

И.П. Шибалков, И.А. Павлова, О.П. Недоспасова, Е.К. Тагина

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ НЕРАВЕНСТВО В ЗДОРОВЬЕ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда по проекту «Институты реализации ресурсного потенциала старшего поколения в экономике старения» (№ 19-18-00300).

Проанализированы литературные источники по идентификации и систематизации социально-экономических факторов, влияющих на неравенство в здоровье человека и популяции. Разработана классификация исследуемых факторов по содержательной интерпретации (образование, благосостояние и финансовая безопасность, занятость и трудовые отношения, средовые факторы) и уровню влияния (на индивида, ближний круг человека и общество в целом). Обозначены перспективные сферы для научных и практических исследований в данной сфере.

Ключевые слова: здоровье; неравенство; социально-экономические факторы; институты; образование; доходы; занятость; среда.

Введение

Проблема неравенства (различий людей в их статусе, правах и возможностях по широкому спектру социальных, экономических и политических условий) является фундаментом любой теории, отстаивающей идеалы социальной справедливости. Международное экспертное сообщество инициировало и постоянно проводит исследования различных аспектов неравенства, наиболее значимыми из которых по праву являются экономическое, неравенство доходов и условий жизни. На их основе сформулированы выводы по сокращению неравенства как внутри отдельных сообществ, так и между ними. При этом проблемы неравенства людей в здоровье (различий в здоровье, обусловленных как объективными обстоятельствами (этническая принадлежность, семейное происхождение, пол и т.д.), так и условиями, в которых люди рождаются, растут, работают и стареют), изучены в меньшей степени. В значительной мере это объясняется сложностью данного явления, необходимостью учета в нем как предотвратимых, так и не предотвратимых различий, принятия в расчет, с одной стороны, неравенства возможностей индивида и общества и неравенства в здоровье как результата тех или иных действий различных субъектов – с другой.

Данное исследование сфокусировано на систематизации социально-экономических факторов, определяющих неравенство в здоровье. Актуальность данного ракурса обусловлена усилением спроса на активную и здоровую жизнь на фоне ускорения социально-экономического и политического развития современного общества, ростом запроса граждан на расширенное участие в его основных процессах [1]. Дополнительным драйвером внимания к неравенству в здоровье является глобальное старение населения, которое, при всей своей позитивности, неизбежно связано с накоплением бремени болезней и усилением специфических проявлений неравенства данного рода (дифференцированностью смертности и заболеваемости в зависимости от доходов, уровня образования, места проживания, сферы профессиональной деятельности человека и т.п.). Все это актуализирует вопрос модификации мер государственной социальной

политики, помещение в ее центр потребностей и желаний конкретного человека, что в международной теории и практике получило название *people-centered policy*. Для построения в таких условиях новой парадигмы здравоохранения в первую очередь необходимо определить критически важные точки сосредоточения и объединения усилий общества и личности: обосновать ключевые социально-экономические факторы, влияющие на состояние здоровья человека и определяющие его неравную аллокацию.

Это определило цель настоящего исследования – обобщение и анализ литературных источников по идентификации и систематизации социально-экономических факторов, влияющих на неравенство в здоровье человека и популяции.

Материалы и методы

В научной литературе наиболее распространенной является следующая классификация факторов здоровья: генетические, состояние окружающей среды, медицинское обслуживание, а также условия и образ жизни людей. Каждая из этих групп факторов оказывает различное влияние на здоровье человека [2].

Все факторы, кроме генетических, во многом определяются социально-экономическим статусом человека (СЭС; socioeconomic status – SES, socioeconomic position – SEP). Этот устойчивый международный термин включает в себя уровень образования, дохода и род занятий человека [3. С. 60–76]. Широко распространена точка зрения о том, что именно различия в СЭС являются фундаментальной причиной неравенства в области здоровья [4. С. 19–31]. Генетические факторы также могут зависеть от СЭС человека (точнее, его родителей и предшествующих поколений). Однако, поскольку обусловленные ими сдвиги в здоровье проявляются значительно позже и не поддаются строгому описанию, было принято решение исключить их из дальнейшего анализа.

Не вдаваясь в научную полемику об общей конфигурации и соотношении отдельных элементов в структуре СЭС человека, обозначим, что в настоящем исследовании под социально-экономическими факторами, определяющими неравенство в здоровье, пони-

маются все факторы, которые затрагивают абсолютное и относительное (относительно других членов общества, в котором проживает индивид) социальное и экономическое положение человека. В дополнение к ним в анализ включены институты, с которыми человек по собственному желанию или в связи с установившимися нормами взаимодействует в течение жизни на регулярной основе и которые потенциально оказывают влияние на его здоровье.

Для отбора наиболее репрезентативных исследований проведен обзор литературы по следующим базам данных: PubMed, Web of Science, Scopus, Российского индекса научного цитирования. Глубина поиска по временному параметру ограничений не имела. В качестве маркеров поиска были использованы следующие ключевые слова: socioeconomic status, socioeconomic position, inequality in health, health factors, социально-экономический статус, неравенство в здоровье, факторы здоровья. В анализ вошло более 350 публикаций.

Социально-экономические факторы здоровья

Анализ исследований и соответствующих публикаций позволил разделить социально-экономические факторы, определяющих неравенство в здоровье, на четыре основные категории, связанные с (1) образованием, (2) благосостоянием и финансовой безопасностью, (3) занятостью и трудовыми отношениями, (4) средовыми факторами. Каждая из названных групп факторов, в свою очередь, была разделена на подкатегории:

- 1) уровень образования человека, уровень образования партнера, гендерные различия в образовании, медицинская осведомленность (грамотность);
- 2) уровень дохода, неравенство доходов в обществе, макроэкономические параметры;
- 3) характер и условия труда, поддержка занятости государством;
- 4) экология и климат, физическая среда обитания, социальная среда, здравоохранение.

Далее приведены результаты систематизации наиболее репрезентативных исследований по каждой группе факторов с учетом выделенных в них подкатегорий.

Образование

Уровень образования человека. Экспертное сообщество сходится во мнении о том, что образование является основным компонентом СЭС. Именно оно формирует будущие профессиональные возможности и потенциальный заработок человека. Образование (как совокупность знаний, умений и навыков в их сочетании с ценностными установками, опытом деятельности и компетенциями) способствует витальному поведению человека, обеспечивает лучший доступ к информации и ресурсам для улучшения здоровья [5. С. 719–745].

В среднем среди стран ОЭСР 30-летний человек с уровнем образования ниже среднего, скорее всего, проживет на 5,5 лет меньше, чем человек такого же

возраста с высшим образованием. Во всех странах ОЭСР более образованные люди имеют лучшее физическое и психическое здоровье (в среднем 78% лиц с высшим образованием говорят, что их здоровье хорошее, по сравнению с 65% людей со средним образованием). В странах ОЭСР только 4% людей с высшим образованием (по сравнению с 6% со средним образованием) сообщили, что недавно испытывали симптомы депрессии [6]. Различия в уровне образования являются значимыми при оценке пристрастия к курению, употребления алкоголя и наличия избыточного веса: по мере роста уровня образования такие риски для здоровья в целом снижаются [7].

Общие выводы подтверждают и национальные кейсы. Например, испанские исследования показали значительное социальное неравенство в здоровье у пожилых людей, обусловленное, прежде всего, различием в их уровне образования [8. С. 276–288].

Уровень образования партнера. В развивающихся странах на здоровье женщин (и, следовательно, их детей) существенно влияет уровень образования партнеров. Это подтверждено для стран Африки и Азии, где изучалось влияние уровня образования мужчин на использование женщинами современных контрацептивов, частоту посещений ими центров дородового ухода и получение квалифицированной помощи при родах [9. С. 104–115]. Для женщин с низким уровнем образования дополнительный год обучения партнеров положительно связан с использованием ими современных контрацептивов и медицинским сопровождением родов (эффект замещения). При этом если параллельно повышается уровень образования и у женщин, то растет частота посещений ею учреждений, оказывающих родовую помощь (мультипликативный эффект). Авторы подчеркивают важность образования мужчин для здорового поведения их жен в развивающихся странах, а полученные результаты обладают мощным импульсом для роста уровня образования как мужчин, так и женщин.

Гендерные различия в образовании. Исследования связи уровня образования и здоровья активно проводятся и с учетом гендерных различий. По актуальным данным для 18 стран, входящих в ОЭСР, средний разрыв в ожидаемой продолжительности жизни у 25-летних мужчин с начальным и высшим образованием составляет 7,6 года, при этом для женщин аналогичный показатель равен 4,8 года. В возрасте 65 лет у обоих полов этот разрыв сокращается, но остается существенным: 3,6 года для мужчин и 2,6 – для женщин. При этом смертность менее образованных мужчин в возрасте от 25 до 64 лет почти в четыре раза выше, чем у их менее образованных сверстников. Для женщин аналогичные значения различаются в 2 раза [10].

Ученые зафиксировали обратную связь между годами обучения в школе, особенно среди женщин, и уровнем материнской, младенческой и детской смертности (прежде всего для стран с низким и средним уровнем дохода). Как отмечает B.S. Mensch (Б. Менш) [11. С. 504–522], значительное влияние образования на здоровье младенцев и детей было обнаружено в 30 из 33 моделей, в которых не учитыва-

лись ненаблюдаемые факторы, влияющие как на образование, так и на здоровье, и только в 18 из 46 моделей, учитывающих их. Таким образом, успехи в области образования женщин сыграли свою роль в улучшении здоровья как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

Гендерное неравенство в образовании и здоровье – одна из ключевых проблем современности. Анализ данных о женском здоровье в 47 беднейших странах мира позволил сделать вывод о том, что в качестве наиболее сильных и последовательных предикторов здоровья женщин выступают получение ими среднего образования и избежание раннего замужества («детских браков»). Помимо данных категорий, изучались детерминанты, связанные с работой, условиями труда, медицинскими услугами, семьей и насилием. По оценкам авторов, получение молодыми женщинами среднего образования и повышение возраста их вступления в брак позволяют снизить детскую смертность, ведут к существенному укреплению женского здоровья, создают дополнительные условия для планирования семьи и предотвращения семейного насилия [12. С. 1634–1649].

Известны результаты описательного обзора фактических данных о семьях с низким и средним уровнем дохода (за период с 1970 по 2012 г.), где отдельно рассматривалось значение образования матери и статуса женщины в семье для питания и охраны здоровья детей. Выводы авторов сосредоточены на значимости образования для повышения роли женщин в принятии семейных решений, их доступе к ресурсам семьи и контроле над ними. Учитывая сложные механизмы, посредством которых внутрисемейные решения формируют основы здоровья и правила питания детей, крайне важно, чтобы гендерная проблематика нашла свое отражение в программах здравоохранения и содействовала дальнейшему обучению женщин, а также поддерживала программы питания и охраны здоровья детей [13. С. 24–33].

Значительный рост уровня образования в развитых странах актуализировал научную гипотезу о риске «сверхквалификации» и ее негативных последствиях для здоровья, в том числе о возможных психологических проблемах. В работе Н. Hultin (Г. Хултин) [14. С. 980–995] повышенный риск низкой самооценки здоровья был выявлен у избыточно (для своего текущего места работы) образованных женщин. При этом для мужчин аналогичного риска не обнаружено, как не обнаружено связи между «сверхквалификацией» и психологическими расстройствами для обоих полов.

Медицинская осведомленность (грамотность). Неблагоприятные социально-экономические условия жизни имеют причинно-следственные связи с низким уровнем медицинской грамотности, который, в свою очередь, оказывает негативное влияние на состояние здоровья, качество жизни, витальное поведение, в частности, на запрос и получение профилактической медицинской помощи [15. С. 1–17]. Поэтому медицинскую грамотность можно рассматривать как институционально-регулируемый фактор социально-экономических диспропорций и неравенства в здоровье, поскольку для него существуют хорошо извест-

ные в международной практике и весьма эффективные возможности воздействия. Это делает политику повышения уровня медицинской грамотности в популяции одним из наиболее результативных (в краткосрочной и среднесрочной перспективе) средств сокращения неравенства в здоровье.

Благосостояние и финансовая безопасность

Уровень дохода. Как известно, более высокие доходы, помимо расширения возможностей для получения медицинских услуг, могут обеспечить человеку доступ к иным материальным благам, определяющим его здоровье (лучшее питание, жилище, образование, отдых и др.) [16. С. 145–166].

Во всех странах ОЭСР люди с более высокими доходами сообщали о лучшем состоянии здоровья: в среднем 79% из самых богатых людей, говорят, что у них хорошее здоровье (по сравнению с аналогичными ответами 60% наиболее бедной части населения) [17].

Шведские ученые, изучавшие риски гериатрических синдромов (бессонница, недержание мочи, функциональные расстройства, падения, депрессию, проблемы со слухом или зрением), выявили их значительную связь с наличием у пожилых людей так называемого финансового стресса, обусловленного низкими доходами, бедностью и (или) рисками ухудшения финансового положения. Этот фактор оказался даже более значим, чем уровень образования или одиночество [18]. Аналогичные результаты получены для Англии [19. С. 532–542] и Китая [20], где низкий уровень благосостояния (как и низкий уровень субъективной оценки социально-экономического статуса) значительно повышает, например, риск возникновения нарушений зрения в пожилом возрасте.

Неравенство доходов в обществе. G. Rose (Дж. Роуз) утверждает, что причины конкретных случаев заболевания иногда отличаются от причин заболеваемости, другими словами, могут существовать различные детерминанты болезней на индивидуальном и популяционном уровнях. Поэтому факторы, которые вызывают болезни у отдельных людей, могут отличаться от факторов заболеваемости для населения в целом [21. С. 32–38].

Аналогичный подход применим и при обсуждении проблемы неравенства доходов (как характеристики социальной системы) при условии принятия в расчет того, что доход – это характеристика отдельного человека. Поэтому, несмотря на то что большинство эффектов неравенства доходов в обществе – это опосредованные эффекты разности индивидуальных доходов, было бы ошибкой сводить все проблемы в этой сфере лишь к индивидуальным эффектам.

Выявление связи между неравенством доходов в обществе и показателями здоровья очень актуально на фоне усиливающегося разрыва между богатыми и бедными социумами. Гипотеза о влиянии неравенства доходов на здоровье населения первоначально возникла для объяснения вариаций среднего уровня здоровья в богатых странах, а затем уже – для объяснения их региональных различий в здоровье. Учитывая связь между абсолютным уровнем дохода и состояни-

ем здоровья населения бедных стран, ученые предполагают, что существует некоторый порог, ниже которого абсолютный доход является определяющим фактором здоровья [22. С. 5–99]. Доказано, что неравенство доходов может повредить здоровью двумя путями: оно ухудшает здоровье непосредственно беднейших слоев населения и снижает показатели здоровья для общества в целом. Примерами этому являются так называемые контекстные эффекты неравенства, которые связаны, например, с психосоциальным стрессом и являются неблагоприятным результатом сравнения человека с другими индивидами и последующей эрозии социальной сплоченности или социального капитала (erosion of social cohesion) [23. С. 193–209].

Один из наиболее масштабных обзоров в этом направлении охватывает комплекс публикаций на разных языках за период с 1995 по 2008 г., посвященных оценке связи между неравенством по доходам (на основе коэффициента Джини) и уровнем здоровья и смертности [24. С. 441–447].

Полученные результаты оказались весьма неоднородными. Одним из возможных объяснений этому является предположение ученых о существовании некоего порогового значения коэффициента Джини (на уровне 0,3), после которого неравенство доходов все более негативно сказывается на здоровье населения. Метаанализ показал, что признание объективности связи «неравенство–смертность» и выравнивание коэффициента Джини на уровне ниже порогового значения в 0,3, позволило бы предотвратить свыше 1,5 млн случаев смерти (9,6% смертности взрослого населения) в 30 странах ОЭСР. Таким образом, связь между более высоким неравенством доходов и худшими последствиями для здоровья, очевидно, существует, но отсутствие эмпирических данных для ряда стран не позволяет считать полученные выводы исчерпывающими и требует продолжения работы в данном направлении.

J.M. Lynch (Дж. Линч) [25. С. 1200–1204] и соавт. дают проблеме неравенства доходов психосоциальную интерпретацию, т.е. полагают, что прямые последствия для здоровья влечет обобщенная совокупность психосоциальных процессов, которые сопровождают в обществе неравенство по доходам и являются одними из основных факторов, определяющих состояние здоровья населения в богатых странах, или как минимум некоторые аспекты неравенства влияют на определенные аспекты здоровья (заболеваемости и смертности) нации.

Таким образом, растущее неравенство доходов может повлиять на людей двумя способами: прямые эффекты изменяют доходы индивидов, а косвенные – доходы других людей, что требует корректировки как в политике, так и в системе ценностей, трансформации устоявшихся традиций и идеалов общества, изменений в поведении даже тех людей, чей доход остается неизменным [26. С. 413–430].

Макроэкономические параметры. Изучение динамики макроэкономических параметров, характеризующих инфляцию, государственные расходы, торговлю в 17 странах с развитой экономикой за период 1870–2013 гг., показало, что здоровье населения,

определяемое ожидаемой продолжительностью жизни, оказывает значительное положительное влияние как на реальный доход на душу населения, так и на экономический рост в целом [27].

Поскольку межнациональные эмпирические исследования о связи между неравенством доходов и здоровьем населения, как правило, приводят к противоречивым выводам, обычно изучают степень, в которой связь неравенства доходов со здоровьем меняется в зависимости от экономического развития общества. По данным М. Сиган (М. Карран) [28. С. 536–553], неравенство доходов является непосредственной или условной причиной снижения здоровья населения: неравенство доходов оказывает на здоровье более пагубное (от 139,7 до 374,3%) воздействие в бедных странах, но не оказывает существенного вредного воздействия в более богатых странах. Поэтому можно сделать вывод, что по мере развития социума смягчается и связь между неравенством и показателями здоровья населения.

Занятость и трудовые отношения

Характер и условия труда. Поскольку профессии отличаются по уровню престижа, квалификации, вознаграждению, а также по характеристикам выполняемой работы, то каждый из этих показателей профессионального статуса связан с риском заболеваемости и смертности. Рабочие места с более низким статусом работников обуславливают особые физические и психосоциальные риски, например высокий риск производственного травматизма и воздействия токсичных веществ. Активно изучаются физические и психосоциальные факторы труда, которые потенциально определяют неравенство в отношении здоровья, однако полученные результаты противоречивы.

В обзоре А.С. Dieker (А. Дикер) отмечается, что два лонгитюдных исследования (в отличие от 12 поперечных) не выявили отдельного вклада физической нагрузки и физической рабочей среды в неравенство в отношении здоровья. Авторы приходят к выводу о том, что отдельные требования к работе (уровень контроля, переработка, объем полномочий при принятии решений и т.д.) практически не сказываются на здоровье, в то время как недостаток рабочих мест усиливает неравенство в здоровье [29. С. 114–125]. Е. Lahelma (Э. Лахелма) и соавт. выявили, что наблюдаемое между профессиональными классами неравенство в отношении физического здоровья и самооценки здоровья не может быть объяснено лишь разницей в физической или умственной нагрузке на рабочем месте [30. С. 504–510].

Ввиду происходящей в странах с высоким уровнем дохода глубокой социально-экономической реструктуризацией представляется актуальным подход, связывающий здоровье работников с таким понятием, как «качество занятости», которое предполагает типологизацию механизмов занятости на европейских рынках труда. Выделяемые типы согласуются с теорией сегментированного рынка труда, имеют четкий социально-экономический профиль и демонстрируют сильную связь с самооценкой здоровья работников [31. С. 619–623].

Данные по 21 стране, полученные в ходе Европейского социального опроса 2014 г., были использованы для измерения неравенства в области здоровья в части самооценки здоровья и вклада поведенческих, профессиональных и бытовых факторов. Абсолютное и относительное неравенство в самооценке здоровья было обнаружено во всех странах, и масштабы социально-экономического неравенства значительно варьировались между странами. Установлено, что ведущими причинами неравенства в большинстве стран стали факторы профессиональной деятельности и условий жизни, внося свой вклад как независимо, так и совместно с поведенческими факторами [32. С. 107–114].

Поддержка занятости государством. Если в научном сообществе продолжается дискуссия по поводу того, влияет ли характер труда на здоровье человека (противоречивые результаты позволяют сделать предположение, что все зависит от конкретного места и условий работы, а не профессии), то сам факт негативного влияния безработицы не подвергается сомнению.

В США безработица связана с повышенным риском низкой самооценки здоровья среди мужчин как по линейной вероятности, так и по логистическим моделям, но этот эффект меньше, когда величина государственных пособий по безработице высока. Увеличение пособий на 63% полностью компенсирует влияние безработицы на состояние здоровья, о котором сообщают респонденты [33. С. 317–323].

Интересным с позиции занятости является изучение влияния безусловного базового дохода на здоровье. М. Gibson (М. Гибсон) [34. С. 165–176] отмечает, что, с одной стороны, введение таких выплат способствует снижению стресса, связанного с риском безработицы и, как следствие, заболеваемости рядом патологий (например, в ходе одного из экспериментов в США было зафиксировано снижение количества госпитализаций, связанных с психическим здоровьем на 8,5%). Однако в ряде случаев данные пособия приводили к негативным эффектам – выплаты жителям штата Аляска из фонда, сформированного за счет средств от добычи полезных ископаемых, повышали недельную смертность на 13% после платежей из-за роста употребления алкоголя и психоактивных веществ.

Средовые факторы

Экология и климат. Работы, посвященные воздействию экологических и климатических факторов на здоровье человека, можно подразделить на две категории: влияние антропогенных изменений (загрязнение воды, воздуха, почвы, доступ к растительным массивам вблизи от места проживания) и исторически сложившихся многолетних режимов погоды (климат).

Наиболее полно представлены исследования о непосредственном влиянии загрязнения воздуха на здоровье населения. Один из систематических литературных обзоров [35], анализирующий практически 800 публикаций на данную тему, показал, что 57% работ были посвящены влиянию загрязнения воздуха на уровень смертности, более 30% – заболеваемости респираторными патологиями.

Очевидной стратегией борьбы с загрязнением для многих авторов является расширение зеленых насаждений. Однако было доказано, что превращение городов в «зеленые и здоровые» далеко выходит за рамки простого сокращения выбросов углекислого газа. Поскольку экологические факторы в значительной степени поддаются изменению, экологические мероприятия на уровне регионального социума (такие как городское и транспортное планирование) оказались более многообещающими и экономически эффективными, чем аналогичные действия на индивидуальном уровне [36].

Загрязненная вода (помимо непосредственного влияния на здоровье население через питье и употребление в пищу рыбы и морепродуктов) также оказывает косвенное воздействие на здоровье. Исследование загрязнений береговой линии в Калифорнии США [37] позволило построить регрессионное уравнение, связывающее уровень концентрации вредных веществ в воде и количество дней нетрудоспособности населения. Превышение установленного порога загрязнения привело к росту дней нетрудоспособности на 3,6 млн в год по всему штату.

Почва также подвергается существенному загрязнению, особенно в развивающихся странах. В Китае [38. С. 642–653] выявлено превышение экологических нормативов по концентрации тяжелых металлов в 22,1% почвенных покровов. Математическое моделирование позволило установить, что это приводит к повышенным рискам возникновения заболеваний, в том числе онкологических. При этом среди детей риск выше на 20,8%.

Нет однозначного мнения о связи климата и здоровья. С одной стороны, северные страны (Северная Европа, Канада, США) обладают лучшими показателями здоровья, чем южные (Африка, Южная Америка) [39], с другой – много наблюдений в рамках этой модели не поддается интерпретации, что привело к формулированию албанского парадокса [40. С. 1815–1817]. Албанский парадокс заключается в том, что менее благополучные в социальном и экономическом плане регионы юга Европы имеют лучшие, чем у северных территорий, показатели здоровья, включая некоторые показатели насильственной смертности. Этот феномен отмечался также на территории бывшего СССР [41. С. 34–41] и существует в современной России: например продолжительность жизни в Республике Ингушетия составляет 82,4 года, а в Архангельской области – 72,1 года [42].

Однако распространенность ряда инфекционных и паразитарных заболеваний напрямую связана именно с климатом. Помимо того, что некоторые патогены существуют лишь в условиях высокой температуры и влажности, изменение климата является одним из факторов, влияющих на распространенность инфекций за пределами традиционных ареалов их обитания [43. С. 119–126].

Физическая среда обитания. Окружающая физическая среда является неотъемлемой характеристикой социально-экономического статуса человека. Здесь можно говорить не только о физической инфраструктуре как таковой, но и об условиях проживания, каче-

стве жилья и самой среды обитания (городское планирование, качество застройки районов, уровень шума, наличие рекреационных зон и площадок и проч.). Существует множество типов воздействия окружающей физической среды на здоровье, и каждый из них должен особым образом регулироваться на государственном уровне.

Бедные районы часто расположены в неблагоприятных для качества жизни зонах – вблизи автомагистралей, промышленных зон, мест захоронения токсичных отходов. Качество жилья также ухудшается по мере понижения СЭС семьи. Нередко это сопровождается большей жилой скученностью и высоким уровнем шума. Уровень вредного воздействия окружающей среды также связан с социально-экономическим статусом человека: люди, находящиеся на нижних ступенях иерархии СЭС, с большей вероятностью живут и работают в худшей физической среде. Исследования подтверждают, что, например, заболеваемость астмой у детей выше в бедных районах и протекает она тяжелее [44. С. 2673–2677].

Неблагоприятные условия проживания могут быть определены высокими темпами экономического развития территории, что увеличивает плотность городской застройки и, как следствие, распространённость некоторых заболеваний. Так, для Китая отдельные факторы экономического развития (при очевидной сложности определения причинно-следственных связей) рассматриваются как связанные с ожирением и диабетом, что обуславливает необходимость городского планирования в Китае с учетом условий для устойчивого и здорового развития жителей [45].

Существуют убедительные доказательства взаимосвязи между городским планированием, т.е. показателями застройки окружающей среды (смешанное землепользование, проходимость, физическая активность), воздействием окружающей среды (зеленые насаждения, загрязнение воздуха и шум) и сердечно-сосудистыми заболеваниями и смертностью, хотя данные о связи между транспортным планированием и сердечно-сосудистыми заболеваниями противоречивы [46. С. 432–438]. Ежегодно почти 20% смертности можно было бы предотвратить, если бы соблюдались международные рекомендации по выполнению норм физической активности, воздействию загрязнения воздуха и шума, доступу населения к зеленым насаждениям [47. С. 89–96].

Социальная среда. Факторы социально-экономического статуса, связанные с воздействием на здоровье социальных условий, могут быть даже более важным, чем воздействие физической среды. Бедные районы характеризуются повышенной криминогенностью. Социальная изоляция и отсутствие участия в общественной жизни являются сильными предикторами здоровья. Социально изолированные индивиды имеют относительный риск смертности в 1,9–5 раз более высокий, чем социально активные [48. С. 137–173]. Модели социального взаимодействия могут влиять на заболеваемость. Например, заболевания, передаваемые половым путем, быстрее распространяются среди людей, проживающих в более бедных районах. Городское планирование, политика зонирования

имеют свои социальные последствия. Так, проживание в высотных многоквартирных домах располагает к обособленности индивидов и препятствует социальному взаимодействию. Общества с высоким уровнем социальной сплоченности, доверия, социального капитала имеют более низкие показатели убийств и смертности населения [49. С. 918–924].

Однако не все бедные люди обладают худшим здоровьем, если живут в бедном районе, а не в богатом. Этот феномен может быть результатом чувства относительной депривации: бедный человек в богатом районе живет в благоприятных условиях, но также может чувствовать себя относительно беднее [50. С. 1037–1040]. В этом случае улучшение условий в бедных районах является более эффективной мерой, чем переселение людей в другие, более богатые районы.

Здравоохранение. Система оказания медицинской помощи как социально-экономический фактор неравенства в здоровье имеет две важные характеристики:

- расходы на медицину во всей стране – это макроуровень, который влияет на всю популяцию;

- доступность медицинских услуг для индивида вне зависимости от его социально-экономического статуса – это микроуровень, который влияет на отдельного человека.

Ряд исследователей [51. С. 167–169; 52] отмечают достоверную связь ($p > 0,05$) между финансированием здравоохранения (или расходами на социальные нужды) и продолжительностью жизни (при прочих равных выделяемых авторами условиях – ресурсы здравоохранения, ВВП, уровень безработицы и т.д.).

При этом в подобных моделях частым исключением являются США, в которых расходы на медицину (в % от ВВП) одни из самых высоких (по данным ООН в 2017 г. они составили 17,1 – 2-е место в мире [53]), а продолжительность жизни находится на 34-м месте [39]. Одна из причин этого – организационные особенности местного здравоохранения. Для него считается справедливым подход, при котором лица, не имеющие страховки, получают медицинскую помощь, в том числе профилактическую, в гораздо меньших объемах, чем застрахованные.

Однако даже при всеобщем охвате медицинской помощью, лица с меньшим доходом и более низким уровнем образования не пользуются услугами здравоохранения в той же степени, что и более обеспеченные и образованные сограждане. Так, исследование, проведенное в Канаде (здравоохранение которой является одним из наиболее эгалитарных в мире), выявило разницу между уровнем смертности в группах мужчин с самым высоким и низким доходом по ряду причин, которые поддаются лечению средствами современной медицины – гипертония (в 2,5 раза), астма (в 2 раза), пневмония и бронхит (в 1,9 раза), а также по предотвратимым причинам в целом (в 1,8 раза) [54. С. 1751–1758].

Ряд работ был направлен на оценку взаимосвязи между неравенством доходов на национальном уровне и неэффективностью медицинского страхования (его неспособностью достичь намеченных результатов среди тех, кто номинально имеет страховку). Первое охватывает 35 стран с низким и средним

уровнем дохода и использует стандартизированную всемирную базу данных неравенства доходов (Standardised World Income Inequality Database) и данные Всемирного обследования здравоохранения о страховании (World Health Survey). Было установлено, что большее неравенство служило предиктором более высокой распространенности неэффективного страхования. При стратификации, применяемой Всемирным банком для классификации доходов, более высокое неравенство было связано с неэффективным страхованием в странах с доходом выше среднего, но не в странах с низким доходом или доходом ниже среднего. Авторы полагают, что это может быть вызвано впечатком изначального социального неравенства, поскольку эти страны приближаются к снижению предельной отдачи от улучшения условий медицинского страхования по доходам [55. С. 487–492].

По данным Всемирного обследования здравоохранения о страховании, в 42 странах с низким и средним уровнем дохода 13% застрахованных имели неэффективную страховку и были вынуждены брать в долг денежные средства или продавать имущество, чтобы оплатить медицинское обслуживание. Вероятность неэффективного страхования была самой низкой в странах с доходом выше среднего и выше. Неэффективность страхования также уменьшалась вместе с ростом семейного дохода и была выше среди сельских жителей [56].

Однако неравенство в сфере здравоохранения не сводится к неравенству в доступе к медицинским услугам. Так, например, высокий образовательный ценз позволяет пациенту устанавливать паритетные отношения с врачом и влияет на степень удовлетворенности от контакта с ним и от лечения в целом. Низкий материальный и образовательный статус человека сужает его возможности выбора в пользу государственной медицины, препятствует созданию личных социальных сетей альтернативного консультирования по вопросам здоровья. Различия в социальном статусе пациентов создают различные стратегии отношения к здоровью, в том числе закрепляющие неравенство в поддержании здоровья [57. С. 97–99].

Дополнительные факторы здоровья

В ходе анализа литературных источников был выявлен ряд работ, которые не могут быть напрямую отнесены в какую-либо одну из представленных выше групп факторов, определяющих неравенство в здоровье, однако их результаты представляют существенный научный интерес.

Например, изучение *мультиморбидности*, т.е. наличия двух или более хронических заболеваний. Так, T.I. Pathirana (Т. Патирана) сообщает о статистически значимой связи между занятостью и мультиморбидностью и образованием и мультиморбидностью (низкий уровень образования связан с 64%-м повышением шансов на мультиморбидность) [58. С. 186–194]. Однако полученные данные по доходу в связи с риском мультиморбидности являются противоречивыми. В отдельных работах выявляется риск мультиморбидности при снижении дохода (в Австра-

лии риск мультиморбидности увеличивается с уменьшением уровня дохода среди лиц в возрасте 45–59 лет, но не 60 лет и старше), в то время как в Канаде возрастных различий не наблюдалось. Южноафриканские исследователи пришли к выводу, что риск мультиморбидности возрастает с увеличением доходов. Это говорит о том, что некоторые показатели социально-экономического статуса, такие как доход, могут быть положительно связаны с риском хронических заболеваний и множественной заболеваемости в некоторых странах с низким уровнем дохода.

Менее противоречивые данные связаны с индексом материальной депривации, который основан на оценке неудовлетворенных базовых потребностей и позволяет измерить, имеют ли индивиды или домохозяйства доступ к минимальным благам (питанию, одежде, жилью) по принятым в обществе стандартам. Большинство работ показывает, что увеличение депривации статистически значимо связано с повышенным риском мультиморбидности. Таким образом, аналогично неравенству в отношении здоровья, существует и неравенство в мультиморбидности.

Свежий взгляд на этот вопрос может исходить из области *синдемики*, которая относится к синергетической кластеризации состояний здоровья, возникающих в результате комплексного социального и экономического неравенства и способствующих ему. Эта теория подчеркивает важность более широкого контекста мультиморбидности и усиливает важность понимания того, как факторы макроуровня взаимодействуют с хроническими заболеваниями и способствуют их кластеризации на популяционном уровне [58. С. 186–194].

Учитывая глобальную тенденцию старения населения, все больший интерес вызывает изучение взаимосвязи социально-экономического статуса со здоровьем *в пожилом возрасте*. Помимо анализа традиционных компонентов СЭС (доход, занятость, образование) и их соотношения, в анализ также вводятся комплексные показатели, основанные на нескольких показателях СЭС (индексы СЭС) и уточняющие показатели (например, профессиональная сложность). В одном из таких исследований в полностью скорректированных моделях вклад образования в модель соответствовал 0–3% (в зависимости от результата), социального класса – 0–1%, профессиональной сложности – 1–8% и дохода – 3–18%, т.е. доход объясняет большую дисперсию здоровья в пожилом возрасте, чем любой из других показателей СЭС, с прогностической способностью, которая даже лучше, чем у составного показателя [59]. Полученные данные свидетельствуют о том, что если основной целью включения показателя СЭС в исследование здоровья в пожилом возрасте является простая корректировка модели с учетом социально-экономических различий, то предпочтительным выбором может быть доход. Если же основной целью является изучение неравенства в отношении здоровья или механизмов, обуславливающих неравенство в отношении здоровья в пожилом возрасте как таковое, то выбор показателя должен осуществляться на основе теоретической модели, учитывающей уникальные свойства различных показателей [59].

Если влияние обозначенных выше групп факторов на здоровье в целом не подвергаются научным сомнением, то ряд авторов обозначают новые связи, однозначной интерпретации которых пока нет.

Выявлена положительная связь между **уровнем демократического управления** в странах и состоянием здоровья их населения, хотя часто они ограничены использованием данных из небольшого числа стран с высоким уровнем дохода или агрегированных данных, которые не оценивают результаты здравоохранения на индивидуальном уровне.

Используя модель межстранового структурного уравнения с различными экономическими и демографическими переменными, ученые выявили взаимосвязь между типом политического режима и политической стабильностью, с одной стороны, и здоровьем – с другой: демократия положительно сказывается на здоровье населения, а нестабильность режима – негативно. Нестабильность правительства отрицательно связана с индивидуальным здоровьем через его связь с качеством сектора здравоохранения, в то время как демократия положительно связана с индивидуальным здоровьем через его связь с доходом [60. С. 36–46]. В 2015 г. был опубликован анализ данных многоуровневого обследования состояния здоровья населения мира (2002–2004 гг.) по 313 554 лицам в 67 странах, который свидетельствует, что положительная связь между демократическим управлением и самооценкой здоровья сохраняется после корректировки как на индивидуальном, так и на страновом уровнях [61. С. 137–144]. Механизмы, связывающие демократию и самооценку здоровья, остаются неясными, однако установленная устойчивая связь между демократическим управлением и здравоохранением предполагает, что политическая организация общества может быть важным фактором, определяющим здоровье населения.

Крайне противоречивые теории лежат в основе исследований о **расовых различиях** в здоровье – существуют три конкурирующие причинно-следственные их интерпретации. Первый подход рассматривает расу как биологически значимую категорию, а расовые различия в состоянии здоровья – как отражение наследственной предрасположенности к заболеваниям. Второй подход усматривает реальную причину расовых различий скорее в социально-экономическом расслоении, где раса выступает неким посредником. Третий подход рассматривает расу не как биологическую категорию и не как посредника класса, а как особый конструкт, родственный касте.

Наибольшее распространение в научной литературе получил второй подход. Например, крупное исследование состояния мужского здоровья в США привело к выводу, что расовые и этнические различия в социально-экономическом статусе, стрессорах (в частности, расизм), дискриминации и условиях соседства (индивидуального и коллективного) составляют значительную долю расовых и этнических различий в функциональных ограничениях здоровья. Полученные данные свидетельствуют о том, что социальные детерминанты здоровья цветных мужчин нуждаются в более серьезном рассмотрении в процессе формирования мер по устранению диспропорций в области здравоохранения [62. С. 307–318].

Изучение расовых различий проводится как по популяциям в целом, так и в отдельных возрастных категориях, особенно среди детей. Так, существуют исследования, свидетельствующие о том, что СЭС, особенно занятость матери и образование отца, играет важную роль в определении здоровья ребенка, и каждый показатель по-разному связан с риском детского ожирения среди белых, черных и испаноязычных детей в определенном возрасте. Эти данные подчеркивают важность расширения доступа к образованию для мужчин и обеспечения баланса между работой и семьей для женщин [63].

Другой важный аспект общественной жизни – культурный коллективизм, ведь в центре социальной среды человека находятся взаимоотношения с другими людьми, качественные и количественные характеристики которых в настоящее время признаны имеющими особое значение для здоровья. В. Campos (Б. Кампос) и H.S. Kim (Х. Ким) выделяют два контекста, характеризующихся различными формами культурного коллективизма (восточноазиатский и латиноамериканский), чтобы подчеркнуть уникальные паттерны, лежащие в основе социальной поддержки. Они составляют ключевой путь, посредством которого отношения формируют психологическое и физическое здоровье. В целом очевидно, что необходимы новые и более систематические подходы для формирования обновленного и более системного понимания роли культуры в процессах человеческих взаимоотношений, формирующих здоровье [64. С. 543–554].

Предлагаемый подход к систематизации факторов

Несмотря на обширность исследований неравенства в здоровье и его социально-экономических факторов, слабо изученными остаются вопросы степени влияния данных факторов, их соотношения, а также особенностей проявления в различных контекстах (для разных возрастных, этнических и прочих групп населения). Тем не менее проведенный анализ позволил систематизировать выделенные факторы (помимо содержательной интерпретации) по уровням их влияния: собственно на индивида (микроуровень), ближний круг человека (мезоуровень) и общество в целом (макроуровень) (рис. 1).

Практически по всем группам проанализированных факторов выявлены связи между различными аспектами СЭС человека и его здоровьем, характерные как для развитых, так и для развивающихся стран, в том числе существенно отличающихся по эпидемиологической ситуации.

Это наблюдение хорошо согласуется с теорией фундаментальных причин, разработанной в 1995 г. B.G. Link (Б. Линк) и J.C. Phelan (Дж. Фелан) [65. С. 80–94]. Авторы предположили, что упомянутые выше связи появляются потому, что СЭС воплощает множество ресурсов (наличие денег, знаний, престижа, власти и полезных социальных связей), которые помогают увеличить продолжительность жизни и сохранить здоровье. Фундаментальная социальная причина неравенства влияет на состояние здоровья в целом, не ограничиваясь только одним или несколькими заболеваниями через многочисленные факторы риска [65. С. 80–94].

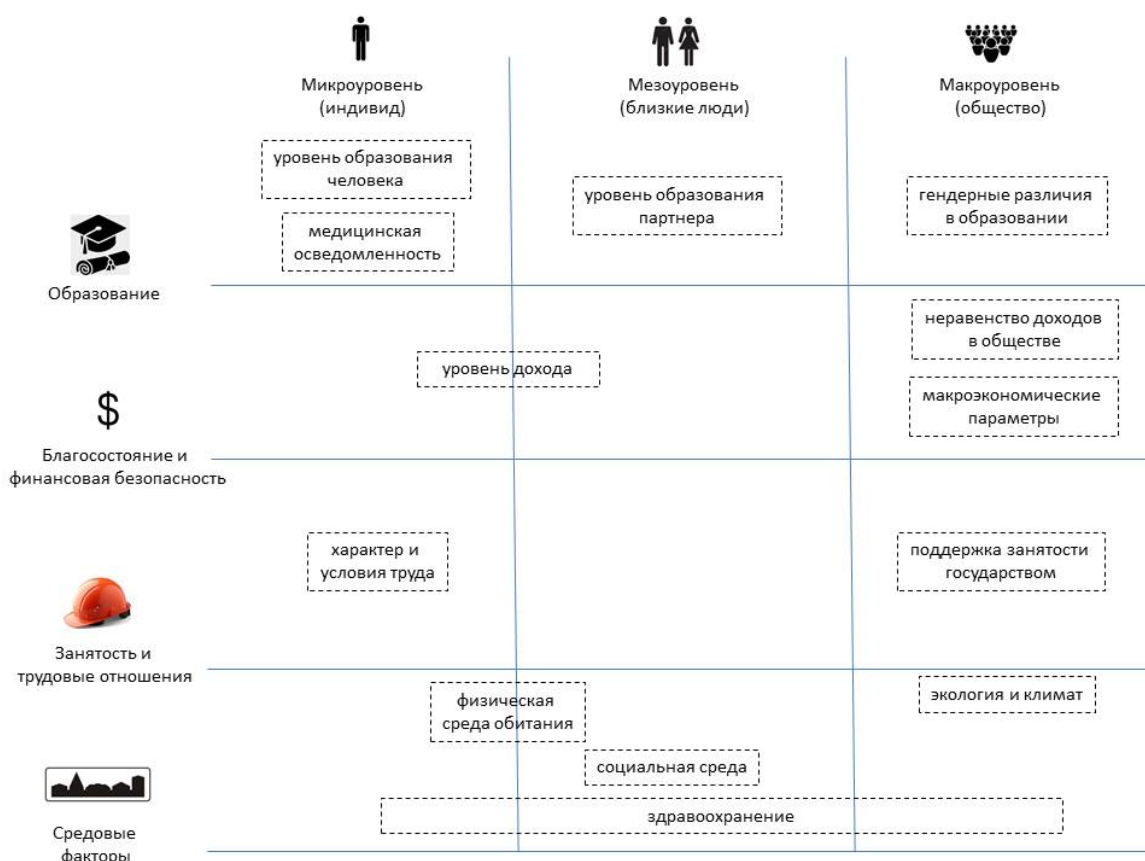


Рис. 1. Систематизация социально-экономических факторов, влияющих на здоровье человека

Индивиды (группы индивидов) используют ресурсы для того, чтобы избежать рисков и реализовать защитные стратегии. Ресурсы могут использоваться независимо от того, какие факторы риска и какие защитные факторы существуют в данных обстоятельствах. Например, при эпидемии холеры человеку с большим количеством ресурсов проще избежать областей, где распространена эта болезнь, а в случае сердечно-сосудистых заболеваний легче поддерживать требуемый образ жизни и своевременно получить качественную медицинскую помощь.

Таким образом, фундаментальные причины продолжают оказывать влияние на здоровье, даже если профиль факторов риска, защитных факторов и заболеваний радикально меняется (поэтому статусные ресурсы называются гибкими ресурсами). Такое фокусирование на гибких ресурсах и их использовании не отрицает, впрочем, важности самих ресурсов, лежащих в основе социальной, экономической и политической структуры общества.

Гибкие ресурсы можно рассматривать как на индивидуальном, так и на средовом уровнях. Например, если человек использовал ресурсы, связанные с СЭС, для того чтобы поселиться в престижном районе, он получает дополнительный «пакет услуг», положительно влияющих на его здоровье (низкий уровень шума, загрязнения окружающей среды, преступности и т.п.). Средовой уровень можно разделить на мезо- (семейный) и макроуровень (общество, государственная политика), а также формальный (работодатель или профсоюз) и неформальный (социальные сети).

Но использование группами ресурсов, улучшающих здоровье, может осуществляться и в менее явной форме. Например, социальные нормы закрепляют определенный образ жизни для каждой из групп с различным СЭС, т.е. статусные группы не напрямую добиваются улучшения материальных условий, скорее, их участники формируют некую культурную практику питания, занятия спортом и других правил и обычаев, связанных со здоровьем, которые влияют на поведение членов статусной группы [66. С. 51–67].

Соотнесение выделенных факторов и механизмов формирования неравенства в здоровье, согласно теории фундаментальных причин, позволяет предположить, что управленческое воздействие на здоровье популяции в настоящее время в любом обществе должно концентрироваться не только на решении проблем с лечением конкретной патологии (например, закупка лечебно-диагностического оборудования, подготовка специалистов для онкологической и кардиологической помощи), но и возможности ее реального получения (например, оплата транспортных расходов для жителей отдаленных населенных пунктов, проживание родственников в гостинице при медицинской организации, телемедицинские консультации до госпитализации и т.д.).

Заключение

Современное общество проходит этап трансформации системы ценностей, практически повсеместно наблюдается изменение в соотношении, с одной сто-

роны, ценностей выживания и самовыражения, а с другой – традиционных и секулярно-рациональных ценностей. Эти изменения, безусловно, происходят очень медленно, однако, они ведут к повышению значимости для граждан личной свободы, прав человека, успеха, равенства полов, приоритизируют деятельную жизнь, интересную работу, отсутствие материальных затруднений, качество образования, защиту окружающей среды и, конечно, хорошее здоровье. Эти ценности в настоящее время становятся не только целями, но и смыслом человеческой жизни. На общем фоне все отчетливее проявляются различные социально-экономические факторы, влияющие на неравенство в здоровье человека и популяции. Анализ и систематизация литературных источников по данной теме позволили сформулировать следующие выводы:

1) социально-экономические факторы, оказывающие влияние на здоровье человека и его неравное распределение среди популяции, могут быть подразделены по содержательному признаку (образование, благосостояние и финансовая безопасность, занятость и трудовые отношения, средовые факторы) и уровню воздействия (индивид, ближайшее окружение и общество). При этом сила влияния, соотношение факторов и их взаимозависимость остаются предметом дальнейших изысканий;

2) существует ряд исследований неравенства в здоровье, посвященных факторам неясного генезиса и механизму их влияния (уровень развития демократии, расовые характеристики и др.);

3) социально-экономический статус человека во-площает влияние множества ресурсов (таких как деньги, знание, престиж, власть, полезные социаль-

ные связи и др.), которые помогают увеличить продолжительность жизни и сохранить здоровье независимо от того, какие механизмы возникновения заболеваний действуют в данный момент времени. Таким образом, выделенные факторы влияют на состояние здоровья вне зависимости от уровня развития конкретного общества, но меняют пути такого воздействия;

4) для обеспечения позитивных эпидемиологических сдвигов гражданам должны быть максимально доступны эффективные меры вмешательства в охрану здоровья, закрепленные долгосрочной государственной социальной политикой.

Результаты исследования позволили получить дополнительные аргументы, подтверждающие важность эффективного функционирования институтов, отвечающих за здоровье населения, для повышения качества жизни и благополучия граждан на всем протяжении их жизненных траекторий. Основываясь на системном представлении факторов, определяющих неравенство в здоровье, эксперты, специалисты-практики и представители органов власти смогут более обоснованно подойти к принятию решений о повышении качества институционального каркаса в данной сфере, в том числе к разработке корректных мер, направленных на минимизацию неравенства в здоровье на макроуровне, в интересах всей социально-экономической системы. Благодаря этому система институтов, отвечающих за здоровье населения, сможет быть в значительно большей степени ориентирована на ключевой критерий ее эффективности – максимальную реализацию ресурсного потенциала человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Values Survey (WVS) database. World Values Survey Association, 2020. URL: <https://www.worldvaluessurvey.org> (дата обращения: 05.11.2020).
2. Вайнер Э.Н. Валеология : учеб. для вузов. М. : Флинта, 2016. 445 с.
3. Adler N.E., Newman K. Socioeconomic Disparities In Health: Pathways And Policies // *Health Affairs*. 2002. № 2. P. 60–76.
4. Braveman P., Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes // *Public Health Reports*. 2014. № 129. P. 19–31.
5. Ross C.E., Wu C. The Links between Education and Health // *American Sociological Review*. 1995. № 10. P. 719–745.
6. How's Life? 2020: Measuring Well-being. OECD, 2020. URL: <https://www.oecd.org/statistics/how-s-life-23089679.htm> (дата обращения: 15.10.2020).
7. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD, 2019. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en (дата обращения: 05.11.2020).
8. Machon M., Mosquera I., Larrañaga I., Martín U., Vergara I. Socioeconomic inequalities in health among the elderly population in Spain // *Gac Sanit*. 2020. № 34 (3). P. 276–288. DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.06.008.
9. Adjiwanou V., Bougma M., LeGrand T. The effect of partners' education on women's reproductive and maternal health in developing countries // *Social Science & Medicine*. 2018. № 197. P. 104–115. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.054.
10. Murtin F., et al. Inequalities in longevity by education in OECD countries: insights from new OECD estimates. Paris: OECD Publishing, OECD Statistics Working Papers, 2017. № 2017/2. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/inequalities-in-longevity-by-education-in-oecd-countries_6b64d9cf-en (дата обращения: 07.07.2020).
11. Mensch B.S., Chuang E.K., Melnikas A.J., Psaki S.R. Evidence for causal links between education and maternal and child health: systematic review // *Trop Med Int Health*. 2019. № 24 (5). P. 504–522. DOI: 10.1111/tmi.13218.
12. Kidman R., Heymann J. Prioritising action to accelerate gender equity and health for women and girls: Microdata analysis of 47 countries // *Glob Public Health*. 2018. № 13 (11). P. 1634–1649. DOI: 10.1080/17441692.2018.1427272.
13. Richards E., Theobald S., George A. et al. Going beyond the surface: gendered intra-household bargaining as a social determinant of child health and nutrition in low and middle income countries // *Social Science & Medicine*. 2013. № 95. P. 24–33. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.06.015.
14. Hultin H., Lundberg M., Lundin A., Magnusson C. Do overeducated individuals have increased risks of ill health?: a Swedish population-based cohort study // *Sociol Health Illn*. 2016. № 38 (6). P. 980–995. DOI: 10.1111/1467-9566.12419.
15. Stormacq C., Van den Broucke S., Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review // *Health Promot Int*. 2019. № 34 (5). P. 1–17. DOI: 10.1093/heapro/day062.
16. Smith J. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status // *Journal of Economic Perspective*. 1999. № 13 (2). P. 145–166.
17. Raleigh V. Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing? Paris: OECD Publishing, OECD Health Working Papers, 2019. № 108. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/trends-in-life-expectancy-in-eu-and-other-oecd-countries_223159ab-en (дата обращения: 06.08.2020).

18. Rausch C., Liang Y., Bultmann U. et al. Social position and geriatric syndromes among Swedish older people: a population-based study // *BMC Geriatr.* 2019. № 267. DOI: 10.1186/s12877-019-1295-8.
19. Whillans J., Nazroo J. Social Inequality and Visual Impairment in Older People // *The Journals of Gerontology: Series B.* 2018. № 73, Is. 3. P. 532–542. DOI: 10.1093/geronb/gbv163.
20. Cai J., Coyte P.C., Zhao H. Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China // *Int J. Equity Health.* 2017. № 7. DOI: 10.1186/s12939-016-0496-4.
21. Rose G. Sick Individuals and Sick Populations // *International Journal of Epidemiology.* 1985. № 14. P. 32–38.
22. Lynch J., Davey Smith G., Harper S. Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review // *Milbank Q.* 2004. № 82 (1). P. 5–99.
23. Cushing L., Morello-Frosch R., Wander M. The Haves, the Have-Nots, and the Health of Everyone: The Relationship Between Social Inequality and Environmental Quality // *Annu. Rev. Public Health.* 2015. № 36. P. 193–209.
24. Kondo N., Sembajwe G., Kawachi I. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies // *British Medical Journal.* 2009. № 339. P. 441–447.
25. Lynch J., Davey Smith G., Kaplan G.A. Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions // *British Medical Journal.* 2000. № 320 (7243). P. 1200–1204.
26. Truesdale B.C., Jencks C. The Health Effects of Income Inequality: Averages and Disparities // *Annu. Rev. Public Health.* 2016. № 37. P. 413–430. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021606.
27. Sharma R. Health and economic growth: Evidence from dynamic panel data of 143 years // *PLoS One.* 2018. № 13 (10). DOI: 10.1371/journal.pone.0204940.
28. Curran M., Mahutga M.C. Income Inequality and Population Health: A Global Gradient? // *J. Health Soc. Behav.* 2018. № 59 (4). P. 536–553. DOI: 10.1177/0022146518808028.
29. Dieker A.C., IJzelenberg W., Proper K.I. et al. The contribution of work and lifestyle factors to socioeconomic inequalities in self-rated health – a systematic review // *Scand. J. Work Environ Health.* 2019. № 45 (2). P. 114–125. DOI: 10.5271/sjweh.3772.
30. Lahelma E., Martikainen P., Rahkonen O., Roos E., Saastamoinen P. Occupational class inequalities across key domains of health: results from the Helsinki Health Study // *Eur. J. Public Health.* 2005. № 15 (5). P. 504–510. DOI: 10.1093/eurpub/cki022.
31. Vanroelen C. Employment Quality: An Overlooked Determinant of Workers' Health and Well-being? // *Ann. Work Expo. Health.* 2019. № 63 (6). P. 619–623. DOI: 10.1093/annweh/wxz049.
32. Balaj M., McNamara C.L., Eikemo T.A., Bambra C. The social determinants of inequalities in self-reported health in Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health // *Eur. J. Public Health.* 2017. № 27. P. 107–114. DOI: 10.1093/eurpub/ckw217.
33. Cylus J., Glymour M.M., Avendano M. Health effects of unemployment benefit program generosity // *Am. J. Public Health.* 2015. № 105 (2). P. 317–323. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302253.
34. Gibson M., Hearty W., Craig P. The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review // *Lancet Public Health.* 2020. № 5 (3). P. 165–176. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30005-0.
35. Sun Z., Zhu D. Exposure to outdoor air pollution and its human health outcomes: A scoping review // *PLoS One.* 2019. № 14 (5). DOI: 10.1371/journal.pone.0216550.
36. Nieuwenhuijsen M.J. Urban and transport planning, environmental exposures and health-new concepts, methods and tools to improve health in cities // *Environ Health.* 2016. № S38. DOI: 10.1186/s12940-016-0108-1.
37. Li J., Zhang X. Beach Pollution Effects on Health and Productivity in California // *Int J Environ Res Public Health.* 2019. № 16 (11). DOI: 10.3390/ijerph16111987.
38. Zeng S., Ma J., Yang Y., Zhang S., Liu G.J., Chen F. Spatial assessment of farmland soil pollution and its potential human health risks in China // *Sci. Total Environ.* 2019. № 687. P. 642–653. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2019.05.291.
39. Life expectancy and Healthy life expectancy: data by country. WHO, Global Health Observatory data repository, 2020. URL: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> (дата обращения: 20.10.2020).
40. Gjónsa A., Bobak M. Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle // *Lancet.* 1997. № 350. P. 1815–1817.
41. Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990 // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1998. № 98. P. 34–41.
42. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении. ЕМИСС, 2020. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31293?> (дата обращения: 12.09.2020).
43. Rees E.E., Ng V., Gachon P. et al. Risk assessment strategies for early detection and prediction of infectious disease outbreaks associated with climate change // *Can. Commun. Dis. Rep.* 2019. № 45 (5). P. 119–126. DOI: 10.14745/ccdr.v45i05a02.
44. Weitzman M. Recent Trends in the Prevalence and Severity of Childhood Asthma // *Journal of the American Medical Association.* 1992. № 19. P. 2673–2677.
45. Zhang T. The effects of economic development and built environment on diabetes in CHINA // *Popul. Health Metr.* 2017. № 15 (1). DOI: 10.1186/s12963-017-0152-2.
46. Nieuwenhuijsen M.J. Influence of urban and transport planning and the city environment on cardiovascular disease // *Nat. Rev. Cardiol.* 2018. № 15 (7). P. 432–438. DOI: 10.1038/s41569-018-0003-2.
47. Mueller N., Rojas-Rueda D., Basagaña X., et al. Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities // *Environ Health Perspect.* 2017. № 125 (1). P. 89–96. DOI: 10.1289/EHP220.
48. Berkman L.F., Glass T. *Social Epidemiology: Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health.* New York: Oxford University Press, 2000. P. 137–173.
49. Sampson R.J., Raudenbush S.W., Earls F. Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy // *Science.* 1997. № 5328. P. 918–924.
50. Kawachi I., Kennedy B.P. Socioeconomic Determinants of Health: Health and Social Cohesion: Why Care About Income Inequality? // *British Medical Journal.* 1997. № 314. P. 1037–1040.
51. Blazquez-Fernández C., Cantarero-Prieto D., Pascual-Saez M. Health expenditure and socio-economic determinants of life expectancy in the OECD Asia/Pacific area countries // *Applied Economics Letters.* 2017. № 24, Is. 3. P. 167–169. DOI: 10.1080/13504851.2016.1173174.
52. Van den Heuvel W.J., Olaroiu M. How important are health care expenditures for life expectancy? A comparative European analysis // *J Am Med Dir. Assoc.* 2017. № 18 (3). DOI: 10.1016/j.jamda.2016.11.027.
53. The Global Health Expenditure Database (GHED). World Health Organization, 2020. URL: <https://apps.who.int/nha/database> (дата обращения: 23.09.2020).
54. Wood E. Social Inequalities in Male Mortality Amenable to Medical Intervention in British Columbia // *Social Science and Medicine.* 1999. № 12. P. 1751–1758.
55. Alvarez F.N., El-Sayed A.M. National income inequality and ineffective health insurance in 35 low- and middle-income countries // *Health Policy Plan.* 2017. № 32 (4). P. 487–492. DOI: 10.1093/heapol/czw156.
56. El-Sayed A.M., Vail D., Kruk M.E. Ineffective insurance in lower and middle income countries is an obstacle to universal health coverage // *J. Glob. Health.* 2018. № 8 (2). DOI: 10.7189/jogh.08.020402.

57. Нарская Н.В. Здоровье и социальное неравенство в РФ // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. 2014. № 1, т. 14. С. 97–99.
58. Pathirana T.I., Jackson C.A. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis // Aust. N. Z. J. Public Health. 2018. № 42 (2). P. 186–194. DOI: 10.1111/1753-6405.12762.
59. Darin-Mattsson A., Fors S., Kåreholt I. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age // Int. J. Equity Health. 2017. № 16 (1). DOI: 10.1186/s12939-017-0670-3.
60. Klomp J., de Haan J. Is the political system really related to health? // Soc. Sci. Medicine. 2009. № 69. P. 36–46.
61. Krueger P.M., Dovel K., Denney J.T. Democracy and self-rated health across 67 countries: A multilevel analysis // Soc. Sci. Med. 2015. № 143. P. 137–144. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.08.047.
62. Brown T.H., Hargrove T.W., Griffith D.M. Racial/Ethnic Disparities in Men's Health: Examining Psychosocial Mechanisms // Fam. Community Health. 2015. № 38 (4). P. 307–318. DOI: 10.1097/FCH.0000000000000080.
63. Jones A. Race, Socioeconomic Status, and Health during Childhood: A Longitudinal Examination of Racial/Ethnic Differences in Parental Socioeconomic Timing and Child Obesity Risk // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2018. № 15 (4). DOI: 10.3390/ijerph15040728.
64. Campos B., Kim H.S. Incorporating the cultural diversity of family and close relationships into the study of health // Am. Psychol. 2017. № 72 (6). P. 543–554. DOI: 10.1037/amp0000122.
65. Link B.G., Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease // Journal of Health and Social Behavior. Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future. 1995. P. 80–94.
66. Cockerham W. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure // Journal of Health and Social Behavior. 2005. № 46. P. 51–67.

Статья представлена научной редакцией «Социология и политология» 30 ноября 2020 г.

Systematization of Socioeconomic Factors that Determine Health Inequality: A Literature Review

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Tomsk State University Journal, 2021, 468, 101–114.

DOI: 10.17223/15617793/468/12

Ivan P. Shibalkov, Siberian State Medical University (Tomsk, Russian Federation). E-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru

Irina A. Pavlova, Tomsk Polytechnic University (Tomsk, Russian Federation); Tomsk Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences (Tomsk, Russian Federation); Tomsk State University of Control Systems and Radioelectronics (Tomsk, Russian Federation). E-mail: iapav@mail.ru

Olga P. Nedospasova, Tomsk Polytechnic University (Tomsk, Russian Federation); Tomsk State University (Tomsk, Russian Federation) E-mail: olgaeconomy@mail.ru

Ekaterina K. Tagina, Siberian State Medical University (Tomsk, Russian Federation) E-mail: taginaekaterina@gmail.com

Keywords: health; inequality; socioeconomic factors; institutions; education; income; employment; environment.

The study is supported by the Russian Science Foundation, Project No. 19-18-00300.

Academic and expert community is continuously researching all aspects of inequality. However, problems of inequality in healthcare (due to objective circumstances (ethnicity, gender, etc.) and settings in which people are born, grow up, work, and age) have been studied to a lesser extent. The study aims to summarize and analyze literature on the identification and systematization of socioeconomic factors affecting inequality in health on individual and population levels. Health factors are primarily determined by a person's socioeconomic position (SEP), including education, income, and occupation. Socio-economic factors that determine inequality in health are all factors that affect the absolute and relative (relative to other members of the society in which the individual lives) social and economic situation of a person. In addition to them, the analysis includes institutions that potentially influence a person's health: a person, at their own free will or in connection with established norms, interacts with these institutions regularly during their life. A literature review using the PubMed, Web of Science, Scopus, Russian Science Citation Index databases was carried out. The search depth by the time parameter had no restrictions. The keywords "socioeconomic status", "socioeconomic position", "inequality in health", "health factors" were used to analyze more than 350 publications. The analysis allowed us to divide socioeconomic factors into the following categories and subcategories related to education (level of education of a person, level of education of a partner, gender differences in education, medical awareness), welfare and financial security (level of income, income inequality in society, macroeconomic parameters), employment and labor relations (nature and conditions of work, support of employment by the state), environmental factors (ecology and climate, physical habitat, social environment, health care). The factors are also systematized according to the levels of influence: individual level (micro-level), a person's inner circle (meso-level), and society as a whole (macro-level). The study identifies the relationship between various aspects of a person's SEP and their health for the majority of the factor groups for both developed and developing countries. The study results amend and strengthen arguments confirming the importance of the effective functioning of institutions responsible for the health of the population and explain their institutional roles for improving the quality of life and well-being of citizens throughout their life trajectories. In this regard, a systematic study of the factors that determine inequality in health creates conditions for improving the quality of the institutional framework and substantiating the effectiveness of measures aimed at minimizing inequality in health at the micro-, meso-, macro-levels for increasing the well-being of the entire socioeconomic system.

REFERENCES

1. World Values Survey Association. (2020) *World Values Survey (WVS) database*. [Online] Available from: <https://www.worldvaluessurvey.org> (Accessed: 05.11.2020).
2. Vayner, E.N. (2016) *Valeologiya: ucheb. dlya vuzov* [Valeology: textbook for universities]. Moscow: Flinta.
3. Adler, N.E. & Newman, K. (2002) Socioeconomic Disparities In Health: Pathways And Policies. *Health Affairs*. 2. pp. 60–76.
4. Braveman, P. & Gottlieb, L. (2014) The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*. 129. pp. 19–31.
5. Ross, C.E. & Wu, C. (1995) The Links between Education and Health. *American Sociological Review*. 10. pp. 719–745.
6. OECD. (2020) *How's Life? 2020: Measuring Well-being*. [Online] Available from: <https://www.oecd.org/statistics/how-s-life-23089679.htm> (Accessed: 15.10.2020).
7. OECD. (2019) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. [Online] Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en (Accessed: 05.11.2020).

8. Machon, M. et al. (2020) Socioeconomic inequalities in health among the elderly population in Spain. *Gac Sanit.* 34 (3). pp. 276–288. DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.06.008
9. Adjiwanou, V., Bougma, M. & LeGrand, T. (2018) The effect of partners' education on women's reproductive and maternal health in developing countries. *Social Science & Medicine*. 197. pp. 104–115. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.054
10. Murtin, F. et al. (2017) *Inequalities in longevity by education in OECD countries: insights from new OECD estimates*. Paris: OECD Publishing. OECD Statistics Working Papers. 2017/2. [Online] Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/inequalities-in-longevity-by-education-in-oecd-countries_6b64d9cf-en (Accessed: 07.07.2020).
11. Mensch, B.S. (2019) Evidence for causal links between education and maternal and child health: systematic review. *Trop Med Int Health*. 24 (5). pp. 504–522. DOI: 10.1111/tmi.13218
12. Kidman, R. & Heymann, J. (2018) Prioritising action to accelerate gender equity and health for women and girls: Microdata analysis of 47 countries. *Glob Public Health*. 13 (11). pp. 1634–1649. DOI: 10.1080/17441692.2018.1427272
13. Richards, E. et al. (2013) Going beyond the surface: gendered intra-household bargaining as a social determinant of child health and nutrition in low and middle income countries. *Social Science & Medicine*. 95. pp. 24–33. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.06.015
14. Hultin, H. et al. (2016) Do overeducated individuals have increased risks of ill health?: a Swedish population-based cohort study. *Sociol Health Illn*. 38 (6). pp. 980–995. DOI: 10.1111/1467-9566.12419
15. Stormacq, C., Van den Broucke, S. & Wosinski, J. (2019) Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int*. 34 (5). pp. 1–17. DOI: 10.1093/heapro/day062
16. Smith, J. (1999) Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *Journal of Economic Perspective*. 13 (2). pp. 145–166.
17. Raleigh, V. (2019) *Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing?* Paris: OECD Publishing. OECD Health Working Papers. 108. [Online] Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/trends-in-life-expectancy-in-eu-and-other-oecd-countries_223159ab-en (Accessed: 06.08.2020).
18. Rausch, C. et al. (2019) Social position and geriatric syndromes among Swedish older people: a population-based study. *BMC Geriatr*. 267. DOI: 10.1186/s12937-019-1295-8
19. Whillans, J. & Nazroo, J. (2018) Social Inequality and Visual Impairment in Older People. *The Journals of Gerontology: Series B*. 73 (3). pp. 32–542. DOI: 10.1093/geronb/gbv163
20. Cai, J., Coyte, P.C. & Zhao, H. (2017) Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China. *Int J. Equity Health*. 7. DOI: 10.1186/s12939-016-0496-4
21. Rose, G. (1985) Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*. 14. pp. 32–38.
22. Lynch, J., Davey, S.G. & Harper, S. (2004) Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review. *Milbank Q*. 82 (1). pp. 5–99.
23. Cushing, L., Morello-Frosch, R. & Wander, M. (2015) The Haves, the Have-Nots, and the Health of Everyone: The Relationship Between Social Inequality and Environmental Quality. *Annu. Rev. Public Health*. 36. pp. 193–209.
24. Kondo, N., Sembajwe, G. & Kawachi, I. (2009) Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *British Medical Journal*. 339. pp. 441–447.
25. Lynch, J., Davey, S.G. & Kaplan, G.A. (2000) Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions. *British Medical Journal*. 320 (7243). pp. 1200–1204.
26. Truesdale, B.C. & Jencks, C. (2016) The Health Effects of Income Inequality: Averages and Disparities. *Annu. Rev. Public Health*. 37. pp. 413–430. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021606
27. Sharma, R. (2018) Health and economic growth: Evidence from dynamic panel data of 143 years. *PLoS One*. 13 (10). DOI: 10.1371/journal.pone.0204940
28. Curran, M. & Mahutga, M.C. (2018) Income Inequality and Population Health: A Global Gradient? *J. Health Soc. Behav*. 59 (4). pp. 536–553. DOI: 10.1177/0022146518808028
29. Dieker, A.C. et al. (2019) The contribution of work and lifestyle factors to socioeconomic inequalities in self-rated health – a systematic review. *Scand. J. Work Environ Health*. 45 (2). pp. 114–125. DOI: 10.5271/sjweh.3772
30. Lahelma, E. et al. (2005) Occupational class inequalities across key domains of health: results from the Helsinki Health Study. *Eur. J. Public Health*. 15 (5). pp. 504–510. DOI: 10.1093/eurpub/cki022
31. Vanroelen, C. (2019) Employment Quality: An Overlooked Determinant of Workers' Health and Well-being? *Ann. Work Expo. Health*. 63 (6). pp. 619–623. DOI: 10.1093/annweh/wxz049
32. Balaj, M. et al. (2017) The social determinants of inequalities in self-reported health in Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur. J. Public Health*. 27. pp. 107–114. DOI: 10.1093/eurpub/ckw217
33. Cylus, J., Glymour, M.M. & Avendano, M. (2015) Health effects of unemployment benefit program generosity. *Am. J. Public Health*. 105 (2). pp. 317–323. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302253
34. Gibson, M., Hearty, W. & Craig, P. (2020) The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review. *Lancet Public Health*. 5 (3). pp. 165–176. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30005-0
35. Sun, Z. & Zhu, D. (2019) Exposure to outdoor air pollution and its human health outcomes: A scoping review. *PLoS One*. 14 (5). DOI: 10.1371/journal.pone.0216550
36. Nieuwenhuijsen, M.J. (2016) Urban and transport planning, environmental exposures and health-new concepts, methods and tools to improve health in cities. *Environ Health*. S38. DOI: 10.1186/s12940-016-0108-1
37. Li, J. & Zhang, X. (2019) Beach Pollution Effects on Health and Productivity in California. *Int J Environ Res Public Health*. 16 (11). DOI: 10.3390/ijerph16111987
38. Zeng, S. et al. (2019) Spatial assessment of farmland soil pollution and its potential human health risks in China. *Sci. Total Environ*. 687. pp. 642–653. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2019.05.291
39. WHO. (2020) *Life expectancy and Healthy life expectancy: data by country*. WHO, Global Health Observatory Data Repository. [Online] Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> (Accessed: 20.10.2020).
40. Gjónsa, A. & Bobak, M. (1997) Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle. *Lancet*. 350. pp. 1815–1817.
41. Wasserman, D. & Värnik, A. (1998) Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 98. pp. 34–41.
42. EMISS. (2020) *Srednyaya ozhidaemaya prodolzhitel'nost' zhizni pri rozhdenii* [Average life expectancy at birth]. [Online] Available from: <https://www.fedstat.ru/indicator/31293?> (Accessed: 12.09.2020).
43. Rees, E.E. et al. (2019) Risk assessment strategies for early detection and prediction of infectious disease outbreaks associated with climate change. *Can. Commun. Dis. Rep*. 45 (5). pp. 119–126. DOI: 10.14745/ccdr.v45i05a02
44. Weitzman, M. (1992) Recent Trends in the Prevalence and Severity of Childhood Asthma. *Journal of the American Medical Association*. 19. pp. 2673–2677.
45. Zhang, T. (2017) The effects of economic development and built environment on diabetes in CHINA. *Popul. Health Metr*. 15 (1). DOI: 10.1186/s12963-017-0152-2

46. Nieuwenhuijsen, M.J. (2018) Influence of urban and transport planning and the city environment on cardiovascular disease. *Nat. Rev. Cardiol.* 15 (7). pp. 432–438. DOI: 10.1038/s41569-018-0003-2
47. Mueller, N. et al. (2017) Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities. *Environ Health Perspect.* 125 (1). pp. 89–96. DOI: 10.1289/EHP220
48. Berkman, L. F. & Glass, T. (2000) *Social Epidemiology: Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health*. New York: Oxford University Press. pp. 137–173.
49. Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. & Earls, F. (1997) Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy. *Science*. 3328. pp. 918–924.
50. Kawachi, I. & Kennedy, B.P. (1997) Socioeconomic Determinants of Health: Health and Social Cohesion: Why Care About Income Inequality? *British Medical Journal*. 314. pp. 1037–1040.
51. Blazquez-Fernández, C., Cantarero-Prieto, D. & Pascual-Saez, M. (2017) Health expenditure and socio-economic determinants of life expectancy in the OECD Asia/Pacific area countries. *Applied Economics Letters*. 24 (3). pp. 167–169. DOI: 10.1080/13504851.2016.1173174
52. Van den Heuvel, W.J. & Olariu, M. (2017) How important are health care expenditures for life expectancy? A comparative European analysis. *J Am Med Dir. Assoc.* 18 (3). DOI: 10.1016/j.jamda.2016.11.027
53. World Health Organization. (2020) *The Global Health Expenditure Database (GHED)*. [Online] Available from: <https://apps.who.int/nha/database> (Accessed: 23.09.2020).
54. Wood, E. (1999) Social Inequalities in Male Mortality Amenable to Medical Intervention in British Columbia. *Social Science and Medicine*. 12. pp. 1751–1758.
55. Alvarez, F.N. & El-Sayed, A.M. (2017) National income inequality and ineffective health insurance in 35 low- and middle-income countries. *Health Policy Plan.* 32 (4). pp. 487–492. DOI: 10.1093/heapol/czw156
56. El-Sayed, A.M., Vail, D. & Kruk, M.E. (2018) Ineffective insurance in lower and middle income countries is an obstacle to universal health coverage. *J. Glob. Health.* 8 (2). DOI: 10.7189/jogh.08.020402
57. Narskaya, N.V. (2014) Health and social inequality in Russia. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Sotsial'no-gumanitarnye nauki – Bulletin of South Ural State University. Series "Social Sciences and the Humanities"*. 1 (14). pp. 97–99. (In Russian).
58. Pathirana, T.I. & Jackson, C.A. (2018) Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Aust. N. Z. J. Public Health.* 42 (2). pp. 186–194. DOI: 10.1111/1753-6405.12762.
59. Darin-Mattsson, A., Fors, S. & Kåreholt, I. (2017) Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *Int. J. Equity Health.* 16 (1). DOI: 10.1186/s12939-017-0670-3.
60. Klomp, J. & de Haan, J. (2009) Is the political system really related to health? *Soc. Sci. Medicine.* 69. pp. 36–46.
61. Krueger, P.M., Dovel, K. & Denney, J.T. (2015) Democracy and self-rated health across 67 countries: A multilevel analysis. *Soc. Sci. Med.* 143. pp. 137–144. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.08.047
62. Brown, T.H., Hargrove, T.W. & Griffith, D.M. (2015) Racial/Ethnic Disparities in Men's Health: Examining Psychosocial Mechanisms. *Fam. Community Health.* 38 (4). pp. 307–318. DOI: 10.1097/FCH.0000000000000080
63. Jones, A. (2018) Race, Socioeconomic Status, and Health during Childhood: A Longitudinal Examination of Racial/Ethnic Differences in Parental Socioeconomic Timing and Child Obesity Risk. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 15 (4). DOI: 10.3390/ijerph15040728
64. Campos, B. & Kim, H.S. (2017) Incorporating the cultural diversity of family and close relationships into the study of health. *Am. Psychol.* 72 (6). pp. 543–554. DOI: 10.1037/amp0000122
65. Link, B.G. & Phelan, J. (1995) Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*. Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future. pp. 80–94.
66. Cockerham, W. (2005) Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior.* 46. pp. 51–67.

Received: 30 November 2020