

Agnieszka JAKUBOWSKA  
Politechnika Koszalińska

## Status społeczno-ekonomiczny jako determinanta zdrowia: przykład gospodarek UE

**Synopsis:** Celem opracowania był przegląd koncepcji teoretycznych opisujących mechanizmy oddziaływania czynników społecznych na poziom zdrowia oraz nierówności w zdrowiu. Część empiryczna prezentuje wpływ gradientu społecznego na poziom zdrowia mieszkańców UE.

**Słowa kluczowe:** społeczne determinanty zdrowia, SDHO, nierówności w zdrowiu, Unia Europejska.

### Wprowadzenie

Termin społeczne determinanty zdrowia (ang. *social determinants of health* – SDOH) często używany jest w odniesieniu do wszelkich niemedycznych czynników wpływających na zdrowie, w tym wiedzy o zdrowiu, postaw, przekonań i zachowań (na przykład palenia), jednak SDOH obejmuje również takie czynniki, jak niekorzystna sytuacja społeczna oraz narażenie na ryzyko nierówności odgrywające zasadniczą rolę przyczynową w złym stanie zdrowia. To właśnie pozycji społecznej i związanym z nią wyborom w zakresie konsumpcji, dostępu do opieki zdrowotnej, sposobu spędzania wolnego czasu oraz poziomowi świadomości zdrowotnej Światowa Organizacja Zdrowia przypisała kluczową rolę w generowaniu dyskryminacji w obszarze zdrowia [27]. Fundamentalne znaczenie czynników społeczno-ekonomicznych w kreowaniu nierówności w ochronie zdrowia potwierdziły badania innych autorów [8], [17]. Zakłada się, że SDOH kształtowane są również przez zasady porządku publicznego, a zatem teoretycznie można je modyfikować na poziomie polityki państwa. Czynniki te stanowią więc źródło istotnych możliwości poprawy zdrowia i zmniejszania nierówności zdrowotnych.

Celem niniejszego artykułu jest przegląd koncepcji teoretycznych identyfikujących mechanizmy oddziaływania czynników społecznych na poziom

zdrowia oraz nierówności w ochronie zdrowia, jak również ocena wpływu czynników generowanych przez tzw. *gradient społeczny* na poziom zdrowia mieszkańców UE.

## 1. Przegląd badań

Coraz większy nacisk kładziony na potrzebę zrozumienia przyczyn złego stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu zachodzących w gospodarkach rozwiniętych powoduje, iż znaczenie badań nad społecznymi uwarunkowaniami zdrowia systematycznie rośnie. W obszarze społecznych determinantów zdrowia (SDOH) upatruje się możliwości oddziaływania na wielkość dysproporcji zdrowotnych poprzez wykorzystanie układu czynników makroekonomicznych, na który składa się dopasowanie strukturalne w systemach ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej oraz polityce rządu odnoszącej się zarówno do ekonomicznych, jak i środowiskowych determinantów zdrowia.

Według H. Graham pojęciu „społecznych uwarunkowań zdrowia” przypisać należy podwójne znaczenie, odnosząc się zarówno do czynników społecznych wzmacniających lub osłabiających zdrowie jednostek i populacji, jak również do procesów społecznych leżących u podstaw nierównomiernego rozmieszczenia tych czynników między grupami zajmującymi różne pozycje w społeczeństwie [18]. Pojęcie „uwarunkowań społecznych” pozostaje więc niejednoznaczne, odnosząc się zarówno do determinantów zdrowia, jak i do czynników warunkujących nierówności w zdrowiu. Wyrażanie tych relacji za pomocą jednego terminu w odniesieniu do obu procesów kształtujących ich dystrybucję w społeczeństwie nie byłoby problematyczne, jeśli główne wyznaczniki poziomu życia w zdrowiu, wpływ środowiska i zachowań na efekty zdrowotne byłyby równo rozłożone pomiędzy grupami społeczno-ekonomicznymi. Dowody wskazują jednak na znaczne różnice w dostępie do zasobów materialnych, zasobów ochrony zdrowia oraz skali narażenia na czynniki ryzyka [4], [24].

Pomimo, wydawałoby się, oczywistego związku czynników społecznych z poziomem zdrowia analizę przyczynowych mechanizmów oddziaływania komplikuje zarówno wielość determinantów tego związku, jak również endogeniczność zachodzącej relacji [4]. Ta złożoność sprawia, że badanie relacji między statusem społeczno-ekonomicznym a poziomem zdrowia stało się wyzwaniem dla nauk społecznych [23], [11] i nauk o zdrowiu [1], [7]. Wielowymiarowy charakter pojęcia „zdrowia” determinuje konieczność rozpatrywania występujących w tym obszarze nierówności w odniesieniu do różnic w stanie zdrowia oraz dostępie do opieki zwrotnej, jak również w nierównych szansach związanych ze społecznymi uwarunkowaniami zdrowia [22].

W literaturze przedmiotu opisane i skategoryzowane zostały trzy główne rodzaje podejścia stosowane do badania mechanizmów oddziaływania czynników społecznych na stan zdrowia [3].

Należą do nich:

- analiza „niekorzyści” społecznych kładąca nacisk na relacje zachodzące pomiędzy warunkami zdrowotnymi a sąsiedztwem, warunkami pracy, wykształceniem, dochodem, majątkiem i pochodzeniem, badająca potencjalny związek przyczynowy między stresem związanym z koniecznością radzenia sobie z tymi czynnikami a efektami zdrowotnymi;
- analiza *cyklu życia* kładąca nacisk na związek pomiędzy zdrowiem a krytycznymi lub wrażliwymi okresami ekspozycji na ryzyko (negatywne doświadczenia z dzieciństwa, międzypokoleniowy transfer korzyści); potencjalny związek przyczynowy może tutaj wynikać z wpływu sytuacji społecznej na regulację genów kontrolujących funkcje fizjologiczne (np. funkcjonowania układu odpornościowego);
- analiza *nierówności w zdrowiu* skupiająca się na związku między zdrowiem i nierównościami społecznymi determinowanymi czynnikami społeczno-demograficznymi, takimi jak status materialny, poziom wykształcenia, płeć, orientacja seksualna, poziom sprawności intelektualnej i fizycznej.

Każda z powyższych teorii mocno podkreśla koncepcję „pozycji społecznej” odgrywającej kluczową rolę w kształtowaniu społecznych determinant nierówności zdrowotnych. W literaturze odnaleźć można szereg prób identyfikacji źródeł oddziaływania różnic w pozycji społecznej na nierówności zdrowotne. F. Didierichsen w swoim modelu „mechanizmu nierówności zdrowotnych” identyfikuje je w następujący sposób [15]:

- środowisko społeczne obejmujące strukturę społeczeństwa i stosunków społecznych powoduje rozwarstwienie społeczne i przypisanie osób do różnych pozycji społecznych;
- stratyfikacja społeczna rodzi różnice w ekspozycji na szkodliwe warunki zdrowotne, powodując zróżnicowanie luki w warunkach zdrowotnych i dostępności do zasobów zdrowia;
- stratyfikacja społeczna określa zróżnicowanie w konsekwencjach ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych zachorowania osób z bardziej lub mniej uprzywilejowanych grup społecznych.

Model ten podkreśla znaczenie kontekstów społecznych w tworzeniu rozwarstwienia społecznego, które z kolei powoduje zróżnicowanie warunków i skutków ekspozycji na szkodliwe warunki zdrowotne. W konsekwencji przyjąć należy, że efekt jednej przyczyny może być zupełnie różny w odniesieniu do poszczególnych pozycji społecznych.

Prowadzone badania mające na celu wyjaśnienie relacji między pozycją społeczną a wynikami zdrowotnymi często skupiają się jedynie na odzwierciedleniu bezpośrednich korzyści zdrowotnych wynikających z posiadania

większej liczby zasobów ekonomicznych lub ich „lepszej jakości” (zdrowsze odżywianie, większe bezpieczeństwo żywności, lepsze warunki mieszkania i „jakości” sąsiedztwa) oraz oddziaływania niemierzalnych czynników społeczno-gospodarczych, psychologicznych lub behawioralnych na stan zdrowia [18]. Alternatywnym wyjaśnieniem zjawiska silnej korelacji między pozycją społeczną a posiadanym zasobem zdrowia może być jednak odwrotna przyczynowość tej relacji. Teoria podstawowych przyczyn B. Linka i J. Phelana tłumaczy, dlaczego związek między statusem społeczno-ekonomicznym i różnicami w zdrowiu utrzymuje się w czasie [25]. W grupach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym kluczowym okazuje się bowiem brak środków zarówno do ochrony, jak i poprawy stanu zdrowia [25]. W tej sytuacji warunki życia wpływają na status społeczno-ekonomiczny poprzez wiele czynników ryzyka, przy jednoczesnym braku dostępu do zasobów mogących to ryzyko zmniejszyć [16].

Nieodpowiedni wybór sposobu zachowania i stylu życia – w tym palenie tytoniu, brak ruchu, zła dieta i otyłość – związany jest ze zwiększonym poziomem zachorowalności na nowotwory, choroby serca, udar mózgu i cukrzycę. Te czynniki ryzyka okazują się groźniejsze u osób z niskim statusem społeczno-ekonomicznym [14]. Głównymi czynnikami zagrożenia okazują się: niezabezpieczona aktywność seksualna, zażywanie narkotyków, przewlekły stres, izolacja społeczna i brak profilaktyki zdrowia.

Okolica, czyli tzw. sąsiedztwo, może wpływać na zdrowie poprzez szereg cech fizycznych, takich jak: jakość powietrza i wody, dostęp do terenów rekreacyjnych, transportu, szkoły, jak również „jakość” występujących w obrębie danej jednostki geograficznej relacji społecznych [6]. Oddziaływanie na zdrowie poprzez wpływ na indywidualne ryzyko urazów układu mięśniowo-szkieletowego oraz innych zaburzeń mogą mieć również fizyczne aspekty pracy. Warunki fizyczne, w których praca jest wykonywana (wentylacja, poziom hałasu), jak również aspekty psychospołeczne pracy (relacje między współpracownikami, atmosfera pracy, presja kierownictwa), zostały powiązane ze zdrowiem w licznych badaniach z zakresu ergonomii i bezpieczeństwa pracy [2]. Poziom dochodów z zatrudnienia oraz związane z nim świadczenia (ubezpieczenie zdrowotne, płatny urlop, elastyczność harmonogramu pracy, programy wellness) kształtują decyzje związane ze zdrowiem zarówno samych pracowników, jak i ich rodzin.

W przypadku powiązania poziomu wykształcenia za zdrowiem wskazywane są trzy zasadnicze płaszczyzny wzajemnych oddziaływań [3]. Edukacja (1) zwiększa poziom wiedzy na temat zdrowia i zdrowych zachowań, (2) kształtuje możliwość zatrudnienia, która stanowi główny wyznacznik zasobów ekonomicznych wpływających na zdrowie, (3) wpływa na zdrowie poprzez czynniki społeczne i psychologiczne, takie jak wyższa pozycja w hierarchii społecznej i zwiększenie społecznego poparcia.

Udowodnioną ścieżką powiązań między zdrowiem a statusem społeczno-ekonomicznym jest silny efekt oddziaływania zdrowia na poziom aktywności zawodowej człowieka, jego zatrudnialność na rynku pracy, a w konsekwencji możliwość osiągnięcia odpowiedniego statusu materialnego [12]. Prowadzone w tym zakresie analizy dowodzą, że osoby cieszące się dobrym zdrowiem mają większe szanse na wydłużenie aktywności zawodowej [5] oraz dłuższy okres zatrudnienia [26]. Analiza sytuacji dochodowej osób o ograniczeniach w zdrowiu potwierdza występowanie zjawiska dyskryminacji, wskazując na wymierny stopień oddziaływania niepełnosprawności na możliwości osiągania dochodów z pracy zarobkowej [20]. Związek przyczynowy między skalą nierówności dochodów jako efektu złego stanu zdrowia od lat stanowi przedmiot dyskusji w literaturze przedmiotu [9].

## 2. Perspektywa krajów Unii Europejskiej

Prowadzone szacunki długości życia oraz życia w tzw. zdrowiu wskazują, iż w przypadku obszaru Unii Europejskiej różnice między krajami w oczekiwanej długości życia mogą dochodzić nawet do 11 lat – w przypadku mężczyzn, oraz ponad 8 lat w przypadku kobiet. Jeszcze większe różnice zaobserwować można w odniesieniu do tzw. oczekiwanej długości życia w zdrowiu, której wartości oszacowane na 2014 rok wahają się w przedziale od 51,5 (Łotwa) do 73,6 lat (Szwecja) dla mężczyzn oraz od 54,6 (Słowacja) do 74,3 lat (Malta) dla kobiet. Rozkład przestrzenny oczekiwanej długości życia w zdrowiu w ujęciu krajów UE przedstawia ryc. 1 (kobiety) i ryc. 2 (mężczyźni).



**Ryc. 1.** Przestrzenny rozkład wskaźnika oczekiwanej długości życia w zdrowiu w chwili urodzenia, 2014 rok, kraje UE – kobiety

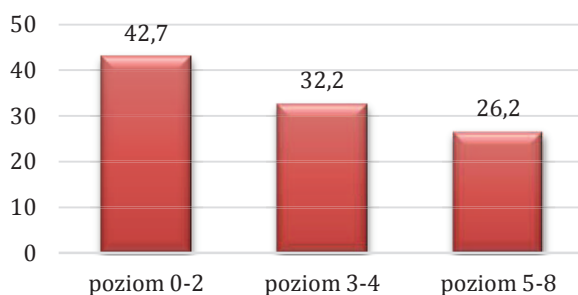
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, <http://ec.europa.eu/eurostat/>, [dostęp: 1.03.2017].



**Ryc. 2.** Przestrzenny rozkład wskaźnika oczekiwanej długości życia w zdrowiu w chwili urodzenia, 2014 rok, kraje UE – mężczyźni

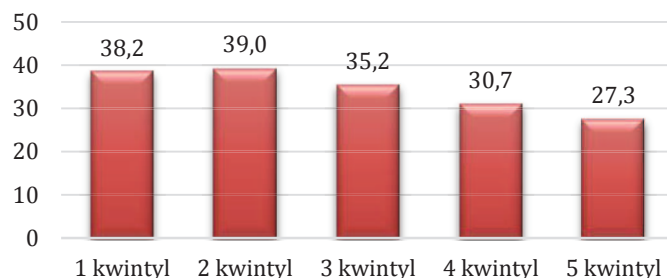
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat-u, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 1.03.2017].

Poza różnicami w potencjalnej długości życia w zdrowiu, zachodzącymi między krajami członkowskimi, równie silnym efektem oddziaływania na stan zdrowia odznacza się „gradient społeczny” determinowany poziomem wykształcenia oraz statusem materialnym. W przypadku osób o niskim poziomie wykształcenia i niskim statusie materialnym obserwowana jest zarówno wyższa częstotliwość występowania przewlekłych schorzeń i innych ograniczeń w zdrowiu (ryc. 3 i 4), jak i dużo gorszy poziom samooceny stanu zdrowia (ryc. 5 i 6).



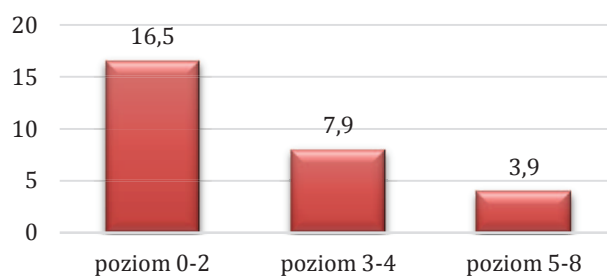
**Ryc. 3.** Występowanie chorób przewlekłych lub problemów ze zdrowiem w zależności od poziomu wykształcenia, 2015 rok (% populacji UE)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat-u, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 1.03.2017].



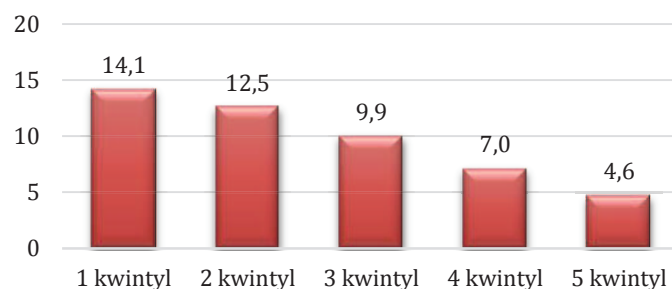
**Ryc. 4.** Występowanie chorób przewlekłych lub problemów ze zdrowiem w zależności od poziomu dochodu, 2015 rok (% populacji UE)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 1.03.2017].



**Ryc. 5.** Samoocena stanu zdrowia – „zły” lub „bardzo zły” stan zdrowia w zależności od poziomu wykształcenia, 2015 rok (% populacji UE)

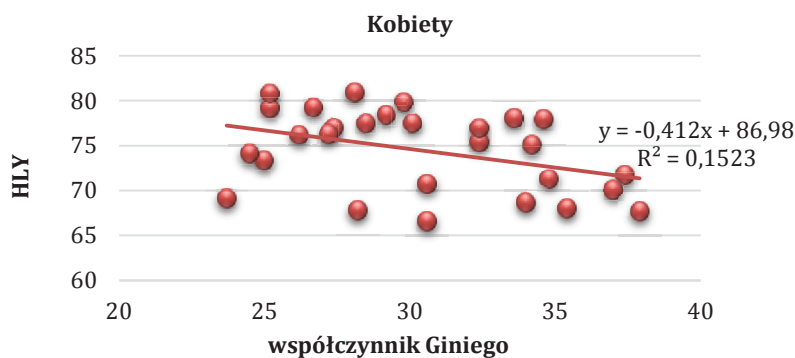
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat-u, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 1.03.2017].



**Ryc. 6.** Samoocena stanu zdrowia – „zły” lub „bardzo zły” stan zdrowia w zależności od poziomu dochodu, 2015 rok (% populacji UE)

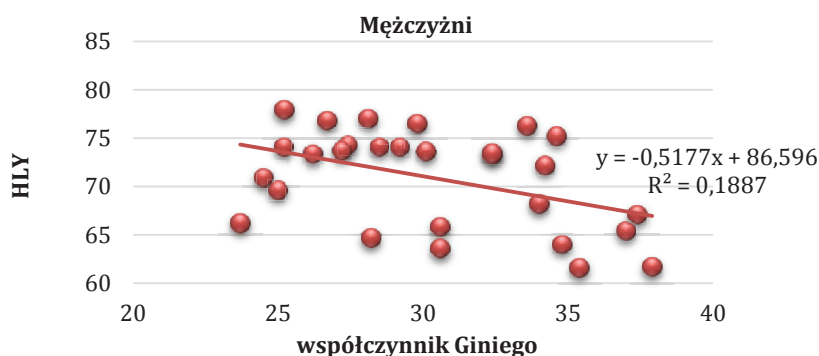
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat-u, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 1.03.2017].

Wpływ czynników społecznych na zdrowie rozpoczyna się w okresie młodości i pogłębia się wraz z wiekiem. Różnice w oczekiwanej długości życia pomiędzy grupami o różnych statusach społecznych wahają się w granicach od 4 do 10 lat w przypadku mężczyzn oraz od 2 do 7 lat w przypadku kobiet. Szczególnie niski poziom zdrowia obserwowany jest wśród mieszkańców obszarów słabo rozwiniętych oraz osób zagrożonych ubóstwem lub bezrobociem. Wyższe poziomy zachorowalności oraz przedwczesnej śmiertelności występują w grupach osób nielegalnie zatrudnionych, bezdomnych oraz osób samotnie wychowujących dzieci [21]. Dane statystyczne potwierdzają jednocześnie istnienie ujemnej korelacji między występującym w danym kraju poziomem nierówności społecznych a stanem zdrowia jego mieszkańców (ryc. 7 i 8).



**Ryc. 7.** Relacja między poziomem nierówności dochodowych (współczynnik Giniego) a samooceną długości zdrowego życia (HLY) w krajach UE, 2014 rok, kobiety

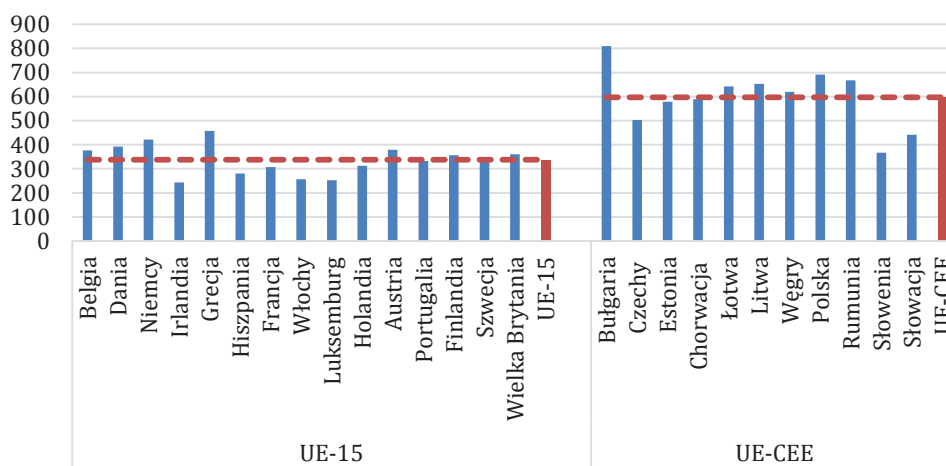
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat-u, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 1.03.2017].



**Ryc. 8.** Relacja między poziomem nierówności dochodowych (współczynnik Giniego) a samooceną długości zdrowego życia (HLY) w krajach UE, 2014 rok, mężczyźni

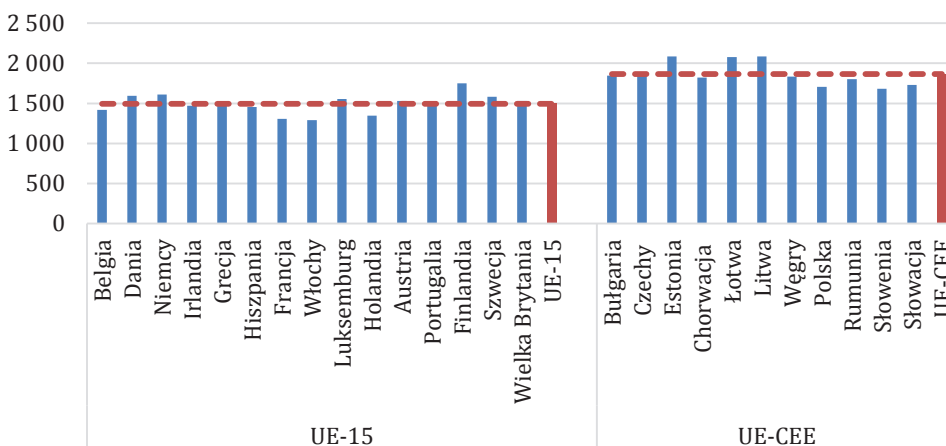
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat-u, <http://ec.europa.eu/eurostat/> [dostęp: 1.03.2017].





**Ryc. 9.** Wpływ behawioralnych czynników ryzyka na liczbę przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców w krajach UE, 2015 rok

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych [19].



**Ryc. 10.** Wpływ behawioralnych czynników ryzyka na liczbę utraconych lat zdrowego życia w wyniku niepełnosprawności na 100 tys. mieszkańców w krajach UE, 2015 rok

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych [19].

W przypadku krajów UE zauważyć można jednocześnie różny schemat oddziaływania tzw. czynników behawioralnych na efekty zdrowotne. Zauważalny jest fakt wyższego obciążenia konsekwencjami zdrowotnymi niekorzystnych zachowań w przypadku krajów unijnych o doświadczeniach niedawnej transformacji ustrojowej i w konsekwencji niższym poziomie rozwoju (kraje Europy Środkowej i Wschodniej przyjęte w skład UE po 2004 roku – grupa UE-CEE). W przypadku tej grupy nadal obserwowane są dużo wyższe

niż w pozostałych krajach unijnych wskaźniki przedwczesnych zgonów oraz liczby utraconych lat życia w zdrowiu w wyniku niepełnosprawności jako następstw nieodpowiednich zachowań, w tym: złej diety, palenia, spożywania alkoholu i narkotyków, niskiej aktywności fizycznej itp. W grupie krajów UE-CEE średni wskaźnik liczby przedwczesnych zgonów wywołanych behawioralnymi czynnikami ryzyka w 2015 roku był o ponad 75% wyższy niż w grupie krajów tzw. „starej” Unii. Średnia liczba utraconych „zdrowych” lat życia bez niepełnosprawności jako konsekwencji niezdrowych zachowań, w przypadku grupy państw Europy Środkowej i Wschodniej, okazała się wyższa o prawie 24% niż ta obserwowana w grupie państw UE-15 (ryc. 9 i 10).

## Podsumowanie

Prowadzona w ramach światowych badań nad uwarunkowaniami zdrowia analiza czynników determinujących poziom zdrowia ludności wskazuje, iż w przypadku krajów europejskich to właśnie poziom tzw. czynników behawioralnych stanowi największą determinantę liczby utraconych lat życia w zdrowiu, wyprzedzając takie czynniki ryzyka, jak uwarunkowania biologiczne oraz środowiskowe. Oszacowane średnie wartości oddziaływania czynników behawioralnych na konsekwencje zdrowotne mieszkańców państw o wysokim poziomie rozwoju pokazały, że czynniki te są odpowiedzialne za ponad 40% wszystkich przedwczesnych zgonów będących następstwem chorób lub urazów oraz prawie 15% liczby lat zdrowego życia, utraconych w wyniku niepełnosprawności. W konsekwencji czynniki behawioralne są obecnie odpowiedzialne za ponad 8,7 tys. utraconych lat życia w zdrowiu w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców obszarów wysokorozwiniętych.

Analiza problemu oddziaływania determinant społecznych na poziom zdrowia identyfikuje więc z jednej strony szereg wyzwań pojawiających się na drodze do zrozumienia ich roli w procesie dochodzenia społeczeństw do równości w zdrowiu, z drugiej zaś wskazuje na skomplikowane ścieżki przyczynowe, łączące te czynniki ze zdrowiem. Sam fakt istnienia wielu dodatkowych zmiennych związanych ze zjawiskiem nierówności społecznych powoduje znaczne ograniczenia w możliwościach badania tych czynników za pomocą eksperymentów naukowych.

## Literatura

- [1] Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Cohen S., Folkman S., Kahn R.L., Syme S.L., *Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient*, „American Psychologist” 1994, nr 49(1), s. 15–24.

- 
- [2] Belin A., Dupont C., Oulès L., Kuipers Y., *Safer and healthier work at any age Final overall analysis report*, European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) 2016, źródło: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/safer-and-healthier-work-any-age-final-overall-analysis-report> [dostęp: 20.02.2017].
- [3] Bharmal N., Derose K.P., Felician M., Weden M.M., *Understanding the Upstream Social Determinants of Health*, 2015, źródło: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working\\_papers/WR1000/WR1096/RAND\\_WR1096.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR1000/WR1096/RAND_WR1096.pdf) [dostęp: 20.02.2017].
- [4] Bloom D.E., Canning D., Fink G., *Disease and development revisited*, „National Bureau of Economic Research” 2009, nr w15137.
- [5] Boulhol H., Sowa A., Golinowska S., Sicari P., *Improving the Health-Care System in Poland*, „OECD Economics Department Working Papers” 2012, nr 957, Paris, OECD Publishing.
- [6] Braveman P., Egerter S., Williams D.R., *The social determinants of health: coming of age*, „Annual Review of Public Health” 2011, nr 32, s. 381–398; <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>.
- [7] Busse R., Blümel M., Scheller-Kreinsen D., Zentner D., *Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, Interventions and Challenges*, World Health Organization 2010, źródło: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf) [dostęp: 20.02.2017].
- [8] Conti G., Heckman J., *Understanding the early origins of the education–health gradient: A framework that can also be applied to analyze gene–environment interactions*, „Perspectives on Psychological Science” 2010, nr 5(5), s. 585–605; <http://dx.doi.org/10.1177/1745691610383502>.
- [9] Cooper R.S., Kaufman J.S., *Is there an absence of theory in social epidemiology?*, „American Journal of Epidemiology” 1999, nr 150(2), s. 127–128; <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01270.x>.
- [10] Cutler D., Deaton A., Lleras-Muney A., *The Determinants of Mortality*, „Journal of Economic Perspectives” 2006, nr 20(3), <http://dx.doi.org/10.1257/jep.20.3.97>.
- [11] Cutler D.M., Lleras-Muney A., Vogl T., *Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms*, Oxford Handbooks Online 2012, dostęp: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199238828.001.0001/oxfordhb-9780199238828-e-7> [dostęp: 20.02.2017].
- [12] Dahl E., Malmberg-Heimonen I., *Social inequality and health: the role of social capital*, „Sociology of Health & Illness” 2010, 32(7), s. 1102–1119; <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01270.x>.
- [13] Dahlgren G., Whitehead M., *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*, Copenhagen: World Health Organization 2006.

- [14] Devaux M., Sassi F., *The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases*, „OECD Health Working Paper” 2015, nr 86.
- [15] Diderichsen F., *Resource allocation for health equity: issues and methods*, Washington, DC: The World Bank 2004, s. 20–45.
- [16] Flaskerud J.H., DeLilly C.R., Flaskerud J.H., *Social determinants of health status*, „Issues in Mental Health Nursing” 2012, nr 33(7), s. 494–497; <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.662581>.
- [17] Galama T.J., van Kippersluis H., *Health Inequalities through the Lens of Health Capital Theory: Issues, Solutions, and Future Directions*, „Research on Economic Inequality” 2013, nr 2, [http://dx.doi.org/0.1108/S1049-2585\(2013\)0000021013](http://dx.doi.org/0.1108/S1049-2585(2013)0000021013).
- [18] Graham H., *Social determinants and their unequal distribution*, „Milbank Quarterly” 2004, nr 82(1), s. 101–124.
- [19] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington, 2016, źródło: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [dostęp: 1.03.2017].
- [20] Jakubowska A., *Health and limitations in health as the determinant of human capital effectiveness: perspective of the EU Member States*, „Journal of International Studies” 2016, nr 9(1), s. 240–251, <http://dx.doi.org/10.14254/2071-8330.2016/9-1/18>.
- [21] KE, Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans, *Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej 2011, <http://dx.doi.org/10.2767/97499>.
- [22] Laskowska I., *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.
- [23] Mackenbach J.P., *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*, „New England Journal of Medicine” 2008, nr 81, s. 2468–2481; <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>.
- [24] Martin S., Rice N., Smith P.C., *Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data*, „Journal of Health Economics” 2008, nr 27(4), s. 826–842, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.12.002>.
- [25] Phelan J.C., Link B.G., Tehranifar P., *Social conditions as fundamental causes of health inequalities theory, evidence, and policy implications*, „Journal of Health and Social Behaviour” 2010, nr 51(1 suppl), s. 28–40; <http://dx.doi.org/10.1177/0022146510383498>.
- [26] *Starzenie się i Polityka Zatrudnienia: Polska 2015*, Ministry of Labour and Social Policy, Poland, Warszawa 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264250208-pl>.

[27] WHO, *A conceptual framework for action on the social determinants of health World*, Health Organization 2010.

### **Social Determinants of Health: Specificity of EU Economies**

**Summary:** The aim of the study was to review the theoretical concepts describing the mechanisms of the impact of social factors on the level of health and inequities in health. The empirical part presents the impact of the social gradient on the health level of EU residents.

**Keywords:** social determinants of health, SDHO, inequities in health, European Union.