



دولت سلامت

به نام خدا

دولت سلامت

سرشناسه	کیکبوش، ایلونا، ۱۹۵۰-م.
عنوان و نام پدیدآور	Kichbusch, Ilona دولت سلامت/ مؤلفان آیلونا کیکبوش، دیوید گلیچر؛ مترجمان شهرام رفیعی فر، محمد کیاسالار، بهزاد ولی زاده؛ به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر آموزش و ارتقای سلامت.
مشخصات نشر	تهران: نشر مجسمه، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	۲۱۶ ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی)؛ ۵/۱۴ × ۵/۲۱ س م.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۹۴۹۰۷-۸-۳
وضعیت فهرست نویسی: فیبا	
یادداشت	عنوان اصلی: Governance for Health in the 21st Century, 2012.
یادداشت	واژه نامه.
یادداشت	کتابنامه.
موضوع	سیاست پزشکی -- اروپا
موضوع	سیاست پزشکی
موضوع	بهداشت -- مدیریت -- آینده نگری
شناسه افزوده	گلیچر، دیوید، ۱۹۴۹-م.
شناسه افزوده	Gleicher, David
شناسه افزوده	رفیعی فر، شهرام، ۱۳۴۶-، مترجم
شناسه افزوده	کیاسالار، محمد، ۱۳۵۵-، مترجم
شناسه افزوده	ولی زاده، بهزاد، مترجم
شناسه افزوده	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر آموزش و ارتقای سلامت
رده بندی کنگره	۱۳۹۴ ک۴الف/۳۹۵ RA
رده بندی دیویی	۳۶۲/۱۰۹۴
شماره کتابشناسی ملی	۴۱۱۸۶۰۱



نشر مجسمه

دولت سلامت

Governance for health in the 21st century

مؤلفان: آیلونا کیکبوش، دیوید گلیچر

مترجمان: دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر محمد کیاسالار، بهزاد ولی زاده

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر آموزش و ارتقای سلامت

با تشکر از: دکتر علی اکبر سیاری، دکتر ایرج حریرچی، دکتر سید محمد هادی ایازی، دکتر محمدرضا واعظ مهدوی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر ناصر کلانتری، دکتر احمد کوشا، دکتر عزیز الله عاطفی، دکتر عباس وثوق، دکتر سید احمد احمدی

ناشر: مجسمه

چاپ و صحافی: مهرمتین

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۴

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۴۹۰۷-۸-۳

نشانی: تهران - خ انقلاب - خ دوازده فروردین - خ نظری غربی - شماره ۹۹ - واحد ۱۰ - تلفن: ۶۶۴۸۳۸۳۰

همه حقوق این اثر برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محفوظ است.

فهرست

۵	پیشگفتار
۱۱	مقدمه
۱۳	خلاصه
۱۴	در یک نگاه

فصل اول: دولت سلامت و رفاه در قرن بیست و یکم

۲۹	پیشینه
۳۰	کانون توجه مطالعه
۳۶	سائق‌های زمینه‌ای

فصل دوم: دولت

۵۵	سه اقدام کلیدی دولت
۷۳	ذات متغیر سیاست‌گذاری

فصل سوم: دولت سلامت و رفاه

۹۰	تاریخچه دولت افقی در راستای سلامت (در سه موج)
----	---

فصل چهارم: دولت مطلوب برای سلامت و رفاه

- ۱۰۱ دولت مطلوب چیست؟
- ۱۰۴ نقش سیستم‌های ارزش‌گذاری
- ۱۱۲ رابطه ارزش‌ها و شواهد

فصل پنجم: دولت هوشمند سلامت و رفاه

- ۱۱۹ پیش‌درآمد
- ۱۲۰ انواع پنجگانه دولت سلامت و رفاه

فصل ششم: دولت نوین سلامت

- ۱۷۱ نقش جدید بخش سلامت
- ۱۷۵ تعهد و رهبری سیاسی
- نتیجه‌ها و توصیه‌هایی درباره سیاست جدید اروپا در زمینه سلامت؛ سلامت ۲۰۲۰
- ۱۷۷

- ۱۹۵ واژه‌نامه
- ۲۰۱ کتابنامه

پیشگفتار

پویایی جوامع امروز، پیام روشنی برای دولت‌ها دارد: «از ایستایی بر حذر باشید!» امروزه بسیاری از جوامع صنعتی پوست انداخته‌اند و به جوامع اطلاعاتی بدل شده‌اند و به موازات این تبدیل و تبدل، بسیاری از دولت‌ها نیز از اقتدارگرایی به مشارکت‌گرایی میل کرده‌اند. بازتاب این گذار دولتی، شکل‌گیری رویکردهای جدید در بخش سلامت است؛ رویکردهایی که توجه به سلامت و محیط زیست را در پیشانی ملاحظات توسعه‌یافتگی قرار می‌دهند. بازخوانی رفتار این قبیل دولت‌ها در دهه گذشته، از توسعه طیفی از سازوکارهای مشارکتی در امر سیاستگذاری پرده برمی‌دارد؛ سازوکارهایی که به موجب آنها سلامت قدر می‌بینید و بر صدر می‌نشیند تا «دولت سلامت» شکل بگیرد.

شکل‌گیری اقدامات مشارکتی بین بخش سلامت و سایر بخش‌های دولتی و خصوصی و شهروندان، بدون تردید، با تغییرات بنیادین جوامع در قرن بیست‌ویکم ارتباطی عمیق و وثیق دارد و این تغییرات بنیادین، تصویر جدیدی از سلامت و رفاه به دست می‌دهند که به موجب آن، سلامت و رفاه از ارکان اساسی یک جامعه موفق، یک اقتصاد پویا و یک رویکرد ارزشی به عدالت و مشارکت به شمار می‌روند.

ظهور جامعه مدنی در دهه‌های پایانی قرن بیستم باعث شد رویکرد شهروندان به مقوله‌هایی نظیر سلامت و دولت تغییر یابد اما هم‌اکنون در قرن بیست‌ویکم، رشد فناوری‌ها و شیوه‌های نوین ارتباطی به توانمندسازی بیش از پیش شهروندان انجامیده و موجب شده است آنها مسئولیت سلامت خود را بیش از پیش بر عهده گیرند و متعاقباً از وزارتخانه‌های بهداشت، دولت‌ها و دولتمردان نیز مطلوبات بیشتر و تازه‌تری طلب کنند. در دنیای امروز، شهروندان به فعالانی بدل شده‌اند که قادرند در تولید مشترک آگاهی، سلامت و مراقبت ایفای نقش کنند و این مشارکت از طریق تکثیر فناوری‌های نوین و دسترسی به اطلاعات تسهیل شده است؛ اطلاعاتی که بستر ساز تبدیل جوامع صنعتی به جوامع اطلاعاتی است و ساختارها و شیوه‌های عملکرد نهادهای بهداشت و سلامت را بازتعریف می‌کند.

امروزه دولت‌ها و جوامع تردیدی ندارند که مشارکت‌شان در حفظ و ارتقای سلامت شهروندان، مستلزم مشارکت در آگاهی و آگاهی‌بخشی است و اگر «دولت سلامت» بخواهد کارآمد باشد، باید همواره به شیوه‌های مطلوبی برای افزایش میزان مشارکت‌پذیری خود مجهز شود و صرفاً به نظر اهل فن و کارشناسان بسنده نکند. به رسمیت شناختن تجربه مردم و درک اهمیت تعامل با مردم باید به شیوه‌های گوناگون و نوینی وارد بازی سیاست و سیاستگذاری شود.

جامعه اطلاعاتی به دولت آینده‌نگر احتیاج دارد و این واقعیت ضمن اینکه به توزیع قدرت اشاره می‌کند، بر تولید و توزیع مشترک آگاهی از طریق جامعه و ارزش‌های مشترک نیز تأکید می‌ورزد (کلوپروگ و واندر اسلوئیس، ۲۰۰۶). دیدگاه‌های گوناگون، از تخصصی تا عامیانه، باید به حساب

آید تا احتمال تأثیر پیش‌داوری‌ها در تبیین مسایل به حداقل برسد. تغییرات مبتنی بر مشارکت در حوزه سلامت، در تمام صحنه‌ها و عرصه‌های زندگی، در حال شکل‌گیری است؛ در تقاضا برای غذای سالم، تکنولوژی‌های دوستدار محیط زیست، هوای پاک، خودمراقبتی و سایر شیوه‌های مشارکت‌گرا برای بهینه‌سازی مراقبت‌های بهداشتی. به مردم باید قدرت داده شود تا دست به کار شوند. توزیع قدرت برای ارتقای سلامت، نقطه کانونی این حرکت است که می‌تواند هم سائقی برای تغییرات اصلاحی باشد، هم پاسخی به بافت‌های سیاسی متغیر در قرن بیست‌ویکم که «به افراد و نهادها بینشی عمیق‌تر می‌دهد تا با همدیگر برای ساخت یک سیستم اجتماعی و محیطی توانمند که همه در آن به سلامتی دست یابند، همکاری کنند.» (روگر، ۲۰۱۰). چالش دولت‌ها، ظرفیت‌سازی برای همکاری مؤثر در تولید ارزش‌های عمومی از طریق شبکه‌ای پیچیده و به‌هم‌پیوسته از سازمان‌ها و نهادهای اطراف بخش‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی است (مجمع اقتصاد جهانی، ۲۰۱۱) و ارزیابی ارزش تولیدشده در روش‌های جدید نیز باید صورت گیرد تا معلوم شود که آیا جامعه حقیقتاً در جاده سلامت و رفاه به پیش می‌رود یا نه.

در قرن بیست‌ویکم، سلامت عمدتاً به مردم و به تامل پیرامون این پرسش می‌پردازد که مردم چگونه زندگی می‌کنند و چگونه مفهوم سلامت را در متن زندگی خود تحقق می‌بخشند. این نگاه، نیازمند چشم‌انداز تازه‌ای برای نگرستن به فرآیندهای «دولت سلامت و رفاه» است. تا کنون، بسیاری از مباحث مطروحه در زمینه «سلامت در تمام سیاست‌ها» و «اقدامات بین‌بخشی در راستای سلامت» از منظر سلامت مورد بحث و بررسی قرار گرفته اما در مطالعه‌ای که کتاب

حاضر بر مبنای آن شکل گرفته، تغییرات حاکمیتی نیز واکاوی و بازخوانی شده تا بتوان چالش‌های حوزه سلامت را در نظام اجتماعی وسیع‌تری بررسی کرد. بسیاری از این چالش‌ها محصول گذار جوامع (از صنعتی به اطلاعاتی) هستند. نتیجه، پی بردن به این واقعیت است که سیاستگذاری در تمام حوزه‌ها (و نه فقط حوزه سلامت) باید به اصلاحاتی تن بدهد تا بتواند با رویکردهای نوین سیاستگذاری در سطوح جهانی، ملی، منطقه‌ای و بومی سازگار شود. درک این گذار در حوزه سیاستگذاری مستلزم پذیرش رویکردهای «دولت یکپارچه» و «جامعه یکپارچه» است که در این کتاب، مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند.

دو چالشی که امروزه دست در دست هم پیش می‌روند و به تعبیری لازم و ملزوم یکدیگر شده‌اند، عبارتند از: مدیریت نظام سلامت و تقویت و تحکیم نظام‌های بهداشتی از یک سو (که برخی از آن با عنوان دولت سلامت یاد می‌کنند) و اقدامات مشارکتی بین بخش سلامت و سایر بخش‌ها و شهروندان از سوی دیگر (که برخی از آن با عنوان دولت در راستای سلامت یاد می‌کنند). واقعیت امر این است که سلامت به عامل موثری در عرصه‌های سیاست و اقتصاد کلان تبدیل شده و این قضیه ایجاب می‌کند که دولتمردان، صنایع، اجتماعات و شهروندان، بیش از پیش، با «دولت سلامت» همراه شوند و در فرآیندهای آن نقش‌آفرینی کنند؛ چراکه سلامت می‌تواند به شیوه‌های گوناگون بر منافع آنها تاثیر بگذارد. امروزه خیلی‌ها حق سلامت را جزیی جدانشدنی از حقوق بشر می‌دانند؛ حقی که احقاق آن لازمه تحصیل رفاه فردی و تامین عدالت اجتماعی است. بخش‌های دیگر (مانند اقتصاد، محیط زیست، آموزش، حمل و نقل و غذا) نیز، بیش از پیش، سلامت را یک ثروت

تلقی می‌کنند.

در جوامع اطلاعاتی، نقش‌آفرینی سلامت به عنوان یک عامل کلیدی در تامین رفاه اقتصادی، هر روز پررنگ‌تر از دیروز است. ارزش‌های اجتماعی قاطعی نظیر حقوق بشر و عدالت اجتماعی نیز «دولت سلامت» را به پیش می‌رانند و نظام ارزشی منسجمی به وجود می‌آورند که تمام اجزایش با یکدیگر تعامل دارند. اما تجربه نشان داده است که تامین سلامت مطلوب جامعه، مستلزم فعالیت و نقش‌آفرینی همه بخش‌ها (در همکاری با بخش سلامت) است. از همین روست که گفته می‌شود «دولت سلامت» به مجموعه‌ای از سیاست‌ها نیاز دارد که توان هم‌افزایی داشته باشند و همچنین محتاج حمایت ساختارها و سازوکارهایی است که مشارکت را تسهیل کنند.

به هر حال، تردیدی در این نیست که در پازل سلامت، مشارکت مردم یک قطعه تعیین‌کننده است. «دولت سلامت» اعتقاد عمیقی به مشارکت شهروندان و اقدامات بین‌بخشی دارد و خود را ملزم به رعایت ملاحظات سلامت در تمام سیاستگذاری‌ها می‌داند تا بتواند از این رهگذر و از طریق رویکردهای «دولت یکپارچه» و «جامعه یکپارچه» به مطلوباتش در زمینه سلامت و رفاه شهروندان دست یابد. این رویکردها نه تنها بر ارتقای سطح همکاری و ادغام اقدامات دولتی برای تامین سلامت اصرار می‌ورزند؛ بلکه با توجه به امور فرادولتی، با دیگر نقش‌آفرینان این عرصه نیز همکاری می‌کنند تا اهداف اجتماعی مطلوب و مشخصی مانند خوشبختی، رفاه و عدالت را تامین نمایند. این رویکردها همچنین دربرگیرنده طیف وسیعی از سازوکارهای پایشی متنوع هستند تا مسوولیت پاسخگویی در برابر سلامت و عدالت هرگز از یاد نرود. مشارکت یک الزام

مدرن است و مطالعه‌ای که کتاب حاضر بر مبنای آن شکل گرفته، به وضوح نشان می‌دهد که موفقیت «دولت سلامت» در گرو همکاری و مشارکت شهروندان است و توانمندسازی مردم می‌تواند ضامن نتیجه‌بخشی اقدامات دولت باشد.

کتاب حاضر، محصول مطالعه‌ای در زمینه «دولت سلامت» است که به نظام سیاستگذاری سلامت اروپا (سلامت ۲۰۲۰) نشان می‌دهد چگونه دولت‌ها در حال اقبال به این مسیرند و سلامت و رفاه را به عنوان شاخصه‌های کلیدی جامعه‌ای موفق با اقتصادی پویا به رسمیت شناخته و زمینه را برای سیاست‌گذاری‌هایی که رویکردی ارزشی به مقوله‌هایی همچون عدالت و مشارکت دارند، فراهم می‌آورند. «دولت سلامت»، مشارکت بخش سلامت با سایر بخش‌ها (دولتی و خصوصی) و شهروندان را برای نیل به منافع مشترک، تسهیل می‌کند و به دستگاه‌های فعال در زمینه بهداشت و درمان، مشروعیت می‌دهد تا در طراحی سیاست‌های ارتقای سلامت، نقش‌های تازه‌تری ایفا کنند. مبنای مطالعه حاضر، مستنداتی بوده که توسط کارشناسان صاحب‌نام تهیه شده و جزییات جالب‌توجهی در این حوزه ارائه می‌کند.

اگرچه نتایج این مطالعه قرار است برای آماده‌سازی سیاست جدید اروپا در حوزه سلامت (طرح سلامت ۲۰۲۰) مورد استفاده قرار بگیرد، آشنایی با محتویات این مطالعه در سایر نقاط جهان، از جمله کشور عزیزمان ایران، نیز می‌تواند واجد نکات بدیع، کاربردی و سودمندی باشد.

دکتر علی‌اکبر سیاری
معاون بهداشت

مقدمه

ذات متغیر جامعه و چالش‌هایش، دولت‌ها را وادار به سازگاری می‌کند. هدف من، به عنوان مدیر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا، این است که به شما اطمینان بدهم سلامت، به عنوان هدفی فراگیر و مشارکتی، جایگاه خود را بازیافته است. به همین جهت، اداره منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا این مطالعه را درباره «دولت سلامت در قرن بیست و یکم» ترتیب داده است.

سلامت با نظرها و منظرهای تازه‌ای روبرو شده است. عوامل موثر بر سلامت نیز چنین وضعیتی دارند. ما با دو چالش عمده روبرو هستیم: اول، مدیریت نظام سلامت و استحکام این نظام؛ و دوم، اقدامات مشارکتی بین‌بخش سلامت و سایر بخش‌ها (اعم از دولتی و خصوصی) و شهروندان برای هدف مشترکی که نامش «دولت سلامت»^(۱) است. این دومی، موضوع همین مطالعه است. زندگی در یک جامعه اطلاعاتی، به این معناست که قدرت و اعتبار از انحصار دولت خارج شده است. شهروندان آگاه، صنعت و تجارت متعهد، آژانس‌ها و مجموعه‌های کارشناسی مستقل، نقش پررنگ‌تری در این بازی یافته‌اند. مع الوصف، دولت‌ها و وزارتخانه‌های بهداشت همچنان می‌توانند در مدیریت سلامت، تعیین هنجارها، تامین شواهد و تبدیل

گزینه‌های سالم‌تر به گزینه‌های آسان‌تر نقش‌آفرینی کنند. ما در سازمان بهداشت جهانی «دولت سلامت و رفاه»^(۳) را به معنای مجموعه‌ای از تلاش‌ها و اقدامات دولتی و غیردولتی می‌دانیم که اجتماعات، جوامع، کشورها یا مجموعه‌ای از کشورها را به سمتی سوق دهد که پیگیر مطالبات سلامت و رفاه خود از طریق «رویکرد دولت یکپارچه»^(۳) و «رویکرد جامعه یکپارچه»^(۴) شوند. آحاد جامعه باید مسئولیت خود را در امر سلامت درک کنند.

من این را بسیار بااهمیت می‌دانم. سلامت - فرآورده‌ای که محصول روابطی پویا و پیچیده است - از راه‌های غیرخطی و غیرقابل پیش‌بینی می‌گذرد و امروزه دیگر، دستگاه سلامت، به تنهایی، ابزارهای لازم برای حل چالش‌های سلامت را در اختیار ندارد.

بالاترین سطوح دولت و جامعه باید این مساله را درک کنند که سلامت یک هدف عینی و عمومی است که دستیابی به آن مستلزم همکاری و همبستگی است. این مطالعه درباره دولت سلامت به نظام سیاستگذاری سلامت اروپا (سلامت ۲۰۲۰) نشان داد که چگونه دولت‌ها در حال اقبال به این مسیرند. مبنای مطالعه حاضر، مستندات است که توسط کارشناسان صاحب‌نام تهیه شده و جزییات جالب‌توجهی در این حوزه در اختیاران می‌گذارد. این مطالعه در فاز دوم به ارائه اطلاعات و ابزارهای بیشتر و مطالعه‌های موردی مفصل‌تر خواهد پرداخت.

سوزانا ژکاب^(۵)

مدیر حوزه اروپایی سازمان بهداشت جهانی

خلاصه

در دهه گذشته، شاهد توسعه طیفی از سازوکارهای مشارکتی در امر سیاستگذاری بوده‌ایم. این مطالعه (دولت سلامت در قرن بیست و یکم) ردپای نوآوری‌های دولتی را در این مسیر دنبال کرده است؛ مسیری که اولویت را به عوامل موثر بر سلامت داده و رویکردهای استراتژیک به «دولت سلامت» را در پنج مورد خلاصه می‌کند. این مطالعه، شکل‌گیری اقدامات مشارکتی بین بخش سلامت و سایر بخش‌های دولتی و خصوصی و شهروندان را با تغییرات بنیادین جوامع در قرن بیست و یکم، مرتبط می‌داند؛ تغییراتی که درک جدیدی از سلامت و رفاه به دست می‌دهد و این دو عامل (سلامت و رفاه) را شاخصه‌های کلیدی یک جامعه موفق، یک اقتصاد پویا و یک رویکرد ارزشی به عدالت و مشارکت قلمداد می‌کند. این مطالعه، در ضمن، از انواع ساختارها و سازمان‌هایی می‌گوید که زمینه‌ساز مشارکت‌اند و همچنین به نقش جدیدی اشاره می‌کند که وزارتخانه‌های بهداشت، وزیران بهداشت و سازمان‌های بهداشت همگانی باید در چنین شرایط چالش‌برانگیزی بر عهده بگیرند.

کلیدواژه‌ها

سیاستگذاری سلامت

بهداشت همگانی

برنامه‌های سیستم سلامت - سازماندهی و مدیریت

ارائه مراقبت‌های سلامت

قانونگذاری، سلامت

در یک نگاه

در این مطالعه، «دولت سلامت» به معنای تلاش‌ها و اقداماتی است که دولت‌ها یا سایر عوامل موثر بر جامعه صورت می‌دهند تا اجتماعات، جوامع، کشورها یا مجموعه‌ای از کشورها را به سمت پیگیری مطالبات سلامت از طریق رویکردهای «دولت یکپارچه» و «جامعه یکپارچه» سوق دهند. چنین دولتی، سلامت و رفاه را، در قرن بیست و یکم، شاخصه‌های کلیدی جامعه‌ای موفق با اقتصادی پویا می‌داند و زمینه را برای سیاست‌گذاری‌هایی که رویکردی ارزشی به عدالت و مشارکت دارند، فراهم می‌کند. چنین دولتی، مشارکت بخش سلامت با سایر بخش‌ها (اعم از دولتی و خصوصی) و شهروندان را برای نیل به منافع مشترک، تسهیل می‌کند. این امر، البته، مستلزم هم‌افزایی سیاست‌هاست؛ سیاست‌هایی که باید توسط ساختارها و سازوکارهای مشارکت جویانه، حمایت شود. چنین دولتی، به وزارتخانه‌ها و وزیران بهداشت و دستگاه‌های بهداشت همگانی، مشروعیت می‌دهد تا در طراحی سیاست‌های ارتقای سلامت، نقش‌های تازه‌ای ایفا کنند.

دولت

در قرن بیست و یکم، سلامت عمدتاً به مردم و به این پرسش می‌پردازد که آنها چگونه زندگی می‌کنند و چگونه مفهوم سلامت را در متن زندگی خود تحقق می‌بخشند. این نگاه، نیازمند چشم‌انداز تازه‌ای برای نگرستن به فرآیندهای دولت سلامت و رفاه است. تا کنون، بسیاری از مباحث مطروحه در زمینه «سلامت در تمام سیاست‌ها»^(۶) و «اقدامات بین‌بخشی در راستای سلامت»^(۷) از چشم‌انداز سلامت آغاز شده و بر مبنای شواهدی استوار شده است که نشان می‌دهند مهم‌ترین عوامل موثر بر سلامت به بخش‌های دیگر (جز بخش سلامت) مربوط می‌شوند. در این مطالعه، ما تغییراتی را که در شیوه

حاکمیت رخ داده، مرور خواهیم کرد تا بتوانیم چالش‌های حوزه سلامت را در نظام اجتماعی وسیع‌تری بررسی کنیم. بسیاری از این چالش‌ها محصول گذار جوامع (از جامعه صنعتی به جامعه اطلاعاتی) هستند. نتیجه این بررسی، پی بردن به این واقعیت است که سیاستگذاری در تمام حوزه‌ها (و نه فقط حوزه سلامت)، این مهم را دریافته که باید اصلاحاتی در شیوه خود به وجود آورد تا بتواند با رویکردهای نوین سیاستگذاری در سطوح جهانی، ملی، منطقه‌ای و بومی سازگار شود. درک این گذار در حوزه سیاستگذاری مستلزم پذیرش رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه است. سلامت تنها حوزه‌ای نیست که به اقدامات بین‌بخشی نیاز دارد. این همکاری و هم‌افزایی می‌تواند خالق فرصت‌های تازه‌ای در تمام سطوح سیاستگذاری باشد.

ماهیت متغیر چالش‌هایی که جوامع در قرن بیست و یکم با آنها مواجه می‌شوند، سائق اصلی شکل‌گیری رویکردهای مدرن دولتی است. سلامت، نه تنها چالش جامعه است و نه همیشه اولویت دارد، اما واقعیت این است که بیشتر چالش‌ها، آثار و عوارضی نیز در بخش سلامت دارند؛ آثار و عوارضی که تا کنون به قدر کافی مورد توجه قرار نگرفته‌اند، مثلاً عوارض ناگهانی (مانند بلایای طبیعی و شیوع سریع برخی بیماری‌ها) و عوارض بلندمدت (مانند شهری شدن، گذار اپیدمیولوژیک، تغییرات جمعیتی، ناامنی در حوزه غذا، تغییرات اقلیمی و بحران‌های اقتصادی).

این قبیل چالش‌ها (و گاهی فرصت‌ها)ی بزرگ، وابستگی‌های متقابل و ارتباطات درونی ساختارمندی دارند و در بیشتر مواقع، راه‌حل‌های آنها نیز واجد چنین وابستگی‌ها و ارتباطاتی هستند. پیچیدگی این چالش‌ها دلیل اصلی نیاز ما به رویکردهای نظام‌یافته و پاسخ‌های ساختارمند در تمام سطوح دولت است. این همان عاملی است که سیاستگذاران را وادار می‌کند از چارچوب حوزه سیاستگذاری خود خارج شوند و ملاحظات بین‌بخشی را در نظر بگیرند.

نتیجه، توزیع قدرت دولت و تغییر ساختار آن (از مدل اقتدارگرا به مدل مشارکت‌گرا) بوده است؛ مدلی که در آن، دولت محصول مشترکی از تلاش‌ها

و اقدامات نقش‌آفرینان متعدد در سطوح مختلف است؛ هم در سطوح دولتی (مانند وزارتخانه‌ها، پارلمان‌ها، آژانس‌ها و کمیسیون‌ها)، هم در سطوح ملی (مانند شهروندان، تجارت‌ها، گروه‌های اجتماعی، بنیادها و رسانه‌های گروهی مکتوب و مجازی)، هم در سطوح فراملی (مانند اتحادیه اروپا و سازمان ملل). بازتاب این گذار دولتی، شکل‌گیری رویکردهای جدید در بخش سلامت است؛ رویکردی که در آن، توجه به سلامت و محیط زیست در پیشانی امور مورد توجه توسعه‌یافتگی قرار می‌گیرد. دولت در سطوح عرضی نیز دستخوش تغییرهای فزاینده شده و نگاهش از سطح بومی به سطح جهانی مایل شده است؛ بنابراین عوامل بومی و منطقه‌ای ارتباط بیشتری با یکدیگر یافته‌اند و باعث شده‌اند اهمیت یک دولت چند سطحه کارآمد هم‌تزار با یک دولت مشارکت‌گرا و بین بخشی شود. تحقیق حاضر نشان می‌دهد که توزیع [قدرت] دولت را نباید یک بازی با حاصل جمع صفر (بین دولت و جامعه) دانست و باید پذیرفت که این توزیع [قدرت] می‌تواند دولت را چابک‌تر و کارآمدتر کند. وقتی توزیع عرضی قدرت در سطح جامعه بیشتر می‌شود، نقش دولت تغییر می‌کند اما همچنان حیاتی باقی می‌ماند و حتی می‌تواند به برخی صحنه‌های تازه نیز وارد شود.

پیام‌های کلیدی: دولت و بافت دولت

- چالش‌های دولتی که بخش سلامت با آن مواجه می‌شود، مختص بخش سلامت نیستند و تمام بخش‌های دیگر نیز ممکن است این چالش‌های ناشی از گذار را تجربه کنند.
- سائق‌های زمینه‌ای^(۸) این تغییرات عبارتند از: وابستگی‌های درونی و متقابل^(۹)، پیچیدگی^(۱۰)، تولید مشترک^(۱۱) و گذار جوامع اروپایی (از صنعتی به اطلاعاتی)^(۱۲).
- حل مسایل پیچیده، مستلزم رویکردهای سازمان‌یافته‌ای است که طیف وسیعی از جامعه و سطوح مختلف دولت (از بومی تا بین‌المللی) را درگیر کند؛ و عمدتاً به ارتباطی فزاینده بین سطوح بومی و منطقه‌ای نیاز دارد.

- این بافت جدید به اقدامات جدید دولتی در امر توزیع [قدرت]، دموکراتیزه شدن و شکل‌گیری ارزش‌های مشترک منجر می‌شود.
- بخش سلامت عامل موثری در اقتصاد کلان به حساب می‌آید و نقش پررنگی در مدل‌های تجاری و استراتژیک ایفا می‌کند. تجارت‌ها باید خود را مطابق با استراتژی‌های مبتنی بر ارزش مشترک بازتعریف کنند؛ چرا که این کار می‌تواند توان رقابتی آنها را به موازات تغییرات اجتماعی افزایش دهد.
- نقش دولت در حکومت همچنان حیاتی باقی می‌ماند و در برخی عرصه‌های زندگی مدرن نیز نقش پررنگ‌تری خواهد یافت.

نگاه‌ها دستخوش تغییر شده‌اند؛ هم در این زمینه که چگونه دولت و جامعه در همکاری با یکدیگر فرآورده مشترکی به نام حکومت را شکل می‌دهند، هم در این زمینه که تلقی دولت و جامعه از سلامت و عوامل موثر بر آن چیست. دو چالشی که دست در دست هم پیش می‌روند و به عبارتی لازم و ملزوم یکدیگر شده‌اند، عبارتند از: ۱) مدیریت نظام سلامت و تقویت و تحکیم نظام‌های بهداشتی، که ما از آن با عنوان دولت سلامت یاد می‌کنیم؛ و ۲) اقدامات مشارکتی بین بخش سلامت و سایر بخش‌ها (از بخش‌های خصوصی و دولتی گرفته تا شهروندانی که منافع مشترک دارند) که ما از آن با عنوان دولت در راستای سلامت یاد می‌کنیم.

سلامت به یک عامل موثر در سیاست و اقتصاد کلان جوامع تبدیل شده و این امر ایجاب می‌کند که دولتمردان، صنایع، اجتماعات و شهروندان بیش از پیش در دولت سلامت درگیر شوند و نقش‌آفرینی کنند؛ چراکه سلامت، به شیوه‌های گوناگون، بر منافع آنها تاثیر می‌گذارد. امروزه حق سلامت را جزیی جدانشدنی از حقوق بشر می‌دانند؛ حقی که احقاق آن لازمه تحصیل رفاه فردی و تامین عدالت اجتماعی است. امروزه بخش‌های دیگر (مانند اقتصاد، محیط زیست، آموزش، حمل و نقل و غذا) نیز، بیش از پیش، سلامت را یک ثروت تلقی می‌کنند. در جوامع اطلاعاتی، نقش‌آفرینی سلامت به عنوان یک

عامل کلیدی در تامین رفاه اقتصادی، هر روز پرننگ‌تر از دیروز است. سلامت و رفاه، اجزای ضروری یک دولت مطلوب و واجد ارزش اجتماعی هستند. این ارزش را می‌توان به وضوح در اهمیت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در سرتاسر جهان مشاهده کرد. ارزش‌های اجتماعی تثبیت‌شده‌ای نظیر حقوق بشر و عدالت اجتماعی، دولت سلامت را رهبری می‌کنند و نظام ارزشی منسجمی به وجود می‌آورند که تمام اجزایش با یکدیگر تعامل دارند. به نظر می‌رسد که تامین سلامت مطلوب جامعه، مستلزم فعالیت و نقش‌آفرینی همه بخش‌ها (حتی بدون حضور بخش سلامت) در تمام سطوح حاکمیت است. برخی دولت‌های ملی در این زمینه به تجربیات ارزشمندی دست یافته‌اند. مجموعه‌های فراملی نیز در حال همکاری متقابل با عوامل ملی و دولتی هستند. در سطح بومی، شهرها در حال استفاده از طیف وسیعی از ابزارهای نوآورانه در سیاستگذاری هستند تا بتوانند سطح سلامت و رفاه را ارتقا بدهند. در سطح شرکت‌ها، سرمایه‌گذاری در سلامت کارمندان و برنامه‌های گروهی و محصولات و خدمات بهداشتی به عنوان یک مدل تجاری جدید شناخته شده است. تجربیات اولیه حاکی از آن است که مالکان عرصه صنعت و تجارت می‌توانند در عین تاکید بر مسوولیت اجتماعی خود و ضمن تلاش برای ارتقای رشد اجتماعی، به سیاستگذاری‌هایی روی آورند که باعث افزایش مزیت رقابتی آنها شود تا از این رهگذر بتوانند دست به خلق ارزش‌های اشتراکی بزنند. این یک چالش کلیدی در دهه آینده خواهد بود؛ به ویژه با توجه به گسترش بیماری‌های غیرواگیر در سرتاسر جهان.

دولت سلامت به مجموعه‌ای از سیاست‌ها نیاز دارد که توان هم‌افزایی داشته باشند؛ سیاست‌هایی که بسیاری از آنها ریشه در بخشی جز بخش سلامت دارد و محتاج حمایت ساختارها و سازوکارهایی است که مشارکت را تسهیل کنند. مشارکت مردم یک عامل تعیین‌کننده است.

بهترین تصویری که می‌توان از مفهوم دولت سلامت ارائه کرد، تصویر قله‌های سه موج اصلی در مسیر گسترش سیاستگذاری سلامت (اقدامات بین‌بخشی، سیاست بهداشت همگانی، رویکرد سلامت در تمام سیاست‌ها) است که با

هم ادغام شده‌اند تا تامین‌کننده رویکردهای مطلوبی به سلامت و رفاه باشند؛ رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه. این رویکردها نه تنها بر ارتقای سطح همکاری و ادغام اقدامات دولتی برای تامین سلامت اصرار می‌ورزند؛ بلکه با توجه به امور فرادولتی، با دیگر نقش‌آفرینان نیز همکاری می‌کنند تا اهداف اجتماعی مشخصی مانند خوشبختی، رفاه و عدالت را نیز تامین نمایند. این رویکردها همچنین دربرگیرنده طیف وسیعی از سازوکارهای پایشی متنوع‌اند تا مسوولیت پاسخگویی در برابر سلامت و عدالت هرگز از یاد نرود.

پیام‌های کلیدی: دولت سلامت و رفاه

- دولت سلامت و رفاه، ستون اصلی یک حکومت مطلوب است و توسط یک نظام ارزشی هدایت می‌شود که در آن نظام، سلامت به عنوان یکی از اجزای جدانشدنی حقوق بشر، یکی از کالاهای عمومی و اساسی، یکی از عناصر اصلی تشکیل‌دهنده رفاه و یکی از مواد لازم برای تامین عدالت اجتماعی به رسمیت شناخته می‌شود.
- بینش عمیق‌تر به ما کمک می‌کند سلامت را به عنوان ثروتی در نظام‌های اجتماعی ببینیم؛ ثروتی که [حفظ و بسط آن] مستلزم تعامل بخش‌های متعدد در سطوح ملی و دولتی (با یا بدون حضور بخش سلامت) است.
- رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه بازتاب‌دهنده این واقعیت هستند و در استراتژی‌هایی تبلور یافته‌اند که باعث رشد اقدامات مشارکتی در دولت، بهبود همکاری و توزیع مسوولیت سلامت در سطوح مختلف دولت و جامعه می‌شود.
- دولت سلامت ماحصل تجربیاتی است که از اقدامات بین‌بخشی، اجرای سیاست بهداشت همگانی و اتخاذ رویکرد سلامت در تمام سیاست‌ها به دست آمده است.

این تحقیق خاطرنشان می‌کند که سلامت و رفاه به تلفیقی از رویکردهای دولتی (سلسله‌مراتبی^(۱۳)، توزیعی^(۱۴) و مشارکتی^(۱۵)) نیازمند است. اثربخشی

این رویکرد تلفیقی، دوبرابر اثربخشی موثرترین مداخله (به تنهایی) است و این مطلب در بسیاری از مستندات سیاستگذاری درج شده است. اگرچه برخی کشورها اقدامات خود در حوزه بهداشت همگانی را تقویت کرده‌اند یا توسعه داده‌اند تا با توان بیشتری به جنگ چالش‌های حوزه سلامت در قرن بیست و یکم بروند، اما برخی کشورها هنوز نیازمند ایجاد تغییراتی اساسی در جهت‌گیری‌های خود هستند. این مطالعه که مبتنی بر مرور چندین مطالعه در زمینه رویکردهای مدرن به دولت سلامت است، دربرگیرنده پنج طرح برای دولت هوشمند سلامت است که باید در رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه ادغام شود.

حاکمیت از طریق مشارکت

مشارکت یک الزام مدرن است. این مطالعه نشان می‌دهد که ادبیات غنی دولت مشارکت‌گرا^(۶) می‌تواند برای ما درس آموز باشد و ما را با آموزه‌های مهمی آشنا کند؛ آموزه‌هایی از قبیل توجه به فرآیند مشارکت و طراحی روند آن، حلقه‌های ارتباطی، اعتماد، درک و تعهد، انتخاب ابزارها و سازوکارهای مناسب، شفافیت و پاسخگویی.

حاکمیت از طریق شهروندان

سیاست دولتی، دیگر نمی‌تواند به تنهایی پاسخگوی مشکلات باشد. این مطالعه نشان می‌دهد که موفقیت دولت سلامت در گرو همکاری و مشارکت شهروندان (اعم از مشتریان خدمات بهداشتی و بیماران) است. به موازات افزایش توزیع قدرت دولت در پیکره جامعه، همکاری‌های مستقیم دولت و ملت می‌تواند به افزایش شفافیت و پاسخگویی دولت منجر شود. توانمندسازی مردم و جلب مشارکت آنها می‌تواند ضامن تایید ارزش‌های مشترک باشد. فناوری‌های نوین، مانند گوشی‌های هوشمند و رسانه‌های مجازی و شبکه‌های اجتماعی می‌تواند شهروندان را توانمند کند و شیوه رفتاری نظام‌های سلامت

را تغییر دهد. ابزارهای موبایلی و دیجیتالی سلامت را می‌توان مثال‌های مناسبی از این فناوری‌های نوین دانست. مشارکت، شفافیت و پاسخگویی را باید به عنوان موتورهای نیرومند نوآوری در روابط جدید جامعه و دولت به حساب آورد.

حاکمیت از طریق تلفیق قانونگذاری و ترغیب

روند حاکمیت رو به سیال‌تر شدن، چندسطحی شدن، چندتولیتی شدن و سازگارتر شدن دارد. این مطالعه نشان می‌دهد که ابزارهای دولت سنتی سلسله طبقاتی به طور فزاینده‌ای در حال تلفیق با سازوکارهای دیگرند تا از این طریق، قدرت و نفوذ خود را در دنیای به هم پیوسته امروزی افزایش دهند؛ سازوکارهایی از قبیل قوانین نرم، قدرت نرم، خودتنظیمی، حاکمیت از طریق ترغیب، اتحادیه‌ها، شبکه‌ها و متدهای همکاری و سازگاری و همچنین نقش جدید شهروندان در دموکراسی اقلیت. رویکردهای ارتقای سلامت (مانند تبدیل گزینه‌های سالم‌تر به گزینه‌های آسان‌تر) به خاطر توجه فزاینده به سیاست‌های تشویقی مورد بازبینی قرار گرفته‌اند. به طور همزمان، قوانین چندسطحی سلسله‌طبقاتی که از سطوح بومی تا جهانی گسترش یافته‌اند (مانند کنوانسیون سازمان بهداشت جهانی در خصوص کنترل دخانیات و قوانین متعدد اتحادیه اروپا) رسمیت بیشتری می‌یابند و با قوانین موثر بر ابعاد گوناگون زندگی و رفتار مردم مشابهت بیشتری پیدا می‌کنند.

حاکمیت از طریق آژانس‌ها و مجموعه‌های کارشناسی مستقل

در یک جامعه اطلاعاتی، اطلاعات و شواهد جزو ضروریات‌اند. این مطالعه نشان می‌دهد که درست مثل سایر حوزه‌های دولتی، مجموعه‌های کارشناسی مستقل (مانند آژانس‌های فدرال، کمیسیون‌ها، قانونگذاران و حسابرسان) نیز نقشی کلیدی در ارائه شواهد، رصد و ترسیم مرزهای اخلاقی، گسترش فرهنگ پاسخگویی و تقویت روح دموکراسی در مدیریت سلامت دارند؛ به ویژه آنجا که

پای حریم خصوصی، ارزیابی خطرهای، کنترل کیفیت و ارزشیابی فناوری‌های نوین از منظر سلامت، به میان می‌آید. هر چه به جامعه اطلاعاتی نزدیک‌تر شویم و شتاب نوآوری‌های آن را بیشتر لمس کنیم، درک اهمیت عوامل پیش‌گفته برایمان آسان‌تر می‌شود. به هر حال، این تحقیق خاطرنشان می‌کند که معیارهای فعلی ما نیاز به بازنگری و اصلاح دارند و اگر می‌خواهیم دریابیم که چه تغییراتی دارد در متن زندگی مردم، به ویژه مردم کم‌برخوردار، رخ می‌دهد؛ هم باید اصلاح معیارهای کیفی را مدنظر قرار دهیم، هم معیارهای کمی.

حاکمیت از طریق سیاست‌های تطبیقی، ساختارهای انعطاف‌پذیر و آینده‌نگری

مسایل پیچیده امروزی، نه علت ساده‌ای دارند، نه راه‌حل آسانی. این مطالعه نشان می‌دهد که رویکرد دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه به سلامت، باید سازگارانه و انعطاف‌پذیر باشد و پیچیدگی و چندبعدی بودن مسایل را لحاظ کند. تصمیم‌گیری‌های غیرمتمرکز و شبکه‌های اجتماعی خودسازمان‌یافته نیز باید این توانایی را به همراهان و ذی‌نفعان خود ببخشند که در مقابل حوادث پیش‌بینی نشده، پاسخ‌هایی سریع و مبدعانه بدهند. مداخلات باید تکرارشونده باشد و زمینه را برای آموزش‌های مداوم فراهم کند تا طی قبض و بسط اطلاعات و تلفیق سازوکارهای موجود، مطالعه‌های تطبیقی و سیاست‌گذاری‌های سازگارانه‌ای را شکل دهد؛ به ویژه از آن جهت که مداخلات سیاستگذارانه در یک بخش می‌تواند تبعات ناخواسته‌ای در بخش [های] دیگر نیز داشته باشد. با توجه به ماهیت مزمن بعضی از مسایل، دولت آینده‌نگر به استفاده از روش‌های نوین آینده‌پژوهی نیاز دارد. دولت آینده‌نگر با بهره‌گیری از سازوکارهای آینده‌بینانه می‌تواند انعطاف‌پذیری اجتماعی را از طریق تغییر کانون توجه سیاست‌های خود (از خطرهای کوچک به چالش‌های بنیادین) و بررسی ابعاد اجتماعی سیاست‌ها با رویکردهای علمی افزایش دهد.

پیام‌های کلیدی: دولت هوشمند سلامت

- دولت هوشمند سلامت^(۱۷) در اروپا و مناطق دیگری از جهان تجربه شده و با شیوه‌های مدرن و مبدعانه به اجرا درآمده است.
- دولت هوشمند سلامت نشان می‌دهد که چگونه می‌توان با استراتژی‌های مشخص به مقابله با چالش‌های حوزه سلامت پرداخت؛ به کمک کدام ابزارهای سخت‌افزاری و نرم‌افزاری می‌توان با این چالش‌ها مواجه شد؛ از چه زوایایی می‌توان به مساله نگاه کرد و کدام سطوح اجتماعی و دولتی را باید درگیر حل مساله کرد؛ و در چه زمانی.
- بر اساس چندین مطالعه مروری در زمینه رویکردهای مدرن به دولت سلامت، پنج مدل پیشنهاد شده که باید در رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه تلفیق شود:
 - (۱) حاکمیت از طریق مشارکت،
 - (۲) حاکمیت از طریق شهروندان،
 - (۳) حاکمیت از طریق تلفیق قانونگذاری و ترغیب،
 - (۴) حاکمیت از طریق آژانس‌ها و مجموعه‌های کارشناسی مستقل،
 - (۵) حاکمیت از طریق سیاست‌های تطبیقی، ساختارهای انعطاف‌پذیر و آینده‌نگری.

نتیجه‌ها و پیشنهادی برای سلامت ۲۰۲۰

تعیین جایگاه سلامت

اولین و مهم‌ترین نکته، این است که هدف دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه باید تامین سلامت و رفاه مردم باشد. بنابراین نظام نوین سیاستگذاری اروپا برای سلامت و رفاه - سلامت ۲۰۲۰ - باید تمام سطوح جوامع و دولت‌ها را از پایین‌ترین تا بالاترین سطح (اعم از روسای دولت‌ها، اعضای پارلمان، تاجران، شهرداران و شهروندان اروپا) درگیر نماید. تدوین یک خط مشی مدرن و مبدعانه برای سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند این استراتژی را تحکیم و تقویت کند.

ساخت سیاست بر مبنای معیارهای جدید

برای اینکه رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه بتوانند جامه عمل بپوشند و به اجرا درآیند، ابتدا باید با پیچیدگی‌های سلامت و عوامل موثر بر آن به خوبی آشنا شد. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند فعالانه به کشورهای عضو کمک کند تا بر مبنای اطلاعات عینی و انتزاعی به تعریف معیارهای جدیدی برای سلامت و رفاه مبادرت ورزند و عدالت در سلامت و توسعه پایدار را به عنوان مبنای اطمینان‌بخش سیاست‌های خود در نظر بگیرند. این معیارها دربرگیرنده ابزارهای جدید پیش‌بینی برای دولت آینده‌نگر^(۱۸) هستند و شامل انواع جدید گزارش‌های بهداشت همگانی با معیارهای جدید نیز می‌شوند؛ یک تلاش ساختارمند و مداوم مورد نیاز است تا اطلاعات و شواهد لازم را گردآوری و تبیین کند که تاثیر و تاثیر سیاست‌ها و سلامت بر یکدیگر چگونه است.

فرآیندهای تثبیت‌شده برای رویکردهای دولت یکپارچه

دولت یکپارچه برای اینکه بتواند وضعیت سلامت و رفاه را تحت کنترل خود درآورد، به ساختارها و سازوکارهای تثبیت‌شده‌ای نیاز دارد تا از طریق آنها حل مسایل بین‌بخشی را تسهیل کند و مساله عدم توازن قدرت را حل و فصل نماید. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند رویکردهایی مشابه همین رویکردهایی که در این مطالعه پیشنهاد شده، اتخاذ کند تا بتواند ضمن نگاه به مسایل بین‌بخشی و محدودیت‌های موجود، مشکل تامین بودجه و نظارت بر پیشرفت پروژه در کشورهای مختلف را نیز حل کند. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند از وزارتخانه‌های بهداشت و سازمان‌های بهداشت همگانی برای رویارویی با مسایل پیچیده حمایت کند و برای این منظور، ترکیبی از سازوکارهای دولتی را مورد استفاده قرار دهد؛ از قانونگذاری گرفته تا تشویق و ترغیب از طریق مشوق‌های مختلف و انگیزه‌بخشی به بخش‌های دیگر برای همکاری با بخش سلامت. این اقدامات می‌تواند دربرگیرنده ظرفیت‌سازی از طریق ارائه آموزش‌های لازم در دولت هوشمند سلامت نیز باشد؛ آموزش‌هایی در حوزه بهداشت همگانی، در زمینه همکاری‌های بین‌بخشی و همین‌طور

مهارت‌آموزی‌هایی متناسب با مسایل پیچیده امروز.

مشارکت‌های نوآورانه برای رویکردهای جامعه یکپارچه

بسیاری از چالش‌های فعلی حوزه سلامت می‌توانند از طریق رویکردهای جامعه یکپارچه به شکل بهتری حل و فصل شوند. در این رویکردها جامعه مدنی و بخش خصوصی و رسانه‌ها نیز درگیر مساله و حل مساله می‌شوند. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند از وزارتخانه‌های بهداشت و سازمان‌های بهداشت همگانی حمایت کند تا با همکاری و همراهی مردم و سطوح مختلف دولت، دستیابی به راه‌حل‌های مشارکتی تسهیل شود. جامعه یکپارچه می‌تواند برنامه‌ها، شبکه‌ها و اقدامات جدیدی ترتیب دهد که به موجب آنها تمام سطوح دولتی و افراد جامعه در کشورهای اروپایی درگیر شوند و از این رهگذر سازوکارهای تشویقی جدیدی نیز کشف و ارائه شود. از طریق مشارکت مطلوب می‌توان به ابزارهای مناسبی برای ارزیابی پاسخگویی [برنامه‌ها] و تاثیر سلامت [بر جامعه] دست یافت. برنامه سازمان بهداشت جهانی در خصوص شهرهای دوستدار سلامت در اروپا می‌تواند نمونه آزمایشگاهی مناسبی برای این قبیل نوآوری‌ها باشد.

تعهد به «شهروند آگاه» و مشارکت شهروندی

بخش سلامت باید خود را به مشارکت حداکثری با دولت هوشمند سلامت، متعهد بداند. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند آغازگر دیالوگی با شهروندان اروپا در زمینه سلامت و رفاه از طریق اطلاعات جدید و فناوری‌های ارتباطی باشد. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند وزارتخانه‌های بهداشت را درگیر کند تا به یک استراتژی توسعه‌یافته و متناسب با جامعه مدنی دست یابند و اقدامات لازم را طراحی و سیستم‌های مورد نیاز را جذب کنند تا مسوولیت‌پذیری عمومی در حوزه سلامت در تمام بخش‌های دولت و جامعه تضمین شود. این امر مشتمل بر رویکردهای دولت دیجیتال و استراتژی همه‌جانبه برای تقویت ادبیات سلامت نیز می‌شود.

چشم‌انداز جهانی

دولت سلامت باید تمام سطوح دولت (از سطح بومی گرفته تا سطح جهانی) را منسجم کند. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند آغازگر تشکیل جلسات سیاست‌گذاران در سطوح مختلف باشد تا بتوانند ضمن استفاده از همکاری سطوح مختلف سازمان بهداشت جهانی، واکنش‌های مناسبی به چالش‌های به‌هم‌پیوسته نشان دهند. این امر مستلزم حمایت از فرآیندهای جدید دیپلماسی سلامت است تا همکاری بین بخش‌هایی از قبیل سیاست خارجه، بازرگانی، کشاورزی، توسعه و سلامت، ارتقا یابد.

یک دفتر امدادی، حمایتی و خلاق در منطقه

بخش سلامت می‌تواند با کمک به سیاست‌گذاری و هدفگذاری در حوزه‌های مختلف، حامی سایر بخش‌های دولت باشد. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند از تجربیات موفق و ناموفقی که طی استفاده از نوآوری‌های مختلف برای دستیابی به اهداف مشترک در منطقه اروپا (و مناطق دیگر) به دست آمده، بهره‌برداری کند. با برگزاری جلسات منظم با وزیران بهداشت، سران سازمان‌های بهداشت همگانی و نمایندگان سایر بخش‌ها می‌توان از این نوآوری‌ها به شکل مناسبی استفاده کرد. دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا می‌تواند بینان‌گذار مدل‌هایی برای همکاری درازمدت با سایر بخش‌ها باشد؛ نظیر همان‌هایی که پیش‌تر در حوزه محیط زیست و سلامت در منطقه اروپا به وقوع پیوسته و اقداماتی که در زمینه غذا و سلامت و رویکردهای شبکه‌ای انجام شده؛ مانند شبکه سلامت در اروپای جنوب شرقی و دانشکده‌های ارتقای سلامت.

تعهد مشترک به خلاقیت و پیشرفت در دولت

در نهایت، پیشنهاد می‌شود که در بافت سلامت ۲۰۲۰، کشورهای عضو و دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی:

- فرآیندی تعریف و تبیین شود که بتواند میزان پیشرفت دولت سلامت را،

در اروپا، ارزیابی و پایش کند.

- تاسیس یک بنیاد چندرشته‌ای برای مطالعه دولت سلامت، در اروپا، مدنظر قرار گیرد.

به عنوان بخشی از فرآیند ارزیابی و پایش، پیشنهاد می‌شود معیار پیشرفت در دولت سلامت، مبتنی بر رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه، شناسایی شده و پس از این مطالعه، پیگیری شود. گزارش دوسالانه وضعیت پیشرفت در دولت سلامت به کمیته منطقه‌ای ارائه شده است. این معیار می‌تواند مبتنی بر مرحله دوم این مطالعه باشد که تجربیات دولت خلاق سلامت را مرور می‌کند؛ همانگونه که در بخش دولت هوشمند نیز اشاره شده و خواهد شد.

تاسیس یک بنیاد چندرشته‌ای در دولت سلامت (مشابه نهادی که به تازگی و به همین منظور در آمریکای جنوبی تاسیس شده) می‌تواند منبع مناسبی برای کشورهای اروپایی عضو سازمان بهداشت جهانی باشد تا خود را به شیوه‌های مختلف با دولت هوشمند سلامت سازگار نمایند؛ چه از طریق توسعه رهبری و مباحثات سیاسی، چه از طریق آموزش و تحقیق و همراهی با نهادهای ملی.



دولت سلامت و رفاه در قرن بیست و یکم

پیشینه

نتایج این مطالعه، به طور مستقیم، برای آماده‌سازی سیاست جدید اروپا در حوزه سلامت، سلامت ۲۰۲۰، مورد استفاده قرار خواهد گرفت و با مرور عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و توزیع سلامت در اروپا بنیانی را برای دولت خواهد ساخت. این مطالعه بر این نکته متمرکز می‌شود که چگونه دولت سلامت و رفاه در حال تحول و تکامل است تا بتواند با چالش‌های جدید و شرایط موجود در قرن بیست و یکم مواجه شود. این همان عاملی است که مسیر دولت‌ها و جوامع را به سمتی تغییر می‌دهد که بتوانند بخش سلامت را مدیریت کنند و گام‌های موثری به سمت دولت سلامت، از طریق مشارکت، بردارند. مبنای کار، یک مطالعه مروری است که بین ماه‌های ژانویه و ژوئن سال ۲۰۱۱ انجام شده است.

به علاوه، هفت مطالعه توصیه‌شده از طرف کارشناسان صاحب‌نام (آندرسون^(۱۹)، در دست انتشار؛ فیدلر و زابو^(۲۰)، در دست انتشار؛ کامل بولوز^(۲۱)، در دست انتشار؛ مک‌کوبین^(۲۲)، در دست انتشار؛ اوزدمیر و ناپرز^(۲۳)، در دست انتشار؛ رایاند و جین لوپیس^(۲۴)، در دست انتشار؛ تامسون و همکاران^(۲۵)، در دست انتشار) به این مطالعه ضمیمه شده است. عدالت در سلامت و شیوه دستیابی به آن از طریق یک دولت مطلوب در مطالعه اروپایی حاضر در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و توزیع سلامت (که زیر نظر مایکل مارموت^(۲۶) از دانشگاه لندن انجام شده) بحث خواهد شد.

کانون توجه مطالعه

در قرنی که پیش رو داریم، کشورهای اروپایی موفقیت را چگونه معنا خواهند کرد؟ سلامت چه نقشی [در این موفقیت] ایفا خواهد کرد؟ شاخص‌های اقتصادی نظیر رشد تولید ناخالص ملی، امروزه [در این تعریف] ناکافی قلمداد می‌شوند. به عنوان مثال، توصیه‌های کمیسیون درباره ارزیابی عملکرد اقتصادی و پیشرفت اجتماعی (استیگلیتز^(۲۷) و همکاران، ۲۰۰۹) نشان می‌دهد که موفقیت جوامع باید بر مبنای توسعه سلامت و رفاه شهروندان و کیفیت زندگی آنها و همچنین استفاده پایدار از منابع، به ویژه با توجه به محیط زیست و اقتصاد، ارزیابی شود. در چنین چشم‌اندازی، سلامت نه تنها با بسیاری از حوزه‌های اجتماع و سیاست مرتبط می‌شود، بلکه یکی از عوامل معرف دولت مطلوب نیز خواهد بود. مردم باید برای چیزهای درستی ارزش و اعتبار قائل شوند. استعدادهای و قابلیت‌های مردم، منابع کلیدی یک جامعه اطلاعاتی است و سرمایه‌گذاری در سلامت و آموزش آنها ضرورت دارد. کشورها با سلامت مردمان خود سر و شکل می‌گیرند.

حاکمیت به این معناست که چگونه دولت‌ها و سایر سازمان‌های اجتماعی می‌توانند با هم تعامل کنند، چگونه آنها با شهروندان ارتباط برقرار می‌کنند و چگونه در این دنیای پیچیده تصمیم‌ها اتخاذ می‌شود (گراهام^(۲۸) و همکاران، ۲۰۰۳). بحثی که در این مطالعه درگرفته، این است که تغییرات اساسی که در قرن بیست و یکم در حوزه حکمرانی رخ داده، با سلامت در ارتباط است و این تغییرات برای دستیابی به منافع سلامت در دهه‌های پیش رو ضروری است. این تغییرات مشتمل بر سه سائق زمینه‌ای (وابستگی متقابل، پیچیدگی و همکاری) و سه اقدام در دولت جدید (توزیع، دموکراتیزه کردن و ارزش مشترک) هستند. پیش از این، در سال ۲۰۰۱، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^(۲۹) در گزارشی درباره دولت در قرن بیست و یکم اینگونه اظهار نظر کرده بود:

- گونه‌های قدیمی دولت (هم در بخش عمومی، هم در بخش خصوصی) به‌طور فزاینده‌ای در حال از دست دادن کارآمدی خود هستند.

- شکل جدید حاکمیت، طیف بسیار وسیع‌تری از بازیگران فعال را درگیر می‌نماید و به طور فزاینده‌ای وابسته به همکاری و مشارکت مردم است.
- شکل‌های جدیدی از رهبری در حال شکل‌گیری‌اند که از انحصارگرایی قدرت فاصله می‌گیرند و ساختارهای تصمیم‌گیری متمرکز و از بالا به پایین در آنها تضعیف می‌شود.

نقش کلیدی سلامت در جامعه، چیز جدیدی نیست و مقوله‌ای است که معمولاً در نقاط بحرانی تغییرات اجتماعی ظاهر می‌کند، مانند ظهور جامعه صنعتی در قرن نوزدهم و توسعه رفاه در اروپا بعد از جنگ جهانی دوم. در اروپا طی ۵۰ سال گذشته، سلامت نه تنها دولت - ملت جدیدی را شکل داده و نهادهای اجتماعی به وجود آورده، بلکه جنبش‌های اجتماعی را هم تقویت کرده و حقوق شهروندان را به آنها شناسانده و به مدرنیته و آرمان‌هایش خدمت کرده است. سلامت در دوران فردگرایی، نقشی مرکزی دارد (کیکبوش^(۳۰)، ۲۰۰۷). دسترسی به سلامت و مراقبت‌های سلامت برای بسیاری از مردم با پیشرفت و عدالت اجتماعی مترادف شده است.

در اینکه اروپا چه تعریفی از خودش به دست بدهد و چگونه خودش را با بقیه نقاط جهان قیاس کند، سلامت اکنون یک جزء تعیین‌کننده است. همانگونه که اروپا به فرآیند جهانی‌شدن و گذار از جامعه صنعتی به جامعه اطلاعاتی (کمیسیون اروپا^(۳۱)، ۲۰۱۰) واکنش نشان می‌دهد، برای توسعه بیشتر و تطبیق مدل اجتماعی آن با این زمینه جدید در دوران رکود اقتصادی و برای مقابله با چالش‌های قرن بیست و یکم، سلامت دوباره نقشی مهم و مثال‌زدنی بازی خواهد کرد.

دولت سلامت

سازمان‌های بهداشت و سلامت اروپا با چالش‌هایی پیچیده، فارغ از اینکه تامین بودجه‌شان از طریق مالیات یا بیمه باشد، مواجهند. این چالش‌ها عبارتند از:

- تامین بودجه برای بهداشت همگانی و خدمات مراقبت سلامت؛
- ایجاد دسترسی مناسب و معقول به خدمات مراقبت سلامت، با در نظر گرفتن هزینه‌های مالی؛
- تاکید بر اهمیت توانمندسازی شهروندان و بیماران؛
- استفاده اثربخش از منابع از طریق ابزارهایی مانند تکنولوژی ارزیابی سلامت، توافقنامه‌های خرید رقابتی، شیوه‌های نوآورانه ارائه خدمات و مطالعات هزینه - اثربخشی؛
- پایش و ارزیابی؛
- میانجی‌گری اطلاعات: همتراز کردن اهداف تحقیق و نیازهای سیاست‌گذاری؛
- ایجاد ارتباط درونی بین مراقبت‌های اولیه و تخصصی؛ و
- تربیت نیروی انسانی، از طریق تقویت نقش دانشگاه.

تحلیل اخیر نشان می‌دهد که هیچ سیستم سلامتی، بهترین نیست. در دهه آینده، ثبات اقتصادی برخی سیستم‌های بهداشتی در حد ورشکستگی در معرض تهدید است، در حالی که دیگران در تلاشند نیازهای متغیر جمعیت را شناسایی کنند و تعدادی کافی از متخصصان سلامت را جذب کنند و به کمک آنها دسترسی به بهترین، جدیدترین و اثربخش‌ترین درمان‌ها و فناوری‌ها را تامین نمایند. بسیاری از کشورهای اروپایی باید به طور چشمگیری بدهی ملی خود را کاهش دهند. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی نشان داده است که اگر رویکردهای جدید به اجرا نرسد، تا سال ۲۰۵۰، هزینه‌های بهداشت همگانی در تمام کشورهای عضو بین ۳/۵ تا ۶ درصد تولید ناخالص ملی افزایش می‌یابد. بنابراین اصلاح مدیریت و کارآمدی سیستم‌های سلامت، دغدغه تمام سطوح دولت، تمام بخش‌ها و شهروندان است. یک افزایش ۱۰ درصدی در بودجه مراقبت‌های سلامت، امید به زندگی از بدو تولد را فقط ۳ تا ۴ ماه افزایش می‌دهد (سازمان همکاری و توسعه اقتصادی). اما یک افزایش ۱۰ درصدی در بخش آموزش، چقدر بر سلامت تاثیر می‌گذارد؟ پیشرفت در سلامت فقط از این طریق اندازه‌گیری نمی‌شود.

با وجود موانع موجود، ایجاد اصلاحات در بخش سلامت هر کشوری را باید مسوولیت کلیدی وزارت بهداشت آن کشور دانست. بسیاری از اعضای سازمان بهداشت جهانی در اروپا، به ویژه در کشورهای کم‌درآمد، هنوز سیستم سلامت کارآمدی ندارند. بسیاری دیگر هنوز با سازوکارهای قدیمی دولت (مانند تضمین حمایت مالی برای استفاده‌کنندگان از خدمات) دست به گریبان‌اند. آنها به ابزارهایی اجرایی نیاز دارند تا به کشورشان کمک کنند که سیستم‌های بهداشتی خود را توسعه دهند تا از این رهگذر بتوانند خدمات اساسی (مانند غربالگری، واکسیناسیون و حفظ سلامت مادر و کودک) را تامین نمایند. کشورهای مرفه‌تر باید مراقب باشند و سیستم‌های بهداشت و سلامت خود را حفظ کنند؛ سیستم‌هایی که توسعه‌شان دهه‌ها طول کشیده و هرازگاه در معرض خطر و تهدید قرار می‌گیرد. این امر اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد و یکی از ابعاد کلیدی کار سازمان بهداشت جهانی نیز همین است که از اعضا در تبیین این چالش‌ها حمایت کند. مطالعه حاضر، این وظیفه وزارت بهداشت (که ما آن را دولت سلامت می‌خوانیم) را پوشش نمی‌دهد و نیز نمی‌تواند پوشش‌دهنده ارتباطش با بودجه دولت و افزایش تولید ناخالص ملی باشد. انگیزه این مطالعه، یک مطالعه مروری اخیر بوده که نشان می‌دهد تمام کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی می‌توانند اعتبار بیشتری از بودجه مراقبت‌های سلامت دریافت کنند و به طور متوسط ۲ سال به امید به زندگی شهروندان‌شان بیفزایند، البته اگر متعهد شوند که به بهترین نحو ممکن انجام وظیفه کنند. به هر حال، پیشرفت‌ها و صرفه‌جویی‌ها عمیقاً با پیشگیری از بیماری‌ها (که بخش سلامت نیز مانند سایر بخش‌ها در آن نقش دارد) ارتباط دارند. بنابراین ضرورت دارد که «تعریف اصلاحات در سلامت به نحوی تبیین شود که تاثیر ملی و بین‌المللی تمام سیاست‌ها (در تمام بخش‌های سلامت، اجتماع، اقتصاد و غیره) بر سلامت فرد و جامعه را نیز در برگیرد» (مرکز سیاستگذاری سلامت جورجیا، ۲۰۰۸). مع‌الوصف، هیچ کشوری به طور ساختارمند این کار را انجام نمی‌دهد.

دولت سلامت و رفاه

هدف این مطالعه، شناخت شیوه‌های جدید و نوآورانه دولتی است که در حال شکل‌گیری‌اند (ویلیکی^(۳۲)، ۲۰۰۷) تا از طریق مشارکت بخش سلامت و سایر بخش‌ها، با چالش‌های اساسی نظام سلامت در قرن بیست و یکم مواجه شوند. تمرکز ما بر رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه است و این نکته نیز در نظر گرفته می‌شود که نه تنها بخش‌های دیگر بر سلامت تاثیر می‌گذارند، بلکه سلامت نیز بر بخش‌های دیگر اثر می‌گذارد، و مهم‌تر از همه اینکه چگونه سلامت بر پیشرفت‌های اجتماعی اثر می‌گذارد، که ما از آن با عنوان دولت سلامت و رفاه یاد می‌کنیم. بیشتر چالش‌های حوزه سلامت، از سطح مراقبت‌های سلامت فراتر می‌روند و به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مربوط می‌شوند و گاهی نیز ریشه در عواملی دارند که به رفتارهای ناسالم می‌انجامند. چالش‌های حوزه سلامت، با فرآیند جهانی‌ای که منجر به شیوع بیماری‌ها، عدم امنیت غذایی و مقاومت آنتی‌بیوتیکی می‌شود نیز در ارتباطند. اکنون وزارتخانه‌های بهداشت به خوبی از این چالش‌ها آگاهند و در مناسبت‌های گوناگون، آن را اظهار می‌کنند و اخیرترین آنها مربوط می‌شود به میتینگ کمیسیون بهداشت سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در ماه اکتبر سال ۲۰۱۰ (سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، ۲۰۱۰).

بیماری‌های مزمن بزرگ‌ترین چالش حوزه سلامت هستند که ما با آنها مواجه هستیم و در مواجهه با آنها باید عوامل موثر بر جامعه و محیط زیست را نیز در نظر بگیریم تا بتوانیم رویکرد متعادلی اتخاذ کنیم که مسوولیت‌های فردی و اجتماعی را در یک ساختار سیاست‌گذارانه بین‌بخشی پوشش دهد. به هر حال، ما به طرز تفکر جدیدی درباره شیوه مواجهه با چالش‌های مربوط به افزایش آمار بیماری‌های مزمن، به ویژه چاقی مرضی، نیاز داریم و باید روی دپارتمان‌های دولتی و همکاری بین بخش‌های صنعت، آموزش، سیاست‌گذاری و ارتباط آنها با شهروندان کار کنیم تا همه را به اتخاذ سبک زندگی سالم متقاعد نماییم و رفتارهای ناسالم را، به ویژه در میان گروه‌های در معرض خطر، اصلاح کنیم. توانمندسازی کودکان و ترویج سبک زندگی سالم

در میان آنها به توجه ویژه‌ای نیاز دارد.

تعریف

در این مطالعه، دولت سلامت، به معنای اقدامات دولت یا سایر عوامل موثر برای حرکت دادن جوامع، کشورها یا مجموعه کشورها به سمت سلامت و رفاه است؛ هم از طریق رویکرد دولت یکپارچه، هم از طریق رویکرد جامعه یکپارچه. چنین دولتی، سلامت و رفاه را شاخصه‌ای کلیدی در تعریف یک جامعه موفق یا اقتصاد درخشان در قرن بیست و یکم در نظر می‌گیرد و سیاست‌ها و رویکردهایش را بر ارزش‌هایی مانند حقوق بشر و تساوی حقوق استوار می‌کند. دولت سلامت، همکاری بین بخش سلامت و سایر بخش‌ها (از بخش‌های خصوصی و دولتی گرفته تا شهروندان و منافع مشترک) را ترویج می‌کند. این امر مستلزم مجموعه‌ای از سیاستگذاری‌هاست که بتوانند هم‌افزایی داشته باشند؛ سیاست‌هایی که بسیاری از آنها به سایر بخش‌ها (جز بخش سلامت) و بخش‌های بیرون از دولت مربوط می‌شود و باید از طریق ساختارها و سازوکارهای مناسب حمایت شود تا زمینه را برای مشارکت فراهم نماید. چنین رویکردی مشروعیت را به وزارتخانه‌ها و وزرای بهداشت و آژانس‌های بهداشت همگانی می‌دهد تا به آنها کمک کند نقش‌های جدیدی در شکل دادن به سیاست‌های مروج سلامت و رفاه ایفا کنند.

نتایج

از منظر بهداشت همگانی، نخستین سوالی که باید از دولت‌های جدید پرسید، این است که آیا آنها ظرفیت ارائه [خدمات] دارند یا نه؟ آیا بازدهی سلامت آنها بهتر و بیشتر خواهد بود؟ تجربه کنونی نشان می‌دهد که مواجهه با مشکلات پیچیده مستلزم درگیر شدن بخش‌های متعدد است. بهداشت همگانی بدون رویکردهای مشارکت جویانه، قابل دستیابی نخواهد بود و محتاج یک دولت فعال است، اما علاوه بر همه اینها، مستلزم مشارکت شهروندان و طیف وسیعی از

سازمان‌های اجتماعی باانگیزه و متعهد هم هست. اگرچه اقدامات دولت یکپارچه برای سیاستگذاری در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ضرورت دارد، بسیاری از چالش‌های سلامت همچنین نیازمند رویکردهایی هستند که دربرگیرنده رویکرد جامعه یکپارچه باشد، چون سلامت در درجه نخست معطوف به این است که مردم چگونه در زندگی روزانه خود سالم باشند. این امر مرتبط با پرسش‌هایی از این قبیل است که چگونه جامعه را باید سازماندهی کرد تا سلامت جامعه تضمین شود؟ بنابراین، تامین سلامت دربرگیرنده مسایل بنیادینی درباره عدالت اجتماعی است. «به نظر می‌رسد که تفکر درباره عدالت، ناگزیر ما را مشغول تفکر درباره بهترین شیوه زندگی می‌کند.» (ساندل^(۳۳)، ۲۰۱۰). بنابراین می‌توانیم نتیجه بگیریم که به موازات جستجوی دولت‌ها برای یافتن بهترین شیوه برخورد با مسایل چالش‌برانگیز و پیچیده امروزی، آنها باید به اصول و ارزش‌ها و فرآیندهای مرتبط با دولت مطلوب نیز متعهد باشند. حل موفقیت‌آمیز مسایل پیچیده کنونی و حتی مدیریت آنها به شیوه‌ای مطلوب، مستلزم ارزیابی مجدد برخی شیوه‌های سنتی حل مساله، بازنگری در ساختارهای دولتی، بنیان‌های مهارتی و ظرفیت‌های سازمانی است. به‌عنوان گام نخست، مسایل اصلی باید به درستی شناسایی شوند. برخورد موفقیت‌آمیز با این مسایل مستلزم آن است که دولت‌ها و وزارتخانه‌هایشان به خوبی درک کنند که هیچ راه‌حل فوری فوتی یا ساده‌ای برای حل مسایل اساسی وجود ندارد.

سائق‌های زمینه‌ای

سه سائق زمینه‌ای که نقش کلیدی در تغییرات دارند و ارتباط عمیقی با توسعه دولت سلامت دارند، عبارتند از: وابستگی متقابل، پیچیدگی و همکاری. این سه عامل با گرایشات متعدد وسیع و بلندمدتی در ارتباطند که بر توسعه اجتماعی و سلامت تاثیر می‌گذارند (نای و کامرک^(۳۴)، ۲۰۰۲): جهانی شدن، بازاری شدن، قدرت و نفوذ فزاینده بخش تجارت و نقش تکنولوژی اطلاعات. مهم‌ترین گرایشی که غالباً نادیده گرفته می‌شود، افزایش تاثیر شهروندان به‌عنوان مشارکت‌کنندگان فعال در تمام سطوح دولتی است: «در فواصل

جغرافیایی وسیع و علی‌رغم موانع زمانی، شهروندان به طور هوشمندانه‌ای خود را سازماندهی می‌کنند و فعالیت‌های اجتماعی، تجاری و سیاسی خود را فراتر از مرزهای ساختاری دولت، مدیریت می‌کنند.» (کین^(۳۵)، ۲۰۰۳)

این گرایش‌ها و سائق‌ها اجزای گذار از جامعه سنتی به جامعه اطلاعاتی هستند؛ جامعه‌ای که در آن، سلامت نقش گسترده‌ای بازی می‌کند و با سه فرآیند مرتبط با یکدیگر توصیف می‌شود (ویلکی، ۲۰۰۷):

- زمینه‌ها و شرایط متغیر اطلاعات، مبتنی بر دانش تخصصی‌ای که به دنبال سال‌ها تمرین و تجربه حرفه‌ای و سازمان‌دهی شده به دست آمده است؛
- ظهور سازماندهی هوشمندی که در آن، ساختارها، روندها و سیستم‌های قانونی به شکلی ساخته شده‌اند که لایق دریافت صفت هوشمندند: ساختارهایی که هوشمندانه طراحی شده‌اند، روندهایی که ظرفیت فراگیری دارند و سیستم‌های قانونی‌ای که در موارد لازم، به قانون‌های موجود اجازه تغییر می‌دهند؛ و
- اقتصاد اطلاعاتی‌ای که با کار اطلاعاتی و سازمان‌های هوشمند تلفیق می‌شود و واقعا قانون است، نه استثنا.

سلامت در چنین جامعه‌ای به ارتباطات سیاسی و اقتصادی مبتنی بر نوآوری دست می‌یابد. دولت‌ها در حال بازکشف حدود ارتباطات سلامت و رفاه با رشد اقتصادی و خوشبختی هستند؛ نظری که قدرش در قرن نوزدهم شناخته شد. در قرن بیست و یکم، سلامت تنها یک متغیر مهم برای اقتصاد دولتی نیست، بلکه بخشی ضروری از اقتصاد جهانی و اقتصاد ملی را شکل می‌دهد و به تولید و اقتصاد در سایر بخش‌ها کمک می‌کند. در بسیاری از کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، بخش سلامت به شکل محدودی تعریف شده و به‌طور متوسط، نماینده ۱۰ درصد از تولید ناخالص ملی و ۱۰ درصد از نیروی کار است. در رکود اقتصادی اخیر، بودجه سلامت به ثبات اقتصادی در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی کمک کرد (سازمان

همکاری و توسعه اقتصادی، ۲۰۱۰).

به عنوان مثال، در آلمان، سلامت دومین صنعت بزرگ کشور محسوب می شود و از صنعت اتوموبیل بزرگ تر است و اهمیت اقتصادی اش در نوآوری و تولید باعث شد که دولت آلمان در درون وزارت اقتصاد و فناوری خود، بخش مستقلی برای صنعت مراقبت های سلامت تاسیس نماید؛ بخشی که وظیفه اش دستیابی به درکی بهتر از ابعاد اقتصادی فعالیت های مرتبط با سلامت در اقتصاد کلان است، مثلاً از طریق تشکیل حساب های سلامت که از نظر محتوایی و روش شناسی با آمارهای اقتصاد کلان کشور سازگاری دارند (آیزکوروب^(۳۶) و همکاران، ۲۰۰۸؛ اشنایدر و همکاران^(۳۷)، ۲۰۱۰) تا از این طریق بتوان به فعالیت هایی فراتر از بازار دست یافت، همانگونه که توسط کمیسیون ارزیابی عملکرد اقتصادی و پیشرفت اجتماعی پیشنهاد شده است (استیگلنر و همکاران، ۲۰۰۹).

در حساب های سلامت، سلامت به عنوان یک سرمایه انسانی در نظر گرفته می شود، درست مانند سایر کالاهای سرمایه ای که در طول زمان مستهلک می شوند و به سرمایه گذاری نیاز دارند. بنابراین معیارهایی مورد نیازند تا میزان موجودی سلامت و میزان استهلاک آن را در افراد بسنجند و اقداماتی مورد نیازند تا سرمایه گذاری مالی در این حوزه، برگشت مطلوبی داشته باشند. سپس می توان نرخی را نیز بر روی پیشرفت های سلامت گذاشت؛ نرخی که می توان از ترکیب بعضی شاخص ها به دست آورد؛ شاخص هایی از قبیل طول عمر کیفی یا تخمین هایی از ارزش زندگی افراد. این مفهوم، مقیاس حساب های موجود را به چیزی فراتر از فعالیت های بازار گسترش می دهد و ارزش زمانی را که اعضای خانوار در آن برای سلامت خود و دیگران سرمایه گذاری کرده اند نیز در بر می گیرد (آیزکوروب و همکاران، ۲۰۰۸).

طی دهه ها، به موازات مواجهه جامعه جهانی با مجموعه ای از چالش ها که تبعات فراوان داشته اند، خوش بینی (و گاهی اوقات، هوشیگری) ناشی از این پیشرفت ها تعدیل شده است. پیشرفت ها مستلزم تغییرات بنیادین در چشم انداز، ساختارهای دولتی، ظرفیت های سازمانی و مهارت ها هستند،

همانطور که در بخش آتی درباره سه سائق زمینه‌ای اشاره شده است: وابستگی متقابل، پیچیدگی و همکاری (تولید مشترک).

وابستگی متقابل جهانی: بافت دولت سلامت تغییر کرده است

وابستگی متقابل به موقعیت‌هایی اشاره دارد که ویژگی‌شان تأثیرات دوجانبه بین کشورها یا بین عوامل مختلف در کشورهای مختلف است. وابستگی متقابل در جایی وجود دارد که معاملات، آثار ارزشمند دوطرفه (و نه لزوماً متقارن) داشته باشد. اگر تعاملات، آثار چشمگیر و ارزشمند دوطرفه نداشته باشد، صرفاً یک همبستگی ساده وجود دارد. وابستگی متقابل به معنای بهره‌های دوطرفه نیست. روابط وابسته متقابل، همیشه هزینه‌بر و محدودکننده استقلال است و به هر حال، ممکن است این قیاس را مطرح کند که آیا منافع این رابطه از هزینه‌هایش بیشتر است یا نه. پاسخ بستگی دارد به ارزش‌های بازیگران و ماهیت رابطه آنها (کثوهان و نای^(۳۸)، ۱۹۸۹).

در دهه دوم قرن بیست و یکم، دولت‌ها در بافت کاملاً جدیدی انجام وظیفه می‌کنند که علاوه بر ویژگی‌های پیش‌گفته، پویا و پیچیده و دارای وابستگی متقابل هم هست، همانطور که مسایل و مشکلاتی که با آنها مواجهند نیز واجد این ویژگی‌هاست. سیستم فعلی دولت جهانی هیچ سازوکاری برای مقابله با شوک‌های نظام‌یافته یا مدیریت فرآیند جهانی شدن ندارد. چالش‌های جهانی بر همه مردم و در همه سطوح اقتصادی اجتماعی و همه طبقات جغرافیایی اثر می‌گذارد. به نظر می‌رسد که هر چالش، منحصر به فرد باشد اما امروزه این چالش‌ها به طور فزاینده‌ای درک شده‌اند و معلوم شده است که اغلب‌شان الگوهای زمینه‌ای یکسان و همبستگی آشکار دارند و به واکنش‌های مناسب جهانی با رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه نیاز دارند. گاهی سیستم پولی و مالی بین‌الملل دچار بحران می‌شود؛ نظیر بحران ناشی از سارس، اچ‌آی‌وی/ایدز، توفان‌ها، سونامی‌ها و زلزله‌هایی که در برخی کشورها شدیدتر از سایر کشورها رخ می‌دهد، اما عوارض آنها که غالباً نادیده گرفته می‌شود و پیش‌بینی نمی‌شود، از مرزهای سیاسی فراتر می‌رود و بخش‌های مختلف

دولت و تجارت و جامعه مدنی را درگیر می‌کند. به تازگی، خطرهای همراه با صدمه رآکتور هسته‌ای فوکوشیما در ژاپن، چشم‌اندازهای سیاست‌گذارانه را در سرتاسر جهان تغییر داده و عامل اصلی در مباحث مربوط به کنترل تولید انرژی هسته‌ای، تهدید سلامت انسان‌هاست.

دیگر هیچ دولتی به تنهایی قادر نخواهد بود از پس این قبیل مسایل برآید، اما مشکل در دستیابی به یک تعهد مشترک برای حل این قبیل مسایل پیچیده و چندبعدی (نظیر کنترل سیستم اقتصاد جهانی، تجارت عادلانه، دسترسی به دارو و مدیریت عاقلانه منابع انرژی) همچنان به قوت خود باقی است؛ اگرچه طیفی از سازوکارهای دولتی و جهانی برای حل این قبیل معضلات، تدوین شده است؛ به عنوان مثال، نابرابری‌های موجود در حوزه سلامت، در (و بین) برخی کشورها، علی‌رغم افزایش چشمگیر در کمک‌های خارجی (و جهانی) برای سلامت، افزایش یافته است؛ و این یکی از بی‌شمار تبعات ناخواسته برخی سیاست‌هاست. وابستگی متقابل، نگرانی‌ها را درباره امنیت، آمادگی، مقاومت و واکنش در بسیاری از سیاست‌ها و بخش‌های اجتماعی افزایش داده و به این تشخیص انجامیده است که تمام جامعه (و نه فقط بخش سلامت) باید آمادگی داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹).

بخش‌های دیگر دریافته‌اند که چقدر سلامت برای آنها مهم است؛ به عنوان مثال، تصویر ۱ نشان می‌دهد که چگونه نظام آماده‌سازی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹) توسعه می‌یابد تا تمام جامعه را برای مقابله با شیوع یک بیماری آماده کند؛ امری که وابستگی متقابل تمام بخش‌های جامعه را نشان می‌دهد. این نظام ۵ اصل کلیدی را پیشنهاد می‌دهد: رویکرد جامعه یکپارچه، آمادگی در تمام سطوح، توجه به وابستگی متقابل، یک واکنش از پیش‌نوشته‌شده و احترام به هنجارهای اخلاقی. دیاگرام تصویر ۱ این رویکرد را که با سه دایره در مرکز (دولت، جامعه مدنی و تجارت) نمایش داده شده، توضیح می‌دهد. هرم‌های درون هر دایره نشان‌دهنده سطوح موجود در هر بخش هستند (سطح ملی، سطح بومی و اجتماع) و ۹ دایره اطراف مدیریت بحران که برای آمادگی، پاسخ و بهبود ضرورت دارند، عبارتند از دفاع، قانون و نظم، تامین مالی، حمل و نقل، ارتباط از راه دور،

انرژی، غذا، آب و سلامت. به این ترتیب، رویکرد نظام آماده‌سازی نشان‌دهنده وابستگی متقابل تمام بخش‌های جامعه با یکدیگر است.

بسیاری از تحلیلگران بر این باورند که سیستم جهانی ناکارآمد است؛ هم در تعریف مسایل و مشکلات، هم در تعهد به پاسخ‌های مشارکتی؛ و این عدم تعادل چشمگیر بین قدرت و منابع باید در مقیاس جهانی مورد بررسی قرار گیرد (لبونات^(۳۹) و همکاران، ۲۰۰۴). همزمان، اقدامات مجموعه‌های جدید قدرت باید بهتر درک شود، از جمله عدم قطعیت درباره نقش اقتصادهایی که در حال شکل‌گیری‌اند و همزمان با قدرت‌گیری آنها، پاسخ‌هایشان به بسیاری از چالش‌های جهانی باید تعریف و سنجیده شود که آیا جهانی‌شدن و سیستم معقول جهانی، به یک واقعیت بدل می‌شود یا نه.

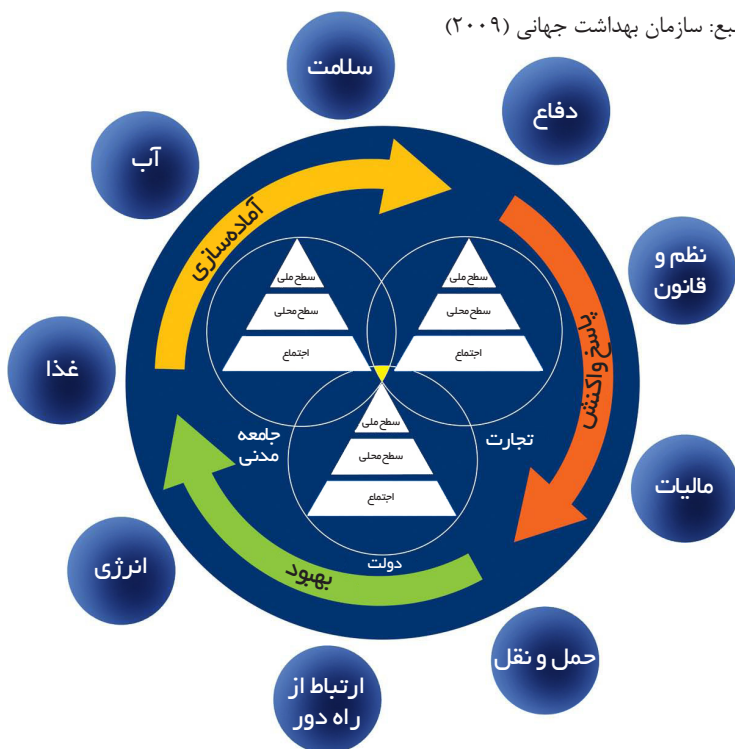
بسیاری از مسایل حوزه سلامت که دولت‌های امروز با آنها مواجهند، از مرزهای ملی فراتر می‌رود و به بخشی از شبکه پیچیده وابستگی متقابل مربوط می‌شود. امروزه جدایی بین سیاست‌های داخلی و خارجی محو شده است و مجموعه‌های ژئوپلیتیک به‌طور چشمگیری بر نقش و موقعیت بسیاری از کشورهای اروپایی در صحنه جهانی تاثیر می‌گذارند. بخش‌هایی از اروپا به‌طور قابل ملاحظه‌ای فقیر و مجبور می‌شوند به انتخاب‌های سختی در حوزه سلامت تن بدهند.

برای حل این قبیل مشکلات، وزارتخانه‌های بهداشت مجبورند در سطوح مختلف داخلی و خارجی فعالیت کنند؛ مخصوصاً در دوران رکود اقتصادی کنونی. در این شرایط بحرانی، واضح است که قدرت چانه‌زنی وزارت بهداشت در بسیاری از کشورها افت می‌کند. این مساله برای تغییرات ساختارمند پس از فروپاشی اتحادیه جماهیر شوروی به دقت تحلیل شده است (فیدلر و زابو، در دست انتشار).

سازمان ملل با اعضای جهانی‌اش در حال تغییر رویکرد به سمت مدل‌های جدید برای تسهیل و همکاری در سطح بین‌المللی است چرا که شیوه‌های سنتی همکاری بین دولت‌ها به چالش کشیده شده، جرح و تعدیل شده و بعضی اوقات با شیوه‌های جدیدی از سازمان‌ها، اتحادیه‌ها و شبکه‌ها جایگزین شده است (اور، ۲۰۱۱). سه مثال در این زمینه عبارتند از: کمیسیون جهانی امنیت غذا، گروه عالی‌رتبه مشاوران انرژی و تغییرات اقلیمی، صندوق جهانی پول برای مقابله با ایدز، سل و مالاریا.

تصویر ۱. نظام آماده‌سازی برای آماده شدن تمام جامعه برای مقابله با شیوع بیماری

منبع: سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹)



کمیسیون جهانی امنیت غذا، یک مجموعه فرادولتی است که توسط سازمان غذا و کشاورزی سازمان ملل در سال ۱۹۷۴ تأسیس شده و در سال ۲۰۰۹ سازماندهی مجدد پیدا کرده است تا گروه وسیع‌تری از ذی‌نفعان را در بر بگیرد و توانش را برای توسعه سیاست‌هایش به منظور کاهش ناامنی‌های غذا افزایش دهد. هدف از این کار، تبدیل کمیسیون به یک حزب فرادولتی فراگیر بوده که از طریق افزایش رویکرد مشارکتی بتواند امنیت غذا را تضمین کند.

دبیرکل سازمان ملل، گروه عالی‌رتبه مشاوران انرژی و تغییرات اقلیمی را نیز تأسیس کرده است. به گفته رئیس این گروه، کاندو یومکلا، مدیر کل سازمان توسعه اقتصادی سازمان ملل (سازمان ملل، ۲۰۱۰): «دولت‌ها به تنهایی قادر نیستند از پس چالش‌ها برآیند و ما به یک تعهد از تمام بخش‌های جامعه (از قبیل بخش خصوصی، جامعه مدنی، سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های غیردولتی) نیازمندیم.»

مع‌الوصف، بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی و خیلی از کشورها از آمادگی مطلوبی که برای فرآیندهای پیچیده دیپلماسی مورد نیاز است، برخوردار نیستند. امروزه وزارتخانه‌های بهداشت، به طور فزاینده‌ای خود را با وزارت امور خارجه درگیر می‌بینند و همین‌طور با وزارتخانه‌های مسوول توسعه اقتصادی و مجموعه‌های مالی بین‌المللی که به خاطر ارتباطات تازه‌شکل‌گرفته، سلامت را بخش مهمی از مجموعه خود می‌یابند (کیکبوش، ۲۰۱۱). اتحادیه اروپا سطح جدیدی از قدرت و پیچیدگی را در بسیاری از کشورهای اروپایی ایجاد کرده و خود کشورها نیز توسط برخی توافقنامه‌های بین‌المللی در حوزه سلامت، به‌هم‌پیوستگی پیدا کرده‌اند. [اما در دنیا] بسیاری از کشورها فاقد پیوستگی لازم در این زمینه هستند و بخش سلامت نیز فاقد قدرت کافی است. اینجا همان جایی است که سران دولت‌ها باید نقش‌آفرینی کنند.

در یک دنیای به‌هم‌پیوسته، آثار اقتصادی سلامت و امنیت سلامت بر سایر بخش‌ها و تمام جامعه هر روز بیشتر از دیروز آشکار می‌شود و رویکرد اجتماعی به سلامت را دگرگون می‌کند. همان‌طور که چالش‌های سلامت گاهی برای سرمایه‌گذاران تبعات منفی دارد، آنها نیز به‌طور فزاینده‌ای از دولت و نهادهای

مختلف پاسخگویی طلب می‌کنند و می‌خواهند سیستم سلامت کارآمدتری با امنیت بیشتر ایجاد شود. دغدغه‌ای که در این زمینه وجود دارد، این است که چگونه رشد بخش سلامت بر سایر بخش‌های دولت و رشد و تولید کلی کشور تاثیر می‌گذارد. این امر به ویژه در کشورهایی که هزینه‌های بخش سلامت رشد سریع‌تری از رشد اقتصادی کشور دارد، واجد اهمیت بیشتری است. تاثیر و ظرفیت بخش سلامت با شیوع بیماری‌هایی نظیر سارس و آنفلوآنزای پرندگان، شیوع آنفلوآنزای H1N1 در سال ۲۰۰۹ و اخیراً، شیوع عفونت ناشی از گونه‌ای مرغبار از اشریشیا کولی (اروپا، سال ۲۰۱۱) مرتبط است. هزینه اقتصادی شیوع سارس حدود ۷ تا ۲۱ میلیارد یورو تخمین زده شد. شیوع بومی طاعون در سورات هندوستان در سال ۱۹۹۴ حدود ۱/۴ میلیارد یورو هزینه در بر داشت. تخمین زده می‌شود که اپیدمی آنفلوآنزای پرندگان در چین و هنگ‌کنگ در سال ۱۹۹۷ صدها میلیون یورو هزینه (به خاطر نابودی تولیدات ماکیان، تجارت و توریسم) در پی داشته باشد. (رابرتسون^(۴۰)، ۲۰۰۳).

در اروپا، شیوع ای‌کولای در سال ۲۰۱۱ به شدت بر صنعت کشاورزی و خرده‌فروشی غذا تاثیر گذاشت. برخی کشورها واردات سبزیجات مشخصی را ممنوع کردند و مصرف‌کنندگان نیز از خرید محصولات خاصی سر باز زدند. این وقایع، منجر به افت فروش وحشتناکی شد که رقم پیشنهادی اتحادیه اروپا برای جبران ضرر کشاورزان اروپایی را به ۲۱۰ میلیون یورو رساند. با وجود اقدام اتحادیه اروپا برای جبران خسارت، شدت خسارت‌های اقتصادی در حدی بود که به تنش سیاسی بین برخی کشورها انجامید.

دولت‌ها، تجارت‌ها و شهروندان هنوز به طور مناسبی آماده پاسخگویی به چنین مشکلاتی در سطح دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه نیستند و شکل‌های جدیدی از سازمان‌ها و همکاری‌ها که اجازه اقدامات سریع‌تر و موثرتر بدهد، در سطوح ملی، اروپایی و جهانی هنوز مورد بحث است.

عدم قطعیت به عنوان یک عامل مهم در رابطه با شیوع‌ها باقی می‌ماند. بیشتر بخش‌های دیگر از بخش سلامت انتظار دارند اثر این قبیل مشکلات را در حوزه مسوولیت آنها به حداقل برساند. همزمان، جامعه نیز امنیت

سطح بالایی را از بخش سلامت طلب می‌کند. این یکی از دلایل تاسیس مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های اروپا در سال ۲۰۰۵ بود؛ مرکزی که اتحادیه اروپا برای تقویت قدرت دفاعی اروپا در مقابل بیماری‌های عفونی، به ویژه در مشارکت با مجموعه‌های حمایتی سلامت در سطح ملی، تاسیس کرد.

شوکه‌ها و شیوع‌های این‌چنینی، مقاومت جامعه را محک می‌زنند. مسایلی که در طول قرن باعث جنبش‌های زیادی شده ولی همچنان با رویکردهای سنتی با آنها برخورد می‌شود نیز مقاومت جامعه را محک می‌زنند. شهری شدن سریع، گذارهای اپیدمیولوژیک، جابجایی‌های جمعیتی، تغییرات اقلیمی، رقابت بر سر منابع طبیعی کمیاب، افزایش محرومیت‌های اقتصادی و معرفی فناوری‌های جدید (از رسانه‌های اجتماعی تا بیولوژی سنتتیک) دارند به طور عمیقی بر سلامت و رفاه جوامع تاثیر می‌گذارند. این مسایل، مسایل به‌هم‌پیوسته و هولناکی هستند که هنوز به درستی درک نشده‌اند و هیچ راهی نیز برای اندازه‌گیری دقیق آثارشان بر اقتصاد و اجتماع وجود ندارد. کشورها در تلاشند تا این مشکلات را شناسایی کنند و آسیب‌پذیری ناشی از آنها را کاهش دهند اما دو عامل دست و پای کشورها را می‌بندد. اولین عامل، این است که تلاش‌های مشارکتی بین‌بخشی و بین‌المللی در برخی کشورها توسط برخی عوامل (از قبیل پیوستگی، سیاست‌ها، منافع مشترک، توزیع نامتعادل منابع و تضاد سیستم‌های ارزشی و اعتقادی) تحت فشار قرار می‌گیرد. دومین عامل، این است که با وجود منافع قوی بخش خصوصی (که به خوبی در سطح جهانی سازمان‌دهی شده است)، دست زدن به تغییرات، آسان نخواهد بود. در اروپا، تلاش برای ایجاد سازگاری و همکاری، پیچیدگی دیگری نیز دارد که دلیلش قدرت اتحادیه اروپا و عدم توازن بین قدرت‌ها و منابع کشورهاست.

پیچیدگی: فهم سلامت تغییر و گسترش یافته است

فیوژن^(۴۱) در سال ۲۰۰۹ گفت:

«نظریه پیچیدگی، توصیف بسیار واقع‌گرایانه‌تری از جریان حوادث و تاثیر و تاثر آنها به دست می‌دهد. نظریه مذکور، این حس را به مطالعه

امور انسانی می‌بخشد که همه چیز با همه چیز در ارتباط است، اگرچه ممکن است این نظر با اصول نهادینه سازگار نباشد یا برای سازمان‌های مبتنی بر کوتاه‌نظری بوروکراتیک، ناخوشایند باشد. این نظریه به ما هشدار می‌دهد که به ادعاهای ایدئولوگ‌ها و تبلیغاتچی‌ها مبنی بر اینکه برای مسایل اساسی، راه‌حل‌هایی همیشگی و منحصر به فرد وجود دارد، اعتنا نکنیم. این نظریه به ما می‌آموزد که مساله‌ها، سیاست‌ها و تبعات سیاست‌ها را به عنوان بخشی از یک تعامل لاینقطع مرور کنیم. این نظریه، ما را به آمادگی دایمی برای استفاده از شیوه‌های متغیر دعوت می‌کند و به ما کمک می‌کند تا بفهمیم چگونه قانون نتایج ناخواسته، حتی پس از ویرانی سیاست‌های مبتنی بر مفهوم‌های واحد و طرح‌های خشک، دست‌نخورده باقی می‌ماند.»

رویکرد دیگر به دولت، به تغییر در چشم‌انداز بررسی مسایل دلالت دارد. سلامت، طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، «وضعیتی است که در آن، سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی وجود دارد و صرفاً به معنای فقدان بیماری یا ناتوانی نیست» (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۶) و این تعریف فراتر از بحث بیماری‌هاست. امروزه، این تعریف با درکی که از سلامت پیدا کرده‌ایم (هم به عنوان نتیجه طیف وسیعی از توسعه‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی و هم به عنوان یک دارایی وابسته به توانایی‌ها و مهارت‌های افراد و اجتماعات و جوامع) تقویت شده است. جامعه اطلاعاتی، توسعه دموکراتیک، ماهیت مسایل حوزه سلامت و نوآوری‌های تکنولوژیک، همگی، ما را به پذیرش پیچیدگی به عنوان یک شاخصه کلیدی مسایل سلامت در قرن بیست و یکم دعوت می‌کنند. در حوزه سلامت، این نظر به شیوه‌های متعددی تبیین شده است؛ به عنوان مثال، با اشاره به استفاده وسیع از دخانیات یا چاقی مفرط به عنوان اپیدمی‌های اجتماعی، بیماری‌های مسری یا پاندمی‌های ناشی از عوامل متعددی که به پخش آنها کمک می‌کنند. در بحث پیچیدگی، استراتژی‌های لازم برای کنترل چنین اپیدمی‌هایی باید در سطوح متعددی کار کند تا

آثارش از حوزه سلامت فراتر رود. این اپیدمی‌ها آثار اقتصادی، اجتماعی و سیاسی دارند و نتایج ناخواسته‌ای به دنبال دارند که بسیاری از تحلیلگران بخش سلامت، آنها را نادیده می‌گیرند (اسلاما^(۴۲)، ۲۰۰۵). سیستم‌های تطبیقی پیچیده این‌گونه‌اند (گلوبرمن^(۴۳) و همکاران، ۲۰۰۳):

«متشکل از افراد متعدد و عناصر خودسازماندهی که قادر به پاسخگویی به دیگران و محیط هستند. کلیت این سیستم می‌تواند به عنوان شبکه‌ای از روابط و تعاملات در نظر گرفته شود؛ شبکه‌ای که در آن، کل، چیزی بسیار بیشتر و فراتر از حاصل جمع اجزاست. تغییر در هر بخش چنین سیستمی، حتی در یک عنصر منفرد آن، واکنش‌ها و تغییرهایی در عناصر و محیط در پی دارد. بنابراین، آثار هر مداخله‌ای در سیستم دقیقاً قابل پیش‌بینی نیست، چرا که سیستم همیشه در حال پاسخ‌دهی و تطبیق با تغییرات و اقدامات افراد است.»

مولفان متعددی پیشنهاد کرده‌اند که سلامت به عنوان یک سیستم تطبیقی پیچیده، درک شود؛ سیستمی که منتج از تعاملات متعدد و فرآیندهای پویایی است که خود از سیستم‌های پیچیده دیگری منشا می‌گیرند. بنابراین درک بسیاری از مسایل جدید حوزه سلامت و ماهیت پیچیده بیماری‌های مزمن، مستلزم چشم‌اندازی است که در آن، وابستگی متقابل تمام ذی‌نفعان و ابعاد و ماهیت اجتماعی خطر و انگیزه‌های افراد دیده شود. همانطور که در بسیاری از مستندات سیاست‌گذاری سلامت نیز خاطرنشان شده؛ تغییرات، هم در سطوح سیاست‌گذاری مورد نیازند، هم در سطوح سازمانی و اجتماعی و فردی. مع‌الوصف، با وجود این آگاهی و علی‌رغم شواهد موجود، بسیاری از دولت‌ها هنوز از رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه استفاده نمی‌کنند.

از منظر سیستم، سه رویکرد مطرح می‌شود: (۱) تولید و حفظ سلامت توسط سیستمی از تعاملات تطبیقی و پیچیده بین افراد و محیطشان در کنار عوامل فیزیولوژیک، روانی، رفتاری، اجتماعی، جمعیت‌شناختی و وضعیت

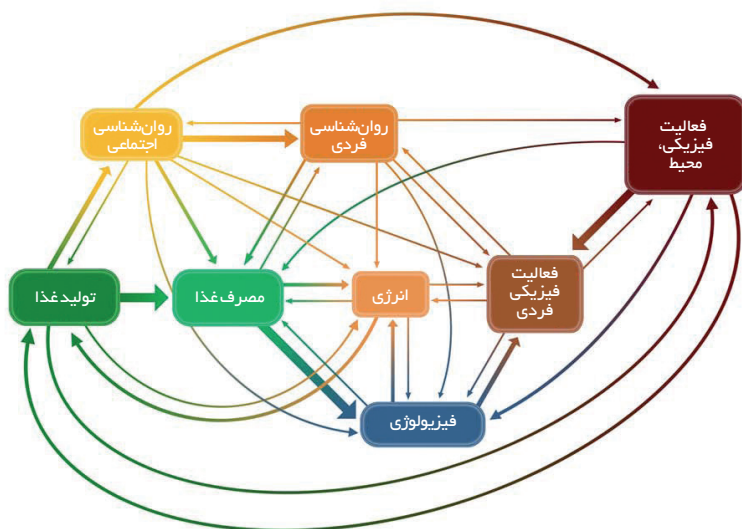
اقتصادی اجتماعی (گلوبرم و همکاران، ۲۰۰۳). (۲) ایجاد فرآیندهای موثر بر سیستم‌های دیگر از طریق توسعه سلامت. (۳) و همچنین سلامت می‌تواند به عنوان یک دارایی در سیستم تطبیقی پیچیده معنا شود، نظیر آنچه در سیستم امنیت غذا می‌بینیم.

مقابله با خطرهای بنیادین مستلزم استفاده از رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه است، چرا که این خطرهای سیستم یکپارچه‌ای تأثیر می‌گذارند که تمام جامعه (سلامت، حمل و نقل، محیط زیست، کشاورزی و ارتباطات) را در بر می‌گیرد. بنابراین کشف این خطرهای دستور جلسه‌های متعارف و نتایج منطقی مرسوم فراتر می‌رود و به وابستگی متقابل و کشف ارتباطات بین خطرهای می‌رسد (کلینک و رن^(۴۴)، ۲۰۰۶).

گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت^(۴۵) در سال ۲۰۰۸ نیز نشان می‌دهد که سلامت، به خودی خود، یک دارایی موثر بر سیستم‌های پیچیده دیگر است؛ از کار و استخدام گرفته تا حمل و نقل و مسکن. این امر به مراحل اجتماعی صنعتی شدن، شهری شدن و جهانی شدن مربوط می‌شود، و از همه مهم‌تر، مرتبط است با قرار گرفتن در معرض خطرهای متفاوت و نیاز به کسب مهارت‌های تطبیقی از طریق توزیع اطلاعات، قدرت، پول و منابع در جامعه. این علت‌العلل به رویکرد تازه‌ای برای ارزیابی نیاز دارد و محتاج چشم‌انداز تازه‌ای برای سیاست‌گذاری عادلانه است. برخلاف رویکردهای سنتی به اپیدمیولوژی که تشخیص عوامل خطر ساز را هدف می‌گرفتند، رویکردهای مبتنی بر پیچیدگی، محیطی وسیع‌تر را می‌بینند که خطرهای بنیادین سلامت از آن سر بر می‌آورند. شیب اجتماعی یکی از واضح‌ترین نمونه‌های این خطرهای است. این امر همچنین به آن معناست که بخش‌های دیگر (جز سلامت) نیز می‌توانند، حتی بدون دخالت بخش سلامت، به آثار مثبت در حوزه سلامت دست یابند. این موضوع، به ویژه، از منظر معیارهای مالی و سیاست‌های توزیعی، صحیح است. به عنوان مثال، کشورهایی که نابرابری‌های اجتماعی در آنها کمتر است، نابرابری‌های حوزه سلامت هم در آنها کمتر دیده می‌شود و کلاً وضعیت سلامت بهتری دارند.

ارتباط بین غذا، امنیت غذا، توسعه پایدار و خطرهای بنیادین سلامت مانند چاقی مفرط و دیابت، ضرورت نیاز به چشم‌انداز وسیع‌تر را تبیین می‌کنند (کیکبوسک، ۲۰۱۰؛ اداره منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا، ۲۰۰۷). به عنوان مثال، مهم‌ترین عوامل خطر ساز دیابت نوع دو عبارتند از چاقی، کم‌تحركی، رژیم کم‌فیبر و پر کالری و استعمال دخانیات که این عوامل با عوامل دیگری مانند سن، ژنتیک و شیوه تغذیه در دوران کودکی تعامل دارند (تصویر ۲).

تصویر ۲. نقشه ساده‌ای برای آینده‌نگری درباره چاقی (استفاده از سناریونویسی به عنوان ابزاری برای سیاستگذاری استراتژیک)



منبع: فاینگود^(۴۶) و همکاران، ۲۰۱۰

خطرهای توسط عوامل ساختاری تعیین می‌شوند؛ از جمله، حدود طبقه‌بندی‌های اجتماعی، صنعتی‌شدن، شهری‌شدن و جهانی‌شدن که بر میزان دسترسی افراد به سلامت تاثیر می‌گذارند و مثلاً می‌توانند افراد را در معرض محیط‌هایی قرار دهند که آنها را چاق یا به مصرف دخانیات ترغیب کند. این موضوع به هنجارهای اجتماعی، فرهنگ غذای بومی و زیرساخت‌های شهری بستگی دارد. بنابراین، بخش سلامت (و حتی بخش‌های دیگر) به سختی می‌توانند مداخلات لازم برای تبیین خطرهای بنیادین و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را صورت دهند.

اگرچه معمولاً این‌طور عنوان می‌شود که تولید غذا از میزان تقاضای غذا در بازار تبعیت می‌کند اما دلایل خوبی برای این طرز فکر وجود دارد که تولید غذا صرفاً از این الگو تبعیت نمی‌کند و عوامل متعدد دیگری بر آن تاثیر می‌گذارند. شیوه‌های تولید غذا نه تنها امنیت محصولات غذایی را تعیین می‌کنند، بلکه بر ارزش‌های تغذیه‌ای و رژیمی نیز اثرگذارند. شیوه‌های تولید غذا و عوامل موثر بر آن، بخشی ضروری از الگوهای سلامت وابسته به غذا هستند. مسایل زیست‌محیطی، به ویژه نیاز به شیوه‌هایی از کشاورزی که در طولانی‌مدت پایدار باشد، بر تولید غذا اثر می‌گذارند. بین تولید غذا برای سلامت انسان و تولید غذا برای حفظ محیط زیست، همبستگی وجود دارد. سیاست‌های تغذیه و محیط زیست، می‌توانند به طور موازی پیش روند، همانطور که در طرح عملیاتی سازمان بهداشت جهانی (در اروپا) برای سیاست غذا و تغذیه در سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۷ چنین شد (اداره منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا ۲۰۰۷). تولید غذا بر سلامت انسان تاثیر می‌گذارد؛ نه تنها از طریق مصرف غذا، بلکه همچنین از طریق طبیعت و توسعه پایدار اقتصاد روستایی که بر کار و استخدام در روستا اثر می‌گذارد و در همبستگی اجتماعی و تسهیلات اوقات فراغت نیز نقش دارد. این امر، در عوض، سلامت جسمی و روانی مطلوب‌تری را به دنبال دارد.

بیشتر مداخلات، به جای اینکه خاص و کلینیکی باشند، عام و ساختاری‌اند و به سیاست‌گذاری بستگی دارند (وایتینگ^(۴۷) و همکاران، ۲۰۱۰)، به ویژه

در رابطه با توزیع درآمد، مصرف و ثروت. تحلیل سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (اسلاما، ۲۰۰۵) این است که اثربخشی رویکردهای چندجانبه، دوبار اثربخش‌ترین مداخله مستقل است. همانطور که تجربه ۳۰ ساله کنترل دخانیات نشان می‌دهد، احتمال پایداری رویکردهای بنیادین، بیشتر است. این رویکردها در موارد جبر سازمانی و ضدیت قوی بخش‌هایی با ارزش‌ها و منافع رقیب و منابع مالی وسیع، هر از گاه به مرحله اجرا رسیده‌اند. رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه مستلزم دریچه‌ای از فرصت‌ها هستند (کینگدان^(۴۸)، ۱۹۹۵): مجموعه بی‌نظیری که بتواند گذارهای فرهنگی، اراده و سیاسی و قابلیت اجرا را گرد هم آورد.

همکاری: نقش جدید شهروندان و جامعه مدنی

تولید مشترک سلامت

در قرن بیستم، رویکرد شهروندان به سلامت و دولت تغییر کرد، همانطور که رویکردشان به افراد و جامعه مدنی و سازمان‌ها نیز عوض شد. بسیاری از چالش‌های فعلی سلامت نیازمند یک تغییر رفتاری و ساختاری منحصربه‌فرد هستند و به اقدامات سیاسی نیز نیاز دارند. انتخاب‌های شهروندان هم می‌تواند به موفقیت‌های سلامت کمک می‌کند، هم به شکست‌هایش. اما آنها در محیط‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی محصور شده‌اند. استفاده از عبارت چاق‌کننده برای محیط‌هایی که تغذیه ناسالم را ترویج می‌کنند یا از ترویج فعالیت فیزیکی خودداری می‌کنند، گویای تغییراتی است که مردم باید در زندگی‌شان صورت دهند؛ به ویژه در سطح بومی. این درک از چاقی و شیوه برخورد با آن نیز محصول تجربه ۳۰ ساله کنترل دخانیات است.

فعالیت در حوزه سلامت معمولاً محوری برای ایجاد تغییرات در شیوه مدیریت سلامت و بیماری توسط جامعه بوده است؛ از اقدامات بومی برای شناساندن عوامل خطر ساز سلامت گرفته تا اقدامات جهانی برای مقابله با اچ‌آی‌وی/ایدز، دسترسی به دارو و کنترل دخانیات. دولت سلامت، بدون اقدامات جامعه

مدنی در تمام سطوح، قابل درک نخواهد بود: «یک فضای وسیع، به هم پیوسته و چندلایه غیردولتی» (کین، ۲۰۰۳). این شکل از دموکراتیزاسیون سلامت مرتبط است با شاخصه‌های مشارکتی جدید دموکراسی نوین که دربرگیرنده «نشانه‌هایی قوی از پلورالیسم و استعداد تنش‌های درونی قوی» (کین، ۲۰۰۳) است.

ظهور جامعه مدنی در دهه‌های پایانی قرن بیستم به وقوع پیوست اما در قرن بیست و یکم، شاهد پدیده جدیدی هستیم؛ اینکه شهروندان مسلط به فناوری‌های نوین و شیوه‌های ارتباطی جدید، به‌طور فزاینده‌ای مسئولیت سلامت خود را به عهده می‌گیرند و درخواست‌های بیشتری از دولت‌هایشان و متخصصان سلامت و صنعت دارند. شهروندان دنیای امروز، فعالانی هستند که در دو بعد فعالیت می‌کنند. آنها در حوزه تولید مشترک سلامت (همکاری برای سلامت) از طریق درگیر شدن در دو رویکرد همزمان و متعامل فعالیت می‌کنند: توزیع [قدرت] دولت برای سلامت (که آگاهی لازم برای همراه شدن با رویکرد دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه را در اختیار می‌گذارد) و توزیع سلامت و مراقبت (که به روابط مشارکتی بخش سلامت با افراد، در حد ظرفیتشان، به عنوان شهروند، بیمار، مراقب بیمار، مصرف‌کننده یا متخصص سلامت مربوط می‌شود). این همکاری در زمینه سلامت از طریق تکثیر فناوری‌های نوین و دسترسی به اطلاعات مقدور شده است؛ اطلاعاتی که دارد جامعه اروپایی را از جامعه صنعتی به جامعه اطلاعاتی تغییر می‌دهد و ساختارها و شیوه‌های عملکرد سازمان‌های سلامت و بنگاه‌های مربوط به آن را بازتعریف می‌کند. سلامت به‌طور فزاینده‌ای به بخشی از یک صنعت اطلاعاتی تبدیل شده و مبتنی بر اطلاعاتی است که به استفاده‌کنندگان هوشمند و سازمان‌های آموزشی موثر نیاز دارد تا بتواند به نتیجه‌های مطلوب دست یابد. بنابراین ادبیات سلامت یک عامل حیاتی در دولت سلامت و سلامت دولت خواهد بود.

تولید مشترک اطلاعات

تولید مشترک سلامت مستلزم تولید مشترک آگاهی است. اگر دولت سلامت می‌خواهد کارآمد باشد، باید مشارکت‌پذیر باشد و از نظر متخصصان فراتر رود. تجربه مردم و درک مردم به شیوه‌های جدیدی باید وارد بازی شود. یک جامعه اطلاعاتی به یک دولت آینده‌نگر احتیاج دارد. این یعنی (کلوپروگ و واندر اسلویس^(۴۹)، ۲۰۰۶):

«بر توزیع [قدرت] دولت تاکید می‌کند و همچنین بر تولید مشترک اطلاعات از طریق علم و جامعه و ذات جدانشدنی حقایق و ارزش‌ها اصرار دارد و برای دستیابی به نوآوری در دولت باید به این موارد تصریح شود. فراتر از روش‌های سنتی، دولت آینده‌نگر (با تجهیز جامعه توسعه‌یافته متشکل از فرهنگ‌های مختلف، از طریق اطلاعات بومی و شیوه‌های شناختی که ساختار علم و تکنولوژی را قدرتمندتر می‌سازند) به عدم قطعیت نیز پاسخ می‌دهد.»

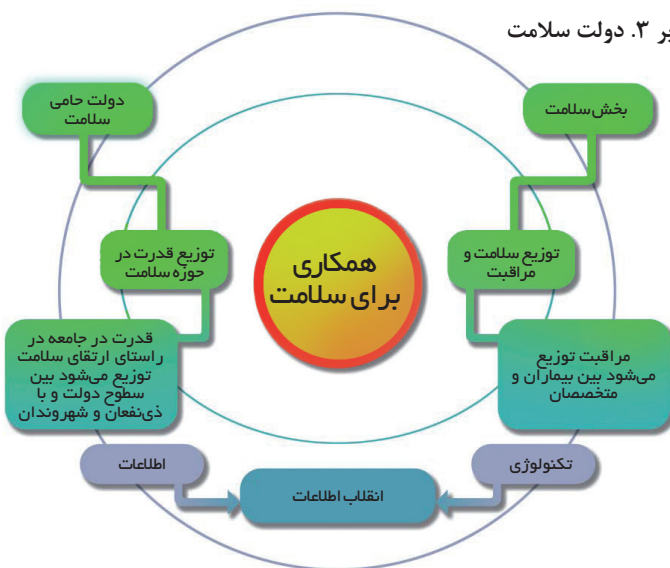
دیدگاه‌های گوناگون، از تخصصی تا عامیانه، باید در نظر گرفته شود تا احتمال تاثیر پیشداوری‌ها در تبیین مسایل به حداقل برسد. «این رویکرد وسیع‌تر اجازه می‌دهد سیستم‌های قدرت و ارزش‌گذاری به درستی ارزیابی شوند تا چشم‌اندازهای اجتماعی و فنی آینده را شکل دهند.» (کلوپروگ و واندر اسلویس، ۲۰۰۶؛ اوزدمیر و ناپرز، در دست انتشار).

تغییرات مبتنی بر همکاری در حوزه سلامت و اطلاعات، در تمام بخش‌ها و عرصه‌های زندگی، در حال وقوع است (تصویر ۳)؛ در تقاضا برای غذای سالم‌تر، تکنولوژی‌های سبزتر و خیابان‌های پاکیزه‌تر و شیوه‌های مشارکتی‌تر برای مراقبت‌های سلامت.

به مردم باید قدرت داده شود تا دست به کار شوند. توزیع قدرت دولت برای ارتقای سلامت، نقطه کانونی این مطالعه است که می‌تواند هم سائقی برای تغییر باشد، هم پاسخی به زمینه‌های سیاسی متغیر در قرن بیست و

یکم که «به افراد، تولیدکنندگان و نهادهای بینش می‌دهد تا با همدیگر برای ساخت یک سیستم اجتماعی و محیطی توانمند که همه در آن به سلامتی دست یابند، همکاری کنند.» (راجر^(۵۰)، ۲۰۱۰). چالش دولت‌ها، ظرفیت‌سازی برای همکاری موثر برای تولید ارزش‌های عمومی در شبکه‌ای پیچیده و به هم پیوسته از سازمان‌ها و نهادهای اطراف بخش‌های دولتی و خصوصی و غیرانتفاعی است (مجمع اقتصاد جهانی^(۵۱)، ۲۰۱۱) و ارزیابی ارزش تولیدشده در روش‌های جدید نیز باید صورت گیرد تا معلوم شود که آیا جوامع در حال پیشرفت به سمت سلامت و رفاه هستند یا نه. به گفته راجر (۲۰۱۰): «توزیع قدرت دولت در حوزه سلامت»^(۵۲) دربرگیرنده اصولی واقع‌بینانه درباره فرآیندهای توزیع است، و نیز معیارهای دقیق ارزیابی کارآمدی، تغییر در دیدگاه‌ها و هنجارها و ذهن‌های باز برای حل مسایل... این فرآیند دربرگیرنده نقش‌ها و مسوولیت‌های تمام احزاب، افراد، تولیدکنندگان و نهادهاست.»

تصویر ۳. دولت سلامت



سه اقدام کلیدی دولت

بر مبنای بیانیه کمیسیون حکومت جهانی (۱۹۹۵)، حاکمیت حاصل جمع روش‌های متعددی است که به واسطه آن:

«افراد و نهادهای خصوصی و دولتی، فعالیت‌های خود را سروسامان می‌دهند. روندی است مداوم که به موجب آن، منافع متضاد یا متناقض ممکن است با هم سازگار شوند تا رفتاری تعاملی شکل بگیرد. دربرگیرنده نهادهایی رسمی است که قدرت یافته‌اند تا این تعامل را به اجرا درآورند، و همین‌طور مشتمل است بر توافقی‌هایی غیررسمی که مردم و نهادها درباره‌شان اجماع داشته‌اند یا از طریق آنها به منافع مشترکی رسیده‌اند.»

همان‌طور که در بالا اشاره شد، حکومت‌ها باید در دنیای امروز به گونه‌ای متفاوت عمل کنند. آنها وسیله‌ای هستند که قدرت دولت به واسطه آنها اعمال می‌شود و به موازات پخش قدرت در سطوح مختلف جامعه مدرن، نقش دولت باید جرح و تعدیل شود. در بیشتر کشورهای واقع در بخش اروپایی سازمان بهداشت جهانی، حکومت و دولت وقت کاملاً از یکدیگر مجزا هستند و قدرت به طور قانونی بین پارلمان، دولت ملی و سایر سطوح دولتی و حکومتی توزیع شده است. پیروی دولت از اصول حکمرانی مطلوب و تمایل و قابلیتش برای بهره‌برداری از رویکردهای تازه‌تر به میزان قدرت نهادهای دموکراتیک بستگی دارد. احزاب سیاسی گوناگون بازتاب‌دهنده نقش دولت،

خارج از حوزه‌های تصدی دولت، هستند. این عامل سیاسی بسیار مرتبط است با سیاست‌گذاری در حوزه سلامت، مثلاً در رابطه با مداخلات مربوط به سیاست‌گذاری عمومی، به‌خصوص در حوزه عدالت در سلامت. در حوزه سلامت، بعضی دولت‌ها مداخلات در سبک زندگی افراد را ترجیح می‌دهند اما این اقدام معمولاً به‌خاطر تحدید آزادی افراد، مورد مناقشه قرار می‌گیرد. بعضی دولت‌های دیگر به عوامل اجتماعی‌ای می‌پردازند که غالباً دربرگیرنده معیارهای محدودکننده بازار است. ساندل (۲۰۱۰) این تفاوت‌ها را در سه ایده کلیدی گنجانده: حداکثر کردن رفاه، احترام به آزادی و ترویج اخلاقیات. این ایده‌ها هسته اصلی مباحثات سیاسی در حوزه سلامت در تمام سطوح دولت هستند.

نقش دولت‌ها در مناطق مختلف اروپا با همدیگر متفاوت است و این تفاوت به تاریخچه توسعه و فرهنگ سیاسی هر کشوری مربوط می‌شود. مع الوصف، در اروپا، گرایش طولانی‌مدتی به تفکیک قوا (ریکلین^(۵۳)، ۲۰۰۶)، از جمله در حوزه سلامت، وجود دارد. به طور کلی، بیشتر دموکراسی‌های اروپایی (اما نه همه آنها) برای تصمیم‌گیری‌ها و حل مسایل‌شان در حال تغییر رویکرد از استراتژی اقتدارگرا^(۵۴) به مشارکت‌گرا^(۵۵) هستند. اگرچه هنوز آثار رکود اقتصادی در برخی کشورها به‌طور کامل برآورد نشده، تمام نشانه‌ها حاکی از آن است که بازگشت به استراتژی‌های انحصارگرا مشکلی را حل نمی‌کند. گزارش مجمع اقتصاد جهانی (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که کارآمدی و تاثیر در دنیای امروز که پیچیده، به‌هم‌پیوسته و سریعاً در حال تغییر است، نیازمند طراحی مجددی در ساختارها و فرآیندهای دولتی است، به نحوی که مجموعه جدیدی از عوامل و ابزارها را شامل شود. دولت‌ها باید در مقابل شرایط متغیر کنونی و انتظارات شهروندان، پاسخگو باشند و ظرفیتی را ایجاد کنند که بتواند به طور موثری در شبکه‌های پیچیده و درهم‌تنیده سازمان‌ها و دستگاه‌های خصوصی و دولتی و بخش‌های غیرانتفاعی عمل کند تا ارزش‌های اجتماعی مشترکی به وجود آید.

به خاطر این تغییر، واژه حاکمیت، بیش از پیش، برای توصیف فرآیندهای

تازه مورد استفاده قرار می‌گیرد. این اصطلاح، موضوع طیف وسیعی از ادبیات آکادمیک است و تلاش‌های بسیاری صورت گرفته تا این معانی طبقه‌بندی شوند و نحله‌های فکری از یکدیگر تفکیک شوند و ساختارهای تئوریک به دقت تبیین شود. (بل و هیندمور^(۵۶)، ۲۰۰۹؛ فردریکسون^(۵۷)، ۲۰۰۵؛ هیل و لین^(۵۸)، ۲۰۰۵؛ کلاین^(۵۹)، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۹؛ آزبورن^(۶۰)، ۲۰۱۰؛ پیترز^(۶۱)، ۲۰۰۱؛ رودز^(۶۲)، ۲۰۰۰؛ ویلکه^(۶۳)، ۲۰۰۷). در وسیع‌ترین معنا، دولت تعیین می‌کند که جوامع باید چگونه به پیش روند و منابع و قدرت باید چگونه توزیع شوند و این البته نیازمند شیوه‌های جدید رهبری است.

دولت‌ها در معرض تغییرات عمده‌ای هستند که برخی از آنها انقلابی و دگرگون‌کننده‌اند و برخی دیگر، تدریجی و فزاینده. اما آثار و عوارض این گروه اخیر، لزوماً کمتر از گروه اول نیست. دلا چپل^(۶۴) (۲۰۰۸) توجه همگان را به این حقیقت جلب کرد که دقیقاً به همان نحوی که پارادایم‌های علمی در انقلاب‌های علمی دستخوش تغییر می‌شوند (کان^(۶۵)، ۱۹۶۹)، پارادایم‌های سیاسی در ساختارهای دولتی نیز وقتی که نتوانند مشروعیت یا کارآمدی خود را حفظ کنند، دستخوش تغییر می‌شوند.

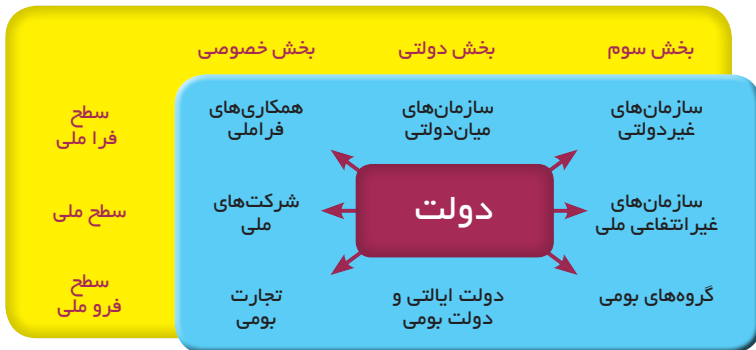
دولت، در دوره متغیر کنونی، گویای روندی مداوم است که قدرت و اعتبار را توزیع می‌کند. توزیع قدرت، دموکراسی اقلیت و ارزش مشترک سه اقدامی هستند که به درک سازوکارها و سازمان‌های دولتی، در روزگاری که دولت‌ها از اقتدارگرا به مشارکت‌گرا میل می‌کنند، منجر می‌شوند. آنها گروه متمایزی از عوامل سیاسی موثر در حاکمیت سلامت را نیز در بر می‌گیرند. به تعبیر اسکارف^(۶۶) (۱۹۹۴):

«مزایای نظام طبقاتی در دنیای کنونی از بین رفته است؛ دنیایی که مشخصه‌اش تغییر سریع و وسیع الگوهای وابستگی متقابل است، و همین‌طور تداخلات سریع و متناوب در محدودیت‌های ازپیش‌تعیین‌شده بین‌بخشی، بین‌سازمانی و بین‌المللی.»

توزیع [قدرت] دولت

نوآوری در حاکمیت، از دولت فراتر می‌رود و به عوامل متعددی در جامعه می‌رسد. نای و کاراک (۲۰۰۲) پیشنهاد دادند که در پاسخ به ناسازگاری موجود بین ظرفیت دولت‌ها و چالش‌های پیچیده و فزاینده امروز، نقش‌ها و وظایف دولت، به‌طور همزمان، در جهات متعددی توزیع شود (تصویر ۴). این توزیع در جایی دیده می‌شود که امروزه به سیاست‌گذاری در سطح دولت و سازمان‌ها نزدیک می‌شویم. این، مبنای رویکردهای دولتی و اجتماعی است. مور و هارتلی (۲۰۱۰) معتقد بودند که طبقه جدید نوآوری‌ها در حاکمیت، از مرز محدودیت‌های سازمانی عبور می‌کند و سیستم‌های شبکه‌محوری را در عرصه عمومی به وجود می‌آورد که منابع جدیدی را استخراج می‌کنند، از ظرفیت‌های دولت بهره‌برداری می‌کنند، حقوق خصوصی و مسوولیت‌ها را بازتعریف می‌کنند و دوباره این حق را می‌دهند که دوباره ارزش آنچه تولید می‌شود، به قضاوت بنشینیم.

تصویر ۴. توزیع [قدرت] دولت در قرن بیست‌ویکم



منبع: اقتباس از نای و کارناک (۲۰۰۲)

از این موارد می‌توان به عنوان مثال یاد کرد: واگذاری سرویس‌های حمایت از کودک به گروه‌های اجتماعی، مشارکت برای نوسازی پارک‌های ایالات متحده، وضع شارژ ترافیک برای استفاده از وسایل نقلیه در لندن و وضع قانون در سنگاپور برای متعهد کردن فرزندان به مراقبت از والدین سالمندشان. در هر کدام از این مثال‌ها، چالش‌ها آنقدر بزرگ‌اند که هیچ سازمانی به تنهایی نمی‌تواند از عهده آن برآید؛ خزانه عمومی نمی‌تواند به تنهایی تامین مالی پروژه را به عهده بگیرد و با توضیح اهداف عمومی پروژه می‌توان روی همیاری عمومی حساب کرد و دولت به تنهایی مسوول تامین منابع نیست. این قبیل خدمات عمومی، نه تنها به کارآمدی و اثربخشی منتهی می‌شوند، بلکه عادلانه و سازنده نیز هستند. (مور و هارتلی^(۶۷)، ۲۰۱۰)

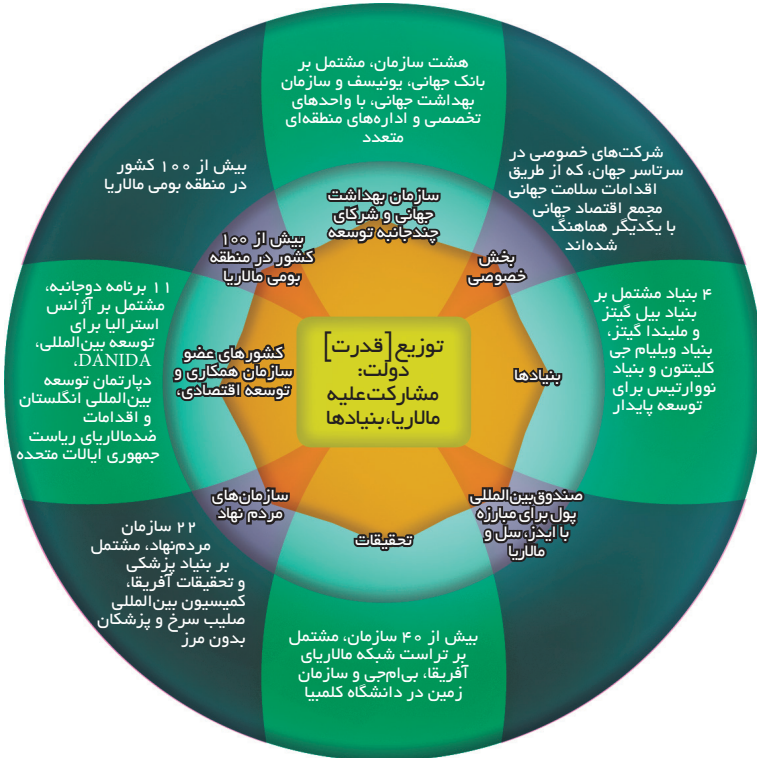
ادبیات دولت، الگوهای توزیع قدرت را سروشکل می‌دهد و روابط بین سازمان‌ها و بافت آنها را تحلیل می‌کند، و همین‌طور روابط بین بخش‌های اقتصادی و حوزه‌های سیاست‌گذاری، بین دولت‌ها، بین بخش‌های دولتی و غیردولتی و از همه مهم‌تر، بین شبکه‌هایی که در این دسته‌بندی‌ها عمل می‌کنند. اصطلاحات جدیدی برای توصیف این دولت‌ها ابداع شده؛ از جمله دولت شبکه‌ای^(۶۸)، فرادولت^(۶۹)، حاکمیت منهای دولت^(۷۰) و همچنین دولت میان‌تهی یا دولت کاذب^(۷۱). تمام این اصطلاحات به پیامدهایی اشاره دارند که توزیع قدرت به دنبال می‌آورد. یک نمونه از مشارکت‌های این‌چنینی در دولت، مشارکت برای کنترل مالاریا است (تصویر ۵).

نقش و قدرت دولت در قرن بیست‌ویکم و وجوه مشترک سیاست‌گذاری‌های محلی، منطقه‌ای، ملی و جهانی از مهم‌ترین مسایل مورد بحث در ادبیات دولت به شمار می‌روند. مبحث سلامت نیز دربرگیرنده سه مکتب فکری در حوزه دولت است.

اول، برخی مولفان بر این عقیده‌اند که قدرت دولت‌ها به‌طور چشمگیری تضعیف شده است؛ هم در حوزه ملی، هم در حوزه بین‌المللی، به ویژه بعد از قدرت‌گیری شرکت‌های خصوصی (کاشور^(۷۲)، ۲۰۰۲؛ استرنج^(۷۳)، ۱۹۹۶؛ وگل^(۷۴)، ۲۰۰۸). آنها بنابراین فرآورده دولت و فرآیند حکمرانی را در وضعیتی

با هم مقایسه می‌کنند که در آن، قدرت دولت‌ها رو به افول است.

تصویر ۵. توزیع [قدرت] دولت: مشارکت علیه مالاریا



منبع: مقابله با مالاریا (۲۰۱۰)

دوم، دیگران توجه ناظران را به این حقیقت جلب می‌کنند که حوزه، میزان و ماهیت عملکرد دولت در بافت مسایل جدیدی که در حوزه سیاست‌گذاری به وجود می‌آید، به‌ویژه متعاقب شوک‌های وسیع دهه گذشته، عملاً رو به گسترش بوده است. (بل و هیندمور^(۷۵)، ۲۰۰۹؛ کرافورد^(۷۶)، ۲۰۰۶؛ جیساپ^(۷۷)، ۲۰۰۲؛ ماس^(۷۸) و همکاران، ۲۰۰۶؛ سورنسون^(۷۹)، ۲۰۰۶). این

گسترش در انواع سنتی و مدرن نظام طبقاتی (به ویژه در حوزه نظارتی) دیده می‌شود، و همین‌طور در روابط جدید بین دولت‌ها و روابط جدیدتر و پیچیده‌تر همه‌جانبه.

در حوزه سلامت، دولت‌ها در حال گسترش دسترسی به بخش‌های متعدد جامعه هستند. به عنوان نمونه، جنبش‌های کاهش مصرف دخانیات در دهه اخیر به معیارهای نظارتی تازه‌ای دست یافته‌اند که وارد مناطقی از زندگی روزمره شده که تا پیش از آن، دولت در آنجا ورود نکرده بود. در مذاکرات و معاهدات بین‌المللی، نظیر کنوانسیون سازمان بهداشت جهانی برای کنترل تنباکو (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳) و مذاکرات بعدی در حوزه تحقق اهداف این کنوانسیون، به یک رویکرد وسیع و همه‌جانبه نیاز بود. قوانین و مقررات حوزه تنباکو نه تنها بر صنعت تنباکو و تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان آن تاثیر دارد، بلکه بر حوزه‌های دیگری نیز اثرگذار است؛ از جمله صنعت تبلیغات، عوارض گمرکی و آژانس‌هایی که حمل و نقل اجناس غیرمجاز را کنترل می‌کنند. فرآیندهای مشابهی نیز در رابطه با کنترل چاقی مرضی در راه است.

سومین مکتب فکری (کین، ۲۰۰۹؛ مایکلسکی^(۸۰) و همکاران، ۲۰۰۱) بر دینامیزمی که در دولت‌ها پدیدار شده، انگشت تاکید می‌گذارد؛ دینامیزمی که دلیل پیدایش آن، این بود تا مردم را مستقیماً درگیر حوزه‌هایی کند که بر کیفیت زندگی‌شان تاثیر می‌گذارد؛ از جمله توسعه شهری، مسایل زیست‌محیطی، سیستم‌های غذایی و سلامتی. شوراها محلی، نمونه‌ای از همین قضیه‌اند.

توزیع [قدرت] دولت به رویکردهای افقی^(۸۱)، چندسطحی^(۸۲) و چندتولیتی^(۸۳) می‌انجامد. سه نوع دولت افقی یا مشارکتی که توزیع قدرت را انجام می‌دهند، مطرح‌اند؛ دولت یکپارچه، دولت چندتولیتی و دولت چندسطحی. این سه رویکرد، به‌طور متناوب، به جای همدیگر استفاده شده‌اند و به رویکرد چهارمی انجامیده‌اند: رویکرد اجتماعی یکپارچه. انواع سنتی‌تر دولت‌های سلسله‌طبقاتی از بین نمی‌روند (همانگونه که ادبیات دولت به آن اشاره می‌کند) و به‌طور

کامل با مکانیسم‌های جدید جایگزین نمی‌شوند اما خود را با رویکردهای دولتی که در بالا به آنها اشاره شد، تطبیق می‌دهند یا به شیوه‌های گوناگون با آن تلفیق می‌شوند تا بتوانند ظرفیت و توان خود را برای حل مسایل جدید افزایش دهند. این امر قطعاً در حوزه سلامت نیز مصداق دارد چراکه در آن، رویکردهای چندشغله با افزایش اقبال عمومی همراه بوده‌اند، به ویژه در حوزه قانونگذاری برای بهداشت جامعه در تمام سطوح دولتی (موسسه طب، ۲۰۱۱).

گسترش دموکراسی اقلیت

دموکراسی امروز با دموکراسی ۱۰۰ سال پیش (و حتی با دموکراسی ۵۰ سال پیش) کاملاً متفاوت است. عالمان سیاسی نظیر جان کین (۲۰۰۳، ۲۰۰۹) و فرانک ویبرت (۲۰۰۷) دامنه بحث را به جایی کشاندند که پارادایم‌های سیاسی تغییر کرده‌اند و [نشان دادند که] چگونه بخش پایانی قرن بیستم مفهوم و فهم دموکراسی را تغییر داد. آنها توجه همگان را به موسسات جدیدی جلب کردند که قدرت را نقادی و موشکافی می‌کردند؛ موسساتی که شمار آنها در حوزه سیاست‌گذاری رو به افزایش است تا از این رهگذر بتوان کمیت و کیفیت نظارت بر قدرت را افزایش داد (کین، ۲۰۰۹). با توجه به اهمیت این مباحث (همانگونه که در بالا اشاره شد)، این گروه از عوامل موثر بر سلامت به‌طور چشمگیری بر توان حل مسایل جوامع، مخصوصاً در حوزه سلامت، تاثیر می‌گذارند.

کین (۲۰۰۹) معتقد بود که شکل جدیدی از دموکراسی در حال تشکیل است که او آن را دموکراسی اقلیت^(۸۴) می‌نامید. مشروعیت و مسوولیت نیز از روندهای اقتدارگرایانه به روندهای مشارکت‌جو پلانه میل می‌کند؛ همانطور که شهروندان نیز بیش از پیش تمایل دارند که در کنار اطلاع از مسایل، درگیر حل مسایل شوند.

در تعریف مشروعیت آمده است که: «درک یا تصویری عمومی که به موجب آن، عملکرد یک واحد، بر مبنای سیستمی از هنجارها و باورهای ساختارمند جامعه، مطلوب یا مناسب ارزیابی می‌شود.» (سوکمان^(۸۵)، ۱۹۹۵)

مشروعیت بستگی دارد به سطح پذیرش یا اقبال حاضران یا ناظران بیرونی. پاسخگویی، جامعیت و شفافیت از لوازم ضروری مشروعیت به شمار می‌روند. به علاوه، مشروعیت هر واحدی بستگی دارد به توانی که آن واحد برای درگیر کردن ذی‌نفعان خود در یک دیالوگ معنادار دارد؛ توانی که در آن، ذی‌نفعان احساس مالکیت بیشتری کنند و احتمال دستیابی‌شان به منافع، بیشتر شود. این امر محتاج شفافیت، صداقت و احترام است. فرآیندهای چندسگله نوپا، به‌طور جدی، به خطر می‌افتند، اگر نتوانند شفافیت و انتظارات ذی‌نفعان خود را به‌طور مرتب تأمین کنند (بورگر و مایر^(۸۶)، ۲۰۰۳؛ والو و هاسلمن^(۸۷)، ۲۰۰۴).

دموکراسی اقلیت، دموکراسی آینده است؛ دموکراسی‌ای که در آن، ابزارهای کنترل و پایش قدرت طی روندهای منظم سیاسی گسترش می‌یابند. این دموکراسی نماینده عصر نظرسنجی‌ها، انتخابات، اعتراضات آنلاین، کمیسیون‌های حسابرسی، تجمعات شهروندی، مجمع محققان، تجمعات محلی، پارلمان‌های منطقه‌ای و سازمان‌های نظارت‌گر جهانی است. این دموکراسی محصول عبور از جغرافیای سیاسی معطوف به یک شخص، یک رای و یک نماینده است به سمت ایده یک شخص، منافع فراوان، صداهای متعدد، آرای متنوع و نمایندگان متعدد. همانگونه که در گزارش کمیسیون محاسبه عملکرد اقتصادی و پیشرفت‌های اجتماعی (استیگلیز و همکاران، ۲۰۰۹) اشاره شده، آنچه اندازه‌گیری شده، واجد اهمیت فزاینده است، در صورتی که مردم درنیابند که اطلاعات تولیدشده توسط دولت و سایر نهادهای اجتماعی، بازتاب‌دهنده تجربیات هرروزه آنهاست. این امر به‌طور مشخص، سست‌کننده اعتماد است. یکی از دلایل اینکه بیشتر مردم، علی‌رغم افزایش متوسط درآمد، خودشان را فقیرتر از آنچه هستند، می‌پندارند؛ این است که واقعاً فقیرتر شده‌اند. در صحنه سلامت که در آن، شواهد نقش مهمی ایفا می‌کنند، این امر از اهمیت بیشتری برخوردار است، همانطور که در زیر، بر مبنای نظر مالگن^(۸۸) (۲۰۰۰) بحث خواهد شد:

مسئولیت حاکی از فرآیندی است که در آن، شما برای حسابرسی احضار می‌شوید تا در قبال اعمال‌تان به مرجعی پاسخگو باشید... این یک امر بیرونی است که در آن، حسابرسی‌شونده، حسابش را به مرجعی بیرون از خود بازپس می‌دهد. این امر مستلزم تبادلات و مراوداتی است که در آن، طرف حساب‌رس از طرف مسوول، انتظار و تقاضای پاسخگویی و شفاف‌سازی دارد؛ در حالی که طرف مسوول باید پاسخگو باشد و مجازات‌های احتمالی را بپذیرد. این امر مستلزم آن است که حقوق و اختیارات طرف مسوول به رسمیت شناخته شود، اما طرف حساب‌رس نیز واجد حقوق و اختیاراتی از یک مرجع بالاتر است تا بتواند از طرف مسوول، حسابرسی کند؛ از جمله حق استیضاح از طرف مسوول و حق وضع تنبیهات احتمالی...

اما اخیراً، مسئولیت از محدوده مسایل مورد توجه دموکراسی فراتر رفته و به مناطقی راه یافته است که شاید تعریف بالا پاسخگوی آن نباشد؛ مثلاً مسئولیتی که امروزه بیشتر از آن یاد می‌شود، عمدتاً به حس درونی مقام مسوول برای پاسخگویی اشاره دارد (مسئولیت حرفه‌ای و شخصی)، یک حس درونی که دامنه‌اش فراتر از بازخواست بیرونی پیش‌گفته است. ثانیاً، از مسئولیت به عنوان یکی از ابزارهای کنترلی برای حساب‌رسی دموکراسی‌ها از عملکرد دولت‌ها یاد می‌شود (مسئولیت به مثابه کنترل^(۸۹)) حتی وقتی که هیچ دادوستدی بین دولت‌ها و موسسات کنترل‌کننده وجود ندارد. ثالثاً، مسئولیت مرتبط است با دامنه فعالیت دولت‌ها برای پیگیری خواست‌ها و نیازهای شهروندان (مسئولیت به مثابه پاسخگویی^(۹۰)) فارغ از اینکه آنها به واسطه نهادهای کنترلی اقتدارگرا مجبور به این پیگیری شده باشند یا نه. رابعاً، گاهی از مسئولیت به عنوان بحثی عمومی بین شهروندان که دموکراسی‌ها به آن وابستگی دارند، یاد می‌شود (مسئولیت به مثابه دیالوگ^(۹۱))، حتی وقتی که هیچ پیشنهادی از قدرت مرکزی یا قدرت‌های تابعه بین احزاب درگیر در روابط مسئولیت وجود ندارد.

به موازات توزیع قدرت در دولت و جامعه، طیفی از عوامل جدید، نظیر بانک‌های مرکزی و آژانس‌های اقتصادی، با درگیری‌ها و الزامات فراملی در حال ایفای نقش هستند. در سطح ملی نیز این قبیل آژانس‌ها طیف وسیعی دارند؛ از تولیدکنندگان خدمات عمومی مانند اطلاع‌رسانی خبرگزاری فرانسه در حوزه بهداشت کار و محیط و امنیت غذا تا آژانس‌های ارزیابی و پایش خطر مانند مامور رسیدگی به شکایات کودکان سوئدی. این قبیل مراجع جدید، انتقال آگاهی به جامعه را تسهیل می‌کنند. اگرچه بسیاری از آنها خصوصی و مستقل هستند، برخی دیگر توسط دولت‌های منتخب تأسیس می‌شوند اما توسط مسوولانی غیرمنتخب اداره می‌شوند. وایبرت (۲۰۰۷) این پدیده را «ظهور غیرمنتخب‌ها»^(۹۲) نامید و از آن، در کنار تفکیک قوای مجریه و مقننه و قضاییه، با عنوان رکن چهارم دولت‌های دموکراتیک یاد کرد. سازوکاری که استفاده از آن (در حوزه سلامت نیز) رو به افزایش است، کمیسیون است؛ اگرچه انواع جدیدی از آژانس‌های سلامت هم به وجود آمده‌اند، نظیر مرکز پیشگیری از بیماری‌ها در استرالیا و کمیسیون سلامت اجتماعی مالمو.

مرکز پیشگیری از بیماری‌های استرالیا از شوراهای دولتی و وزارت بهداشت آن کشور برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن حمایت می‌کند. این مرکز با ارائه توصیه‌های مبتنی بر شواهد به وزارت بهداشت، سیاست پیشگیری از بیماری‌ها را ترویج می‌کند؛ و همین‌طور از طریق کسب اطلاعات و شواهد کافی درباره وضعیت بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها در استرالیا و همچنین تبیین اثربخشی مداخلات پیشگیرانه و نیز تعیین گایدلاین‌ها و استانداردهای ملی برای فعالیتهای پیشگیرانه. شورای مشورتی متشکل است از یک نماینده از کشورهای مشترک‌المنافع، حداکثر دو نماینده از دولت‌های ایالتی و بین پنج تا هشت نماینده که در حوزه طب پیشگیری دارای تخصص و تبحر هستند.

کمیسیون اجتماعی مالمو (سوئد) مسوول طراحی یک طرح، اهداف عینی و استراتژی‌هایی برای کاهش نابرابری‌ها در حوزه سلامت در شهر مالمو شد. طرح مذکور، اقدامات مسوولان شهری را به سمتی هدایت کرد که به کاهش

نابرابری‌های موجود در حوزه سلامت در بین گروه‌های جمعیتی منجر شود. نقطه شروع طرح، با تمرکز بر زیرساخت‌های سلامت، دستیابی به این هدف ملی و جامع بود: «فراهم آوردن ملزومات اجتماعی برای دستیابی به سلامت مطلوب در شرایط برابر». این کمیسیون برای دستیابی به هدفش مشغول تامین زیرساخت‌ها و ابزارهای کنترلی لازم برای شهروندان مالمو می‌شود و به اولویت‌بندی اقداماتی می‌پردازد که نیازهای شهروندان را در حوزه سلامت تامین می‌کند. این کمیسیون، کمیسیونی مستقل است که فعالیتش باید شفاف باشد تا بتواند از سازمان‌ها و شهروندان مالمو دعوت کند تجربیات‌شان را به اشتراک بگذارند و در تحلیل و شکل‌گیری استراتژی‌ها سهم خود را ایفا کنند. این مهم است که کار کمیسیون قابل ارزیابی باشد و از درون و بیرون بر آن نظارت شود و درباره‌اش بحث شود؛ مثلاً از طریق میتینگ‌ها و سخنرانی‌هایی برای شهروندان، تاجران، صاحبان صنایع و موسسات آموزشی.

دولت دیجیتال

طی دهه گذشته، دولت دیجیتال به سوژه داغی تبدیل شده و درباره این که چگونه باید دولت و جامعه با یکدیگر تعامل و تبادل نظر کنند، زیاد بحث شده است. دولت‌های محلی بیشتری به استفاده از اینترنت برای مکالمه با شهروندان‌شان روی آورده‌اند. اگرچه یک فاصله دیجیتال بین کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی و کشورهای غیرعضو وجود دارد، شهرهایی مانند براتیسلاوا، لوبلیانا و زاگرب، هم‌تراز با شهرهای بزرگ‌تری مانند لندن، پاریس و توکیو به استفاده از امکانات دولت دیجیتال روی آورده‌اند. تعداد فزاینده‌ای از شهرداری‌ها نتایج عملکردشان را در وبسایت‌های خود منتشر می‌کنند. تعداد وبسایت‌هایی که از این قبیل سیستم‌های ارزیابی برای کسب و ارائه اطلاعات خود استفاده می‌کنند، از سال ۲۰۰۷ تا به امروز، دوبرابر شده است. این امر، نشان‌دهنده حرکت به سمت افزایش تولیدات تعاملی و همکاری‌های متقابل دولت و جامعه است؛ ظرفیتی که وابسته به توزیع تکنولوژی در جامعه است و این ظرفیت، از زمانی که رسانه‌های مکتوب آغاز

به کار کرده‌اند تا به امروز، ناشناخته بوده است. دولت دیجیتال، عصای دست کشورهایی خواهد شد که به خاطر تغییرات سیاسی وسیع، در حال بازبینی ساختارهای دولتی خود هستند. به عنوان نمونه، اجلاس سران (مولداوی، ۲۰۱۱) که بر پایه اجلاس ۲۰۱۰ درباره تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات برگزار شد، سهامداران دولتی، جامعه تجار مولداوی، کمپانی‌های چندملیتی و دانشگاهیان را گرد هم آورد تا درباره گرایش‌های ملی و بین‌المللی در حوزه اقتصاد و همین‌طور چالش‌های اقتصادی بحث و تبادل نظر کنند. این اجلاس، طرح و ویژه‌ای را برای یک تحول دیجیتال (در حوزه‌های مختلف، از جمله در حوزه سلامت) در جمهوری مولداوی ارائه کرد. راهکار این طرح، گره زدن تکنولوژی به زندگی عمومی و خصوصی مردم بود و دستورجلسه‌ای نیز برای استحکام بخشیدن به رقابت در بخش تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات در سطح ملی تدوین شد.

در رتبه‌بندی‌های دولت دیجیتال، در بین شهرها، پراگ شهر بسیار موفق بوده که در حداث‌های سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹ از رتبه ۱۵ به رتبه ۲ رسیده و حتی از موفق‌ترین شهر در این حوزه (شهر سنول کره جنوبی) نیز از لحاظ مشارکت شهروندان و قابل استفاده بودن وبسایتش پیشی گرفته است. رشد سریع پراگ نشان‌دهنده واقعیتی است که می‌توان آن را با اراده سیاسی دولت و با استفاده از مسوولان زبده تکنولوژی اطلاعات و مدیران دولتی، محقق کرد (هولزر^(۹۳) و همکاران، ۲۰۱۰).
به گفته مجمع اقتصاد جهانی (۲۰۱۱):

«دولت‌های آینده باید به طور کامل واجد قابلیت‌های تکنولوژیک شده و از نیروهای مسلط به این حوزه بهره‌مند شوند. ساختارها و فرآیندهای قانونی، نظارتی و سیاست‌گذاری را باید بازطراحی کرد تا با مقتضیات دنیای شبکه‌ای امروز سازگار شوند. زیرساخت‌های اطلاعاتی باید از شیوه‌های نوین مشارکتی و اطلاعاتی دولت حمایت کنند. حتی در فقیرترین مناطق، مثال‌های خوبی از خدمات نوآورانه با استفاده از

موبایل‌های ارزان و تکنولوژی بی‌سیم (وایرلس) گزارش شده است. دولت‌های سریع‌تر (هموارتر، چابک‌تر، کارآمدتر و واجد توانایی‌های تکنولوژیک) احتمال بیشتری دارد که بتوانند نسل جدیدی از طبقات شهری را که توان حل مساله، اثرگذاری و نوآوری دارند، به خود جذب کنند.»

ارزش مشترک

در دولت جدید، موضوعی که بیش از همه مورد بحث و اختلاف نظر بوده، نقش تجارت است. این نقش به شیوه‌های گوناگونی در رابطه با سیاست‌گذاری‌های سلامت مورد بحث قرار گرفته که برجسته‌ترین نمونه‌اش نزاع‌های مربوط به دخانیات (برانت، ۲۰۰۷) بوده و اخیراً مباحثی در رابطه با نفوذ بیش از حد صنعت غذا (نسله، ۲۰۰۷). هرگاه جوامع و سیاست‌گذاران با اپیدمی‌های ناشی از برخی محصولات و مشکلات ناشی از آنها (مانند چاقی مفرط کودکان) مواجه شده‌اند، بحث درباره مسوولیت اجتماعی بخش صنعت و تجارت نیز بالا گرفته است. امنیت محصولات، سلامت مصرف‌کنندگان، امنیت شغلی و سلامت کارکنان همچنان در چشم‌انداز سلامت، جزو نقاط قانونی به شمار می‌روند. در این حوزه‌ها پیشرفت‌هایی در سطح ملی (و اخیراً اروپایی) نیز به وقوع پیوسته است. با توجه به قدرت و نفوذ بخش خصوصی، قوانین بین‌المللی درباره دسترسی به دارو، جلوگیری از تولیدات زیانبار و ارتقای سلامت مصرف‌کنندگان معمولاً به سختی به تصویب می‌رسند. مع‌الوصف، موفقیت‌هایی نیز به دست آمده و به عنوان نمونه می‌توان به کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳) و بیانیه دوحه در خصوص توافق «تریپس»^(۹۴) و بهداشت عمومی (سازمان تجارت جهانی)^(۹۵)، (۲۰۰۱) اشاره کرد. در سال ۲۰۰۱، اعضای سازمان تجارت جهانی لایحه‌ای را به تصویب رساندند تا در خصوص ابهاماتی که بین به‌کارگیری اصول بهداشت همگانی توسط دولت‌ها و بندهای موجود در توافق «تریپس» (جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت معنوی) به وجود آمده بود، شفاف‌سازی کنند. با وجود تایید نقش

مهم مالکیت معنوی در توسعه داروها و درمان‌های جدید، بیانیه همچنین درباره آثار قیمت‌ها نیز ابراز نگرانی می‌کند. بیانیه دوحه تاکید دارد که «توافق تریپس از اقدامات اعضا برای حمایت از بهداشت همگانی ممانعتی به عمل نمی‌آورد و هرگز نباید چنین نقشی ایفا کند.» در این مقوله، بیانیه دوحه، اصولی را که سازمان بهداشت جهانی به طور عمومی تبلیغ و ترویج کرده، به رسمیت می‌شناسد: تایید حق اعضای سازمان تجارت جهانی برای حداکثر استفاده از اقدامات حفاظتی در خصوص توافقنامه تریپس به منظور حمایت از بهداشت همگانی و توسعه دسترسی به داروها توسط کشورهای فقیر.

وقتی پاندمی یک بیماری غیرواگیر به وقوع می‌پیوندد، از صنعت و تجارت به عنوان یکی از عواملی که به علل اصلی پاندمی دامن زده، یاد می‌شود؛ به ویژه در کشورهایی با ساختارهای قانونی ضعیف. دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی فشاری را از ناحیه برخی صنایع جهانی که می‌توانند برای سلامت زیانبار باشند، احساس می‌کنند. به عنوان نمونه، در سال ۲۰۰۳، انجمن قند ایالات متحده که بیش از ۳۰۰ کمپانی فعال دارد، تهدید کرد که اگر سازمان بهداشت جهانی، توصیه‌هایش مبنی بر آثار مصرف قند را در گزارش رژیم و تغذیه‌اش لغو نکند، به کنگره آمریکا فشار خواهد آورد تا جلوی تامین بودجه این سازمان را بگیرد. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳)

طی دهه‌های اخیر، شکاف بین منافع تجارت و منافع جامعه عمیق‌تر شده است. مصرف‌کنندگان و سازمان‌های غیردولتی، کمپین‌های مهم سلامت را در صنایع دارویی، تنباکو، الکل و غذا متمرکز کرده‌اند. بسیاری از این صنایع، در صورت سازگاری با بخش سلامت، می‌توانستند کمک چشمگیری به سلامت کنند؛ به قول یکی از صاحبان صنایع: «شرکت‌ها در قبال سهامداران و جامعه خود مسؤول‌اند؛ چرا که حیات‌شان وابسته به آنهاست.» (مورتی^(۹۶)، ۲۰۱۱). در طی چند دهه اخیر، کمپانی‌های متعددی مسوولیت خود در رابطه با بیماری‌های غیرواگیر را مورد بازنگری قرار داده‌اند و حمایت‌هایی از اتحادیه جهانی NCD و اقداماتش به عمل آورده‌اند، از جمله بنیاد کلینتون/توافق صنعت نوشابه‌سازی در خصوص حذف فروش نوشابه در مدارس.

کمپانی‌های پیشرو در صنعت نوشابه‌سازی ایالات متحده برای تولید نسل سالم‌تر، تعهدی سه‌ساله به اتحادیه داده‌اند؛ یک اقدام مشترک از انجمن قلب آمریکا و بنیاد ویلیام جی کلینتون برای حذف نوشابه‌های پرکالری از مدارس کشور و جایگزینی آن با محصولات کم‌کالری. در نتیجه این توافقنامه، کالری نوشابه‌هایی که وارد مدارس می‌شد، تا سال ۲۰۰۴ به میزان ۸۸ درصد کاهش یافت (انجمن نوشابه‌های آمریکا، ۲۰۱۰). این چالش توسط جنبشی که برای افزایش حس مسئولیت‌پذیری اجتماعی به راه افتاده بود، مطرح شد؛ یک نوع خودتنظیمی مشترک که در آن، صاحبان صنایع و کسب و کار، پایش و انعطاف‌پذیری مناسبی از خود نشان دادند تا خود را با روح قانون، استانداردهای اخلاقی و هنجارهای بین‌المللی وفق دهند. این جنبش در رابطه با توسعه پایدار (با در نظر گرفتن مردم، زمین، زمانه و شاخص‌های سلامت) آغاز شده بود. پیمان جهانی سازمان ملل (۲۰۰۰) برای ملزم کردن بخش صنعت و تجارت به دستیابی به اهداف توسعه هزاره، به ویژه از طریق کمک‌های خیرخواهانه، یکی از سائق‌های مورد نظر در بخش خصوصی است. اقدام در راستای افزایش سطح مسئولیت‌پذیری اجتماعی، اکنون با امداد فعال اجتماعات و دولت‌ها و سازمان‌های اجتماعی و نهادهای مدنی فراگیر شده است. در سلامت جهانی، تجارت نقش عمده‌ای ایفا می‌کند؛ از جمله در سیاست‌گذاری برای سازمان‌هایی مانند بنیاد جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا و ارتقای سطح کسب‌وکارهای مرتبط با صنعت غذا و تکنولوژی اطلاعات. امروزه، درگیری بخش صنعت و تجارت در حوزه سلامت گسترش یافته و از حوزه شرکت‌های دارویی به حوزه‌هایی مانند استخراج معدن، تکنولوژی اطلاعات، کمپانی‌های تولید غذا و نوشابه و تعداد فزاینده‌ای از بنیادهای بخش خصوصی کشیده شده است. مورتی (۲۰۱۱) می‌گوید: «ما باید از نوع‌دوستی سنتی فراتر برویم، جایی که کمپانی‌ها فقط به تولید سود و سرمایه مشغول‌اند و روابط در لایه‌های عمیق‌تر به گونه‌ای مدیریت می‌شود که ایده‌ها و مهارت‌ها به اشتراک گذاشته شود.» در سال ۱۹۹۹، سازمان بهداشت جهانی، پروژه مقابله با مالاریا را در آذربایجان آغاز کرد؛ پروژه‌ای که بودجه‌اش به طور کامل توسط

کمپانی انی (Eni) تامین شد؛ یک کمپانی بین‌المللی نفت و گاز که بخشی از برنامه‌اش پرداختن به فعالیت‌های اجتماعی بود. این کمپانی به وزارت بهداشت کمک کرد که فعالیت‌هایش برای پیشگیری و کنترل مالاریا را تقویت کند. این کمپانی با بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی، دولت‌ها و سازمان‌های غیردولتی در ۸۰ کشور دنیا همکاری می‌کند. اتحادیه جهانی اجاق گاز تمیز در سال ۲۰۱۰ به عنوان یک فعال خصوصی - عمومی آغاز به کار کرد و هدفش نجات جان انسان‌ها، ارتقای سطح معاش، قدرت بخشیدن به زنان خانه‌دار و مقابله با تغییرات اقلیمی به واسطه تولید یک بازار جهانی برای دستیابی به راه‌حل‌های تمیز و موثر در آشپزی خانگی بود. یکی از اهداف اتحادیه این بود که تا سال ۲۰۲۰ بتواند برای ۱۰۰ میلیون خانوار، اجاق گاز کارآمد و تمیز، همراه با سوخت آن، تامین نماید. این اتحادیه با شرکای عمومی و خصوصی همکاری می‌کند تا بتواند بر موانع بازار برای تولید و بهره‌برداری از اجاق گازهای تمیز در کشورهایی که درآمد کم یا متوسطی دارند، غلبه کند. مزایا و معایب مسوولیت‌پذیری اجتماعی همچنان مورد بحث است و نه تنها توسط جامعه شهری، بلکه توسط اقتصاددانانی که این رویکرد را نگرشی می‌بینند «که در آن، مسایل اجتماعی در حاشیه‌اند، نه در مرکز (پورتر و کرامر^(۹۷)، ۲۰۱۱)» نیز مورد بحث قرار می‌گیرد. وقتی سلامت به یک سائق اقتصادی مهم و مرتبط با رشد و نوآوری‌های تجاری تبدیل می‌شود، نظیر نقش صنعت تکنولوژی اطلاعات در سلامت موبایل، رویکردهای جدید می‌توانند به کار گرفته شوند برای اینکه منافع اقتصادی و اجتماعی با هم تعامل کنند. این امری مشهود است که «وقتی یک شرکت در یک پروژه بهداشتی سرمایه‌گذاری می‌کند، جامعه منتفع می‌شود چرا که کارکنان و خانواده‌هایشان سالم‌تر می‌شوند و شرکت می‌تواند از این طریق میزان غیبت کارکنانش و بهره‌وری ازدست‌رفته را به حداقل برساند.» (پورتر و کرامر، ۲۰۱۱). تصویر ۶ مناطقی را نشان می‌دهد که در آنها پررنگ‌ترین ارتباط‌ها وجود دارد.

تصویر ۶. ارتباط بین سود رقابتی و پیامدهای اجتماعی



منبع: پورتر و کرامر (۲۰۱۱)

پورتر و کرامر (۲۰۱۱) از ارزش مشترک^(۹۸) با عنوان خط‌مشی‌ها و تمرین‌هایی عملی یاد می‌کنند که رقابت‌طلبی یک کمپانی را افزایش می‌دهد، در حالی که به طور همزمان شرایط اجتماعی و اقتصادی را در جوامعی که در آنها مشغول به کارند، بهبود می‌بخشند. تولید ارزش مشترک مستلزم شناخت و گسترش روابط بین پیشرفت اجتماعی و اقتصادی است.

مولفان پیشنهاد می‌کنند که مسوولیت‌پذیری اجتماعی، تجارت اجتماعی و کارآفرینی اجتماعی باید از گام‌های نخستین به سوی تغییر نقش تجارت در

سلامت، در دولت‌های مدرن (جامعه یکپارچه)، تلقی شود؛ که در آن، رونق بخشیدن به کسب و کار نقشی فراتر از تامین معاش یا خیریه یا نعدوستی ایفا کند. پورتر و کرامر (۲۰۱۱) خاطرنشان می‌کنند که «نیازهای اجتماعی، و نه فقط نیازهای اقتصادی مرسوم، شرایط بازار را تعیین می‌کنند.» و به رویکرد ارزش مشترک در تجارت، دولت و جامعه اعتقاد دارند؛ رویکردی که در آن، ملاحظات اجتماعی منجر به افزایش بهره‌وری و سلامت می‌شود. یک روش برای ارزیابی و تولید مشوق‌هایی برای رویکرد ارزش مشترک، استفاده از مفهوم پیوست سلامت است که انگیزه‌بخش بودنش در بخش صنعت و تجارت و همین‌طور برای مصرف‌کنندگانی که قرار بود تصمیمات مناسبی برای کاهش مصرف کربوهیدرات اتخاذ کنند، به اثبات رسیده (راینود و جین لوپیس)^(۹۹) درست مانند جنبش تجارت سبزتر و ترجیحات مصرف‌کنندگان، سلامت در حال جابه‌جایی از حوزه مسوولیت‌پذیری اجتماعی به حوزه استراتژی‌ها و مدل‌های تجاری است.

ذات متغیر سیاست‌گذاری

مساله عدم قطعیت، یک مساله کلیدی در سیاست‌گذاری‌های قرن بیست و یکم است. به خاطر پیشرفت‌هایی که در بالا به آنها اشاره داده شد، ذات سیاست‌گذاری تغییر یافته و پیچیده‌تر شده است تا بتواند با مسایل هولناک و خطرهای همه‌جانبه مقابله کند، آینده‌های محتمل را پیش‌بینی و خود را برای رویایی با آنها آماده کند، بازیگران و سهامداران زیادی را درگیر کند و به توافقاتی دست یابد که به موجب آنها بتواند اقدامات مبتنی بر شواهد بیشتری انجام دهد. یک مثال مناسب در این زمینه، رابطه بین سیستم جهانی غذا و شیوع فزاینده چاقی و آثار و عوارض بلندمدتش بر سلامت و امید به زندگی مردم و حتی کشاورزی و سلامت جانوران است. این پیچیدگی در پیش‌بینی مسیر توسعه مشکل‌آفرین خواهد بود، چه در برخورداری از رضایت کامل در محاسبه خطر، چه در شناخت هر تلفیقی از رفتار و تکنولوژی قابل دوام. متدهای پیش‌بینی جدید خاطرنشان می‌کنند که «ترخ مرگ و میر آینده و

هزینه‌های مراقبت سلامت ممکن است خیلی بدتر از آنچه محاسبه شده است، باشند» (رایتر^(۱۰۰) و همکاران، ۲۰۱۱). اگر این محاسبات جدید مورد پذیرش قرار بگیرد، به طور حتم در میزان سرمایه‌گذاری در یک مساله (در اینجا، چاقی) موثر خواهد بود.

این عدم قطعیت‌ها مشکل عمده‌ای را برای بوروکراسی‌های سنتی به وجود می‌آورند. اول، آنها از ریسک استقبال نمی‌کنند و احتمال کمی وجود دارد در مواردی که از نتیجه مطمئن نیستند، وارد عمل شوند؛ دوم، آنها هیچ انگیزه‌ای برای اینکه اقدامات فربخشی انجام بدهند، نخواهند داشت. به هر حال، این دیگر کافی نخواهد بود که چالش‌های عمده اجتماعی را در یک طبقه‌بندی اقتصادی با چشم‌اندازی کوتاه‌مدت بگنجانیم، آن هم در شرایطی که این چالش‌ها با همدیگر در حال تاثیر و تاثرند، ارتباطی درونی با یکدیگر دارند و آثار و عوارضشان بلندمدت است. این دیگر کافی نخواهد بود که رویکردی خطی برای سیاست‌گذاری اتخاذ شود، چراکه (دولت استرالیا، ۲۰۰۷): «بخشی از هولناکی یک مساله در ارتباطاتی نهفته است که بین عوامل اتفاقی وجود دارد؛ عواملی که با اهداف سیاست‌گذاری اصطکاک دارند و با راه‌حل‌های مناسب، سازگار نیستند. تفکر خطی برای غلبه بر چنین ارتباطات و عدم قطعیتی کفایت نمی‌کند.» این سوال هم به ذهن متبادر می‌شود که چه کسی باید درگیر تعیین خط مشی و تبیین سیاست‌ها شود و در متن توافقات متعدد منطقه‌ای و جهانی، مرجع نهایی در چه سطحی از دولت نهفته است. دست زدن به صرفا یک اقدام، دیگر مطمئن و کارآمد نخواهد بود؛ در محیط جدید، دولت‌ها باید طیف وسیعی از رویکردها را به کار گیرند.

حرکت به سمت سیاست‌گذاری در دولتی شبکه‌ای، چندسطحه و چندتولیتی امر تازه‌ای نیست؛ گذاری است که از بدو پیدایش دولت‌های مدرن رو به گسترش نهاده و همچنان در حال گسترش است. تمام بنگاه‌ها و بخش‌های دولتی، در حوزه سلامت و سایر حوزه‌ها، دستخوش این تغییر می‌شوند؛ همانطور که کسب و کارها، انجمن‌ها و جوامع و افراد به این تغییرات تن می‌دهند. گذار، مستلزم شیوه جدیدی از سیاست‌گذاری است.

۹ شاخص در سیاست‌گذاری‌های قرن بیست و یکم مورد نیاز است. سیاست‌گذاری باید (دولت ایرلند شمالی، ۱۹۹۹):

۱. آینده‌نگر باشد: چشم‌اندازی بلندمدت داشته باشد، مبتنی بر گرایش‌های آماری و پیش‌بینی‌های دقیق از آثار محتمل سیاست؛
۲. معطوف به جهان خارج باشد: محاسبه دقیقی از شرایط ملی، اروپایی و بین‌المللی داشته باشد و سیاست کارآمدی را با در نظر گرفتن این عوامل اتخاذ کند؛
۳. مبدعانه و خلاقانه باشد: متدهای قدیمی را مورد پرسش قرار دهد و ایده‌های جدید را تشویق کند و از نظرات و پیشنهادات دیگران استقبال کند؛
۴. مبتنی بر شواهد باشد: از بهترین شواهد موجود در طیفی وسیع استفاده کند و ذی‌نفعان را در مراحل اولیه درگیر نماید؛
۵. فراگیر باشد: محاسبه کند که تاثیر سیاست بر نیازهای مردم، به طور مستقیم و غیرمستقیم، چگونه خواهد بود؛
۶. مشارکت‌جو باشد: نگاهش فراتر از مرزهای ساختاری باشد و اهداف استراتژیک دولت را در نظر بگیرد و بنیاد حقوقی و اخلاقی برای سیاست تاسیس نماید؛
۷. قابل ارزیابی باشد: نتایج زودرس سیاست باید به طور سیستماتیک ارزیابی شود؛
۸. مروری باشد: سیاست نهادینه را مرور کند تا اطمینان حاصل نماید که این سیاست قادر است مسایلی را که برای حل آنها طراحی شده، حل کند؛ و
۹. یادگیرنده باشد: از اینکه کدام طرح به نتیجه رسیده و کدام به نتیجه نرسیده، درس بگیرد و تجربه ببندد.

برای اینکه محدوده این تغییرات به خوبی درک شود، سودمند خواهد بود اگر تغییرات را این‌گونه جمع‌بندی کنیم؛ از سرپرستی دولتی به مدیریت دولتی

مدرن، و سپس به دولت مدرنی که دربرگیرنده جامعه‌ای یکپارچه و دولتی یکپارچه است. بسیاری از این تغییرات در بخش سلامت رخ داده، بخشی که در برخی کشورها دستخوش اصلاحات مدیریتی مداوم شده است. قرن نوزدهم، قرن توسعه و رشد سرپرستی دولتی، شکل غالب دولت بود. در سرپرستی دولتی، قدرت به طور سلسله طبقاتی در زیرمجموعه‌های تخصصی یا اداره‌ها توزیع می‌شد؛ اداره‌هایی که عملکرد و اختیارشان تحت سلطه و نظارت قوانین خشک بود و کارمندانش متخصصانی بودند که انتصابشان به خدمات دولتی بر مبنای شایستگی بود، نه حق طبیعی یا لطف بالادستی. (آزبورن، ۲۰۰۹؛ وبر، ۱۹۹۲/۱۹۷۸).

بین سال‌های پایانی دهه ۱۹۷۰ و قرن بیست و یکم، بوروکراسی‌های ملی و بین‌المللی به نقد کشیده شدند و تصویری که از آنها ترسیم شد، اینگونه بود: دارای نیروی مازاد و ناکارآمد و بسیار کندتر از آن که بتواند نسبت به چالش‌های پیچیده جدید واکنش نشان دهد؛ از جمله چالش‌هایی مانند رکود و تورم، حق انحصار نفت در کشورهای صادرکننده، فقر شدید و ناپایداری قوانین (در کشورهای کم‌درآمد و کشورهای دارای درآمد متوسط) و بحران اقتصاد جهانی (سقوط بورس اوراق بهادار در سال ۱۹۷۸). این توصیف در سطح بین‌المللی هم صورت گرفت؛ جایی که تعداد فزاینده‌ای از شرکای دولتی - خصوصی و شرکای کالا-توسعه همکاری نزدیک‌تری را بین سازمان‌های بین‌المللی و بخش خصوصی شاهد بودند، چیزی که برخی ناظران از آن با عنوان چندگانگی بازار یاد کردند (بال و مک نیل^(۱۰)، ۲۰۰۷). نفوذ روزافزون تئوری اقتصادی نئولیبرال، همراه با اقسام جدیدی از چالش‌های اجتماعی، توانایی سرپرستی دولتی را، به عنوان شکل غالب دولت، محک زد و به خصوص در کشورهای انگلوساکسون، منجر به حرکت به سمت رژیم متناقض شد که از آن تحت عنوان مدیریت دولتی یاد می‌شود.

اصلاحات مدیریت عمومی جدید از بخش خصوصی الگوبرداری شده بود و خصوصیت سلسله طبقاتی مدیریت پیشین را تخفیف داد و متمرکزتر و کارآفرین‌تر شد و تاکیدش را روی موارد دیگری گذاشت؛ از قبیل کنترل

ورودی و خروجی، ارزیابی، مدیریت عملکرد و حسابرسی، استفاده از اصول بازار مانند رقابت و تخصیص منابع و برون‌سپاری برخی وظایف دولتی به کنشگران کارآمدتر در جامعه شهری و بخش خصوصی (هود^(۱۰۲)، ۱۹۹۱). اصلاحات مدیریت عمومی جدید، مسایل مربوط به مشارکت‌های افقی و فروپاشی‌های متعاقب آن را نادیده می‌گرفت و بنابراین عملاً برای کارآیی و کارآمدی خود تا حدی مانع‌تراشی می‌کرد (کریستنسن و لگرید^(۱۰۳)، ۲۰۰۷).

دولت جدید؛ دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه

از آنجا که مدیریت عمومی جدید بر اصلاحاتی در سازمان‌های متعلق به بخش عمومی و ارتقای کارآمدی و اثربخشی آنها از طریق سازوکارهای بازار متمرکز می‌شود، دولت جدید مبتنی است بر تغییر بافت رفتارهای سرپرستی دولتی و تغییرات ناشی از آن در روابط بین بخشی و شخص ثالث (فردریکسون، ۲۰۰۵؛ کلاین، ۲۰۰۵). دو رویکردی که در زیر توضیح داده شده است، هر دو دربرگیرنده دولتی چندسطحی و چندتولیتی هستند. آنها نیاز دارند که دولت‌ها نقشی متفاوت بر عهده گیرند: به عنوان فرمانده کل قوا، قواعدی الزام‌آور را تحمیل کنند که مرزها و قوانین را برای مصرف‌کنندگان و سهامداران مشخص کند؛ به عنوان تامین‌کننده کالاها و خدمات عمومی؛ به عنوان کارپرداز منابع عمومی؛ به عنوان شریک در وظایف اشتراکی با قدرت‌های دیگر، تجارت‌ها و سازمان‌های جامعه مدنی (دوبی^(۱۰۴) و همکاران، ۲۰۰۹).

رویکرد دولت یکپارچه

کشورهای متعددی به رویکرد دولت یکپارچه که گاهی نیز دولت پیوسته خوانده می‌شود، روی آورده‌اند. شاخصه این دولت، توزیع عمودی قدرت دولت در عرض سطوح مختلف دولت و مناطقی از دولت، به طور افقی بین بخش‌های مختلف، است.

استراتژی توسعه پایدار فدرال در کانادا تصمیم‌گیری‌های زیست‌محیطی را به پارلمان محول می‌کند و این کار را با تاسیس ساختاری برای طراحی و گزارش

توسعه پایدار با استفاده از این عناصر به انجام می‌رساند: ارائه تصویری یکپارچه از اعمال و نتایجی که با آنها می‌توان بقای محیط زیست را تضمین کرد؛ یک حلقه رابط بین طراحی و گزارش توسعه پایدار و سیستم طراحی و گزارش هزینه‌های اصلی در دولت کانادا؛ و معیاری کارآمد برای پایش و گزارش پیشرفت به شهروندان کانادا. این استراتژی به طور اشتراکی در تمام سطوح دولت به تصویب و اجرا رسید و به افزایش شفافیت و مسوولیت دولتی منجر شد. وزارت محیط زیست نیز مسوولیت کلی این استراتژی را بر عهده دارد.

از رویکرد دولت یکپارچه غالباً به عنوان روشی مناسب برای پرداختن به مسایل دشوار یاد می‌شود که فعالیت‌های چندسطحی‌اند، عوامل و اعمال بومی و جهانی را در برمی‌گیرند و به‌طور فزاینده‌ای گروه‌های خارج از دولت را هم درگیر می‌نمایند. این رویکرد در سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت هم مطرح شده و نیازمند آن است که تمام عوامل، سلامت و رفاه را به عنوان یک هدف اجتماعی که مستلزم عملکردی یکپارچه است، در نظر بگیرند.

در استرالایای جنوبی، دپارتمان نخست وزیری و کابینه، بخش اصلی دولت است که توصیه‌های تخصصی در خصوص سیاست‌ها را به نخست‌وزیر و وزیران ارائه می‌دهد، از کابینه حمایت می‌کند و عملکرد بخش دولتی را جهت‌دهی و رهبری می‌کند. دپارتمان بر فعالیت‌های طرح استراتژیک استرالایای جنوبی نظارت می‌کند، مسوولیت کلی روابط فیما بین دولت‌های فدرال و ایالتی را بر عهده دارد و اقدامات دولت را به نحوی هدایت می‌کند که به خدمت‌رسانی و منفعت‌بخشی به سایر بنگاه‌های دولتی و جامعه منجر شود. ادغام رویکرد سلامت در تمام سیاست‌ها (که از آن با عنوان پیوست سلامت نیز یاد می‌شود) با طرح استراتژیک استرالایای جنوبی برای رویکرد تمام‌دولت به منظور تامین سلامت و رفاه ضروری بود.

طرح «اقدام عاجل بریتیش کلمبیا»^(۱۰۵) طرحی برای ارتقای سلامت در یک دولت عرضی است که در صدد ارتقای سلامت اهالی بریتیش کلمبیاست و این کار را با پرداختن به عوامل خطر ساز و کاهش بیماری‌های مزمن به انجام می‌رساند. وزارت بهداشت بریتیش کلمبیا که این برنامه را آغاز کرد، خود به

خوبی می‌دانست که به تنهایی نمی‌تواند به اهدافش نائل شود، چرا که عوامل متعددی که بر توانایی مردم برای اتخاذ تصمیمات سلامت‌بخش اثر می‌گذارد، از قبیل دسترسی به غذای سالم و ارزان، خارج از حوزه وظایف آن وزارتخانه است. برای غلبه بر این مشکل، نخست‌وزیر، وزیر یک دولت ایالتی را برای اجرای برنامه «اقدام عاجل» منصوب کرد تا با رویکردی مناسب، مشارکت و همکاری تمام وزارتخانه‌های ایالتی را جلب کند. وزارت حمل و نقل بودجه لازم را برای نصب و تعریض لاین‌های دوچرخه‌سواری تامین می‌کند، و برای تامین غذای سالم و ارزان به منظور دستیابی به اهداف برنامه زندگی سالم نیز تحت حمایت وزارت کشاورزی، باغ‌ها و آشپزخانه‌هایی در ۱۲ منطقه معرفی می‌شوند. تمام وزارتخانه‌ها نیز ملزم به استفاده از پیوست سلامت هستند.

رویکرد دولت یکپارچه غالباً برای توصیف وضعیتی به کار می‌رود که در آن، کنترل و دستور مستقیمی از مرکز وجود ندارد و از این طریق می‌توان اولویت‌ها را رعایت کرد و با استفاده از سازماندهی جدید یا مجدد به اهداف کلی نایل شد. این رویکرد نیازمند اعتمادسازی، رعایت اخلاق عرفی، فرهنگ منسجم و مهارت‌های جدید است. رویکردهای دولت یکپارچه، زمان‌بر و هزینه‌بر هستند اما می‌توانند به‌ویژه برای سیاست‌گذاری‌های مرتبط با مسایل پیچیده امروزی مناسب باشند. این رویکردها نیازمند حمایت همه‌جانبه سیستم اداری و سطوح بالای تصمیم‌ساز است. کانکلین (۲۰۰۶) این رویکرد را رویکردی می‌داند که از طریق آن می‌توان به فهمی مشترک از صورت مساله و تعهدی مشترک برای حل مساله دست یافت. نمونه رویکرد دولت یکپارچه، واحدهای استراتژیک مرکزی، مثلاً در دفتر نخست‌وزیری، است که معمولاً وقت خود را وقف اولویت‌های ویژه می‌کند. این واحدها دربرگیرنده کمیسیون‌های کابینه، واحدهای بین‌وزارتخانه‌ای، شوراهای بین‌دولتی، گروه‌های ضربت، انتصابات مهم، طرح‌ها و برنامه‌های بین‌بخشی و (نظیر آنچه در ایالات متحده وجود دارد) به اصطلاح تزارها است که مسوول نظارت بر سیاست‌ها و ترغیب بنگاه‌ها برای همکاری با یکدیگر است. آنها تقریباً در تمام حوزه‌های سیاست عمومی نیز یافت می‌شوند؛ در حوزه سلامت، یک تزار ایدز جهانی یا تزار دارو نقش

مهمی را ایفا می‌کند. یک وجه، یافتن راه‌هایی برای همکاری‌های عملگرایانه‌تر و هوشمندانه‌تر، به جای تاسیس ساختارهای تازه و رسمی، است. از این رویکرد همچنین با عنوان «دولت شبکه‌ای» نیز یاد می‌شود. (کریستنسن و لگرید، ۲۰۰۷).

رویکرد دولت یکپارچه مشتمل است بر پیچیدگی دولت چندسطحی که در سطح دولت ملی، منطقه‌ای و بومی عمل می‌کند. بسیاری از کشورها مسوولیت‌پذیری برای سلامت عمومی، مراقبت سلامت و طیف عوامل موثر بر سلامت را به سطوح منطقه‌ای و بومی توسعه داده‌اند. ایده دولت چندسطحی این است که دولت از تعامل بین عوامل دولتی و غیردولتی در سطوح مختلف قضایی، جغرافیایی و سازمانی با شکل‌ها و سطوح مختلف قدرت شکل می‌گیرد. (هوقه و مارکز، ۲۰۰۳).

دولت چندسطحی، که غالباً با دولت منطقه‌ای و جهانی در ارتباط است، از هر دو تعامل افقی و عمودی در صحنه‌های سیاست بومی، ملی، منطقه‌ای و جهانی بهره می‌گیرد. این دولت نقش مهم دولت‌های بومی را در رهبری رویکردهای جدید به سمت دولت سلامت پررنگ می‌کند. اتحادیه اروپا تعدادی از آژانس‌های تخصصی را در منطقه اروپایی به وجود آورده است؛ از قبیل مرکز اروپایی کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، آژانس اروپایی امنیت و بهداشت کار و مرجع امنیت غذای اروپا که پلی است بین منافع اتحادیه اروپا، کشورهای عضو اتحادیه و در نهایت، شهروندان.

شکل‌های جدید مشارکت در حکومت جهانی، توجه‌ها را به خود جلب کرده است. تعداد سازمان‌های همکار با سلامت جهانی به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. جنبش مشروع و موثر جهانی برای مقابله با اچ‌آی‌وی/ایدز به منظور جلوگیری از گسترش این بیماری، کاتالیزوری در امر توزیع [قدرت] دولت بوده است. UNAIDS برای این به وجود آمد که پاسخ‌ها را متناسب با چالش جهانی، سازگار و هماهنگ کند و جامعه مدنی را درگیر نماید. برنامه‌های دولت چندتولیتی جدید جای خود را به آژانس‌هایی مانند صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا داده است.

در سال ۲۰۰۱، مشارکت‌های بومی استراتژیک در مناطق بومی مهم در حوالی انگلیس برپا شد. این مجموعه‌های قانونی، تمام تولیدکنندگان بخش دولتی، صاحبان صنعت و تجارت و گروه‌هایی از جامعه مدنی را گرد هم می‌آوردند تا خدمات عمومی یکپارچه‌ای را در هر منطقه ارائه نمایند و بر رویکرد شکست‌خورده قبلی فایق شوند تا بتوانند خدمات دولتی مناسبی عرضه کنند.

رویکرد دولت یکپارچه نه تنها بر بهبود شرایط همکاری و تلفیق فعالیت‌های دولتی تأکید می‌کند، بلکه بر سازگاری و تلفیق اقدامات در حوزه اهداف اجتماعی‌ای که دولت معرفی می‌نماید نیز متمرکز می‌شود.

سلامت در تمام سیاست‌ها نیز یک رویکرد دولت یکپارچه است که درباره سلامت و رفاه، اولویت قائل می‌شود و تمام بخش‌ها، به جز خود بخش سلامت، را در هر دو جهت درگیر می‌کند: چگونه سایر بخش‌ها بر سلامت تأثیر می‌گذارند و چگونه سلامت بر سایر بخش‌ها تأثیر می‌گذارد. تحلیل «بخش‌های متقاطع» که توسط آژانس سلامت همگانی کانادا (۲۰۰۷) ارائه شد، تأیید کرد که به نظر می‌رسد تعادل در حال گذار از رفتار بین‌بخشی برای سلامت به رفتار بین‌بخشی برای اهداف اجتماعی است.

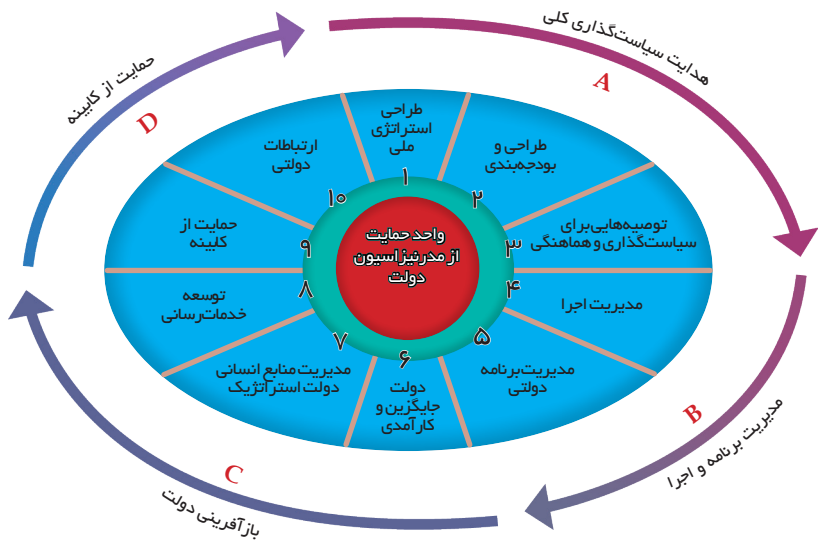
بر مبنای سیاست‌های مدرنیزاسیون موفق دولتی در کانادا، نیوزلند و سنگاپور، دولت فدرال امارات عربی متحده رویکردی همه‌جانبه برای دستیابی به دولتی منعطف‌تر، آینده‌نگرتر و اشتراکی‌تر طراحی کرد. این رویکرد موفق است چون سازمانی در مرکز دولت از فرآیند مدرنیزاسیون حمایت می‌کند و قدرت‌ش را از رهبری کشور اخذ می‌کند.

چنین سازمانی چهار نقش عمده دارد: حمایت از سیاست‌گذاری کلی از طریق استراتژی‌های ملی؛ تضمین مسوولیت و اقدامات مناسب از طریق مدیریت اجرایی و برنامه‌های مشارکتی میان‌بر؛ توانمندسازی دولت برای انعطاف‌پذیری و بازآفرینی از طریق اثربخشی سازمانی و مزیت خدمات؛ و حمایت از کابینه برای تصمیم‌سازی و حمایت از اجتماعات مرتبط. تصویر ۷ این نقش‌ها و فعالیت‌های مرتبط با آنها را نشان می‌دهد (مجمع اقتصاد جهانی، ۲۰۱۱)

رویکرد جامعه یکپارچه

رویکرد جامعه یکپارچه لایه دیگری از پیچیدگی را به توزیع [قدرت] دولت می‌افزاید. بیشتر چالش‌ها به چیزی بیش از رویکرد دولت یکپارچه نیاز دارند: حل مساله مستلزم درگیر شدن با بسیاری از ذی‌نفعان، به‌خصوص شهروندان، است. خط‌مشی‌ها و اتحادیه‌های بیشتری برای دستیابی به اهداف اجتماعی مشترک به وجود آمده‌اند. هدف رویکرد جامعه یکپارچه این است که تمام دولت را از طریق تاکید بر نقش‌های بخش خصوصی و جامعه مدنی و همچنین طیف وسیعی از تصمیم‌سازان سیاسی (مثلا اعضای پارلمان) گسترش دهد.

تصویر ۷. مدرنیزاسیون دولت



منبع: اقتباس از مجمع اقتصاد جهانی (۲۰۱۱)

شبکه‌های سیاست‌گذاری که در دولت شکل گرفته‌اند، به طور فزاینده‌ای گسترش می‌یابند تا عوامل اجتماعی دیگر را نیز در بر بگیرند، به خصوص برای حل مسایل دشواری مانند چاقی مفرط (دوبی و همکاران، ۲۰۰۹) و آمادگی پاندمیک (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹).

بر مبنای توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی درباره اینکه چگونه از رویکرد جامعه یکپارچه برای آمادگی پاندمیک بهره ببریم، اقدامات زیر به دولت‌ها توصیه می‌شود:

- یک کمیسیون میان‌دولتی یا یک گروه ضربت برای هماهنگ‌سازی اقدامات تاسیس شود.
- جایی برای تبادل نظر جامعه مدنی و بخش خصوصی در نظر گرفته شود.
- یک آژانس یا دپارتمان یا وزارتخانه موظف شود که آژانس‌ها یا سازمان‌های چندبخشی را با هم هماهنگ کند.
- طرح‌های تخصصی با طرح‌ها، نظارت‌ها و فرآیندهای مدیریت ملی ادغام شود.
- ساختارهای قانونی و اخلاقی برای سیاست‌گذاری برپا شود.
- طرح‌های روشن اقتصادی که دربرگیرنده حلقه‌ای از دستورها، نیروی انسانی، مواد و منابع مالی مورد نیاز تدوین شود و محل تامین منابع، تعیین شود.
- ساختارهای لازم تاسیس و آیین‌نامه‌های اجرایی استاندارد تدوین شود.
- حضور بخش خصوصی تشویق و ترغیب شود.
- طرح‌هایی در نظر گرفته شود تا فهم عمومی و سازگاری بین‌بخشی (مرزی) تسهیل شود.
- با کشورهای همسایه (از طریق میتینگ‌ها یا ورک‌شاپ‌ها) درباره ابعاد طرح‌هایی که آثار منطقه‌ای یا مرزی دارد، مشورت شود.
- گروه‌های اجتماعی که احتمال آسیب‌پذیری‌شان بیشتر است، شناسایی و معیارهایی برای حفاظت از آنها در نظر گرفته شود.
- آژانس‌ها و سازمان‌هایی که قادرند خدمات را به مناسب‌ترین شکل به

- جمعیت‌های آسیب‌پذیر در نقاط هدف ارائه کنند، تعیین شود.
- سطحی از دولت (ملی، منطقه‌ای، بومی یا جمعیتی) که مسؤول هر بخش از عمل است، تصریح شود.
- نصایح و اطلاعات لازم به کارشناسان بومی درباره طرح و تربیت و اشاعه موثر در تمام سطوح ارائه شود.
- سازمان‌های ملی و بین‌المللی درگیر شوند و هماهنگ‌کننده لازم در نظر گرفته شود.
- تمرین‌های لازم، دست‌کم به‌طور سالانه، آموزش داده شود تا استحکام طرح ارزیابی شود، مشکلات و شکاف‌های طرح شناسایی و متعاقباً اصلاح شود.
- بخش خصوصی، جامعه مدنی و سازمان‌های بین‌المللی در تمرین‌های مشابه درگیر شوند.
- درس‌هایی که آموخته شده است، ارزیابی شود.

رویکرد جامعه یکپارچه مستلزم ظرفیتی بیشتر و تازه‌تر برای ارتباطات و مشارکت در موقعیت‌های پیچیده و شبکه‌ای است و این امر نقش رسانه‌های جمعی و اقسام جدید ارتباطات را پررنگ می‌کند. هر بخش باید متناسب با استراتژی موجود، از منابع و صلاحیت خود خرج کند. با درگیر شدن بخش خصوصی، جامعه مدنی، افراد و جمعیت‌ها، رویکرد جامعه یکپارچه می‌تواند انعطاف‌پذیری تمام گروه‌ها را برای مقابله با عوامل تهدیدکننده سلامت، امنیت و رفاه افزایش دهد. پکت^(۱۰۶) (۲۰۰۱) می‌گوید: «مشارکت امر لازم‌الاجرا و بی‌چون‌وچرای جدید است.» رویکرد جامعه یکپارچه از دایره نهادها فراتر می‌رود: بر فرهنگ بومی و جهانی تأثیر می‌گذارد و رسانه‌های گروهی را بسیج می‌کند و همین‌طور بر جوامع روستایی و شهری و بخش‌های سیاست‌گذار مرتبط مانند تحصیلات، حمل و نقل، محیط زیست و حتی طراحی شهری اثر می‌گذارد؛ همانگونه که در ارتباط با موضوعاتی مانند چاقی مفرط و سیستم غذای جهانی توضیح داده شد.

به عنوان مثال، در سال ۱۹۸۷، گروهی از متخصصان مراقبت‌های ویژه در نیوزلند تصمیم گرفتند در پیشگیری از حوادث جاده‌ای درگیر شوند. هسته اصلی این فعالیت، گفتمان رایج در حوادث جاده‌ای را با رد کردن مفهوم قبلی تصادفات تغییر داد. این کمپین با استفاده هوشمندانه از ظرفیت رسانه‌های گروهی توانست به موفقیت دست پیدا کند و برای این منظور، هر تصادف و هر کشته و مجروحی را بی‌درنگ و بی‌رحمانه با شیوه‌های نوآورانه و شخصی‌شده به اطلاع عموم رساند. با همکاری وزارت بهداشت و مأمور مرگ‌های مشکوک در تصادفات جاده‌ای، به خوبی روی واژه تصادف در رسانه‌های گروهی مانور داده شد. نصب گاردریل میانی به یکی از سوژه‌های مورد بحث در رسانه‌های چاپی و الکترونیک و نیز مردم و مسوولان تبدیل شد. در ژوئیه ۱۹۸۸ در آکلند، اعتراضیه‌ای با ۱۶ هزار امضا به پارلمان ارائه شد. به خاطر فشار روزافزون بر وزارت حمل و نقل، نخست‌وزیر سیاست جدیدی را اعلام کرد که در آن «نصب گاردریل میانی در تمام اتوبان‌های جدید به عنوان بخشی از طراحی اتوبان در نظر گرفته شود و تمام اتوبان‌های قدیمی نیز از این منظر، بازسازی شوند.» این طرح تا سال ۱۹۹۲ در آکلند به انجام رسید (سازمان بهداشت جهانی، اداره منطقه‌ای اروپا، ۲۰۰۴).

رویکردهای جامعه یکپارچه، شکلی از دولت مشارکتی هستند که بر همکاری بر مبنای ارزش‌های هنجاری مشترک و اعتمادسازی بین عوامل متنوع اجتماعی تاکید دارند. این رویکردها معمولاً دربرگیرنده ابزارهایی هستند که خصوصیات سلسله‌مراتبی و تمرکزگرایی‌شان کمتر است. اهداف مشترکی مانند مردم سالم در ایالات متحده ۲۰۲۰ (دیویس، ۱۹۹۸؛ کارگروه فدرال، ۲۰۱۰؛ دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، ۲۰۱۰) مبنای مناسبی هستند. بسیاری از سیاست‌های اتحادیه اروپا مبنای مشابهی دارند و اگر مشورت‌های وسیعی که برای رسیدن به آن سیاست‌ها صورت گرفته را مفروض بگیریم، به این نکته خواهیم رسید که بیشتر این سیاست‌ها تمام‌ذی‌نفعان مرتبط و بخش‌های خصوصی و دولتی را، هر چند نه به اندازه یکسان، درگیر می‌کنند.

سیاست مردم سالم ۲۰۲۰ در ایالات متحده، میزان مشارکت گروه‌های مختلف مردم و نهادها را بازتاب می‌دهد. چشم‌انداز و مأموریت طرح، فراهم‌کننده ساختارها و راهکارهایی است که اهداف را قابل حصول می‌کند. مناطق مهم و خاصی که در آنها باید اقداماتی صورت گیرد تا ایالات متحده بتواند به شکل بهتری اهداف طرح مردم سالم ۲۰۲۰ را تامین کند، مشخص می‌شود. تحت رهبری کارگروه فدرال، ساختار طرح مبتنی است بر مشارکت بین دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده و آژانس‌های فدرال دیگر، سهام‌داران دولتی و کمیسیون‌های مشاور. در اتحادیه اروپا، سیاست‌گذاری به طرز فزاینده‌ای به این سمت می‌رود که (گریر و وانهرک^(۱۰۷)، ۲۰۱۰):

«اجماع غالباً مشروط و چندسطحی (درب‌گیرنده سطوح متعددی از دولت) در نظر گرفته می‌شود؛ یعنی سلسله‌طبقاتی نیست یا این خصوصیتش بسیار کم است؛ نقطه عزیمت از دموکراسی‌ای که در آن، مسئولیت به معنای شفافیت و همچنین نظارت دقیق نمایندگان است؛ ترکیبی از اهداف ساختاری تعیین شده از بالا و استقلال قابل‌ملاحظه واحدهای سطح پایین‌تر و عوامل و نمایندگان که اهداف عینی را بازتعریف کنند؛ و مبتنی بر شواهدی درباره اجرا و مشارکت در گزارش‌های مروری مشابه که نتایجش با آنهايي که از ابزارهای دیگر برای رسیدن به همان نتایج استفاده کرده‌اند، مقایسه شده است.»

اصطلاح دولت چندتولیتی، که از آن با عنوان دولت واگذارشده^(۱۰۸) نیز یاد می‌شود، به‌طور متناوب در بافت رویکردهای جامعه یکپارچه به کار می‌رود. ذی‌نفعان معمولاً درب‌گیرنده دولت، بخش خصوصی، سازمان‌های غیردولتی و سایر اعضای جامعه مدنی مانند نهادهای مدنی هستند (برگر و مایر^(۱۰۹)، ۲۰۰۳). این مفهوم، به‌ویژه در مبحث افزایش کارآمدی در حل مساله، وارد حوزه سلامت عمومی نیز شده است و همچنین از آن به عنوان دولت

نتیجه‌محور و مشروع نیز یاد می‌شود. اگرچه حالا درگیری جامعه مدنی به عنوان شاخصه‌ای از فرآیندهای دولتی به رسمیت شناخته شده، درگیری بخش خصوصی هنوز مورد بحث است، به ویژه در زمینه مشروعیت. به عنوان نمونه، برای افزایش دسترسی، برنامه «اقدام عاجل بریتیش کلمبیا» بیش از ۷۰ همکار، مشتمل بر سازمان‌های غیردولتی، کمیسیون‌ها، مدرسه‌ها و بخش‌های خصوصی دارد که برنامه‌ها و خدمات این طرح را در سرتاسر بریتیش کلمبیا اجرا می‌کنند. یک برنامه که به‌طور مشارکتی با بخش صنایع لبنی بریتیش کلمبیا اجرا می‌شود، ۹۰۰ یخچال برای مدارس خریداری کرده تا آنها بتوانند مواد غذایی تازه‌ای مانند شیر، میوه‌ها و سبزی‌های تازه را نگهداری و انبار کنند (شورای سلامت کانادا).



استاندارد
ساختارها
سازمانها
اهداف بلندمدت
رویکردها استاندارد
پویا
برنامه‌ریزی
ارتقا
تخصص
تحول
طراحی
پیگیری
تغییر
پویا
تغییر
اهداف بلندمدت
اقدامات
پویا
تغییر
تخصص
یادگیری
دولت
سلامت
ساختارها
طراحی
اهداف کوتاه‌مدت
حمایت

دولت سلامت و رفاه

بخش سلامت، طی چندین دهه، دریافته است که سلامت وابسته به سیاست‌ها و فرآیندهایی است که از بیرون حوزه سلامت سرچشمه می‌گیرند و تاریخچه مهم‌ترین پیشرفت‌های حوزه سلامت نیز این نظر را تایید می‌کند. رویکرد مطلوب به سلامت را به شیوه‌های متعددی توضیح داده‌اند: اقدامات بین‌بخشی برای سلامت، سیاست بهداشت همگانی و به‌تازگی، [ارعایت] سلامت در تمام سیاست‌ها، دولت در راستای سلامت و دولت در راستای عوامل موثر بر سلامت. بر مبنای مباحث مطرح‌شده در دو فصل نخستین این کتاب (درباره اقدامات دولت مدرن و ذات متغیر سیاست‌گذاری)، ما بحث‌مان را از درک فرآیندمحور و رابطه‌محور دولت، آغاز کرده‌ایم.

طبق گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (۲۰۰۸)، عوامل اجتماعی بسیاری را باید جزو علل سلامت یا عدم سلامت و بسیاری از اعمال سیاسی و اجتماعی شمرد که پیش‌نیاز گذار به سمت توزیع عادلانه [قدرت و سلامت] هستند. این امر، بیش از پیش، مباحث بین‌بخشی را با تعهد به رعایت عدالت [در سلامت] پیوند داد. با این حال، عدم موفقیت بسیاری از کشورها در دستیابی به هدف (درگیر شدن موثر و پایدار سایر عوامل موثر در بخش سلامت و همچنین عدالت در سلامت) نشان می‌دهد که برای پیشرفت در این حوزه، درک روشن‌تری از سلامت و دولت مورد نیاز است. این امر نیازمند تشخیص خطرهای نظام‌یافته و مشکلات هولناک است و به همکاری همه‌جانبه با رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه نیاز دارد. این را نیز باید پذیرفت که همگرایی، شرط لازم برای دستیابی به نتایج بهتر است. مهم‌ترین تغییری که تمام دولت و جامعه به آن احتیاج دارند، توجه به این

واقعیت است که سلامت و رفاه بیشتر و بهتر، یک هدف اجتماعی است که نیاز به همکاری همه‌جانبه دارد. توجه به سلامت در سیاست‌های مربوط به سایر بخش‌ها، در واقع، بخشی از همان تعهد اجتماعی برای پیشرفت در هر دو حوزه سلامت و دولت است.

تاریخچه دولت افقی در راستای سلامت (در ۳ موج)

موج اول: فعالیت بین‌بخشی و مراقبت اولیه

فعالیت بین‌بخشی به معنای تلاش بخش سلامت برای همکاری مشارکت‌جویانه با سایر بخش‌ها به منظور ارتقای سلامت جامعه است. در بیانیه آلمانی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۸) شرکت‌کنندگان در کنفرانس بین‌المللی مراقبت بهداشتی، اظهار داشتند که نقش دولت در حوزه سلامت، در تمام کشورها، اعم از توسعه‌یافته و در حال توسعه، در اواخر قرن بیستم نیاز به بازنگری و تقویت دارد و فعالیت بین‌بخشی، کلید ارتقای سلامت است. بر اساس این بیانیه، استراتژی سلامت باید به گونه‌ای قوام یابد که نه تنها خدمات سلامت فراهم شود، بلکه علل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی کاستی‌های سلامت نیز شناسایی شود.

این احضار برای هماهنگی و همکاری در راستای سلامت، می‌تواند اولین تلاش همه‌جانبه برای تاکید بر این موضوع قلمداد شود که حضور سایر بخش‌ها در سیاست‌گذاری‌های نوین سلامت، در ارتقای سلامت جامعه، نقش دارد. نوآوری دولت بر اساس مدلی از سیاست‌گذاری عقلانی که توسط (و تحت رهبری) بخش سلامت آغاز شده، شکل گرفته است. بخش سلامت از منطقی پیروی می‌کند که این همکاری را توجیه می‌کند و به سایر بخش‌ها (مانند بخش آموزش) نشان می‌دهد که چگونه برای ارتقای سلامت جامعه همکاری کنند و چگونه این همکاری، در عوض، به رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی کمک می‌کند. امروزه، عبارت فعالیت بین‌بخشی در راستای سلامت، برای نشان دادن طیف وسیعی از شیوه‌های فعالیت و تصمیم‌گیری‌های بین‌بخشی

به کار می‌رود. پیک و همکارانش (۲۰۰۸) مشارکت آمرانه را منسوخ اعلام کردند و فعالیت بین‌بخشی در راستای سلامت را این‌گونه تعریف کردند: «فعالیت‌هایی که توسط بخش‌هایی خارج از حوزه سلامت صورت می‌گیرد؛ فعالیت‌هایی که احتمالاً، و نه ضرورتاً، در مشارکت با بخش سلامت (درباره سلامت یا عدالت در سلامت یا عوامل موثر بر سلامت یا عوامل موثر بر عدالت در سلامت) صورت می‌گیرد».

موج دوم: ارتقای سلامت و سیاست‌گذاری عمومی سلامت

شیوه‌نامه آدلاید در خصوص سیاست‌گذاری عمومی سلامت (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۸) خاطرنشان می‌کند که «سیاست‌گذاری عمومی سلامت با توجه آشکار و نگاه خاص به بهداشت و تساوی حقوق در تمام حیطه‌های سیاست‌گذاری و پاسخگویی در خصوص آثار بهداشت در این حوزه‌ها مشخص می‌شود».

این حرکت به سوی ارتقای سلامت از طریق درگیر کردن سایر بخش‌ها در دهه ۱۹۸۰ تقویت شد. در برنامه ارتقای سلامت اوتاوا (دفتر ایالتی سازمان بهداشت جهانی در اروپا، ۱۹۸۸) از «سیاست عمومی سالم بنا کنید» به عنوان یکی از پنج شعار استراتژیک ارتقای سلامت یاد شده است. چهار استراتژی دیگر عبارت بودند از: «محیط‌های حمایتگر بسازید»، «اقدام جامعه را تقویت کنید»، «توانمندی‌های فردی را توسعه دهید» و «خدمات بهداشتی را بازسازی کنید». سیاست عمومی سلامت، مکمل این چهار استراتژی بود تا بتواند با کمک آنها به حداکثر کارایی دست یابد.

منشور اوتاوا به صراحت اعلام می‌کند که سلامت در بافت زندگی روزانه شکل می‌گیرد؛ جایی که مردم زندگی می‌کنند، عاشق می‌شوند، کار می‌کنند و به بازی و تفریح می‌پردازند. این رویکرد، مفهوم عوامل موثر بر سلامت را به چالش‌های محیطی و اختیارات مردم تعمیم داد. اگرچه درک این رویکرد از دولت همچنان بر دولت و سیاست‌گذاری بخش دولتی متمرکز بود، اما راه تفکر استراتژیک به سمت روش‌های نوین مشارکت و رویکردهای تازه‌تر را

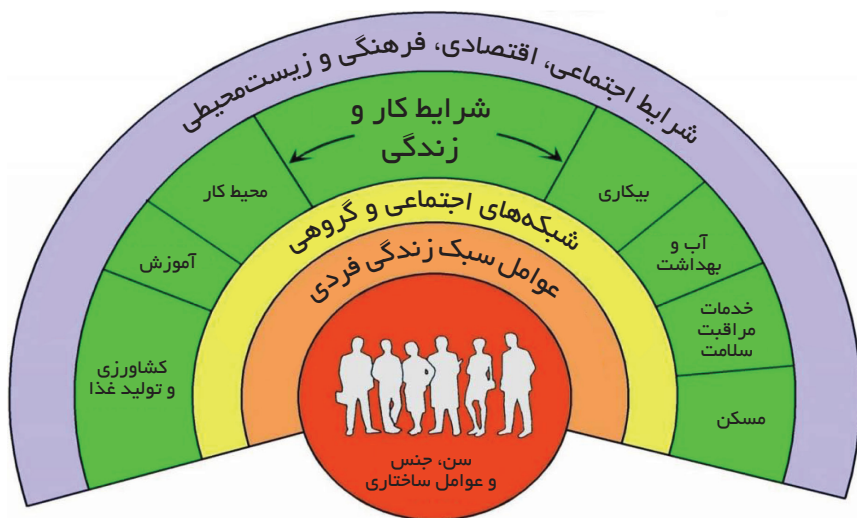
گشود. این تمرکز بر شیوه جدید زندگی و چالش‌های زیست‌محیطی، بازتنظیم بخش‌های دیگر، به جز سلامت، را هم در سطح ملی و هم در سطح بین‌المللی ایجاد می‌کرد، در حالی که تمرکز بر محیط‌های حمایتگر، دستاوردهای بیشتری در حوزه سلامت عمومی به همراه داشت؛ مانند پروژه شهرهای سالم اروپایی (سازمان بهداشت جهانی)، مدارس مروج سلامت و کارگاه‌های سالم. رویکرد ارتقای سلامت، وجه اشتراک سطوح مختلف دولت را با سرمایه‌گذاران و سازمان‌های مرتبط با بخش‌های دیگر (جز سلامت) هدف گرفت. متخصصان ارتقای سلامت، بیشتر به عنوان واسطه‌های سلامت در نظر گرفته می‌شدند، تا مجریان سلامت.

دومین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت که در سال ۱۹۸۸ در آدلاید استرالیا برگزار شد، بر مسایلی در حوزه سیاست‌گذاری متمرکز شد که مستلزم همکاری و هم‌افزایی بین بخش‌های مختلف دولت بود؛ مسایلی مانند سلامت زنان، غذا و تغذیه، دخانیات، الکل و ایجاد محیط‌های حامی سلامت. توصیه‌های (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۸) دولت‌ها را ترغیب کرد که بر مسایل زیربنایی سلامت جامعه متمرکز شوند؛ چیزی که امروزه از آن به عنوان علت‌العلل یاد می‌شود. آنها بر تساوی حقوق (عدالت در سلامت) به عنوان عامل موثر بر سلامت تاکید کردند و مفهوم مسوولیت‌پذیری در حوزه سلامت را مدنظر قرار دادند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷). این طرز تفکر منجر به ارزیابی تاثیر سلامت در سیاست‌گذاری‌ها شد.

ارتقای سلامت و سیاست‌گذاری سلامت عمومی باعث نوآوری‌های فراوانی در حوزه دولت شد و به این ترتیب، ارتقای سلامت، جایگاه خود را به عنوان بخشی کلیدی در سیاست‌گذاری عمومی سلامت باز یافت. اقداماتی مانند پروژه شهرهای اروپایی سالم (توسط سازمان بهداشت جهانی)، اهمیت اقدامات منطقه‌ای را یادآوری کرد و ارتباطات بین طراحی فضای شهر، فضای سبز، خانه، حمل و نقل، همسایگی و سلامت را دوباره در معرض دید گذاشت. در رویکردهای زمینه‌ای و شبکه‌ای، ارتقای سلامت و سیاست‌گذاری عمومی سلامت، اهمیت فزاینده‌ای یافته‌اند و نقشی فراتر از نقش مرسوم

سیاست‌گذاری ایفا می‌کنند. در این مدل نوآورانه اجتماعی، بخش سلامت نقش یک حامی و میانجی را بازی می‌کند. بیش از آنچه در موج اول اقدامات بین‌بخشی وجود داشت، موج دوم دریافت که سیاست‌گذاری‌های پیچیده باید علایق، منافع، ارزش‌ها و موقعیت نهادینه سازمان‌ها و آرزوهای فردی را در نظر بگیرد. بعد از گذشت دو دهه از تمرکز بر تغییرات رفتاری افراد، ارتقای سلامت نشان داد (همان‌طور که سایر حوزه‌های سیاست‌گذاری مانند محیط زیست نیز نشان دادند) که مشکلات باید در سطح علل زمینه‌سازشان بررسی شوند و استفاده از رویکردهای مشارکتی برای پرداختن به مشکلات ضرورت دارد. این مساله، مسوولیت سایر بخش‌ها را در امر سلامت و ارزیابی تاثیر ارتقای سلامت، سنگین‌تر کرد.

تصویر ۸: عوامل موثر بر سلامت جامعه



منبع: دالگرن و وایتهد^(۱۱۰) (۲۰۰۶)

امروزه عبارت‌های فعالیت بین‌بخشی و سیاست عمومی سلامت غالباً در یک معنا به کار می‌روند. به هر حال، فعالیت بین‌بخشی لزوماً دربرگیرنده یک مولفه سیاست‌گذارانه نیست و سیاست‌گذاری عمومی سلامت نیز الزاماً مستلزم فعالیت بین‌بخشی نیست. یک بخش مستقل، مانند اقتصاد یا آموزش، می‌تواند سیاست‌هایی را اعمال کند که به طور قابل‌ملاحظه‌ای بر سلامت تاثیر بگذارند، حتی بدون اینکه اصلاً بخش سلامت را در سیاستش دخیل کرده باشد. افزایش مالیات الکل، دخانیات و نوشابه‌های شیرین می‌تواند بر سلامت تاثیر بگذارد، حتی اگر این اقدام صرفاً به دلایل مالیاتی آغاز شده باشد.

موج سوم: سلامت در تمام سیاست‌ها

به تعبیر استال^(۱۱) و همکاران (۲۰۰۶):

«رویکرد «سلامت در تمام سیاست‌ها» آثار سیاست‌گذاری‌ها بر عوامل موثر بر سلامت را می‌سنجد، آن‌هم در زمانی که سیاست‌های سایر بخش‌ها تازه در مرحله طراحی، تصمیم‌سازی و انتخاب استراتژی است. این رویکرد، همچنین، تاثیر سیاست‌های موجود را به دقت بررسی می‌کند. هدف نهایی این است که با روشن ساختن روابط بین سیاست‌ها و مداخلات و همچنین روابط بین عوامل موثر بر سلامت و نتایجی که به دست آمده، مدارک مستندی برای سیاست‌گذاری در دسترس قرار گیرد.»

فعالیت بین‌بخشی در راستای سلامت، معمولاً به شکل پروژه‌هایی درمی‌آمد (اداره سلامت عمومی کانادا، ۲۰۰۷) که این موقعیت را فراهم می‌کردند تا تراز سلامت در دولت مورد ارزشیابی قرار بگیرد. در اروپا، پروژه‌های وسیع ارتقای سلامت، مانند هارتبیت ولز (کیپول و همکاران، ۱۹۹۹) و پروژه کارلیای

شمالی (پاسکا)^(۱۱۲) و همکاران، ۱۹۹۵) توان و تجربه بیشتری را در اختیار گذاشتند. به هر حال، مثال‌های اندکی از اقدامات موثر با رویکردی سیستمیک در سطح دولت وجود دارد که دیدگاه جامعه‌نگر داشته باشد. فنلاند به این دیدگاه نزدیک شده و در طول چند دهه اخیر، گذار از پارادایم سیاسی سابق را تجربه کرده است. رویکرد فنلاند به سلامت در دولت افقی، عمدتاً بر بازتعریف مفهوم سلامت در دولت، متمرکز بوده و این در نهایت به موج سوم سلامت در تمام سیاست‌گذاری‌ها انجامیده است. (پاسکا و استال، ۲۰۱۰)

در سال ۱۹۷۲، انجمن اقتصادی دولت فنلاند، سلامت را نیز در مذاکراتش گنجانده و سیاست عمومی فنلاند، سلامت همگانی و توزیع عادلانه سلامت را اولویت خود دانست. فنلاند از سال ۱۹۷۰ تا به امروز، رویکردهای مختلفی به سیاست سلامت افقی، به‌ویژه در واکنش به آمار بالای بیماری‌های قلبی عروقی در این کشور، داشته است. فنلاند در سال ۱۹۸۶ یک برنامه ملی سلامت را مبتنی بر فعالیت بین‌بخشی آغاز کرد که مبنای آن، مدل سیاست عمومی سلامت اوتوا بود (اداره منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی، اروپا، ۱۹۸۶). سیاست ملی، به ویژه در حیطه‌های کشاورزی و تجارت، واجد این فاکتور کلیدی بود که در بخش کشاورزی، سوبسیدهای محصولات چرب، مانند شیر پرچرب، کاهش یابد و در عوض، از این سوبسیدها برای بهبود کیفیت محصولات خانگی و سبزیجات استفاده شود. فنلاند، بر اساس همین تجربیات، در دوران ریاستش بر اتحادیه اروپا در سال ۱۹۹۹، طرحی را برای حفاظت از سلامت در تمام سیاست‌گذاری‌ها ارائه کرد. این امر در اتحادیه اروپا چندین پیامد داشت که یکی از مهم‌ترین آنها، راه‌اندازی بخش ارزیابی آثار سیاست‌ها بر سلامت، در تمام سیاست‌گذاری‌های اتحادیه اروپا، در سال ۲۰۰۰ بود.

فنلاند بر اساس تجربیاتش در زمینه دولت سلامت، در سال ۲۰۰۶، سلامت را در تمام سیاست‌گذاری‌های اتحادیه اروپا به عنوان یک معیار اساسی گنجانده

در پایان دوران ریاستش بر اتحادیه اروپا، این اتحادیه را به این اصول دعوت کرد:

- یک سازوکار پارلمانی ایجاد کند تا از اثربخشی همکاری‌های بین‌بخشی برای حداکثر حفاظت از سلامت در تمام سیاست‌گذاری‌ها اطمینان حاصل کند.
- تاثیر طرح‌های قانونی و غیرقانونی بخش‌های مختلف را بر بخش سلامت ارزیابی کند.
- تاثیر بر سلامت را، با تاکید بر رعایت عدالت در سلامت، در تمام تصمیم‌گیری‌های دولتی مورد ملاحظه قرار دهد.

سلامت در تمام سیاست‌ها مشخصاً ریشه در دو موج اول دارد (رویکردهای مشارکتی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و ارتقای سلامت) که قدرتش را مدیون فراگیری از آن دو موج و رفع نواقص آن دو است. سلامت در تمام سیاست‌ها، یک نوآوری در حاکمیت است که نقش کلیدی سلامت را در زندگی اقتصادی و اجتماعی قرن بیست و یکم شناخته و دولت را به چیزی فراتر از فعالیت بین‌بخشی و سیاست عمومی سوق می‌دهد، حتی اگر این عبارت‌ها کماکان به جای همدیگر استفاده شوند. سلامت در تمام سیاست‌ها، یک رویکرد شبکه‌ای به امر سیاست‌گذاری است که از طریق آن، رویکرد دولت یکپارچه با تمرکز بر سلامت، مبتنی بر پذیرش علایق و منافع متکثر در امر سیاست‌گذاری و ایجاد ارتباطات ساختاری بین سیاست‌گذاران، عملیاتی می‌شود تا بتوان از نتایج، اطمینان حاصل کرد.

به گفته کمیسیون مشاوره‌های مدیریتی استرالیا (۲۰۰۴):

«دولت یکپارچه، مرزها و چارچوب‌ها را برای بنگاه‌های خدمات عمومی مشخص می‌کند تا در آن محدوده، برای دستیابی به اهداف مشترک، فعالیت و مشارکت کنند تا از این رهگذر، دولت نیز بتواند به مسایل

مشخص، پاسخ مناسب بدهد. رویکردها می‌توانند رسمی یا غیررسمی باشند و بر توسعه امر سیاستگذاری، مدیریت برنامه‌ها یا ارائه خدمات متمرکز شوند.»

بیانیه آدلاید در خصوص سلامت در تمام سیاست‌ها (سازمان بهداشت جهانی و دولت استرالایای جنوبی، ۲۰۱۰) این رویکرد را به کار بسته و بر این باور است که دستیابی به توسعه انسانی و پایدار و رعایت عدالت در سلامت و حصول نتایج مطلوب سلامت، مستلزم تعهد اجتماعی تازه‌ای بین بخش‌های مختلف است؛ تعهدی که تحت رهبری دولتی یکپارچه و در تمام سطوح آن به اجرا درآید. دولت سلامت و رفاه، نیازمند هر دو رویکرد دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه است تا بتواند علت‌العلل مسایل هولناک بخش سلامت (از جمله چاقی مرضی و سلامت روانی) را مشخص کند. بخش سلامت باید در مجاورت بخش‌های دیگر بنشیند و با آنها گفتگو کند، نه اینکه همیشه بر صدر بنشیند. بخش سلامت باید این‌گونه تلقی شود: «یکی از نقش‌آفرینان بین‌بخشی در شبکه‌ای که گونه‌های جدیدی از رهبری، مهارت، اطلاعات و بینش را به کار می‌گیرد» (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷).

درگیر کردن بخش خصوصی و جامعه مدنی برای طراحی و اجرای سیاست‌ها، واجد اهمیت فزاینده‌ای است؛ به ویژه در مرحله گذار به جامعه اطلاعاتی؛ جامعه‌ای که قدرت و اطلاعات در سطوح مختلف آن توزیع می‌شود. مع الوصف، دولت، به ویژه در رابطه با توزیع ناعادلانه، باید شفاف و مقتدر عمل کند. اگر رویکرد دولت یکپارچه بتواند سازگارانه و توانمندانه به اجرا درآید، دولت می‌تواند امکاناتش را به نحو مطلوبی تجهیز کند و با مشارکت جامعه، ایده دولت سلامت و رفاه و عدالت را عملیاتی کند.

وزارت بهداشت: مفهومی مدرن که هنوز در حال شکل‌گیری است

تغییراتی نظیر آنچه در دولت اتفاق افتاده بود، در بخش سلامت نیز تجربه

شد و مفاهیم سلامت و رفاه، جایگاه خود را در حوزه‌های سیاست‌گذاری، در تعاریف سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، پیدا کردند. (سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، ۲۰۰۱). وزارتخانه‌های بهداشت مستقل و مجزا، پدیده‌ای نسبتاً جدید به حساب می‌آیند. در نیمه قرن نوزدهم، بسیاری از شهرها دپارتمانی مختص بهداشت (با اختیارات وسیع) داشتند. مثلاً مورد بهداشت نیویورک در سال ۱۸۴۹ این قدرت قانونی را داشت که: «برای حفظ سلامت شهروندان، هرچه لازم می‌داند، انجام دهد یا مقدمات انجامش را فراهم کند» (روزنبرگ^(۱۱۳)، ۱۹۶۲).

سپس وزارتخانه‌های بهداشت شکل گرفتند. در آلمان، به عنوان مثال، وزارت فدرال بهداشت به عنوان یک وزارتخانه مجزا در سال ۱۹۶۱ تأسیس شد. سپس این وزارتخانه دستخوش تغییر و تحولاتی شد تا بتواند مسوولیت سلامت جوانان، خانواده‌ها و زنان را نیز به عهده بگیرد و به این ترتیب، در سال ۱۹۹۱، به وزارتخانه‌ای مستقل تبدیل شود.

در سال ۲۰۰۲، این وزارتخانه مسوولیت امور اجتماعی را نیز عهده‌دار شد و این قبل از محدود شدن دوباره مسوولیتش به حیطه سلامت در سال ۲۰۰۵ بود. در فرانسه، دپارتمان‌های وزارتی حتی از این هم انعطاف‌پذیرترند و عملکردشان وابسته به سیاست نخست‌وزیر است. وزارت بهداشت فرانسه بعد از تأسیس‌اش در سال ۱۹۲۱ گسترش یافت و وظایف دیگری را نیز به عهده گرفت؛ وضعیت کار، پانسیون، خانواده، سالمندان و معلولین. وزارت بهداشت فرانسه مسوول وضعیت ورزش و زنان هم هست. در سوئد، وزارت بهداشت و امور اجتماعی مسوولیت خدمات اجتماعی و امنیتی، بهداشت و مراقبت طبی، بهداشت همگانی و حمایت از حقوق کودکان، سالمندان و معلولین را به عهده دارد. این وزارتخانه چهار وزیر دارد: یکی برای بهداشت و امور اجتماعی، یکی برای مسکن و خدمات عمومی، یکی برای امنیت اجتماعی و یکی برای کودکان و سالمندان.

در کشورهای اروپای غربی، وظایف وزارت بهداشت غالباً هنگام سازماندهی

مجدد، دستخوش تغییراتی می‌شود و این به خاطر افزایش توجه به بخش سلامت و مسایل آن است. انتقال مسوولیت بیمه‌ها از حوزه سلامت به حوزه اجتماعی، نمونه‌ای از همین امر است که در فرانسه رخ داده. چنین تصمیماتی محصول ملاحظات سیاسی هستند: در کشورهایی که توسط دولت موقوفه اداره می‌شوند، وظایف وزارتخانه‌ها بر مبنای در دسترس بودن وزرای احتمالی و میزان اعتبار و شان و شخصیت‌شان تعیین می‌شود.

وظایف وزارت بهداشت در کشورهای اروپای شرقی کمتر دستخوش تغییر می‌شود. به عنوان مثال، در کرواسی، وزارت بهداشت و وزارت کار و رفاه اجتماعی در سال ۲۰۰۳ ادغام شدند و وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی تاسیس شد. مجارستان یک استثناست که در آن، بعد از انتخابات آوریل ۲۰۱۰، وظایف وزارت بهداشت دستخوش تغییرات دور از دسترس شد و یک ابروزارتخانه^(۱۴) به وجود آمد؛ یک وزارت منابع ملی که مسوول رسیدگی به امور اجتماعی، سلامت، آموزش، جوانان، ورزش و فرهنگ است. اما ساختار و محتوای وزارت بهداشت در کشورهای آسیای مرکزی ثابت‌تر بوده است. به عنوان مثال، وظایف وزارت بهداشت در قزاقستان و ترکمنستان از همان سال ۱۹۹۱ که این دو کشور مستقل شدند و صاحب وزارتخانه شدند، تا به امروز، هیچ تغییر محتوایی نداشته است.

در قرن بیستم، نقش اصلی وزارت بهداشت این بود که مراقبت‌های اولیه را سازماندهی کند؛ امری که به یک چالش مالی و سازمانی تبدیل شد. بهداشت همگانی معمولاً از اولویت لازم برخوردار نبوده و فقط وزارتخانه‌های معدودی به طور سازماندهی شده از رویکرد سلامت در تمام سیاست‌ها استفاده کرده‌اند. علی‌رغم گذار اپیدمیولوژیک به بیماری‌های غیرواگیر، تمرکز [برخی کشورها] همچنان بر درمان و مراقبت باقی مانده؛ به جای اینکه بر ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها متمرکز شوند. به علاوه، بیشتر کشورها توجه چندانی به سیاست‌گذاری بخش‌های دیگر ندارند، اگرچه بر اهمیت ارتباطات بین‌بخشی در مستندات فراوانی در زمینه سیاست‌گذاری سلامت تاکید شده و اداره

منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا (۱۹۸۴) نقش سلامت در تمام سیاست‌ها را پررنگ کرده است. در قرن بیست و یکم، نقش وزارت بهداشت باید به گونه‌ای تغییر یابد که با رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه سازگار شود. بخش سلامت، بخشی از یک شبکه گسترده با انواع جدیدی از رهبری، مهارت‌ها، اطلاعات عمومی و محرمانه است که از آنها برای دستیابی به اهداف اجتماعی از طریق سازوکارهای مشارکتی استفاده می‌نماید.



دولت مطلوب سلامت و رفاه

دولت مطلوب چیست؟

برخی سازمان‌های بین‌المللی (نظیر اتحادیه اروپا، بانک جهانی و سازمان همکاری و توسعه اقتصادی)، تعریف و تبیین مشخصی از اصول حکمرانی مطلوب را به دولت‌ها ارائه داده‌اند. به عبارتی، این اصول تبیین شده‌اند تا به‌طور موازی با دستورالعمل‌های موجود، الگوی رفتاری استاندارد را در اختیار سازمان‌های دولتی بگذارند. به تازگی برخی از این الگوهای استاندارد، حتی در سازمان‌های غیردولتی نیز، مورد استفاده قرار گرفته است. درک قابل‌تاملی از دولت مطلوب را می‌توان در این تعریفی که بانک جهانی ارائه داده است، مشاهده کرد (بانک جهانی، ۲۰۱۱):

«دولت مجموعه‌ای از قوانین، آداب و رسوم، سازمان‌ها و سازوکارهاست که به واسطه آنها قدرت اعمال می‌شود تا دستیابی به اهدافی مطلوب و مشترک، میسر گردد. این امر مشتمل است بر: ۱) فرآیندی که طی آن، مسوولان برگزیده، پایش و جایگزین می‌شوند، ۲) ظرفیتی که به واسطه آن، دولت به مدیریت منابع و تبیین و اجرای سیاست‌های خود می‌پردازد، و ۳) پذیرش و احترام شهروندان و مسوولان نسبت به نهادهایی که رابط تعاملات اقتصادی و اجتماعی هستند.»

تلاش بسیاری از خیریه‌ها و موسسه‌های اقتصادی کلان، این بوده که با ایجاد اصلاحات لازم، بستری را در دولت مطلوب به وجود آورند که مهبیای دریافت وام‌ها و کمک‌های مورد نیاز باشد تا از این رهگذر، به استاندارد نظیر آنچه در

اتحادیه اروپا تبیین شده، دست یابند. دولت مطلوب، به روایت «برنامه توسعه سازمان ملل متحد»^(۱۵)، دولتی است که مسئولیت‌پذیر، شفاف، پاسخگو، منطقی، جامع، کارآمد، موثر، مشارکتی، متعهد به رای مردم و پایبند به قانون باشد. (تصویر ۹)

فیدلر و زابو (در دست انتشار) معیارهای بیشتری برای تخمین میزان شایستگی یک دولت مطلوب در حیطه سلامت ارائه کرده‌اند و تحلیلی از نقش دولت در حوزه سلامت، در اروپای مرکزی و اروپای شرقی، به دست داده‌اند.

در سال ۲۰۱۲، اتحادیه اروپا با رویکردی مشابه، و البته جامع‌تر، تعریف دیگری از دولت مطلوب ارائه کرد: «دولت مطلوب، دولتی است که به تحکیم و توسعه دموکراسی و حقوق بشر کمک کند، زمینه شکوفایی اقتصادی و همبستگی اجتماعی را فراهم آورد، فقر را به حداقل برساند، از منابع طبیعی مراقبت و استفاده بهینه کند و اعتماد عمومی به دولت و مدیریت دولتی را جلب نماید.» بنابراین دولت مطلوب، مجموعه‌ای از استانداردهاست که عملکردش به تعامل مطلوب سیاست‌ها، بخش‌ها و مجریان منجر شود.

از این منظر، می‌توان گفت که دولت مطلوب، بیش از آنکه یک فرآورده باشد، یک فرآیند است؛ و بیش از آنکه مجموعه ثابتی از عوامل مختلف باشد، مجموعه‌ای از عوامل پویاست. دولت مطلوب، غایت مطلوبی است که اگر به درک درستی از آن نرسیم، حتی با به‌کارگیری قواعد آن، شاید نتوانیم به اهداف مطلوبش دست یابیم. درک مفهوم دولت مطلوب، یک ضرورت است؛ هرچند که بعضی‌ها این مفهوم را صرفاً به این حد تنزل داده‌اند که دولت مطلوب، قدرتی است که با فساد مبارزه می‌کند و جلوی گسترش فساد در جامعه جهانی را می‌گیرد.

۸ موردی که در تعریف «برنامه توسعه سازمان ملل» از دولت مطلوب ارائه شده، می‌تواند به هر سیستم بهداشتی کمک کند که تحلیل درستی از حرکت خود به سمت دولت مطلوب داشته باشد. ابزارها و سازوکارهای متعددی برای این ارزیابی ارائه شده‌اند؛ برای مثال، به‌کارگیری دولت دیجیتال برای افزایش

توأمان شفافیت و مشارکت. گاهی عبارت «دولت مطلوب»^(۱۶) را با «دولت اخلاقی»^(۱۷) مترادف می‌دانند اما «دولت مطلوب سلامت و رفاه» با دو حوزه وسیع‌تر نیز در ارتباط است: یکی، رابطه بین ارزش‌ها و شواهد؛ و دیگری، نقش سیستم‌های ارزشگذاری در دولت اخلاقی. ما چهار جهت‌گیری ارزشی [در این مطالعه] پیشنهاد کرده‌ایم.

تصویر ۹: دولت مطلوب



منبع: برنامه توسعه سازمان ملل، ۱۹۹۷

نقش سیستم‌های ارزشگذاری

امروزه ارزش‌ها در مباحث حوزه سلامت، نقشی مرکزی یافته‌اند و از مطالبه‌ای عمومی برای حرکت به سمت دنیایی تکثرگرا پرده برمی‌دارند. جوامع دموکراتیک به طور مستمر در این باره بحث می‌کنند که چگونه می‌شود جامعه‌ای مطلوب ساخت. کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی، خود را به ارزش‌های مندرج در اساسنامه این سازمان که در سال ۱۹۴۶ تبیین شده و بسیاری از اسناد و مدارک دیگری که در سطوح منطقه‌ای و جهانی موجود است، متعهد می‌دانند. فراخوان سلامت برای همه، ارزش عدالت در سلامت را پررنگ‌تر کرده و استراتژی سازمان بهداشت جهانی در زمینه اچ آی وی/ایدز تحت رهبری جانائاتان مان، جان دوباره‌ای به تلاش جهانی برای احقاق حقوق بشر داده است. با توجه به فشارهای بیرونی متعدد، این اقدامات معمولاً به آسانی قابلیت اجرا در سطوح ملی پیدا نمی‌کنند. در سال ۱۹۸۴، کشورهای اروپایی عضو سازمان بهداشت جهانی، در خصوص مجموعه‌ای از ارزش‌ها در راستای دستیابی به هدف «سلامت برای همه»^(۱۱۸) به توافق رسیدند (دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا، ۱۹۸۵). در ژوئن ۲۰۰۶، وزرای بهداشت کشورهای عضو اتحادیه اروپا توافق کردند که خدمات بهداشتی باید با ملاحظه «ارزش‌های جهان‌شمول، دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی مطلوب، عدالت در سلامت، همبستگی و انسجام خدمات» ارائه شود. (شورای اتحادیه اروپا، ۲۰۰۶). این شورا بیانیه خود را بر اساس این اصول و ارزش‌های مشترک صادر کرد:

- جهان‌شمولی^(۱۱۹) به معنای تضمین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای هر فرد است.
- عدالت در سلامت به معنای دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی بر اساس نیاز است، بدون در نظر گرفتن نژاد، جنسیت، سن و موقعیت اجتماعی یا توان مالی.
- همبستگی و انسجام خدمات با طرح‌های اقتصادی سیستم بهداشت و

درمان در ارتباط است. این امر در کشورهایی محقق می‌شود که برای دسترسی تمام شهروندان به مراقبت‌های بهداشتی لازم و تخصیص عادلانه هزینه برای خدمات بهداشتی و درمانی آنها، اطمینان‌های لازم را به وجود آورند. این یکی از دستاوردهای بیمه سلامت اجتماعی است که به موجب آن، اغنیا به فقرا یارانه می‌دهند و افراد سالم به افراد بیمار.

- دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مطلوب، به تعهدات دولت برای ارائه مطلوب‌ترین مراقبت‌های بهداشتی اشاره دارد؛ مراقبتی که بیمارمحور و متناسب با نیازهای بیمار باشد.

این ارزش‌ها باید در سیستم بهداشتی کشورهای اروپایی عضو سازمان بهداشت جهانی همچنان در مرکز توجه باشند. همانطور که اشاره شد، درک سلامت، امروزه، از نظام سلامت فراتر می‌رود. تامین و توجه به بهداشت و درمان، امروزه، یکی از اجزای ضروری دولت مطلوب است که برای دستیابی به آن، هم دولت باید سهم مسوولیتش را ادا کند، هم جامعه. بنابراین سلامت باید بر مبنای ارزش‌ها و اصولی فراتر از محدودیت‌های کنونی سیستم بهداشت و درمان، پایه‌ریزی شود. این نکته را بژارن هانسن^(۱۲۰)، در سال ۲۰۰۹، در دورانی که مسوولیت وزارت بهداشت نروژ را به عهده داشت، به درستی مورد تاکید قرار داد (استراند^(۱۲۱) و همکاران، ۲۰۰۹):

«کاهش بی‌عدالتی در حوزه سلامت، یکی از چالش‌های عمده دولت‌هاست که دستیابی به آن، مستلزم همکاری‌های بین‌بخشی است. اگر می‌خواهیم عدالت در سلامت را تامین کنیم، این تنها راهی است که پیش روی ماست. دولت نروژ، خود را به تامین این هدف، متعهد می‌داند؛ هدفی که به موجب آن، تمام شهروندان فرصت‌های برابری برای دستیابی به زندگی سالم خواهند داشت.»

تجزیه و تحلیل متون موجود در این زمینه نشان می‌دهد که چهار مفهوم

- به هم پیوسته می‌توانند ساختار ارزشی دولت مطلوب سلامت را تبیین کنند:
- سلامت به مثابه یکی از حقوق بشر^(۱۲۲)؛
 - سلامت به مثابه یکی از عوامل رفاه^(۱۲۳)؛
 - سلامت به مثابه یک کالای عمومی و جهانی^(۱۲۴)؛ و
 - سلامت به مثابه عدالت اجتماعی^(۱۲۵).

سلامت به مثابه یکی از حقوق بشر

سیاست جدید اروپا برای سلامت (سلامت ۲۰۲۰) مبتنی بر توافق سیاستگذاران سلامت درباره این موضوع است که سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت می‌توانند به‌طور مستقیم بر حقوق بشر تأثیر بگذارند و از سوی دیگر، عدم احترام به حقوق بشر می‌تواند پیامدهای وخیمی برای سلامت داشته باشد. حمایت از حقوق بشر، کلید حمایت از بهداشت همگانی است. بنابراین اگر رویکرد دولت به مقوله سلامت، مبتنی بر رعایت حقوق بشر باشد؛ سلامت و عوامل مرتبط با آن را به عنوان یک حق برای شهروندان به رسمیت می‌شناسد و تحقق می‌بخشد.

سلامت، حق مسلمی از حقوق بشر است که در بسیاری از معاهدات بین‌المللی و کنوانسیون‌ها به رسمیت شناخته شده و به تأثیرگذاری آن بر سایر حقوق بشر اشاره شده است؛ مثلاً در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۶)، در اعلامیه جهانی حقوق بشر (مجمع عمومی سازمان ملل متحد، ۱۹۴۸) و در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (مجمع عمومی سازمان ملل متحد، ۱۹۶۶).

هر دولتی حداقل یکی از معاهدات بین‌المللی حقوق بشر در زمینه سلامت را به رسمیت شناخته است. حق سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در قانون اساسی ۱۱۵ دولت مورد توجه و تأکید قرار گرفته است. اما در اغلب موارد، تعبیری که از این حق شده، صرفاً در حد دسترسی فرد به مراقبت‌های بهداشتی و تسهیلات پزشکی محدود شده است؛ در حالی که حق برخورداری از سلامت شامل عوامل دیگری که به زندگی سالم می‌انجامد نیز می‌شود؛ از

جمله برخورداری از:

- آب آشامیدنی سالم و بهداشتی؛
- تغذیه سالم؛
- مسکن مناسب؛
- کار سالم و سلامت شغلی؛
- اطلاع‌رسانی و آموزش‌های مرتبط با سلامت؛ و
- برابری جنسیتی.

همانطور که توسط هیات عالی‌رتبه حقوق بشر در سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸) نیز اشاره شده، حق سلامت می‌تواند دربرگیرنده مجموعه‌ای از حقوق و آزادی‌های مسلم باشد، از جمله:

- حق برخورداری از یک سیستم مراقبت از سلامت که فرصت برابری برای بهره‌مندی از بالاترین سطح مراقبت‌های بهداشتی را برای همه افراد فراهم نماید؛
- حق پیشگیری، درمان و کنترل بیماری؛
- حق دسترسی به داروهای ضروری؛ و
- حق بهداشت مادر و کودک و بهداشت باروری.

بنابراین، بهداشت و درمان به مثابه یکی از حقوق بشر، هم یک الزام قانونی است، هم یک رویکرد ارزشی به مقوله سلامت برای نیل به بهداشت همگانی. اگرچه سیاست دولتی معمولاً پیرو کلیشه‌های سیاسی و اخلاقی مرسوم در قرن بیست و یکم است، هیچ‌یک از بخش‌ها یا بازیگران موثر در عرصه سیاست، مجاز به تخطی از حقوق بشر نیستند؛ چرا که حقوق بشر به عنوان یک ارزش محوری در «دولت مطلوب سلامت و رفاه» شناخته می‌شود. با در نظر گرفتن مفاهیم حق و تکلیف، می‌توان گفت که حق شهروندی بیانگر حق

گروه خاصی از مردم است که دولت مکلف است آن را به رسمیت بشناسد (جنسون^(۱۲۶)، ۲۰۰۹). به هر حال، امروزه حقوق بشر از آن مفهوم سنتی حق شهروندی که در قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم تبیین شده بود، فراتر می‌رود و مفهومی جهانی و خدشه‌ناپذیر می‌یابد که مبتنی بر رعایت شان انسان است، نه وابسته به نظام حقوق مدنی و سیاسی رژیم‌های مختلف که قاعدتا مرزهای تعریف‌شده‌ای برای مسوولیت‌ها و نقش‌های دولت، بازار، جامعه و فرد در نظر می‌گیرند.

سلامت به مثابه یکی از عوامل رفاه

ارزش تولید ثروت اجتماعی و رشد اجتماعی (و نه رشد اقتصادی که صرفاً با معیار تولید ناخالص ملی سنجیده می‌شود) بارها در سطوح بین‌المللی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. از سال ۱۹۹۰، سازمان ملل متحد، به طور منظم، میزان رفاه کشورهای را با شاخص پیشرفت انسانی مورد سنجش و ارزیابی قرار داده و هدفش از این کار را انتقال مرکز ثقل اقتصاد توسعه (از حسابرسی درآمد ملی به سیاست‌های مردم‌محور) عنوان کرده است (برنامه توسعه سازمان ملل، ۲۰۱۱). از سال ۲۰۱۰، این شاخص، سه معیار را در هم آمیخته است:

- زندگی طولانی و سالم: امید به زندگی در بدو تولد؛
 - دسترسی به دانش و اطلاعات: میانگین سال‌های تحصیل و سال‌های مورد انتظار برای تحصیل؛ و
 - استانداردی مناسب و معقول برای زندگی: درآمد خالص ملی سرانه.
- در شاخص پیشرفت انسانی سال ۲۰۱۱ (برنامه توسعه سازمان ملل متحد، ۲۰۱۱)، رتبه کشورهای اروپایی عضو سازمان بهداشت جهانی، در بین ۱۸۷ کشور جهان، از ۱ (بسیار بالا) تا ۱۲۷ (متوسط) متغیر بوده است. سیاستگذاری در راستای سلامت و رفاه یکی از جهت‌گیری‌های مهم سیاست‌گذارانه در قرن بیست و یکم قلمداد می‌شود که می‌تواند طیف وسیعی از امکانات را برای همکاری‌ها و مشارکت‌های معطوف به سلامت جلب نماید. به همین دلیل،

بسیاری از سازمان‌ها و کشورهای اروپایی به بازتعریف اهداف خود پرداخته‌اند؛ به عنوان مثال، کمیسیون اروپا (۲۰۰۹) با صدور بیانیه‌ای (با عنوان «تولید ناخالص ملی و فراتر از آن») اعلام کرد که میزان و متد پیشرفت در جهان متغیر امروزی را با همکاری پارلمان اروپا، باشگاه رم، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی و صندوق جهانی محیط زیست مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد.

در طول دهه گذشته، برخی کشورها (از جمله استرالیا، کانادا و هلند) با کوشش فراوان توانستند رفاه در سطوح ملی را به حد قابل قبولی برسانند. در انگلستان، دفتر آمار ملی، ارائه مشاوره‌هایی در خصوص رفاه را آغاز کرده و این کار را با در نظر گرفتن دیدگاه‌های شهروندان و سازمان‌ها به انجام رسانده است. در پارلمان آلمان، کمیسیون تحقیقات در زمینه رشد، رفاه و کیفیت زندگی از ژانویه ۲۰۱۱ آغاز به کار کرد تا میزان پیشرفت مقیاس‌های ملی را با معیارهای زیست‌محیطی، اجتماعی و فرهنگی مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد. در فرانسه، در سال ۲۰۰۹، کمیسیون پایش عملکرد اقتصادی و پیشرفت اجتماعی، پیشنهادهاتی در خصوص شیوه سنجش رفاه اجتماعی مطرح کرد (استیگلیتز و همکاران، ۲۰۰۹). شورای اروپا، دستورالعمل «رفاه برای همه» را با تاکید بر این نکته تبیین کرد که رفاه به دست نمی‌آید، مگر آن که همه در آن سهم داشته باشند. باشگاه مادرید که برخی مسوولان قدیمی دولت در آن حضور داشتند، گردهمایی‌هایی ترتیب داد که در آنها پروژه‌های اجتماعی مشترک مورد بحث و بررسی قرار گرفت تا مسوولان کنونی، از این رهگذر، دریابند که سیاستگذاری مناسب می‌تواند منجر به تقویت انسجام اجتماعی شود و بر رفاه عمومی، عملکرد اقتصادی و پیشرفت اجتماعی تاثیر بگذارد (بیرکاوز و مک‌کارتنی^(۱۲۷)، ۲۰۱۱).

بر اساس تغییراتی که در ارزشگذاری‌ها به وجود آمده و باعث شده که موفقیت یک جامعه را، پیش و بیش از شاخص‌های اقتصادی، با شاخص‌های بهداشتی و رفاهی بسنجند؛ اکنون سلامت به عنوان یک جزء اساسی از اجزای رفاه تعریف می‌شود و به عنوان معیاری بنیادین در سنجش میزان موفقیت

جامعه، مورد توجه قرار می‌گیرد.

این قبیل تغییرات باعث شده‌اند که امروزه در اقتصاد، پیش و بیش از میزان تولید کالا، بر سلامت و رفاه تاکید شود؛ شاخصی که خود با شاخص‌های دیگری از قبیل آموزش و امنیت در ارتباط است و به تعبیر رابرت کندی در سخنرانی مشهورش در دانشگاه کانزاس آمریکا در سال ۱۹۶۸: «تولید ناخالص ملی، آن چیزی نیست که باعث ارتقای سلامت فرزندان ما، بهبود کیفیت آموزش آنها و لذت بردنشان از بازی و زندگی شود.» (موزه و کتابخانه ریاست جمهوری آمریکا، ۱۹۶۸). بنابراین دستیابی به رفاه نیاز به جهش دارد؛ جهشی از اهداف محدود و فردی به اهداف مشترک و اجتماعی؛ و همچنین نیاز به تعهد دارد، نه تنها در بالاترین سطوح دولتی، بلکه در تمام سطوح جامعه. پس از بررسی معیارهای نظری رفاه، می‌توان از تجارب عملی برای تایید آن نظریات سود جست.

سلامت به مثابه یک کالای عمومی و جهانی

برخی چالش‌های جهانی مانند تغییرات اقلیمی و همه‌گیری بیماری‌های عفونی (به عنوان مثال، شیوع سارس در سال ۲۰۰۰ و عفونت اشریشیاکولی در سال ۲۰۱۱) منجر به بازنگری در برخی ارزش‌های عمومی و بازخوانی برخی کالاهای عمومی از قبیل صلح و امنیت، نظم و قانون، علایم راهنمایی و رانندگی و قوانین ترافیک جاده‌ای شد. اگر تولید و عرضه این قبیل کالاهای عمومی در حد کفایت باشد، همه از آن بهره‌مند می‌شوند و اگر کمتر از حد نیاز باشد، همه به سختی می‌افتند. وقتی چالش‌ها و عوامل موثر بر آنها، مرزها را درمی‌نوردند و دولت ملی در مواجهه با آنها ناکارآمد می‌شود؛ کالاهای عمومی، جنبه جهانی پیدا می‌کنند. در چنین شرایطی، خدماتی که یک بار توسط مقامات ملی و محلی تضمین شده‌اند، به همکاری‌های بین‌المللی در سطوح منطقه‌ای و جهانی نیاز پیدا می‌کنند. بسیاری از چالش‌های جهانی در حوزه سلامت و همین‌طور راه‌حل این چالش‌ها جزو کالاهای عمومی و جهانی طبقه‌بندی می‌شوند. در سطح ملی، سیاستگذاری در حوزه کالاهای عمومی،

چالش‌های خاصی را در بر می‌گیرد که از آنها با عنوان مشکلات جمعی یاد می‌شود. هر کالایی ممکن است به شیوه‌ای متفاوت، برای افرادی متفاوت و با انگیزه‌هایی متفاوت، تولید شود. ارائه کالاهای عمومی و جهانی، یک اقدام دولتی بسیار پیچیده است که عوامل، سطوح و بخش‌های مختلفی را درگیر می‌کند؛ مثلاً در اپیدمی آنفولانزای خوک^(۱۲۸) در سال ۲۰۰۹، بسیاری از دولت‌ها و سازمان‌ها در کشورهای مختلف مجبور به مداخله شدند و بسیاری از بخش‌های سازمان بهداشت جهانی، نقش مهمی ایفا کردند؛ صنعت داروسازی به تولید واکسن پرداخت و در نهایت، بسیاری از مردم در سراسر جهان به دنبال اطلاع‌رسانی‌هایی که توسط رسانه‌های جمعی و سایر عوامل موثر صورت گرفته بود، به اقدامات پیشگیرانه عمومی و یا درمان عمومی بیماری (مثلاً در مدرسه یا اداره) پرداختند. عرضه موفق کالاهای عمومی و جهانی مستلزم یک فرآیند همه‌جانبه است؛ فرآیندی که در آن، تمام کشورها اصلاحاتی را در سطوح ملی برای دستیابی به سلامت و رفاه انجام دهند؛ نظیر همان اقدامات جهانی که برای کنترل سل صورت گرفت. سلامت به مثابه یک کالای عمومی و جهانی، می‌تواند یک نظام ارزشی خلق کند که نیاز به دولت کارآمد و دارای وابستگی‌های متقابل را تبیین کند. اقدامات سازمان ملل متحد در رابطه با اچ‌آی‌وی/ایدز، تغییرات اقلیمی و بهداشت مادر و کودک، انعکاسی از همین تعهد به کالاهای عمومی و جهانی است (اور^(۱۲۹)، ۲۰۱۱).

سلامت به مثابه عدالت اجتماعی

تعریف دولت مطلوب در اروپا ارتباط عمیقی با تعریف عدالت در سلامت دارد. بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در کشورهای اروپایی عضو سازمان بهداشت جهانی (مکناخ^(۱۳۰) و همکاران، ۲۰۰۸) نشان داده است که نابرابری‌های بهداشتی گسترده‌ای در سراسر منطقه و در درون هر یک از این کشورها وجود دارد و این نابرابری عمیق‌تر خواهد شد، مگر این که اقدامی فوری برای مقابله با آن صورت پذیرد. شواهد موجود حاکی از آن است که هرچه موقعیت اجتماعی یک فرد پایین‌تر باشد، احتمال اینکه از نظر سلامت

نیز اوضاع نامناسب‌تری داشته باشد، بیشتر خواهد بود. با این حال، در بیشتر موارد، شواهد کافی برای بسیج اعتراض عمومی یا متقاعد کردن دولت به اینکه رفع بی‌عدالتی را در اولویت کارهایش قرار دهد، وجود ندارد.

بسیاری از عوامل موثر بر نابرابری‌های بهداشتی (از قبیل اشتغال، مسکن، شرایط زیست‌محیطی، سطح درآمد، امنیت، آموزش و پرورش و منابع جامعه) خارج از کنترل مستقیم وزارت بهداشت هستند. در عین حال، بسیاری از عوامل موثر بر «عدالت در سلامت»^(۱۳۱) در بخش‌های دیگری واجد اولویت‌اند؛ از جمله در نظام آموزشی، انسجام اجتماعی، کاهش فقر و افزایش انعطاف‌پذیری و رفاه جامعه. این عوامل گویای یک نقطه مشترک در میان بخش‌هایی هستند که اگر به توزیع آنها توجه شود، منافع بسیاری در حوزه سلامت حاصل می‌شود.

بسیاری از کشورهایی که تجربه‌ای طولانی در مقابله با نابرابری‌های بهداشتی داشته‌اند، در حال چرخش به سمت رویکردی مبتنی بر اهداف مشترک‌اند؛ اهدافی که جزو عوامل موثر بر «عدالت در سلامت» هستند و برای سایر بخش‌ها نیز حائز اهمیت‌اند. امروزه از عدالت در سلامت، به‌طور فزاینده‌ای، به عنوان یکی از شاخص‌های پیشرفت یاد می‌شود. عدالت در سلامت را می‌توان یک نظام ارزشی قلمداد کرد که نفع آن، از منظر انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی، به تمام بخش‌ها و تمام سطوح جامعه خواهد رسید. در رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه، یک عرصه جدید برای اقدامات عدالت‌طلبانه دولت و جامعه، این است که از ابزارها و سازوکارهای جدید و نیرومند استفاده کنند تا به وسیله آنها، صدای اقشار مختلف جامعه و نمایندگان آنها را به گوش تصمیم‌سازان برسانند.

رابطه ارزش‌ها و شواهد

دولت مطلوب در یک جامعه اطلاعاتی و آگاه، واجد سه مولفه است: دانش، روش‌های مجاز یا قانونی، و ارزش‌های اجتماعی (کلینک و رن^(۱۳۲)، ۲۰۰۶). تولید مشترک اطلاعات توسط دولت و جامعه و دستیابی به شواهد بهتر قادر است سیاست‌گذاری را به شیوه‌ای مطلوب به پیش براند؛ همانطور که

در نحله‌های جدید دموکراسی و حاکمیت از طریق سازمان‌های مستقل و نهادهای تخصصی نیز مشهود است. هرچه فرآیند دولت پیچیده‌تر باشد و افراد بیشتری را درگیر نماید، برخورداری از ارزش‌های مشترک واجد اهمیت بیشتری خواهد شد. این که فکر کنیم تمام سیاست‌گذاری‌ها باید صرفاً مبتنی بر شواهد باشند، می‌تواند گمراه‌کننده باشد. تولید اطلاعات و آنچه که شواهد نامیده می‌شود، همیشه بر اساس ارزش‌ها و اعتقادات موجود صورت می‌گیرد. به تعبیر اوزدمیر و ناپرز (در دست انتشار):

«عوامل اجتماعی نظیر ارزش‌های انسانی و شیوه‌های دستیابی به آگاهی - یعنی چیزهایی که ما برای دانستن انتخاب می‌کنیم و روشی که برای دانستن برمی‌گزینیم - به‌وضوح، بر آنچه که به عنوان دانش علمی تولید و ارائه می‌شود، تاثیر می‌گذارد. نوع و قالب فرضیه‌های علمی، روش تجربی و تفسیر داده‌ها، همگی، می‌توانند توسط کارشناسان و نظام‌های ارزشی موسسات ذی‌ربط، تحت تاثیر قرار بگیرند و اغلب به‌طور ضمنی در حد فرضیات علمی باقی می‌مانند.»

شواهد و مشاوره‌های کارشناسی صرفاً بخشی از معادله همکاری برای تولید مشترک هستند. مدارک و شواهد مورد نیاز برای سیاست‌گذاری دایما در حال تحول‌اند و در برخی موارد، نتایج و منابع، ناقص یا متناقض‌اند. بنابراین دولت در یک جامعه اطلاعاتی و آگاه، نیاز به تصمیم‌گیرندگانی دارد که از ارزش همزیستی در کنار یکدیگر کاملاً آگاه باشند و البته از درک و تفسیر شواهد نیز غافل نمانند و اجازه دهند مسایل مختلف از طریق فرآیندهای مشارکتی به نتیجه برسد و حل و فصل شود.

ارزش‌ها می‌توانند به عنوان مبنای عملکرد یا نتیجه مورد نظر، تبیین شوند. ارزش‌ها قادرند حس یک فرد را از درست و نادرست و آنچه که باید باشد یا نباشد، منعکس کنند. ارزش‌ها بر نگرش و رفتار تاثیرگذار هستند و در نتیجه، می‌توانند در سیاست‌گذاری و تنظیم استانداردها و قوانین نیز موثر باشند.

ارزش‌ها می‌توانند حکم کنند که یک عملکرد در محدوده خانواده یا جامعه و یا در ارتباط با اداره جامعه و تعاملات بین جوامع، قابل قبول (اخلاقی) هست یا نه. ارزش‌ها می‌توانند جهانی یا منطقه‌ای باشند.

مفاهیمی همچون حقوق برابر برای همگان و اینکه باید با احترام با مردم برخورد کرد، جزو ارزش‌های بنیادینی محسوب می‌شوند که جهانی و منطبق بر اصول مدنی و حقوق بشری‌اند. شناخت ارزش‌هایی مانند تساوی حقوق، عدالت اجتماعی و حقوق بشر بر اساس فلسفه اخلاق صورت می‌گیرد. معرفت‌شناسی شواهد، مبتنی بر فلسفه منطق و فلسفه علم است. به گفته مک کوئین (در دست انتشار): «اینها ممکن است به عنوان سنت‌هایی متفاوت که غالبا در تضاد با تاریخ اروپا بوده، ارزیابی شوند.» با این حال، در یک جامعه اطلاعاتی و آگاه، ارزش‌ها و شواهد، دو روی یک سکه‌اند که هر یک تحت تاثیر دیگری بوده و خواهی‌نخواهی، با هم و در کنار هم، تصویر و تصور می‌شوند. تقابل و تضاد واقعیت‌های علمی و باورهای اجتماعی معمولا نه آنقدر قابل توجه است که پررنگ شود، نه آنقدر بی‌اهمیت است که نادیده گرفته شود.

در واکنش به عدم قطعیت در سیاست‌گذاری، عمدتا تمایل به این سمت‌وسو بوده که صرفا بر شواهد تکیه شود و این امر منجر به آن شده که ارزش‌های اجتماعی، شواهد را سر و شکل بدهند؛ به عنوان مثال، اصول احتیاطی می‌توانند بیانگر یک نظام ارزشی باشند که از شواهد برای مدیریت ریسک استفاده می‌کند. این حرف به آن معناست که در صورت عدم اطمینان به بی‌خطر بودن یک اقدام، آن اقدام باید متوقف شود، حتی اگر خطر واضحی، از منظر شواهد علمی، وجود نداشته باشد و پای آسیب غیرقابل برگشتی در میان نباشد. علم‌باوری، کالایی است که به شدت در اروپا رواج دارد. علم به دنبال توضیح و تبیین چگونگی و چرایی مسایل است و از آنجا که پزشکی یک علم به شمار می‌رود و بهداشت همگانی نیز یک حوزه اجرایی علم‌محور قلمداد می‌شود، از این رشته‌ها پاسخگویی علمی و اثبات مسایل علمی انتظار می‌رود. افزایش میزان پاسخگویی و مسوولیت‌پذیری تحت عناوینی مانند پزشکی مبتنی بر شواهد و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، به‌طور موازی، در

کنار مفاهیمی مانند عدالت در سلامت، مطرح هستند. مک کوئین (در دست انتشار) بعدها بیشتر به بررسی نقش ارزش‌ها در دولت سلامت پرداخت. اصول پیشگیری، در واقع، پاسخی بود به نگرانی‌های زیست‌محیطی و دلهره‌های عمومی از خطرات موجود در سال‌های حوالی ۱۹۹۰؛ خطراتی نظیر اصلاح ژنتیکی موجودات زنده، انرژی هسته‌ای، تخریب لایه ازن و تغییرات اقلیمی؛ خطراتی که در نهایت به تعریف و تبیین مفهوم جامعه در معرض خطر منجر شد (بک^(۱۳۳)، ۱۹۹۲). این مفهوم، ظهور سازوکارهای دولتی برای شناخت و ارزیابی خطرهای شایع و مواجهه با آنها (مثلاً مقابله با تغییرات اقلیمی و مخاطرات اجتماعی مرتبط با فناوری‌های نوین) را تسریع کرد. اصول پیشگیری منجر به تغییر موقعیت طبیعی علم به یک سیستم ارزشی شد؛ به‌طوری که در صورت عدم اطمینان علمی، «مسوولانه‌تر است که به ترس‌های بالقوه برای جلوگیری از آسیب‌های غیرقابل‌برگشت توجه بیشتری شود». (یوناس، ۱۹۸۵؛ اوزدمیر و ناپرز، در دست انتشار؛ تلاچینی^(۱۳۴)، ۲۰۰۵).

انجمن پزشکی (۲۰۱۱) پیشنهاد می‌کند که «سلامت در تمام سیاست‌ها» می‌تواند «به عنوان نمادی از اصول پیشگیری دیده شود؛ یعنی از همان ابتدا، با سیاست‌ها و قوانینی که در بخش‌ها یا سطوح مختلف دولت ممکن است آسیبی به بخش سلامت وارد کنند، مخالفت شود». قانون هوای پاک در کالیفرنیا نمادی از همین اصل است. اصل پیشگیری اقتضا می‌کند که ارزش‌های مطرح در دولت با دقت و شواهد و قرائن مورد بررسی قرار گیرند. اگر چه مدت هاست که می‌دانیم رابطه نیرومندی بین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و بهداشت همگانی وجود دارد، گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸) به شکل تازه‌ای به این مساله پرداخت و شواهد و قرائن مستندی را در این زمینه ارائه کرد. با این حال، دانش ما هنوز برای اقدام مؤثر در برابر عوامل ارزشی‌ای که مسبب وضعیت بهداشتی نامناسب هستند، اندک است. «علمی که به ما بیاموزد چگونه می‌توان به تغییر و تعدیل این علل پرداخت، موجود نیست؛ و در واقع، تغییرات چشمگیری که معلول همان علل بوده، گهگاه از فلسفه سیاسی‌ای

نشأت می‌گیرد که با ارزش‌های خاصی در ارتباط است؛ ارزش‌هایی که بعضاً با مفهوم ارتقای سلامت در تضادند.» (مک کوئین، در دست انتشار). به عنوان مثال، تغییرات رفتاری برای مبارزه با عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر، نقشی کلیدی دارند. ارزش‌های بنیادینی مانند حق انتخاب، با برخی از اقدامات موثر بر سلامت، در تغایرند و به نظر می‌رسد که بر شواهدی که سیاست‌گذاران بر اساس آن تصمیم‌گیری و اقدام می‌کنند نیز تاثیر گذارند. بنابراین رویکرد جدیدی در مورد ارزش‌گذاری در حوزه سلامت مورد نیاز است و فاصله‌ای که، به غلط، بین علم (اعم از شواهد و...) و جامعه (اعم از ارزش‌ها و...) ایجاد شده، باید از بین برود؛ تا بتوان این دو مفهوم جدایی‌ناپذیر را به طور همزمان و توأمان تفسیر و بررسی کرد. دولت مطلوب سلامت باید به درک عمیقی از سلامت دست یافته باشد؛ درکی که به موجب آن، سلامت به عنوان یکی از اجزای اصلی حقوق بشر، رفاه، مشارکت جهانی و عدالت اجتماعی به رسمیت شناخته شده باشد. با چنین درکی از دولت مطلوب و با پذیرش این مساله که تمام سطوح دولت و جامعه باید برای حاکمیت مطلوب سلامت، سهم مسوولیت را خود بپذیرند، دولت باید در تفسیر و تبیین ارزش‌های جهانی، نقش خود را به خوبی ایفا کند تا از ارزش‌های موجود فراتر رود و به اصول راهنمای مسیر سلامت دست یابد.

ساندل (۲۰۱۰) بر این باور است که مباحث پیرامون عدالت [در سلامت] می‌تواند به تقویت توان جامعه منجر شود. دعوت او از سیاستمداران برای تعهدسپاری اخلاقی در این حوزه، در واقع، متناسب است با همان نیازی که برای حل مسایل پیچیده امروزی احساس می‌شود؛ مسایلی که می‌توانند بر تصمیم‌گیری در زمینه توزیع سلامت و عوامل موثر بر سلامت نیز تاثیر گذار باشند.





دولت هوشمند سلامت و رفاه

در یک جامعه اطلاعاتی و آگاه، تصمیمات سیاسی‌ای که صرفاً مبتنی بر ملاحظات هنجاری باشند، عرصه رقابت را به تصمیمات مبتنی بر شواهد واگذار می‌کنند. در عین حال، فرآیند تصمیم‌گیری به روش‌های جدیدی نیاز دارد که عدم قطعیت را به رسمیت بشناسند و قادر به کنار آمدن با موارد غیرقطعی باشند، به ویژه در مواقعی که پیروی از علم و اطلاعات موجود به لغو ارزش‌های پذیرفته‌شده اکثریت می‌انجامد. دولت هوشمند، روشی برای تبیین سازگاری‌های عمده و سازمان‌یافته‌ای است که در عرصه عمومی و بین‌المللی، به اقتضای وابستگی‌های متقابل، به وقوع می‌پیوندد. دولت هوشمند^(۱۳۵) اصطلاحی است که توسط ویلکه (۲۰۰۷) ابداع شد: «یک عبارت مختصر برای توصیف مجموعه‌ای از اصول کلی، عوامل و ظرفیت‌هایی که می‌توانند دولتی را شکل دهند که قادر به کنار آمدن با شرایط و مقتضیات جامعه اطلاعاتی و آگاه باشد» (تصویر ۱۰).

مقدمه

این بخش به این موضوع می‌پردازد که چگونه باید چالش‌های پیچیده و چندبعدی حوزه سلامت در قرن بیست و یکم را به عنوان مسایل پیچیده و بغرنج، شناسایی و حل و فصل کرد. لازمه این امر، پاسخدهی یکپارچه و پویای دولت است. این امر همچنین مستلزم پذیرش سلامت به عنوان هدفی مشترک در تمام بخش‌هاست و به درک ارتباط بین دو مقوله سلامت رفاه نیز نیاز دارد. در بخش‌های قبلی، ما به طور مشخص به دو مورد پرداختیم:

تصویر ۱۰- دولت هوشمند سلامت و رفاه



- [نخست اینکه] فراز و نشیب‌های قدرت و مسئولیت در سطوح مختلف دولت و جامعه اتفاق می‌افتد و با میل رویکردها به دموکراسی و ارزش‌های مشترک، این روندها طی رویکردهای «دولت یکپارچه» و «جامعه یکپارچه» همگرا تر شده و چارچوب نوینی را برای طراحی و اجرای سیاست‌های عمومی در حوزه سلامت تبیین می‌کنند.
- مفهوم دولت مطلوب با در نظر گرفتن آرمان‌هایی همچون سلامت و رفاه،

وسیع تر شده است. ارزش هایی مانند حقوق بشر، رفاه، کالاهای عمومی و جهانی، عدالت اجتماعی و تساوی حقوق، اصولی هستند که می توانند سیاستگذاری اخلاقی را به سمت سلامت سوق دهند (تصویر شماره ۱۱).

تصویر شماره ۱۱. دولت سلامت در قرن بیست و یکم

سلامت و رفاه

عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

عوامل موثر بر سلامت در قرن بیست و یکم – فراملیتی

جامعه یکپارچه

دولت هوشمند

التزام جامعه و
مصرف کنندگان

ارزش های
مشترک-مسئولیت
اجتماعی مشترک

دولت یکپارچه
سلامت در تمام
سیاست ها

عملکرد شهروند

عملکرد تجاری

عملکرد دولت

سلامت در متن زندگی جریان دارد؛ جایی که مردم زندگی می کنند، عشق می ورزند، کار می کنند، بازی می کنند، خرید می کنند، تفریح می کنند و به سفر می روند.

منبع: کیکبوش (۲۰۱۱)

نه تنها بخش سلامت، بلکه بخش‌های دیگر نیز با این چالش‌ها مواجهند. به طور کلی، دولتی که رویکرد بخش‌محور داشته باشد، نمی‌تواند با دنیای قرن بیست و یکم که وابستگی متقابل مسایل در آن بسیار پررنگ است، سازگار شود. از آنجا که بخش سلامت به دنبال جلب حمایت سایر بخش‌هاست، باید به بررسی این موضوع بپردازد که سلامت چگونه با دستور کار سایر بخش‌ها تفاهم یا تقابل دارد و نقش آن در جایگاه رفاه اجتماعی، به معنای عام، چیست. همانطور که بارها در مستندات مرتبط با سلامت عنوان شده، پیشرو بودن بخش سلامت به تنهایی کافی نیست و فقط در صورتی که بخش‌های دیگر، مسوولیت و نقش خود را به طور کامل بپذیرند و به انجام برسانند، بخش سلامت می‌تواند در ایفای نقش رهبری خود موفق شود.

وقتی دولت‌ها برای حفظ مشروعیت^(۱۳۶) و کارآمدی^(۱۳۷) خود تحت فشار قرار می‌گیرند، به تدریج با پدید آوردن روابط راهبردی جدید (هم در بخش دولتی، هم در بخش خصوصی) به مدل‌های جدیدی از حکومت می‌رسند.

ما از اصطلاح «دولت هوشمند» برای توصیف مجموعه‌ای از رویکردهای نوآورانه استفاده می‌کنیم که به مواجهه با چالش‌برانگیزترین مسایل حوزه سلامت می‌پردازد. «دولت هوشمند سلامت»^(۱۳۸) در اروپا و برخی نقاط دیگر جهان، شکل گرفته و به موجب آن، برخی دولت‌ها رویکرد «دولت سلامت» را به شیوه‌های مدرنی مد نظر قرار داده‌اند؛ شیوه‌هایی که مبتنی بر درک وسیع‌تر سلامت و ایجاد تغییراتی در دستور کار جوامع و دولت‌هاست - همانطور که در فصول قبلی این مطالعه ذکر شد.

مرزهای بخش سلامت با درگیر نمودن کارشناسان حوزه سلامت و سازمان‌هایشان و دانشگاه‌ها و فناوری‌های حوزه سلامت، بازتعریف شده است.

با این حال، مسوولان ارشد بسیاری از سازمان‌ها، با وجود اینکه نقش آفرینان اصلی عرصه بهداشت همگانی هستند و تدارک و تامین خدمات بهداشتی و درمانی را به عهده دارند، به مواجهه مطلوبی با چالش‌های جدید حکومت نپرداخته‌اند؛ [این در حالی است که] نوع نگاه و مواجهه آنها در تبیین سیاست‌های واقع‌گرایانه و کارآمد نقش دارد. به عنوان مثال، عدم ارتباط مطلوب با کارشناسان حوزه

سلامت در زمان طغیان اپیدمی آنفولانزای خوکی (H₁N₁) در سال ۲۰۰۹ باعث شد پرستاران و پزشکان، نسبت به ایمنی واکسن‌ها دچار تردید شوند و از واکسیناسیون خودداری نمایند. در واقع، اگر کارشناسان عرصه بهداشت و درمان، از تحول در دیدگاه و سیاست پشتیبانی نکنند، درک درستی از حکومت مطلوب حاصل نخواهد شد.

در اروپا، صرف‌نظر از اینکه بخش سلامت در چه بافت سیاسی‌ای شکل گرفته باشد، سیاستمداران توانسته‌اند با ارزیابی پیامدهای بهداشتی آگاه‌تر شوند و با آینده‌نگری، از پیامدهای نامطلوب در حوزه سلامت پیشگیری کنند. به همین ترتیب، در جنوب استرالیا نیز بخش سلامت توانسته در انتقال تخصص، از سایر بخش‌ها سبقت بگیرد و دیده‌بانی سلامت را برای انواع چالش‌ها (از ایمنی آب تا سیستم حمل‌ونقل) تدارک ببیند.

ادغام این رویکرد با رعایت «سلامت در تمام سیاست‌ها» در برنامه راهبردی «دولت یکپارچه» می‌تواند به سایر بخش‌ها نیز کمک کند تا بدون تحمل بار اضافه، به اهداف خود دست یابند و در عین حال، به ارتقای سلامت نیز کمک کنند.

در حوزه سیاستگذاری، ارزیابی پیامدهای بهداشتی، به مثابه یک اقدام پشتیبان تصمیم‌گیری‌هاست که در تمام سطوح حاکمیت (از محلی و ایالتی و استانی گرفته تا ملی و فراملی) کاربرد دارد.

این سیاست حتی در درون بخش‌ها نیز کاربرد داشته و نسبت به عوامل موثر بر «عدالت در سلامت» نیز حساس است. ویسمار^(۱۳۹) و همکاران (۲۰۰۷) در خصوص اثربخشی ارزیابی پیامدهای بهداشتی و نهادهای سازشی آن در اروپا تحقیقات وسیعی انجام دادند؛ تحقیقاتی پیرامون کیفیت هوا در ایرلند شمالی و تی‌سی‌نوی سوییس و تولید غذا و شیوه تغذیه در اسلونی بعد از پذیرش سیاست کشاورزی اروپا. آنها در نهایت مشاهده کردند که هر ۱۷ مطالعه موردی‌شان، گویای اثربخشی ارزیابی پیامدهای بهداشتی بوده است.

انواع پنجگانه دولت هوشمند سلامت و رفاه

«دولت هوشمند سلامت» تبیین می‌کند که چگونه دولت‌های سلامت‌محور، چالش‌های حوزه سلامت را به‌طور راهبردی در ۵ حوزه زیر مدیریت می‌کنند:

- مشارکت^(۱۴۱)؛
- تعهد^(۱۴۲)؛
- ترکیبی از مقررات و متقاعد کردن^(۱۴۳)؛
- سازمان‌های مستقل و تخصصی^(۱۴۴)؛ و
- سیاست‌های مصوب، ساختارهای منعطف و آینده‌نگری^(۱۴۵)

حکومت هوشمند می‌تواند به عنوان یکی از کاربردهای قدرت هوشمند نیز معرفی شود. این تعریف در سال ۲۰۱۱ توسط «نای»^(۱۴۶) ارائه شد: «ترکیبی از قدرت سخت^(۱۴۷) (اعمال زور و پرداخت) و قدرت نرم^(۱۴۸) (متقاعد کردن و جذب نمودن)». با وجود اینکه قدرت سخت (مداخلات نظامی و تحریم‌های اقتصادی) و قدرت نرم (دیپلماسی، کمک اقتصادی و ارتباطات) کلاً مفاهیم و واژه‌هایی کیفی و توصیفی به شمار می‌روند، قدرت هوشمند می‌تواند کمی و قابل ارزیابی باشد. وقتی حاکمیت درگیر ارتباطات پیچیده با نقش‌آفرینان دولتی و مردمی می‌شود، دولت هوشمند سلامت و رفاه می‌تواند به‌طور توانمند از قدرت نرم و سخت استفاده نماید. این الزاما به تضعیف نقش یا قدرت دولت نمی‌انجامد؛ چرا که دولت سلامت می‌تواند قدرت خود را برای رویارویی با چالش‌های جدید از طریق اقدامات هماهنگ توسعه دهد. به عنوان مثال، در حال حاضر، وزیران بهداشت مسوول یکی از بزرگ‌ترین و مهم‌ترین بخش‌های جامعه، با تأثیر قابل‌ملاحظه اقتصادی و اجتماعی، هستند. در عین حال، حکومت در بسیاری از کشورها قدرت کنترلی خود را در زندگی روزمره و بازارهای چالش‌برانگیز (از قبیل دخانیات، الکل، مواد مخدر، محیط‌زیست و ایمنی غذا) گسترش داده است. در اروپا، نقش حکومت، پیچیده‌تر هم هست؛ چرا که میزان پویایی حکومت در متن اروپا تغییر یافته است. چالش «دولت

سلامت» در قرن بیست و یکم، آن هم در مرحله جهانی شدن و بازاری شدن، این است که چگونه سود سلامت و بازار با بهبود وضعیت کالای عمومی (و نه فقط منافع شخصی) تطبیق یابد. در اتحادیه اروپا نیز این موضوع نیازمند موازنه مستمر کارآمدی بازار و حفاظت اجتماعی (و سلامت) است (اسکارف، ۲۰۰۹).

حاکمیت از طریق مشارکت

اصطلاحاتی نظیر مشارکت بین بخشی، مشارکت بین سازمانی، همکاری‌های استراتژیک و دولت‌های چندسطحی و چندتولیتی و شبکه‌ای، به طور معمول، چندان از یکدیگر تفکیک نمی‌شوند اما همه آنها به یک امر واحد اشاره می‌کنند؛ و آن، اینکه چگونه دولت و جامعه باید در قرن بیست و یکم با یکدیگر تعامل کنند.

از منظر سازمان بهداشت جهانی، یک سیستم سلامت متشکل است از تمام سازمان‌ها، تمام مردم و تمام اقدامات معطوف به حفظ و ارتقای سلامت. این توجه به حفظ و ارتقای سلامت باید در اولویت باشد و به عنوان عامل سازگارکننده بخش سلامت و سایر بخش‌ها ایفای نقش کند. به هر حال، مرزهای سیستم سلامت، سیال تر شده‌اند و امروزه دیگر سلامت صرفاً یک بخش نیست؛ بلکه یک ثروت است که می‌تواند با تمام بخش‌ها ارتباط و سازگاری داشته باشد و بر آنها تاثیر بگذارد یا از آنها تاثیر بپذیرد. سلامت، در این معنا، فراتر از آن معنای قدیم است که به موجب آن، هر بخش دیگری، بخش سلامت را صرفاً فرصت یا تهدیدی برای خود می‌دانست (مانند صنعت غذا) و یا سلامت را بخش مهمی به حساب می‌آورد اما اهدافش را با اهداف خود متفاوت می‌دانست (مانند توسعه اقتصادی یا سیاست خارجه). اتفاقاً سلامت، یکی از ابزارهایی است که امروزه زیاد مورد استفاده سیاست خارجه قرار می‌گیرد؛ چرا که برنامه‌های حامی سلامت قادر به جذب حمایت ملی و همچنین ایجاد روابط دوجانبه بین کشورها هستند. در قرن بیست و یکم، حمایت از سلامت می‌تواند به حمایت از مواضع سیاسی کمک کند، روابط بین

دولت‌ها را بهبود بخشید و پیوندهای جدیدی به وجود آورد؛ به عنوان مثال، می‌توان به طرح فوریتی رئیس‌جمهور آمریکا در رهایی از بیماری ایدز^(۴۸) که توسط جورج بوش (رئیس‌جمهور سابق آمریکا) و دو حزب کنگره در سال ۲۰۰۳ راه افتاد، اشاره کرد. امروزه در کشورهایی مثل برزیل، چین و هندوستان که اقتصادی پیشرفته و پویا دارند، سلامت، بخشی از سیاست خارجه نیز قلمداد می‌شود.

سلامت، به نحو فزاینده‌ای، با نیروهایی همچون سرعت مدرن شدن جامعه، سرعت جهانی شدن بازارها، تعدد جنبش‌ها، هزینه‌های انرژی، تغییرات اقلیمی، نگرانی از ناامنی و دسترسی به رسانه‌های جمعی در ارتباط است. ما این عوامل را «عوامل موثر بر سلامت در قرن بیست‌ویکم» می‌نامیم؛ عواملی که از میان بسیاری از متغیرهای اقتصادی، زیست‌محیطی و اجتماعی که بر سلامت تاثیر دارند، انتخاب شده‌اند. بخش سلامت برای خلق نوآوری‌های سیاسی، ابزارها و سازوکارهای نوین و چارچوب‌های کنترلی مطلوب‌تر باید به طور مشترک با طیف متنوعی از نقش‌آفرینان در حیطه‌های مختلف همکاری کند؛ به عنوان مثال، بخش سلامت باید با بخش محیط زیست در ارتباط با موضوع تغییرات اقلیمی و امنیت غذا همکاری کند و با بخش شهری برای به وجود آوردن شهری قابل سکونت مشارکت نماید. تولید مشترک و دولت مشترک اصولاً به معنای رسیدن به اهداف مشترک از طریق کار کردن در کنار یکدیگر است و صرف‌نظر از اینکه چه سازمانی، نقش رهبری را به عهده بگیرد، اهداف محقق‌شده را نمی‌توان نتیجه اقدامات یک‌جانبه دانست.

با توجه به نقش سیاست شهری در سلامت افراد و تنوع حوزه‌های سیاست‌گذاری مرتبط با سلامت شهروندان، شهردار لندن معتقد است که عدالت در برخورداری همه مردم از فرصت‌های سلامت و لزوم کاهش نابرابری در ارتقای سلامت شهروندان، موضوعاتی بسیار تاثیرگذار در حوزه مدیریت شهری هستند.

سلامت در بطن «برنامه ارزیابی پیامدهای بهداشتی» گنجانده شده است؛ برنامه‌ای که هم آثار زیست‌محیطی و راهبردی را ارزیابی می‌کند، هم نابرابری

سلامت و امنیت اجتماعی را مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. در سه دهه اخیر، بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی سلامت از طریق مشارکت، همکاری و هماهنگی به انجام رسیده است (مؤسسه پزشکی، سال ۲۰۱۱؛ کیکبوش و پکت، سال ۲۰۲۰؛ سازمان بهداشت همگانی کانادا و همکاران در سال ۲۰۰۷؛ استال و همکاران، سال ۲۰۰۶). مرور منابع نشان می‌دهد که امروزه کارکردن با یکدیگر، بیش از پیش، مستلزم همکاری در شبکه‌های پیچیده است؛ و نه صرفاً همکاری بین دو سیستم سلسله‌مراتبی بخش‌ها و مجموعه اوراق بهادار. این به معنای پل زدن بین حیطه‌های سیاسی، تخصصی، دانشگاهی، دولتی (از سطح خیابان تا فعالان سیاسی)، سطوح مختلف حاکمیت (محلی، ایالتی، منطقه‌ای و جهانی) و بخش‌های اجتماع (عمومی، خصوصی و مدنی) است. در بعضی موارد، مؤسسه‌های بهداشتی به شکل بهتری به آرایه خدمات می‌پردازند، به دلیل آنکه مسوولیت رهبری را به عهده نگرفته‌اند؛ و در عوض، با قبول مالکیت و ایفای نقش حمایتی برای سایر بخش‌ها و نقش‌آفرینان غیردولتی، وارد میدان عمل شده‌اند. این نمونه‌ای از رویکردهای نوین در سیاست‌های غذا و کاهش فقر کودکان بوده است.

دولت اسکاتلند در سال ۲۰۰۹ برنامه‌ای چندمرحله‌ای را تحت عنوان «نسخه‌ای برای موفقیت»^(۱۴۹) در زمینه سیاست ملی مواد غذایی و نوشیدنی‌ها تنظیم کرد. صنعت غذا و مواد آشامیدنی در اسکاتلند، یک اولویت محسوب می‌شود. «نسخه‌ای برای موفقیت» با در نظر گرفتن چالش‌های بهداشت همگانی، پایداری زیست‌محیطی و قدرت خرید، رشد پایدار اقتصادی را بهبود می‌بخشد. موفقیت این سیاست طبیعتاً به میزان مشارکت بستگی دارد. بسیاری از افراد و سازمان‌ها، بخش‌های عمومی، خصوصی و بخش سوم شامل فروشگاه‌های غذا، خرده‌فروش‌ها، خدمات ملی سلامت، بخش غذا و مواد آشامیدنی اسکاتلند، فدراسیون ملی شرکت‌های تجاری، مسوولان محلی و کانون‌های اجتماعی در این فعالیت‌ها نقش خواهند داشت. این برنامه، هم چالش‌برانگیز است، هم هیجان‌انگیز. بعضی از اهداف این برنامه راحت‌تر به دست می‌آید، بعضی دشوارتر.

راهبرد ملی رشد صنعت غذا و مواد آشامیدنی در اسکاتلند، انتخاب سالم را تضمین کرده و بخش دولتی را به عنوان الگویی در صنعت تولید غذا معرفی کرده است؛ اطمینان داده که چرخه توزیع غذا در برابر تغییرهای احتمالی از انعطاف لازم برخوردار است و در دسترس بودن غذا و قدرت خرید آن را نیز تضمین و تصریح کرده که مردم در مورد غذایی که می‌خورند، بیشتر می‌دانند (دولت اسکاتلند، سال ۲۰۰۹).

دیوید باتلر جونز^(۱۵۰)، مسوول بهداشت همگانی کانادا، در اولین گزارش سالانه سلامت جسمی و روانی مردم کانادا در سال ۲۰۰۸ نوشت که کاهش فقر کودکان به نفع همه مردم کانادا خواهد بود. «هر دلاری که برای اطمینان از سلامت در نخستین سال‌های زندگی صرف شود، موجب کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی، هزینه‌های ناشی از اعتیاد، جرم و جنایت، عدم اشتغال و رفاه در بلندمدت خواهد شد.»

مثال‌های دیگری نیز موجودند که نشان می‌دهند چگونه با تمرکز بر [بخش] سلامت می‌توان به سایر بخش‌ها و شهروندان کمک کرد با چالش‌های بلندمدت ناشی از زندگی جدید و ابزارهای جدید کنار بیایند. گاهی تمرکز بر اهداف چندبخشی می‌تواند کم‌عارضه‌تر از تمرکز بر یک هدف واحد باشد. به عنوان مثال، در ادامه، نمونه‌هایی از بحث خشونت با اسلحه گرم ذکر شده است. «آتش‌بس»^(۱۵۱) یک سازمان غیرانتفاعی با رویکرد بهداشت همگانی است که از روش کار و تخصص خود در زمینه مقابله با گسترش عفونت اچ‌آی‌وی / ایدز و پیشگیری از خشونت با اسلحه که در بعضی از ایالت‌های مجاور شیکاگو و ایلینویس رواج یافته، استفاده می‌کند.

این ابتکار از سوی دانشگاه مطرح شد و بخش خصوصی در آن سرمایه‌گذاری کرد. این طرح طبیعتاً وابستگی زیادی به همکاری و هماهنگی سازمان‌های مجری قانون، سیستم قضایی جنایی، دفتر شهرداری و خصوصاً سازمان‌ها و شهروندان همجوار داشت. «آتش‌بس» تلاش کرد در چرخه وقوع جرم، خلل ایجاد کند و هنجارهای رفتاری را تغییر دهد. این ابتکار با بسیج اطلاع‌رسانی، آموزش راهبردی گروه‌های همسال و مداخله در گروه‌های جمعیتی در معرض

خطر (که در برنامه مبارزه با بیماری‌های واگیر موفق بوده) همراه شد. ارزیابی مستقلى که از پروژه انجام شد، نشان داد که «آتش‌بس» در کاهش موارد شلیک (و سوءقصد) بین ۱۷ تا ۲۴ درصد موفق بوده است. در ۴ منطقه، تعداد افرادی که مورد شلیک قرار گرفته یا کشته شده بودند، بین ۱۶ تا ۳۴ درصد کاهش یافته بود (اسکوگان^(۱۵۲) و همکاران، سال ۲۰۰۸). کاهش خشونت در مناطق همجوار نیز مورد توجه سازمان‌های مجرى قانون و سیستم قضایی جنایی قرار گرفته و پیامدهای بهداشتی را به دلیل کاهش بار خدمات مراقبت بهداشتی در شرایط اضطراری و کاهش استرس و اضطراب ساکنان این مناطق به همراه داشت.

کار در کنار یکدیگر؛ دولت مشارکتی موفق

تجرباتی نظیر «سلامت در تمام سیاست‌ها» می‌تواند از مشکلاتی که در مسیر پیشرفت به وجود می‌آیند، پرده بردارد؛ خاصه در شرایطی که عدم تعادلی هم بین قدرت و منابع وجود داشته باشد. این موضوع، به ویژه در شرایطی که تعهد به سلامت و رفاه در تمام سطوح دولت نهادینه نشده باشد و بار دفاع از مقوله‌های سلامت و رفاه صرفاً بر دوش وزارت بهداشت باشد، دشوارتر می‌شود. مطالعات تحلیلی متعددی در حوزه‌های مختلف سیاست (از بهداشت همگانی و آموزش و رفاه اجتماعی گرفته تا روابط بین‌الملل و مدیریت منابع طبیعی) به منظور حل مسایل احتمالی که می‌تواند منجر به توفیق یا شکست دولت مشارکتی بشود، انجام شده است.

از نظر طراحی و فرآیند، موفقیت دولت مشارکتی هوشمند، بستگی به موارد ذیل دارد:

- شرایط شروع همکاری، درک قدرت و منابع نسبی دستگاه‌ها، درک وابستگی متقابل بین مقامات دستگاه‌ها و تاریخچه همکاری‌های گذشته برای تعیین اینکه آیا همکاری بین‌بخشی با چندین مسوول اجرایی موفق است یا نه؟ و چه زمانی بهتر است یک بخش خاص مورد هدف قرار بگیرد؟

(کامل بولوز)؛

- نقش رهبری در تلفیق مؤلفه‌های شرایط اولیه، فرآیندها و ساختارها، وضع مقررات زمینه‌ای، اعتمادسازی و تسهیل گفتمان؛
- طراحی سازمانی؛ که در حکم ساختار و مدیریت تیم‌های همکاری است، تعیین اینکه چه کسی دسترسی و توانایی مشارکت در همکاری را دارد، قوانین و مقررات زمینه‌ای برای فرآیند، شفافیت، قوانین اجماع و تعیین ضرب‌الاجل‌های زمانی؛
- فرآیند همکاری، فعالیت مشترک برای دستیابی به پیامدهای کوچک و موفق و سریع، تعهد به فرآیند و به اشتراک گذاشتن آموخته‌هایی از چالش‌ها و ارزش‌ها.

با استناد به گفته هاگزام^(۱۵۳) (۲۰۰۳)، در دولت هوشمند، عوامل موثر بر جلب مشارکت، وابسته‌اند به: «چرخه سالم ارتباطات، اعتماد، تعهد، ادراک و نتایج». (انسل و گاش^(۱۵۴)، ۲۰۰۵؛ ایمپریال، ۲۰۰۵). تأکید فزاینده‌ای روی نقش نگرش و فرهنگ، اعتمادسازی، وجود هدف واقعی با وابستگی متقابل، زمان و دانش در همکاری بین‌بخشی موفق وجود دارد.

انسل و گاش در سال ۲۰۰۸ گزارش متاآنالیز ۱۳۷ مطالعه موردی در خصوص حاکمیت همکاری را ارائه نمودند که براون و همکاران در سال ۲۰۰۶ منابع تئوری مشارکت، شبکه‌ها و همکاری‌های بین بخشی را مورد بررسی قرار داده بودند. رسیدن به این اجماع که سلامت و رفاه، اهداف اجتماعی و غایی‌اند، بسیار حائز اهمیت است. «شبکه‌های حاکمیتی با چالش تغییر ارزش‌ها مواجهند؛ اینکه چگونه مشکلات تبیین شوند و چگونه راه‌حل‌ها به دست آیند.» (کلاین، سال ۲۰۰۹). سلامت، بیش از پیش، وابسته به توانمندی جوامع در همکاری با یکدیگر برای نیل به اهداف مشترک، علی‌رغم منافع متفاوت، است.

تجرباتی که از تلاش‌های دولت سوئد در اجرای سیاست‌های بین‌بخشی به دست آمده، شواهد بیشتری از اهمیت گفتمان پایدار در این زمینه به

دست می‌دهد. پیترسون (۲۰۱۰) در بیان تجربیات شخصی خود اذعان کرده است که شناسایی نگرانی‌های مشترک با سایر بخش‌ها یک فرآیند بلندمدت و نیازمند گفت‌وگوهای پایدار و زمان‌بندی واقع‌بینانه است. ضروری است که مشکلات به درستی تبیین شده و با در نظر گرفتن ملاحظات تمام شرکا، روش‌های اجرا ارزیابی شوند و شاخص‌هایی برای پایش میزان پیشرفت، به طور مشترک، طراحی گردد. سایر بخش‌ها نیز احتمالاً موجباتی برای ارتقای سلامت فراهم می‌آورند؛ البته با نام‌ها و روش‌های سازمانی مختلف. به عنوان مثال، اقداماتی که ایمنی مسافران را ارتقا می‌بخشد، نظم و ترتیب، رعایت زمان و اطلاع‌رسانی مطلوب در سیستم حمل و نقل عمومی سوئد می‌تواند از وقوع جراحات جلوگیری کرده، زمینه بهبود سطح بهداشت را فراهم آورده و سطح استرس را کاهش دهد (پیترسون، سال ۲۰۱۰). بخش سلامت باید بیاموزد که چگونه سهم مشارکتی بخش‌های ذیربط را در راستای سلامت و رفاه ارتقا دهد. این امر مستلزم شناخت چرخه‌های متعارف شرکا، حیطة اختیار سیاسی، برنامه‌ها و اسناد راهبردی و همچنین نیازمند آماده‌سازی و صرف وقت است. هرچه شرکای بیشتری در میان باشند، دولت هوشمند باید برای فعالیت‌هایش، نقش‌ها و مسوولیت‌ها را مشخص‌تر و شفاف‌تر کند، چراکه مسوولیت سلامت، یک مسوولیت جهانی است.

چه زمانی و تحت چه شرایطی، بهره‌گیری از رویکرد دولت یکپارچه ضرورت می‌یابد؟ توانایی جامعه در دستیابی به رفاه اجتماعی و رونق اقتصادی، بستگی به توانایی و قابلیت بخش‌های مختلف در اعتماد به یکدیگر دارد. این اعتماد مستلزم ریسکی است که به موجب آن، بخش‌های مختلف، یک راهبرد پیچیده و مستعد به شکست را به عنوان همکاری بین‌بخشی بپذیرند. (بريستول و همکاران، ۲۰۰۶؛ ونگن و هاگزام، ۲۰۰۳). در مقابل، اعتماد نیز بر اساس عملکردی که نقش‌آفرینان در خودداری از رفتارهای فرصت‌طلبانه خواهند داشت، شکل می‌گیرد (کلاین، سال ۲۰۰۹). اعتماد، به طور مداوم، از طریق به اشتراک گذاشتن دانش و اطلاعات و اثبات شایستگی، نیت خوب و پیگیری مطلوب، تولید و تقویت می‌شود (برایسون^(۱۵۵) و همکاران، ۲۰۰۶).

دولت مشارکتی هوشمند می تواند براساس ابزارها و سازوکارهای متنوعی که کارایی آنها در مراحل مختلف حاکمیت مشارکتی به اثبات رسیده، شکل بگیرد (سازمان بهداشت جهانی و دولت استرالایای جنوبی، سال ۲۰۱۰). در این خصوص، هفت ابزار مورد استفاده قرار می گیرد:

اولین ابزار، کمیته های بین وزارتی و بین سازمانی هستند. هیأت مشاوران بهداشت همگانی فنلاند، مجمعی متشکل از ۱۷ عضو از همه بخش های دولت، سازمان های غیردولتی، مؤسسه های تحقیقاتی و شهرداری هاست که هدفش تعریف مشکلات و وابستگی های متقابل و مشترک و اعتمادسازی و رهبری موضوع در طول زمان است. برنامه های سیاسی بین بخشی مستقیماً با دفتر ریاست جمهوری در ارتباط بوده و در تکمیل هیأت مذکور، هدایت رویکرد «دولت سلامت» را از سطوح بالا رهبری می کند (ویسمار و ارنست^(۱۵۶)، سال ۲۰۱۰).

مورد دوم، مدل ایالات متحده آمریکاست که در آن، به عنوان نمونه، بخش بهداشت همگانی سیاتل و کینگ کانتی^(۱۵۶) یک تیم عملیاتی برای گروه های آسیب پذیر، با ترکیب متنوعی از شرکای اجتماعی در سطوح مختلف کشور، تشکیل داده است. این تیم متشکل از کارکنانی از سطوح مختلف با تخصص هایی در زمینه بهداشت همگانی جوامع آسیب پذیر و بیماری های عفونی است.

ابزار سوم، شبکه های غیردولتی سلامت هستند، با بیش از یک دهه تجربه در شنیدن و پشتیبانی از صدای جامعه. این شبکه ها جایگاه ویژه ای را در سطح ملی برای پاسخگویی مناسب و کاربردی به بیماری های عفونی نظیر ایدز، سل و سایر موارد مرتبط با سلامت و توسعه اختصاص داده اند. وجود این جایگاه برای تبادل اطلاعات و کمک به شهروندان از طریق آشنا کردن شان با بیماری های مذکور ضرورت دارد. این جایگاه های مشارکتی، امروزه، در کشورهای کامبوج، ایرلند، مالزی، تایلند، اوگاندا، زیمباوه، زامبیا و ویتنام موجودند.

ابزار چهارم، بودجه های ادغام یافته و محاسبات مربوطه اند. هدف از وارد کردن موضوع پیامدهای بهداشتی دوچرخه سواری و پیاده روی در تحلیل هزینه فایده

سرمایه‌گذاری‌های حمل و نقل، افزایش ۲۰ درصدی میزان دوچرخه‌سواری و پیاده‌روی و همچنین جایگزین نمودن ۱۵ درصد از سفرهای درون‌شهری با دوچرخه‌سواری و پیاده‌روی (به جای استفاده از خودرو یا وسایل حمل و نقل عمومی) است. منافع این مداخله در انواع سرطان (۵ نوع)، پرفشاری خون، دیابت نوع ۲ و اختلالات اسکلتی عضلانی مورد بررسی قرار گرفته است. از دیگر منافع آن می‌توان به کاهش آمار تصادفات جاده‌ای، افزایش امنیت، کاهش آلودگی صوتی و آب و هوایی، کاهش هزینه‌های آسفالت جاده‌ها و پارکینگ و وسایط نقلیه اشاره نمود. برآورد بودجه‌ای این قبیل منافع، طبق محاسبات مؤسسه حمل و نقل و اقتصاد در سال ۲۰۰۲، بین ۴۲۰ تا ۸۸۰ میلیارد یورو در طول یک سال، به ازای هر نفر، بوده است.

ابزار پنجم، سیستم‌های ارزیابی و اطلاعات مشترک‌اند. هدف از تهیه چک‌لیست گروه‌بندی جنبی برای بخش سلامت، کمک به کارشناسان و مشاوران بانک در آنالیز و شناسایی مسایل مرتبط با جنس در بخش سلامت، طراحی راهبردهای مناسب مبتنی بر جنسیت، تخصیص منابع و تعریف شاخص‌های پایش برای همه مراحل پروژه یا چرخه برنامه است (گروه توسعه بانک آفریقا، سال ۲۰۰۹؛ مؤسسه بانک جهانی، سال ۲۰۰۹). برای تحلیل مؤثر و گروه‌بندی مناسب در پروژه‌ها، این چک‌لیست‌ها باید طبق دستورالعمل و روش‌های اجتماعی و زیست‌محیطی بانک مورد استفاده قرار گیرد. در این روش‌ها باید شرح وظایف اجتماعی و زیست‌محیطی برای معرفی اقدامات مطلوب در زمینه گروه‌بندی جنسیتی در هر مداخله، مشخص شده و تأمین مالی آن برآورد شود.

ابزار ششم، توسعه نیروی کار مشارکتی است. شورای مراقبت و لرز، شبکه توسعه نیروی کار جوانان و کودکان را از طرف وزیران این کشور در سال ۲۰۰۶ تأسیس نمود که نقش آن، مشارکت در بهبود شرایط زندگی کودکان و جوانان، با اطمینان یافتن از این امر بود که افرادی که با آنها کار می‌کنند، بهترین آموزش‌ها، حمایت‌ها و توصیه‌های ممکن را دریافت می‌کنند. شکل دادن نیروی کاری که به نحو مناسب برای ارائه رویکرد مشارکتی به خدمات

جوانان و کودکان تجهیز شده باشد نیز از دیگر وظایف این نهاد است که در قانون سال ۲۰۰۴ کودکان در ولز پیش‌بینی شده است.

ابزار هفتم، چارچوب‌های قانونگذاری است. سیاست دارویی سوییس بر مبنای رویکرد چهارگانه (پیشگیری، اجرای قانون، درمان و کاهش آسیب) است. با توجه به داده‌های کمی به دست آمده از ۴ اصل مذکور، درک و برداشت از موضوعات، اجرای تصمیمات سیاسی و تأثیر این سیاست دارویی تغییر یافته است.

درک مردم از وابستگی به دارو به سمت رویکرد جدیدی ارتقا یافته است. این رویکرد بر مبنای کمک اجتماعی و بهداشت همگانی است و نه الزام به اجرا و تنبیه. رویکرد اجرایی برای مقابله با افرادی که از قاچاق دارو سود می‌برند، تقویت یافته است. سیاست مبتنی بر چهار اصل در جهت متوازن شدن پیش می‌رود، رویکرد عمل‌گرایانه بر اساس به رسمیت شناختن این اصل که مشکلات دارو نمی‌تواند حذف شود و گام‌های مذکور باید در جهت تعدیل آثار سوء مصرف مواد و تجارت غیرقانونی دارو برداشته شود، شکل گرفته است. دولت هوشمند سلامت باید برای تعامل بهتر و عمیق‌تر با نقش‌آفرینان بخش‌های مختلف، با بهره‌گیری از شفافیت بیشتر و پاسخگویی به ارزش‌های اجتماعی، زمینه مناسب را فراهم آورد. رسانه‌های ارتباط جمعی در این خصوص نقش مهمی به عهده دارند. تبادل اطلاعات باید به عنوان یکی از مؤثرترین ابزارها برای حصول اطمینان از هماهنگی، مشروعیت و پاسخگویی به رسمیت شناخته شود (هرناندز آگودا و پارکر^(۱۵۸)، ۲۰۰۹). همین اصل برای تجارت که اغلب سهمی در ایجاد مشکلات بغرنج داشته ولی در راه‌حل‌ها حداقل نقش را داشته نیز صادق است.

اگرچه در نهایت ممکن است استفاده از مقررات سخت لازم شود، بخش تجارت، ابتکار خود را برای هماهنگ نمودن مجدد اصول عملیاتی مطابق با ارزش‌های اجتماعی و در خودگزارش‌دهی پیشرفت‌های به دست آمده، به کار بسته است. حرکت به سمت رویکرد ارزشی مشترک به تجارت، نوعی قابلیت به حکومت هوشمند می‌دهد تا از مشارکت فعال‌تری در حل مشکلات سود

جوید و این امر، رفع موانع در اجرای مقررات سخت‌تر، انتخاب محصولات سالم‌تر و ایمن‌تر را برای مشتریان به همراه خواهد داشت.

رئیس مدیران اجرایی هشت تولیدکننده بزرگ مواد غذایی و آشامیدنی در نامه‌ای به دبیر کل سازمان بهداشت جهانی (خانم مارگارت چان^(۱۵۹)) تشکیل ائتلاف بین‌المللی مواد غذایی و آشامیدنی را در سال ۲۰۰۸ اعلام کرده و متعهد بودن شرکت‌های ذیربط را در حمایت از استراتژی جهانی این سازمان در خصوص رژیم غذایی، فعالیت بدنی و سلامت (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴) یادآور شدند. آنها به نقش بخش خصوصی در تعهد برای افزایش تلاش‌هایی که قبلاً شرکت‌های خصوصی به صورت مستقل در جهت پذیرش «۵ تعهد در ۵ سال»^(۱۶۰) انجام می‌دادند، تأکید نمودند:

۱. استمرار سیاست فرموله کردن مجدد محصولات برای تولید محصولات جدیدی که حامی اهداف بهبود تغذیه باشد؛
۲. تهیه اطلاعات تغذیه‌ای که برای همه مصرف‌کنندگان به راحتی قابل درک باشد؛
۳. افزایش مسوولیت‌پذیری در تبلیغات و بازاریابی مختص کودکان در سطح جهان؛
۴. افزایش آگاهی در مورد توازن رژیم‌های غذایی و افزایش سطوح فعالیت بدنی؛ و
۵. مشارکت فعال در همکاری‌های خصوصی - عمومی که در حمایت از استراتژی جهانی سازمان بهداشت جهانی است.

ائتلاف بین‌المللی مواد غذایی و دارویی در سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۱ دو گزارش را به دبیر کل سازمان بهداشت جهانی ارسال کرد که در آنها پیشرفت‌های به‌دست‌آمده در راستای اجرایی نمودن ۵ تعهد فوق‌الذکر را یادآور شده است.

نقاط ضعف حکومت مشارکتی

مرور منابع موجود در زمینه مشارکت‌های میان‌سازمانی، یافته‌های مطالعات

در زمینه حکومت مشارکتی را تایید می‌کند. مک کواید در سال ۲۰۰۹ با مرور مطالعاتی در زمینه بازسازی شهری و سیاست‌های حذف بازار کار دریافت که مشارکت‌ها به دلایل معدودی، عمدتاً به شرح ذیل، به شکست می‌انجامند:

- تعارض بین اهداف خرد و کلان؛
- دست کم گرفتن هزینه‌های مستقیم و زمانی که باید صرف اعتمادسازی و اجماع شود؛
- مسوولیت‌ناپذیری شرکا؛
- مشکلات سازمانی و قضایی؛
- مهارت و تخصص فنی نامتقارن برای کمک به مشارکت؛
- اختلاف نظر شرکا؛ مثلاً در خصوص نقش بازارها، سیستم‌های اخلاقی یا ارزشی متفاوت که موجب تلاشی فرهنگ همکاری در مشارکت می‌شود؛ و
- اختلاف در روابط قدرت و سطوح مشارکت اجتماعی.

حاکمیت از طریق تعامل با شهروندان

توسعه حاکمیت سلامت و درک عمیق‌تر مفهوم سلامت، گویای آن است که نظرات طیف وسیع‌تری از نقش‌آفرینان حائز اهمیت شده است. بخش سلامت باید با سایر بخش‌های سیاسی که در بالا شرح داده شدند، کار کند؛ باید با بخش خصوصی و سازمان‌های دولتی و غیردولتی کار کند؛ و به طور فزاینده، افراد را در نقش خودشان به عنوان بیمار یا مصرف‌کننده یا شهروند در تمام روزهای زندگی‌شان دخیل کند.

پیشگیری، تشخیص و درمان موفق بیماری‌ها تنها زمانی میسر می‌شود که مشارکت فعال دولت‌های اروپا و شهروندان را در پذیرش این موضوع داشته باشیم (اندرسون، در دست چاپ). سیاست دیگر تحمیل‌شدنی نیست. لازمه موفقیت، تولید مشترک، به تعامل گرفتن و همکاری شهروندان است.

تنوع در تعامل

تعامل بیمار، نه تنها جنبه جدایی‌ناپذیر بهداشت و درمان اروپا شده، بلکه مدلی برای تعامل شهروندان نیز شده است. «تفاوت‌های مهمی بین فعالیت‌هایی که به منظور توانمندسازی بیماران برای خودمراقبتی صورت می‌پذیرد و ساختارهایی که به عموم مردم (چه افراد علاقه‌مند، چه نمایندگان منتخب) اجازه می‌دهد ساختارهای بهداشتی را پاسخگو نگاه دارند، وجود دارد» (اندرسون، در دست چاپ) (جدول ۱).

جدول ۱. چرا باید بیماران و مردم را به افزایش تعامل تشویق کرد؟

بیماران
برای اطمینان از دریافت درمان و مراقبت مناسب برای بهبود پیامدهای سلامت برای کاهش عوامل خطر ساز و جلوگیری از نقصان سلامتی برای ارتقای ایمنی برای کاهش شکایت‌ها و اقامه دعوا
شهروندان
برای اولویت‌بندی در هزینه‌های عمومی برای مدیریت تقاضا برای تأمین انتظارات برای تقویت پاسخگویی

منبع: کولتر^(۱۶۱) (۲۰۰۵)

افراد نه تنها برای مواردی که در جدول شماره ۱ ذکر شده، بلکه به عنوان مشتریان که اختلاف بسیار ناچیزی بین نقش آنها به عنوان بیمار یا شهروند وجود دارد نیز درگیر می‌شوند. تعامل می‌تواند به صورت یک طیف باشد؛ از

تأمین اطلاعات تا توانمندسازی و از مشاوره تا تولید مشترک، تفویض قدرت و در نهایت، کنترل تصمیم‌ها. دولت کانادا مجموعه‌ای از رهنمودهای ملی را به منظور جایگزینی رفتار عمومی در خصوص مشکلات بفرنج محیط زیست و سلامت (تحت عنوان ابزار تغییر) تولید کرد؛ مجموعه‌ای از روش‌هایی که تأثیرش برای ارتقای سلامت، ایمنی و شهرنشینی زیست‌محیطی به اثبات رسیده است (ارتباطات و بازاریابی کالیبریج^(۱۶۲)، سال ۲۰۱۰).

مدل‌های تحلیلی متعددی در کمک به فهم سطح ثروت واگذار شده به شرکا در هر زمینه وجود دارد (اندرسون، در دست چاپ). مدلی که در اینجا معرفی می‌شود، توسط انجمن بین‌المللی مشارکت عمومی^(۱۶۳) در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است:

- آگاهی‌بخشی: تامین و ارائه اطلاعات
- مشاوره: نظرسنجی عمومی
- تعامل: جلب مشارکت مردمی
- توانمندسازی: واگذاری تصمیم نهایی به خود مردم

فرایندهای سیاسی به تمرکز بر دو سطح اول مشارکت، تمایل بیشتری دارند؛ یعنی آگاهی‌بخشی و ارائه مشاوره به شهروندان، دریافت‌کنندگان خدمات و سازمان‌های ذیربط. تعامل مستقیم با مردم، جلب مشارکت عمومی و توانمندسازی مردم، پیچیدگی بیشتری دارد و جزء روش‌هایی است که کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی به هر حال، امری حیاتی است برای اطمینان از این موضوع که با گسترش نفوذ جامعه در حاکمیت، ارزش‌های مردمی، بیش از پیش، مورد توجه قرار گیرد.

به عنوان مثال، دولت فنلاند برنامه‌ای را برای حمایت از سیاست‌های مرتبط با کودکان و جوانان در سال ۲۰۰۷ به تصویب رساند (وزارت آموزش و پرورش، فنلاند، سال ۲۰۰۸) که در آن، رویکردهای بین‌بخشی با تعامل شهروندان و توانمندسازی در مرکز دیده شده بود. برنامه به ۳ حیطه تقسیم

شد: جامعه کودک محور، رفاه خانواده‌ها و جلوگیری از محرومیت اجتماعی. برابری جنسیتی و جنبه‌های چندفرهنگی، موضوعات میان‌بری بودند که در هر حیطه و اقدام در برنامه دیده شدند. دولت به طور اختصاصی متعهد شد که به جوانان و کودکان، فضای بیشتری بدهد تا فرصت‌های بیشتری برای مشارکت داشته باشند. کودکان و نوجوانان تشویق شدند که در مدرسه، در سطح شهرداری و در مرحله برنامه‌ریزی خدمات، محیط زیست را با بیان عقاید روزانه خود تحت تأثیر قرار دهند. این موضوع می‌تواند مدلی برای سایر کشورها در منطقه اروپایی سازمان جهانی بهداشت باشد. مدیریت منطقه و دولت‌ها باید شیوه‌هایی را طراحی کنند که در آنها عقاید و نظرات کودکان و جوانان شنیده شود.

مثال دیگری از توانمندسازی کودکان و جوانان، تشکیل پارلمان کودکان و پارلمان جوانان در ایرلند و بلژیک است. تشکیل پارلمان کودکان و جوانان از سال ۱۹۹۹ در جمهوری چک آغاز شد؛ یعنی آنقدر زمان سپری شده که بتواند حیطه‌های مختلف زندگی عمومی را تحت تأثیر قرار دهد. جمعی از کودکان و جوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله، دانش‌آموزان مقاطع ابتدایی و راهنمایی که روابط عمومی خوبی داشتند و خواهان استفاده از فرصت‌های آزاد بودند، اینگونه توانستند به رویاهای خود تحقق بخشند. البته به دلیل محدودیت سنی، اعضای این پارلمان به طور مداوم تغییر می‌کنند و اعضای جدید فرصت می‌یابند یکدیگر را بشناسند و پیشنهادهای خود را ارائه کنند.

مثال‌های زیادی در مورد تعاملات خوب مردمی با سلامت در اروپا وجود دارد. در ادامه، بعضی از دلایل این تعاملات مطرح شده است. کنفرانسی که در سال ۲۰۰۲ با موضوع «آزمایش ژن‌های ما» در دانمارک برگزار شد، نمونه‌ای از کاوش در زمینه درک عمومی از حیطه‌های نوپدید سیاسی بود. دانمارک در طرح‌ریزی و استفاده از روش‌های مشورتی، پیشگام بوده و این کار را از طریق به کارگیری افرادی از جامعه که برای ارزیابی حیطه‌های سیاسی نوظهور به صورت تصادفی انتخاب می‌شوند، انجام داده است. در این مثال، گروه کوچکی از شهروندان در مورد اینکه چگونه دولت باید موضوعات اخلاقی

را در آزمایشات ژنتیک در نظر بگیرد، مورد سؤال قرار گرفتند. کارگاه آموزشی کنترل دخانیات در ارمنستان در سال ۲۰۰۷ اجرای سیاست‌های موجود را تسهیل نمود. در این جلسه، با همکاری دولت و سازمان‌های بین‌المللی، انجمن‌های غیردولتی، پزشکان و متخصصان تحت نظارت «ائتلاف ارمنستان عاری از دخانیات»^(۱۶۴)، چگونگی پشتیبانی جامعه مدنی در تنظیم و اجرای استراتژی ملی کنترل دخانیات مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت.

هیأت‌های قانون حمایت اجتماعی در هلند، نظرات مردم را در مورد کیفیت خدمات دریافت کردند. در قانون حمایت اجتماعی سال ۲۰۰۷، شهرداری‌ها ملزم شدند شهروندان را در ارائه خدمات مراقبت اجتماعی درگیر نمایند.

پروژه صدای مردم^(۱۶۵) در اوکراین در سال ۱۹۹۹، شهروندان را در ارزیابی سرویس‌های خدمات بهداشتی توانمند کرد. بانک جهانی، پروژه‌ای را برای توانمندسازی شهروندان در پاسخگو نمودن سرویس‌های بهداشتی از طریق استفاده از کارت‌های گزارش شهروندی، کنفرانس‌ها، اظهارنظرهای عمومی، تحقیقات و آموزش سازمان‌های غیردولتی و کارکنان خدمات شهری حمایت مالی کرد.

روش ممیزی شهری از زمانی که در تعدادی از کشورهای اروپایی برای ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی با استفاده از نظر مردم انجام می‌شد، توسط یک سازمان غیردولتی ایتالیایی به نام سیتادینانزاتوا^(۱۶۶) هدایت می‌شد. بودجه‌بندی مشارکتی در سویل (اسپانیا) در تخصیص بودجه و تعیین اولویت‌های هزینه‌ای در سال ۲۰۰۴ اجرا شد. بودجه‌بندی عملیاتی به شهروندان اجازه می‌دهد خودشان تصمیم بگیرند یا در تصمیم‌گیری‌ها برای هزینه‌کرد مستقیم بودجه در سطح شهر یا محله خود دخالت داشته باشند. این سیاست، ابتدا در آمریکای لاتین شروع شد و پس از آن، در کشورهای فرانسه، آلمان، ایتالیا، اسپانیا، انگلستان و سایر کشورهای اروپایی مورد استفاده قرار گرفت. در اسپانیا، هر سال، هزاران شهروند در اجرای سیاست مذکور، پیرامون هزینه‌کرد بودجه‌های عمومی برای سلامت، حمل و نقل، فرهنگ و سایر خدمات تصمیم‌گیری می‌کنند.

چگونه فناوری می تواند به افزایش تعاملات کمک کند؟

پیشرفت های اخیر در فناوری مبتنی بر مصرف کننده و نوآوری هایی که در بخش خصوصی پدید آمده (شامل موسسات)، تعامل شهروندان را در مسیرهای جدید تسهیل نموده است. به عنوان مثال، سازمانی مثل آمریکا اسپیکز^(۱۶۷) (آمریکا صحبت می کند) طرحی را به صورت آزمایشی، تحت عنوان اجلاس سالن شهر قرن بیست و یکم اجرا نمود که در آن، هزاران نفر از شهروندان، به صورت تصادفی، انتخاب و در مکان های متعددی برای مشارکت در مباحث شهری دعوت شدند. شرکت کنندگان در میزگردهای ۸-۱۰ نفره با یک تسهیل گر کارآزموده حضور پیدا می کردند. آنها به مجموعه ای از سؤالات پاسخ داده و با بحث و تبادل نظر، مجموعه ای از اولویت ها را تعیین می کردند. فناوری مشارکتی برای اطمینان یافتن از این که هر صدایی شنیده می شود، مورد استفاده قرار می گیرد. این فناوری شامل یک کامپیوتر روی هر میز است که به عنوان فلیپ چارت الکترونیکی عمل کرده و توسط آن، هماهنگی های انجام شده همزمان منتقل می شوند. یک صفحه کلید اخذ رأی نیز جهت رای دهی شرکت کنندگان در مورد مهم ترین اولویت هایی که در نظر می گیرند، استفاده می شود. کنفرانس های نظر جمعی مشابهی در اروپا در سطح منطقه ای و محلی نیز سازمان دهی شده است. این مدل برای موضوع سلامت به روش های متنوعی اجرا شده است.

در انگلستان، شعبه جهانی آمریکا اسپیکز، با نام گلوبال ویسز^(۱۶۸) (صداهای جهانی)، با همکاری خدمات ملی سلامت و یک شرکت تحقیقاتی به نام اوپنینین لیدر^(۱۶۹) یک گفتمان ملی را تحت عنوان «سلامت شما، مراقبت شما، کلام شما»^(۱۷۰) در سال ۲۰۰۵ راه اندازی نمودند که نتایج آن در برنامه ها و تعهدات رییس جمهور انگلستان، تونی بلر، وارد شد. یک اجلاس در سطح بالا به صورت زنده و روی شبکه جهانی اینترنت، با پوشش خبری کانال های متعدد بی بی سی در طول روز برگزار و در رسانه های گروهی ملی گزارش گردید.

یک سال بعد، کنفرانس‌های بیشتری با تمرکز بر موضوع پیش گفته تشکیل شد؛ کنفرانس مباحثات شهروندان اروپا در مورد علوم اعصاب با مشارکت یک شرکت آلمانی علوم ارتباطات به نام «یفوک» و بنیاد کینگ بودوین^(۱۷۱) برگزار شد. این اجلاس با ترجمه ۹ زبان خارجی، اولین کنفرانس چندملیتی نظرجمع‌ی توافقی در دنیا بود که در این سطح منعقد گردید. بیانیه این کنفرانس در قالب ۳۷ توصیه به‌اجماع‌رسیده به مجلس اروپا ارائه شد که در آن، اولویت‌های تحقیق و مقررات علوم اندیشه مشخص شده بود (پانل نخبگان اروپا، سال ۲۰۰۶). توصیه‌های مذکور، چارچوبی را برای جلسات ملی و بین‌المللی با این موضوع تعیین نمودند. مجموعه در حال رشدی از تحقیقات، تأثیر مثبت مباحثات و مذاکرات را روی شهروندان و مؤسسه‌های دولتی نشان می‌دهد (باراباس^(۱۷۲)، سال ۲۰۰۴).

فناوری، نه تنها به شهروندان در ایجاد تعامل برای تجمیع نبوغ و به اشتراک‌گذاردن دانش یا مراقبت کمک می‌کند، بلکه به عنوان عنصری مستقل برای تحقق مشترک حاکمیت برای سلامت عمل می‌کند. در طول دهه گذشته، گوشی‌های هوشمند (گوشی‌های موبایل با قابلیت پیشرفته محاسبه و برقراری ارتباطات در کنار برخورداری از استانداردهای لازم صوتی و امکانات متنی برای استفاده آسان و بدون اختلال از شبکه اینترنت و موقعیت‌یاب مکانی) «به نحو چشمگیری در طیف وسیعی از جوامع صنعتی غربی و شهروندان، از دانش‌آموز دبستانی تا طبقه بالای شهروندان، نفوذ کرده‌اند» (کمل بولوز، در دست چاپ).

این ابزارها علی‌رغم ظرفیت بالای خود در تسهیل مراقبت مشترک با سیستم پایش سلامت سیار و ترویج رفتار سالم با ۷ هزار برنامه کاربردی مرتبط با سلامت در بازار، در سال ۲۰۱۰ (کایلاس^(۱۷۳) و همکاران، سال ۲۰۱۰)، هنوز به عنوان ابزارهایی کاربردی از سوی نهادهای مرتبط با دولت مشارکتی به خوبی درک نشده‌اند.

به عنوان مثال، «خیابان‌های تمیز دوست‌داشتنی»^(۱۷۴) یک برنامه کاربردی در انگلستان است که شهروندان از ویژگی‌های تعبیه شده در سیستم موقعیت‌یاب

جهانی (GPS) و دوربین گوشی های هوشمند برای گزارش مشکلات زیست محیطی یا محلی به طور مستقیم به مسوولان منطقه استفاده می کنند. شهروندان کافی است فقط تصویری از مشکلی که مشاهده کرده اند (مثل پیاده روی تخریب شده یا لامپ های روشنایی خیابان ها، لاشه حیوانات، خسارت دیدن امکانات فضاهای سبز و پارک ها، کثیف کردن محیط های عمومی توسط سگ ها، دفع غیرقانونی پسماندها، دیوارنوشته ها و مسدود شدن مجاری آب و فاضلاب و کانال ها) را با استفاده از برنامه مکان یاب جغرافیایی که موقعیت را ثبت می کند، ارسال نمایند. آنها سپس می توانند با مراجعه به وبسایت مربوطه^(۱۷۵) فرایند رسیدگی به گزارش خود را پیگیری کنند. کامل بولوز (در دست چاپ) در نتیجه تحقیقات و بررسی خود دریافت که شورای شهر «به گزارشات واصله از طریق برنامه کاربردی موبایل^(۱۷۶) بسیار خوب و سریع رسیدگی کرده و پاسخ می دهد».

فناوری کاربردی، نظیر نمونه پیش گفته، می تواند مردم را در قبول مالکیت، مسوولیت پذیری مدنی و ترویج محیط زیست سالم تر و ایمن تر توانمند سازد. گزارش دهی مستقیم از طریق خطوط تلفن رایگان، دهه هاست که مورد استفاده قرار می گیرد. به هر حال، میزان راحتی در فرایند استفاده از این تسهیلات، ارسال گزارش و پیگیری آن، مشخصه ویژه ای است که می تواند همکاری شهروندان را در صرف زمان یا تلاش برای گزارش دهی تحت تأثیر قرار دهد. وبسایت پلیر انگلستان^(۱۷۷) نیز با استفاده از خصوصیات شبکه اجتماعی برای اطلاع رسانی به شهروندان در مورد فعالیت های جنایی انجام شده در منطقه سکونت و برای درخواست اطلاعات در خصوص جنایات، نمونه دیگری از فناوری های مذکور است.

شبکه اجتماعی همچنین ارتباطات چندجانبه و تعامل سازمان های دولتی و جوامع را با توانمندسازی مردم برای به وجود آوردن شهروندان آگاه، افزایش اعتماد عمومی و تشویق مشارکت شهروندی برای شکل دادن به خدمات خودشان از طریق پاسخگویی و ارایه نظر و خلق ایده های نو از سوی عموم مردم (هوش جمعی و تقاضای مردمی) به طرز بی سابقه ای

تسهیل کرده است. انتقال بسیار سریع اطلاعات و داده‌ها و امکان استفاده از گردهمایی‌های عمومی برای فراهم نمودن بستر مناسب در گردآوری نگرش‌ها و خلیات جمعیتی در تدوین هر چه منعطف‌تر سیاست‌های عمومی کمک شایانی به عمل می‌آورد. کمل بولوز، اطلاعات بیشتری را در مورد رسانه‌های اجتماعی شبکه‌ای، جهان‌های مجازی و انعکاسی و تقابل آنها با یکدیگر برای حاکمیت سلامت فراهم نموده است (در دست چاپ). گوشه‌های هوشمند، این امکان را فراهم می‌کنند تا از اهرم فشار قدرت جمعیت‌ها و با برنامه‌های کاربردی روزافزون مبتنی بر منابع جمعیتی در تلفن‌های موبایل برای سلامت و بهداشت و درمان مبتنی بر مشارکت مردمی به موقع و سریع بهره برد؛ به عنوان مثال، برنامه کاربردی مداوچر^(۱۷۸) (بیمارستان کودکان بوستون، سال ۲۰۱۲) در ارتباط با مصرف داروها مورد استفاده قرار می‌گیرد، در جایی که برنامه کاربردی «نقشه بیماری‌های نزدیک به من»^(۱۷۹) (بیمارستان کودکان بوستون، سال ۲۰۱۲) که توسط گروه برنامه‌ریزی اطلاعات بیمارستان کودکان و سازنده برنامه مداوچر تهیه شده است، همه‌گیرشناسی مشارکتی را مقدور می‌سازد؛ به گونه‌ای که استفاده‌کنندگان از این برنامه می‌توانند طغیان‌های محلی را گزارش نمایند. مثال دیگر، یک برنامه کاربردی است که روی گوشه‌های آیفون با عنوان حیات‌بخش^(۱۷۹) توسط اداره آتش‌نشانی سان‌رامون در کالیفرنیا از سال ۲۰۱۲ مورد استفاده قرار می‌گیرد.

توسط این نرم‌افزار، افرادی که آموزش‌های لازم را در زمینه احیای قلبی دیده‌اند، به محض اینکه یک مورد حمله قلبی به شماره اورژانس ملی گزارش شود، مطلع می‌شوند. نرم‌افزار مکان‌یاب گوشه‌های موبایل فرد پاسخ‌دهنده نیز موقعیت مورد اورژانسی و نزدیک‌ترین دفیبریلاتور^(۱۸۰) را در اختیار می‌گذارد.

چگونه شفافیت، نوآوری را تغذیه می‌کند؟

تعامل با شفافیت همراهی بسیار نزدیکی دارد و این در حالی است که شفافیت، عنصری ضروری در ایجاد اعتماد به سیستم‌های مشارکتی دولت

به حساب می‌آید و اگر این اعتماد به وجود آید، فرصت‌های جدیدی در نوآوری‌های برد-برد از طریق تولید مشترک علم (در کنار سازوکارهای همکاری مانند مسوولیت سلسله‌مراتبی و نیروهای قیمت و رقابت بازار) ایجاد می‌شود؛ به عنوان مثال، منابع سلامت از اطلاعات بیماران برای تحقیق و توسعه استفاده می‌کنند و دولت از این اطلاعات برای تصمیم‌گیری در مورد اینکه بهتر است کجا سرمایه‌گذاری عمومی انجام دهد، استفاده می‌کند. به هر حال، بخش سلامت، حافظ حریم خصوصی و اطلاعات بیماران، به دلیل سابقه وضعیت سلامت فرد و حفظ حرمت رابطه بیمار و پزشک، است. با این حال، بیشتر بیماران مایل‌اند روند پیشرفت درمان‌شان تا حد امکان سریع باشد و سرمایه‌گذاری در بخش‌هایی که برای آنها اهمیت دارد، بیشتر صورت پذیرد. اگر شفافیت در چگونگی استفاده از اطلاعات وجود داشته باشد، افراد بیشتری برای صرف‌نظر کردن از حریم خصوصی خود در جهت اعتلای تحقیقات کارا تر، توسعه و سرمایه‌گذاری عمومی، تمایل نشان می‌دهند.

برنامه «بیمارانی مثل من»^(۱۸۲) نمونه موفق‌تری در این زمینه محسوب می‌شود (سال ۲۰۱۰). در این برنامه، بیماران می‌توانند از طریق یک شبکه اجتماعی مطرح و آشنا برای عموم، اطلاعات خود را داوطلبانه از طریق اینترنت به اشتراک بگذارند. این شیوه به توانمندسازی بیماران کمک می‌کند و موجب می‌شود آنها بتوانند با مقایسه تجربیات خود با موارد مشابه، تصمیم آگاهانه‌تری در خصوص مدیریت وضعیت سلامت خود بگیرند. بعضی از جوامع که از طریق شبکه «بیمارانی مثل من» شکل گرفته‌اند، مجموعه‌ای از اطلاعات مورد نیاز را به حد کفایت برای انجام تحقیقات بالینی^(۱۸۳) جمع‌آوری و فراهم نموده‌اند؛ از جمله این موارد، می‌توان به اجتماع بیماران مبتلا به ام‌اس که بیش از ۲۳ هزار عضو دارد، اشاره کرد.

این شیوه، به ویژه در مورد بیماری‌های نادر که ممکن است پراکندگی جغرافیایی وسیعی داشته باشند، کاربرد دارد. در زمان طراحی شبکه، شرکت دارویی نوارتیس و آزمایشگاه‌های ابوت^(۱۸۵) تحقیقات بالینی وسیعی را از طریق وبسایت «بیمارانی مثل من» انجام دادند. راه‌اندازی شبکه

مذکور، سیستم ارزشمندی را بر اساس اصل شفافیت همه‌جانبه فراهم نمود که امکان خلق نوآوری‌های سودمند را برای ذی‌نفعان مهیا می‌نماید؛ نوآوری‌های که در شرایط وجود اطلاعات نامتقارن، دست‌یافتنی نخواهند بود.

بسیاری از دولت‌ها به بهره‌مندی از شفافیت اطلاعات روی خوش نشان داده‌اند؛ به عنوان مثال، دولت انگلستان، پورتال درون‌شبکه‌ای ویژه‌ای را برای تبادل اطلاعات راه‌اندازی کرده است. دسترسی به اطلاعات دولتی در جایی که مستندات بیشتری برای تنظیم سیاست به آن وابسته است، گامی بلند در شفاف‌سازی سیاستگذاری محسوب می‌شود. این روش همچنین شهروندان را به تعامل بیشتر طی فرایندی از طریق ارایه یافته‌ها و پیشنهادهای خود در مواردی که برای آنها اهمیت بیشتر دارد، تشویق می‌کند؛ نظیر نوآوری‌هایی مانند مسابقه «راه بهتری به ما نشان بدهید»^(۱۸۵) که در انگلستان اجرایی شود.

دولت انگلستان از مدیریت مطلوب و متعهدی در حوزه تعاملات دیجیتال برخوردار است که مسوولیت ادغام فناوری‌های جدید رسانه‌های اجتماعی را در ساختار ارتباطات و عملکرد روزانه دستگاه‌های دولتی به عهده دارد. هدف از این تشکیلات، پشتیبانی و تشویق دستگاه‌های دولتی به استفاده از فنون تعامل دیجیتال (نظیر ارتباط از طریق شبکه‌های فیس‌بوک و توییتر در کنار روش‌های سنتی تعامل) است.

پورتال دولت انگلستان^(۱۸۶) که در سپتامبر ۲۰۰۹ راه‌اندازی شده، پروژه‌ای بی‌نظیر برای استفاده رسمی از اطلاعات غیرشخصی (برای استفاده مجدد و رایگان توسط اعضای تشکیلات مردمی) است. این پورتال دولتی، امکان دسترسی رایگان به هزاران بسته اطلاعاتی و بیش از ۱۰۰ برنامه کاربردی برای اطلاعات عمومی را فراهم می‌آورد.

دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا، نقش مؤثری در راه‌اندازی شبکه‌هایی با سازماندهی درونی برای سلامت ایفا نموده است. مثال‌هایی از شبکه‌های مذکور با سابقه عملکرد طولانی‌مدت، شبکه‌های بهداشت هستند؛

مانند شبکه بهداشت جنوب شرقی اروپا^(۱۸۷) و شبکه شهرهای بهداشتی منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی. شبکه بهداشت جنوب شرقی اروپا محصول پیمان نامه سال ۱۹۹۹ جنوب شرقی اروپاست و یک گردهمایی سیاسی و سازمانی محسوب می شود که توسط دولت های آلبانی، بوسنی و هرزگوین، کرواسی، مونته نگرو، مولداوی، رومانی، صربستان و جمهوری سابق مقدونیه یوگوسلاو برای ارتقای صلح، سازش و سلامت در منطقه راه اندازی شده است. شبکه شهرهای بهداشتی اروپا، دولت های محلی را در توسعه سلامت از طریق تعهد سیاسی، تغییر سازمانی، ظرفیت سازی، برنامه ریزی مشارکتی و پروژه های نوآورانه درگیر می کند.

حاکمیت از طریق مجموعه ای از مقررات و ترغیب

دولت هوشمند سلامت به معنای انتخاب بین حکومت از طریق شبکه ها و یا سلسله مراتب نیست، بلکه استفاده هوشمندانه از هر دو رویکرد است. برای خیلی از مشکلات بغرنج سیاسی، شاید موفقیت و اثربخشی رویکردهای سنتی سیاسی در تحت تأثیر قرارداد رفتارها (از طریق قانون گذاری، تحریم ها، مقررات، مالیات و عوارض) بدون ابزارهای تکمیلی و درک چگونگی تعامل با شهروندان برای تغییر رفتارها، دور از دسترس باشد (دولت استرالیا، سال ۲۰۰۷). حکومت هوشمند، نه تنها از طریق ابزارهایی که مورد استفاده قرار می گیرد، بلکه از طریق انتخاب صحیح و استفاده از ابزارهای مناسب (از نظر تعداد و انواع برنامه های کاربردی تعبیه شده در آن) نیز قابل ارزیابی است. بنابراین دولت هوشمند سلامت، به شیوه پاسخگویی راهبردی دولت ها به چالش های سلامت توجه دارد؛ به انتخاب هایی که در مورد نوع و ترکیب ابزارهای مورد استفاده انجام می شود، توجه دارد و همچنین از توجه به ویژگی شرکا، سطح تعامل و زمان برقراری تعامل بین دولت و جامعه نیز غفلت نمی کند.

حکومت سلسله مراتبی هنوز مورد توجه است

تصویر آینده ای «سلامت در تمام سیاست ها» نشان می دهد که خطر در

بسیاری از نقاط زندگی روزمره مردم وجود دارد. این موضوع، پیامدهای قابل توجهی (از چگونگی ایجاد سیاست های بهداشتی توسط مردم تا اینکه در کجا مسوولیت های بهداشتی در جامعه را محول نمایند) در بردارد. اگر سلامت در همه جا هست، هر مکان یا موقعیتی در جامعه می تواند در حمایت از آن یا به مخاطره انداختن آن نقش داشته باشد. همانگونه که در بخش قبلی نیز در خصوص حاکمیت از طریق تعامل بیان شد، مجادله دستگاه های مسوول در بحث سلامت این است که تنها مسوولیت تولید محصولات و مواد ناسالم با تولیدکنندگان آن نیست، بلکه افرادی که پرکننده صحنه های هر روز زندگی هستند، نیز، نسبت به اینکه این محصولات و مواد در کجا مصرف بشود، نقش و مسوولیت دارند. این موضوع، به بیان دیگر، گویای یک جریان انتقال از موجودیت مواد و سازمان هایی که مشخصاً به عنوان سازمان های بهداشتی تعریف شده اند، به سمت وابستگی روزافزون به یک بسته راهبردی از سازوکارهای سازمانی است که سازمان دهنده جامعه، شیوه زندگی و کسانی است که تنظیم کننده رفتار اجتماعی اند. مقررات مربوط به استعمال دخانیات، نمونه ای متداول از جریان مذکور است که انتقال حاکمیت از مسوولیت فردی به مسوولیت اجتماعی را نشان می دهد. در اواسط قرن بیستم میلادی، بحث سیگار کشیدن یا نکشیدن در حوزه حریم شخصی مطرح می شد ولی در دهه های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ با رشد مستندات مربوط به زیانبار بودن دود سیگار برای افرادی که دخانیات مصرف نمی کنند، مجادلات فنی در این زمینه رو به افول گذاشت (براندت^(۱۸۸)، سال ۲۰۰۷). این انتقال موجب بازطراحی سیاست های مقرراتی و در نهایت، باعث انتقال فرهنگی شد.

امروزه دولت ها نه تنها مقرر می کنند که چه کسی در کجا و به چه قیمتی اجازه خرید دخانیات دارد، بلکه مقرر می کنند که مردم در چه مکان هایی اجازه دارند دخانیات مصرف کنند. به همین ترتیب، تغییر رویکرد فرهنگی استعمال دخانیات اتفاق افتاد و هنجار جدیدی شکل گرفت. در طول زمان، مقررات استعمال دخانیات در همه حوزه ها توسعه پیدا کرد. طبیعتاً اول

مدارس و بیمارستان‌ها، سپس اماکن عمومی بزرگ و پس از آن، انواع وسایل نقلیه عمومی، متعاقباً رستوران‌ها و کافه‌ها و در نهایت، همانند آنچه که در نیویورک اتفاق افتاده است، در واقع، هیچ فضایی در بیرون منزل وجود ندارد که استعمال دخانیات در آن مجاز باشد. قوانین استعمال دخانیات همچنین دسترسی به تصاویر و پیام‌های تبلیغی برای محصولات دخانیات را نیز محدود کرده است. اولین معاهده بین‌المللی سلامت، کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی، تولید و مصرف دخانیات را ضابطه‌مند نموده است.

امروزه مفهوم سلامت تغییر کرده و به یکی از دغدغه‌های اصلی افراد در زندگی تبدیل شده است. مالکان کافه‌ها و رستوران‌ها، خرده‌فروشان، مدیران فرودگاه‌ها و خطوط راه‌آهن، همه، باید دغدغه سلامت داشته باشند. با تعهد به هنجارها، استانداردها و الگوهای رفتاری مناسب، با استفاده از قوانین و مقررات تشویقی و در سایر موارد، با تبعیت از انتقال فرهنگی، همه بخش‌ها می‌توانند به بخش‌های سالم تبدیل شوند (کیکبوش، ۲۰۰۳).

طی جامع‌ترین مرور منابع مربوط به موضوع حکومت تاکنون، هیل و لین در سال ۲۰۰۵ به این نتیجه رسیدند که اگرچه اهمیت فعالیت‌های مرتبط با شبکه و بازار رو به افزایش گذاشته است، ولی مدیریت سلسله‌مراتبی به هیچ وجه رو به کاهش نبوده و نقش دولت همانند گذشته یک نقش محوری است. بل و هیندمور در سال ۲۰۰۹ به گسترش کنترل‌های سلسله‌مراتبی دولت‌ها در سال‌های اخیر در سطوح ملی و منطقه‌ای اشاره نمودند؛ به عنوان مثال، در حیطه‌هایی نظیر گوشی‌های تلفن همراه، شبیه‌سازی ژنتیکی، اینترنت، ارگان‌های اصلاح‌شده ژنتیکی، داروهای ارتقای عملکرد ورزشکاران، لقاح مصنوعی، ازدحام ترافیکی، ناموزونی جمعیت، رفتار ضد اجتماعی و خطر تروریسم. دوب و همکاران در سال ۲۰۰۹ توصیف جالب توجهی از گزینه‌های ابزار سیاست‌گذاری مختلف ارائه نمودند (تصویر ۱۲).

تصویر ۱۲- گزینه‌های ابزار سیاسی



منبع: دویی و همکاران (سال ۲۰۰۹)

ابزار سنتی دولت سلسله‌مراتبی (دستور و کنترل، قوانین و استانداردهای رفتار معکوس شده با استفاده از مجازات‌ها و پاداش‌های وضع شده) همچنان از تحولات در حال جریان هستند (سالامون سال ۲۰۰۲). البته لایه‌های جدیدی از تولید تنظیم مقررات در سطوح منطقه‌ای و جهانی در حال شکل‌گیری است و [برخی] دولت‌ها با بازنگری قوانین اساسی خود درصدد افزایش قدرت سلسله‌مراتبی و مرکزی خود هستند. در دهه‌های اخیر، رهبران سیاسی برای اطمینان یافتن از رهبری مقتدرانه در مواجهه با بحران‌های واقعی یا پیش‌بینی‌شده، قدرت اجرایی متمرکز و اقتدار خود را به طور مستمر افزایش داده‌اند (بل و هیندمور، سال ۲۰۰۹؛ هوکینگ، سال ۲۰۰۵؛ پوگونته و وب، سال ۲۰۰۵، والتر و استرانگیو، سال ۲۰۰۷).

در همین دوران، تعداد سازمان‌های نظارتی نیز افزایش یافته و بدینوسیله دولت‌ها در پی برقراری نظم در جامعه و بازار و به حداقل رساندن خطرات ناشی

از فناوری‌های نوین بوده‌اند. در اسپانیا ممنوعیت نمایش بعضی از مدل‌های بسیار لاغر در سالن‌های مد در مادرید که برای اولین بار در جهان اتفاق افتاد، موجب بروز آشوب در شرکت‌های مد و افزایش مخالفت‌ها برای ایجاد محدودیت در سایر مکان‌ها شد. پس از این واقعه، هفته مد در مادرید که اختصاص به نمایش مدل‌های بسیار نحیف داشت و در آن، دختران و پسران جوان به تقلید از این نمایش در تلاش برای به حداقل رساندن وزن خود از طریق تحمل مرارت گرسنگی برمی‌آمدند، حذف شد (خبرگزاری سی‌ان‌ان، سال ۲۰۰۶).

سیاست اروپا یک نمونه روشن از رویکرد نوین تنظیم مقررات حکومت است که به نحوی فزاینده، ویژگی‌های ذیل را به همراه دارد (گریر و وانهرکه، سال ۲۰۱۰؛ سابل و زیتلین، سال ۲۰۰۸):

- (الف) مشورتی (اجماع غالباً الزام‌آور است)؛
- (ب) چندسطحی (سطوح مختلف دولت را به طور اساسی به هم مربوط می‌کند؛ این به معنای عدم وجود سیستم سلسله‌مراتبی قدرتمند و یا به طور کلی، به معنای فقدان چنین سیستمی است)؛
- (ج) بازگشت از هنجارهای دموکراسی انتخابی (پاسخگویی از نظر شفافیت و موşkافی توسط هم‌رتبگان تعریف می‌شود)؛
- (د) ترکیبی از اهداف چارچوب تعیین‌شده در بالا و ترکیب‌شده با استقلال قابل‌توجه واحدها و عوامل در سطوح پایین‌تر برای بازتعریف اهداف خرد در زمینه یادگیری؛ و
- (ه) ساخته‌شده بر اساس گزارش‌دهی (در مورد عملکردشان) و مشارکت در بازنگری توسط هم‌رتبگان (به نحوی که بتوان نتیجه یک روش را با روش‌های دیگر مقایسه کرد).

تکامل ابزار حاکمیت و سازماندهی چندسطحی

توسعه قدرت از بالا به پایین، شاهی بر مدعای اعتماد دولت‌ها به حاکمیت چندسطحی برای پاسخگویی به چالش‌های روزافزون است؛ چالش‌هایی که

مواجهه با آنها مستلزم همکاری مؤثر دولت با جمعی مردمی، فرادولتی، محلی و ملی است.

با وجود اینکه حاکمیت از طریق شبکه‌ها، جنبه‌های بین حوزه‌های قضایی، مقطعی و همسطح دولت هوشمند سلامت را تسخیر می‌کند و حاکمیت از طریق تعامل بیانگر نفوذ نقش حاکمیت برای سلامت در بسیاری از ذینفعان یا نقش آفرینان جدید است، هدف حکومت چندسطحی، ایجاد روابط عمودی بین بازیگران حاکمیت و عرصه‌های اجتماعی است. در اروپا، به طور خاص، افزایشی در توافقات تنظیم مقررات چندسطحی از اوایل دهه ۱۹۹۰ وجود داشته است؛ توافقاتی که اغلب ناشی از شکل‌گیری قدرت جدیدی در سطح منطقه‌ای بوده است. در دهه ۱۹۷۰ زمانی که جامعه اقتصادی اروپا در حال تنظیم سیاست‌های تجارت و کشاورزی بود، کمتر از ۲۰ توافقنامه در هر ۳ سال به امضا می‌رسید، در حالی که در فاصله سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ تقریباً ۲۶۰ توافقنامه به امضا رسید (بل و هیندمور، سال ۲۰۰۹). در بعضی موارد، اتحادیه اروپا قادر است برای حفاظت از حقوق مصرف‌کنندگان، مقرراتی در راستای سلامت، وضع کند؛ نظیر مقررات مربوط به شکایت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای که روی بسته‌بندی محصولات غذایی در سال ۲۰۰۶ درج شد و هدفش کسب اطمینان از این بابت بود که هر ادعایی در مورد برچسب‌گذاری مواد غذایی و مسایل مربوط به بازاریابی در اتحادیه اروپا کاملاً شفاف، دقیق و براساس مستندات موردقبول جامعه علمی باشد (مجلس اروپا، سال ۲۰۰۶).

توجه روزافزون گروه‌های متنفذ بخش صنعت به مجلس اروپا گواه دیگری بر افزایش قدرت و نفوذ آن است. البته این موضوع می‌تواند مشکلاتی برای حاکمیت سلامت به همراه داشته باشد. موضوعاتی نظیر واقعه سال ۲۰۱۰ که طی آن، صنعت غذا توانست با مجلس اروپا درباره طرح الزام تولیدکنندگان غذایی به درج برچسب‌های چراغ راهنمایی در قسمت جلوی بسته‌بندی محصولات غذایی (که هدفش کمک به مشتریان برای محاسبه میزان دریافت نمک، قند و چربی روزانه پیشنهادی بود) چانه‌زنی و آن را رد نماید.

شناخته‌شده‌ترین رویکردهای اروپا در دولت هوشمند سلامت، از طریق

ابزارهای کنترلی آن بوده است. بیانیه‌ها و نتیجه‌گیری‌ها، تلاش‌هایی برای ایجاد همکاری نزدیک‌تر و هماهنگی بیشتر از طریق پیشنهادات، مصوبات و دستورالعمل‌هایی بوده‌اند که به عنوان جایگزین قانونگذاری مورد استفاده قرار می‌گیرند (گریر و وانهرکه، سال ۲۰۱۰؛ لندن، سال ۲۰۰۵). مثال‌هایی از این دست، شامل خط مشی اروپا در مورد رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و سلامت، گروه عالی خدمات سلامت و مراقبت پزشکی و شیوه همکاری است (گریر و وانهرکه، سال ۲۰۱۰). آخرین مورد، به طور خاص، الحاق شکل سنتی حکومت سلسله‌مراتبی در شیوه‌های نوین حاکمیت را برای اطمینان یافتن از اینکه اقدامات قانونی منعطف و نرم در اتحادیه اروپا به اشتراک‌گذاری ایده‌ها بدون پیگیری تجزیه نشود، منعکس می‌نماید. گریر و وانهرکه در سال ۲۰۱۰ این امکان را در نظر گرفتند که دادگاه قضایی اروپا بتواند با قانون سخت از طریق ماده ۴۹ رویه قضایی (ضوابط خدمات)، در موارد رقابت و حمایت (ادغام کردن سلامت در بازار داخلی) که لازمه موفقیت رویکردهای تنظیم قوانینی است که وابستگی خیلی کمتری به دستور و کنترل دارد، مداخله نماید. این استفاده بالقوه از قانون سخت، تشویقی برای کشورهای اتحادیه اروپا بود که نرم‌ترین سازوکارهای مبتنی بر اجماع را به کار بگیرند. بل و هیندمور در سال ۲۰۰۹ به این رویکرد، عنوان «خودتنظیمی در سایه سلسله‌مراتب» دادند.

کاهش قلمروی مشکلات و راهکارها و افزایش گسست‌های بین‌المللی موجب میل دولت‌ها به سمت دولت‌های چندسطحی‌تر و ترکیبی‌تر شده است (زورن، سال ۲۰۱۰). این گسست‌ها در حضور نقش‌آفرینان جدید و قانونی و حوزه‌های فسادولتی که تصمیم‌گیری، اقدامات تنظیم مقررات، اجرای سیاست، تخصیص منابع، پذیرش و یا تشخیص نقش‌آفرینان و عملکردها را انجام می‌دهند، بازتاب و معنای تازه‌ای می‌یابد.

براساس نظریه زورن در سال ۲۰۱۰ که «دولت‌های ملی، مشکلات روزافزونی را در طراحی سیاست‌ها یا مقررات یک‌جانبه برای تأمین اهداف حاکمیت در مواردی همچون امنیت، قطعیت قانونی، مشروعیت یا رفاه اجتماعی به وجود می‌آورند»، طبیعتاً باید تغییر رویه‌ای به سمت همکاری‌های چندجانبه و

مؤسسات منطقه‌ای و بین‌المللی را شاهد باشیم.

سیاست‌های اروپا در مقابله با مقاومت آنتی‌بیوتیکی، شاهدهی بر همین مدعاست. مقاومت آنتی‌بیوتیکی، تهدیدی برای بهداشت همگانی در سطح جهان است. در سال ۲۰۰۹ یک کارگروه مشترک، متشکل از مرکز پیشگیری از بیماری‌ها و آژانس پزشکی اروپا برآورد کردند که این مقاومت، سالانه ۲۵ هزار مرگ بیشتر در کشورهای عضو اتحادیه اروپا را در پی دارد (گزارش کارگروه مشترک، سال ۲۰۰۹)^(۱۸۹). پس از بازنگری سیاست‌های ۱۵ سال گذشته، تامسون و همکاران (در دست چاپ) دریافتند که کشورهایی نظیر شیلی، دانمارک، فرانسه، اسرائیل، هلند و سوئد، سیاست‌هایی کاربردی را برای مدیریت مقاومت آنتی‌بیوتیکی یا اجزای مرتبط با آن در طبقات مختلف جامعه ایجاد و اجرا کرده‌اند. در همین راستا بسیاری از برنامه‌های اداره آنتی‌بیوتیک محلی در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی ایجاد شد. به هر حال، کنترل موفق مقاومت در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها نیازمند یک رویکرد چندشاخه است، به نحوی که همه بخش‌های ذیربط جامعه، از مجمع جهانی بهداشت تا داروخانه‌ها و مصرف‌کنندگان، در تعامل با همدیگر باشند.

اتحادیه اروپا از اواخر دهه ۱۹۹۰ در سطح منطقه‌ای، سیاست مشترکی در زمینه مقاومت آنتی‌بیوتیکی داشته و توصیه‌هایی را در محدودیت عوامل آنتی‌بیوتیکی سیستمیک فقط از طریق استفاده از نسخه در سال ۲۰۰۲ ابلاغ نموده است. ۱۸ کشور عضو این اتحادیه، این سیاست مشترک را تصویب و اقداماتی را برای اجرای آن (مانند ممنوعیت فروش هرگونه آنتی‌بیوتیک بدون نسخه پزشک) انجام داده‌اند. با این حال، بین ۱ تا ۱۰ درصد آنتی‌بیوتیک‌ها بدون نسخه پزشک فروخته شده و در یونان این میزان به بیش از ۱۵ درصد رسیده است (ورنلی^(۱۹۰) و همکاران، سال ۲۰۱۱). زنجیره دولت چندسطحی موفق اغلب به همان میزان ضعیف‌ترین شاخه‌های ارتباطی آن، قوی است. دولت‌ها به نحوی فزاینده برای کمک به هماهنگی پاسخگویی سیاسی، بر سازمان‌های چندسطحی تکیه دارند، در حالی که بدون کنترل سلسله‌مراتبی مؤثر برای اجرای سیاست‌ها، حاکمیت چندسطحی به شکست می‌انجامد. در

خصوص بحث مقاومت آنتی‌بیوتیکی در اروپا باید گفت چنانچه سیاست‌ها و سازوکارهای مراقبت در یک کشور یا ناحیه درست اجرا نشود، موفقیت سیاست در کل منطقه به مخاطره می‌افتد.

یکی از بهترین نمونه‌ها در گسترش انواع هوشمند مقررات سلسله‌مراتبی چندسطحی، چارچوب کنوانسیون سازمان جهانی بهداشت در مورد کنترل دخانیات (سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۳) در پیوند با مقررات مربوط به دخانیات در اتحادیه اروپاست. سیاست کنترل دخانیات در اروپا تقابلات عمودی و مشترک قدرت و مسوولیت را بین مناطق، دولت‌ها و سازمان‌های فرادولتی و نیز اهمیت نقش آفرینان غیردولتی را در تمام سطوح برجسته کرده و همچنین تاثیر تلفیق بخش‌های مختلفی نظیر سلامت، کشاورزی و تجارت بین‌المللی برای سیاست‌گذاری مناسب و مؤثر را مورد تأکید قرار داده است (تامسون و همکاران، در دست چاپ). کنترل دخانیات، مثال خوبی برای حاکمیت از طریق شبکه‌ها و تعامل است که کلاً وابسته به یک فرایند قدرتمند سلسله‌مراتبی از بالا به پایین در توافقات تنظیم مقررات و قانون سخت است. این موضوع، ضرورت نفوذ قدرت مکمل از طریق نقش هدایت قدرتمند دولت‌ها را برجسته می‌سازد.

جنبه نرم‌تر قدرت: چگونه دولت‌ها از طریق متقاعدسازی حکومت می‌کنند؟

جنبه نرم‌تر قدرت از بالا به پایین در گونه‌های جدید به شکلی است که دولت‌ها از قدرت مرکزی و منابع خود برای ایجاد مشوق‌هایی از طریق جوایز و غیره به جای تحریم و محدودیت‌ها استفاده می‌نمایند. بل و هیندمور در سال ۲۰۰۹، به عنوان نمونه، چنین گفته‌اند:

«... دولت‌ها از مشوق‌های مالیاتی، امکان‌های پرستاری یارانه‌ای و الگوهای مشترک شغلی جهت تشویق مادران برای بازگشت به کار استفاده می‌نمایند. در مکزیک، برزیل و سایر کشورهای آمریکای

جنوبی، مراودات مالی مشروط، مشوق‌های مالی را برای مادران فراهم نموده تا بتوانند از مکمل‌های غذایی استفاده کنند، ارتباط تحصیلی خود را در مدارس حفظ نمایند و از انجام آزمایشات بهداشتی دوره‌ای اطمینان حاصل کنند. تنها وقتی به والدین پرداخت می‌شود که خودشان، به شکل فعال، ناظر و مراقب فعالیت‌هایشان باشند.»

از منظر استمرار، یک گام فراتر از پاداش دادن برای رفتار خوب، حاکمیت از طریق تعامل است که ورای تغییر رفتار مردم از طریق پاداش یا تحریم بوده و تغییر نگرش مردم را در مورد آنچه که باید رفتار کنند، به همراه دارد (بل و هیندمور، سال ۲۰۰۹). بخش سلامت، تجربه قابل توجهی در حاکمیت از طریق تعامل و همکاری با نقش‌آفرینان غیردولتی در این راستا دارد. آموزش همسالان در مورد برنامه بیماری‌ایدز و پیشگیری از آن، از مثال‌های موفق این دست تجربیات است. شیوه‌های نظام سلسله‌مراتبی سنتی دولت به سمت منعطف‌تر شدن و سازگاری بیشتر میل می‌کنند. تنظیم مقررات، بیش از این، از جریان بالا به پایین تبعیت نمی‌کند؛ چرا که قدرت قانون نرم، نفوذ خود را گسترش داده است. این امر هم شامل خودتنظیمی مقررات می‌شود، هم شامل افزایش انگیزه در سیاست‌های تشویقی که مبنایش رویکرد ارتقای سلامت (تبدیل انتخاب سالم‌تر به انتخاب راحت‌تر) است. صفت تشویقی، گویای آن است که «هر جنبه‌ای از انتخاب، یک معماری است که رفتار مردم را در یک مسیر پیشگیری‌کننده بدون منع هیچ یک از گزینه‌ها و یا تغییر قابل توجه در مشوق‌های اقتصادی تغییر می‌دهد» (تیلر و سانسستین^(۱۹۱)، سال ۲۰۰۸). به عنوان مثال‌هایی از این دست، می‌توان به این موارد اشاره کرد: تهیه سالاد به جای چیپس (به عنوان پیش‌غذا) و ساخت پله در بناهای عمومی، به نحوی که از نظر معماری در مقایسه با آسانسور خیلی مشخص‌تر باشد. از دیگر فنون کاربردی در سیاست تشویقی، بازخوراند هنجارهای اجتماعی است، به نحوی که اطلاعاتی در آنچه دیگران انجام می‌دهند، به اشتراک گذاشته شود. جدول شماره ۱ با مثال‌های بیشتر، تمایز بین ترغیب و تنظیم مقررات را

برجسته می‌کند.

جدول شماره ۱- مثال‌هایی از اقدامات تشویقی و تنظیمی مقررات

عنوان	تشویق	تنظیم مقررات
استعمال دخانیات	کاری کنید که افراد غیرسیگاری از طریق بسیج رسانه‌ای، در مقایسه با افراد سیگاری، مشخص‌تر شوند؛ با این پیام که بیشتر مردم دخانیات مصرف نمی‌کنند و بیشتر مصرف‌کنندگان مواد دخانی خواستار ترک دخانیات هستند.	ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی
	نشانه‌ها و آثار استعمال دخانیات را با دور کردن سیگار، فندک و زیرسیگاری در معرض دید کاهش دهید.	افزایش قیمت سیگار
رژیم غذایی	قسمت‌هایی را در چرخ دستی سوپرمارکت‌ها برای قراردادن میوه و سبزیجات تعبیه کنید.	تبلیغات غذایی هدفمند برای کودکان را در رسانه‌های عمومی محدود نمایید.
	از سالاد، به جای چیپس، به عنوان پیش‌فرض سفارش جنبی غذا استفاده شود.	ممنوعیت تولید اسیدهای چرب ترانس در صنایع غذایی
فعالیت فیزیکی	در ساخت پله در ساختمان‌های عمومی، در مقایسه با آسانسور، جذابیت و ویژگی‌های برجسته‌تری استفاده شود.	مناطق را در نزدیکی مدارس برای پیاده‌نمودن اجباری از وسیله نقلیه تعیین نمایید.
	دوچرخه‌سواری را به عنوان یک وسیله نقلیه بیشتر نشان دهید؛ نظیر الگوهای اجاره در شهرهای دوچرخه.	

منبع: مارتینو^(۱۹۲) و همکاران (سال ۲۰۱۱)

تمام کارشناسان حوزه سلامت شاید نسبت به ارزش ترغیب نمودن متقاعد شده باشند (بونل و همکاران، سال ۲۰۱۱) و البته تحقیقات بیشتری نیز در مورد اثربخشی آن باید انجام شود ولی به هر حال، این امر نشانگر یک انتقال مهم در شیوه حکومت کردن است؛ شیوه‌ای که در آن، با افراد صرفاً به عنوان یک نمونه از انسان صرفاً اقتصادی، منطقی و محاسبه‌گر رفتار نمی‌شود. به جای استفاده از مشوق‌های هدفگذاری شده در ارتباط با کیف پول مردم، سیاست‌های ترغیبی، یک حلقه ارتباطی با مردم از طریق «متن زندگی هر روز آنها؛ جایی که آنها می‌آموزند، کار می‌کنند، تفریح می‌کنند و عشق می‌ورزند» (دفتر منطقه‌ای اروپا، سازمان بهداشت جهانی، سال ۱۹۸۶) ایجاد می‌کند، هوشمندانه هنجارها را اصلاح می‌کند و الگوهای روانی اجتماع را که می‌توانند مروج رفتار بهداشتی‌تر باشند، تحت تأثیر قرار می‌دهد.

حاکمیت از طریق سازمان‌ها و هیأت‌های تخصصی مستقل

همانگونه که در فصل‌های پیشین توضیح داده شد، بسیاری از سازوکارهای نوین به عنوان رویکردهای دموکراتیک از سال ۱۹۴۵ ظهور و بروز یافته‌اند. ویژگی‌های دموکراسی نظارتی «کین»^(۱۹۳) در سال ۲۰۰۹ که آن را از انواع قبلی دموکراسی منتخب یا شورایی جدا می‌نماید، «راهی است که در آن، تمام حوزه‌های اجتماعی و سیاسی زندگی به دقت مورد بررسی قرار می‌گیرند؛ نه فقط توسط نظام استاندارد دموکراسی منتخب، بلکه با میزبانی هیأت‌های غیرعضو، فرامجلسی و اغلب انتخاب‌نشده که در حیطه‌های فراتر و درونی‌تر مرزهای قضایی دولت‌ها فعالیت می‌نمایند». تفاوت‌های بسیاری از این سازمان‌های نوین با قدرت بررسی‌گر دقیق به قدری وسیع است که امکان دسته‌بندی آنها تحت یک پدیده مشترک، دشوار است. به گفته «کین» در سال ۲۰۰۹:

«مکانیسم‌های پایش فقط مکانیسم‌های تأمین اطلاعات نیستند. آنها در مسیرهای مختلف و جبهه‌های متفاوتی عمل می‌کنند. بعضی از آنها، در درجه اول، قدرت را در سطح ورود شهروندان به دولت یا هیأت‌های جامعه مدنی مورد بررسی دقیق قرار می‌دهند و دیگر سازوکارهای نظارتی با

پایش و رقابت بر سر آنچه توان عملیاتی سیاست نامیده می‌شود، بیش از پیش مشغول می‌شوند؛ کماکان دیگران روی نقد و بررسی خروجی‌های سیاست که توسط سازمان‌های دولتی و غیر دولتی تهیه می‌شود، تمرکز می‌نمایند.»

جدول شماره ۲ نمونه‌هایی از سازوکارهای پایشی را به عنوان نمونه ذکر کرده است.

زمانی که دولت‌های بریتیش کلمبیا و اونتاریو اعلام کردند که شوراهای شهروندان را در طرح تحول انتخاباتی و از سرگیری دموکراسی متقاعد می‌کنند، آنها سازوکار جدیدی را برای تصمیم‌گیری در فرایند سیاسی معرفی کردند؛ سازوکاری که در آن، زنان کشور کانادا شانس بیشتری برای ورود به چرخه تصمیم‌گیری می‌یافتند و سیاست به فرایند تحول خود وارد می‌شد. متعاقب این موضوع، به ده‌ها هزار شهروند در هر دو ایالت گفته شد که آنها از لیست انتخابات به طور تصادفی انتخاب شده‌اند و می‌توانند نام خود را برای عضویت در شوراهای شهروندی اعلام نمایند. افراد منتخب، ماه‌ها صرف یادگیری، مشورت و نهایتاً طرح توصیه‌های مشترک در مورد اصلاح انتخابات نمودند (۱۸ ماه در بریتیش کلمبیا و ۹ ماه در اونتاریو) و در فرایند دومها پیشنهاد شدند.



جدول شماره ۲. سازوکارهای پایش

هیأت‌های منصفه شهروندی
تخصیص بودجه مشارکتی
مؤسسات فناوری
تسهیلات برای تحقیقات و بایگانی
هیأت‌های تضاد منافع
دادگاه‌های راه آهن
سازمان‌های آزمایش مشتری
کلوب‌های دموکراسی
پروتستیوال (مناسبتی در کره جنوبی)
انتخابات مشورتی
مشاوره‌های عمومی
گردهمایی‌های اجتماعی
بلاگ‌ها
سیستم الکترونیک تخلفات شهروندی
هیأت‌های مشاوره‌ای
تاکاؤک (برنامه‌های زنده محلی و جهانی گفت‌وگو در اینترنت)
یادبودهای عمومی
فرصت‌هایی برای کار تخصصی در شبکه‌ها
نشست‌های عمومی
کافه‌های دموکراسی
اجلاس سران
هیأت‌های حسابرسی
کارت‌های امتیاز عمومی (کارت‌های زرد و لیست‌های سفید)
گرایش برای سازمان‌های غیردولتی در پذیرش اساسنامه‌های نوشته‌شده با
اجزای انتخاب‌شده

دادگاه‌های جنایی بین‌المللی
هسته مشاوران
الگوهای مشاوره‌ای اجتماعات محلی
مجالس شهروندی
مجامع جهانی مجلسیون علیه فساد
دادخواهی برای منافع عمومی
شب‌زنده‌داری‌های عمومی
سازمان‌های ناظر جهانی
شوراهای تخصصی (مثل شورای آلمانی کارشناسان اقتصاد)
گردهمایی‌های اجتماعی جهانی
رأی‌گیری مخفیانه غیررسمی (نظیر نظرخواهی‌ها از طریق پیام‌های متنی)
گروه‌های تمرکز یافته
کنفرانس‌های مبتنی بر اجماع
خدمات حمایتی، مشورتی و اطلاعاتی
کنفرانس‌های بارش افکار (جلسات همفکری)
شکارهای قانونی (که به طرز مشهودی، در بین تهیه‌کنندگان پیش‌نویس
اساسنامه جدید آفریقای جنوبی برای یافتن بهترین اقدامات مورد استفاده
قرار می‌گرفت)
شیوه‌های ساتیاگراها در مقاومت شهروندی
اتاق‌های کمپ
محاصره‌های صلح‌آمیز
دادگاه‌های مذهبی مستقل
تمرین‌های برنامه‌ریزی عمومی
شبکه‌های اینترنتی اختصاصی برای پایش سوءاستفاده‌های قدرت (شبیه
بالی آنالین، ابتکار انگلستان علیه ارعاب و موضوعات مشابه)

منبع: اقتباس از کین (سال ۲۰۰۹)

اگرچه مردم با توصیه‌های مجالس شهروندی در اصلاحات سیستم سیاسی مخالفت کردند، ولی اتفاقات قابل توجهی در اتاق جلسات مجالس رخ داد. در گستره‌ای از موضوعات عمومی (از بهداشت و درمان گرفته تا تغییرات اقلیمی، فقر و مراقبت از کودکان) فرصتی به دست آمد تا این اطمینان حاصل شود که همه مردم کانادا دستی در شکل گرفتن آن تصمیمات داشته باشند (نگوین، سال ۲۰۰۹).

ظهور انتخاب‌نشده‌ها

در گستره وسیعی از سازوکارهای دموکراسی جدید، یک زیرمجموعه که توسط «وایبرت» در سال ۲۰۰۷ به آن اشاره شد، موضوع انتخاب‌نشده‌ها بود. موضوع انتخاب‌نشده‌ها دارای اهمیت خاصی است. تمرکز بر سیاست‌های مبتنی بر شواهد، منجر به پدید آمدن سازمان‌هایی نظیر مؤسسه ملی سلامت و تخصص بالینی در انگلستان شد؛ سازمانی مستقل برای تدوین راهنمای ملی درمان، مراقبت‌های بهداشتی و استفاده از دارو. مشابه این سازمان انگلیسی، در کشور آلمان با عنوان مؤسسه کیفیت و کارایی بهداشت و درمان فعالیت می‌کند. مدتی بعد، اتحادیه اروپا تعدادی از سازمان‌های تخصصی را در سطح منطقه‌ای تأسیس کرد تا از منافع این اتحادیه، کشورهای اتحادیه اروپا و نهایتاً شهروندان آن محافظت کند. پرماندا و ووس در سال ۲۰۱۰ به این نکته اشاره کردند که از لحاظ عملی، سازمان‌های اروپایی با سرعت زیاد و در زمینه‌های متعدد (البته در پاسخ به تقاضای رو به افزایش برای کسب اطلاعات، مشاوره‌های تخصصی و همکاری در سطح جامعه و همچنین نیاز به کاهش بار کاری کمیسیون‌ها و تحقیقات آن برای تصمیم‌گیری مؤثر و کاراتر) تکثیر شده‌اند.

کشورهای عضو اتحادیه اروپا از سازمان‌های چندتخصصی حمایت می‌کنند و دلیل این حمایت، آن است که این سازمان‌ها اقدامات تجمیعی و حاکمیتی را بدون نیاز به تقویت بیشتر کمیسیون اروپا تسهیل می‌کنند. دلیل دیگر این حمایت، آن است که «کشورهای عضو اتحادیه اروپا عمدتاً عملکرد خود را با مدل «چرخ و پره»^(۱۹۴) طوری به پیش می‌رانند که به طور مستقیم ذی‌نفعان

را در سطح ملی درگیر نمایند» (پرماناند و ووس^(۱۹۵)، سال ۲۰۱۰). بعضی از این هیأت‌های تخصصی انتخاب‌نشده، رویکردهایی را برای شنیدن نظرات مردم و بیماران تدارک دیده‌اند؛ مثلاً پانل شهروندی مؤسسه ملی سلامت و تخصص بالینی (دولان^(۱۹۶) و همکاران، سال ۲۰۰۳).

زمانی که این نقش‌آفرینان انتخاب‌نشده جدید - و البته توانا - با تقاضای فزاینده همراهی از سوی شهروندان مطلع مواجه شدند، انواع بیشتری از شکل‌های سنتی انتخاب‌شده دولت باید واکنش نشان دهند و «از دو جهت تغییر یابند؛ هم از جهت نقشی که در حل مشکلات ایفا می‌کنند؛ هم از جهت حیثه‌هایی که برای بیان ارزش‌های اجتماع، تدارک می‌بینند» (وایبرت، سال ۲۰۰۷).

در این زمینه، دولت‌ها باید توزیع قدرت را تسهیل کنند و پذیرای آن باشند. در آلمان، موضوع آینده انرژی هسته‌ای، پس از واقعه فوکوشیمای ژاپن، به عنوان مبحثی در مجامع عمومی منجر به تأسیس کمیسیون اخلاق برای تأمین انرژی پاک^(۱۹۷) با ریاست مدیر سابق برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد شد (گریف و شنابل^(۱۹۸)، سال ۲۰۱۱) و متعاقباً دولت براساس مشاوره‌های این کمیسیون، تصمیم به کناره‌گیری از موضوع انرژی هسته‌ای گرفت. به گونه‌ای مشابه، در سال ۲۰۰۷، دادگاه عالی انگلستان و ولز، دریافت که مشاوره‌های دولت در موضوع آینده انرژی ترکیبی برای پادشاهی انگلستان گمراه‌کننده بوده و نیاز به بازنگری دولت در خصوص توصیه‌های ارائه‌شده در این زمینه دارد.

امروزه روش‌های سنتی در تصمیم‌گیری‌های بحث‌برانگیز، به‌طور فزاینده‌ای، مورد سؤال قرار می‌گیرند. در اتحادیه اروپا، سازمان‌های تنظیم مقررات، نظیر آژانس پزشکی اروپا و تشکیلات مسوول ایمنی غذا در اروپا، کاستی‌های مهمی را که بین مقررات وضع‌شده در سطح منطقه‌ای با اجرای آن در سطح کشورهای عضو وجود دارد، برطرف می‌نمایند (موسیالوز^(۱۹۹) و همکاران، سال ۲۰۱۰):

«بسیاری از آژانس‌ها [در اتحادیه اروپا] مناسبات رسمی را در ساختار

واحدی که در گذشته، تحت نظر مجموعه‌ای از کمیته‌ها با ارتباطات ضعیف اداره می‌شد، ارایه می‌نمایند. این ساختار که مرکب از کمیته‌ای واحد است، به‌طور مستقل، با کمیسیون و اعضای دولت [در اتحادیه اروپا] کار می‌کند - البته این که می‌گویند کمیته‌های اصلی در معرض فشار هر دو جبهه نبوده و تصمیمات و توصیه‌های آنها تحت تاثیر این فشارها قرار نمی‌گیرد، به‌طور مطلق، درست نیست - و حقیقت این است که این کمیته‌ها اعتبار خود را به دست آورده‌اند.»

بنابراین رویکرد آژانس، شکل جدیدی از حکومت را در اتحادیه اروپا ارایه می‌کند که حرکتی انتقالی از «روش دیرینه، از بالا به پایین، صرفاً مبتنی بر قانون» داشته و اعتبار تصمیم‌گیری علمی اروپا و انجام فرایندهایی نظیر ارزیابی خطر برای مراقبت‌های بهداشتی، کمتر جنبه سیاسی پیدا می‌کند (موسیالوز و همکاران، سال ۲۰۱۰).

«انتخاب‌نشده‌ها همچنین در حال رسیدن به مناصب «دولت سلامت» در مناطق کم‌درآمدتر اروپا هستند؛ به عنوان مثال، صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا که آژانسی چندسطحی و چندجانبه است، توانسته مجامعی را در بلغارستان، رومانی و تاجیکستان، از طریق سازوکارهای همکاری کشورهای ذیربط، راه‌اندازی نماید. این مجامع، مسئول اداره صندوق سرمایه‌گذاری جهانی در این کشورها هستند و به شیوه‌ای مشابه، با هیأت مدیره صندوق که نماینده دولت‌های کمک‌کننده و دریافت‌کننده اعانات، سازمان‌های غیردولتی، بخش خصوصی (شامل بخش کسب و کار و سازمان‌های پولی) است، همکاری می‌کند.»

صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا یک سازوکار همکاری کشوری را با مسئولیت راه‌اندازی یک طرح نظارتی برای اطمینان یافتن از اجرای فعالیت‌ها و تخصیص منابع، مطابق با آنچه در توافق‌نامه‌ها در نظر گرفته شده،

ابداع کرده است. نظارت عالی، عنصری حیاتی در اطمینان یافتن و تضمین پاسخگویی در اجرای صحیح کمک‌های مالی است و این یک تعهد بزرگ است، مادامی که بسیاری از این سازوکارها، فرایندها و سیستم‌های خود را به نحوی تنظیم کنند که به عنوان نمونه موفقی از نظارت عالی به حساب آورده شوند، بسیاری در تلاش برای غلبه بر چالش‌ها در عمل به وظیفه نظارتی خود هستند.

حاکمیت از طریق سیاست‌های تطبیقی، ساختارهای انعطاف‌پذیر و آینده‌نگر

بنا به گفته «فورث» در سال ۲۰۰۹:

«بیشتر بدبختی‌های بشر ناشی از جهل و نادانی خود اوست، نه جهان طبیعت. علم و فناوری، نردبان‌هایی هستند که به ما اجازه می‌دهند خودمان را از این وضعیت بالا بکشیم یا به سطح پایین‌تری نزول کنیم. در سطح اجتماع، ما انتخاب خود را از طریق انتخاب دولت بیان می‌کنیم ولی حکومت معمولاً پیش‌فرض‌هایش را مبتنی بر اکثریت در نظر می‌گیرد؛ اکثریتی که غالباً اهل آینده‌نگری نیستند.»

چگونه چالش‌ها ما را به دولت سلامت و رفاه می‌رسانند؟

پرداختن به مسایل و مشکلات بغرنج، مستلزم تفکر در سطوح بالای سیستم‌هاست. اگر بخواهیم فقط یک درس از اولین دهه قرن بیست و یکم بگیریم، آن یک درس، در کمال تعجب، ناپایداری و تغییرات چشمگیری است که به تدریج جزیی از بدیهیات زندگی روزمره‌مان می‌شود (سوانسون^(۲۰۰)) و همکاران، سال ۲۰۰۹). در نتیجه، یافته‌ها و تئوری‌های اصل پیچیدگی، به نحوی فزاینده، مرتبط با سیاست عمومی در بخش‌هایی فراتر از محیط زیست - که به کرات استفاده شده - در نظر گرفته می‌شود (مجمع جهانی

علم، سال ۲۰۰۹). بهره‌گیری از رویکرد سیستم‌های میان‌رشته‌ای برای تحلیل و تلاش در جهت ارتقای سطح سلامت و رفاه و پیشگیری از بحران‌های آینده، ضرورت دارد.

این رویکردها نیازمند درک درست سیستم، ارتباطات متقابل اجزا و احتمالاتی برای مداخله است. در سیستم‌های پیچیده، درک سیستم، به صورت کامل و یکپارچه، ممکن است شامل اذعان به جهل خود یا درک محدود خود از پیامدهای روابط غیرخطی درون سیستم باشد. به عنوان مثال، رویکرد سیستم‌ها ارزش خاصی در ایمنی جاده‌ها برای کودکان دارد، «به دلیل اینکه به جای مسوولیت‌سپاری به کودکان برای کنار آمدن با ترافیک، توجه خود را به این نکته معطوف می‌کند که نیاز کودکان به تحرک بی‌خطر باید در طراحی و مدیریت کل سیستم حمل و نقل در نظر گرفته شود» (سازمان بهداشت جهانی و یونیسف، سال ۲۰۰۸).

سالانه بیش از ۲۶۰ هزار کودک در اثر تصادفات جاده‌ای، جان خود را از دست می‌دهند و بیش از ۱۰ میلیون کودک به سختی مجروح می‌شوند (سازمان بهداشت جهانی و یونیسف، سال ۲۰۰۸).

پیشگیری از جراحات کودکان در این حوادث، نیازمند درک سیستم و ارتباطات بین اجزای آن است. مداخلات مؤثر نیازمند ترکیبی از سیاست‌هاست؛ از جمله مهندسی و برنامه‌ریزی شهری، نظیر اجرای سیاست محدودیت سرعت و تدارک زیرساخت جداگانه (ساخت مسیر عبور موتورسیکلت در مالزی باعث کاهش تصادفات به میزان ۲۷ درصد شد).

طراحی وسایل نقلیه و تجهیزات ایمنی مانند چراغ جلوی عبور در روز برای وسایل نقلیه، دسترسی به کلاه ایمنی دوچرخه، اقدامات قانونی و اجرای استانداردها، آموزش و توسعه مهارت‌های بهتر برای کودکان، والدین و کل جمعیت را نیز جزو همین مداخلات مؤثر هستند.

پاسخگویی در چنین سیستم‌هایی می‌تواند توسط حکومت آینده‌نگر تقویت شود. اینکه مداخله‌های پیشنهادی تا چه حدی در سناریوهای آینده مؤثر خواهند بود، می‌تواند به سیاستگذاران کمک کند.

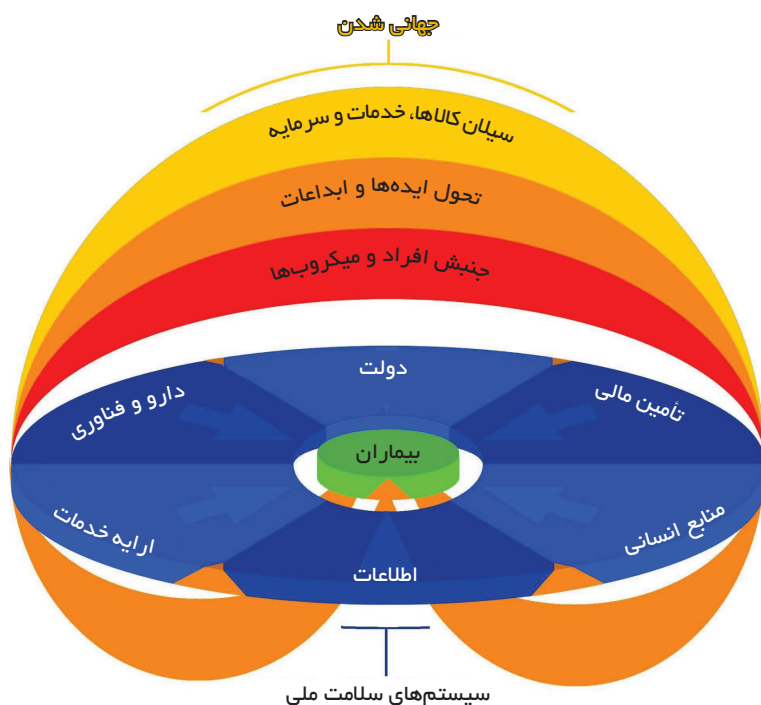
تامسون و همکاران (در دست چاپ) نشان دادند که علم پیچیده در تحلیل وضعیت‌های نوپدید، غیرخطی (غیرقابل پیش‌بینی) و چندجانبه سیستم‌های بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

آنها پیشنهاد دادند که بخش سلامت توسط سیستم‌های تطبیقی پیچیده مورد بازبینی قرار گیرد. تصویر شماره ۱۳ این پیچیدگی را به تصویر کشیده است.

سیستم‌های تطبیقی پیچیده توسط ارتباطات خودسازمانده غیرخطی بین عوامل (که منجر به عدم اطمینان و بروز عواقب پیش‌بینی‌نشده یا پیدایش خواص یا رفتار نوپدید می‌شود) توصیف می‌شوند. بنابراین، کل، بزرگ‌تر از مجموع بخش‌ها خواهد بود؛ به عنوان مثال، برنامه‌ریزان شهری دریافته‌اند که «مشخصات یک محله، با مجموع مشخصات خانه‌ها و خیابان‌ها و پارک‌ها و مغازه‌ها متفاوت خواهد بود. آنچه موجب می‌شود محله فعال باشد یا نباشد، تحت تاثیر بخش‌های اختصاصی آن نیست، بلکه ناشی از ارتباطات پیچیده عناصر منحصر به فرد آن است» (گلوبرمن و همکاران، سال ۲۰۰۳). مشابه این موضوع را می‌توان در مورد سلامت انسان به کار برد؛ یعنی سلامت انسان صرفاً محصول عملکردهای بیولوژیک او نیست. بنابراین مطالعه ارتباطات درونی (لینک‌های ضعیف) و ارتباطات به‌هم‌پیوسته در سیستم (لینک‌های قوی) و اینکه چگونه مداخلات در مقیاس کوچک می‌توانند بر کل تأثیر بگذارند، بسیار ضروری است.

اصل پیچیدگی نشان می‌دهد که مسایل پیچیده صرفاً ناشی از یک علت واحد نیستند و طبیعتاً تنها با یک راه‌حل نیز مرتفع نمی‌شوند. مداخلاتی که تنها در یک حیطه خاص برای حل مساله انجام می‌شوند، می‌توانند عوارض ناخواسته‌ای را در بخش‌های دیگر به وجود آورند. راهبردهای سیاست بهداشت همگانی که بر اساس پیچیدگی، توسعه یافته‌اند (گلوبرمن و همکاران، سال ۲۰۰۳؛ سوانسون و همکاران، سال ۲۰۰۹) نشان می‌دهند که سیستم‌های انطباقی پیچیده باید همگام با سیاست‌هایی که آینه این پیچیدگی باشند، پیش بروند؛ تصمیم‌گیری باید غیرمتمرکز و خودسازمانده باشد و یا

شبکه‌های اجتماعی برای کمک به متولیان امر در پاسخ‌دهی سریع به وقایع پیش‌بینی‌نشده، باید از راه‌هایی نوآورانه، وارد عمل شوند. مداخلات باید تکرار شود و یادگیری مستمر، جمع‌آوری و به‌اشتراک‌گذاری دانش و سازوکارهای حیطة چندمسوولیتی برای تنظیم سیاست یا مشورت‌های هدفمند خودکار در آن ادغام گردد.



تصویر شماره ۱۳- بوم‌شناسی پیچیده سیستم‌های سلامت ملی
منبع: تامسون (سال ۲۰۱۰)

مداخلات باید تنوع گسترده در سیاست‌ها را ترویج کنند، درست مانند مداخلات کوچک‌تری که در مشکلات مشابه، احتمال یافتن راه‌حل (های)

مناسب‌تر و مؤثرتر را، در مقایسه با یک رویکرد منطقی برنامه‌ریزی شده از بالا به پایین، امکان‌پذیر می‌سازند.

«دولت سلامت» به سمت رویکردهای مشارکت‌پذیرتر و «جامعه یکپارچه - دولت یکپارچه» میل می‌کند. این رویکردها را نباید با رویکردهای «از بالا به پایین» قیاس کرد. یکی از ویژگی‌های اساسی «دولت هوشمند سلامت» حفظ و ارتقای سیستم‌های انعطاف‌پذیر است. معمولاً انعطاف‌پذیری را - به غلط - توانایی بازگشت به عقب در حداکثر زمان ممکن معنی می‌کنند. به هر حال، در بسیاری از موارد، این اتفاق نه ممکن است، نه مطلوب. انعطاف‌پذیری متضمن حفظ سیستم موجود نیست ولی اشاره به ظرفیت تطبیقی سیستم در تکامل یافتن با چالش‌ها دارد؛ توانایی مقابله با مشکلات و انتقادات به شیوه‌ای که کمترین اختلال را به همراه داشته باشد.

سوانسون و همکاران در سال ۲۰۰۹ چارچوب جامعی برای خلق چنین سیاستی پیشنهاد کردند که مشتمل بر ۷ ابزار کمکی سیاست‌گذاران در ابداع سیاست‌های منعطف‌تر در دنیای نامطمئن است (تصویر شماره ۱۴).

به طور خلاصه، پیچیدگی منجر به ترویج سیاست‌هایی می‌شود که جامع باشد، با خودسازماندهی و شبکه‌سازی اجتماعی سازگار باشد (به ویژه در جوامعی که طراحی، اجرا و دریافت آخرین سطح خدمات سیاست عمومی در آنها جریان دارد)، تصمیم‌گیری‌ها را از تمرکزگرایی خارج کرده و پایین‌ترین واحد حاکمیت را نیز به مشارکت و پاسخگویی دعوت کند، یادگیری مستمر و بازنگری رسمی سیاست‌ها را نهادینه کند و ادغام تنظیم خودکار سیاست با تعریف علایم راهنمایی و محرک برای تغییر سیاست یا بحث‌های جدید جهت تجدید یا منطبق نمودن سیاست را امکان‌پذیر کند. هر یک از این روش‌ها می‌تواند به جوامع و متولیان برنامه‌ها در پاسخگویی بهتر به وقایع پیش‌بینی نشده کمک کند، قابلیت و احتمال موفقیت سیاست‌ها را در واکنش به وضعیت‌های غیرقابل انتظار و مدیریت بحران، به گونه‌ای کارتر، افزایش دهد (سوانسون و همکاران، سال ۲۰۰۹).

استفاده از تحلیل‌های تلفیقی و آینده‌نگر و مشاوره‌های چندسطحه و چندتولیتی بسیار ضروری است.

دولت آینده‌نگر، با تحلیل تلفیقی و پیش‌بینانه

براساس یافته‌های سوانسون و همکاران در سال ۲۰۰۹:

«با شناخت عوامل کلیدی که روی عملکرد سیاست تأثیر می‌گذارد و با یافتن سناریوهایی در مورد چگونگی تحول این عوامل در آینده، سیاست‌ها به شکلی مستحکم در وضعیت‌هایی پیش‌بینی‌شده و با تدوین شاخص‌هایی که در نشان‌گذاری تنظیمات مهم سیاست در زمان لازم به کار برده می‌شود، بنیان می‌گردد.»

سوانسون و همکارانش در سال ۲۰۰۹ اهمیت آینده‌نگری و حکومت‌های آینده‌نگر را بیان کردند. آینده‌نگری یعنی «ظرفیت پیش‌بینی آینده‌های محتمل (بر مبنای حساسیت به سیگنال‌های ضعیف) و توانایی تجسم تبعات آن، به شکل پیامدهایی که چند امکان بروز دارند»، در حالی که لازمه حکومت آینده‌نگر، آینده‌نگری در طراحی سیاست‌ها و فرایندهای اجرایی است (فورث، سال ۲۰۰۹). تحلیل تلفیقی و آینده‌نگر باید به شکل‌گیری سیاست‌ها و سیاست‌گذاری منجر شود که در «درک تغییرات آتی و خلق پاسخ‌های متناسب و پیش‌بینی تهدیدهای آتی و تبدیل این تهدیدها به فرصت‌ها» (فورث، سال ۲۰۰۹) توانایی بیشتری دارند. دولت آینده‌نگر، به جای پیش‌بینی‌های قطعی یا منحصربه‌فرد، ظرفیت گسترده‌ای را در میان متولیان برای تصور کردن سناریوهای محتمل آینده ایجاد می‌کند و این سناریوها طیف وسیعی (از قطعیت تا عدم قطعیت) را در بر می‌گیرند.

حکومت آینده‌نگر، محصول گذار از مخاطرات کوچک به چالش‌های بزرگ است؛ نظیر جهل در مفهوم و پاسخ به آینده/آیندگان نوآوری و اینکه چگونه مردم زندگی می‌کنند، کار می‌کنند، عشق می‌ورزند و در جامعه با یکدیگر تعامل می‌کنند.

فورث در سال ۲۰۰۹ حکومت آینده‌نگر را مشتمل بر این اجزا دانست: یک سیستم آینده‌نگر، یک سیستم شبکه‌ای برای ادغام آینده‌نگری در فرایند

سیاست، یک سیستم بازخوردی برای ارزیابی عملکرد و مدیریت دانش سازمانی و یک فرهنگ سازمانی با فکر باز (اوزدمیر و نوپرز، در دست چاپ). سناریوها ابزارهای قدرتمندی برای درک موضوعات پیچیده و چندسطحی و چندتولیتی آینده‌اند.



تصویر شماره ۱۴- ساخت سیاست تطبیقی

منبع: برگرفته شده از سوانسون و همکاران (سال ۲۰۰۹)

آنها می‌توانند نه تنها از طریق دعوت متخصصان، بلکه دعوت نقش‌آفرینان اصلی برای شناسایی روندهای کلان، عوامل یا مشوق‌هایی برای تغییر و یافتن راه‌حل‌های ممکن در یک رویکرد مشارکتی، تدارک دیده شوند.

دولت نوین سلامت، می‌تواند از طریق سناریوها به بهداشت جهانی بپردازد. این قضیه نه تنها می‌تواند به توافق در زمینه مساله‌ها و راه‌حل‌های محتمل بینجامد، بلکه قادر است گزینه‌ها و تصمیمات موجود را برای به کار انداختن مؤسسات ملی و بین‌المللی سیاستگذاری در بهترین سناریوهای ممکن درگیر نماید؛ گزینه‌های تصمیم‌گیری را پیش روی سیاستگذاران بگذارد و آنها را پاسخگوی نتایج کند (رینود و لوپیس، در دست چاپ).

دولت آینده‌نگر سلامت می‌تواند مبتنی بر روش‌های جدید آینده‌پژوهی سلامت باشد. همانگونه که ریدر و همکارانش در سال ۲۰۱۱ بیان داشتند، مدل‌سازی آینده‌پژوهی سلامت باید از متد دوبعدی به سه‌بعدی تغییر یابد. در حالی که بیشتر پیش‌بینی‌های بلندمدت حوزه سلامت مبتنی بر روش‌های خطی وابسته به سن هستند، مدل‌های سه‌بعدی مبتنی بر تجربه‌های زیستی مردمی هستند که در زمان حال زندگی می‌کنند.

طبیعی است که مدل‌های اخیر با دقت بیشتری می‌توانند چالش‌های بالفعل سلامت را شناسایی کنند و بستر مناسب‌تری برای تصمیم‌گیری مطلوب‌تر فراهم آورند.



در فصل‌های گذشته خواندیم که چگونه «دولت سلامت» در قرن بیست‌ویکم تکامل یافته و به سلامت، دموکراسی و نقش‌های دولت و جامعه پرداخته است. از رویکرد مدرن به دولت مطلوب (که قدر و منزلت سلامت و رفاه را دریافته) گفتیم و معیارهای اصلی «دولت هوشمند سلامت» را برشمردیم؛ معیارهایی نظیر مشارکت و تولید مشترک از طریق تعامل دولت و جامعه با استفاده از متدهایی که قدرت و اعتبار را توزیع می‌کنند تا سازگاری و انعطاف‌پذیری سیستم را افزایش دهند.

«دولت سلامت» نشان می‌دهد که چگونه مردم در قرن بیست‌ویکم یک جامعه را شکل می‌دهند؛ نشان می‌دهد که دولت‌ها ناگزیرند رویکرد خود را اصلاح کنند و این امر به خوبی درک شده است که [دستیابی به] سلامت مستلزم اقدامات همه‌جانبه «دولت یکپارچه»، به ویژه وزارتخانه‌های بهداشت و وزیران بهداشت، است. این نکته نیز لحاظ شده است که مشارکت و شرکا را باید به عنوان سازوکارهای دولت مدرن پذیرفت؛ همانطور که در رویکردهای «جامعه یکپارچه» نیز به این نکته اشاره شد. انعکاس این شیوه فکری را می‌توان در بند یازدهم و دوازدهم بیانیه مسکو که در اولین کنفرانس جهانی سبک زندگی سالم و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱) به تصویب رسید، مشاهده کرد:

■ **بند یازدهم:** پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر نیازمند رهبری و اقدامات «دولت یکپارچه» در تمام سطوح دولت (ملی، تحت ملی و بومی) و بخش‌های مختلف (سلامت، آموزش و پرورش، انرژی، کشاورزی، ورزش،

حمل و نقل، معماری و زیباسازی شهر، محیط زیست، صنعت و تجارت، اقتصاد و توسعه اقتصادی) است.

■ **بند دوازدهم:** پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر نیازمند مشارکت همگانی و آگاهانه است؛ یعنی مشارکت همه افراد، خانواده‌ها، اجتماعات، نهادهای جامعه مدنی، جامعه بین‌الملل، بخش‌های خصوصی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ضرورت دارد.

ما تاکنون درباره این مساله که چرا مجبوریم در قرن بیست‌ویکم برای حفظ و ارتقای سلامت و رفاه، رویکرد دیگری به دولت داشته باشیم، بحث کرده‌ایم و برای اینکه بتوانیم نقش‌های جدید وزیران و وزارتخانه‌های بهداشت را تبیین کنیم، به موضوع نقش دولت و جامعه در «دولت مشترک سلامت» پرداخته‌ایم؛ توسعه سلامت را با تحلیل گرایش‌های عمومی در دولت جدید مقایسه کرده‌ایم و به این نتیجه رسیده‌ایم که به تعبیر جامع‌ترین مطالعه مروری (هیل و لین، ۲۰۰۵)، «اگرچه اقدامات شبکه‌ای دولت، اهمیت بیشتری یافته است، نقش دولت مرکزی همچنان نقشی محوری است و دولت‌ها در تامین سلامت مردم کماکان نقشی حیاتی دارند.»

ما بر این باوریم که امروزه دولت‌ها در حال کشف رویکردهای جدیدی برای تبدیل شدن به «فرا دولت» هستند؛ فرا دولت‌هایی که قادرند طیف وسیعی از وظایف دولت‌ها را پوشش دهند (بل و هیندمور، ۲۰۰۹):

«...حمایت از برنامه‌های دولتی به معنای نظارت، جهت‌دهی و هماهنگ‌سازی برنامه‌هاست؛ یعنی انتخاب شرکای کلیدی در برنامه‌های مختلف و پشتیبانی از آنها، تامین منابع، اطمینان از حسن انجام کار در سیستم‌های عریض و طویل دولتی و ایفای نقش محوری در دستیابی به دموکراسی، شفافیت و پاسخگویی.»

تعداد سازوکارها و رویکردهای جدید به «دولت سلامت»، در تمام سطوح،

به شکلی تصاعدی افزایش یافته و نقش آفرینان متعدد و متنوعی را درگیر کرده است. در حوزه سلامت، گرایش آشکاری به گونه‌های جدید مشارکت و دموکراسی اقلیت، با افزایش میزان پاسخگویی، دیده می‌شود. ما بر این باوریم که سلامت دیگر نمی‌تواند یک هدف صرفاً بخشی تلقی شود که برای دستیابی به آن، مسوولیت‌پذیری یک وزارتخانه کفایت کند. سلامت از بطن سیستم‌های تطبیقی پیچیده‌ای که وابسته به متغیرهای سیاسی و اجتماعی‌اند، متولد می‌شود و این معنا، از سه جهت، مستلزم گذار به جامعه مدرن و دولت مدرن است:

- (۱) سران دولت باید سلامت را به عنوان اولییتی در نظر بگیرند که تأمینش در گرو مشارکت مردم و مسوولان است.
- (۲) تمام بخش‌ها و سطوح دولت و جامعه باید سلامت را هم ابزار دستیابی به هدف بدانند، هم مسوولیتی که در رویکرد «جامعه یکپارچه» امری بسیار مهم تلقی می‌شود؛ و
- (۳) بخش سلامت باید بپذیرد که تأمین سلامت به رهبری و مشارکت جامع‌تری نیاز دارد.

«دولت سلامت» نیازمند بهره‌گیری از رویکردهای «دولت یکپارچه» و «جامعه یکپارچه» است و از وزیر و وزارت بهداشت، نقش‌های تازه‌تری می‌طلبد. امروزه گونه‌های جدیدی از رهبری در دوران گذار، در آستانه تولدند.

نقش تازه بخش سلامت

نقش دولت‌ها و آژانس‌های دولتی در حوزه سلامت کم‌رنگ‌تر شده است. بحث بر سر تضاد حکومت‌های دولت‌محور و جامعه‌محور نیست. این دو رویکرد اگرچه کاملاً مجزا هستند، در بیشتر موارد مجبور به همگرایی و همراهی می‌شوند. وزارتخانه‌های آگاه و توانمند هنوز نقشی حیاتی دارند؛ چه عملکردشان سلسله‌مراتبی باشد، چه مشارکتی و منعطف. اما نیاز به تغییر

احساس می‌شود. متأسفانه هنوز بسیاری از دولت‌ها و وزارتخانه‌های بهداشت با تغییراتی که طی ۳۵ سال اخیر در جوامع رخ داده، سازگار نشده‌اند. بسیاری از دولت‌ها و آژانس‌های ملی هنوز به روال سابق، امورات خود را می‌گذرانند و «نقش همزن زغال سنگ در قطارهای برقی را ایفا می‌کنند» (ویلکه، ۲۰۰۷). این در حالی است که به نظر مولفانی مانند «پکت» (۲۰۰۱)، دولت باید نقش‌های جدیدی ایفا کند و برای حل و فصل مسایل در فرآیندهای مشارکتی، گاهی نقش یک میانجی، گاهی نقش یک کاتالیزور، گاهی نقش یک عامل محرک، گاهی نقش یک آموزگار و گاهی نقش یک شریک را بازی کند. این قضیه در خصوص وزارتخانه‌های بهداشت و آژانس‌های همسو با این وزارتخانه نیز صادق است. تعامل با شهروندان اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. وزارتخانه‌های بهداشت، وزیران بهداشت و سایر وزیران دولت‌ها در «دولت مطلوب سلامت» نقشی کلیدی در رهبری امور دارند:

- آنها باید در حوزه مسئولیت و نفوذ خود، فضایی را به وجود آورند که این پیام به وضوح از آن دریافت شود که رویکرد مطلوب آنها، رویکردی بین‌بخشی و فرابخشی است؛
- آنها باید جایگاه ویژه‌ای به سلامت بدهند و از طریق تعامل و حمایت، در سطوح وزارتخانه‌ای، بکوشند مقتضیات این جایگاه را رعایت کنند؛
- آنها باید از قدرت و اعتبار خود برای دستیابی به مشارکت مطلوب استفاده کنند و ساختار مناسبی برای تعامل آحاد جامعه با دولت به وجود آورند؛ و
- آنها باید از طریق تعامل با شهروندان و نهادهای مدنی، دغدغه‌ها و نگرانی‌های مردم را دریابند و با رویکردهای مطلوب جامعه مدنی، به حل مسایل مردم بپردازند.

کارمندان ارشد وزارتخانه‌های بهداشت و سران آژانس‌های حوزه سلامت باید ظرفیت سازمان‌های متبوعه خود را متناسب با «دولت هوشمند سلامت» توسعه دهند و:

- به درک جامعی از سلامت دست یابند؛ درکی که از بخش سلامت فراتر رود، تفکر خطی را رها کند و عدم قطعیت و غیرقابل پیش‌بینی بودن مسایل پیچیده امروز را به رسمیت بشناسد و در مواجهه با مسایل پیچیده امروزی، نقش پررنگی برای امور ضروری (آینده‌نگری، اقدامات چندسطحه و چندتولیتی، شبکه‌های خودسازمانده، تمرکززدایی در تصمیم‌ها، یادگیری مستمر برای درک خطرها و مقابله با آنها) در نظر بگیرد؛
- منابع و زمان کافی برای تفاهم و اعتمادسازی بین بخش‌های مختلف در نظر بگیرند؛ با همفکری و همکاری شرکای دیگر (سایر وزارتخانه‌ها، بخش خصوصی و اجتماعات) اهدافی مستقل تعریف و تبیین کنند؛ و با مهارت و تبحر (و البته با حفظ احترام سایر شرکایی که در شبکه حضور دارند)، نقش مدیریت شبکه را به عهده بگیرند؛
- باب گفتگوی ملی، منطقه‌ای و جهانی را بر مبنای اهداف و ارزش‌های اجتماعی باز کنند؛ اهداف و ارزش‌هایی که سلامت و رفاه در راس آنها جای دارند؛ و
- به این نکته نیز توجه داشته باشند که با توجه به موضوعیت جهانی امر سلامت، ضرورتاً همیشه وزارت بهداشت نقش رهبری امور را به عهده نخواهد داشت.

در حوزه سلامت باید بین دو نوع قدرت، تفاوت قایل شد؛ قدرت سیاستمداران و قدرت سیاست‌ها. قدرت اول به وزیران مربوط می‌شود و قدرت دوم به وزارتخانه‌ها، آژانس‌ها و کارشناسان ذیربط. پیش از این، در این خصوص بحث کردیم که سیاست‌گذاری در حوزه سلامت، اهمیت فوق‌العاده‌ای یافته و غالباً همین خط مشی سیاسی است که بیشترین نفوذ و تاثیر را در «دولت مطلوب سلامت» و ابعاد چهارگانه آن دارد: حقوق بشر، رفاه، کالاهای عمومی جهانی و عدالت اجتماعی. وزیران باید مسوولیت خود را برای تاثیرگذاری بر عوامل موثر بر سلامت بپذیرند و این مسوولیت، امری فراتر از سیاست عمومی است. پارلمان‌ها باید با استفاده از روش‌هایی مدرن، پویا و خلاق، خود را با

«دولت سلامت» همراه کنند. به عنوان نمونه، پیشنهادات موجود در بیانیه مسکو، نخستین کنفرانس وزارتی جهانی در خصوص سبک زندگی سالم و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱)، مسوولیت‌های مربوطه را در سطح وزارت بهداشت و در سطح دولت، تبیین کرده و این مسوولیت‌ها را از یکدیگر متمایز ساخته است.

بیانیه آدلاید در خصوص «سلامت در تمام سیاست‌ها» (سازمان بهداشت جهانی و دولت استرالیا، جنوبی، ۲۰۱۱) نیز مسوولیت‌های جدید دپارتمان‌های بهداشتی را در حمایت از رویکرد «سلامت در تمام سیاست‌ها» به شکل زیر تلخیص کرده است:

- درک دستور جلسه‌های سیاسی و دستورهای لازم‌الاجرای سایر بخش‌ها؛
- تولید اطلاعات و شواهد لازم برای استراتژی‌ها و گزینه‌های سیاستگذاری؛
- مقایسه پیامدهای بهداشتی گزینه‌های مختلف سیاستگذاری؛
- ایجاد ساختار منظمی برای گفتگو و حل مساله با همکاری سایر بخش‌ها؛
- ارزیابی اثربخشی اقدامات بین‌بخشی و سیاستگذاری ترکیبی؛ و
- ظرفیت‌سازی از طریق سازوکارها، منابع، آژانس‌ها و نیروی کار ماهر.

قدرت لازم برای راهاندازی «دولت سلامت» عمدتاً از وزارتخانه‌ها سرچشمه می‌گیرد. وزارتخانه‌های بهداشت و آژانس‌های فعال در حوزه سلامت باید نقش‌های جدیدی را که روابط شبکه‌ای از طریق جلب مشارکت بر عهده می‌گیرند، به رسمیت بشناسند. برای توسعه و پیشرفت «دولت سلامت»، بخش سلامت باید همکاری با سایر بخش‌ها را بیاموزد و با سازوکارها و ابزارهای جدید و متناسب با این همکاری آشنا شود. برای این منظور، بخش سلامت باید آگاه، پذیرا و مجهز به دانش و مهارت لازم برای مشارکت باشد. این امر به معنای حمایت بخش سلامت از حامیان و نقش‌آفرینان موثر در این حوزه و همراهی و همکاری با آنهاست.

تعهد سیاسی و رهبری

تغییر هدفمند باید در دولت‌ها و سازمان‌ها و همچنین در تمام سطوح جامعه مدنی، جاری و ساری شود. جهت‌دهی تغییر از راس هرم سازمان آغاز می‌شود و در قاعده هرم ظهور و بروز می‌یابد. دستور تغییر در جامعه مدنی می‌تواند از طریق رسانه‌ها فراگیر شود. در عرصه سلامت، عبارت «اراده سیاسی»^(۲۰۱) معمولاً برای توصیف «قابلیت تغییر» به کار می‌رود. این عبارت البته ابعاد مختلفی دارد و لازمه‌اش حضور مجموعه‌ای از عوامل سیاسی موثر با درکی مشترک از یک مساله مشخص در حوزه سیاستگذاری عمومی است؛ مجموعه‌ای که قصد همه اجزایش حمایت از سیاست مشخصی برای حل مساله است (پست^(۲۰۲) و همکاران، ۲۰۱۰). البته دستیابی به این اراده سیاسی، فرآیند پیچیده‌ای است اما معمولاً در طول زمان می‌توان به آن دست یافت و باید این نکته را نیز دانست که اراده سیاسی تحت تاثیر عوامل زمینه‌ای (مانند رسانه‌ها و پذیرش اجتماعی) است. کینگدون (۱۹۹۵) بر این باور بود که تغییر یک سیاست، مستلزم همگرایی سه جریان مختلف است: مساله، سیاستگذاری‌ها و سیاستگذاران.

رهبران می‌توانند به درک درست مساله کمک کنند، می‌توانند ساختار آن را به خوبی تبیین کنند و خود، نقش تسهیل‌کنندگان راه حل مساله را ایفا نمایند. امروزه رهبران صرفاً افراد نیستند؛ آنها ممکن است سازمان‌ها یا جنبش‌هایی باشند که بر سیاستمداران و سیاستگذاران تاثیر می‌گذارند. در عرصه سلامت، نمونه‌های فراوانی از چنین رهبری‌هایی می‌توان یافت؛ از جنبش‌های فعال در حوزه سلامت زنان گرفته تا فعالان حوزه اچ‌آی‌وی/ایدز. ابعاد جدید این رهبری نیز به واسطه بسط تکنولوژی در حال شکل‌گیری است. وقتی انواع جدید مشارکت پدیدار می‌شود، رهبری هم بیش از پیش به سمت مشارکت، مشورت و دموکراسی میل می‌کند. دموکراسی اقلیت به قضاوت اخلاقی مطلوب و شفافیت در موارد تضاد منافع رهبران بستگی دارد. به گفته «نای» (۲۰۰۸)، رهبری در قرن بیست و یکم در حال تغییر است. او از دو مفهوم «قدرت نرم» و «قدرت سخت» در باب رهبری استفاده و تاکید

کرد که رهبری موثر باید به ترکیب موثر و موفق از این دو نوع قدرت دست یابد. او از این ترکیب، با تعبیر «قدرت هوشمند»^(۲۰۳) یاد کرد. امروزه یکی از وظایف رهبران، توانمندسازی است. آنها به گروه‌های مختلف برای دستیابی به اهداف مشترک کمک می‌کنند. این یکی از ویژگی‌های مهم دولت‌های چندتولیتی است. امروزه یکی از شاخص‌های مهم رهبری، این است که حس «ما» شدن را در گروه‌های پراکنده، تقویت کند. بازتاب این اصل مهم رهبری را می‌توان در ایده ارتقای سلامت از طریق توانمندسازی مردم مشاهده کرد؛ اینکه مردم را توانمند کنیم تا خود بتوانند سلامت‌شان را حفظ کنند و ارتقا دهند. این شیوه رهبری را می‌توان «رهبری تحول‌خواه»^(۲۰۴) نامید؛ رهبری‌ای که در آن، مبنای قدرت تغییر، دستیابی به اهداف مشترکی است که در سطوح بالاتری جا خوش کرده‌اند. نمونه بارز چنین اهدافی، سلامت و رفاه هستند که اهدافی اجتماعی و مشترک تلقی می‌شوند. این شیوه رهبری را می‌توان با «رهبری سوداگرانه»^(۲۰۵) قیاس کرد که در آن، مبنای کار، نفع شخصی است؛ هرچند که نمی‌توان این دو گونه را به کلی از یکدیگر متمایز دانست. پورتر و کرامر (۲۰۱۱) مدلی از رهبری تحول‌خواه را بر مبنای ارزش‌های مشترک در حوزه سلامت و محیط زیست و تجارت جهانی (بدون صرف‌نظر کردن از منافع شخصی و کاری و تجاری) پیشنهاد کردند.

چنین رهبری‌های مدرنی به طیفی از مهارت‌ها نیاز دارند که یکی از مهم‌ترین آنها، مهارتی است که از آن با عنوان «هوش زمینه‌ای» یاد می‌شود (مایو و نوهیرا^(۲۰۶)، ۲۰۰۵). منظور از هوش زمینه‌ای، توانایی تشخیص و تمیز گرایش‌های مختلف و سرمایه‌گذاری کردن روی آنها با در نظر گرفتن میزان پیچیدگی و تطبیق‌پذیری آنهاست. این مهارت، رهبران را توانمند می‌سازد تا بتوانند راهبردها و اهداف خود را همتراز کرده و استراتژی‌های مناسبی برای دستیابی به اهداف خود خلق کنند. رهبران تحول‌خواه از فرصت‌ها استفاده بهینه می‌کنند و از استراتژی‌های قدرت نرم و قدرت سخت برای دستیابی به تغییر مدنظرشان سود می‌برند. در عرصه سلامت، این مهارت‌ها باید تحکیم و تقویت شوند. بسیاری از کارشناسان حوزه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی

از آمادگی لازم برای سازگاری با ذات سیاسی سلامت و زمینه سیاسی‌ای که تصمیمات سلامت در آن اتخاذ می‌شود، برخوردار نیستند. بی‌اطلاعی از فرآیندهای سیاسی و فرهنگ سیاسی، یکی از ضعف‌های وزارتخانه‌های بهداشت و سازمان‌های ذیربط است. این امر می‌تواند گواهی بر این مدعا باشد که وزیران آگاه و سیاستمدار و دبیران دایمی سازمان‌های بهداشتی ذیربط، در جهت‌دهی دولت به سمت سلامت، نقشی بسیار کلیدی دارند.

نتیجه‌ها و توصیه‌های سیاست جدید اروپا برای سلامت؛

سلامت ۲۰۲۰

«دولت هوشمند سلامت» در راه است و تحقیقات سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که هم‌اکنون نیز این دولت به شکلی نامتقارن و نامتوازن در برخی مناطق اروپا شکل گرفته است. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند به شکل‌گیری روانیت جدیدی که می‌تواند زمینه‌ساز «دولت سلامت» باشد، کمک کند. هشت پیشنهاد زیر در همین راستاست:

۱) تعیین جایگاه سلامت

در درجه نخست، سلامت و رفاه مردم باید هدف تمام سطوح و اجزای دولت و آحاد جامعه باشد. همانطور که در مباحثات دیگر در زمینه پیشرفت اجتماعی و تولید ناخالص ملی نیز خاطرنشان شد (استیگلیتز و همکاران، ۲۰۰۹)، سلامت یک هدف اجتماعی است که هم به رفاه مربوط می‌شود، هم یکی از نشانه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی است و هم نشانه‌ای از نشانه‌های دولت مطلوب. اگرچه سازمان‌های مدرن متعددی خود را متعهد به سلامت می‌دانند، این تعهد باید به شیوه‌های گوناگونی جامه عمل بپوشد تا «دولت در راستای سلامت» بتواند ادعا کند که مبنای حقوق بشری دارد، چراکه سلامت یک مسوولیت همگانی است. «دولت سلامت» مسوولیتی در تمام سطوح بالای حاکمیت است و باید هدفگذاری آشکاری در رابطه با سیاستگذاری و مشارکت اجتماعی در آن صورت بگیرد. این امر برای شناخت و تاثیرگذاری بر عوامل

موثر بر سلامت نیز ضرورت دارد.

سلامت ۲۰۲۰ باید شرکایی را که کاملاً خارج از بخش سلامت هستند نیز درگیر نماید تا تمام دولت و جامعه (اعم از پارلمان‌ها و صاحبان صنایع و شهرداران و شهروندان) برای تحقق این هدف تلاش کنند. ترسیم یک ساختار مبدعانه از طرح سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند به تحکیم و تقویت چنین استراتژی‌هایی کمک کند.

۲) ساخت سیاست‌ها بر مبانی جدید

اینکه دولت‌ها و جوامع با پیچیدگی‌های حوزه سلامت آشنا شوند و عوامل موثر بر سلامت را بشناسند، یک ضرورت است. تمام نقش‌آفرینان عرصه سلامت باید به هر مقدار که می‌توانند، در بسط و توسعه بهداشت و سلامت بکوشند، چرا که توسعه سلامت به افزایش کیفیت زندگی می‌انجامد، خلاقیت و بازده نیروی کار را افزایش می‌دهد، آموزش را تسهیل می‌کند، به بنیان خانواده و جامعه استحکام می‌بخشد، از محیط زیست حمایت می‌کند، امنیت را ارتقا می‌دهد و به فقرزدایی کمک می‌کند. آنها باید این مساله را به خوبی درک کنند که «دولت مطلوب سلامت» چه ارتباط تنگاتنگی با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، نابرابری‌ها و شکاف‌های اجتماعی دارد. دولت سلامت نیاز به مواجهه فعالانه با خطرهای مدرنیزاسیون و جهانی شدن دارد و برای دستیابی به این هدف، نقش‌آفرینان حوزه سلامت باید مهارت‌های لازم را فرا بگیرند و مشکلات اصلی این حوزه را به خوبی بشناسند. بخش‌های مختلف باید در همکاری و تعامل با یکدیگر، معیارهای مناسبی برای پایش میزان تغییر و پیشرفت، تعریف کنند. مرور منابع مختلف نشان می‌دهد که حتی وقتی یک سیاست در حال اجراست، دولت‌ها می‌توانند با شناخت مسایلی که در آینده نه چندان دور بر سیاست‌هایشان تاثیر خواهد گذاشت، انعطاف خود را برای کنار آمدن با مسایل جدید افزایش دهند. بنابراین ضرورت دارد اطلاعاتی که گردآوری و به اشتراک گذاشته می‌شود، مرتبط با مسایل تمام احزاب بوده و در دسترس عموم باشد. این نیز حایز اهمیت است که طیف منابعی که قرار است

شواهد موردنظر را شکل دهند، آنقدر وسیع باشد که دیدگاه‌های شهروندان مختلف را پوشش دهد تا آنها نیز بتوانند در تصمیم‌گیری‌ها نقش‌آفرینی کنند. بسط بهداشت همگانی در جوامع باید همگام با بسط بهداشت در بخش‌های مختلف دولت باشد.

سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند به کشورها کمک کند معیارهای جدید سلامت و رفاه را بشناسند؛ معیارهایی که مبتنی بر اطلاعات عینی و روانی، عدالت [در سلامت] و توسعه پایدارند. انواع جدیدی از گزارشات بهداشت همگانی با استفاده از معیارهای جدید قابل تهیه و عرضه‌اند؛ گزارشاتی که از ابزارهای پیش‌نگرانه دولت‌های آینده‌نگر سود می‌برند.

۳) فرآیندهای نهاده شده برای رویکردهای دولت یکپارچه

حل مسایل بین‌بخشی، برقراری توازن قدرت و مهار مشکلات سلامت و رفاه مستلزم ساختارها و فرآیندهای نهاده شده‌ای در دولت یکپارچه است. شکل‌گیری این فرآیندها مستلزم اصلاحات فرهنگی و زمان‌بندی دقیق است. سازماندهی عملیاتی دپارتمان‌های دولتی، دست دولت را در مواجهه مطلوب با چالش‌های پیچیده می‌بندد. آژانس‌های دولتی نیازمند رهبری، تشویق، تفویض اختیار، حسابرسی، بودجه‌بندی مطلوب، منابع کافی، سازوکارهای پایدار و زمان‌بندی واقع‌بینانه هستند تا بتوانند با همدیگر تعامل و مشارکت کنند و به راه‌حل‌های ترکیبی مطلوب دست یابند. دولت‌ها می‌توانند سیاست‌گذاری‌های خود را از طریق طرح‌های استراتژیک هدف‌محور، استفاده از راه‌حل‌های ترکیبی و افزایش میزان پاسخگویی نهادهای دولتی، تسهیل و ترمیم کنند. این امر، شیوه‌های جدید گزارش‌دهی را نیز در بر می‌گیرد؛ از قبیل تعیین مرز بخش‌های مختلف در خصوص یک مساله و تشخیص پیامدهای بهداشتی ملی و فراملی مسایل، به ویژه مسایلی که در معرض دید عموم هستند. یک پیشنهاد، تاسیس نهادی متشکل از یک گروه از خدمت‌گزاران مدنی در مرکز دولت است (دپارتمان تعیین پیامدها) که به طور سیستماتیک با چنین مسایلی مواجه شوند.

سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند رویکردهای مبدعانه‌ای نیز پیشنهاد بدهد (نظیر همان‌هایی که در این مطالعه مرور شده) و از مرزهای بودجه‌ای و بین‌بخشی و پایشی فراتر رود. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند از وزارتخانه‌های بهداشت و آژانس‌های بهداشت همگانی حمایت کند تا از طریق انواع سازوکارهای نرم و سخت (قانون، نظارت، ترغیب، تشویق، تعامل و...) به مواجهه با مسایل دشوار بپردازند. این تاکتیک‌ها ظرفیت سازمانی را نیز از طریق آموزش‌های بین‌بخشی در «دولت هوشمند سلامت» در بر می‌گیرد و می‌تواند به واسطه همکاری با محافل علمی بهداشت همگانی، سیاستگذاری، صنعت و تجارت، به شکل‌گیری سیستماتیک علم و اندیشه مبتنی بر مهارت بینجامد.

۴) مشارکت‌های مبدعانه برای رویکردهای جامعه یکپارچه

بسیاری از چالش‌های کنونی سلامت می‌توانند با استفاده از رویکردهای جامعه یکپارچه، به شیوه مطلوب‌تری، حل و فصل شوند؛ رویکردهایی که از ظرفیت جامعه مدنی و بخش خصوصی و رسانه‌های جمعی، به شکل مطلوبی، برای حل مسایل سود می‌برد.

دولت‌ها در جامعه مدنی می‌توانند با بخش‌های خصوصی وارد تعامل شوند و به ایفای نقش نظارتی اکتفا کنند. افزایش این قبیل تعامل‌ها می‌تواند مشروعیت دولت‌ها را تحکیم و تقویت کند، سرمایه اجتماعی را افزایش و اطمینان دهد که سیاست‌های دولت قادر به پاسخگویی به نیازهای بومی است (بل و هیندمور، ۲۰۰۹).

سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند از وزارتخانه‌های بهداشت و آژانس‌های بهداشت همگانی حمایت کند تا از طریق تعامل با بخش‌های دیگر به راه‌حل‌های ترکیبی و مشارکتی دست یابند. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند برنامه‌ها، شبکه‌ها و اقدامات جدیدی را طراحی و پیشنهاد کند تا شرکای متعددی را از میان شهروندان اروپایی درگیر کرده و سازوکارهای تشویقی مدرنی را کشف و استخراج کنند. شرکا و ذی‌نفعان در این پروژه‌ها می‌توانند به کشف و گسترش ساختارها و سازوکارهای جدید بهداشتی، نظیر اثر انگشت سلامت، کمک کنند.

شبکه شهرهای سالم در منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی می‌تواند نمونه آزمایشگاهی مناسبی برای چنین نوآوری‌هایی تلقی شود.

۵) تعهد به آگاهی و مشارکت شهروندان

بخش سلامت باید خود را به ماهیت مشارکت‌گرای «دولت هوشمند سلامت» متعهد بداند. در دموکراسی اقلیت، سیاستمداران و مجموعه‌های دولتی مشخص، قدرت و اعتبار خود را به نقش‌آفرینان جدید واگذار می‌کنند؛ نقش‌آفرینانی که گاهی آگاهی بیشتر و شفاف‌تری درباره نیازها و خواست‌های مردم دارند. از طریق تکنولوژی‌های مدرن، مردم به طور مستقیم وارد میدان آگاهی می‌شوند، آگاهی‌بخشی می‌کنند، اطلاعات موردنظرشان را جستجو می‌کنند و دانسته‌های خود را با دیگران مبادله می‌کنند. این مهم‌ترین مساله است، چراکه بسیاری از چالش‌های حوزه سلامت که با سبک زندگی در ارتباطند، دیگر نمی‌توانند به عنوان یک مساله مربوط به بخش دولتی یا خصوصی طبقه‌بندی شوند. امروزه شهروندان آگاه انتظار دارند بیشتر درگیر مسایل شوند و دولت‌ها باید به آنها برنامه مشخصی برای مشارکت بدهند؛ برنامه‌ای که نقش‌های شهروندان و بیماران و تاثیر و تاثیر آنها با مسایل مختلف را مشخص کند. مشارکت باید به عنوان یک امر محوری در نظر گرفته شود و به شکلی سازماندهی شده و نظام‌یافته از طریق سیاست‌گذاری و خدمات بهداشتی، ترویج و تبیین شود. این حق شهروندان است که به اطلاعات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند از طریق فناوری‌های ارتباطی مدرن، آغازگر دیالوگی با شهروندان اروپایی در زمینه سلامت و رفاه باشد. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند وزارتخانه‌های بهداشت را متعهد کند که با طراحی استراتژی‌های اجتماعی مناسب، از رویکردهای دولت دیجیتال استفاده کنند و ضمن افزایش مسوولیت‌پذیری عمومی، ادبیات سلامت را ترویج کند.

۶) چشم‌انداز جهانی

«دولت نوین سلامت»^(۲۰۷) باید تمام سطوح دولت (از بومی تا جهانی) را در برگیرد. چالش‌های بهداشتی غالباً به دولت‌هایی نیاز دارند که بتوانند با یکدیگر کار کنند و به کالاهای عمومی و همگانی دست یابند. جهانی شدن کالاهای عمومی از طریق تلفیق نظام‌های اقتصادی و محو مرزهای سیاسی، به شکل‌گیری ایده کالاهای عمومی (منطقه‌ای و جهانی) مبتنی بر مصالح ملی منجر شده است. به عنوان مثال، نظارت بر بیماری‌های پاندمیک، مبتنی بر پایش دقیق و گزارش‌دهی مطلوب با استفاده از عوامل مختلف در سطوح بومی و ملی است که پاسخگوی سازمان‌های منطقه‌ای (نظیر مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها در اروپا) و سازمان‌های جهانی (نظیر سازمان بهداشت جهانی) باشند. همبستگی، لازمه اقدامات ترکیبی موثر است و این همبستگی مستلزم سازگاری و مرور سیاستگذاری‌ها و استفاده بهینه از بازخوردهاست.

سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند آغازگر فرآیندی باشد که در آن، سیاستگذاران در سطوح مختلف گرد هم می‌آیند تا پاسخگوی چالش‌های به‌هم‌پیوسته باشند و این امر باید از طریق همکاری بین سطوح مختلف سازمان بهداشت جهانی اتفاق بیفتد. این قضیه مستلزم حمایت از انواع جدید دیپلماسی سلامت است که همبستگی بین بخش‌های مختلف (نظیر سیاست خارجه، بازرگانی، کشاورزی، توسعه و سلامت) را تقویت کند.

۷) دفتر منطقه‌ای برای امداد، ابداع و حمایت

بخش سلامت می‌تواند بازوهای دولت را از طریق کمک به توسعه سیاست‌ها و دستیابی به اهداف تقویت کند. سلامت ۲۰۲۰ می‌تواند گزارش‌های مثبت و منفی در خصوص اقدامات نوآورانه در زمینه مشارکت برای اهداف مشترک را در اروپا و جاهای دیگر، گردآوری کند. دیدارهای منظم و هدفمند با وزیران بهداشت، سران آژانس‌های بهداشت همگانی و نمایندگان بخش‌های دیگر می‌تواند این نوآوری‌ها را تحریک و تقویت کند. دفتر منطقه‌ای سازمان

بهداشت جهانی در اروپا می‌تواند از مدل‌های همکاری بلندمدت با سایر بخش‌ها استفاده کند؛ مثلاً همکاری بخش سلامت و محیط زیست اروپا با بخش غذا؛ و رویکردهای شبکه‌ای نظیر شبکه سلامت جنوب شرقی اروپا و دانشکده‌های ارتقای سلامت.

۸) تعهد مشترک به نوآوری در حاکمیت

در سلامت ۲۰۲۰، کشورهای عضو و دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا باید:

- میزان پیشرفت در «دولت سلامت» را در اروپا ارزیابی و پایش کنند و این کار را از طریق طراحی معیارهای مبدعانه در «دولت سلامت» با تمرکز بر رویکردهای «جامعه یکپارچه» و «دولت یکپارچه» انجام دهند. این کار می‌تواند به عنوان پیگیری این مطالعه صورت گیرد و به شکل یک گزارش دوسالانه در خصوص نوآوری در «دولت سلامت» به کمیسیون منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا ارائه شود؛ و
- تاسیس یک نهاد چندمنظوره و چندرشته‌ای در زمینه «دولت سلامت» را در اروپا مد نظر قرار دهند؛ نظیر اقدام اخیر کشورهای آمریکای جنوبی برای تاسیس «مجمع آمریکای جنوبی در زمینه دولت سلامت». چنین نهادی می‌تواند به عنوان یک منبع مطلوب برای کشورهای اروپایی عضو سازمان بهداشت جهانی ایفای نقش کند تا آنها از طریق توسعه رهبری، مباحثات سیاسی، آموزش و تحقیق و همکاری با نهادهای ملی در رشته‌های مختلف بتوانند دولت‌های متبوع خود را به سمت «دولت هوشمند سلامت» سوق دهند.



واژه‌نامه

- 1) governance for health
- 2) governance for health and welfare
- 3) whole-of-government approach
- 4) whole-of-society approach
- 5) Zsuzsanna Jakab
- 6) health in all policies
- 7) intersectoral action for health
- 8) contextual drivers
- 9) interdependence
- 10) complexity
- 11) co-production
- 12) Europe's transition from industrial to knowledge-driven societies
- 13) hierarchical
- 14) dispersed
- 15) participatory
- 16) collaborative governance
- 17) Smart governance for health
- 18) anticipatory governance
- 19) Andersson
- 20) Fidler & Szabó
- 21) Kamel Boulos
- 22) Mc Queen
- 23) Özdemir & Knoppers
- 24) Raynaud & Jané-Llopis
- 25) Tomson et al
- 26) Michael Marmot
- 27) Stiglitz
- 28) Graham
- 29) OECD

- 30) Kickbusch
- 31) European Commission
- 32) Willke
- 33) Sandel
- 34) Nye & Kamarck
- 35) Keane
- 36) Aizcorbe
- 37) Schneider
- 38) Keohane & Nye
- 39) Labonte
- 40) Robertson
- 41) Fuerth
- 42) Slama
- 43) Glouberman
- 44) Klinke & Renn
- 45) Social Determinants of Health
- 46) Finegood
- 47) Whiting
- 48) Kingdon
- 49) Klopogge & van der Sluijs
- 50) Ruger
- 51) World Economic Forum
- 52) Shared health governance
- 53) Riklin
- 54) authoritative
- 55) collaborative
- 56) Bell & Hindmoor
- 57) Frederickson
- 58) Hill & Lynn
- 59) Klijn
- 60) Osborne
- 61) Peters
- 62) Rhodes
- 63) Willke
- 64) dela Chapell
- 65) Kuhn

- 66) Scharpf
- 67) Moore & Hartley
- 68) network governance
- 69) meta-governance
- 70) governance without government
- 71) hollowed-out state
- 72) Cashore
- 73) Strange
- 74) Vogel
- 75) Bell & Hindmoor
- 76) Crawford
- 77) Jessop
- 78) Moss
- 79) Sorenson
- 80) Michalski
- 81) horizontal
- 82) multilevel
- 83) multistakeholder
- 84) monitory democracy
- 85) Suchman
- 86) Burger & Mayer
- 87) Vallejo & Hauselmann
- 88) Mulgan
- 89) accountability as control
- 90) accountability as responsiveness
- 91) accountability as dialogue
- 92) the rise of the unelected
- 93) Holzer
- 94) TRIPS Agreement
- 95) World Trade Organization
- 96) Murthy
- 97) Porter & Kramer
- 98) shared value
- 99) Raynaud & Jané-Llopis
- 100) Reither
- 101) Bull & McNeill

- 102) Hood
- 103) Christensen & Laegreid
- 104) Dubé
- 105) ActNow BC
- 106) Paquet
- 107) Greer & Vanhercke
- 108) devolved governance
- 109) Burger & Mayer
- 110) Dahlgren & Whitehead
- 111) Ståhl
- 112) Puska
- 113) Rosenberg
- 114) Super- Ministry
- 115) United Nations Development Programme (UNDP)
- 116) good governance
- 117) ethical governance
- 118) health for all
- 119) Universality
- 120) Bjarne Hanssen
- 121) Strand
- 122) health as a human right
- 123) health as a component of well-being
- 124) health as a global public good
- 125) health as social justice
- 126) Jenson
- 127) Birkavs & McCartney
- 128) H1N1
- 129) Orr
- 130) Mackenbach
- 131) health equity
- 132) Klinke & Renn
- 133) Beck
- 134) Tallacchini
- 135) Smart governance
- 136) legitimacy
- 137) efficiency

- 138) Smart governance for health
- 139) Wismar
- 140) collaboration
- 141) engagement
- 142) a mixture of regulation and persuasion
- 143) independent agencies and expert bodies
- 144) adaptive policies, resilient structures and foresight
- 145) Nye
- 146) hard power
- 147) soft power
- 148) the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
- 149) Recipe for success
- 150) David Butler-Jones
- 151) CeaseFire
- 152) Skogan
- 153) Huxham
- 154) Ansell & Gash
- 155) Bryson
- 156) Wismar & Ernst
- 157) Public Health–Seattle & King County
- 158) Hernández-Aguado & Parker
- 159) Margaret Chan
- 160) five commitments in five years
- 161) Coulter
- 162) Cullbridge Marketing and Communications
- 163) International Association for Public Participation
- 164) the Coalition for Tobacco-free Armenia
- 165) People's Voice Project
- 166) Cittadinanzattiva
- 167) AmericaSpeaks
- 168) Global Voices
- 169) Opinion Leader
- 170) Your health, your care, your say
- 171) King Baudouin Foundation
- 172) Barabas

- 173) Kailas
- 174) LoveCleanStreets
- 175) www.lovecleanstreets.org
- 176) lovecleanstreets.org mobile app
- 177) www.police.uk
- 178) MedWatcher application
- 179) HealthMap application Outbreaks Near Me
- 180) lifesaving iPhone application
- 181) defibrillator
- 182) PatientsLikeMe
- 183) clinical trial
- 184) Abbott
- 185) show us a better way
- 186) data.gov.uk
- 187) The South-eastern European Health Network
- 188) Brandt
- 189) ECDC/EMEA Joint Working Group, 2009
- 190) Wernli
- 191) Thaler & Sunstein
- 192) Marteau
- 193) Keane
- 194) hub and spoke
- 195) Permanand & Vos
- 196) Dolan
- 197) Ethics Commission for a Safe Energy Supply
- 198) Grefe & Schnabel
- 199) Mossialos
- 200) Swanson
- 201) political will
- 202) Post
- 203) smart power
- 204) transformational leadership
- 205) transactional leadership
- 206) Mayo & Nohria
- 207) The new governance for health

1. Acheson D (1988). Report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health functions. London, H.M. Stationery Office:289.
2. African Development Bank Group (2009). Checklist for gender mainstreaming in governance programmes. Abidjan, African Development Bank Group (<http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Checklist%20for%20Gender%20Mainstreaming%20in%20Governance%20Programmes%20EN.pdf>, accessed 30 May 2012).
3. Aizcorbe A, Retus B, Smith S (2008). Toward a health care satellite account. Survey of Current Business, 88:24–30.
4. American Beverage Association (2010). Alliance school beverage guidelines: final progress report. Washington, DC, American Beverage Association.
5. Andersson E (in press). Engagement in health: what role for the public and patients? In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. Governance for health. Berlin, Springer.
6. Ansell C, Gash A (2007). Collaborative governance in theory and practice. Journal of Public Administration Research and Theory, 18:543–571.
7. (Australian) Management Advisory Committee (MAC) (2004). Connecting government: whole of government responses to Australia's priority challenges. Canberra, Commonwealth of Australia (<http://www.apsc.gov.au/>)

- mac/connectinggovernment.pdf, accessed 30 May 2012).
8. Barabas J (2004). How deliberation affects policy opinions. *American Political Science Review*, 98:687–701.
 9. Beck U (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London, Sage.
 10. Bell S, Hindmoor A (2009). *Rethinking governance: the centrality of the state in modern society*. Cambridge, Cambridge University Press.
 - Birkavs V, McCartney C (2011). Policies for shared societies: their contribution to well-being and economic performance. In: *Challenge Europe: growth, well-being and social policy in Europe: trade-off or synergy?* Brussels, European Policy Centre:20–26.
 11. Bonell C et al. (2011). One nudge forward, two steps back. *British Medical Journal*, 342:d401.
 12. Brandt AM (2007). *The cigarette century: the rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America*. New York, Basic Books.
 13. Braveman P, Gruskin S (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:254–258.
 - Bryson JM, Crosby BC, Stone MM (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66:44–55.
 14. Bull B, McNeill D, eds. (2007). *Development issues in global governance*. London, Routledge.
 - Burger D, Mayer C (2003). *Making sustainable development a reality: the role of social and ecological standards*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
 - Butler-Jones D (2008). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public*

- health in Canada, 2008: addressing health inequalities. Ottawa, Minister of Health (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/pdf/cpho-report-eng.pdf>, accessed 30 May 2012).
15. Capewell S et al. (1999). Effects of the Heartbeat Wales programme. *British Medical Journal*, 318:1072. References 95
 16. Cashore B (2002). Legitimacy and the privatisation of environmental governance: how non-state market driven (NSM D) governance systems gain rule making authority. *Governance*, 15:503–529.
 17. Children's Hospital Boston (2012a). MedWatcher: track medication safely from your iPhone. Boston, Children's Hospital Boston (<http://www.healthmap.org/medwatcher>, accessed 30 May 2012).
 18. Children's Hospital Boston (2012b). Outbreaks near me. Boston, Children's Hospital Boston ([http:// www.healthmap.org/outbreaksnearme](http://www.healthmap.org/outbreaksnearme), accessed 30 May 2012).
 19. Christensen T, Laegreid P (2007). The whole of government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67:1059–1066.
 20. CNN World (2006). Skinny models banned from catwalk. Atlanta, Cable News Network ([http:// articles.cnn.com/2006-09-13/world/spain.models_1_association-of-fashion-designers-skinnymodels-pasarela-cibeles?_s=PM:WORLD](http://articles.cnn.com/2006-09-13/world/spain.models_1_association-of-fashion-designers-skinnymodels-pasarela-cibeles?_s=PM:WORLD), accessed 30 May 2012).
 21. Commission on Global Governance (1995). *Our global neighbourhood*. Oxford, Oxford University Press.
 22. Commission on Social Determinants of Health (2008). *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.*

- Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf, accessed 30 May 2012).
23. Conklin J (2006). Wicked problems and social complexity. In: Dialogue mapping: building shared understanding of wicked problems. New York, Wiley.
 24. Coulter A (2005). What do patients and the public want from primary care? *British Medical Journal*, 331:1199.
 25. Council of the European Union (2006a). Council conclusions on health in all policies (HiAP). Proceedings of the 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006. Brussels, Council of the European Union (http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/91929.pdf, accessed 30 May 2012).
 26. Council of the European Union (2006b). Council conclusions on common values and principles in European Union health systems. Brussels, Council of the European Union.
 27. Crawford A (2006). Networked governance and the post-regulatory state? *Theoretical Criminology*, 10:449–479.
 28. Cullbridge Marketing and Communications (2011). Tools of change: proven methods for promoting health, safety and environmental citizenship [web site]. Ottawa, Cullbridge Marketing and Communications.
 29. Dahlgren G, Whitehead M (2006). European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
 30. Davis RM (1998). Healthy People 2010: national health objectives for the United States. *British Medical Journal*, 317:1513–1517.

31. de la Chapelle B (2008). Multi-stakeholder governance: emergence and transformational potential of a new political paradigm. In: Helbing D, ed. Managing complexity: insights, concepts, applications. Berlin, Springer.
32. Dodgson R, Lee K, Drager N (2002). Global health governance: a conceptual review. Geneva, World Governance for health in the 21st century 96 Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/a85727_eng.pdf, accessed 30 May 2012).
33. Dolan P, Tsuchiya A, Wailoo A (2003). NICE's citizen's council: what do we ask them, and how? Lancet, 362:918–919.
34. Dubé L et al. (2009a). Building convergence: toward an integrated health and agri-food strategy for Canada. Ottawa, Canadian Agri-Food Policy Institute (http://www.capi-icpa.ca/pdfs/Building- Convergence_Summary.pdf, accessed 30 May 2012).
35. Dubé L, Thomassin P, Beauvais J (2009b). Whole-of-society approach to policy development and implementation: building convergence and driving change on the ground. Ottawa, Canadian Agri- Food Policy Institute. (<http://www.capi-icpa.ca/converge-full/eight.html>, accessed 30 May 2012).
36. ECDC/EMEA Joint Working Group (2009). The bacterial challenge: time to react. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control and European Medicines Agency (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf, accessed 30 May 2012).
37. European Commission (2009). Communication from

- the Commission to the Council and the European Parliament. GDP and beyond: measuring progress in a changing world. Brussels, European Commission.
38. European Commission (2010). Communication from the Commission: Europe 2020 – a strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm, accessed 30 May 2012).
 39. European Parliament (2006). Regulation (EC) No. 1924/2006 of the European Parliament and the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods. Official Journal of the European Communities, L 404 (30 December):9.
 40. Federal Interagency Workgroup (2010). Healthy People 2020 framework. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services (<http://www.healthypeople.gov/2020/consortium/HP2020Framework.pdf>, accessed 30 May 2012). Fidler A, Szabó T (in press). Bridging the gap: governance challenges for the health sector in the countries of central and eastern Europe and the former Soviet Union. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. Governance for health. Berlin, Springer.
 41. Finegood D, Merth T, Rutter H (2010). Implications of the foresight obesity system map for solutions to childhood obesity. *Obesity*, 18:S13–S16.
 42. Frederickson GH (2005). Whatever happened to public administration? Governance, governance everywhere. In: Ferlie E, Lynn LE, Pollitt C, eds. The Oxford handbook of public management. Oxford, Oxford University Press.
 43. Fuerth LS (2009). Foresight and anticipatory governance. *Foresight*, 11(4):14–32.
 44. Georgia Health Policy Center (2008). Finding the voice

- of public health in the national health reform dialogue: an integrative model for health system transformation. Atlanta, Georgia State University.
45. Glouberman S et al. (2003). A toolbox for improving health in cities: a discussion paper. Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.
 46. Government of Australia (2007). Tackling wicked problems: a public policy perspective. Canberra, References 97
 47. Australian Public Service Commission (<http://www.apsc.gov.au/publications07/wickedproblems.pdf>, accessed 30 May 2012).
 48. Government of Northern Ireland (1999). Professional policy making for the twenty first century. Belfast, Government of Northern Ireland (<http://ctpr.org/wp-content/uploads/2011/03/Professional-Policy-Making-for-the-21st-Century-1999.pdf>, accessed 30 May 2012).
 49. Graham J, Amos B, Plumptre T (2003). Principles of good governance in the 21st century. Ottawa, Institute on Governance.
 50. Greer SL, Vanhercke B (2010). The hard politics of soft law: the case of health. In: Mossialos E et al., eds. Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge, Cambridge University Press.
 51. Grefe C, Schnabel U (2011). "Wir müssen zukunfts offen bleiben". Zeit Online, 21 (<http://www.zeit.de/2011/21/Energie-Ethikkommission>, accessed 30 May 2012).
 52. Health Canada (2000). Intersectoral action toolkit. Ottawa, Health Canada.
 53. Health Council of Canada (2007). ActNow BC supports healthy lifestyles. Ottawa, Health Council of Canada

- ([http://healthcouncilcanada.ca/docs/shiningalight/ActNow%20BC %20supports%20 healthy%20lifestyles.pdf](http://healthcouncilcanada.ca/docs/shiningalight/ActNow%20BC%20supports%20healthy%20lifestyles.pdf), accessed 30 May 2012).
54. Hernández-Aguado I, Parker LA (2009). Intelligence for health governance: innovation in the monitoring of health and well-being. In: Kickbusch I, ed. Policy innovation for health. New York, Springer:23–66.
 55. Hill C, Lynn LE (2005). Is hierarchical governance in decline? Evidence from empirical research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15:73–96.
 56. Hocking J (2005). Liberty, security and the state. In: Saunders P, Walter S, eds. Ideas and influence: social science and public policy in Australia. Sydney, UNS W Press.
 57. Holzer M et al. (2010). Prague e-governance: a study of best practices. Newark, NJ, E-Governance Institute, National Center for Public Performance.
 58. Hood C (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 63:3–19 (http://www.globalhealtheurope.org/images/stories/researchpaper_02_v3_web.pdf, accessed 30 May 2012).
 59. Hooghe L, Marks G (2003). Unravelling the central state, but how? Types of multi-level governance. *American Political Science Review*, 97:233–243.
 60. Huxham C (2003). Theorizing collaboration practice. *Public Management Review*, 5:401–423.
 61. Imperial M (2005). Using collaboration as a governance strategy: lessons from six watershed management programs. *Administration and Society*, 37:281–320.
 62. Institute of Medicine (2011). For the public's health: revitalizing law and policy to meet new challenges. Washington, DC, National Academy of Sciences.

63. Institute of Transport Economics (2002). CBA of cycle track network in Norwegian cities. Oslo, Institute of Transport Economics (TØI-report 567/2002) A 38(8):592–605.
64. International Association for Public Participation (2004). IAP2 public participation spectrum. Wollongong, Australia, International Association for Public Participation Australasia.
65. International Food and Beverage Alliance (2009). Progress report to Dr. Margaret Chan, Director- General of the World Health Organization on the International Food and Beverage Alliance's five Governance for health in the 21st century 98
66. commitments to action under the 2004 Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva, International Food and Beverage Alliance.
67. International Food and Beverage Alliance (2011). The International Food and Beverage Alliance's five commitments to action in support of the World Health Organization's 2004 Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva, International Food and Beverage Alliance.
68. Jenson J (2009). Making sense of contagion: citizenship regimes and public health in Victorian England. In: Hall P, Lamont M, eds. Successful societies: how institutions and culture affect health. Cambridge, Cambridge University Press.
69. Jessop B (2002). Governance and metagovernance: on reflexivity, requisite variety, and requisite irony. Lancaster, Department of Sociology, Lancaster University (<http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/jessop-governance-and-metagovernance.pdf>, accessed 30 May 2012).

70. John F. Kennedy Presidential Library and Museum (1968). Remarks of Robert F. Kennedy at the University of Kansas, March 18, 1968. Boston, John F. Kennedy Presidential Library and Museum.
71. Jonas H (1985). The imperative of responsibility: search of an ethics for the technological age. Chicago, University of Chicago Press.
72. Kailas A, Chong CC , Watanabe F (2010). From mobile phones to personal wellness dashboards. IEEE Pulse, 7/8:57–63. Kamel Boulos MN (in press). Social media and Web 2.0: how will they impact governance for health? In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. Governance for health. Berlin, Springer.
73. Keane J (2003). Global civil society? Cambridge, Cambridge University Press.
74. Keane J (2009). The life and death of democracy. New York, Simon and Schuster.
75. Keohane RO, Nye J (1989). Power and interdependence. 2nd ed. Cambridge, MA, HarperCollins.
76. Kickbusch I (2003). Perspectives in health promotion and population health. American Journal of Public Health, 93:383–388.
77. Kickbusch I (2007). Health governance: the health society. In: McQueen D, Kickbusch I, eds. Health and modernity: the role of theory in health promotion. New York, Springer.
78. Kickbusch I (2010). Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal governance. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. Implementing health in all policies: Adelaide 2010. Adelaide, Government of South Australia.
79. Kickbusch I (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. British Medical Journal, 342:d3154.

80. Kickbusch I, Buckett K, eds. (2010). Implementing health in all policies: Adelaide 2010. Adelaide, Government of South Australia.
81. Kingdon JW (1995). Agendas, alternatives and public policies. 2nd ed. New York, Addison Wesley Longman.
82. Klijn EH (2005). Networks and inter-organizational management: challenging, steering, evaluation, and the role of public actors in public management. In: The Oxford handbook of public management. Oxford, Oxford University Press.
83. Klijn EH (2009). Trust in governance networks: looking for conditions for innovative solutions and outcomes. In: Osborne SP, ed. The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance. London, Routledge. References 99
84. Klinke A, Renn O (2006). Systemic risks as challenge for policy making in risk governance. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research, 7(1):33.
85. Klopprogge P, van der Sluijs (2006). The inclusion of stakeholder knowledge and perspectives in integrated assessment of climate change. Climatic Change, 75:359–389.
86. Kuhn T (1962). Structure of scientific revolutions. Chicago, University of Chicago Press.
87. Labonte R et al. (2004). Fatal indifference: the G8, Africa and global health. Ottawa, Juta Academic.
88. Mackenbach J et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. New England Journal of Medicine, 358:2468–2481.
89. Marteau TM et al. (2011). Judging nudging: can nudging improve population health? British Medical Journal, 342:d228.

90. Mayo AJ, Nohria N (2005). In their time: the greatest business leaders of the twentieth century. Boston, Harvard Business School Press.
91. McQuaid RW (2009). Theory of organizational partnerships: partnership advantages, disadvantages and success factors. In: Osborne SP, ed. The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance. London, Routledge.
- McQueen D (in press). Value base, ethics and key challenges of health governance for health protection, health promotion and disease prevention. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. Governance for health. Berlin, Springer.
92. Meeting of Minds European Citizens' Panel (2006). European citizens' assessment report: complete results. Brussels, Meeting of Minds Partner Consortium.
93. Michalski W, Miller R, Stevens B (2001). Governance in the 21st century: power in the global knowledge economy and society. In: OECD, ed. Governance in the 21st century. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development:7–26.
94. Ministry of Education, Finland (2008). The Finnish Government's Child and Youth Policy Programme 2007–2011. Helsinki, Ministry of Education.
95. Moore M, Hartley J (2009). Innovations in governance. In: Osborne SP, ed. The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance. London, Routledge.
96. Moss C, Schmitz A, Schmitz T (2006). First-generation genetically modified organisms in agriculture. *Journal of Public Affairs*, 6:46–57.
97. Mossialos E et al., eds. (2010). Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge, Cambridge University Press.

98. Mulgan R (2000). Accountability: an ever-expanding concept? *Public Administration*, 78:555–573.
99. Murthy NR (2011). Corporate connections: the value of private sector partnerships. *Harvard International Review*, Spring:69–73.
100. Nestle M (2007). Food politics: how the food industry influences nutrition and health. Revised and expanded edition. Berkeley, University of California Press.
101. New Economics Foundation (2011). Measuring our progress: the power of well-being. London, New Economics Foundation (http://www.wikiprogress.org/images//Measuring_our_progress_webReady.pdf, accessed 30 May 2012).
102. Nguyen C (2009). A woman's place is at the policy table ... and how citizens' assemblies are helpGovernance for health in the 21st century 100 ing make that happen. Ottawa, Canadian Women's Health Network (<http://www.cwhn.ca/en/node/39372>, accessed 30 May 2012).
103. Nye J (2008). The power to lead. Oxford, Oxford University Press.
104. Nye J (2011). The future of power. New York, PublicAffairs.
105. Nye J, Kamarck EC (2002). Governance.com: democracy in the information age. Washington, DC, Brookings Institute Press.
106. OECD (2001). Governance in the 21st century. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
107. OECD (2010). Meeting of the Health Committee at Ministerial Level: final communiqué. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/dataoecd/4/55/46163626.pdf>, accessed

- 30 May 2012).
108. OECD (2012). Public governance [web site]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en_2649_37405_1_1_1_1_37405,00.html, accessed 30 May 2012).
 109. OECD Global Science Forum (2009). Applications of complexity science for public policy: new tools for finding unanticipated consequences and unrealized opportunities. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
 110. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and WHO (2008). The right to health. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Fact Sheet No. 31; <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, accessed 30 May 2012).
 111. Orr R (2011). UN Innovation: a business model for solving global problems. *Harvard International Review*, Spring:64–68.
 112. Osborne SP (2009). The (new) public governance: a suitable case for treatment? In: Osborne SP, ed. *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London, Routledge. Özdemir V, Knoppers BM (in press). From government to anticipatory governance: responding to the challenges of innovation and emerging technologies. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
 113. Paquet G (2001). The new governance, subsidiarity and the strategic state. In: OECD, ed. *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

114. PatientsLikeMe (2012). PatientsLikeMe [web site]. Cambridge, MA, PatientsLikeMe (<http://www.patientslikeme.com>, accessed 30 May 2012).
115. Peake S et al. (2008). Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Ottawa, Public Health Agency of Canada and Geneva, World Health Organization.
116. Permanand G, Vos E (2010). EU regulatory agencies and health protection. In: Mossialos E et al., eds. Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge, Cambridge University Press.
117. Peters BG (2001). The future of governing. Lawrence, University Press of Kansas.
118. Pettersson B (2010). Health in all policies across jurisdictions – a snapshot from Sweden. Public Health Bulletin South Australia, 7(2):17–20.
119. Poguntke T, Webb P (2005). The presidentialization of politics in democratic societies: a framework for analysis. In: Poguntke T, Webb P, eds. The presidentialization of politics: a comparative References 101 study of modern democracies. Oxford, Oxford University Press:1–25.
120. Porter M, Kramer M (2011). Creating shared value. Harvard Business Review, 89(1/2):62–77.
121. Post LA, Raile ANW, Raile ED (2010). Defining political will. Politics and Policy, 38:653–676.
122. Public Health Agency of Canada et al. (2007). Crossing sectors – experiences in intersectoral action,
123. public policy and health. Ottawa, Public Health Agency of Canada (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf, accessed 30 May 2012).
124. Puska P et al., eds. (1995). The North Karelia project:

- 20 year results and experiences. Helsinki, National Public Health Institute.
125. Puska P, Ståhl T (2010). Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31:27.1–27.14.
 - Raynaud O, Jané-Llopis E (in press). Partnering for health governance transformation. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
 126. Reither EN, Olshansky SJ, Yang Y (2011). New forecasting methodology indicates more disease and earlier mortality ahead for today's younger Americans. *Health Affairs (Millwood)*, 30:1562– 1568.
 127. Rhodes RAW (2000). Governance and public administration. In: Pierre J, ed. *Debating governance: authority, steering, and democracy*. Oxford, Oxford University Press.
 128. Riklin A (2006). What Montesquieu could not have known yet: reflections on a revision of the separation of powers theory. *Ancilla Iuris*, 20.
 129. Robertson J (2003). The economic costs of infectious diseases. Canberra, Parliament of Australia (Research Note No. 36 2002–03; <http://www.aph.gov.au/library/pubs/rn/2002-03/03rn36.htm>, accessed 30 May 2012).
 130. Roll Back Malaria Partnership (2010). Roll Back Malaria (RBM) Partnership publications and multimedia resources [web site]. Geneva, World Health Organization (<http://www.rollbackmalaria.org/multimedia/index.html>, accessed 5 January 2012).
 131. Rosenberg CE (1962). *The cholera years; the United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago, University of Chicago Press.
 132. Ruger JP (2010). *Health and social justice*. Oxford, Oxford University Press.

133. Sabel CF , Zeitlin J (2008). Learning from difference: the new architecture of experimentalist governance in the European Union. *European Law Journal*, 14:278–280.
134. Salamon LM , ed. (2002). *The tools of government*. Oxford, Oxford University Press.
135. Sandel MJ (2010). *Justice: what's the right thing to do?* London, Penguin Books.
136. San Ramon Valley Fire Department (2012). *Fire department iPhone App 2.0*. San Ramon, San Ramon Valley Fire Department (<http://firedepartment.mobi>, accessed 30 May 2012).
137. Scharpf FW (1994). Games real actors could play: positive and negative co-ordination in embedded negotiations. *Journal of Theoretical Politics*, 6(1):27–53.
138. Scharpf FW (2002). The European social model. *Journal of Common Market Studies*, 40:645–670.
139. Schneider M et al. (2010). *Foundations, methodology, and selected results of a satellite account for the German health economy*. Augsburg, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH.
140. Scottish Government (2009). *Recipe for success – Scotland's National Food and Drink Policy*. Edinburgh, Scottish Government (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/06/25133322/2>, Governance for health in the 21st century 102 accessed 30 May 2012).
141. Senden L (2005). Soft law, self-regulation and co-regulation in European law: where do they meet? *Electronic Journal of Comparative Law*, 9.1.
142. Skogan WG et al. (2008). *Evaluation of CeaseFire-Chicago*. Chicago, Northwestern University.
143. Slama K (2005). From evidence to practice: tobacco control effectiveness. *Promotion and Education*, 12(Suppl. 1):28–32.

144. Sorenson E (2006). Metagovernance: the changing role of politicians in processes of democratic governance. *American Review of Public Administration*, 36:98–114.
145. Ståhl T et al., eds. (2006). Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf, accessed 30 May 2012).
146. Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP (2009). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Paris, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress (http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf, accessed 30 May 2012).
147. Strand M et al. (2009). Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 4; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf, accessed 30 May 2012).
148. Strange S (1996). The retreat of the state: the diffusion of power in the world economy. Cambridge, Cambridge University Press.
149. Suchman M (1995). Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 20:571.
150. Swanson D et al. (2009). Seven guidelines for policy-making in an uncertain world. In: Swanson D, Bhadwal S, eds. *Creating adaptive policies: a guide for policy-making in an uncertain world*. London, Sage.
151. Tallacchini M (2005). Before and beyond the precautionary principle: epistemology of uncertainty in science and law. *Toxicology and Applied Pharmacology*,

- 207(2 suppl):645–651.
152. Thaler RH, Sunstein C (2008). *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven, CT, Yale University Press.
 153. Tomson G (2010). The impact of global processes on health systems in Europe. Geneva, Global Health Europe (Global Health Europe Research Paper No. 2; http://www.globalhealtheurope.org/images/stories/researchpaper_02_v3_web.pdf, accessed 30 May 2012). Tomson G, Páfs J, Diseberg A (in press). The challenges of multi-level governance: the impact of global and regional processes on health and health systems in Europe. In: Kickbusch I, Gleicher D, eds. *Governance for health*. Berlin, Springer.
 154. UN DP (1997). *Good governance – and sustainable human development*. A UNDP policy document. New York, United Nations Development Programme (<http://mirror.undp.org/magnet/policy/chapter1.htm>, accessed 30 May 2012).
 155. UN DP (2011). *Human development report 2011 – Sustainability and equity: a better future for all*. New York, Palgrave Macmillan. References 103 United Nations (2010). UN advisory group seeks to enhance public-private links to boost access to energy. New York, United Nations (<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=35333>, accessed 30 May 2012).
 156. United Nations General Assembly (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. New York, United Nations.
 157. United Nations General Assembly (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York, United Nations.
 158. United States Department of Health and Human Services (2010). HHS announces the nation's new

- health promotion and disease prevention agenda. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services (<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/12/20101202a.html>, accessed 30 May 2012).
159. Vallejo N, Hauselmann P (2004). Governance and multi-stakeholder processes. Winnipeg, International Institute for Sustainable Development.
 160. Vangen S, Huxham C (2003). Nurturing collaborative relations: building trust in interorganizational collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 39:5–31.
 161. Vibert F (2007). The rise of the unelected: democracy and the new separation of powers. Cambridge, Cambridge University Press.
 162. Vogel D (2008). Private global business regulation. *Annual Review of Political Science*, 11:261–282.
 163. Walter J, Strangio P (2007). No, Prime Minister: reclaiming politics from leaders. Sydney, UNS W Press.
 164. Weber M (1922/1978). *Economy and society*. Berkeley, University of California Press.
 165. Wernli D et al. (2011). A call for action: the application of the International Health Regulations to the global threat of antimicrobial resistance. *PLoS Medicine*, 8:e1001022.
 166. Whiting D, Unwin N, Roglic G (2010). Diabetes: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/en, accessed 30 May 2012).
 167. WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization (<http://>

- www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 30 May 2012).
168. WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 30 May 2012).
 169. WHO (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April 1988. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Adelaide_recommendations.pdf, accessed 30 May 2012).
 170. WHO (1997a). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. 4th International Conference on Health Promotion: “New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century”, Jakarta, 21–25 July. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, accessed 30 May 2012).
 171. WHO (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization (www.who.int/whr/2000/en/index.html, accessed 30 May 2012). Governance for health in the 21st century 104
 172. WHO (2003a). WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/fctc/en>, accessed 30 May 2012)
 173. WHO (2003b). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of the joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/>

- index.html, accessed 30 May 2012).
174. WHO (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 30 May 2012).
 175. WHO (2009). Whole-of-society pandemic readiness: WHO guidelines for pandemic preparedness and response in the non-health sector. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en>, accessed 30 May 2012).
 176. WHO (2011). Moscow Declaration: First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nmh/events/Moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_en.pdf, accessed 30 May 2012).
 177. WHO and Government of South Australia (2010). Adelaide Statement on Health in All Policies. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/en, accessed 30 May 2012).
 178. WHO Regional Office for Europe (1985). Targets for Health for All: targets in support of the European regional strategy for Health for All. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
 179. WHO Regional Office for Europe (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf, accessed 30 May 2012).
 180. WHO Regional Office for Europe (2004). Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87564/

- E82659.pdf, accessed 30 May 2012).
181. WHO Regional Office for Europe (2007). WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf, accessed 30 May 2012).
 182. WHO and UN ICEF (2008). World report on child injury prevention. Geneva, World Health Organization (http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/summary_world_report_children_engl.pdf, accessed 30 May 2012).
 183. Willke H (2007). Smart governance: governing the global knowledge society. Frankfurt, Campus Verlag.
 184. Wismar M, Ernst K (2010). Health in all policies in Europe. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. Implementing health in all policies: Adelaide 2010. Adelaide, Government of South Australia.
 185. Wismar M et al. (2007). The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf, accessed 30 May 2012).
 186. World Bank (2011). What is our approach to governance? [web site]. Washington, DC, World Bank References 105 (<http://go.worldbank.org/MKOG258V0>, accessed 30 May 2012).
 187. World Bank Institute/PRMGE (2009). Gender and development. A trainer's manual. Module 3: Integrating gender into development projects. Washington, World Bank Institute (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/192862/Module3/Module3-index.html>, accessed 30 May 2012).

- 30 May 2012).
188. World Economic Forum (2011). The future of government: lessons learned from around the world. Cologne, World Economic Forum (http://www3.weforum.org/docs/EU11/WEF_EU11_FutureofGovernment_Report.pdf, accessed 30 May 2012).
 189. World Trade Organization (2001). DOHA Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Geneva, World Trade Organization.
 190. Zürn M (2010). Global governance as multi-level governance. In: Enderlein H, Wälti S, Zürn M, eds. Handbook on multi-level governance. Cheltenham, Edward Elgar.





کتاب حاضر، محصول مطالعه‌ای در زمینه «دولت سلامت» است که به نظام سیاستگذاری سلامت اروپا (سلامت ۲۰۲۰) نشان می‌دهد چگونه دولت‌ها در حال اقبال به این مسیرند و سلامت و رفاه را به عنوان شاخصه‌های کلیدی جامعه‌ای موفق با اقتصادی پویا به رسمیت شناخته و زمینه را برای سیاست‌گذاری‌هایی که رویکردی ارزشی به مقوله‌هایی همچون عدالت و مشارکت دارند، فراهم می‌آورند. «دولت سلامت»، مشارکت بخش سلامت با سایر بخش‌ها (دولتی و خصوصی) و شهروندان را برای نیل به منافع مشترک، تسهیل می‌کند و به دستگاه‌های فعال در زمینه بهداشت و درمان مشروعیت می‌دهد تا در طراحی سیاست‌های ارتقای سلامت، نقش‌های تازه‌تری ایفا کنند.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر آموزش و ارتقای سلامت