

تکامل سیاستگذاری سلامت: گذار به پارادایم حکمرانی برای سلامت

حمیدرضا ملک محمدی

استاد علوم سیاسی دانشگاه تهران

ولی‌اله وحدانی نیا^۱

دانشجوی دکتری سیاستگذاری عمومی دانشگاه تهران

(تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۲ - تاریخ تصویب: ۹۵/۳/۱۱)

چکیده

در چند دهه اخیر، سلامت بعنوان هدفی اجتماعی که نیاز به همکاری همه‌جانبه دارد، توسعه طبیعی از سازوکارهای سیاستی را بدنبال داشته است. یافتن، معرفی و تجزیه و تحلیل سیر تحولات مفهومی سیاستگذاری سلامت، هدف اصلی این مطالعه کیفی است؛ تا چگونگی تکامل آن را نمایان سازد و مبانی اطمینان‌بخش و مرزهای اقدام شناخته شود. نتایج بررسی نشان می‌دهد: «اقدامات بین‌بخشی برای سلامت»، «سیاستگذاری‌های عمومی سالم» و اخیراً «سلامت در همه سیاست‌ها» سه موج اصلی سیاستگذاری هستند که همراه با تغییر پارادایم سیاسی، چشم‌انداز تازه‌ای از «حکمرانی برای سلامت» را نمایان کرده‌اند. گذار به الگوی حکمرانی شایسته‌ای، چندسطحی و چندذینفعی، مبتنی بر بسیج «کل-دولت» و «کل‌جامعه» برای سلامت، همان بخش مهم تعهد سیاسی و اجتماعی برای عدالت و پیشرفت پایدار است.

واژگان کلیدی: سیاستگذاری سلامت، پارادایم حکمرانی برای سلامت، سیاست‌های عمومی سالم،

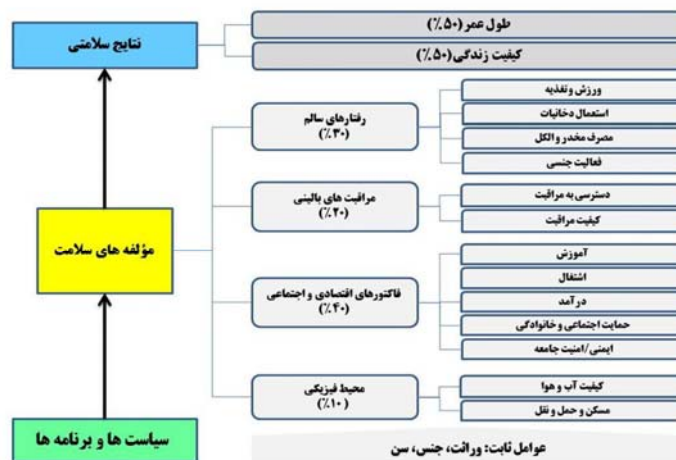
سلامت در همه سیاست‌ها

^۱ (نویسنده مسئول) - vninia@yahoo.com

مقدمه

«سلامت» ارزش اجتماعی، حقی انسانی^۱، کالایی عمومی و اساسی، ثروتی برای نظام‌های اجتماعی، نیرویی مولد و از شاخصه‌های کلیدی اقتصادی پویا و جامعه‌ای موفق است. شواهد علمی محکمی هم وجود دارد که؛ چنانچه برنامه‌های توسعه با «محوریت انسان- سالم» پیگیری نگردند، نه تنها آسیب‌پذیری سلامت مردم را بیشتر خواهند کرد بلکه ناتوانی بخش مراقبت سلامت در پاسخگویی به نیازهای مردم بیش از پیش خواهد شد. چراکه، سلامت وابسته به سیاست‌ها، سیستم‌ها و فرآیندهایی است که از بیرون قلمرو مأموریتی بخش بهداشت و درمان سرچشمه می‌گیرند؛ به عبارتی «زمینه زندگی» مردم سالم بودن یا نبودن آنها را تعیین می‌کند.

بجز عوامل ثابت سن، جنس و وراثت که غیرقابل اصلاح و اندازه‌گیری هستند، مراقبت‌های درمانی تنها ۲۰٪، رفتارهای سالم ۳۰٪، عوامل اقتصادی و اجتماعی ۴۰٪ و محیط فیزیکی ۱۰٪ در تعیین سلامت مردم سهم دارند و سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌توانند از طریق تاثیر بر تعیین کننده‌های سلامت، سلامت مردم (امید به زندگی، کیفیت زندگی) را تعیین کنند (شکل (Taylor KW. et al.2008)).



برداشت از: County Health Rankings model ©2010 UWPHL www.CountyHealthRankings.org

شکل ۱- تاثیر عوامل مختلف در تعیین سلامت مردم.

۱- اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی ج.ا.ایران

سلامت نمی‌تواند یک هدف صرفاً بخشی قلمداد شود که برای دستیابی به آن مسئولیت-پذیری یک دستگاه اجرایی یا وزارتخانه کفایت کند. سلامت فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده است. حل مسائل پیچیده، مستلزم رویکردهای سازمان‌یافته‌ای است که طیف وسیعی از بازیگران، سطوح حکمرانی بومی تا بین‌المللی و مشارکت جامعه و فرد را دربرگیرد. (Langeveld, L et al. 2016) اما، در گستره عمل، تناقضات و ناسازگاریهای عمده‌ای بین سلامت و منافع، ارزش‌ها، اهداف و عملکرد دیگر بخش‌های سیاستگذاری وجود دارد؛ سلامت برای دیگر بخش‌ها اولویت بالایی ندارد. تنها درک اینکه، فقط وزیر بهداشت و درمان مسئول و جوابگو برای سلامت شناخته می‌شود؛ و نادیده گرفتن یا نبود شواهد آنچه که در عمل رخ می‌دهد و نمی‌دهد خود تأییدی بر این مدعا است. (Harris P, Spickett J. 2011 & Phen S, Pongthep S. 2013)

سلامت یک هدف کلان اجتماعی است که نه تنها جدایی‌ناپذیر از رفاه انسانی، توسعه اجتماعی و اقتصادی و حفظ محیط زیست است، بلکه یکی از عناصر ضروری و معرف «حکمرانی مطلوب» برای «توسعه پایدار» می‌باشد. (Kickbusch I, Gleicher D. 2012 & WHO/Europe. 2013 & KJÆRGARD B, et al. 2013 & De Leeuw E. 2015)

بیانیه آدلاید (WHO. 2010)، 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 رهبری‌ای یکپارچه در دولت‌ها، در میان بخش‌ها و در میان همه سطوح آن (محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی) به اجرا درآید. اهداف دولتی زمانی به بهترین نحو قابل دستیابی هستند که تمامی بخش‌ها، سلامت و رفاه را بعنوان عناصر کلیدی توسعه سیاستی‌شان لحاظ کنند. چراکه، علل سلامتی و رفاه در بیرون بخش سلامت قرار داشته و بطور اجتماعی و اقتصادی شکل می‌گیرد. (WHO. 2010)

چنین نگاهی به سلامت، هرچند با تأخیر، در بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ج.ا.ایران، که در ابتدای سال ۱۳۹۳ از سوی رهبری نظام ابلاغ گردید، مورد توجه قرار گرفته است: «تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات». بعلاوه بند ۷ که به مسأله «تولیت» می‌پردازد و بند ۱۱ که «آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت» را طلب می‌کند. لکن تحقق چنین آرمانی مستلزم تغییر پارادایم، سبک مدیریت دولت و اداره عمومی، بازتوزیع قدرت و نقش‌های تازه‌تر برای بخش مراقبت سلامت، وزیر و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است. به عبارتی، تحقق رویکرد «انسان سالم، محور

توسعه» مستلزم توسعه سیاسی و سیاستی و گذار به الگوی مطلوبی از حکمرانی است؛ شکلی از حکمرانی، که ارزش‌های «سلامت و رفاه» هدایتگر و هدف و کانون استراتژیک آن باشد. بررسی این چشم‌انداز نوین سیاستگذاری برای سلامت و تجزیه و تحلیل آخرین تحولات مفهومی آن، همراه با مرور تجارب جهانی و ملی برخی کشورهای پیشرو در این حوزه، هدف اصلی این نوشتار است تا مبانی اطمینان بخش و رویکردهای مناسب، معرفی گردد. برای چنین منظوری، با توجه به ماهیت کیفی موضوع این مطالعه که سیر تکامل یک پدیده را جستجو می‌کند، بر روش اسنادی-کتابخانه‌ای تکیه گردید. این روش مستلزم جستجوی توصیفی و تفسیری است که واژگان و مفاهیم مهمترین رکن آن است (Bryman, A. 1988). روش اسنادی یعنی تحلیل آن دسته از اسنادی که شامل اطلاعات در مورد پدیده‌ای است که قصد مطالعه آن را داریم (Bailey, K.D. 1994). در اینجا متن به منزله نوعی زبان یا ابزار نگریسته می‌شود که بازگوکننده واقعیت‌ها و پدیده اجتماعی موردنظر است (وبر، ماکس، ۱۳۹۰). استفاده از این روش به ما اجازه داد تا به طیف گسترده‌ای از کتب و متون، اسناد و گزارشات منتشر شده در گستره وب مراجعه و آنها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهیم. جستجوی منابع در مرحله مطالعه اکتشافی، براساس اهداف و جهت‌گیری این مطالعه، انجام و بر مبنای ارزش علمی و محتوایی مورد دسته‌بندی قرار گرفت. سپس از میان این منابع نمونه-گیری بر اساس چهار معیار اصالت، اعتبار، نمایابودن و معناداربودن انجام گرفت. در ادامه کار، از نمونه‌گیری انباشتی (گلوله برفی) استفاده گردید؛ یعنی با استفاده از فهرست منابع پژوهش‌های مورد استناد به سمت منابع بیشتر حرکت گردید تا اشباع نظری موردنظر حاصل گردد (Scott, J. 1990).

تکیه‌گاه نظری

دانشمندان، پژوهشگران، سیاستگذاران، برنامه‌ریزان و سیاست‌مدارانی که با موضوع سلامت سروکار دارند، بسته به اینکه در چه چارچوب معنایی می‌اندیشند و عمل می‌کنند، ممکن است برداشتی کاملاً متفاوت و حتی متضاد از مفهوم «سلامت» و «انسان سالم» داشته باشند؛ این به این دلیل است که «مفهوم سلامت، وابسته به زیربنای پارادیمی تفکر است» (گراهام اسکمبلر، ۱۳۸۶) و هر یک از پارادایم‌ها، مفروضات هستی‌شناسی، معرفت‌شناسی و روش-شناسی خود را داشته و به دنبال آن، مواد و رویه‌های خاص خود را برای کار سیاست‌گذاری تجویز می‌کنند (Kuhn T. 1970 & Capra F. 1982 & Hay C. 2007).

در چند دهه اخیر، دستورکارهای سلامت در بین دو پارادایم در نوسان بوده‌اند:

(۱) پارادایم زیست-پزشکی؛ رویکردهایی که تعریف حداقلی از سلامت داشته و بر خدمات پزشکی فناوری محور و مداخلات بهداشت عمومی متکی هستند و

(۲) پارادایم زیستی، روانی، اجتماعی؛ فهم سلامت بعنوان پدیده‌ای اجتماعی و مرتبط با دستورکار عدالت اجتماعی، که نیازمند اشکال پیچیده‌ای از اقدامات سیاستی است.

با تفکر در پارادایم زیست پزشکی (بیومدیکال)؛ سلامت، برحسب عملکردها و فرآیندهای معمول زیستی درک و تعریف شده و «سلامتی» اساساً، «نداشتن اختلال جسمی» است. در این دیدگاه، بیماری نوعی ناهنجاری جسمی و عامل آن نوعی هویت بیماری‌زاست؛ مثلاً یک نقص ژنتیک یا میکروارگانسیم مهاجم. این الگوی تفکر خطی، که هنوز هم نگاه غالب به سلامت در ایران است، با جدا فرض کردن فرد از اجتماع، اقدامات «سیاستگذاری سلامت» را، به سمت اصلاح مسیرهای زیست‌شناختی منتهی به بیماری، یا اصلاح و درمان نقایص و آسیب‌های بیولوژیکی هدایت می‌کند. چنین دیدگاهی، مورد انتقاد جدی قرار گرفته است که؛ این جهان-بینی طبی (علوم پزشکی مدرن)، تقلیل‌گراست، چراکه، بدون توجه به هر یک از ابعاد غیرقابل اجتناب «اجتماعی»، «فرهنگی»، «اقتصادی»، «سیاسی»، یا «معنوی»، پیچیدگی‌های حیات را، تا یک پدیده زیستی محض تقلیل داده است (Lindau et al.2003 & Álvarez AS.2012)

در حالی که، تبیین بر اساس پارادایم زیست پزشکی، از نقش عامل واحد، یعنی تقلیل‌گرایی زیست‌شناسانه حمایت کرده و مانع درگیرکردن ذینفعان توسعه اقتصادی- اجتماعی در فرآیندهای سیاستگذاری سلامت می‌شود. در مقابل، تفکر در پارادایم زیستی-روانی-اجتماعی؛ مشوق رویکردی چند بعدی و چند سطحی است، که در تبیین آن؛ «سلامت» به صورت پدیده-ای زیست‌شناختی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی، و حتی سیاسی و اقتصادی درک و مطرح نظر فعالان و نظریه‌پردازان اجتماعی و انتقادی قرار می‌گیرد، و نه صرفاً به منزله موضوعی اختصاصی، مربوط به امور شخصی افراد، یا مربوط به حوزه پزشکی. بعنوان مثال، بر پایه این رویکرد؛ بیکاری و سلامت نوعی رابطه دیالکتیکی، همراه با تاثیر متقابل دارند یا اینکه عدم دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت، ارتباط مستقیمی با فقر دارد. (گراهام اسکمبر ۱۳۸۶ و Lindau et al.2003) این پارادایم، سلامت را در مفهومی مثبت‌تر تعریف می‌کند؛ «حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و ناتوانی» (WHO) (Constitution.1948 & Chuengsatiansup.K. 2003) یا به قول حکیم نظامی: «سلامت در اقلیم آسودگی است کزین بگذری جمله بیهودگیست».

این تعریف گسترده از سلامت، و شالوده نظری آن که با مفهوم رفاه درهم تنیده است (Kickbusch, I. 2009)، نتایج مستقیمی برای ماهیت تبیین عواملی دربردارد، که سلامت و نابرابریهای سلامت را تعیین می‌کنند. تاکنون، مدل‌های تبیینی مختلفی خلق شده‌اند؛ از مدل

زیستی-اجتماعی آقایان وایت‌هد و دالگرن (۱۹۹۱) گرفته تا مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی نابرابری سلامت کمیسیون سازمان جهانی بهداشت (WHO, 2008) به صراحت بیان میدارند که سلامت در بطن زندگی روزمره مردم و از درون سیستم‌های پیچیده‌ای که وابسته به متغیرهای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، فردی و زیستی هستند خلق می‌شود (شکل ۲) (Adam B, et al. 2014).



شکل ۲- شرایط عمومی محیطی، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی-اجتماعی. برداشتی از: Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991

در این دیدگاه، به جای بیماری یا عارضه، «فرد و جامعه» مرکز مداخله بوده (Lindau et al. 2003) و «زمینه زندگی» آنان است که موضوع سیاست‌گذاری قرار می‌گیرد. سیاستگذاری‌ها و استراتژی‌های سلامت باید مبتنی بر فهمی از آنچه که تأثیرات عمده‌ای بر روی سلامت دارند، باشد؛ آنچه که می‌تواند بعنوان عوامل تهدیدکننده سلامت، ارتقاءدهنده سلامت و حفظ‌کننده سلامت توصیف شود. چنین درکی از سلامت در گروه‌بندی مولفه‌های تاثیرگذار بر سلامت، مفید بوده و می‌تواند سطوح کاملاً مجزای مداخله برای دستورکار سیاستگذاری سلامت را بیان دارد. به این ترتیب که، چهار لایه تاثیرگذار بر سلامت در شکل فوق، می‌تواند به چهار سطح برای مداخله و اقدام ترجمه گردد (Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991). برای هر آرمان یا هدف سیاستگذاری سلامت، استراتژی‌ها می‌توانند بصورتی بهم پیوسته در هر چهار سطح سیاستگذاری تعبیه شوند. برای مثال در هدف کنترل مصرف تنباکو، استراتژی‌ها می‌توانند شامل این موارد باشند: مالیات بندی بر سیگار (سطح یک)؛ ممنوعیت تبلیغات سیگار و استعمال آن در مکان‌های عمومی (سطح دوم)؛ کمک به جوامع برای اعمال کنترل‌های بیشتر

بر فروش سیگار به کودکان در فروشگاه‌های محلی (سطح سوم)؛ و آموزش عموم مردم درباره خطرات استعمال سیگار (سطح چهارم). (همان)

اگرچه، چهارچوب مفهومی معرفی شده توسط آقایان وایت‌هد و دالگرن (۱۹۹۱)، «بعنوان سیستمی به هم پیوسته برای توسعه سلامت و کاهش مخاطرات سلامت» شناخته می‌شود اما این مدل مفهومی، می‌تواند جهت پیشبرد «عدالت» هم، بکار گرفته شود. در اینجا، مفهوم «عدالت سلامت» نیز مطرح می‌شود که خود ریشه در عدالت اجتماعی دارد؛ «عدالت در سلامت، به این معنی که بطور ایده‌آل؛ همه باید، فرصتی منصفانه برای کسب حداکثر ممکن سلامت‌شان را داشته باشند» (Whitehead, M. 1990).

با این چشم‌انداز نظری، در چند دهه اخیر، شاهد این بوده‌ایم که نگاه‌ها نسبت به سیاستگذاری سلامت دستخوش تغییر شده و سلامت بعنوان هدفی اجتماعی که نیاز به همکاری همه‌جانبه دارد، مورد توجه قرار گرفته است. این تغییر دیدگاه و فهم گسترده از سلامت، مسئولیت سایر بخش‌های سیاستگذاری نسبت به سلامت را مطالبه و گسترش طیف وسیعی از سازوکارهای سیاستی مبتنی بر مشارکت را سبب گردیده است؛ مسیری که اولویت را به کار بر روی عوامل تعیین‌کننده سلامت داده و تکامل پارادایمی سیاستگذاری سلامت همراه با شکل‌گیری سه موج اصلی سیاستگذاری را بدنبال داشته است؛ «اقدامات بین‌بخشی برای سلامت^۱»، «سیاستگذاری‌های عمومی سالم^۲»، و اخیراً «سلامت در همه سیاست‌ها^۳».

موج اول؛ حکمرانی بین‌بخشی سلامت

گورایا و اسکمبلر (Goraya, A. and Scambler, G. 1998) با اشاره به نقش در حال تحول سلامت عمومی در بریتانیا چهار مرحله اساسی برای این تحولات، قائل شده‌اند؛

الف) مرحله بهداشتی^۴ آغازین: که تقریباً از ۱۸۴۰ تا ۱۸۷۰ میلادی به طول انجامید؛

ب) مرحله پیشگیری^۵: از ۱۸۷۰ میلادی تا پیش از جنگ جهانی دوم؛

ج) مرحله درمانی^۶: که از حدود سالهای ۱۹۴۰ تا اوایل دهه ۱۹۷۰ میلادی؛

د) مرحله سلامت عمومی جدید^۷: که از این تاریخ به بعد، نگرش زیست پزشکی غالب درباره سلامت، مورد اعتراض و چالش قرار گرفت.

1- intersectoral action
2- healthy public policy
3- health in all policies
4-Sanitary Phase
5-Preventive Phase
6-Therapeutic Phase
7-New Public Health

پس از دهه‌ها تفکر خطی و غلبه نگاه بخشی بر سیاستگذاری سلامت، با آغاز «سلامت عمومی جدید»، تاکیدات از برنامه‌ریزی، سرمایه‌گذاری و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی؛ به طیف وسیع‌تری از عوامل شیفت پیدا کرد که تاثیرات تعیین‌کننده بر روی سلامت افراد و جمعیت‌ها، دارند. این رویکرد جامعه‌شناسانه به سلامت با تغییر اولویت‌ها، به راهبردهای پیشگیری و ارتقاء سلامت و تلاش بخش سلامت برای همکاری مشارکت‌جویانه با سایر بخش‌ها به منظور ارتقای سلامت، موج اول سیاستگذاری سلامت را شکل داد.

اولین تلاش در سال ۱۹۷۴ با بیانیه وزیر بهداشت کشور کانادا آغاز و به موضوع ارتقای سلامت به عنوان یک موضوع مهم جهانی توجه گردید (Lalonde, Mv.1974). این بیانیه، در سال ۱۹۷۸ در کنفرانس آلماتی قزاقستان (WHO.1978) پیگیری شد. اساس اعلامیه آلماتا، شناسایی سلامت بعنوان یک هدف اجتماعی بنیادین، و مراقبت‌های اولیه بهداشتی بعنوان زیربنای آن است. این اعلامیه مسیر جدیدی را برای سیاستگذاری سلامت با تاکید بر اصول عدالت، استفاده از فناوری مناسب، درگیرکردن مردم و مشارکت بین بخش‌های جامعه، تعیین می‌کند. در بیانیه آلماتا بیان شده که نقش دولت در حوزه سلامت، در تمام کشورها، اعم از توسعه‌یافته و در حال توسعه، نیاز به بازنگری و تقویت دارد و فعالیت بین بخشی، کلید ارتقای سلامت است. بر اساس این بیانیه استراتژی‌های سلامت باید به گونه‌ای قوام یابد که نه تنها خدمات سلامت فراهم شود، بلکه علل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی کاستی‌های سلامت نیز شناسایی شود. می‌توان این فراخوانی برای هماهنگی و همکاری در جهت ارتقای سلامت جامعه را اولین تلاش نظام‌مند برای برجسته‌سازی ربط و نقش پراهمیت دیگر بخش‌های سیاستی در سیاستگذاری سلامت در نظر گرفت.

پیک و همکاران، فعالیت بین بخشی را اینگونه تعریف کرده‌اند: «فعالیت‌هایی که توسط بخش‌هایی خارج از بخش سلامت صورت می‌گیرد؛ فعالیت‌هایی مرتبط با سلامت و عدالت سلامت یا عوامل تعیین‌کننده سلامت و عدالت سلامت، که در مشارکت با بخش سلامت (احتمالاً و نه ضرورتاً)، صورت می‌گیرد. (Peake S et al.2008)

ابتکار حکمرانی بین بخشی، مبتنی بر مدلی منطقی از سیاستگذاری تحت تولید بخش سلامت، است. در اینجا، بخش سلامت منطقی از «هدف و نتیجه، وسیله را توجیه می‌کند» دنبال کرده و به سایر بخشها (مثلاً بخش آموزش یا صنعت) اثبات می‌کند که چرا و چگونه باید برای ارتقای سلامت مشارکت کنند و چطور این همکاری و مساعدت، به نوبه خود، به توسعه اقتصادی و اجتماعی کمک خواهد کرد. امروزه، عبارت فعالیت بین بخشی سلامت، بطور گسترده برای معرفی طیف وسیعی از اشکال تصمیم‌سازی و اقدام در میان بخش‌ها بکار می‌رود (Kickbusch, I & Gleicher, D. 2012).

موج دوم؛ سیاستگذاری‌های عمومی سالم

دهه ۱۹۸۰، سرآغاز موج دوم سیاستگذاری سلامت بود. در این دوره، جنبش ارتقای سلامت سایر بخش‌های سیاستی را، بطور قاطع جهت درگیر شدن در سلامت، فراخواند. تمرکز این جنبش بر سبک جدید زندگی و چالش‌های زیست محیطی، بازتنظیم بخش‌های دیگر غیر از بخش سلامت (در سطح ملی و بین‌المللی)، را ایجاب و با تمرکز بر محیط‌های حمایت‌گر، دستاوردهایی بیشتری در حوزه سلامت عمومی همچون «شهرهای سالم»، «محیط‌کار سالم»، «مدارس مروج سلامت» و... به همراه داشته است. در اینجا، میانجی‌گری بین سطوح حکمرانی، ذی‌نفعان و سازمانها در بخش‌های دیگر در دستورکار بوده و متخصصان ارتقای سلامت بیشتر بعنوان میانجیانی برای سلامت در نظر گرفته می‌شوند تا مجردی (Kickbusch, I & Gleicher, D) (2012).

اولین بار نتایج چنین کوشش‌هایی در اعلامیه آلماتا (WHO.1978) تجلی یافت و سپس، جوهر اصلی اعلامیه آلماتا، بعنوان ستون اصلی منشور ارتقای سلامت در اوتاوا کانادا (WHO.1986) پذیرفته شد. منشور اوتاوا، به صراحت اعلام می‌دارد که سلامت در بافت زندگی روزمره مردم شکل می‌گیرد؛ جایی که مردم زندگی می‌کنند، عاشق می‌شوند، کار می‌کنند و به تفریح و بازی می‌پردازند. چنین رویکردی، مفهوم عوامل تعیین‌کننده سلامت را گسترش داده تا چالش‌های محیطی و توانمندسازی مردم را دربرگیرد. در این منشور؛ «سیاست‌های عمومی سالم بسازید»^۱ به عنوان یکی از ۵ شعار استراتژیک ارتقای سلامت معرفی شد. چهار استراتژی دیگر عبارتند از: «محیط‌های حمایت‌گر بسازید»^۲، «اقدام جمعی را تقویت کنید»^۳، «مهارت‌های فردی را توسعه دهید»^۴ و «خدمات سلامت را بازتعریف کنید»^۵ جهت دهید». این اقدامات به همدیگر وابسته‌اند و «سیاستگذاری‌های عمومی - سالم» است که بستر لازم را برای آن چهار اقدام دیگر، فراهم می‌کند (WHO Regional Office for Europe, 1986).

«سیاست‌های عمومی سالم»؛ با یک نگرانی صریح و روشن برای سلامت و عدالت در همه حوزه‌های سیاستگذاری عمومی، و مسئولیت‌پذیری نسبت به اثرات سیاست‌های عمومی بر روی سطح سلامتی مردم، توصیف می‌شود. هدف عمده سیاستگذاری‌های عمومی سالم، خلق محیطی حمایتی است تا مردم را قادر سازد که زندگی سالمی داشته باشند (WHO.1988).

1- build healthy public policy
2- create supportive environments
3- strengthen community action
4- develop personal skills
5- reorient health services

این مفهوم با عدالت مرتبط بوده و در ذات خود، تمرکزی بین‌بخشی و فرابخشی، همراه با علاقه‌ای صریح به ارزیابی پیامدهای سلامت سیاستگذاری‌ها بر مردم، دارد. بدین ترتیب، نسبت به رویکرد ضعیف‌کشانه و فردمحور پارادایم غالب (زیستی-پزشکی) و تمرکز مفرطی که بر روی آموزش بهداشت دارد، واکنش نشان می‌دهد (Bacigalupe, A and others. 2010).

منشور اوتاوا، با تصدیق دوباره «برابری فرصت» و «عدالت»، به عنوان پیش‌نیازهای سلامت، و «مدافعه» و «میانجی‌گری» بعنوان روشی برای تحصیل آنها، مطالبه‌ای قدرتمند برای سلامت را، مطرح کرد. هرچند درک این منشور از حکمرانی، هنوز متمرکز بر نقش دولت و سیاستگذاری عمومی بود، اما، راه تفکر استراتژیک جهت رویکردهای نوین و انواع جدیدی از مشارکت را گشود (Kickbusch, I & Gleicher, D. 2012).

دومین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت، که در سال ۱۹۸۸ در آدلاید استرالیا برگزار شد، به مسیری که در آلماتا و اوتاوا تنظیم شده بود، ادامه داد و بر شتاب آنها افزود. این کنفرانس بر نیاز به ارزیابی پیامدهای سیاستگذاری‌های عمومی، و توسعه سیستم‌های اطلاعات سلامت برای حمایت از این فرآیند تاکید دارد. (WHO.1988)

در اعلامیه آدلاید، آمده است که؛ دولت‌ها از طریق سیاستگذاری‌های عمومی مسئولیت ویژه‌ای برای ایجاد شرایط بنیادین برای یک زندگی سالم و تسهیل انتخاب‌های سالم برای شهروندان دارند. لذا باید اهداف سلامت صریحی تعیین کنند، که بر حفظ و ارتقای سلامت تاکید کند(همان).

این اعلامیه توصیه می‌کند که، بی‌عدالتی در سلامت ریشه در بیعدالتی اجتماعی دارد؛ پس برای رفع شکاف‌های سلامت، بین افراد برخوردار و نابخردار، نیاز به نوعی از سیاستگذاری است که دسترسی به سلامت را بهتر کند(همان).

کنفرانس آدلاید، بر موضوعاتی در حوزه سیاستگذاری تمرکز کرد که مستلزم اقدام هماهنگ و همکاری بین بخش‌های مختلف دولت و سطوح مختلف اقدام (محلی، ملی و بین‌المللی) است؛ مسائلی مانند سلامت زنان، غذا و تغذیه، دخانیات و ایجاد محیط‌های حامی سلامت. توصیه‌های این کنفرانس، دولت‌ها را تشویق به اقدام در خصوص عناصر زیربنایی یک جامعه سالم می‌کرد: چیزی که امروزه به «علت علت‌ها» از آن یاد می‌شود (Kickbusch, I & Gleicher, D. 2012).

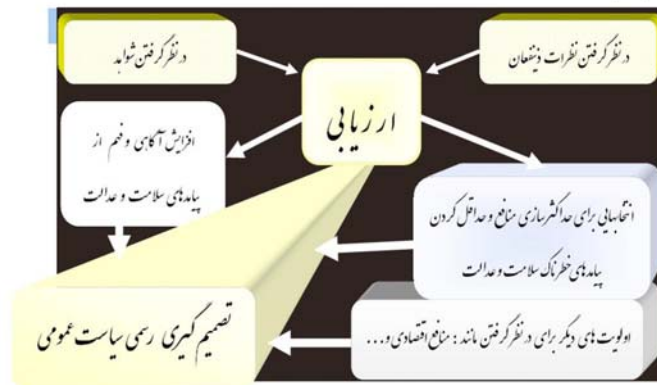
این تفکر، پیدایش ابزار «ارزیابی پیامدهای سلامت HIA»^۱ را در پی داشت؛ اولین بار، اعلامیه جاکارتا (WHO, 1997) با تأکید بر عدالت، مفهوم پاسخگویی نسبت به اثرات سلامت را معرفی و توصیه کرد که سیاستگذاری‌های توسعه بخش‌های خصوصی و عمومی باید بر محوریت

1- health impact assessment

عدالت با ارزیابی پیامدهای سلامت ترکیب شود. تقریباً یک دهه بعد، منشور ۲۰۰۶ بانکوک درباره «ارتقاء سلامت در دنیایی جهانی شده»، بر نقش HIA بعنوان ابزاری کلیدی برای کمک به سیاستگذاری و تصمیم‌گیری تاکید کرد (WHO, 2006).

سند اجماع گوتنبرگ (۱۹۹۹)، HIA را چنین تعریف می‌کند: «ترکیبی از روشها یا متدها که بوسیله آن؛ یک سیاست، برنامه یا پروژه، می‌تواند راجع به اثراتی که ممکن است بر روی سلامت یک جمعیت داشته باشد، مورد قضاوت قرارگیرد.» (ECHP, 1999 & Adam B, et al. 2014)

هدف این روش تحلیلی سیاست، پیش بردن موضوعات سطح بالای عدالت و سلامت، است، و بواسطه توصیه‌های مبتنی بر شواهدی که ارائه می‌دارد؛ با تقویت پیامدهای مثبت و تقلیل پیامدهای منفی سیاست، به تبع، توسعه کیفی سیاست‌های عمومی را به دنبال دارد. درواقع، HIA هم ابزاری کارآمد برای توسعه «سیاست‌های عمومی سالم» است، و هم، توان بالقوه‌ای جهت شکل دادن فضای پاسخگویی برای اقدامات آنها را دارد که سیاستگذاری‌های عمومی ناسالم می‌کنند، (Salcito, k et al. 2015).



شکل ۳- خلاصه ورودیها و خروجیهای روش تحلیلی سیاست HIA؛ برداشتی از:

www.londonhealth.gov.uk

تعهد دولت به «سیاستگذاری عمومی سالم»، یعنی؛ تمام بخش‌ها و سطوح دولت باید هنگام تنظیم سیاست‌هایشان، سلامت را محسوب کرده و پیامدهای سلامت‌هایشان را، بعنوان یک عنصر ضروری ارزیابی و به زبانی قابل فهم برای همه گروه‌های جامعه، گزارش کنند (WHO, 1988).

اساس التزام به «سیاستگذاری‌های عمومی سالم» نیازمند رویکردی است که مبتنی بر مشاوره و مذاکره و مشارکت با ذینفعان، و درگیرکردن جامعه مدنی و شهروندان در فرآیندهای

سیاستگذاری عمومی، باشد(باید محور، اقدام جمعی باشد). (WHO.1988) بنابراین، موج دوم در سطحی گسترده‌تر از موج اول، تشخیص داد که سیاستگذاری‌های پیچیده باید علائق، ارزش‌ها، موقعیت‌های نهادینه شده مؤسسات و جاه‌طلبی‌های شخصی را نیز در نظر بگیرند. به هر حال، از دهه ۱۹۸۰، که مفهوم «سیاستگذاری‌های عمومی سالم» جایگاه کلیدی خود را پیدا کرد، جنبش ارتقای سلامت توانست سرچشمه نوآوری‌های بسیاری برای حکمرانی شود. این جنبش به خوبی نشان داد که مشکلات باید در سطح علل زمینه‌سازشان مورد توجه و مداخله قرار گرفته و نیاز به رویکردهای سیاستی به هم پیوسته و مشارکتی است. ارتقای سلامت و سیاستگذاری‌های عمومی سالم، در قالب رویکردهای تنظیمی و شبکه‌ای، بیشتر از جنس یک مدل فزاینده سیاستگذاری است تا یک مدل منطقی؛ در این مدل نوآرانه اجتماعی، بخش سلامت نقش یک مدافع و واسطه را بازی می‌کند (Kickbusch, I & Gleicher, D, 2012).

موج سوم؛ حکمرانی برای سلامت

دستاورد هشتمین کنفرانس بین المللی ارتقای سلامت با عنوان «سلامت در همه سیاست‌ها»^۱، در ژوئن ۲۰۱۳، در هلستینکی فنلاند، بیانیه هلستینکی بود. این بیانیه که با نگاه به آینده شکل گرفته، بر میراث غنی‌ای از ایده‌ها، نظرات، اعمال و شواهدی استوار است که از بیانیه آلماتا و منشور اوتاوا و تکامل آنها در طول چند دهه به ارث رسیده است. این بیانیه، «سلامت برای همه» را هدف اصلی اجتماعی دولت‌ها و سنگ‌بنای اساسی توسعه پایدار می‌داند (Rudolph L, et al. 2013 & WHO. 2013 & WHO. 2014).

«سلامت در همه سیاست‌ها»، که اولین بار در سال ۲۰۰۷ در استرالیا، جنوبی معرفی شد (Lawless A, et al. 2012) رویکردی نسبت به سیاستگذاری عمومی به منظور حفظ و ارتقاء سلامت و عدالت سلامت در سرتاسر بخش‌ها است؛ که به طور نظام‌مند استدلال‌های سلامت را در تصمیمات به حساب آورده، هم‌افزایی را در میان بخش‌ها دنبال کرده، و از پیامدهای مضر سیاست‌ها بر سلامت جلوگیری می‌کند. در واقع، مسئولیت‌پذیری سیاستگذاران را نسبت به پیامدهای سلامت سیاست‌هایشان در تمام سطوح سیاستگذاری توسعه می‌دهد. (Broeder, L, et al. 2015) این رویکرد، آثار و پیامدهای سایر سیاستگذاری‌ها بر روی سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد. (Rudolph L, et al. 2013 & Ollila E. 2010).

«سلامت در همه سیاست‌ها»، بطور مشخص ریشه در دو موج اول دارد، و قدرتش، مدیون فراگیری و کوشش‌های دو موج قبلی و تکامل آن دو موج می‌باشد. این رویکرد، بر پایه تئوری

1- health in all policies (HiAP)

تعیین‌کننده‌های سلامت و مفاهیم نهفته در دو رویکرد «فعالیت‌های بین بخشی» و «سیاست‌های عمومی‌سالم» که در بیش از ۴ دهه گذشته توسعه یافته‌اند، شکل گرفته است. ایده‌های ارزشمندی که در بیانیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ در مورد مراقبت‌های اولیه سلامت^۱، مطرح شد، روح آن در منشور اوتاوا در سال ۱۹۸۶ نمایان گردید و سلامت در همه سیاست‌ها بعنوان یکی از حوزه‌های کلیدی «ارتقای سلامت» مورد بحث قرار گرفت. رشد فزاینده توجه به نقش بخش‌ها غیر از بخش سلامت در ارتقای سلامت، با مباحثی که در دومین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت در آدلاید استرالیا در سال ۱۹۸۸ شکل گرفت، ادامه یافت (Rudolph L, et al.2013).

اصول کلیدی مفاهیم فوق، در بیانیه سیاسی «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ۲۰۱۱ ریو»، بیانیه سیاسی نشست مجمع عمومی سازمان ملل در سطح مقامات عالی در ۲۰۱۱ و سند نهایی ریو+۲۰ در سال ۲۰۱۲ (آینده‌ای که بدنبال آن هستیم)، پیگیری و در اغلب چارچوب‌ها، راهکارها و قطعنامه‌های سازمان جهانی بهداشت، نیز انعکاس یافته است (WHO.2013).

با وجود مسیر طی شده، نمونه‌های اندکی از ابتکارات اثربخش مبتنی بر رویکرد سیستمیک در سطح دولت و جهت‌گیری به سمت درگیرکردن همه جامعه وجود دارد. فنلاند از اولین کشورهایی است که به چنین دیدگاهی نزدیک شد و «سیاستگذاری‌های عمومی سالم» را جهت مواجهه با نگرانی‌های سلامت عمومی بکارگرفت و توانست در طول چند دهه، گذار از پارادایم سیاسی سابق به پارادایم جدید را تجربه کند. رویکرد فنلاند به حکمرانی افقی سلامت، بیشتر بر بازشناسی مفهوم سلامت در سرتاسر دولت متمرکز بود، که نهایتاً منجر به شکل‌گیری سومین موج سیاستگذاری سلامت گردید. (Puska & stahl,2010)

این کشور از دهه ۱۹۷۰ تا به امروز، رویکردهای مختلفی را برای سیاستگذاری افقی سلامت بکارگرفته است. پروژه کارولیای شمالی^۲ که در سال ۱۹۷۲ آغاز شد بعنوان یک مدل موفق که حمایت سازمان جهانی بهداشت و مراکز قدرت فنلاند را داشت، توانست از طریق درگیر کردن سایر بخش‌ها (مانند: سازمانهای عمومی، تولیدکنندگان گوشت و لبنیات، مدارس و...) در ارتقاء سلامت جامعه، فشار مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلب و عروق را در کارولیای شمالی فنلاند کاهش دهد (Peña, Sebastián.2013&Puska, P. E. et al.2009).

در سال ۱۹۸۶، فنلاند، برنامه ملی سلامت مبتنی بر فعالیت بین بخشی را آغاز کرد که مبنای آن مدل سیاستگذاری‌های عمومی سالم در منشور اوتاوا (WHO Regional Office for Europe, 1986) بود. بعنوان مثال: در حوزه‌های کشاورزی و تجارت، یارانه محصولات

1- Primary health care(PHC)

2- North Karelia Project

پرچرب مانند شیر پرچرب، کاهش یافت و در عوض، برای ترویج محصولات گیاهی و غلات محلی بکار گرفته شد. (Kickbusch, I & Gleicher, D. 2012)

در سال ۲۰۰۱ فنلاند در اقدامی رو به جلو، اصولی را برای اجرای برنامه مشترک «سلامت ۲۰۱۵» تدوین کرد که چارچوبی را برای اقدامات بین بخشی سلامت فراهم نمود. (Kickbusch I, Buckett K. 2010) هدف از این استراتژی بلند مدت، توسعه سلامت، ترویج انتخاب سبک زندگی سالم در میان مردم و کاهش شکاف سطح سلامت بین گروه‌های مختلف جمعیت بود (Puska, P., Vartiainen, E. et al. 2009). این کشور، در دوره ریاستش بر اتحادیه اروپا در سال ۱۹۹۹، بر اساس تجربیات خود، طرحی را برای حمایت از سلامت در همه سیاستگذاری‌ها ارائه کرد، که منجر به چندین پیامد در اتحادیه اروپا شد که از مهمترین آنها، راه‌اندازی بخش ویژه «ارزیابی پیامدهای سلامت» در همه سیاستگذارهای اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۰ بود. (Kickbusch, I & Gleicher, D 2012)

ایده «سلامت در همه سیاست‌ها» در اروپا، اولین بار در سال ۲۰۰۶ و باز در دوره ریاست فنلاند بر پارلمان اروپا، با هدف تشریک مساعی در بین بخش‌ها جهت رسیدن به اهداف مشترک، بکار گرفته شد. در واقع فنلاند بر اساس تجربیاتی که در حکمرانی افقی برای سلامت داشت، توانست «سلامت در همه سیاست‌ها» را بعنوان یک معیار اساسی در همه سیاستگذاری‌های اتحادیه اروپا بگنجانند، و در پایان دوره ریاستش، اتحادیه را به این اصول دعوت کرد:

ایجاد یک سازوکار پارلمانی، تا از اثربخشی همکاری‌های بین بخشی به منظور حداکثر حفاظت از سلامت در همه سیاستگذاری‌ها اطمینان حاصل گردد؛
به حساب آوردن و اجرای رویکرد «ارزیابی پیامدهای سلامت HIA» برای طرح‌های قانونی و غیر قانونی؛ و

در نظر گرفتن پیامدهای سلامت تصمیم‌گیری‌ها در همه بخش‌های سیاستگذاری، با تأکیدی ویژه بر «عدالت سلامت» (همان)

در ایالات متحده آمریکا، با توجه به زمینه سیاسی و اجتماعی نکتزگرا، ایده «سلامت در همه سیاست‌ها» بیشتر مبتنی بر چارچوب «مدافعه سلامت» و نقش‌آفرینی مدافعین سلامت توسعه یافته است. انجمن ملی دفاتر سلامت شهری و کشوری (NACCHO)^۱ اولین انجمنی است که بیانیه‌ای در مورد «سلامت در همه سیاست‌ها» صادر کرده و مدافعه‌ای را برای آن، بعنوان روش حیاتی جهت ارتقای سلامت و تقویت بخش‌های محلی سلامت و بهترین روش برای سیاستگذاران، صورت داده است. این انجمن «سلامت در همه سیاست‌ها را اینگونه معرفی می-

1- The National Association of County and City Health Officials (NACCHO)

کند: «تغییری است در سیستم‌ها، به منظور تعیین نحوه تصمیم‌گیری و اجرا در سطوح محلی، ایالتی و فدرال به جهت اطمینان از اینکه تصمیمات سیاستی بی طرف بوده یا تأثیراتی مثبت بر روی تعیین‌کننده‌های سلامت دارند». «سلامت درهمه سیاست‌ها» بر نیاز به همکاری در میان بخش‌ها تأکید کرده و رویکردی است ابتکاری به عملیات، که از طریق آن سیاست‌ها خلق و اجرا می‌شوند. (NACCHO Web.2016). انجمن سلامت عمومی امریکا، «سلامت درهمه سیاست‌ها» را «استانداردی طلایی^۲» خوانده و خواستار افزایش زیرساخت‌های آن در تمام سطوح دولت، آموزش و تمرین، افزایش بودجه تحقیقات مرتبط با آن، و استقرار بهترین رویه‌ها گردیده است (Peña, Sebastián.2013).

اما این رویکرد در امریکا، مورد انتقاداتی هم قرار گرفته است. انتقاد اصلی مربوط به نگرانی فزاینده‌ای است که در مورد پیداشدن «امپریالیسم سلامت^۳» مطرح گردیده است (U.S. Department of Health and Human Services. 2010).

بیانیه کنفرانس بین المللی «سلامت درهمه سیاست‌ها»، در آدلاید استرالیای جنوبی در سال ۲۰۱۰، مثالهایی را که در آنها این رویکرد به بهترین نحو کار می‌کند، توصیف کرده و ابزارهایی که می‌توانند در مراحل مختلف اجرای سیاست بکار گرفته شوند، معرفی می‌کند (WHO and the Government of South Australia. 2010).

در استرالیای جنوبی، «سلامت درهمه سیاست‌ها»، بیشتر از آنکه رویکردی توسط بخش سلامت یا برای بخش سلامت باشد، تلاش داشته تا «سلامت در همه سیاست‌ها» را فرآیند محوری دولت قرار دهد. (Buckett, Kevin.2010 & Kickbusch I, Buckett K.2010 & Baum F, et al.2014) مدل استرالیای جنوبی مبتنی بر دو عنصر بنیادین است: (۱) حکمرانی و پاسخگویی متمرکز و (۲) فرآیندی تحلیلی بنام «ذره‌بین سلامت» (Buckett, Kevin.2010 & Rudolph L, et al.2013).

این کشور هرچند، مفهوم «حکمرانی مشترک برای سلامت» را به تصویب رسانده اما، هنوز هم، تا استقرار یک سیستم حکمرانی مبتنی بر «سلامت درهمه سیاست‌ها» فاصله دارد. (Kickbusch I, Buckett K.2010).

کیکبوش و گلیچر (۲۰۱۲)، در مطالعه‌ای به نام «حکمرانی برای سلامت در قرن ۲۱» (به سفارش: WHOROE^۴)، «سلامت درهمه سیاست‌ها» را رویکردی شبکه‌ای به سیاستگذاری در سرتاسر دولت و یک نوآوری در حکمرانی معرفی کرده و نتیجه‌گیری می‌کنند که در پاسخ به

1- The American Public Health Association

2- gold standard

3- health imperialism

4- WHO Regional Office for Europe

محیط جدید و درهم تنیده، بویژه در خصوص پیامدهای جهانی شدن و مسأله توازن قدرت بین بازارها و دولت‌ها، نیاز به انتطابق نهادی است. مطالعه آنها متمرکز بر نیاز به تغییر نحوه کار نهادهای عمده، پذیرش علایق و منافع متکثر در دستورکار سیاستی، گردهم آوردن بازیگران گوناگون (شامل نمایندگان جامعه، دولت و کسب و کارها)، ائتلاف‌ها و شبکه‌ها، است؛ که بعنوان رویکردهای «کل دولت»^۱ و «کل جامعه»^۲ توصیف می‌شوند. این اصطلاحات را، که بطور روزافزونی در حال استفاده در اسناد ملی و بین‌المللی مانند چشم‌انداز سلامت ۲۰۲۰ اروپا و بیانیه هلسینکی (۲۰۱۳) است، کشورهای انگلیسی زبان مانند استرالیا، کانادا، نیوزیلند و انگلستان به هنگام توسعه این سبک از حکمرانی و عملیات هماهنگ افقی و/یا عمودی در سطوح مختلف دولت، بکار گرفته‌اند. بسیاری از سرمشق‌های این رویکردها نیز از همین کشورها نشأت می‌گیرد. با این وجود، تلاش‌های انجام گرفته کاملاً متنوع بوده و در بین این کشورها اصطلاحات مبهمی برای آن بکار گرفته شده است؛ «دولت به هم پیوسته»^۳ در انگلستان، «دولت افقی»^۴ یا «مدیریت افقی» در کانادا، «دولت یکپارچه»^۵ در نیوزیلند، «دولت شبکه‌ای»^۶ در امریکا و «کل دولت» در استرالیا و انگلستان (Kickbusch, I & Behrendt, T.2013).

رویکرد «کل دولت» (دولت یکپارچه)

عملیات «کل دولت»، اقدامات دولتی چندسطحی هستند که از سطح محلی تا جهانی گسترده شده و بطور فزاینده‌ای در حال دربرگرفتن گروههای بیرون از دولت است. این رویکرد، نیازمند اعتمادسازی، اخلاق مشارکتی، فرهنگی منسجم و مهارتهای جدید است. تأکید آن بر هماهنگی و یکپارچگی بهتر، بر محور اهداف فراگیر اجتماعی که دولت بخاطر آنها بنا شده، می‌باشد. (WHOROE.2012) «کل دولت» اصطلاحی چترگونه است که مجموعه‌ای از پاسخ‌ها به مشکل ناشی تکه تکه شدن زیاد بخش عمومی و اراده‌ای برای افزایش ظرفیت، هماهنگی و یکپارچگی، را توصیف می‌کند (Christensen, T & Laegreid, P 2006) و می‌تواند رسمی یا غیررسمی بوده و بر توسعه سیاستی، مدیریت برنامه‌ها و ارائه خدمات متمرکز گردد (MAC.2004). در عرصه سلامت، این به معنی تعهد به سلامت، در همه سطوح دولت، بخصوص در سطوح عالی است. کار بین‌بخشی مشترک، در کانون رویکرد دولت یکپارچه قرار دارد. (Baum F, et al.2014).

- 1- whole-of-government
- 2- whole-of-society
- 3- joined-up government
- 4- horizontal government
- 5- integrated government
- 6- networked government

رویکرد «کل جامعه» (جامعه یکپارچه)

رویکرد «کل جامعه»، شکلی از حکمرانی مشارکتی است که می‌تواند تکمیل‌کننده سیاست‌های عمومی باشد. این رویکرد، بر هماهنگی و اعتمادسازی در میان طیفی از بازیگران گوناگون تأکید دارد و در برگزیده اشکال جدیدی از روابط و همکاری در یک متن پیچیده و شبکه‌ای و نقش‌آفرینی برجسته رسانه‌های عمومی و جنبش‌های اجتماعی است که احزاب و گروهها باید منابع و ظرفیت‌هایشان را در یک استراتژی مشترک بکارگیرند. این رویکرد، با متعهدکردن بخش خصوصی، جامعه مدنی، جوامع و افراد، بعلاوه تصمیم‌سازان سیاسی، می‌تواند انعطاف‌پذیری جوامع را در برابر مخاطرات امنیت، رفاه و سلامت‌شان تقویت کند. (WHOROE.2012) به طور کلی، رویکرد «کل جامعه» ممکن است همراه یا بدون رویکرد «کل دولت» شروع گردد. دولت اغلب رهبر یا تسهیل‌کننده است، اما یک سازمان مردم نهاد قوی یا اتحادی از سازمانها می‌تواند رهبری آن را در دست گیرد؛ مانند ائتلاف‌های جامعه مدنی برای مقابله با دخانیات، ایدز و... (Kickbusch, I & Behrendt, T. 2013).

جمع‌بندی

در پاسخ به نقش کلیدی‌ای که سلامت در زندگی اجتماعی و اقتصادی و موفقیت جوامع، بازی می‌کند و در واکنش به چالش‌برانگیزترین مسائل سلامت عصر حاضر که دامنگیر جوامع شده است؛ پارادایم «حکمرانی برای سلامت»، مبتنی بر اصل «سلامت در همه سیاست‌ها»، از اشکال نوین سازگاری دولت و زیربنای توسعه پایدار است. این رویکرد، مبتنی بر فهمی وسیع از سلامت، همراه با تغییر نحوه تلقی دولت و جامعه از سلامت و عوامل مؤثر بر آن و دگرگونی در نحوه تعامل دولت‌ها و جوامع برای خلق فراورده مشترکی به نام «حکمرانی»، است که در اروپا و بسیاری از نقاط جهان مورد توجه جدی قرار گرفته است. (Kickbusch I, Gleicher D.2012 & WHO/Europe.2013 & Kickbusch, I & Behrendt, T. 2013)

از مفهوم «حکمرانی سلامت» (در هر یک از لفظ‌های «رهبری»^۱، «تنظیم‌گری»^۲، «تولیت»^۳ یا خود «حکمرانی») بصورت مکرر بعنوان یک کارکرد محوری، در تئوریه‌ها و چارچوب‌های نظام سلامت، دفاع می‌گردد. (Barbazza E, Tello J.2014). سازمان جهانی بهداشت، در گزارش سال ۲۰۰۰ مفهوم حکمرانی را با لفظ «تولیت» بعنوان کارکرد حکومت معرفی و اینگونه تعریف می‌کند: «مدیریت مسئولانه و دقیق رفاه مردم» (Barbazza E, Tello J.2014). این بدین -

1- leadership
2- regulation
3- Stewardship

معنی است که دولت باید مسئولیت مستمر و دائمی برای تدارک بهترین و منصفانه‌ترین نظام سلامت را عهده‌دار گردد. نظام سلامت «همه فعالیت‌هایی است که هدف اصلی آنها ارتقاء، بازگرداندن و حفظ سلامت است» (WHO, 2000). وزیر بهداشت و درمان بخش عمده‌ای از تولیت این نظام را عهده‌دار است. اما، در چارچوب حکمرانی برای سلامت، وزارتخانه بهداشت و درمان بر تخت ریاست نمی‌نشیند، بلکه بعنوان متولی نظام سلامت در مجاورت بخش‌های دیگر قرار گرفته و با آنها درباره سلامت مردم به مذاکره می‌نشیند. به بیان سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۷)، بخش سلامت «یکی از بازیگران بین‌بخشی در میان یک شبکه، که گونه‌های جدیدی از رهبری، مهارت‌ها، اطلاعات و هوش را بکار می‌گیرد» تلقی می‌شود.

در واقع، حکمرانی برای سلامت، فرآیندی پیچیده و چندوجهی از همکاری‌های بین‌بخشی، تنظیم دستورکار، تدوین، اجرا و پاسخگویی، فرای تقسیمات بخشی، است، که به موجب آن، بخش‌ها و بازیگران گوناگون، و سطوح مختلف اقدام با هدف توسعه عادلانه سلامت، در هم-تینده و همکاری می‌کنند. نگاهی به روندها در حکمرانی و چگونگی کاربرد آن در سلامت توسط دولت‌هایی که بدنبال بهبود نتایج سلامت بوده‌اند، هم ظهور اجماعی را در این خصوص نشان می‌دهد که سلامت مردم بیشتر از این نمی‌تواند هدفی صرفاً بخشی تلقی و بعنوان برون‌داد عملکرد یک وزیر دیده شود، بلکه، نیازمند هم‌افزایی همه سیاست‌ها، شامل طیفی وسیع از بازیگران، به جهت مقابله با مشکلات جاری و در حال ظهور سلامت عمومی است: الگوی از حکمرانی شبکه‌ای، چندسطحی و چندذینفعی. (Kickbusch, I. 2009 & Baum F, et al. 2014)

توصیه‌های سیاستی

در خصوص ایران، دو چالش مهم، دست در دست هم، پیش‌رو است؛
 (۱) چگونگی حل و فصل مسائل و مشکلات درون نظام سلامت ایران (مثل: تأمین مالی پایدار، نظام ارجاع و پزشک خانواده و...) و توسعه آن، که از آن به «حکمرانی سلامت» یاد می‌شود.

(۲) چگونگی سازماندهی و اجرای اقدامات مشترک بین بخش سلامت و سایر بخش‌ها و با جامعه، که به «حکمرانی برای سلامت» یاد می‌شود.

هرچند در سالهای اخیر در ایران، شاهد استفاده روزافزون از واژه‌ها و عباراتی همچون «انسان سالم، محور توسعه»، «سلامت همه‌جانبه»، «پیوست سلامت»، «ارتقاء سلامت»، «اولویت پیشگیری بر درمان» و «تولیت» بوده‌ایم و این مفاهیم در برنامه ۵ ساله پنجم و سیاست‌های کلی سلامت تکلیف‌گردیده‌اند اما همچنان در عمل، این رویکرد زیست-پزشکی فناوری محور

- است که غالب باقی مانده است. بخصوص که تعهد به سلامت در تمام سطوح و بخش‌های دولت و جامعه ایران نهادینه نشده و همه بار انتظارات آن بر دوش وزیر و وزارت «بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» گذاشته می‌شود. بنابراین، توجه درست به «سلامت برای همه» و بسیج «همه برای سلامت»، نیازمند این است که سلامت بمناب «حالتی از رفاه اجتماعی، روانی، معنوی و جسمی»، مورد بازشناسی قرارگیرد؛ «نه تنها بعنوان حقی بشری یا دارایی برای زندگی، بلکه بعنوان اولویتی سیاسی، و سیاست‌ها در همه سطوح و بخش‌ها باید بر این اساس مورد بازتعریف قرارگیرند» (Missoni, E. 2015). جامعه ما به فهمی جدید از «سلامت بعنوان یک سرمایه‌گذاری و نیرویی مولد در جامعه» (Kickbusch, I. 2009) نیاز دارد. و این همه، مستلزم تغییر پارادایمی و گذار سیاسی و سیاستی در سرتاسر دولت و جامعه ایران است، با وصف زیر:
- در درجه نخست، «سلامت» بایستی بعنوان یک سرمایه و چالش بزرگ اجتماعی به رسمیت شناخته شود و هدف کلان «کل دولت» و «کل جامعه» قرارگیرد.
 - اراده سیاسی و تعهد سیاسی رهبران برای اولویت دادن به سلامت و درگیرکردن کل دولت برای سلامت، شکل بگیرد.
 - جنبشی فرای فهم محدود از سلامت به معنی تندرستی فیزیکی، به سمت فهمی که به اقدامات گسترده‌تر رفاهی اولویت می‌دهد، سازماندهی گردد.
 - سازوکارهای «حکمرانی برای سلامت» و «حکمرانی سلامت»، با تمرکز قوی بر مسئولیت‌پذیری برای سلامت، توسعه یابد.
 - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درک جامع‌تری از سلامت را دنبال کند.
 - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بپذیرد که سلامت به رهبری بزرگتر و تولید یکپارچه و فرابخشی نیازمند است.
 - نقشی تازه برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترسیم و بر درگیرکردن آن در حل مسائل بعنوان یک میانجی، تسهیل‌گر، مربی، مشوق و شریک در فرآیندهای افقی و مشارکتی، بخصوص در تعامل با شهروندان و جامعه مدنی تمرکزگردد.
 - سازوکاری پارلمانی، به منظور کسب اطمینان از حداکثر حفاظت از سلامت در همه سیاستگذاری‌ها، قوانین و مقررات ایجادگردد.
 - بنیان سیاست‌ها بر معیارهای جدید «عدالت»، «پایداری» و «شواهد متقن علمی» (عینی و ذهنی) قرارگیرد.
 - خدمات سلامت و منابع آنها، در جهت «ارتقاء سلامت» و تسهیم قدرت با بخش‌های دیگر و سایر رشته‌ها و بخصوص خود مردم، بازآرایی گردد.

- همه بخش‌ها و سطوح دولت و جامعه، سلامت را بعنوان وسیله‌ای برای دستیابی به اهدافشان و هم بعنوان یک مسئولیت و هدف اجتماعی در راستای رویکردهای «کل-دولت» و «کل جامعه» به رسمیت بشناسند.
- «پیوست سلامت»، بعنوان یک الزام، جهت «ارزیابی پیامدهای سلامت» تصمیم‌گیری‌ها در همه بخش‌ها و سطوح سیاستگذاری، با تأکیدی ویژه بر «عدالت سلامت» پذیرفته شود («سیاستگذاری‌های عمومی سالم»).
- فرآیندهای مربوط به رویکرد «کل دولت» از طریق بکارگیری طیفی از ابزارهای سخت تا نرم سیاستگذاری (قانون‌گذاری، نظارت و کنترل، ترغیب، تشویق، تعامل و...)، نهادینه گردد.
- به مردم بعنوان منبع عمده سلامت توجه و رویکرد «کل جامعه» برای مشارکت جامعه اجرایی گردد.
- تعهد به آگاهی شهروندان و بهبود خدمت‌رسانی با رویکرد سلامت الکترونیک پیگیری گردد.
- ساختار «نظام سلامت» (موضوع بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت)، از طریق پیاده‌سازی الگوی «حکمرانی سلامت» شبکه‌ای، چندذینفعی و چندسطحی، اصلاح گردد.

منابع

الف) فارسی

- ۱- گراهام اسکمبر. هابرماس؛ (۱۳۸۶) نظریه انتقادی و سلامت. مترجم: حسینعلی نودری. نشر غزال، چاپ اول.
- ۲- وبر، ماکس؛ (۱۳۹۰). روش‌شناسی علوم اجتماعی. حسن چاوشیان. تهران: مرکز.

ب) انگلیسی

- 3- Adam B, et al.(2014). Assessment of health risks of policies. *Environmental Impact Assessment Review* 48 (2014) 47-52.
- 4- Álvarez AS, Pagani M, Meucci P.(2012). The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: a research critique. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*: February 2012 - Volume 91 - Issue 13 - p S173-S180
- 5- (Australian) Management Advisory Committee (MAC) (2004). *Connecting government: wholeof government responses to Australia's priority challenges*. Canberra, Commonwealth of Australia (<http://www.apsc.gov.au>)
- 6- BAUM F, LAWLESS A, DELANY T.(2014). *Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application*. *Health Promotion International*, Vol. 29 No. S1.
- 7- Bacigalupe, A and others(2010). *Learning lessons from past mistakes: How can health in all policies fulfil its promises?* *Journal of Epidemiology and Community Health*. Volume 64, Issue 6, June 2010, Pages 504-505. 2010
- 8- Bailey, K.D(1994). *Methods of Social Research*. New York: The Free Press.
- 9- Barbazza E, Tello J.(2014). *A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern*. *Health Policy* 116 (2014) 1-11.

- 10- Broeder, L et al. (2015). Health in All Policies? The case of policies to promote bicycle use in the Netherlands. *Journal of Public Health Policy* Vol. 36, 2, 194-211.
- 11- Bryman, A. (1988). *Quality and Quantity in Social Research*. London: Unwin Hyman.
- 12- Buckett, Kevin. "Health in All Policies Adelaide 2010. International Meeting." *Public Health Bulletin SA* 7.2 (2010): 1-60.
- 13- Capra F. (1982) *The turning point*. New York: Simon & Schuster; 1982.
- 14- Capra F. (1997) *The web of life: a new understanding of living systems*. New York: Anchor Book; 1997.
- 15- Chuengsatiansup, K. (2003). *Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*. Health Systems Research Institute, Nonthaburi 11000, Thailand. *Environmental Impact Assessment Review* 23(2003)3-15
- 16- Christensen T, Laegreid P (2006). *The whole-of-government approach – regulation, performance, and public-sector reform*. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies (Working paper 6-2006; <http://soc.kuleuven.be>).
- 17- Dahlgren, G & Whitehead, M (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- 18- De Leeuw E, Kickbusch I, Palmer N, Spanswick L. (2015). European Healthy Cities come to terms with health network governance. *Health Promotion International*, 2015, Vol. 30, No. S1 i32-i44
- 19- Engel GL: *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science* 1977;196: 129-136
- 20- European Centre for Health Policy (ECHP): *Gothenburg consensus paper, December 1999*
- 21- Harris P, Spickett J. (2011) *Health impact assessment in Australia: A review and directions for progress*. *Environmental Impact Assessment Review* 31 (2011) 425-432. (journal homepage: www.eisevier.com/locate/eiar)
- 22- Hay C. (2007) *Does ontology trump epistemology? Notes on the directional dependence of ontology and epistemology in political analysis*. *Politics* 2007;27:115-8
- 23- Kang, E; Park, H; Kim, J. *Health Impact Assessment as a Strategy for Intersectoral Collaboration*, *Journal of Preventive & Public Health*, 2011; 44(5): 201-209.
- 24- Kickbusch, I. (2009). *Policy Innovation for Health*. (<http://www.springer.com/gp/book>).
- 25- Kickbusch I, Buckett K, editors. (2010) *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia.
- 26- Kickbusch I, Gleicher D (2012). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int>)
- 27- Kickbusch, I & Behrendt, T. (2013) *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- 28- KJÆRGÅRD B, et al. (2013). *Health and sustainability*. *Health Promotion International*, Vol. 29 No. 3.
- 29- Kuhn T. (1970) *The structure of scientific revolutions*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1970.
- 30- Goraya, A. and Scambler, G. (1998) "From old to new public health: role tensions and contradiction". *critical public health*, 8, 2: 141-51
- 31- Peña, Sebastián. "Health in All Policies: The emperor's old clothes | Healthy Policies." *Healthy Policies | For A Healthier World*. Web. Jan. 2013.
- 32- Peake S et al. (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*.
- 33- Phen S, Pongthep S. (2013). *A Model of Health Impact Assessment for the Sub District Municipality: A case study of the Songkhla Lake Basin*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 91(2013)429-436. (www.sciencedirect.com)
- 34- *Protecting children's health in a changing environment*. Report of the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010
- 35- Puska, P., Vartiainen, E. et al. (2009) *The North Karelia Project: from North Karelia to National Action*. National Institute for Health and Welfare: Finland 2009
- 36- 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.
- 37- Rudolph L, et al. (2013). *HEALTH IN ALL POLICIES; A Guide for State and Local Governments*.
- 38- Lalonde, M. (1974): *A New perspectives on health of Canadians*, Ottawa, Canada
- 39- Langeveld et al. (2016). *Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation*. *BMC Public Health* (2016) 16:271
- 40- Lawless A, Williams C, Hurley C, Wildgoose D, Sawford A, Kickbusch I (2012): *Health in all policies: evaluating the South Australian approach to Intersectoral action for Health*. *Can J Public Health* 2012, 103(Suppl1):S15-S19.

- 41- Lindau, Stacy Tessler. Laumann, Edward O. Levinson, Wendy. Waite, Linda J. *Synthesis of Scientific Disciplines in Pursuit of Health: The Interactive Biopsychosocial Model. Perspectives in Biology and Medicine - Volume 46, Number 3 Supplement, Summer 2003, pp. S74-S86*
- 42- Missoni, E. (2015). Degrowth and health: local action should be linked to global policies and governance for health. *Sustain Sci (2015) 10:439-450*
- 43- Ollila E (2010). Health in all policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health, 39(6 Suppl):11-18.*
- 44- Salcito, et al. (2015). Experience and lessons from health impact assessment for human rights impact assessment. *BMC International Health and Human Rights (2015) 15:24*
- 45- Scott-Samuel A, Birley M, Arden K. *The Merseyside guidelines for health impact assessment. Liverpool: Merseyside Health Impact Assessment Steering Group; 1998.p:5*
- 46- Taylor KW, Athens JK, Booske BC, O'Connor CE, Jones N, Remington PL. *2008 Wisconsin County Health Rankings. University of Wisconsin Population Health Institute.*
- 47- *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.*
- 48- Whitehead, M. (1990). *Concepts and Principles of Equity and Health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.*
- 49- WHO (1986). *1st Global Conference on Health Promotion. Ottawa.*
- 50- WHO (1988). *2nd Global Conference on Health Promotion. Adelaide.*
- 51- WHO (1991). *3rd Global Conference on Health Promotion. Sundsvall.*
- 52- WHO (1997). *4th Global Conference on Health Promotion. Jakarta.*
- 53- WHO (2000). *5th Global Conference on Health Promotion. Mexico.*
- 54- WHO (2005). *6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok.*
- 55- WHO (2009). *7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi.*
- 56- WHO (2013). *8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki.*
- 57- WHO (2016). *9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai, China. Nov.*
- 58- WHO (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. (<http://whqlibdoc.who.int/publications>)*
- 59- WHO (2014). *Health in All Policies (HiAP); Framework for Country Action.*
- 60- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)*
- 61- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, World Health Organization*
- 62- WHO Regional Office for Europe (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int>).*
- 63- WHO Regional Office for Europe (2013). *Health 2020- a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int>).*
- 64- WHO and the Government of South Australia. (2010) *The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Health Promotion International.*
- 65- www.CountyHealthRankings.org: County Health Rankings model ©2010 UWPHI
- 66- www.londonhealth.gov.uk
- 67- <http://www.naccho.org/>
- 68- <https://nph.org/>