostały główne tendencje rozwoju społeczno-gospodarczego w regionie małopolsko-podkarpackim, jego przestrzenne zróżnicowanie, zróżnicowanie zasobu zdrowia, zróżnicowanie dostępności do opieki zdrowotnej, poziomu jej finansowania oraz powiązania występujące między tymi zjawiskami. Zasadniczy okres badań dotyczył lat 2010-2012.

Cel pracy i hipotezy badawcze

Problem powiązań między poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego i zasobem zdrowia był dotychczas rzadko podejmowany, co dotyczy zwłaszcza odniesienia do obszarów o szczególnej specyfice – na przykład obszarów wiejskich o dużym rozdrobieniu agrarnym. Z tego względu cel główny pracy został sformułowany jako określenie zależności pomiędzy poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego na obszarach wiejskich o dużym rozdrobieniu agrarnym a zasobem zdrowia ludności oraz próba wyjaśnienia przyczyn występowania zjawiska nierówności społecznych w zdrowiu na obszarach wiejskich. W realizacji celu głównego pomocna była realizacja celów szczegółowych o następującym brzmieniu:

- Ocena poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego i jego zróżnicowania na badanym obszarze.
- Rozpoznanie zróżnicowania zasobu zdrowia, stopnia dostępności do opieki zdrowotnej i czynników ich zróżnicowania na badanym obszarze.
- Określenie zależności między poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego obszarów wiejskich a wskaźnikami opisującymi zasób zdrowia.
- Wyznaczenie determinant, które są kluczowe dla poprawy zasobu zdrowia ludności na obszarach (powiatach) o wysokim i niskim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego.
- Usystematyzowanie wiedzy na temat związków między poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego i zasobem zdrowia, z uwzględnieniem różnych teorii ekonomii.

Aby rozwiązać problem badawczy i zrealizować cel badań, postawiono trzy hipotezy badawcze. Nadano im następujące brzmienie:

- Długość życia, będąca ważnym wyznacznikiem zasobu zdrowia, wzrasta wraz z poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego.
- Poziom nakładów na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest dodatnio skorelowany z poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego powiatów.
- Poziom zasobu zdrowia na obszarach wiejskich zmniejsza się wraz ze wzrostem odległości miejsca zamieszkania ludności od ośrodków miejskich.

Metody badawcze

Przyjęto metodykę badań, zgodnie z którą jako obszar badawczy zostały wyznaczone dwa województwa: małopolskie i podkarpackie. Obydwa te województwa charakteryzują się rozdrobniłą strukturą agrarną, podobnymi uwarunkowaniami geograficz-

nymi oraz historycznymi (co między innymi stanowi genezę rozdrobnienia agrarnego tego obszaru) i jednocześnie najlepszymi na tle kraju wskaźnikami zasobu zdrowia. W badanych województwach wskaźnik średniej długości życia kształtował się na najwyższym w kraju poziomie. W 2012 roku było to 78 lat, co stanowiło czas o trzy lata dłuższy w porównaniu z województwem łódzkim, w którym zasób zdrowia charakteryzował się najgorszą w kraju jakością. Wymienione cechy oraz występujące powiązania funkcjonalne czynią obszar województw małopolskiego i podkarpackiego w miarę jednolitym pod względem uwarunkowań rozwoju społeczno-gospodarczego obszarów wiejskich. Cecha, jaką jest duże rozdrobnienie agrarne, stanowiła wyznacznik charakterystyki badanego obszaru i tło badań. Badaniami zostało objętych 40 powiatów wybranych województw. Z badań wyłączono miasta na prawach powiatów. W ten sposób wyznaczony obszar badawczy nazwano regionem małopolsko-podkarpackim.

Spośród metod gromadzenia materiału badawczego zostały zastosowane metody dokumentacyjne oraz metody ankietowe. Dane wtórne wykorzystane w analizach statystycznych pochodziły z baz danych instytucji takich jak Główny Urząd Statystyczny, Komisja Europejska, Światowa Organizacja Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Dane pierwotne zostały zgromadzone z zastosowaniem kwestionariusza ankiety. Stanowiło ono uzupełnienie wyników badań otrzymanych w toku analizy statystycznej i modelowania ekonometrycznego. Badanie zostało przeprowadzone w powiatach charakteryzujących się wysokim, przeciętnym i niskim poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego. Dla każdej z grup rozwoju do badań wylosowano po 6 powiatów. W ramach powiatów wytypowano gminy różniące się między sobą miejscami położenia w stosunku do ośrodka miejskiego. Po dokonanej weryfikacji formalnej i merytorycznej do analizy wykorzystano 368 ankiet.

Syntetyczny wskaźnik rozwoju społeczno-gospodarczego został wyznaczony za pomocą metody sum standaryzowanych. Do badań wybrano na etapie wstępnym 35 cech diagnostycznych, ujętych w trzy komponenty rozwoju: jakość zasobów ludzkich, stan lokalnej gospodarki, jakość życia lokalnych społeczności. Dla każdej zmiennej została wyznaczona średnia arytmetyczna z lat 2010-2012 w celu wyeliminowania przypadkowej zmienności danych. Syntetyczny wskaźnik rozwoju został skonstruowany w oparciu o zmienne wyłonione zgodnie z założonym kryterium statystycznym i merytorycznym. Na podstawie otrzymanych wartości wskaźnika, za pomocą miar wyznaczonych przez kwartyle, badane powiaty zostały podzielone na trzy grupy: charakteryzujące się wysokim (25% powiatów), przeciętnym (50% powiatów) i niskim poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego (25% powiatów).

Oceny zasobu zdrowia dokonano z wykorzystaniem wskaźnika liczby potencjalnie utraconych lat życia (PYLL), stanowiącego wyraz nasilenia zjawiska przedwczesnej umieralności, definiowanej w prowadzonych badaniach jako umieralność przed osiągnięciem 75 roku życia. Wskaźnik PYLL został zastosowany w miejsce wskaźnika średniej długości życia, która nie jest mierzona w skali powiatów. Oceny zasobu zdrowia dopełniły wskaźniki informujące o poziomie umieralności ogółem i w wyniku najczęstszych w Polsce przyczyn, tj. chorób układu krążenia, chorób nowotworowych i w wyniku przyczyn zewnętrznych.

Dostępność opieki zdrowotnej w badanym obszarze została oceniona z użyciem syntetycznego wskaźnika dostępności skonstruowanego z zastosowaniem metody sum

standaryzowanych oraz w odniesieniu do jego wskaźników cząstkowych, charakteryzujących stan poszczególnych zasobów systemu opieki zdrowotnej.

Zależności między poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego i zasobem zdrowia były badane z zastosowaniem analizy korelacji oraz metody „funkcji produkcji zdrowia”. Analiza korelacji była pomocna w badaniu zależności między poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego a cechami zasobu zdrowia, poziomem finansowania opieki zdrowotnej oraz poziomem dostępności opieki zdrowotnej. Metoda „funkcji produkcji zdrowia” pozwoliła na wyznaczenie determinant zasobu zdrowia, które były kluczowe w kształtowaniu zasobu zdrowia w badanym obszarze. Wśród zmierzających objaśniających znalazły się czynniki społeczno-ekonomiczne oraz czynniki charakteryzujące stan zasobów systemu opieki zdrowotnej. Przyjmując za wzór publikacje z lat 1969–2013 opisujące badania z wykorzystaniem tej metody, zastosowano model funkcji Cobba–Douglasa. Parametry strukturalne modelu zostały oszacowane z zastosowaniem klasycznej metody najmniejszych kwadratów. W opracowaniu i prezentacji wyników badań posłużono się metodami statystyki opisowej (metodą tabelaryczną, graficzną i miarami rozkładu).

Wyniki badań oraz najważniejsze wnioski

Badania wykazały, że poziom rozwoju społeczno-gospodarczego powiatów regionu małopolsko-podkarpackiego był silnie zróżnicowany, o czym świadczyła rozpiętość miar syntetycznego wskaźnika rozwoju społeczno-gospodarczego – od -6,67 w powiecie chrzanowskim do 9,79 w powiecie myślenickim. Analiza statystyczna pozwoliła stwierdzić, że w sposób stymulujący na poziom rozwoju społeczno-gospodarczego w badanym regionie wpływały przede wszystkim poziom przedsiębiorczości reprezentowany przez wskaźnik liczby przedsiębiorstw przypadającej na 10 tys. osób, stopień absorpcji środków UE przeznaczonych na finansowanie programów i projektów w przeliczeniu na jednego mieszkańca oraz powierzchnia obszarów prawnie chronionych. Przestrzenne zróżnicowanie poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego pozwoliło ponadto stwierdzić, że wzrostowi poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego sprzyjała bliskość głównych szlaków komunikacyjnych oraz obecność walorów przyrodniczych przesądzających o atrakcyjności turystycznej. Najlepiej rozwinięte obszary były zlokalizowane wzdłuż głównych szlaków komunikacyjnych oraz na południowych krańcach obszaru badawczego. Te ostatnie charakteryzowały się jednocześnie wysokim udziałem obszarów prawnie chronionych w powierzchni ogółem oraz jedynymi z najwyższych poziomów przedsiębiorczości.

Poziom rozwoju społeczno-gospodarczego wykazywał związek z kształtowaniem wydatków na ochronę zdrowia z budżetów samorządów terytorialnych. Kierunek tych powiązań był jednak odmienny w przypadku budżetów powiatowych (ujemny) i gminnych (dodatni). Wzrost wydatków z budżetów powiatowych wraz ze spadkiem poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego miał związek z tym, że około 80% środków wydatkowanych z budżetów powiatów, a przeznaczonych na cele związane z ochroną zdrowia, było przekazanych na finansowanie świadczeń zdrowotnych osób bezrobotnych i innych osób nie objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Wielkość finansowania zadań związanych z ochroną zdrowia z budżetów gmin wzrastała wraz z poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego, ujawniając szczególnie silną

zależność ze stanem lokalnej gospodarki. Wyniki te potwierdziły, że hipoteza druga zakładająca istnienie dodatkowej zależności między poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego powiatów a wysokością wydatków na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca została zweryfikowana pozytywnie.

Wraz ze wzrostem poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego następował spadek umieralności ogółem oraz umieralności w wyniku chorób układu krążenia. Wskaźnik liczby potencjalnie utraconych lat życia (PYLL) oraz wskaźnik umieralności w wyniku chorób nowotworowych nie wykazywały istotnego statystycznie związku korelacyjnego ze wskaźnikiem rozwoju społeczno-gospodarczego. Było to wynikiem różnego kierunku oddziaływania jakości poszczególnych komponentów rozwoju na te cechy zasobu zdrowia. Na tym etapie badań stan lokalnej gospodarki ujawnił negatywny wpływ na niektóre cechy charakterystyki zasobu zdrowia. Występowanie pozytywnego wpływu postępującego rozwoju społeczno-gospodarczego na zasób zdrowia potwierdziły także badania ankietowe, zgodnie z którymi wraz z przechodzeniem od grupy o najniższym do grupy o najwyższym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego odsetek osób oceniających własne zdrowie jako bardzo dobre lub dobre wzrastał. Tym samym można było uznać, że hipoteza pierwsza została zweryfikowana pozytywnie.

Zależność między odległością miejsca zamieszkania od miasta powiatowego i zasobem zdrowia nie ujawniła się w sposób wyraźny. Ocena własnego stanu zdrowia respondentów była lepsza na obszarach o większym oddaleniu od miasta powiatowego. Miało to związek z tym, że wraz ze zmniejszaniem odległości od miasta powiatowego wzrastał odsetek osób odczuwających zagrożenie zdrowia w formie stresu i silniej odczuwano ograniczenie dostępności opieki zdrowotnej (o czym przesądzała wysoka gęstość zaludnienia i związana z tym wysoka liczba osób przypadających na jedną praktykę lekarską). W związku z powyższym hipoteza trzecia nie została potwierdzona.

W procesie badawczym podjęto także próbę oszacowania modelu „funkcji produkcji zdrowia” dla zmiennej objaśnianej informującej o liczbie potencjalnie utraconych lat życia (PYLL). W treści rozprawy zaprezentowany został model, który charakteryzował się najlepszym dopasowaniem. Został on objaśniony za pomocą czterech zmiennych. Należały do nich: wielkość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w relacji do średniej krajowej, odsetek osób zatrudnionych w rolnictwie, stopa bezrobocia rejestrowanego oraz liczba pielęgniarek przypadająca na 10 tys. ludności. Najsilniejszy wpływ na zmienną objaśnianą wykazał poziom przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w relacji do średniej krajowej, którego 1% wzrost powodował zwiększenie liczby potencjalnie utraconych lat życia o 0,89%. Wskaźniki społeczno-ekonomiczne wykazywały silniejszy związek z charakterystyką zasobu zdrowia aniżeli te, które charakteryzowały stan zasobów systemu opieki zdrowotnej. Ujawniona zależność między zwiększeniem liczby pielęgniarek przypadającej na 10 tys. ludności i wzrostem wskaźnika PYLL była związana z tym, że zwiększenie dostępności personelu medycznego było odpowiedzią na wzmożony popyt na usługi opieki zdrowotnej występujący na obszarach, gdzie zasób zdrowia charakteryzował się gorszą jakością.

Ocena rozwoju społeczno-gospodarczego przeprowadzona w ramach jego trzech komponentów (jakość zasobów ludzkich, stan lokalnej gospodarki i jakość życia lokalnych społeczności) pozwoliła stwierdzić, że w badanym regionie rozwój ten nie przebiegał zgodnie z założeniami rozwoju zrównoważonego. Przejawiało się to głównie roz-

bieżnością celów gospodarczych i tych, które były związane z dążeniem do zachowania wysokiej jakości życia lokalnych społeczności i wysokiego poziomu kapitału ludzkiego. Ponadto wśród czynników rozwoju społeczno-gospodarczego ujawniły się takie, które – będąc jego stymulantami – wpływały jednocześnie na uszczuplenie zasobu zdrowia. Czynniki takie jak odsetek osób zatrudnionych w przemyśle i liczba przedsiębiorstw przypadająca na 10 tys. ludności do ich pewnego poziomu wykazywały wpływ na poprawę zasobu zdrowia, natomiast po jego przekroczeniu ujawniał się wpływ negatywny. Wiązało się to także ze wspomnianym występowaniem negatywnego wpływu poprawy stanu lokalnej gospodarki na niektóre z cech charakterystyki zasobu zdrowia.

Dalsze etapy badań pozwoliły stwierdzić, że powodem dla którego wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w relacji do średniej krajowej powoduje wzrost liczby potencjalnie utraconych lat życia, jest podejmowanie zależnych od wysokości dochodu zachowań szkodliwych dla zdrowia i negatywny wpływ na zdrowie warunków panujących w środowisku pracy. Znalazło to potwierdzenie w literaturze przedmiotu oraz innych wynikach badań, które wykazały m.in., że wzrost stopy bezrobocia rejestrowanego powodował spadek liczby potencjalnie utraconych lat życia. Należy w tym miejscu zauważyć, że wspomniane zależności, dotyczące oddziaływania na zasób zdrowia czynników takich jak poziom przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto i stopa bezrobocia rejestrowanego oznaczają wpływ na zasób zdrowia aspektów, które im towarzyszą, nie zaś samej w sobie wysokości wynagrodzenia i poziomu bezrobocia.

Obszary charakteryzujące się wysokim i niskim poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego różniły się zarówno pod względem charakterystyki zasobu zdrowia, jak i w kwestii kluczowych w jego poprawie determinant. Badania wykazały, że na obszarach o niskim poziomie rozwoju zasób zdrowia wykazywał szczególną wrażliwość na zmiany jakości cech zasobów ludzkich, natomiast na obszarach o wysokim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego na zmiany jakości życia lokalnych społeczności. Na obszarach o różnym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego inne były też czynniki, które uznawane są za powodujące uszczuplenie zasobu zdrowia, a także przyczyny ich wystąpienia. Przykładowo na obszarach o wysokim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego podejmowanie negatywnych dla zdrowia zachowań wiązało się częściej ze świadomym wyborem, natomiast na obszarach o niskim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego częściej wiązało się z ograniczeniami finansowymi.

Badania wykazały, że występowanie zjawiska nierówności społecznych w zdrowiu jest częstsze na obszarach o niskim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego. Respondenci zamieszkujący obszary niskorozwinięte najczęściej odczuwali problem ograniczenia dostępności do opieki zdrowotnej i jej niezadawalającą jakość.

Przeprowadzone badania wykazały złożoność powiązań występujących między kształtowaniem się procesów rozwoju społeczno-gospodarczego i zasobem zdrowia na obszarach o dużym rozdrobnieniu agrarnym. Jak wskazują źródła literaturowe i jak wykazały przeprowadzone badania, taka zależność występuje w określonych warunkach oraz towarzyszy temu szereg zależności, spośród których część została zbadana, natomiast wciąż pozostają aspekty wymagające wyjaśnienia. Istnieje konieczność prowadzenia dalszych badań społeczno-ekonomicznych determinant zdrowia, szczególnie dotyczących przedwczesnej umieralności, która jest częstsza w Polsce niż w Unii Europejskiej i dodatkowo zróżnicowana nawet w skali powiatów badanego regionu.

Badania tego rodzaju mogą okazać się przydatne w dążeniu do wspierania odnawiania zasobu zdrowia. Na podstawie otrzymanych wyników badań można wnioskować, że mogłoby ono przejawiać się taką alokacją zasobów opieki zdrowotnej i takim zagospodarowaniem środków finansowych, które miałyby na celu nie tylko reakcję na już zaistniałe uszczerplenie zasobu zdrowia, ale także zapobieganie jego uszczerplaniu. Jako kolejny sposób można wymienić uwzględnienie w dążeniu do osiągnięcia rozwoju zrównoważonego kwestii związanych z jakością życia społeczeństwa, w szczególności związanych z warunkami pracy i zatrudnienia. Wydaje się to być kwestią bardzo istotną, zwłaszcza, że w badanym obszarze niektóre z czynników ekonomicznych wykazywały negatywny wpływ na zasób zdrowia w sposób nawet silniejszy niż samo zanieczyszczenie środowiska naturalnego.

Przeprowadzone badania wykazały, że problem poszukiwania zależności między rozwojem społeczno-gospodarczym i zasobem zdrowia jest złożony, stąd też zachodzi potrzeba jego dalszych pogłębionych badań.

Paulina Kramarz

Zaakceptowano do druku – Accepted for print: 17.12.2018.

