Verdensrapport om sosiale determinanter for helselikhet

Oppsummering

© Norwegian Directorate of Health 2025
This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition World report on social determinants of health equity. Executive summary. Geneva: World Health Organization; [*year*]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition.
This translated work is available under the CC BY-NC-SA 3.0

Design og layout ved Hopgood Creative.

Forord

Vi lever i en verden preget av uliket. Hvor vi blir født, vokser opp, bor, arbeider og eldes, har mye å si for både helse og livskvalitet. Disse sosiale helsedeterminantene formes av valg av politikk, sosiale verdier og systemene vi skaper og opprettholder. Derfor er det til tross for dagens ulikheter og urettferdighet mulig å endre ting til det bedre.

Denne omfattende *Verdensrapporten om sosiale determinanter for helselikhet* understreker at vi for å oppnå rettferdige helseutfall må gjennomføre en samlet innsats for å ta tak i det komplekse nettet av sosiale, økonomiske, miljømessige og politiske faktorer som påvirker helsen. Disse determinantene er forankret i strukturene i samfunnene våre, fra tilgang til utdanning og inntektsfordeling, til levekår og sosial beskyttelse.

Covid-19-pandemien avdekket og forsterket sosial ulikhet i helse og viste på en dramatisk måte hvordan systemiske ulikheter utsetter marginaliserte og sårbare grupper for uforholdsmessig stor risiko. Effektene ga gjenklang utover den fysiske helsen og påvirket mental, sosial og økonomisk velferd, noe som understreker behovet for helhetlige og inkluderende tilnærminger til helselikhet. Vi må legge til rette for miljøer som fremmer helse og bidrar til å beskytte mot negative utfall overalt i samfunnet.

Denne rapporten presenterer kunnskapsbaserte strategier og politiske anbefalinger som en veileder for myndigheter, sivilsamfunn og internasjonale organisasjoner når de skal skape rettferdige og likeverdige helsesystemer. Med utgangspunkt i kunnskap, eksempler og nasjonale kasusstudier fra hele verden illustrerer den de positive effektene av tiltak rettet mot sosiale determinanter – det være seg gjennom universell tilgang til helse og sosial beskyttelse, gjennom rettferdig arbeidspraksis eller gjennom inkluderende utdanning.

Jeg inviterer ledere og lokalsamfunn over hele verden til å ta til seg funnene i denne rapporten, i vår felles innsats for å jevne ut sosial ulikhet i helse ved å håndtere sosiale ulikheter. La oss sammen forplikte oss til å bygge en verden der alle, uavhengig av omstendighetene, har mulighet til å oppnå en så høy standard for helse og velferd som mulig.

[Signatur]

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Generaldirektør
Verdens helseorganisasjon

Takk

Verdens helseorganisasjon takker alle som har bidratt i arbeidet med å planlegge, utvikle og gå gjennom denne verdensrapporten. Utviklingen av rapporten har blitt ledet av Sudhvir Singh (Unit Head, Equity and Health), under ledelse av Etienne Krug, (Director), begge fra Department of Social Determinants of Health, WHO. Kumanan Rasanathan (tidligere Unit Head, Equity and Health) ledet utviklingen av rapporten fra 2021 til 2022.

Viktige tekniske forfattere og korrekturlesere

Hovedforfatterne av rapporten fra WHO var i alfabetisk rekkefølge: Julia Berenson, Kumanan Rasanathan, Sudhvir Singh og Nicole Valentine (WHO Department of Social Determinants of Health). Monika Kosinska, Nathalie Roebbel og Tamitza Toroyan fra WHO Department of Social Determinants of Health fungerte som interne korrekturlesere. Julia Berenson koordinerte utviklingen og gjennomgangen av eksemplene fra forskjellige land. Data om fremdriften mot målene fra WHO-kommisjonen for sosiale helsedeterminanter ble utarbeidet av Ahmad Reza Hosseinpoor, Katherine Kirkby og Nicole Bergen fra WHOs Department of Data and Analytics.

Rapporten er redigert av Michael Bartos (Australia). Jessica Allen, Antia Castedo, Angela Donkin og Michael Marmot fra University College London Institute of Health Equity i Storbritannia og Nord-Irland (Storbritannia) evaluerte evidensen og bidro til å utarbeide deler av rapporten. Mike Kalmus Eliasz (Honorary Clinical Fellow, University of Liverpool, Storbritannia) og Pooja Yerramilli (Health Specialist, the World Bank Group, USA) har kommet med viktige tekniske bidrag til rapporten.

WHO vil gjerne takke medlemmene av de politiske og vitenskapelige ekspertgruppene som ble nedsatt for å støtte utviklingen av verdensrapporten og gjennomgå materiale og utkast. Alle ekspertene har signert interesseerklæringer (se vedlegg 1).

Ekspertgruppe for politikk

Rowaida Al-Maaitah (Faculty of Nursing, Jordan University of Science and Technology, Jordan), Paulo Buss (Emeritus Professor, Oswaldo Cruz Foundation, Brasil), Helen Clark (Tidligere statsminister, New Zealand og tidligere administrator, FNs utviklingsprogram, New Zealand), Tim Evans (Inaugural Director og Associate Dean, School of Population and Global Health, McGill University, Canada), Michael Marmot (Professor og Director, Institute of Health Equity, University College London, Storbritannia), Anders Nordström (Advisor Karolinska

Institutet og Stockholm School of Economics og tidligere Ambassador for Global Health, Sverige), Loyce Pace (tidligere Assistant Secretary for Global Affairs, US Department of Health and Human Services, USA), Joy Phumaphi (Executive Secretary, African Leaders Malaria Alliance, Botswana), Erika Placella (Head of Health, Swiss Agency for Development and Cooperation, Sveits), Dr K. Srinath Reddy (Honorary Distinguished Professor og tidligere President, Public Health Foundation of India, India), John-Arne Røttingen (Chief Executive Officer, Wellcome Trust og tidligere Ambassador for Global Health, Norge), Viroj Tangcharoensathien (Senior Advisor, International Health Policy Foundation, Thailand), Jeanette Vega (Senior Adviser to the Minister of Health, Chile), Guo Yan (School of Public Health, Peking University, Kina).

Vitenskapelig ekspertgruppe

Debashis Basu (Academic and Clinical Head of Public Health Medicine, Steve Biko Academic Hospital og University of Pretoria, Sør-Afrika), Fran Baum (Professor of Health Equity, The Stretton Institute, The University of Adelaide, Australia), Mickey Chopra (Global Solutions Lead for Service Delivery, Health, Nutrition and Population global practice, Verdensbanken), Mandeep Dhaliwal (Director, HIV and Health Group, Bureau for Policy and Programme Support, FNs utviklingsprogram), Carlos Dora (Visiting Professor of Public Policies, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil), Sharon Friel (Professor of Health Equity; Director, Planetary Health Equity Hothouse og Australian Research Centre for Health Equity, School of Regulation and Global Governance, Australian National University, Australia), Johanna Hanefeld (Vice President (fungerende), Robert Koch Institute; Director, Centre for International Health Protection, Robert Koch Institute, Tyskland), Meri Koivusalo (Professor of Global Health Policy, Faculty of Social Sciences, Tampere University, Finland), Vivian Kwang-wen Lin (Honorary Professor, Li Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong), Rene Loewenson (Director, Training and Research Support Centre, Zimbabwe), David McCoy (Research Lead, United Nations University International Institute for Global Health, Malaysia), Iman Nuwayhid (Professor, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, Libanon), Hoda Rashad (Professor and Director, Social Research Center, The American University in Cairo, Egypt), Sabina Rashid (Professor, Mushtaque Chowdhury Chair in Health and Poverty; Director, Centre for Gender and Sexual and Reproductive Health and Rights, BRAC James P Grant School of Public Health, Bangladesh), Papaarangi Reid (Professor, Māori Health, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, New Zealand), Gita Sen (Professor Emeritus, Indian Institute of Management Bangalore; Former Director, Honorary Distinguished Professor, Ramalingaswami Centre on Equity & Social Determinants of Health, Public Health Foundation of India).

WHO ønsker også å takke følgende eksterne eksperter som har gjennomgått rapporten: Salma Abdalla (Associate Professor, Washington University, USA), Miriam van den Berg (Research Fellow, Stretton Health Equity, University of Adelaide, Australia), Patrick Bodenmann (Professor, Université de Lausanne; Chief of Department of Vulnerabilities and Social Medicine, Unisanté, Sveits), Toby Freeman (Research Fellow, Stretton Health Equity, University of Adelaide, Australia), Natalia Linou (Deputy Director and Advisor on Determinants of Health & UHC, United Nations Development Programme, USA), Lou Tessier (Health Protection Specialist, International Labour Organization, Sveits).

WHOs bidragsytere og korrekturlesere

WHO Regional Office for Africa: Doris Kirigia, Guy Mbayo og Peter Phori (Division of Universal Health Coverage/Healthier Population).

WHO Regional Office for the Americas og Pan American Health Organization: Francisco Armada Perez, Pamela Bernales Baksai, Pilar Campos Esteban, Gerry Eijkemans, Fernanda Lanzagorta Cerecer, Fabrizio Mendez, Orielle Solar Hormazabal, Soto Santiago og Hugo Vasquez. (Department of Social and Environmental Determinants for Health Equity).

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean: Zahra Ahmed, Maha El-Adawy og Samar Elfeky (Division of Health Promotion); Hafid Hachri (WHO Office, Marokko).

WHO Regional Office for Europe. Matthias Braubach, Kira Fortune og Sinaia Netanyahu (Department of Environment and Communicable Diseases); Christine Brown, Yannish Naik og Dorota Sienkiewicz (Office for Investment for Health & Development); Kathrin Hetz og Kremlin Wickramasinghe (Special Initiative on Noncommunicable Diseases and Innovation).

WHO Regional Office for South-East Asia: Suvajee Good (Department of Family Health, Gender and Life Course).

WHO Regional Office for the Western Pacific: Emma Callon, Isabel Espinosa, Joana Madureira Lima og Antonio Palazuelos Prieto (Division of Healthy Environments and Populations); Josaia Tiko (WHO Office, Papua New Guinea); April Joy David (WHO Office, Filippinene).

WHOs hovedkontor: Elena Altieri og Timothy Chadborn (Behavioural Insights Unit); Nicole Bergen, Ahmad Reza Hosseinpoor og Katherine Kirkby (Department of Data and Analytics); Diarmid Campbell-Lendrum, Ivan Ivanov, Christian Schweizer og Salvatore Vinci (Department of Environment, Climate Change and Health); Sarah Hess, Ramona

Ludolph og Ryoko Takahashi (Department of Epidemic & Pandemic Preparedness and Prevention); Evelyn Boy-Mena, Anna Coates, Susana Lidia Gomez Reyes, Shirin Heidari, Theadora Koller og Paulina Nykänen-Rettaroli (Department of Gender, Rights and Equity); Joe Kutzin og Edith Patouillard (Department of Health Financing and Economics); Faten Ben Abdelaziz og Jeremias Paul (Department of Health Promotion); Catherine Kane (Department of Health Workforce); Valentina Baltag, Bernadette Daelmans, Regina Guthold og Ritu Sadana (Department of Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health & Ageing); Daniel Chisholm, Michelle Funk, Nathalie Drew Bold og Mark Humphrey Van Ommeren (Department of Mental Health and Substance Use); Darryl Barrett og Emma Pearce (Department of Noncommunicable Diseases); Luz Maria De-Regil og Katrin Engelhardt (Department of Nutrition and Food Safety); Virginia Clare Arnold, Stephanie Burrows, Alexander Butchart, Omar Cherkaoui, Daniel Hunt, Juliette McHardy, Christopher Mikton, Alana Officer, Laura Sminkey, Robert Totanes og Nhan Tran (Department of Social Determinants of Health); Delia Boccia (Global Tuberculosis Programme); Cetin Dogan Dikmen, Aarti Garg og Miriam Orcutt (Health and Migration Programme); Faraz Khalid, Kira Koch, Shams Syed og Tova Tampe (Special Programme on Primary Health Care).

WHO takker alle organisasjonene og enkeltpersonene som deltok i konsultasjonene som bidro til verdensrapporten. WHO er takknemlig for økonomisk støtte fra Swiss Agency for Development and Cooperation og Public Health Agency of Canada.

Forkortelser

KI	Kunstig intelligens
Covid-19	Koronavirussykdom 2019
HiAP	(Health in All Policies) Fokus på helse i alle politiske prosesser og ledd der avgjørelser tas
PHC	(Primary Health Care) Primærhelsetjenesten
UHC	(Universal health coverage) Universell helsedekning
FN	De forente nasjoner
WHO	Verdens helseorganisasjon

Oppsummering

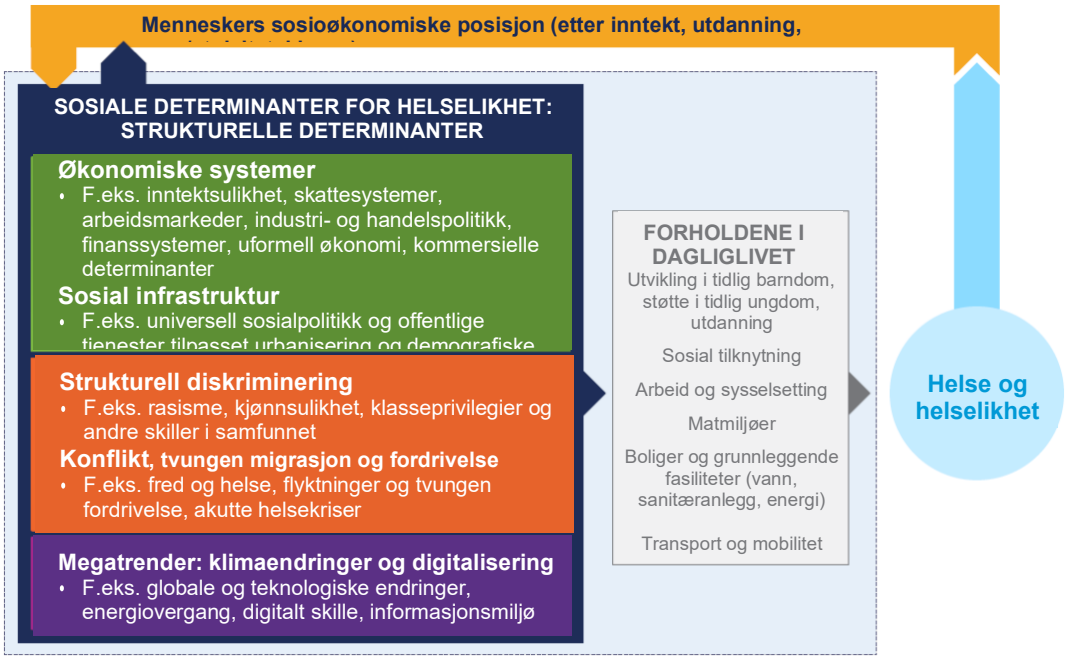
Både stedet der du bor, lokalsamfunnene du tilhører, utdanningsnivået ditt, etnisitet, rase, inntekt og kjønn, og om du har en funksjonsnedsettelse, påvirker i stor grad hvor lenge du kan forvente å beholde god helse. Mennesker i landet med høyest forventet levealder vil i gjennomsnitt leve 33 år lengre enn de som er født i landet med lavest forventet levealder *(1).* Det er store forskjeller i forventet levealder mellom land med svært like inntektsnivåer: Data viser at uavhengig av inntektsnivå har noen land klart å halvere tidlig død i løpet av det siste halve århundret, mens det i andre har holdt seg på samme nivå eller økt *(2)*. Innenfor land varierer forventet levealder med tiår, avhengig av hvilket område du bor i, og hvilken sosiale gruppe du tilhører *(3, 4, 5, 6, 7, 8).*

Disse unngåelige helseforskjellene skyldes i stor grad de sosiale determinantene for helselikhet. Konklusjonen som WHO-kommisjonen for sosiale helsedeterminanter («kommisjonen») trakk i 2008 om at «sosial urettferdighet dreper i stor skala», gjelder fortsatt *(9).* Til tross for global enighet om at disse sosiale determinantene må håndteres, har fremgangen siden 2008 ikke vært god nok. Selv om helseforskjellene fra land til land har blitt mindre, ettersom mange land har gjort fremskritt i den generelle sosiale og økonomiske utviklingen, øker ulikhetene i mange land, og dermed også helseulikheten *(10, 11, 12, 13)*. Økende ulikhet innenfor land, spesielt i lavinntektsland, utarmer evnen de har til å etablere de inkluderende institusjonene som er nøkkelen til å oppnå velstand, og øker risikoen for at landene blir fanget i sykluser med konflikt og underutvikling.

I resolusjon WHA74.16 (2021) ba Verdens helseforsamling generaldirektøren om å utarbeide en oppdatert rapport om de sosiale helsedeterminantene, innvirkningen de har på helse og helselikhet, fremgangen som er oppnådd i arbeidet med dem så langt, og anbefalinger om videre tiltak *(14).* Denne *Verdensrapporten om sosiale determinanter for helselikhet* er et svar på den anmodningen.

Fig. 1 gir en oversikt over de sosiale determinantene for helselikhet og tiltaksområdene som tas opp i denne rapporten.

Fig. 1: Sosiale determinanter for helselikhet som skissert i denne rapporten



Fremskritt mot målene til Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter

Kommisjonen satte seg som ambisjon å fjerne helseforskjeller på én generasjon. Med dagens fremdrift vil ikke dette målet bli nådd. Forbedringer i forholdene i dagliglivet – inkludert tilgang til utdanning av høy kvalitet, økonomiske muligheter og sysselsetting, samt vann, sanitæranlegg, energi, bolig og transport – har bidratt sterkt til forbedret folkehelse *(15).* Denne fremgangen har imidlertid stoppet opp på grunn av en rekke forutsigbare og unngåelige globale kriser – økonomiske krise, klimakrise og kriser drevet av konflikt og pandemier.

Kommisjonen hadde som mål å halvere forskjellen i forventet levealder mellom sosiale grupper innad i land innen 2040. Der det finnes data, har slike forskjeller i forventet levealder innad i land ofte blitt større. På verdensbasis ble dødeligheten blant barn under fem år halvert mellom 2000 og 2023, men denne forbedringen er ikke stor nok til at Kommisjonens mål om en nedgang på 90 % innen 2040 vil kunne nås. *(16).* Det var lavinntektsland som opplevde den raskeste relative nedgangen, men i 2023 var dødeligheten blant barn under fem år fortsatt 13 ganger høyere i lavinntektsland enn i høyinntektsland.

Mødredødeligheten falt med 40 % på verdensbasis mellom 2000 og 2023, fra 328 til 197 dødsfall per 100 000 levendefødte, men må falle til under 16 dødsfall per 100 000 levendefødte innen 2040 skal Kommisjonens mål nås. *(17).* Kvinner fra vanskeligstilte eller marginaliserte grupper – målt etter inntekt, rase og etnisitet, utdanningsnivå eller bosted – har fortsatt langt større sannsynlighet for å dø av graviditetsrelaterte årsaker enn sine mer privilegerte medsøstre i land på alle inntektsnivåer. *(18, 19, 20, 21, 22).*

Vedvarende fremgang når det gjelder helselikhet, krever politisk vilje og handling for å ta tak i de strukturelle sosiale determinantene for helselikhet, samt forholdene i dagliglivet.

De urettferdige virkningene av covid-19-pandemien

Covid-19-pandemien er et talende globalt eksempel på de urettferdige helsemessige utfallene som drives av oppstrøms sosiale determinanter. *(23).* Sosioøkonomisk ulikhet har helt fra begynnelsen av vært en prediktor for høyere dødelighet *(24).* Ulikheten i utfallene av covid-19 fra land til land ble forverret av ulik tilgang til diagnostikk, vaksiner og andre mottiltak *(25).* På undernasjonalt nivå var høyere forekomst og dødelighet av covid-19 forbundet med høyere sosial og økonomisk ulikhet, inkludert alarmerende ulikheter knyttet til rase og etnisk status i mange land *(26, 27, 28).* Utover ulik tilgang til legemidler, hindret sosiale og økonomiske ulikheter effektiviteten til folkehelsetiltak og sosiale tiltak når det gjelder å redusere spredningen og virkningen av pandemien *(28, 29, 30).* Pandemiens påvirkning på den akselererende ulikheten har vedvart utover den første krisen. Mange lav- og mellominntektsland pådro seg stor statsgjeld, noe som har redusert det finanspolitiske rommet for investeringer i nødvendig sosial og fysisk helseforbedrende infrastruktur og ført til store etterslep i helsetjenestene *(31).* Fremgangen i arbeidet med å nå bærekraftsmålene på verdensbasis var vaklende allerede før det ekstra sjokket som pandemien ga – nå har den for alvor sporet av *(15)*. Covid-19 kommer ikke til å bli den siste pandemien med alvorlige konsekvenser for helse og helselikhet, med mindre det settes inn styrkede tiltak for å håndtere sosiale og økonomiske ulikheter som en del av pandemiforebygging og -beredskap.

Handlingsområder

For å gi varige bidrag til å håndtere de sosiale determinantene for helselikhet trengs det fire tett sammenvevde strategier:

1. Håndtere økonomisk ulikhet og investere i sosial infrastruktur og universelle offentlige tjenester.
2. Overvinne strukturell diskriminering.
3. Håndtere utfordringene og mulighetene som følge av megatrendene klimaendringer og den digitale transformasjonen på en måte som systematisk fremmer helselikhet.
4. Etablere styringsordninger som vil maksimere sammenhengen i og effekten av tiltakene.

Økonomisk ulikhet og universelle offentlige tjenester

Økonomisk ulikhet og utilstrekkelig tilgang til offentlige tjenester av høy kvalitet på områder som helse, utdanning, sosial beskyttelse, transport og bolig er viktige drivere for sosial ulikhet i helse *(32, 33, 34).* Skal man gjøre noe med helseulikhet, kreves det helhetlig og tverrsektorielt engasjement og handling gjennom økonomisk og sosial politikk. Det trengs øremerkede offentlige investeringer for å underbygge tilgangen til rimelige tjenester av høy kvalitet, uansett om de leveres av offentlig, privat eller tredje (ideell) sektor. Økt satsing på sosialtjenester har vist seg å føre til målbare forbedringer i helselikhet. *(33).* Sosiale beskyttelsesprogrammer gjennom hele livet er investeringer i de forholdene som er nødvendige for at alle mennesker skal kunne blomstre og trives. Tiltak som dagpenger, pensjoner og barnetrygd utgjør et sikkerhetsnett i trange tider. De reduserer fattigdom og gjeld, og forbedrer helseutfall *(35, 36, 37)* Internasjonalt samarbeid om finansiering av utvikling og om minimumsnivåer for skattlegging kan utnyttes i det inkluderende globale forumet De forente nasjoner (FN) for å gi en betydelig fremgang når det gjelder helselikhet *(38, 39).*

Mange lands myndigheter begynner å vurdere livskvalitetsbaserte rammeverk for å kunne bruke noe annet enn bruttonasjonalprodukt som et mål på fremgang. Budsjettering basert på livskvalitet rammer inn den nasjonale utviklingen slik at helse i videste forstand kan bli fokus for politikkutformingen. Helselikhet er en avgjørende del av livskvalitetstilnærmingene og bidrar til å sikre at økonomiske ressurser tildeles til områder som maksimerer de helsemessige utfallene for alle innbyggerne.

Stadig større utenlandsgjeld i mange land begrenser det finanspolitiske rommet for viktige investeringer i universelle offentlige tjenester *(31).* I 2024 bodde anslagsvis 3,3 milliarder mennesker i land som brukte mer penger på gjeldsrenter enn på utdanning eller helse *(40).* Å redusere utenlandsgjelden, å skape et finanspolitisk rom og å styrke satsingen på sosialtjenester er avgjørende for å øke investeringene på disse områdene – og for å skape sunnere og mer rettferdige samfunn.

Kommersielle aktører som produserer varer og tjenester som forbedrer helsen, støtter gode ansettelsesvilkår og har positiv innvirkning på samfunnet, kan styrke helsen og redusere sosial ulikhet i helse. Samtidig må virkningene av næringslivsaktører som eskalerer unngåelige nivåer av dårlig helse, planetarisk skade og ulikhet, håndteres gjennom handling fra myndigheter og etater som er rustet til å iverksette tiltak for menneskelig og planetarisk helse, med støtte fra regionale og internasjonale mekanismer *(41, 42).* Det er tegn på at offentlig sektor kan være effektiv når det gjelder å redusere negative konsekvenser av helseskadelige

kommersielle aktiviteter, blant annet gjennom å vedta endringer i lover og forskrifter som verdsetter menneskelig og planetarisk helse høyere *(43, 44).* Offentlig sektor kan også bruke sin betydelige innflytelse som innkjøper av varer og tjenester – verdt mer enn 8 billioner amerikanske dollar globalt – som en kraft i det godes tjeneste, til å forme alt fra bærekraftig landbruk til anstendig arbeid *(45)* .

Strukturell diskriminering

Strukturell diskriminering er diskriminering som forekommer systematisk i hele samfunnet og er forankret i rådende kulturer, juridiske mekanismer og økonomiske strukturer *(46).* Det kreves omfattende strategier for å avvikle ulikheter som er systemiske av natur og ofte langvarige. Historisk diskriminering har gitt noen befolkningsgrupper færre ressurser og redusert oppfyllelse av menneskerettigheter, noe som viderefører den vedvarende ulikheten mellom generasjoner, som igjen manifesterer seg som sosial ulikhet i helse. *(47, 48).* Rasisme, sexisme, klassefordommer og ableisme vil for eksempel ofte krysse hverandre og være innbyrdes forbundet. De virker gjennom hele livet og mellom generasjoner og undergraver helsen og folks mulighet til å leve blomstrende liv. *(49).*
For å rette opp i inngrodde ulikheter kreves det institusjonell og juridisk endring, systematisk realisering av menneskerettighetene og omfordeling av sosiale og økonomiske ressurser mellom og innenfor land. Gjenopprettende prosess og oppreisning til utsatte områder blir i økende grad ansett for å forbedre helselikheten og bøte på strukturell vold, og redusere overføringen av skade, stress og ulempe på tvers av generasjonene *(50).*

Kjønnsdiskriminering er innbyrdes forbundet med og krysser andre aspekter av strukturell diskriminering og sosial ulikhet *(49)* Kvinner og jenter har ofte dårligere helse og livskvalitet, noe som forverres av utilstrekkelig sosial og helsemessig beskyttelse. *(51).* Politikk som er forankret i menneskerettighetene, og som støtter kvinners likeverdige deltakelse i arbeidsstyrken og lik lønn, og reduserer byrden av ulønnet omsorgs- og husarbeid, er forbundet med lavere kjønnsulikhet i helse, og må gå hånd i hånd med arbeidet for å bekjempe fattigdom blant kvinner.

Det økende omfanget av og usikkerheten knyttet til migrasjon, sammen med rekordhøye konfliktnivåer der sivilbefolkningen rammes i økende grad, er en form for strukturell vold som svekker helselikheten *(52, 53).* Robust sosial beskyttelse som tilpasser seg de skiftende omstendighetene knyttet til helsekriser og konflikter er et viktig verktøy for å beskytte migranter og dem som er rammet av konflikt. Det samme gjelder praksiser som bygger opp under prinsippet om retten til helse uavhengig av migrasjons- eller statsborgerskapsstatus.

AROGYANIDHI
CLINIC

Styring av tiltakene mot klimaendringer og digitalisering i retning av helselikhet

Klimaendringer og digital transformasjon er to viktige eksistensielle krefter som i betydelig grad påvirker helselikhet *(54, 55).* De grønne og digitale økonomiene er sentrale pilarer i mange lands økonomiske planer *(56).* Effektiv klimahandling må integrere hensyn til en «rettferdig energiomstilling» og helselikhet, sammen med effektive tilnærminger til de kommersielle helsedeterminantene, for å sikre at tiltak for reduksjon av klimautslipp og tilpasning til klimaendringer ikke forverrer ulikhetene, samt prioritere befolkninger som lever under forhold som fører til større sårbarhet.

Klimarelaterte tiltak som tar for seg de sosiale determinantene for helselikhet, må være tverrsektorielle *(57).* Disse omfatter tiltak for å redusere forurensning gjennom strengere miljøforskrifter, å utvide kollektivtransporten og å fremme bærekraftige jordbruksmetoder som forbedrer matsikkerhet og ernæring, samtidig som de kommer befolkningen i landlige områder til gode. De positive rammeverkene som anerkjenner at byrdene av global oppvarming er ujevnt fordelt, blant annet initiativet på FNs klimakonferanse (COP29) til oppstart av et fond for tap og skade, er viktige tiltak i arbeidet med å bøte på klimarelatert sosial ulikhet i helse *(58).*

Digitale teknologier og stordata kan forbedre helse- og sosialtjenestene og utfallene av disse, men hvor effektive de er med tanke på å støtte helselikhet, avhenger av hvordan de brukes. *(59).* For å utnytte potensialet digitaliseringen har til å forbedre helselikhet, trengs det en kombinasjon av tilnærminger. Det må for eksempel sikres rettferdig tilgang til tjenester uavhengig av digital tilgang og kompetanse; tjenester må designes på en inkluderende måte, med prioriteringer bestemt av sluttbrukerne; urettferdige plattformbaserte forretningsmodeller må reguleres; og det må implementeres menneskerettighetsrammer som reduserer risiko for menneskelig verdighet, autonomi og privatliv. I arbeids- og utdanningsverdenen kan digitalisering være en kraft til det gode, men også til å ekskludere store deler av befolkningen fra viktig sosial beskyttelse og sosialtjenester *(60).*

Informasjon er i seg selv en viktig helsedeterminant, og feilinformasjon og desinformasjon er faktorer som i økende grad påvirker helseutfall *(61).* Utbredelsen av helseinformasjonskanaler og det komplekse samspillet mellom tillit, autoritet og sosial tilknytning har skapt nye utfordringer og muligheter som helseinstitusjonene knapt klarer å holde tritt med *(62).* Det er et akutt behov for rammeverk som systematisk

fremmer likhet med hensyn til helseinformasjon, også med særlig henvisning til informasjon om de sosiale helsedeterminantene.

I en situasjon med rask teknologisk endring, har offentlig regulering og ansvarlighet for kommersielle aktører ofte kommet i bakleksa. Retningslinjer bør sikre at digitale fremskritt brukes av positive grunner, som for eksempel å utnytte mulighetene som telemedisin og fjernundervisning gir, og at de er tilgjengelige for alle. Plattformoperatører og reguleringsmyndigheter bør ta ansvar for å håndtere skadene ved vanedannende og antisosial nettatferd. Generativ kunstig intelligens (AI) og andre teknologiske fremskritt blir tatt i bruk i leveringen av en rekke helsetjenester, men det kreves bevisst design og styringsarbeid for å sikre at disse endringene bidrar til å gjøre det digitale gapet mindre, ikke større *(63)*.

Styring for å maksimere sammenhengen i og effekten av tiltakene

Nasjonale myndigheter og internasjonale organisasjoner må støtte og samarbeide med lokale myndigheter, lokalsamfunn og sivilsamfunn i deres innsats for å håndtere de sosiale determinantene for helselikhet *(64, 65)* Det internasjonale systemet som støtter helselikhet, må forsterkes for å kunne håndtere interessekonflikter, fremme tiltak på tvers av sektorer og øke demokratisk ansvarlighet og full realisering av menneskerettighetene.

Myndiggjøring av lokale myndigheter, sivilsamfunn og lokalsamfunn er avgjørende for å håndtere sosial ulikhet i helse. Folk på grasrotnivå og lokale enheter forstår sine spesifikke utfordringer, muligheter og kontekst, noe som gir dem et bedre utgangspunkt for å identifisere og implementere tiltak for sosiale determinanter *(66).* Lokale tiltak har også vist lovende resultater når det gjelder å styrke den sosiale tilknytningen og håndtere isolasjon og ensomhet *(67, 68, 69).* For at disse lokale tiltakene skal lykkes, er det avgjørende med tilstrekkelige ressurser, myndighet og politisk støtte.

Å skape plattformer for lokalsamfunnets stemmer, og å utforme politikk og programmer sammen med dem de er ment å tjene, sikrer at tjenester svarer til behovene *(70).* Ved å bygge opp en robust helse- og omsorgssektor som prioriterer likhet, deltakelse og en primærhelsetjenestetilnærming, samt ved å utvikle strukturer for å fremme tverrsektoriell handling, kan det gjøres betydelige fremskritt i å håndtere de sosiale determinantene for helselikhet.

Primærhelsetjenestetilnærminger er mer direkte rettet mot befolkningens behov. De skaper systemiske tilbakemeldingssløyfer som genererer muligheter fra lokalt til nasjonalt nivå for å endre de sosiale determinantene for helselikhet
(71, 72). Slike tilnærminger krever en dyktig arbeidsstyrke på tvers av helse- og sosialsektoren. Å lære opp helsepersonell i sosiale determinanter og levering på kulturelt hensiktsmessige og inkluderende måter kan forbedre evnen deres til å yte likeverdige helse- og omsorgstjenester og å jobbe tverrsektorielt, engasjere lokalsamfunnene og fremme bedre respons på behovene deres, for å forbedre levekårene deres i det daglige *(73).*

Robust og representativ styring trenger støtte fra helhetlige datasystemer. Pålitelig monitorering av forhold og handlinger som påvirker de sosiale determinantene er avgjørende for å spore fremgangen, sikre ansvarlighet og danne grunnlag for politiske beslutninger *(74).* Disaggregering av data basert på alder, kjønn, rase, etnisitet, migrasjon og sosioøkonomisk status gir verdifull innsikt i sosial ulikhet i helse.

og utgjør den grunnleggende forståelsen for å drive frem helhetlige tiltak. Landenes erfaring har vært at effektiv monitorering av fremgangen er et nødvendig motstykke til tiltak på alle stadier – i formuleringen av politiske mål og identifiseringen av behov, i bygging av koalisjoner for tiltak, inkludert sosiale bevegelser, og i opprettholdelse av den langsiktige politiske forpliktelsen som kreves for å oppnå grunnleggende endring *(75, 76, 77).*

Et strategisk rammeverk for tiltak

Proaktive og omfattende strategier som integrerer helsemessige, sosiale og miljømessige konsekvenser i tenkningen om økonomi og utvikling kan være mektige krefter for endring i retning av helselikhet. De mest vellykkede strategiene vil komme fra resolutt lederskap og helhetlige tilnærminger som genererer og lærer av kunnskap.
Å redusere helseforskjellene er ikke bare et spørsmål om å sikre at de aggregerte resultatene blir mer rettferdig fordelt – det krever også et engasjement for at «ingen skal utelates», som er det sentrale løftet i bærekraftsmålene i Agenda 2030 *(78).*

I arbeidet med å fremme denne agendaen er det viktige roller på tvers av institusjoner og sektorer:

- **Nasjonale og lokale myndigheter:** lede med streng politikk, integrere tiltak knyttet til strategiene for de sosiale determinantene for helselikhet, støttet av tverrsektorielle styringsstrukturer og investeringer.
- **Det sivile samfunn:** engasjere seg i påvirkningsarbeid, den politiske beslutningsprosessen, tiltak i lokalsamfunnet, kunnskapsbygging og sosial mobilisering med tanke på de sosiale determinantene for helselikhet.
- **Privat sektor:** forplikte seg til sosiale kontrakter som støtter helselikhet, styrke bedriftenes samfunnsansvar og aktivt medborgerskap, unngå å utnytte regulatoriske svakheter og styrke ansvarligheten i sysselsettings- og produksjonspraksis.
- **Forskningsinstitusjoner:** fremme partnerskap og utvide kunnskapsgrunnlaget for kompleks adaptiv politikk og respons for å håndtere de sosiale determinantene for helselikhet.
- **FN-systemet og globale finansinstitusjoner**: innføre helselikhet som et sentralt mål, støtte land i gjennomføringen av de viktigste anbefalingene i denne rapporten, og sikre hjelp, investering og støtte til politikk rettet mot de sosiale determinantene for helselikhet.

- **Verdens helseorganisasjon:** fortsette å fremme agendaen for helselikhet proaktivt gjennom kunnskap for å etablere normer og standarder, bidra til en sammenhengende politikk globalt og nasjonalt, føre ulike partnere sammen, monitorere, implementere og bygge kapasitet.

En stor del av den globale sykdoms- og dødelighetsbyrden kan forebygges. Å opprettholde unngåelige forskjeller i helseutfall er urettferdig. Det er viktig med en fornyet forpliktelse til å ta tak i de sosiale determinantene for helselikhet for å rette opp denne urettferdigheten. Denne verdensrapporten gir klare anbefalinger for hvordan de sosiale determinantene skal håndteres på alle nivåer (se fig. 2 og tabell 1). Ledere på alle nivåer må blåse nytt liv i og målbevisst fremme de tiltakene og de omfattende strategiene som virker mest lovende når det gjelder å håndtere disse determinantene, og bygge bro mellom ulike disipliner og sektorer. Det er bare gjennom en slik kollektiv og helhetlig innsats for å ta tak i de grunnleggende årsakene til sosial ulikhet i helse at verden vil oppnå lange og sunne liv for alle, slik bærekraftsmålene forutsetter.

Fig. 2:

Anbefalinger for tiltak knyttet til de sosiale determinantene for helselikhet

HANDLINGSOMRÅDE 1

Håndtere økonomisk ulikhet og investere i universelle offentlige

1.1 Bekjempe økonomisk ulikhet og finansiere universelle offentlige

1.2 Fremme finansiering for utvikling og investeringer som fremmer helselikhet

1.3 Evaluere og håndtere de kommersielle helsedeterminantene

1.4 Utvide dekningen av universelle sosiale beskyttelsessystemer for

2.1 Iverksette tiltak mot strukturell diskriminering

2.2 Beskytte de sosiale determinantene for helselikhet under nødsituasjoner, migrasjon og konflikt

HANDLINGSOMRÅDE 2

Bekjempe strukturell diskriminering og

HANDLINGSOMRÅDE 4

Skape endring gjennom nye styringstilnærminger

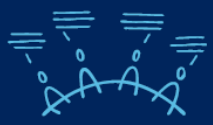
4.6 Monitorere sosiale determinanter for helselikhet

4.5 Styrke fokuset på sosiale determinanter i helsesystemer og politiske plattformer

4.4 Bygge opp og beholde en arbeidsstyrke innen helse og omsorg som er i stand til

4.3 Oppnå universell helsedekning gjennom progressiv helsefinansiering og

4.2 Støtte samfunnsengasjement og sivilsamfunn



4.1 Sette lokale myndigheter i stand til å redusere sosial

3.2 Sikre at digital transformasjon fremmer helselikhet

3.1 Formulere og påskynde fordelene klimatiltak og bevaring av det biologiske mangfoldet har for helselikhet

HANDLINGSOMRÅDE 3

Styre megatrender i retning av helselikhet: klimaendringer og

TABELL 1. Anbefalinger om handlinger knyttet til sosiale determinanter for helselikhet

Anbefaling	Del i rapport	Viktige handlinger
Handlingsområde 1: Håndtere økonomisk ulikhet og investere i universelle offentlige tjenester (Del 2, kapittel 3)		
Håndtere økonomisk ulikhet og investere i universelle offentlige tjenester.	**3.1**	Bruke progressiv beskatning til å utvide det finanspolitiske rommet for inntektsoverføringer og universelle, rettferdige offentlige tjenester. Sørge for tilstrekkelig offentlig finansiering av god og rettferdig infrastruktur og tjenester, og sikre at det etableres effektive mekanismer til å sikre kvalitet og likhet. Gå i retning av livskvalitetsøkonomier og vurdere budsjettering basert på livskvalitet.
Fremme de sosiale determinantene for helselikhet i finansiering for utvikling og investeringer.	**3.2**	Sørge for at behovet for finansiering (det finanspolitiske rommet) for å håndtere de sosiale determinantene for helselikhet inkluderes i tilnærminger til finansiering for utvikling, gjeldssletting og beskatning. Levere og monitorere finansiering for utvikling for å støtte offentlige investeringer i politikk, handlinger og infrastruktur som tar tak i de sosiale determinantene for helselikhet.
Analysere og håndtere de kommersielle helsedeterminantene.	**3.3**	Analysere, gi lover om og regulere kommersielle aktiviteter som påvirker helse og helselikhet negativt, samtidig som privat sektors helsefremmende kapasitet maksimeres. Håndtere interessekonflikter i politiske miljøer for å forhindre negative konsekvenser for folkehelse og helselikhet. Bruke omfanget av offentlig sektor til å stimulere kommersielle aktiviteter som påvirker helse og helselikhet positivt – for eksempel gjennom å pålegge offentlige anskaffelser som krever bærekraftige, trygge og sunne produkter, og trygge og rettferdige arbeidsvilkår gjennom hele forsyningskjeden. Styrke helselikhetshensyn i globale og regionale handelsprosesser, herunder i forbindelse med immaterielle rettigheter.
Øke omfanget og utvide dekningen av universelle sosiale beskyttelsessystemer gjennom livsløpet.	**3.4**	Sikre tilstrekkelige inntektsgarantier og omsorg gjennom hele livet, også for personer med funksjonshemninger eller kroniske helsetilstander. Bygge opp og utvide betalte permisjonsytelser ved sykdom og foreldrepermisjon, også for dem som har usikre arbeidsforhold eller er i uformelt arbeid.

Anbefaling	Del i rapport	Viktige handlinger
Handlingsområde 2: Bekjempe strukturell diskriminering og determinantene for og konsekvensene av konflikt, nødssituasjoner og migrasjon (Del 2, kapittel 4)		
Ta tak i strukturell diskriminering.	**4.1**	Gjenkjenne og avhjelpe diskriminering som er innebygd i politikk, lover, institusjoner og sosiale normer. Rette opp i de negative konsekvensene av kolonisering ved å utvikle standarder for gjenopprettende prosesser som måler helsepåvirkningen. Erkjenne at urfolkstilhørighet er en determinant for helse og helselikhet (formet både av diskriminering og historiske urettferdigheter og av beskyttende faktorer), og verne om bestemmelsene i FNs urfolkserklæring.
Ta tak i og beskytte de sosiale determinantene for helselikhet i nødssituasjoner, migrasjon og konflikt.	**4.2**	Anerkjenne fred som en grunnleggende determinant for helselikhet, og helse som en bro til fred. Sikre at beredskapstiltak ved akutte helsekriser i sin kjerne gjenspeiler hensyn til sosiale determinanter for helselikhet, inkludert rettferdig og rask innføring av sosial beskyttelse. Sikre rettighetene til, og støtte, fordrevne personer og migranter slik at de får tilgang til helse- og sosialtjenester uten diskriminering.
Handlingsområde 3: Styring av tiltakene mot klimaendringer og digitalisering i retning av helselikhet (Del 2, kapittel 5)		
Formulere og påskynde fordelene klimatiltak og bevaring av det biologiske mangfoldet har for helselikhet.	**5.1**	Støtte utvikling og implementering av politikk for reduksjon av klimautslipp og tilpasning til klimaendringer som maksimerer helselikhet og fordelene som følger med. Muliggjøre energi- og matoverganger for å prioritere arbeidet med energifattigdom og matusikkerhet. Integrere helsesystemene mer sentralt i klima- og miljøstrategier, og sørge for at lokal og rettferdig klimahandling er et sentralt mål for helsesystemene. Øke støtten til urfolkssamfunn i deres forvaltning av land og naturressurser, og anerkjenne og håndtere konsekvensene av miljøødeleggelse, konfiskering av land og klimarelatert migrasjon.
Styre den digitale transformasjonen til fordel for helselikhet og fellesgoder.	**5.2**	Ta tak i det digitale skillet. Forhindre skadelige konsekvenser som digitale og teknologiske transformasjoner og kunstig intelligens har på helse og helselikhet, blant annet i forbindelse med arbeidsmarkeder og sosial sammenhengskraft.

Anbefaling	Del i rapport	Viktige handlinger
Handlingsområde 4: Skape endring gjennom nye styringstilnærminger (Del 3, kapittel 6–8)		
Sette lokale myndigheter i stand til å håndtere sosial ulikhet i helse**.**	**6.1**	Styrke lokale myndigheters rolle med funksjoner og ressurser til å implementere lokalsamfunnssentrerte helselikhet. Sørge for at urban, rural og territoriell planlegging, transport og boliginvesteringer bygges på tilnærminger som leverer sunne boliger og menneskeskapte miljøer, og følger prinsippene for universell utforming. Sette lokale myndigheter i stand til å håndtere helselikhet gjennom livsløpet, herunder ved å støtte aldersvennlige lokalsamfunn og bekjempe sosial isolasjon og ensomhet.
Støtte samfunnsengasjement og det sivile samfunn.	**6.2**	Integrere representativt samfunnsengasjement og sosial deltakelse i lokalpolitiske prosesser, og i beslutningsprosesser og levering av helse- og sosialtjenester. Skape forhold som gjør det mulig å maksimerer det uavhengige og inkluderende sivilsamfunnets evne til å håndtere de sosiale determinantene for helselikhet.
Oppnå universell helsedekning gjennom progressiv helsefinansiering og primærhelsetjenestetilnærminger.	**7.1**	Forbedre lik tilgang til et kontinuum av kvalitetshelsetjenester, som omfavner både fysisk og psykisk helse gjennom livsløpet, ved å styrke fokuset på primærhelsetjenesten i helsesystemene. Minimere pasientenes helseutgifter, og finansiere helsetjenester fra offentlige ressurspooler. Øke bevilgningene til helse- og omsorgssektoren i takt med behovet, særlig med tanke på befolkninger som opplever marginalisering, og gjenkjenne og motvirke diskriminering innen helsesystemene. Legge til rette for lik tilgang til helseteknologi, helt fra forskning og utvikling til produksjon og levering av likeverdige tjenester.
Bygge opp og beholde en arbeidsstyrke innen helse og omsorg som er i stand til å levere helselikhet.	**7.2**	Anerkjenne og belønne arbeid i omsorgsøkonomien, også uformell omsorg, og demonstrere helse- og omsorgssektorens rolle som pådriver for helselikhet og sosial inkludering, ved å sikre anstendige og trygge arbeidsforhold og håndtere forskjeller i lønn og representasjon. Utvikle menneskelig kapasitet innenfor helse, sosial beskyttelse, utdanning, arbeidsliv, kommune og tjenesteorganisasjoner for å styrke tverrsektorielle tiltak for å håndtere de sosiale determinantene for helselikhet.
Styrke fokuset på sosiale determinanter i helsesystemer og politiske plattformer.	**8.1**	Integrere håndtering av de sosiale determinantene for helselikhet i alle helsestrategier, politikk, beredskapsplaner og folkehelselover. Etablere koordinerings- og ansvarlighetsmekanismer for tverrsektorielt samarbeid og involvering av lokalsamfunn for helse (inkludert helse i alle politiske funksjoner) på alle forvaltningsnivåer.
Monitorere sosiale determinanter for helselikhet.	**8.2**	Styrke statistisk infrastruktur, institusjonalisere og bygge kapasitet for bruk av disaggregerte data for å måle fremgang på de sosiale determinantene for helselikhet, inkludert fordelingen av sosialt produsert helserisiko mellom sosiale grupper og geografiske områder; mekanismene som driver ulikheter, og handlinger for å håndtere dem. Bruke ny teknologi og nye datakilder til å tette hull i dataene og bidra med informasjon til tiltak knyttet til de sosiale determinantene for helselikhet.

Referanser

1. World Health Organization. GHE: Life expectancy and healthy life expectancy [website]. 2024 (https://www.who.int/data/ gho/data/themes/ mortality-and-global- health-estimates/ghe-life-expectancy- and-healthy-life-expectancy, accessed 2 May 2024).

2. Norheim OF, Chang AY, Bolongaita S, Barraza- Lloréns M, Fawole A, Gebremedhin LT et al. Halving premature death and improving quality of life at all ages: cross-country analyses of past trends and future directions. Lancet 2024. (https://doi.org/10.1016/S0140- 6736(24)02417-6).

3. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. Lancet 2016;388:131–157.

4. Kataoka A, Fukui K, Sato T, Kikuchi H, Inoue S, Kondo N et al. Geographical socioeconomic inequalities in healthy life expectancy in Japan, 2010-2014: An ecological study. Lancet Reg Health – West Pac 2021;14:100204.

5. Dwyer-Lindgren L, Baumann MM, Li Z, Kelly YO, Schmidt C, Searchinger C et al. Ten Americas: a systematic analysis of life expectancy disparities in the USA. Lancet 2024;404:2299–2313.

6. Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. Marmot Review 10 Years On. Institute of Health Equity, 2020 (https://www.instituteofhealthequity.org/ res ources-reports/marmot-review-10-years- on, accessed 16 October 2023).

7. European Public Health Association. Closing the life expectancy gap of Roma in Europe. Brussels, EPHA, 2018 (https://epha.org/ closing-the-life-expectancy-gap-of-roma-in- europe/, accessed 22 October 2024).

8. Mokhayeri Y, Mahmoudi M, Haghdoost AA, Amini H, Asadi-Lari M, Naieni KH. How within-city socioeconomic disparities affect life expectancy? Results of Urban HEART in Tehran, Iran. Med J Islam Repub Iran 2014;28:80.

9. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, 2008 (https://iris.who.int/handle/10665/43943, accessed 2 May 2024).

10. Korda RJ, Biddle N, Lynch J, Eynstone-Hinkins J, Soga K, Banks E et al. Education inequalities in adult all-cause mortality: first national data for Australia using linked

11. Bahk J, Lynch JW, Khang Y-H. Forty years of economic growth and plummeting mortality: the mortality experience of the poorly educated in South Korea. J Epidemiol Community Health 2017;71:282–288.

12. Long D, Mackenbach JP, Klokgieters S, Kalėdienė R, Deboosere P, Martikainen P et al. Widening educational inequalities in mortality in more recent birth cohorts: a study of 14 European countries. J Epidemiol Community Health 2023;77:400–408.

13. Goldblatt P, Castedo A, Allen J, Lionello L, Bell R, Marmot M et al. Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014. Institute of Health Equity, 2023 (https:// www.instituteofhealthequity.org/resources - reports/rapid-review-of-inequalities-in- health-and-wellbeing-in-norway-since-2014, accessed 6 June 2023).

14. Seventy-fourth World Health Assembly WHA74.16 Agenda item 22.1 Social Determinants of Health. World Health Organization, 2021 (https://apps.who.int/gb/ ebwha/pdf_files/WHA74/ A74_R16-en.pdf).

15. United Nations Department of Economic and Social Affairs. The Sustainable Development Goals Report 2024. New York, United Nations, 2024 (https://unstats.un.org/sdgs/ report/2024/, accessed 25 September 2024).

16. UNICEF. Levels and trends in child mortality 2023. United Nations Children's Fund, 2023 (https://data.unicef.org/resources/levels-and- trends-in-child-mortality-2024/, accessed 25 September 2024).

17. United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division, 1st ed. Geneva, World Health Organization, 2023 (https://iris. who.int/handle/10665/366225). Lisens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

18. Australia's mothers and babies: Maternal deaths [website]. 2023 (https://www.aihw. gov.au/reports/mothers-babies/maternal- deaths-australia, accessed 26 September 2024).

19. Guimarães RM, Reis LGC, De Souza Mendes Gomes MA, Magluta C, De Freitas CM, Portela MC. Tracking excess of maternal deaths associated with COVID-19 in Brazil: a nationwide analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2023;23:22.

20. MBRRACE-UK. Maternal mortality 2020- 2022 [website]. 2024 (https://www.npeu. ox.ac.uk/mbrrace-uk/data-brief/maternal- mortality-2020-2022, accessed 31 May 2024).

census and mortality data. Int J Epidemiol
2020;49:511–518.

21. Samuel O, Zewotir T, North D. Decomposing the urban–rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in Sub-Saharan Africa. Reprod Health 2021;18:216.

22. Rossen LM, Ahrens KA, Womack LS, Uddin SFG, Branum AM. Rural-Urban Differences in Maternal Mortality Trends in the US, 1999–2017: Accounting for the Impact of the Pregnancy Status Checkbox. Am J Epidemiol 2022;191:1030–1039.

23. Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G, Duflo E, Banerjee AV, editors. World Inequality Report 2022. Cambridge, Massachusetts; London, England, The Belknap Press of Harvard University Press, 2022.

24. Adult mortality rate (probability of dying between 15 and 60 years per 1000 population) [website]. (https://www.who.int/data/gho/ data/indicators/indicator-details/GHO/adult-mortality-rate-(probability-of-dying- between-15-and-60-years-per-1000- population), accessed 23 October 2024).

25. Gleeson D, Townsend B, Tenni BF, Phillips T. Global inequities in access to COVID-19 health products and technologies: A political economy analysis. Health Place 2023;83:103051. (https://doi.org/10.1016/ j.healthplace.2023.103051).

26. Davies J. Economic Inequality and COVID-19 Death Rates in the First Wave, a Cross-Country Analysis. SSRN Electron J 2021. (https://doi.org/10.2139/ssrn.3812074).

27. Wildman J. COVID-19 and income inequality in OECD countries. Eur J Health Econ 2021;22:455–462.

28. World Health Organization. COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief. Geneva, World Health Organization, 2021 (https://iris.who.int/ handle/10665/348333). Lisens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

29. Osterrieder A, Cuman G, Pan-Ngum W, Cheah PK, Cheah P-K, Peerawaranun P et al. Economic and social impacts of COVID-19 and public health measures: results from an anonymous online survey in Thailand, Malaysia, the UK, Italy and Slovenia. BMJ Open 2021;11:e046863.

30. Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19. United Nations, 2020 (https://unsdg.un.org/sites/default/ files/2020-03/SG-Report-Socio-Economic- Impact-of-Covid19.pdf).

31. World Bank. Poverty and Shared Prosperity 2022: Correcting Course. The World Bank, 2022 (https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1893-6).

32. WHO housing and health guidelines. Geneva, World Health Organization, 2018 (https://iris. who.int/handle/10665/276001, accessed 9 January 2025). Lisens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

33. McCartney G, Hearty W, Arnot J, Popham F, Cumbers A, McMaster R. Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews. Am J Public Health 2019;109:e1-12.

34. PAHO Commission, Institute of Health Equity. The Final Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas. 2019 (https://www.instituteofhealthequity. org/resources-reports/the-final-report-of- the-commission-of-the-pan-american- health-organisation-on-equity-and-health- inequalities-in-the-americas, accessed 7 December 2023).

35. Li Q, Dong L, Zhang L. Have pensions reduced the relative poverty? empirical analysis from China CHARLS data. Heliyon 2023;9:e22711.

36. Albani V, Brown H, Vera-Toscano E, Kingston A, Eikemo TA, Bambra C. Investigating the impact on mental wellbeing of an increase in pensions: A longitudinal analysis by area-level deprivation in England, 1998–2002. Soc Sci Med 2022;311:115316.

37. Zhang D, Wang Y, Jiao Y. The Impact of Social Pension Schemes on the Mental Health of the Chinese Elderly: A Mediating Effect Perspective of Two-Way Intergenerational Support. Int J Environ Res Public Health 2022;19:8721.

38. Abdallah C, Coady D, Gupta S, Hanedar E. The Quest for the Holy Grail: Efficient and Equitable Fiscal Consolidation in India. 2015.

39. Barrios S, Ivaškaitė-Tamošiūnė V, Maftei A, Narazani E, Varga J. Progressive Tax Reforms in Flat Tax Countries. East Eur Econ Internet 2020;58:83–107.

40. United Nations Trade and Development. A World of Debt 2024. Geneva, United Nations Trade and Development, 2024 (https://unctad.org/publication/world-of- debt, accessed 12 June 2024).

41. Loewenson R, Godt S, Chanda-Kapata P. Asserting public health interest in acting on commercial determinants of health in sub-Saharan Africa: insights from a discourse analysis. BMJ Glob Health 2022;7:e009271.

42. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang H-J et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. Lancet 2023;401:1194–1213.

43. Sharpe S, McIlhone K, Hawke S, Ameratunga S. A health sector response to the commercial determinants of health. N Z Med J 2022;135:69–84.

44. Miracolo A, Sophiea M, Mills M, Kanavos P. Sin taxes and their effect on consumption, revenue generation and health improvement: a systematic literature review in Latin America. Health Policy Plan 2021;36:790–810.

45. Martins A, Guerry L. Public Procurement: 12 Ways Governments Can Unlock Better Value. 2018 (https://www.oliverwyman.com/ our-expertise/insights/2018/oct/12-ways- governments-can-unlock-better-value.html, accessed 25 October 2023).

46. Najcevska M. Structural Discrimination–Definitions, approaches and trends. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2015 (https://www.ohchr.org/ Documents/Issues/Racism/IWG/Session8/ MirjanaNajcevska.doc).

47. Egede LE, Walker RJ, Campbell JA, Linde S, Hawks LC, Burgess KM. Modern Day Consequences of Historic Redlining: Finding a Path Forward. J Gen Intern Med 2023;38:1534–1537.

48. Boileau B, Sturrock D. Bank of mum and dad drives increasing economic inequalities in early adulthood [website]. 2023 (https://ifs. org.uk/news/bank-mum-and-dad-drives- increasing-economic-inequalities-early- adulthood, accessed 9 April 2024).

49. Sen G, Iyer A, Mukherjee C. A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health. J Hum Dev Capab 2009;10:397–

55. Romanello M, McGushin A, Napoli CD, Drummond P, Hughes N, Jamart L et al. The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. Lancet 2021;398:1619–1662.

56. European Commission. The EU as an Issuer: The NextGenerationEU Transformation. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2022 (https://ec.europa. eu/newsroom/budget/items/759825/ en#:~:text=The%20policy%20brief%20 describes%20in%20detail%20the%20 Commission's,communication%20with%20 markets%20and%20structured%20 relationships%20with%20banks, accessed 22 March 2025).

57. Buse K, Tomson G, Kuruvilla S et al. Tackling the politics of intersectoral action for the health of people and planet. BMJ 2022;376.

58. UNFCCC. COP27 Reaches Breakthrough Agreement on New "Loss and Damage" Fund for Vulnerable Countries [website]. 2022 (https://unfccc.int/news/cop27-reaches- breakthrough-agreement-on-new-loss-and- damage-fund-for-vulnerable-countries, accessed 2 May 2024).

59. UN Secretary General. Roadmap for Digital Cooperation. United Nations, 2020 (https://www.un.org/en/content/digital-cooperation-roadmap/assets/pdf/Roadmap_ for_Digital_Cooperation_EN.pdf).

60. Koivusalo M, Svynarenko A, Mbare B, Perkiö M. Disruptive (dis)engagement: platformisation as a global social policy. Humanit Soc Sci Commun 2024;11:584.

61. Graham G, Goren N, Sounderajah V, DeSalvo K. Informasjon er en determinant for helse. Nat Med 2024;30:927–928.

62. Purnat TD, Clark J. Oversimplified efforts to counter health misinformation are missing the mark. BMJ 2025;r393.

63. Vyas DA, Eisenstein LG, Jones DS. Hidden in Plain Sight – Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. N Engl J Med 2020;383:874–882.

64. Ansell C, Sørensen E, Torfing J. The Key Role of Local Governance in Achieving the SDGs. Co-Creation for Sustainability. Leeds: Emerald Publishing Limited; 2022:9–22 (https://doi. org/10.1108/978-1-80043-798-220220002).

65. Local 2030 – Localizing the SDGs [website]. 2017 (https://www.local2030.org/local-action,accessed 16 October 2023).

66. Friel S. Governance, regulation and health equity. In: Drahos P, editor. Regulatory Theory. Foundations and applications. ANU Press; 2017:573–590 Foundations and applications; (https://www.jstor.org/stable/j.ctt1q1crtm.45, accessed 17 October 2023).

415.

50. FXB Center for Health and Human Rights at Harvard. Making the Public Health Case for Reparations. 2022 (https://fxb.harvard.edu/ racial-justice/reparations/, accessed 25 October 2023).

51. World Economic Forum. Closing the Women's Health Gap to Improve Lives and Economies: A $1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies. 2024 (https://www.weforum.org/ publications/closing-the-women-s-health- gap-a-1-trillion-opportunity-to-improve-lives- and-economies/, accessed 2 October 2024).

52. World Health Organization. World Report on the Health of Refugees and Migrants, 1st ed. Geneva, World Health Organization. 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/360404). Lisens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

53. Evagora-Campbell M, Zahidie A, Buse K, Rabbani F, Hawkes S. Promoting labour migrant health equity through action on the structural determinants: A systematic review. J Migr Health 2022;5:100082.

54. Sieck CJ, Sheon A, Ancker JS, Castek J, Callahan B, Siefer A. Digital inclusion as a social determinant of health. NPJ Digit Med 2021;4:52.

67. Bessaha ML, Sabbath EL, Morris Z, Malik S, Scheinfeld L, Saragossi J. A Systematic Review of Loneliness Interventions Among Non- Elderly Adults. Clin Soc Work J 2020;48:110–125.

68. Hsueh Y-C, Batchelor R, Liebmann M, Dhanani A, Vaughan L, Fett A-K et al. A Systematic Review of Studies Describing the Effectiveness, Acceptability, and Potential Harms of Place-Based Interventions to Address Loneliness and Mental Health Problems. Int J Environ Res Public Health 2022;19:4766.

69. Bagnall A, South J, Southby K, Martino SD, Pilkington G, Mitchell B et al. A systematic review of interventions in community infrastructure (places and spaces) to boost social relations and community wellbeing. Society for Social Medicine & Population Health annual conference, 2019.

70. Adhikari A, Alejandria MCP, Bradlow B, Heller P, Levine AC, Lopez-Portillo MF et al. Public Action and the Pandemic: The Role of Civil Society in Shaping State Responses. Providence, Watson Institute for International & Public Affairs, Brown University Center for Human Rights & Humanitarian Studies, 2022 (https://home.watson.brown.edu/news/2022-06-16/public-action-and-pandemic-role-civil-society-shaping-state-responses, accessed 20 March 2024).

71. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva, World Health Organization, 2020 (https://iris. who.int/handle/10665/337641, accessed 22 July 2024). Lisens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

72. Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Kringos D, Jakab M, Khalid F, editors. Implementing the primary health care approach: a primer. Geneva, World Health Organization, 2024 (https://iris.who.int/handle/10665/376777). Lisens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

73. Integrating the social determinants of health into health workforce education and training. Geneva, World Health Organization, 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/373710, accessed 10 April 2024). Lisens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

74. World Health Organization. Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity. Geneva, World Health Organization, 2024 (https://iris.who.int/ handle/10665/379703). Lisens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

75. Kilpeläinen K, Parikka S, Koponen P, Koskinen S, Rotko T, Koskela T et al. Finnish experiences of health monitoring: local, regional, and national data sources for policy evaluation. Glob Health Action 2016;9:28824. (https://doi. org/10.3402/gha.v9.28824).

76. Valle AM. The Mexican experience in monitoring and evaluation of public policies addressing social determinants of health. Glob Health Action 2016;9:29030. (https://doi.org/10.3402/gha.v9.29030).

77. Rivillas JC, Colonia FD. Reducing causes of inequity: policies focused on social determinants of health during generational transitions in Colombia. Glob Health Action 2017;10:1349238.

78. UN General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, A/RES/70/1. United Nations, 2015 (https://sdgs.un.org/2030agenda, accessed 27 February 2025).

Equity and Health Unit
Department of Social Determinants of Health
Verdens helseorganisasjon
20, Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

E-post: equityandhealth@who.int
Nettsted: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health