

**ETIKA V PÉČI O ZDRAVÍ
a její uplatnění v
evropské zdravotní
politice**

**Tallinnská konference
Závěrečná zpráva CSDH**

ETIKA

- **Věda o morálce**
- **Odvětví filosofie**
- **Moral philosophy**
(mravní filosofie)
- **Omezení svobody jednání v boji o existenci**
- **Forma důstojné existence**
- **Nástroj řešení etických problémů**

MORÁLKA

- Systém názorů a představ, norem a hodnocení, které se týkají vzájemných vztahů lidí, chování a činů.
- Forma sociální regulace, která působí především vnitřním sebeurčováním člověka a nepotřebuje k tomu těžkopádnou sociální kontrolu

Etika je forma vědecké reflexe morální intuice a morální volby.

Lékařská etika spočívá ve studiu rozhodování v medicíně.

Netýká se jen lékařů, ale i všech ostatních zdravotníků (farmaceutů, zdravotních sester apod.)

Zahrnuje i rozhodnutí učiněná nezdravotníky – pacienti, rodiči, politiky apod.

LÉKAŘSKÁ ETIKA

**Kritické zkoumání
morálních aspektů
rozhodování v oblastech
majících vztah ke zdraví
(k péči o zdraví).**

ETICKÝ PROBLÉM

- Možnost výběru
- Zúčastněné osoby musí být vystaveny možnosti rozdílných hodnotových důsledků.

Etika je studium racionálních procesů usnadňujících správnou volbu jednání při konfliktních možnostech výběru.

ETICKÉ PRINCIPY (1)

1. NEŠKODIT

Nikdo by neměl nikoho poškozovat, ať už tělesně nebo psychicky.

2. POMÁHAT

Každý by měl pomáhat komukoli, kdo potřebuje pomoc.

ETICKÉ PRINCIPY (2)

3. SPRAVEDLNOST

S každým by se mělo jednat podle zákona, stejně a slušně, a to zejména v otázkách vlastnictví statků a odměny za práci.

4. AUTONOMIE

Každý by si měl nade vše vážit lidské bytosti.

5 OBLASTÍ ETICKÝCH PROBLÉMŮ (1)

1. Otázky života a smrti

Antikoncepce, sterilizace a kastrace, umělé oplodnění, potraty, genetické inženýrství, péče o těžce malformované plody, euthanasie, péče o umírající.

2. Experimentování a aplikace techniky

Pokusy na lidech (zvířatech), zavádění nových léčebných metod (léků), použití dobrovolníků, transplantace tkání a orgánů, databanky a lidské soukromí.

3. Mezilidské vztahy v péči o zdraví

Dehumanizace medicíny, vztah lékař-pacient (paternalismus), vztah lékař a společnost (komora, pojišťovna, občané), etika týmové práce.

5 OBLASTÍ ETICKÝCH PROBLÉMŮ (2)

4. Léčba a prevence

Diagnóza a volba terapie, prevence jako zásah do prostředí a jednání lidí, přidávání cizorodých látek do vody a potravin, povinné očkování, povinné preventivní prohlídky.

5. Funkce systému péče o zdraví jako celku

Zdravotní politika, účast veřejnosti, formy financování, účinnost, efektivita, kvalita, organizační struktura a funkce zdravotnictví, soustava a návaznost zdravotnických zařízení, všeobecná dostupnost kvalitních zdravotnických služeb.

EKVITA , *EQUITY* (ekvĕti)

- 1. Spravedlivost, spravedlnost**
opírající se spíše o lidskou
slušnost než o literu zákona,
poctivost, slušnost, nestrannost.
- 2. Právo obyčejové, právo slušnosti**
- 3. Spravedlivý, ale nikoli zákonitý
nárok.**

DEFINICE EKVITY - SZO

Ekvita ve zdraví znamená, že v ideálních podmínkách by měl mít každý stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu – řečeno pragmatičtěji – nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout.

ROZDÍLY VE ZDRAVOTNÍ PÉČI

sedm hlavních determinant rozdílů ve zdraví (1)

1. Přírodní biologická různost
2. Svobodná volba chování, které poškozuje zdraví, např. sporty a zábava.
3. Přechodná zdravotní výhoda jedné skupiny před jinou vznikající tím, že někdo si dříve osvojí zdravý styl života (pokud ostatní mají obdobné možnosti).

Takové zdravotní rozdíly nebývají obvykle chápány jako nespravedlivé.

ROZDÍLY VE ZDRAVOTNÍ PÉČI

sedm hlavních determinant rozdílů ve zdraví (2)

4. Zdraví poškozující chování, kdy stupeň volby životního stylu je vážně omezen.
5. Vystavení nezdravým, stresovým životním a pracovním podmínkám.
6. Nedostatečný přístup k základním zdravotním a dalším veřejným službám.

Rozdílům se lze vyhnout a lze je tedy považovat za nespravedlivé.

ROZDÍLY VE ZDRAVOTNÍ PÉČI

sedm hlavních determinant rozdílů ve zdraví (3)

7. Sociální pozice nemocných lidí se oslabuje a jejich životní úroveň výrazně klesá.

I když zdravotní potíže mohou být nevyhnutelné, výrazně malé příjmy nemocných jsou nespravedlivé a lze jim zabránit.

PROBLÉM INEKVITY

- **Nerovnost ve spokojenosti s poskytováním zdravotnických služeb (většinou bez námitek).**
- **Nerovnost v přístupu ke zdravotnických službám (námitky proti délce čekací doby a vysoké ceně za soukromé služby).**
- **Absolutní nerovnost – jestliže vitálně důležité služby poskytuje jen privátní péče.**

CESTA K REÁLNÉ EKVITĚ

- 1. Prostřednictvím institucí veřejné správy zajistit základní zdravotní péči s důrazem na prevenci.**
- 2. Ústřední orgány by měly trvale usilovat o to, aby žádná sociální skupina nebyla diskriminována v přístupu ke základní zdravotní péči.**

Spravedlnost ve zdravotní péči

- **Stejný přístup k dosažitelné péči při stejných potřebách**
- **Stejné využívání zdravotnických služeb při stejných potřebách**
- **Stejná kvalita péče pro všechny**
- **Respektování uznávaných preferencí**

EKVITA V PROCESU ŘÍZENÍ

- 1. Záměr a plán (zdravotní politika)**
- 2. Vstupní zdroje (alokační efektivita)**
- 3. Proces a meziprodukty (technická efektivita)**
- 4. Hodnocení výsledného zdravotního stavu (studium úrovně, vývoje, rozdílů a variability)**
- 5. Souhrnné pojetí (včetně okolí systému)**
- 6. Styl řízení (teorie X a Y).**

TEORIE X

Klasická – starší teorie řízení

Byla předmětem zásadní teoretické kritiky koncem padesátých a v průběhu šedesátých let v demokratických zemích

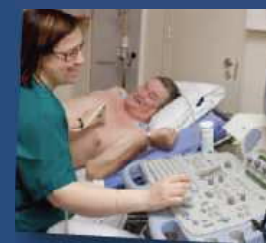
1. Práce lidi znechucuje (rádi se jí vyhnou).
2. Lidé nejsou ctižádostiví ani samostatní a dávají přednost pokynům jiných.
3. Lidé nejsou schopni řešit organizační problémy tvůrčím způsobem.
4. Lidé usilují jen o bezpečí a o uspokojení fyziologických potřeb.
5. Lidi je nutné neustále kontrolovat a vystavovat je nátlaku – jinak se nepodaří dosáhnout cílů.

TEORIE Y

Nová teorie řízení

- 1. Lidé považují práci za zcela přirozenou činnost a věnují se jí rádi, jako třeba hře, pokud jsou podmínky příznivé.**
- 2. Lidé jsou schopni dosahovat stanovených cílů samostatně.**
- 3. Lidé jsou tvořiví a dokáží řešit problémy.**
- 4. Lidi lze motivovat mnoha způsoby (fyziologické potřeby, bezpečí, společenské uznání, seberealizace apod.).**
- 5. Jsou-li lidé dobře motivováni, dokáží samostatně a tvořivě zvládat problémy a dosahovat cílů.**

PŘÍNOS MINISTERSKÉ KONFERENCE O ZDRAVOTNÍCH SYSTÉMECH, TALLINN, 25. - 27. ČERVEN 2008



WHO European Ministerial
Conference on Health Systems:
"HEALTH SYSTEMS,
HEALTH and wealth"

Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008

www.euro.who.int/healthsystems2008

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Začátek příprav: 15. září 2005

Konference 25. - 27. června 2008

Tallinn, Estonsko



TÉMA KONFERENCE

2005 „Posílení evropských zdravotních systémů“ jako pokračování strategie „Přizpůsobení služeb novým potřebám“.

Strengthening European health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs"

2008

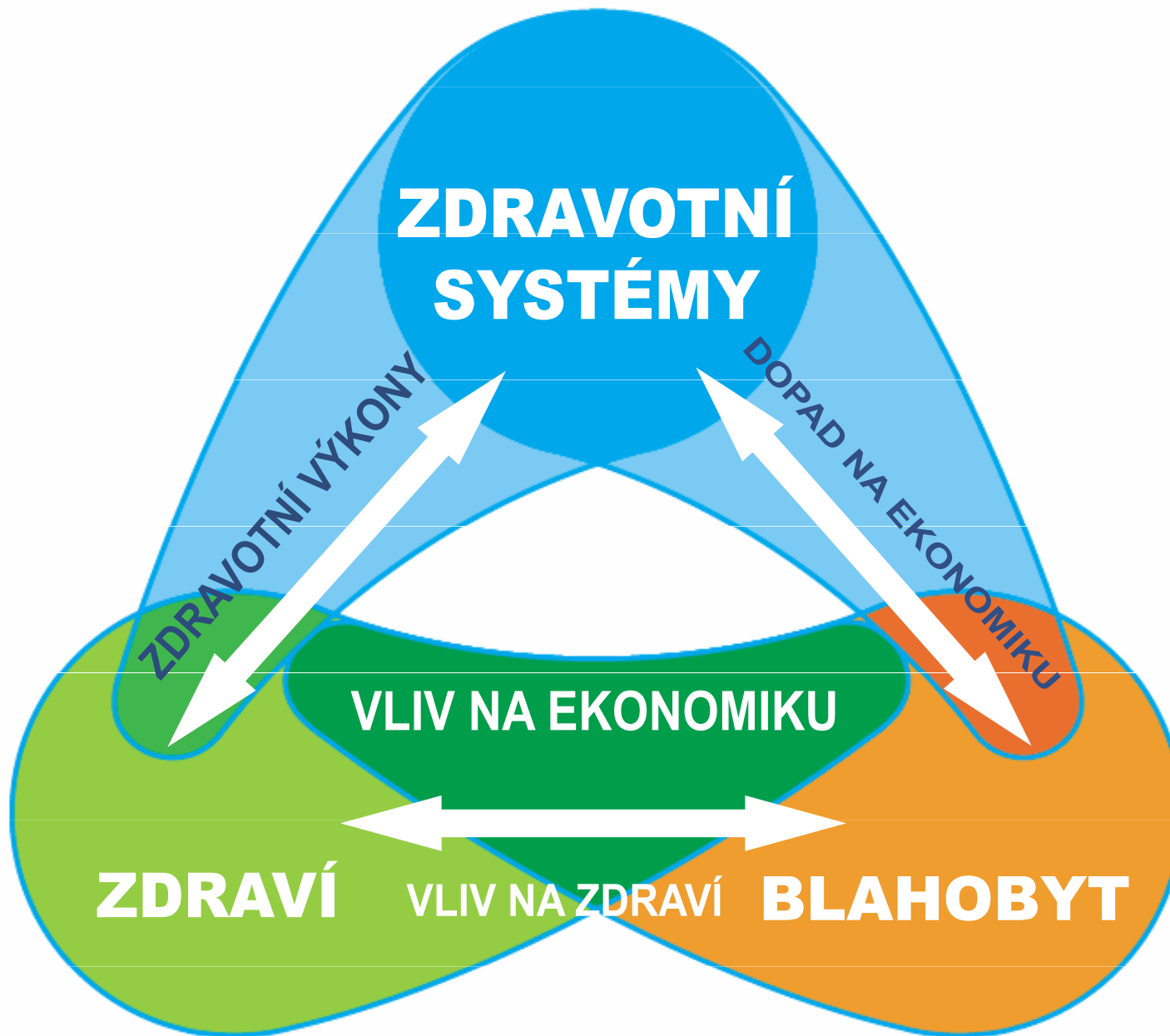
ZDRAVOTNÍ SYSTÉMY, ZDRAVÍ A BLAHOBYT
„HEALTH SYSTEMS, HEALTH AND WEALTH“

ZÁMĚR KONFERENCE

- Přispět k pochopení vlivu zdravotního systému na zdraví lidí a ve svém důsledku i na ekonomický rozvoj zemí evropského regionu.
- Shromáždit dosavadní příklady účinných metod vedoucích ke zlepšení výkonnosti zdravotních systémů se záměrem posílit jejich udržitelnost a solidaritu.



LOGO KONFERENZ

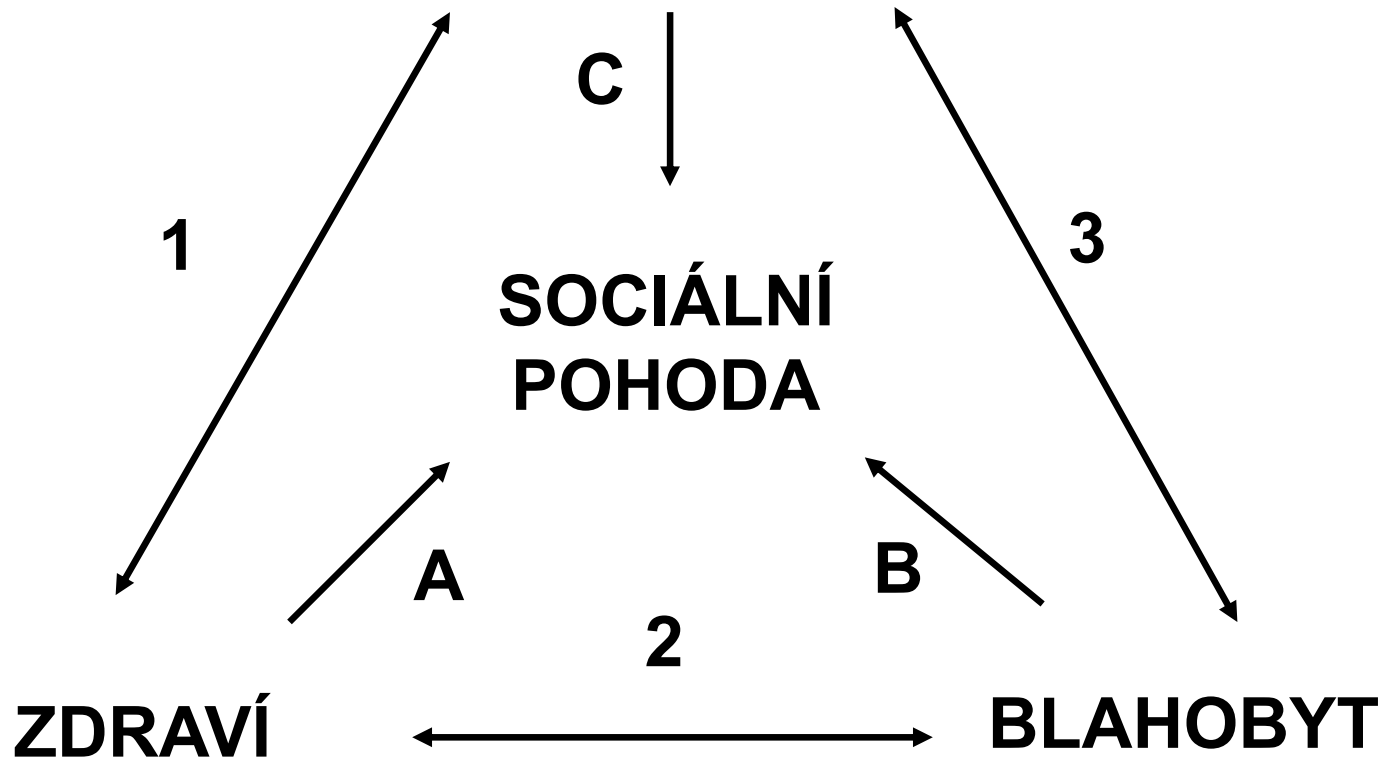


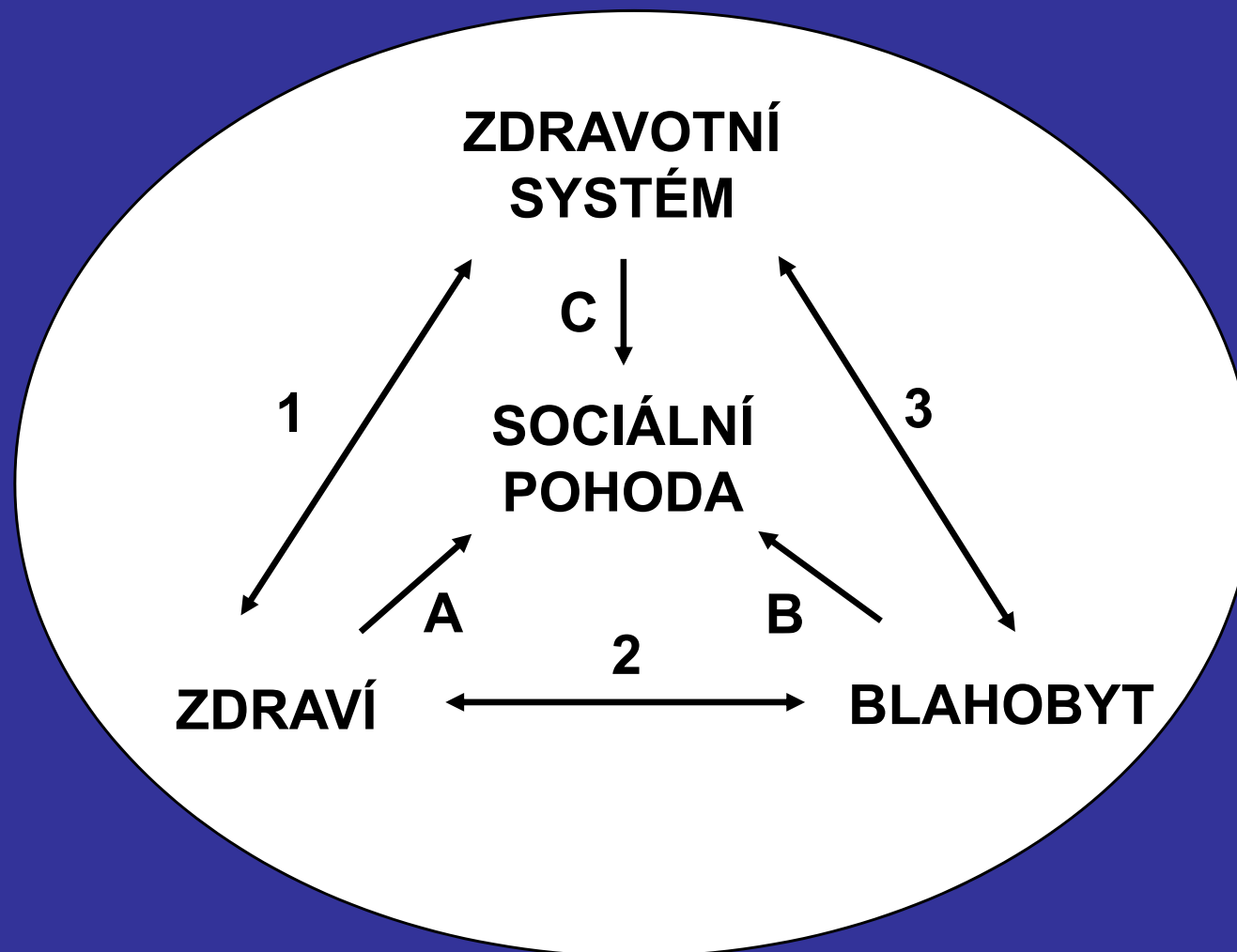
LOGO KONFERENCE



LOGO KONFERENCE

ZDRAVOTNÍ SYSTEM





**KONTEXT POLITICKÝ, EKONOMICKÝ,
SOCIÁLNÍ, KULTURNÍ APOD.**

PŘÍNOS ZDRAVÝCH LIDÍ PRO ROZVOJ EKONOMIKY

ŽIVOT

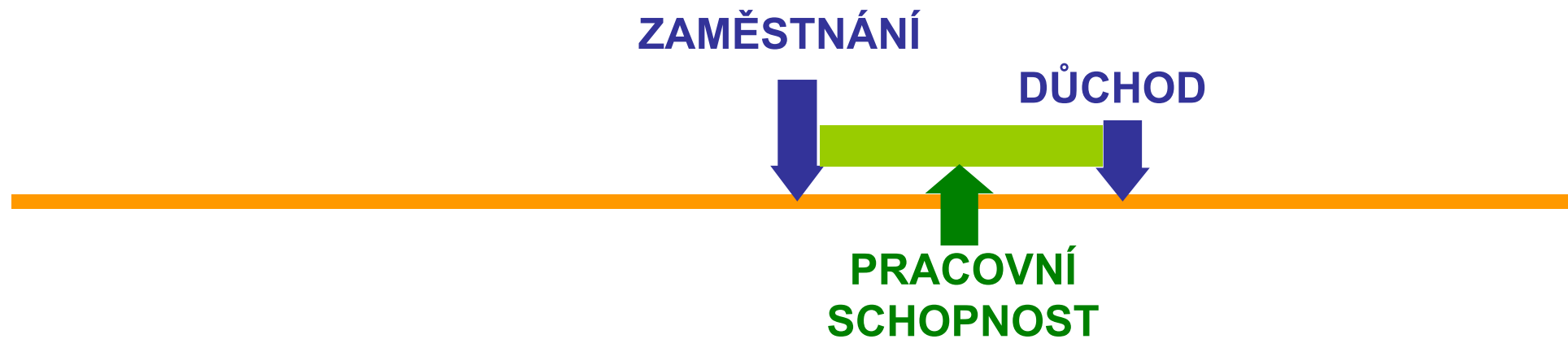
ZAMĚSTNÁNÍ



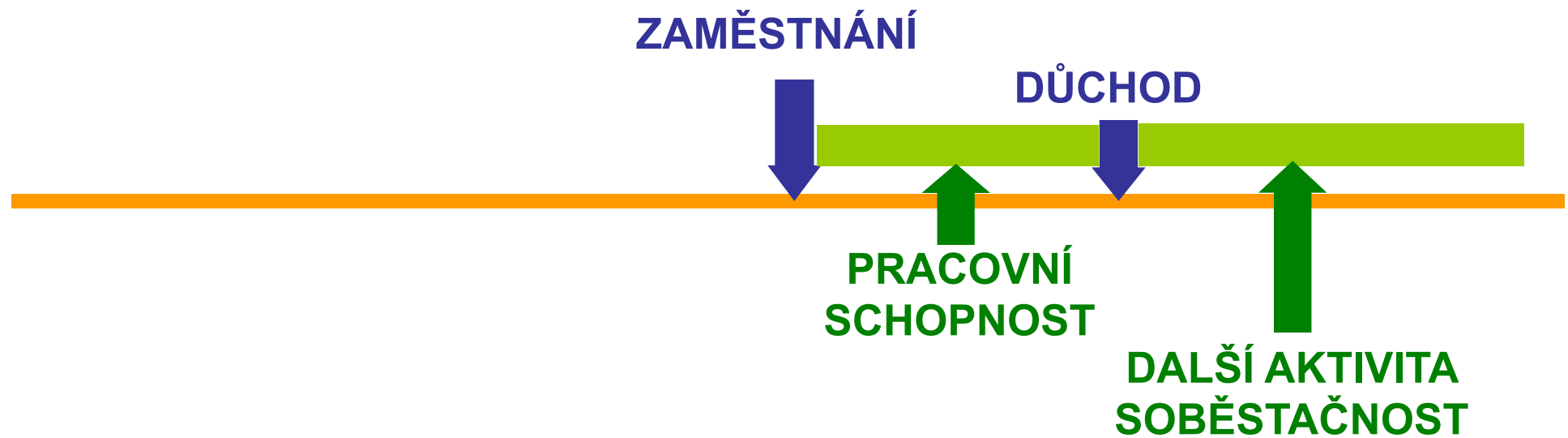
DŮCHOD



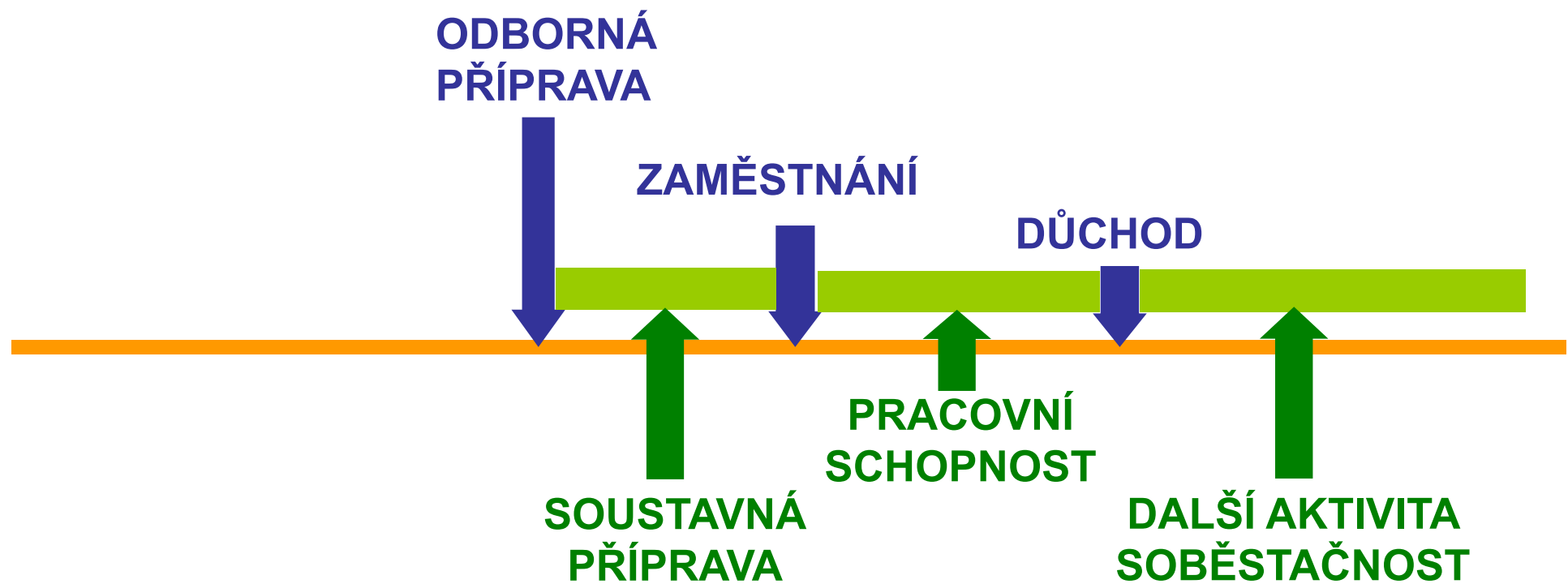
PŘÍNOS ZDRAVÝCH LIDÍ PRO ROZVOJ EKONOMIKY



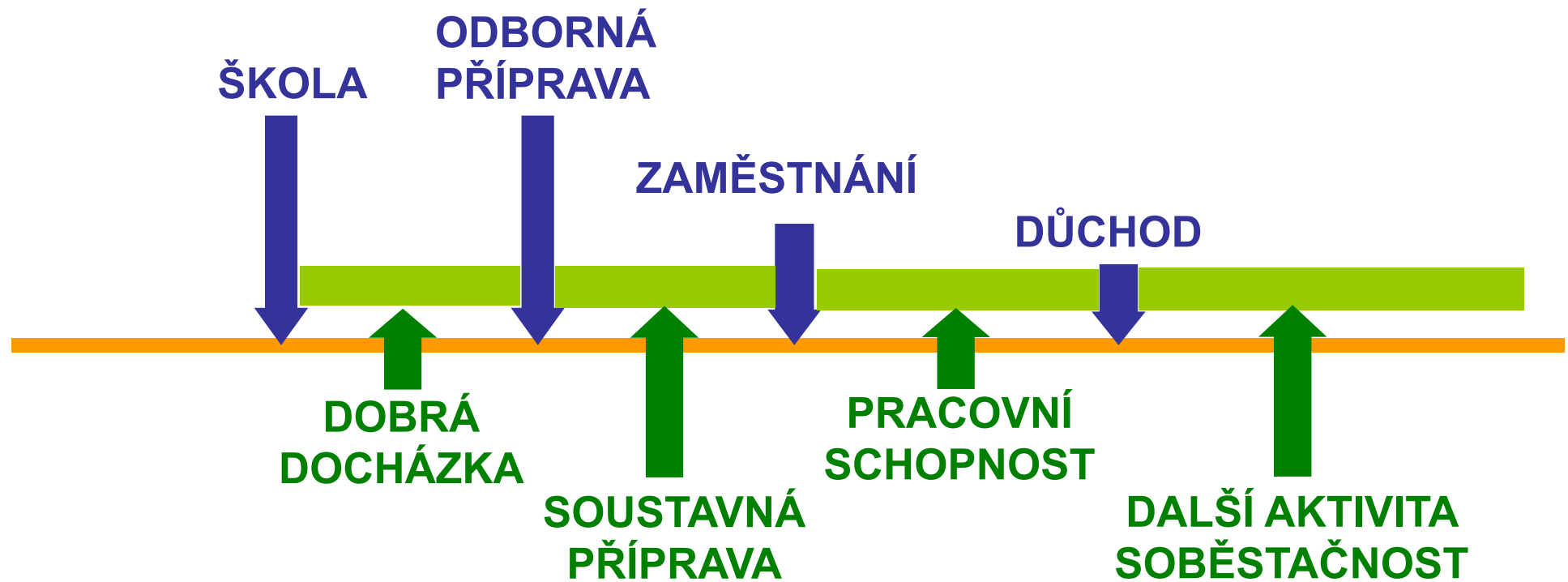
PŘÍNOS ZDRAVÝCH LIDÍ PRO ROZVOJ EKONOMIKY



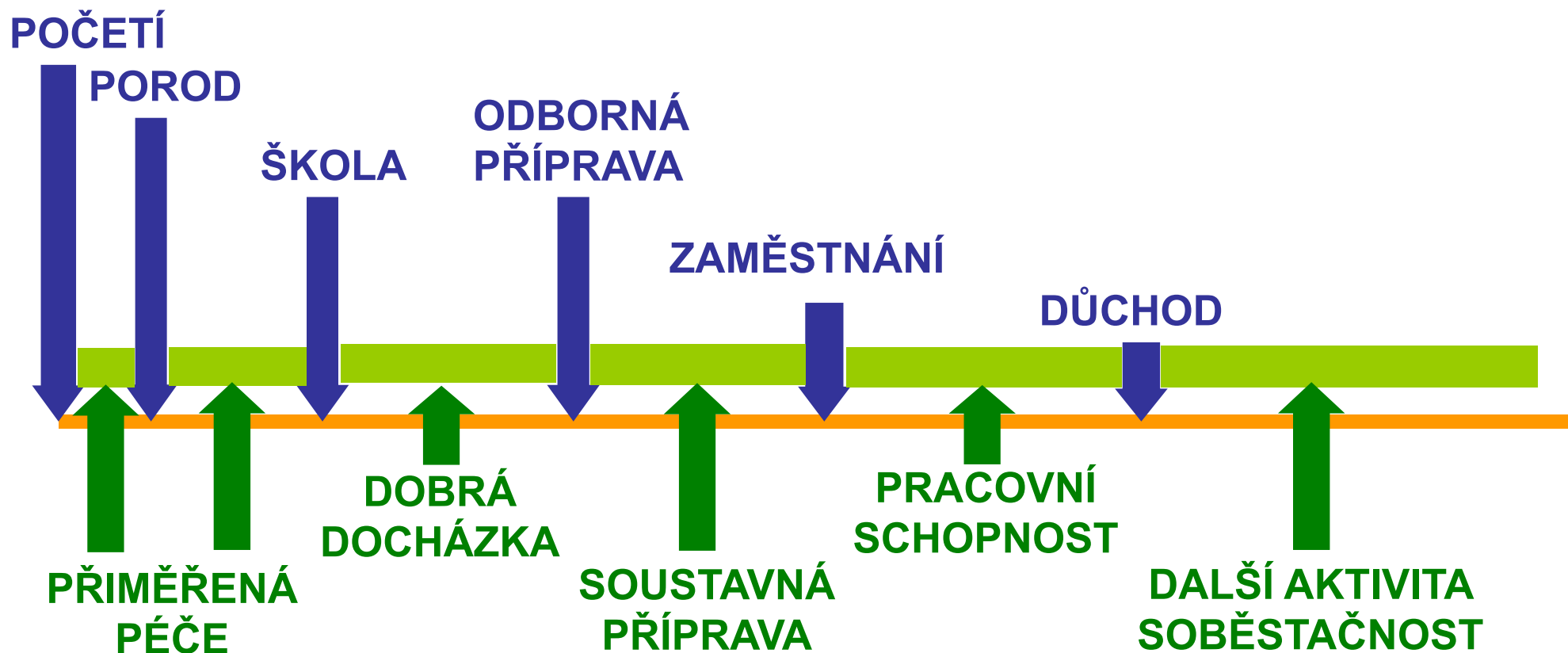
PŘÍNOS ZDRAVÝCH LIDÍ PRO ROZVOJ EKONOMIKY



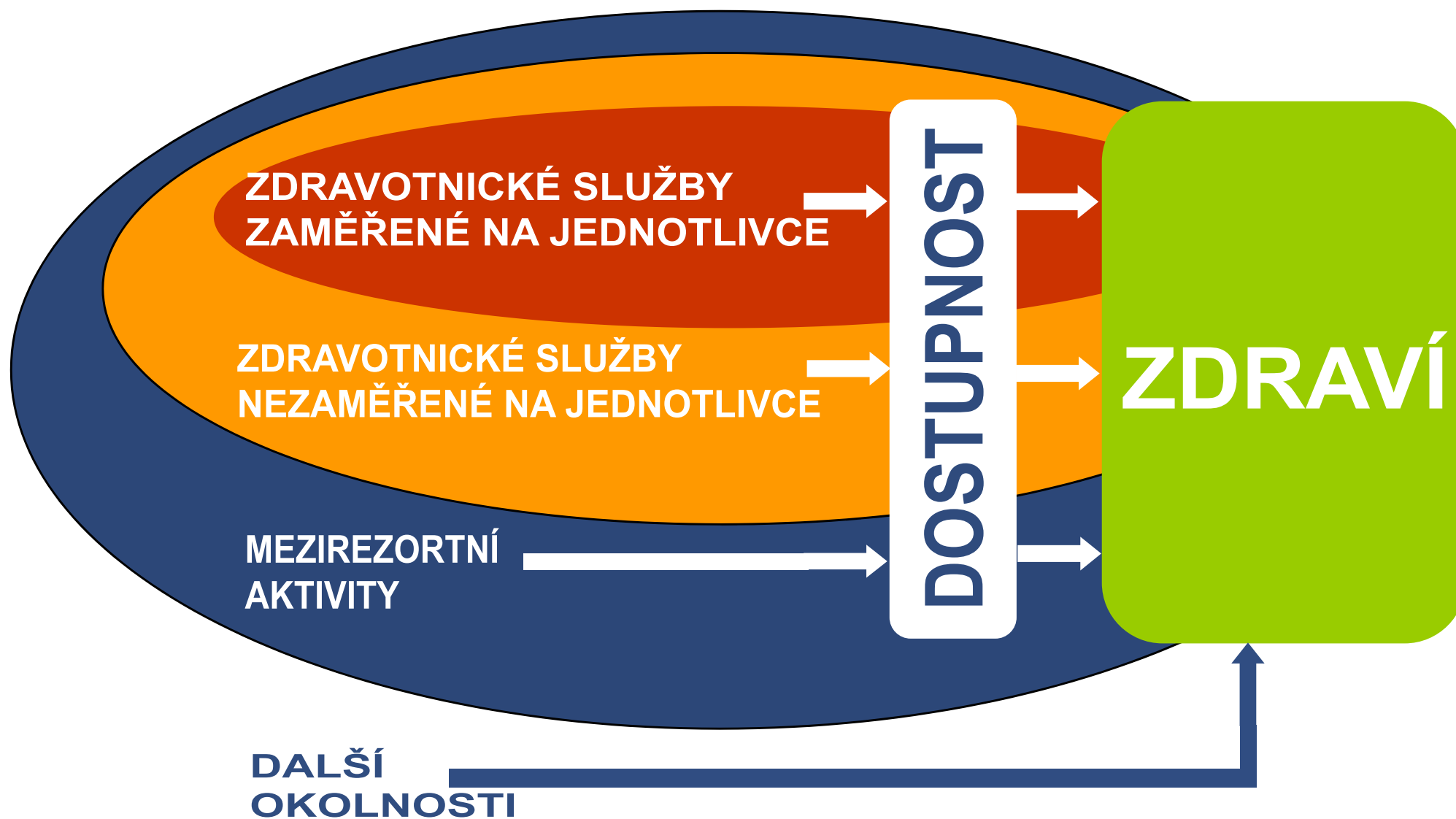
PŘÍNOS ZDRAVÝCH LIDÍ PRO ROZVOJ EKONOMIKY



PŘÍNOS ZDRAVÝCH LIDÍ PRO ROZVOJ EKONOMIKY



ZDRAVOTNÍ SYSTÉM



MEZIREZORNÍ AKTIVITY ZDRAVÍ VE VŠECH AKTIVITÁCH HEALTH IN ALL POLICIES

- **Hodnota zdraví**
- **Sdílená odpovědnost**
- **Aktivita celé vlády a dalších stupňů řízení**
- **Dlouhodobě koncipované programy**
- **Finanční zajištění**
- **Vhodné indikátory úspěchů/nezdarů**
- **Komunikace s občany**
- **Rozvoj partnerství**

Kickbush, I.: Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. Health Promotion international, 23, 2008, No 1, 1-4.

TŘI ZÁKLADNÍ PUBLIKACE

1. Zdravotní systémy, zdraví a blahobyt (65 s.)

„Health systems, health and

wealth“http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf

2. Hodnocení výkonnosti s cílem zlepšit zdravotní systém (19 s.)

„Performance measurement for health system improvement“

http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_eBD2.pdf

3. Ekonomické náklady na zdravotní poruchy v evropském regionu (24 s.)

„The economic costs of ill health in the European Region“

http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_eBD1.pdf

POZNÁMKY K OBSAHU PUBLIKACÍ

1. Zdravotní systémy, zdraví a blahobyt

http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf

Politikové by měli usilovat o to, aby investice do zdraví byly skutečným přínosem pro zdraví. Východiskem by se měla stát strategie zaměřená na zlepšení zdraví lidí.

Měla by vycházet jak ze znalosti působení rizikových faktorů, tak i ze zhodnocení nesnází, které lidem nemoci přinášejí.

Měla by stavět na kombinaci výchovných, preventivních, terapeutických a rehabilitačních opatření s důrazem na rozvoj primární péče.

Neměla by se soustředit jen na poskytování zdravotnických služeb zdravotnickým sektorem, ale měla by se týkat širokého systému péče o zdraví a zdravotních opatření ve všech ostatních rezortech.

POZNÁMKY K OBSAHU PUBLIKACÍ

2. Hodnocení výkonnosti s cílem zlepšit zdravotní systém

http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_eBD2.pdf

Smyslem hodnocení musí být jednak zlepšení výkonnosti zdravotního systému, a jednak zvýšení odpovědnosti všech aktérů. Sledování a hodnocení vhodně zvolených ukazatelů by mělo vést ke zlepšení rozhodování na všech úrovních (veřejná správa, lékaři, pojišťovny, pacienti, politikové, sponzoři, občané).

Východiskem by se měla stát jasná vize rozvoje zdravotního systému, členěná na konkrétní cíle a dílčí úkoly. Na stanovenou koncepční strategii by měl úzce navazovat informační systém.

POZNÁMKY K OBSAHU PUBLIKACÍ

3. Ekonomické náklady na zdravotní poruchy v evropském regionu

http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_eBD1.pdf

Rozlišují se tři typy nákladů: sociální náklady (*welfare costs*), mikro- a makroekonomické náklady a náklady na zdravotnické služby.

Sociální náklady jsou mírou hodnoty, kterou společnost a lidé přisuzují svému zdraví.

Mikroekonomické analýzy se týkají jednotlivců, popřípadě domácností. Mimo jiné posuzují nepříznivý vliv poruch zdraví na snížení produktivity a nabídky pracovních sil v důsledku nemocí. Základem je hodnocení výdělku.

Makroekonomické analýzy dokládají významný vliv úrovně zdraví na hrubý národní produkt.

Vyšší náklady na zdravotnické služby (očkování nebo včasná intenzivní léčba) mohou uspořit budoucí náklady na zvládnutí následných komplikací.

DOPLŇKOVÉ PUBLIKACE (1)

1. Jak mohou evropské zdravotní systémy podpořit investice do zdraví a realizaci populačních zdravotních strategií? (25 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_ePB_2.pdf
2. Jak může být zvýšen přínos metod pro hodnocení zdravotnických postupů? (25 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_ePB_5.pdf
3. V jakém postavení jsou pacienti při rozhodování o své vlastní zdravotní péči? (20 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_ePB_6.pdf
4. Jak může být oceněna péče o staré lidi v domácnostech? (23 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/4_hsc08_ePB_7.pdf
5. Kdy jsou užitečné vertikální (samostatné) zdravotní programy? (29 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/5_hsc08_ePB_8.pdf

DOPLŇKOVÉ PUBLIKACE (2)

6. Jaké programy orientované na chronické nemoci mohou ovlivnit podmínky péče a práci zdravotnických pracovníků? (31 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_ePB_9.pdf
7. Jak může být regulována migrace zdravotnických pracovníků, aby se omezily negativní důsledky jejich nedostatku ? (29 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_ePB_10.pdf
8. Jaká by měla být optimální kvalifikační struktura zdravotnických pracovníků a proč? (29 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_ePB_11.pdf,
9. Zajišťuje celoživotní vzdělávání a opětovné přezkušování schopnost zdravotnických pracovníků vyrovnat se s nároky soudobé praxe? (29 s.)
http://www.euro.who.int/document/hsm/9_hsc08_ePB_12.pdf

Celkem 348 stran základních materiálů

ÚKOLY TALLINNSKÉ CHARTY (1)

- **Posilovat sdílené hodnoty solidarity, spravedlnosti (ekvity) a participace prostřednictvím zdravotní politiky, rozdělováním zdrojů a dalších aktivit. Ujist'ovat se, že náležitá pozornost je věnována potřebám chudých a dalších zranitelných skupin.**
- **Investovat do zdravotních systémů a posílit investice i do ostatních rezortů, které ovlivňují zdraví. Využívat důkazy o návaznosti sociálně ekonomického rozvoje a zdraví.**
- **Posilovat transparentnost systému a převzít odpovědnost za výkonnost zdravotního systému hodnocenou na základě měřitelných výsledků.**

ÚKOLY TALLINNSKÉ CHARTY (2)

- Zajistit, aby zdravotní systém citlivě reagoval na potřeby, preference a očekávání lidí při respektování jejich práv a odpovědnosti, kterou má každý za své vlastní zdraví.
- Přizvat všechny zástupce jednotlivých komponent zdravotního systému, aby se podíleli přípravě a realizaci zdravotní politiky.
- Posilovat spolupráci uvnitř jednotlivých zemí i mezi státy na přípravě a realizaci reforem zdravotních systémů na národní i krajské úrovni.
- Ujistit se, že zdravotní systém se dokáže vyrovnat s kritickými situacemi a vzájemně spolupracovat na posílení a realizaci Mezinárodních zdravotních opatření (*International Health Regulations*).



LOGO KONFERENCE - MEDITUJÍCÍ POSTAVA

MÍSTO ZÁVĚRU

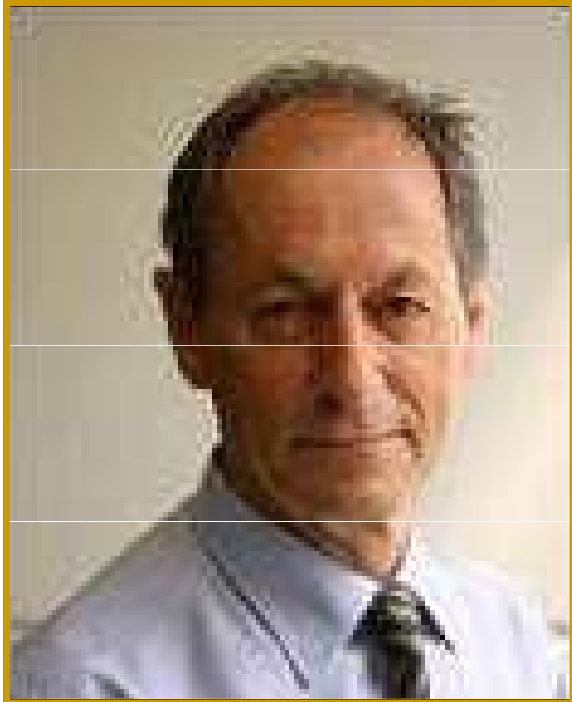
- Životy prasat, kuřat i akvarijních rybiček jsou podmíněny nabídkou a poptávkou a v neposlední řadě i konkurencí na trhu.
- Životy lidí by měly spočívat na lidské důstojnosti, spravedlnosti, zákonnosti, na výchově a vzdělávání i na prostém lidském soucitu.
- Nejen rozum lidi zavazuje ke vstřícné sounáležitosti a vzájemné pomoci tam, kde jde o děti, zdraví a život.

V roce 2005 byla Světovou zdravotnickou organizací ustavena Komise zaměřená na sociální determinanty zdraví
(Commission on social determinants of health)

http://www.who.int/social_determinants/en/

Komise upozorňuje na sociální determinanty zdraví které jsou hlavní příčinou špatného zdraví a způsobují nespravedlivé rozdíly ve zdraví, a to jak mezi zeměmi, tak i uvnitř jednotlivých zemí. Takovou determinantou je např. nezaměstnanost, nebezpečné pracovní podmínky, nevyhovující bydlení, globalizace a nedostupné zdravotnické služby.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH



Sir Michael Marmot

**Chair of the Commission on
Social Determinants of Health**

Professor of Epidemiology and
Public Health, Royal Free and
University College Medical
School, London





Closing the gap in a generation

Health equity through action on the social determinants of health



28. srpna 2008

Early Child Development: A Powerful Equalizer

Final Report



Lori G. Irwin
Arjumand Siddiqi
Clyde Hertzman

Total Environment Assessment Model for Early Child Development

Evidence Report



Arjumand Siddiqi
Lori G. Irwin
Clyde Hertzman

Globalization and Health Knowledge Network:
Research Papers

Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution

Final Report to the Commission on
Social Determinants of Health



Globalization Knowledge Network

Institute of Population Health

Globalization and Health Equity



uOttawa
L'Université d'Ottawa
Canada's university

Our cities, our health, our future

Acting on social determinants for health equity in urban settings

Report to the
WHO Commission on Social Determinants of Health
from the
Knowledge Network on Urban Settings



World Health
Organization
Centre for Health Development

CHALLENGING INEQUITY THROUGH HEALTH SYSTEMS

Final Report
Knowledge Network on Health Systems
June 2007

WHO COMMISSION ON
THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH



Lead authors

Lucy Gilson,
Jane Doherty, Rene Loewenson and Victoria Francis
with inputs and contributions from the members of the Knowledge Network

Employment Conditions and Health Inequalities

Final Report to the WHO
Commission on Social Determinants of Health (CSDH)

[Employment Conditions Knowledge Network \(EMCONET\)](#)

Juan Benachi, Carles Muntaner, Ylirna Santana (Chairs)

Health Inequalities Research Group
Occupational Health Research Unit
Dept. Experimental Sciences and Health
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Catalonia, Spain



Social Equity and Health Section
Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)
University of Toronto, Ontario, Canada



Institute of Collective Health, Federal
University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil



Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient
Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it

Final Report to the
WHO Commission on Social Determinants of Health
September 2007

Women and Gender Equity Knowledge Network

Submitted by
Gita Sen and Pirooska Östlin
Co-coordinators of the WGEKN¹

Report writing team
Gita Sen, Pirooska Östlin, Asha George

¹ We are very grateful to the members and corresponding members of the WGEKN, and the authors of background papers for their willingness to write, read, comment and send material. Special thanks are due to Linda Rydberg and Priya Patel for their cheerful and competent support at the different stages of this report. We would also like to thank Beena Varghese for her inputs to the report.



The social determinants of health:
Developing an evidence base for political action

Final Report
to
World Health Organization
Commission on the Social Determinants of Health

from
Measurement and Evidence Knowledge Network
Michael P. Kelly (Co-chair)
Josiane Bonnefoy (Co-chair)

Lead authors of final report:
Michael P. Kelly, Antony Morgan, Josiane Bonnefoy,
Jennifer Butt, Vivian Bergman

With Johan Mackenbach, Mark Exworthy, Jennie Popay, Peter Tugwell,
Vivian Robinson, Sarah Simpson, Thelma Narayan,
Landon Myer, Tanja Houweling, Liliana Jadue, Francisca Florenzano

October 2007

The hub coordinating the Measurement and Evidence Knowledge Network is run by
Universidad del Desarrollo, Chile, and
National Institute for Health and Clinical Excellence, United Kingdom



Constructing the evidence base on
the social determinants of health:
A guide

Authors:
Josiane Bonnefoy, Antony Morgan, Michael P. Kelly
Jennifer Butt, Vivian Bergman

With Peter Tugwell, Vivian Robinson, Mark Exworthy, Johan Mackenbach,
Jennie Popay, Catherine Pope, Thelma Narayan, Landon Myer,
Sarah Simpson, Tanja Houweling, Liliana Jadue

November 2007

SEKN Final Report February 2008



Understanding and Tackling
Social Exclusion

Final Report to the
WHO Commission on Social Determinants of Health
From the Social Exclusion Knowledge Network
February 2008

Jennie Popay, Sarah Eccorel, Mario Hernandez, Heidi Johnson,
Jane Matheson, Laetitia Rispeil

On behalf of the WHO Social Exclusion Knowledge Network

Address for correspondence:
Professor Jennie Popay
Lancaster University, Lancaster LA1 4YW, UK
ORCA +44 1524 562440, j.popay@lancaster.ac.uk

NARŮSTAJÍCÍ ROZDÍLY

Hrubý národní produkt na 1 obyvatele v nominálních US\$

Rok	nejbohatší země*	nejchudší země*	podíl
1980	US\$ 11 840	US\$ 196	60
2000	US\$ 31 522	US\$ 274	115
2005	US\$ 40 730	US\$ 334	120

* zahrnuje 10% světového obyvatelstva

NESPRAVEDLIVÉ ZDRAVOTNÍ ROZDÍLY

- **Střední délka života ženy v Botswaně je 43 roků.**
- **Střední délka života ženy v Japonsku je 86 let.**
- **Rozdíl ve střední délce života obyvatel rozdílných čtvrtí města Glasgow (vzdálených od sebe jen 12 kilometrů), je 25 let.**
- **Tak velké rozdíly nejsou biologicky odůvodněné, nejsou nutné, jsou nespravedlivé.**

**NESPRAVEDLIVÉ ROZDÍLY VE ZDRAVÍ,
VE VZDĚLÁNÍ A VE MZDÁCH MEZI MUŽI A ŽENAMI**



DOPORUČENÍ

- 1. Zlepšit podmínky každodenního života.**
- 2. Zvládnout nespravedlivé rozložení moci, peněz a dalších zdrojů.**
- 3. Měřit rozsah problému a pochopit jej, hodnotit dopad navazujících aktivit.**

1. ZLEPŠIT PODMÍNKY KAŽDODENNÍHO ŽIVOTA

Zlepšit podmínky děvčat, žen a jejich dětí. Klást důraz na vývoj dětí, na vzdělání děvčat i chlapců, zlepšit životní a pracovní podmínky, vytvořit sociální politiku pro všechny a zajisti podmínky pro uspokojivý život ve stáří. Tato opatření by měla být realizována prostřednictvím občanské společnosti, vlád a celosvětových organizací.

2. ZVLÁDNOUT NESPRAVEDLIVÉ ROZLOŽENÍ MOCI, PENĚZ A DALŠÍCH ZDROJŮ

Je nezbytné se zaměřit na rozdíly mezi muži a ženami a vytvořit silný veřejný sektor. Nestačí jen posílit vládu, ale celkové řízení společnosti, podporu rozvoje občanské společnosti a naplňování veřejných zájmů. Místní vlády i celosvětové organizace musí společně dbát na sociální spravedlnost.

3. MĚŘIT ROZSAH PROBLÉMU A POCHOPIT JEJ, HODNOTIT DOPAD NAVAZUJÍCÍCH AKTIVIT

Měření nerovností je základním východiskem jejich zvládnutí. Zdravotní nerovnosti a sociální determinanty zdraví by měly být průběžně sledovány a hodnoceny jak na úrovni jednotlivých zemích, tak v celosvětovém měřítku. Je rovněž nezbytné odborně připravit politiky i zdravotníky a v potřebném rozsahu informovat občanskou veřejnost o významu sociálních determinant zdraví. V tomto smyslu je žádoucí soustavně rozvíjet výzkum v oblasti Public Health.

ZÁVĚR

- **Nefunkční sociální politika, ubohé sociální programy, nespravedlivý ekonomický systém a špatná politika vytvářejí toxickou kombinaci, která vraždí spoustu lidí.**
- **Redukce zdravotních a sociálních rozdílů je etickým imperativem.**