

Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu

Causes and causes of the causes of health inequalities

DOROTA CIANCIARA

Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Celem artykułu jest omówienie różnych stanowisk wobec przyczyn i mechanizmów powstawania nierówności w zdrowiu. Punktem wyjścia do analizy determinantów był model Dahlgrena i Whitehead. Stanowiska wobec przyczyn zjawiska podzielono na syntetyczne (w tym: artefakt, selekcja zdrowotna, podejście kulturowo-behawioralne, (neo)materialistyczne, psycho-społeczne, cyklu życia) oraz szczegółowe (dochód względny, fundamentalne społeczne przyczyny nierówności w zdrowiu, umocowanie biologiczne). Przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu opisano w kontekście rodzaju systemu politycznego oraz globalizacji. Zwrócono uwagę na problemy związane z oceną przyczynowości nierówności w zdrowiu, ich pomiarem i gromadzeniem dowodów dla praktyki.

Słowa kluczowe: nierówności w zdrowiu, przyczynowość, czynniki społeczno-ekonomiczne, systemy polityczne

The aim of this article is to discuss different standpoints to the causes and mechanisms of inequalities in health. The Dahlgren and Whitehead social model of health was used as the starting point for the analysis of those determinants. Stances on the causes of the inequality phenomenon were divided into: synthetic (including artefact, health selection and cultural-behavioral, (neo)materialist, psycho-social and life cycle approach) and specific (relative income, fundamental social causes of health inequalities, biological embedding). The causes of the causes of health inequalities were described in the context of the type of political system and globalization. Attention was paid to the problems of causality assessment, measurement and collection of evidence for practice.

Key words: health inequalities, causality, socioeconomic factors, political systems

© Hygeia Public Health 2015, 50(3): 435-440

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.08.2015

Zakwalifikowano do druku: 19.09.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. n. med. Dorota Cianciara

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
tel. 22 56 01 150, e-mail: dorota.cianciara@cmkp.edu.pl

Wprowadzenie

W piśmiennictwie anglojęzycznym można spotkać kilka terminów opisujących nierówności w zdrowiu, w tym *health inequity* oraz *health inequality*. Terminy te są trudne do przeniesienia na grunt polszczyzny. Różni polscy autorzy posługują się innymi określeniami, toteż warto byłoby stworzyć krajowy mechanizm uzgodnienia terminologii (np. konferencja, metoda Delphi). *Health inequity*, czyli niesprawiedliwość w zdrowiu, to systematyczne (zachodzące stale od dłuższego czasu) różnice w stanie zdrowia poszczególnych grup społeczno-ekonomicznych, które można mierzyć za pomocą zmiennych, takich jak: dochód, wykształcenie, zatrudnienie. Wynikają z czynników społecznych i ekonomicznych, asymetrii siły/władzy, nierównego dostępu do usług oraz dóbr, a więc są niesprawiedliwe, nie *fair*. Zarazem są to różnice, których można by uniknąć [1, 2]. Czasem opisywane są jako *social inequities in health* [3] albo *unfairness*. Ponieważ jednak *unfairness* (czyli nieuczciwość) nie podlega obiektywnym pomiarom, to odradza się używanie tego określenia [4]. Niesprawiedliwości w zdrowiu

(*inequities*) mogą mieć charakter wertrykalny i horyzontalny. Charakter wertrykalny polega na tym, że osoby z takimi samymi potrzebami nie mają dostępu do takich samych zasobów. Horyzontalny zaś dotyczy sytuacji, w której osoby z większymi potrzebami nie mają dostępu do większych zasobów [4, 5].

Health inequalities (nierówności w zdrowiu) to termin o szerszym znaczeniu i oznacza systematyczne różnice oraz dysproporcje w stanie zdrowia poszczególnych grup, z tym jednak, że są to różnice powstające na różnym podłożu i w świetle aktualnej wiedzy nie zawsze można ich uniknąć. Niemniej wiele z nich jest niesprawiedliwych [4, 6, 7].

Używa się również dość często (wydaje się, że głównie w USA) określenia *health disparities*, które jest różnie zdefiniowane. W jednej interpretacji *disparities* polegają na różnicach w zdrowiu, które mają ścisły związek z warunkami społecznymi i ekonomicznymi, a więc odzwierciedlają nierówności społeczne [7, 8]. W innej zaś dotyczą dających się zaobserwować bezwzględnych różnic w stanie zdrowia lub determinantach zdrowia między subpopulacjami [9].

Należy podkreślić, że wiele języków nie oddaje tych niuansów, a liczni autorzy z obszarów anglojęzycznych podkreślają, że terminy te używane są zamiennie. Obecnie w piśmiennictwie najczęściej spotyka się *health inequalities*. Termin *health inequities* ma wyraźny podkład moralny. W niniejszym opracowaniu posługiwano się terminem „nierówności w zdrowiu”, przez który rozumiano systematyczne różnice w stanie zdrowia poszczególnych grup społecznych powstające na podłożu czynników społecznych i ekonomicznych.

Celem tego artykułu jest przedstawienie różnych stanowisk wobec przyczyn i mechanizmów powstawania nierówności w zdrowiu.

Determinanty nierówności w zdrowiu

Zrozumienie istoty nierówności w zdrowiu wymaga odejścia od tzw. modelu Lalonde'a. Patrząc retrospekcyjnie, model zaprezentowany w raporcie Lalonde'a odegrał istotną rolę w rozumieniu logiki tzw. pola zdrowia (*health field*) [10]. W raporcie wyróżniono cztery elementy owego pola, tj.: czynniki biologiczne (*human biology*), środowisko bytowania (*environment*), styl życia (*life style*) oraz organizację opieki zdrowotnej (*health care organization*). Stwierdzono, że dotychczasowe wysiłki poprawy zdrowia ludności koncentrowały się wyłącznie na opiece zdrowotnej, podczas gdy największy wpływ na zachorowania i zgony mają pozostałe elementy. Zwrócenie uwagi na takie dysproporcje miało ożywcze znaczenie w tamtych czasach, aczkolwiek nie było to żadne *novum*, czego dowodzą m.in. pamiętne poglądy Rudolfa Virchova czy bardziej współczesne tezy Thomasa McKeowna [11, 12]. Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, że w wersji oryginalnej u Lalonde'a nie kwantyfikowano tych elementów pola zdrowia, a powszechnie znany podział (odpowiednio: 20/20/50/10) jest pochodną kalkulacji amerykańskich, dotyczących 10 głównych przyczyn zgonów w USA, rozpowszechnionych w 1979 r. [13].

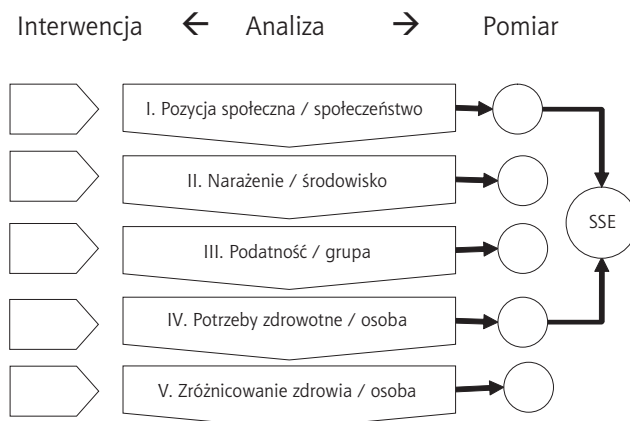
Przyjęcie też raportu miało liczne konsekwencje, w tym wzmocnienie działań nazwanych tam strategią promocji zdrowia. Polegało to na usilnych, często patriarchalnych, staraniach dokonania zmian w stylach życia. Nierzadko wiązało się z obwinianiem ofiar, czyli obciążaniem chorych wyłączną odpowiedzialnością za stan ich zdrowia. Przy okazji „wynaleziono” powtórnie zdrowie publiczne, które w tamtym okresie odchodziło w zapomnienie. Wkrótce Światowa Organizacja Zdrowia zaproponowała w Karcie Ottawskiej nowe i przeciwstawne podejście do promocji zdrowia, czyli ingerencję w systemy społeczne. Było to antidotum na behawioralne podejście do problemów zdrowotnych. Ostatecznie erę Lalonde'a podsumowano jednoznacznie: „W latach 70. wszystkie kraje anglojęzyczne stały w obliczu deficytów z powodu rosnących kosztów leczenia. Przyjęcie polityk promocji zdrowia

pozwoлиło im ponownie zrzucić odpowiedzialność na samorządy i ludzi, a jednocześnie ograniczyć wydatki” [14]. W kontekście tych faktów należy powiedzieć, że określenia „promowanie zdrowego stylu życia” oraz „promocja zdrowia” mają inne pochodzenie, są w kontradycji i nie wolno używać ich zamiennie.

W latach 80. XX w. rozpoczęła się – trwająca do dzisiaj – era społeczno-ekologicznego modelu zdrowia. Przez lata powstało wiele wariantów jego graficznej interpretacji (zwłaszcza pod kątem nierówności w zdrowiu, np. tzw. model Diderichsena czy model komisji CSDH), ale najczęściej wykorzystuje się tęczowy schemat zaproponowany przez Görana Dahlgrena i Margaret Whitehead. Autorzy ci przedstawili go w 1991 r. w opracowaniu poświęconym społecznej równości w zdrowiu [15]. Spośród wielu zastosowań tego schematu warto wymienić raport Achesona.

Społeczno-ekologiczny model zdrowia i schemat Dahlgrena i Whitehead są powszechnie wykorzystywane zarówno do celów teoretycznych jak praktycznych. Przykładem takiego zastosowania jest schemat analizy zjawiska nierówności w zdrowiu zamieszczony na rycinie 1. Nierówności w zdrowiu można analizować na pięciu poziomach, które oznaczono cyframi rzymskimi I-V. Kolejne poziomy obrazują: czynniki działające na poziomie społeczeństwa (poziom I), środowiska życia i pracy (II), grupy społecznej (III) oraz jednostki (IV, V). Obok analizy, na każdym z tych poziomów można też podjąć działania zmierzające do przeciwdziałania nierównościom, a także dokonywać pomiaru zjawiska [16].

Czynniki związane z powstawaniem nierówności w zdrowiu przypisane do poszczególnych poziomów przedstawiono w tabeli I, przy czym determinanty narażenia i podatności w jakiejś mierze zachodzą na siebie. Powstawanie nierówności nie musi być



Oznaczenia: SSE – status społeczno-ekonomiczny

Ryc. 1. Poziomy analizy, działania oraz pomiaru nierówności w zdrowiu. Źródło: Blas E, Sivasankara Kurup A, 2010, zmienione

Fig. 1. Levels for analysis, intervention and measurement of health inequalities. Source: Blas E, Sivasankara Kurup A, 2010, modified

Tabela I. Społeczne determinanty nierówności w zdrowiu wg poziomu analizy – wg Blas E, Sivasankara Kurup A, 2010
 Table I. Social determinants of health inequalities by analysis level – from Blas E, Sivasankara Kurup A, 2010

Poziom /Level	Potencjalne determinanty /Examples of determinants
Pozycja społeczna (społeczeństwo) /Social position (society)	Globalizacja, urbanizacja Status społeczny, wykształcenie, zatrudnienie, dochód, nierówności społeczne Płeć kulturowa (gender) Sytuacja mniejszości, wykluczenie społeczne Szybkie zmiany demograficzne, starzenie się społeczeństwa
Narażenie (środowisko) /Exposure (environment)	Infrastruktura społeczna, siedliska Warunki pracy Normy społeczne Szkodliwe i niezdrowe towary Brak regulacji rynku Reklama, ekspozycja na TV
Podatność (grupa, subpopulacja) /Vulnerability (group, subpopulation)	Ubóstwo, bezrobocie Małe wykształcenie, mała wiedza <i>Hard-to-reach populations</i> Brak bezpieczeństwa żywnościowego, niedożywienie Poszukiwanie pomocy medycznej, ograniczony dostęp do opieki medycznej Palenie tytoniu, uzależnienia Dysfunkcje rodziny i społeczności
Skutki zdrowotne (osoba) /Health outcome (individual)	Zła jakość świadczeń zdrowotnych, dyskryminacja Złe relacje lekarz-pacjent, brak adherencji
	Zróżnicowanie zdrowia (osoba) Konsekwencje edukacyjne, związane z zatrudnieniem i dochodem Wykluczenie społeczne, stygmatyzacja Wykluczenie z ubezpieczenia społecznego

wynikiem jednoczesnego zadziałania czynników ze wszystkich poziomów. Jeśli np. polityka publiczna ma niekorzystny wpływ na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, na zasady i sposób dostarczania świadczeń, to skutkiem tego może być niezaspokojenie potrzeb, co sprzyja powstawaniu nierówności.

Wyjaśnienia, hipotezy i teorie powstawania nierówności w zdrowiu

Patrząc na czynniki wymienione w tabeli I, rodzi się pytanie, jak w rzeczywistości powstają nierówności w zdrowiu? Przez lata zaproponowano wiele różnorodnych wyjaśnień genezy tego zjawiska. Wyjaśnienia te, hipotezy i teorie różnią się pod względem licznych kryteriów: poziomu ogólności, uwzględnionych czynników, stadium udokumentowania (podparcie w dowodach vs. supozycja). Ponadto wiele z nich ma formę hybrydową, czyli łączy różne elementy. Uporządkowanie tych tłumaczeń i pogrupowanie w czyste kategorie wydaje się niemożliwe [17]. Z tego powodu poniżej zostaną zaprezentowane tylko niektóre wybrane podejścia. Umownie, dla potrzeb tego artykułu, podzielono je na syntetyczne i szczegółowe.

Cechą podejść syntetycznych jest uogólnienie licznych spostrzeżeń, przesłanek i dowodów. W raporcie Blacka z 1980 r. podano cztery grupy wyjaśnień istnienia nierówności: artefakt, selekcja naturalna lub

społeczna, powody materialistyczne/strukturalne oraz kulturowo-behawioralne [18]. Kilkanaście lat później Sally McIntyre uznała, że proponowane przez Blacka wyjaśnienia mogą mieć wersję miękką i twardą, czyli mniej lub bardziej radykalną [19]. Jon Ivar Elstad przyjął nieco inne grupy wyjaśnień (artefakt, wyjaśnienia materialistyczne/strukturalne, zachowania/styl życia, wyjaśnienia psychospołeczne) oraz wprowadził kategorię związaną z ruchliwością społeczną (awans społeczny vs. deklasacja). Ponadto podjął próbę podziału wyjaśnień na dwie grupy według skali odniesienia, tj. na poziomie indywidualnym w cyklu życia oraz na poziomie społeczności [17]. Clare Bambra wyróżniła grupy podobne do wspomnianych [20]:

- Artefakt. Podejście to sugeruje, że różnice społeczno-ekonomiczne wcale nie muszą być rzeczywiste, a są jedynie wynikiem wyboru danych oraz metod pomiaru. Zróżnicowanie zdrowia wg klasy społeczno-ekonomicznej można wyjaśnić różnicami w metodach pomiaru, a wielkość różnic – różnicami użytych narzędzi. Przykładem może być metoda i wskaźniki pomiaru poziomu wykształcenia czy spójności społecznej.
- Selekcja zdrowotna. Podejście to przyjmuje, że zdrowie bardziej decyduje o SSE, aniżeli SSE wpływa na zdrowie. Osoby zdrowsze, bardziej dostosowane (*fitter*) mogą wspiąć się wyżej w hierarchii społecz-

- nej. I przeciwnie – osoby słabego zdrowia spadają w hierarchii albo wspinają się niżej, co powoduje, że wiele z nich należy do niższych klas społecznych.
- Podejście kulturowo-behawioralne. Przyjmuje, że związek między klasą społeczno-ekonomiczną a zdrowiem jest wynikiem zróżnicowania klasowego pod względem zachowań zdrowotnych, takich jak: palenie, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, spożycie żywności, aktywność fizyczna, ryzykowne zachowania seksualne oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Zachowania niekorzystne dla zdrowia są rezultatem niekorzystnego położenia życiowego oraz kulturowej akceptacji takich zachowań w niższych klasach społecznych.
 - Podejście materialistyczne. Wyjaśnienie (neo)materialistyczne koncentruje się na dochodzie, a także jego roli w dostępie dóbr i usług oraz w możliwościach ograniczania ekspozycji na fizyczne i psycho-społeczne czynniki ryzyka. Podejście materialistyczne na pierwszym miejscu stawia związek kwestii strukturalnych ze zdrowiem i nierównościami w zdrowiu, toteż wychodzi poza czynniki indywidualne. Uznaje, że w społecznym tworzeniu nierówności znaczenie mają polityki i usługi publiczne, takie jak np. szkolnictwo, transport, opieka społeczna.
 - Podejście psycho-społeczne. Podejście to zwraca uwagę, że nierówności społeczne mają wpływ na samopoczucie i samoocenę ludzi, a to z kolei oddziałuje na sferę biologiczną i zdrowotną. Nierówności społeczne wywołują stałe poczucie podporządkowania i niższości, co przyczynia się do długotrwałego stresu, który ma poważne konsekwencje dla kondycji psychicznej i fizycznej człowieka. Wy tłumaczeniem dla gradientu zdrowia jest zatem nierówne rozłożenie czynników ryzyka psycho-społecznego, wynikające z przyczyn społecznych i ekonomicznych.
 - Podejście cyklu życia. Podejście łączy elementy innych wyjaśnień, w wyniku czego różne procesy i mechanizmy przyczynowe są podstawą do wyjaśnienia społecznego gradientu różnych chorób. Nierówności z zdrowiu pomiędzy klasami społeczno-ekonomicznymi są wynikiem zróżnicowanej kumulacji dobrych i złych stron czynników społecznych, psychologicznych oraz biologicznych, do której to dochodzi w ciągu życia.

Wyjaśnienia szczegółowe to próby stworzenia teorii zjawiska, jego całościowej koncepcji, opisu i wyjaśnienia. Richard Wilkinson (1992, 1996) dowodził, że zróżnicowanie zdrowia zależy bardziej od względnych różnic w dochodach niż od dochodów mierzonych w wartościach bezwzględnych (*relative income hypothesis*) [21]. Początkowo teoria ta zyskała akceptację,

z czasem pojawiły się głosy krytyczne [22]. Podjęto liczne próby jej weryfikacji i np. w Wielkiej Brytanii i Szwecji nie udało się jej potwierdzić [23, 24].

Link i Phelan (1995) do wyjaśnienia związku między SSE a umieralnością zaproponowali teorię fundamentalnych społecznych przyczyn nierówności w zdrowiu. Według ich koncepcji fundamentalna przyczyna nierówności cechuje się czterema atrybutami: (a) jest przyczyną wielu różnych chorób, (b) obejmuje liczne czynniki ryzyka tych chorób, (c) polega na dostępie do zasobów, które można wykorzystać do uniknięcia ryzyka choroby albo zminimalizowania skutków choroby istniejącej. Ponadto – (d) związek między przyczyną a zdrowiem jest trwały. Kluczową rolę w powstawaniu nierówności odgrywają zasoby, takie jak pieniądze, wiedza, władza, prestiż, itp., które umożliwiają dostosowywanie się do różnych warunków [25]. Empiryczne udowodnienie każdej ze składowych tej teorii nie jest łatwe. Niemniej podjęto już takie próby i udało się ją potwierdzić w Szkocji [26].

Clyde Hertzman (1999) w oparciu o model zwierzęcy sformułował teorię „umocowania biologicznego” (*biological embedding*). Przyjął, że dla utrzymania zdrowia w cyklu życia najważniejszy jest krótki okres w okresie niemowlęcym, w którym rozwija się fizjologiczny mechanizm działania osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. Wykorzystanie tego okienka szansy decyduje o dalszym rozwoju dziecka i dorosłym życiu [27, 28]. Istnieją badania, których wyniki potwierdzają tę zależność [29]. Teoria ta wzmacnia popularną tezę o konieczności inwestowania w zdrowy rozwój dzieci.

Pomimo wielu prób zrozumienia przyczynowości omawianego zjawiska wielu autorów zwraca uwagę, że aktualne podejścia do zdrowia populacji oraz nierówności są nazbyt biomedyczne, niedostatecznie osadzone w kontekście epidemiologii społecznej, a również ateoretyczne [30-32]. Niedostatkami teoretycznym towarzyszą braki empiryczne, wynikające z niedostatecznego rozpoznania fenomenu nierówności. Barbara Starfield zwróciła np. uwagę, że większość badań posiłkuje się danymi zagregowanymi, uśrednionymi, które nie obrazują dokładnie nierówności w dystrybucji zdrowia. Posługiwanie się łatwo dostępnymi wskaźnikami, takimi jak umieralność czy trwanie życia, przy braku danych na temat zapadalności, rozpowszechnienia i śmiertelności w odniesieniu do większości chorób, a także przy braku danych o SSE, utrudnia rozpoznanie mechanizmów powstawania nierówności w zdrowiu. Zastrzeżenia mogą budzić wskaźniki stosowane do analizy zjawiska, takie jak np. dochód (uposażenie vs. dochód rozporządzalny), spójność społeczna czy kapitał społeczny oraz dostępność świadczeń zdrowotnych [33].

Przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu

Sir Micheal Marmot twierdzi, że używane przez niego określenie „przyczyny przyczyn” (*causes of the causes*) zapożyczył od Goeffreya Rose’ego [34]. Określenia tego używa w odniesieniu do warunków społecznych, które zwiększają ryzyko rozwoju chorób i powstawania nierówności. Odróżnia tym samym przyczyny (*causes*), takie jak czynniki biologiczne i behawioralne, od przaprzyczyn – okoliczności społecznych i ekonomicznych. Według Marmota przaprzyczynami są społeczne determinanty zdrowia [35, 36].

Równolegle w piśmiennictwie widoczne są dyskusje nad jeszcze głębszymi przyczynami nierówności w zdrowiu – nad ich przaprzyczynami. Obecnie dominuje przekonanie, że decydujące znaczenie dla powstawania nierówności mają czynniki strukturalne, które są zależne od polityki publicznej [37]. W świetle współczesnych poglądów kluczową rolę odgrywa rodzaj systemu politycznego, który kształtuje życie danego społeczeństwa. Istnieją dowody, że spośród czterech systemów, tj. socjaldemokracji, chrześcijańskiej demokracji, liberalnego i konserwatywno-dyktatorskiego (były faszystowski np. w Hiszpanii), najbardziej korzystna dla zdrowia – mierzonego oczekiwanym trwaniem życia oraz umieralnością niemowląt – jest socjaldemokracja. Egalitaryzm i redystrybucja zasobów mają zdecydowanie korzystny wpływ na zdrowie populacji [38, 39]. Zarazem są mocne dowody na istnienie tzw. neoliberalnej triady reform antyzdrowotnych, do której Milton Terris zaliczył obcinanie funduszy rządowych, deregulację i prywatyzację [40]. Inne cechy i tendencje charakterystyczne dla polityki neoliberalnej w obszarze zdrowia, takie jak decentralizacja oraz indywidualizm, są także dla zdrowia populacji niekorzystne [41].

W 2014 r. komisja *The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health* zwróciła uwagę na kolejne (jeszcze głębsze lub nadrzędne) podłoże nierówności w zdrowiu, czyli globalizację [42]. Nierówności w coraz większym stopniu zależą od działań ponadnarodowych, w których uczestniczą różni aktorzy i splatają się różne interesy państw, wielkich korporacji i społeczeństw. Normy społeczne, polityki i praktyki będące skutkiem tych interakcji powinny być uznane za polityczne determinanty

zdrowia i nierówności w zdrowiu. W obecnych czasach niwelowanie nierówności w zdrowiu, zarówno między poszczególnymi państwami jak wewnątrz krajów, nie może być zadaniem do samodzielnego wykonania przez pojedyncze państwa i ich sektory zdrowia. Sytuacja wymaga rozwiązań globalnych. Dotyczą one pięciu dysfunkcji globalnego gospodarowania zdrowiem: deficytu demokracji, braku odpowiedzialności decydentów i mechanizmów rozliczania ich, słabości instytucji międzynarodowych, złego klimatu politycznego dla zdrowia oraz braku globalnego mechanizmu regulacyjnego.

Podsumowanie

Opisane powyżej problemy z definiowaniem nierówności w zdrowiu, a także kłopoty z jednoznaczną oceną przyczynowości mają wpływ na pomiar zjawiska oraz gromadzenie dowodów dla praktyki [43]. Zwraca się np. uwagę, że determinanty zdrowia nie muszą być tożsame z determinantami nierówności, ponieważ nie zawsze ogólna poprawa pod względem uwarunkowań zdrowia przyczynia się do zmniejszenia nierówności. Przypuszcza się, że jest to wynikiem dysproporcji między grupami silnymi i słabymi w wykorzystywaniu danego zasobu czy szansy. Dlatego zaleca się, aby polityki zdrowotne definiowały dwa równorzędne cele – poprawę zdrowia plus zmniejszanie nierówności w zdrowiu [44]. Podkreśla się konieczność ustalenia podstawowego kryterium pomiaru i oceny, czyli odniesienia do tzw. *gap* (różnica między najsłabszymi a całą resztą populacji), a jednocześnie do gradientu, czyli różnic w całej populacji. Sugeruje potrzebę tworzenia szerokiej panoramy struktury społecznej, uwzględnienia wielu osi podziału populacji, nie tylko podziału wg wykształcenia czy dochodu, ale również pochodzenia etnicznego, płci kulturowej, religii, etc. Zaleca ostrożność przy porównaniach między poszczególnymi krajami czy regionami, ponieważ dane odzwierciedlają nie tylko metodę ich zbierania, ale również kontekst formalny i nieformalny. Na przykład dochód czy religijność mogą oznaczać zupełnie różne sprawy w różnych społeczeństwach i społecznościach. Widać zatem, że zjawisko nierówności wymaga wieloaspektowych obserwacji, podobnie jak działań poprawiających istniejącą sytuację.

Piśmiennictwo / References

1. Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J Health Popul Nutr* 2003, 21(3): 181-192.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int* 1991, 6(3): 217-228.
3. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health. *Levelling up Part 2*. WHO, Copenhagen 2007: 5.
4. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health* 2011, 10:15.

5. PAHO/WHO. Principles and basic concepts of equity and health. Division on Health and Human Development, October 199. <http://www.gega.org.za/download/pahowho.pdf>
6. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002, 56: 647-652.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Social determinants of health. <http://www.cdc.gov/socialdeterminants/Definitions.html>
8. Centers for Disease Control and Prevention. CDC health disparities and inequalities report – United States 2011. *Morb Mortal Wkly Rep* 2011, (suppl)60: 1.
9. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Disparities and Inequalities Report – United States, 2013. *Morb Mortal Wkly Rep* 2013, suppl, 62(3): 3.
10. Lalonde M. The new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada, Ottawa 1974.
11. Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Publ Health* 2002, 92(5): 725-729.
12. Bynum B. The art of medicine. The McKeown thesis. *Lancet* 2008, 371(9613): 644-645.
13. Healthy People: Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. U.S. Department of Health, Education and Welfare, Washington 1979: 1-9.
14. MacDougall H. Reinventing public health: A New Perspective on the Health of Canadians and its international impact. *J Epidemiol Community Health* 2007, 61(11): 955-959.
15. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute of Futures Studies, Stockholm 1991: 11.
16. Blas E, Sivasankara Kurup A. Equity, social determinants and public health programmes. WHO, Geneva 2010: 4-10.
17. Elstad JI. Social inequalities in health and their explanations. Norwegian Social Research – NOVA. Nova Rapport 9/00, Oslo 2000.
18. Inequalities in health. Report of a research working group. The Black Report. Department of Health and Social Security, London 1980.
19. MacIntyre S. The Black report and beyond what are the issues? *Soc Sci Med* 1997, 44: 723-745.
20. Bambra C. Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on public health 'puzzle'. *J Epidemiol Community Health* 2011, 65(9): 740-745.
21. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992, 304(6820): 165-168.
22. Mackenbach JP. Income inequality and population health. *BMJ* 2002, 324: 1.
23. Lindley J, Lorgelly P. The relative income hypothesis: does it exist over time? Evidence from the BHPS. Department of Economics University of Sheffield, June 2005. <http://eprints.whiterose.ac.uk/9923/1/SERP2005013.pdf>
24. Gerdtham UG, Johannesson M. Absolute Income, Relative Income, Income Inequality and Mortality. *J Human Resources* 2004, XXXIX(1): 228-247.
25. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *J Health Soc Behav* 2010, 51(S): S28-S40.
26. Scott S, Curnock E, Mitchell R, et al. What would it take to eradicate health inequalities? Testing the fundamental causes theory of health inequalities in Scotland. NHS Health Scotland, Glasgow 2013. http://www.scotpho.org.uk/downloads/scotphoreports/scotpho131018_whatwouldittake_report.pdf
27. Hertzman C. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Ann N Y Acad Sci* 1999, 896: 85-95.
28. Hertzman C. Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012, 109(suppl 2): 17160-17167.
29. Poultron R, Caspi A, Milne BJ, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life course study. *Lancet* 2002, 360(9346): 1640-1645.
30. McKinlay JB. Paradigmatic obstacles to improving the health of populations – implications for health policy. *Salud Publica de Mexico* 1998, 40(4): 369-379.
31. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001, 30(4): 668-677.
32. Kaplan GA. What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? *Epidemiol Rev* 2004, 26(1): 124-135.
33. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med* 2007, 64: 1355-1362.
34. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005, 365(9464):1099-1104.
35. UCL Institute for Health Equity. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. 2010: 39.
36. Social Determinants of Health – What Doctors Can Do. British Medical Association, October 2011: 2.
37. McCartney G, Collins C, Mackenzie M. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? *Health Policy* 2013, 113(3): 221-227.
38. Navarro V, Shia L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med* 2001, 52: 481-491.
39. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, et al. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006, 368 (9540):1033-1037.
40. Terris M. The Neoliberal Triad of Anti-Health Reforms: Government Budget Cutting, Deregulation, and Privatization. *J Public Health Policy* 1999, 20(2): 149-167.
41. McGregor SLT. Neoliberalism and health care. *Int J Consumer Studies – Special edition on 'Consumers and Health'* 2001, 25(2): 82-89.
42. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet* 2014, 383(9917): 630-667.
43. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, et al. The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Final Report to WHO Commission on the Social Determinants of Health from Measurement and Evidence Knowledge Network, October 2007.
44. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 1. WHO, Copenhagen 2007: 18.