

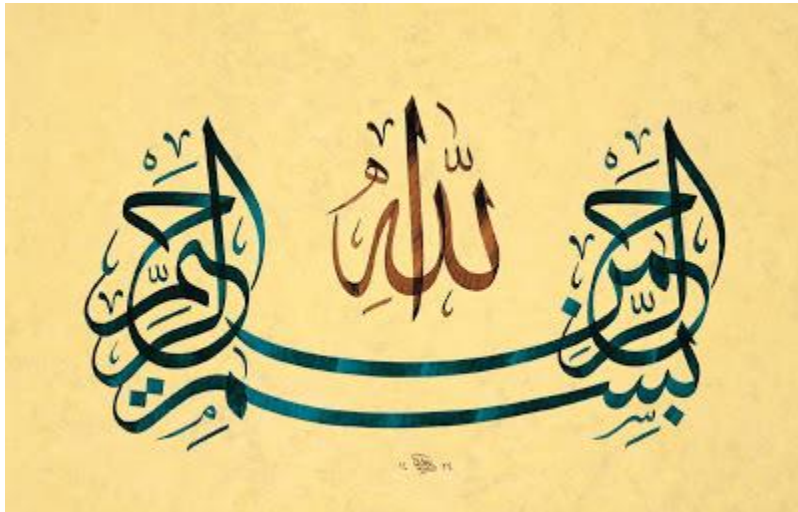
وزارتخانه‌های توانمند برای سیستم‌های سلامت توانمند

کتابچه راهنما برای وزیران بهداشت

ویراستار: بهان یوسف زاده

مترجم: فرشید علاءالدینی

نویسندگان: اوماسوا، بوفورد



| | | |
|---|---|---------------------|
| اوماسوا، فرانسیس | : | سرشناسه |
| Omaswa, Francis | : | عنوان و نام پدیدآور |
| وزارتخانه‌های توانمند برای سیستم‌های سلامت توانمند: کتابچه‌ی راهنما برای وزرای بهداشت / نویسندگان اوماسوا، بوفورد؛ مترجم فرشید علاءالدینی؛ ویراستار یهان یوسف‌زاده. | : | مشخصات نشر |
| تهران: فرشید علاءالدینی، ۱۳۹۵. | : | مشخصات ظاهری |
| ۲۷ ص: جدول (رنگی)، نمودار (رنگی): ۲۲ × ۲۹ س.م. | : | شابک |
| ۹۷۸-۶۰۰-۰۴-۶۱۸۵-۰ | : | وضعیت فهرست نویسی |
| فیبا | : | یادداشت |
| Strong ministries for strong health systems : handbook for ministers of health, [2014]. | : | عنوان دیگر |
| کتابچه‌ی راهنما برای وزرای بهداشت. | : | موضوع |
| پزشکی -- خدمات -- دسترس‌پذیری | : | موضوع |
| Health services accessibility | : | موضوع |
| بهداشت همگانی -- مدیریت | : | موضوع |
| Public health administration | : | موضوع |
| بهداشت -- برنامه‌ریزی | : | موضوع |
| Health planning | : | موضوع |
| بهداشت ملی | : | موضوع |
| National health services | : | موضوع |
| سیاست پزشکی -- آفریقا | : | موضوع |
| Medical policy -- Africa | : | موضوع |
| بوفورد، جو آیوی | : | شناسه افزوده |
| Boufford, Jo Ivey | : | شناسه افزوده |
| علاءالدینی، فرشید، ۱۳۴۸ - مترجم | : | شناسه افزوده |
| یوسف‌زاده، یهان، ۱۳۵۳ - ویراستار | : | شناسه افزوده |
| ۱۳۹۵ الف/۳۹۳RA | : | رده بندی کنگره |
| ۳۶۲/۱۰۴۲۵ | : | رده بندی دیویی |
| ۴۴۴۰۵۳۲ | : | شماره کتابشناسی ملی |

وزارتخانه‌های توانمند برای سیستم‌های سلامت توانمند (کتابچه راهنما برای وزرای بهداشت)

نویسندگان : اوماسوا، بوفورد

مترجم : فرشید علاءالدینی

ویراستار : یهان یوسف زاده

ناشر : مولف

تیراژ : ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ : اول

قیمت : ۵۰۰۰ تومان

سال ۱۳۹۵

فهرست

| | |
|----|---|
| ۳ | پیش‌گفتار |
| ۵ | مقدمه |
| ۷ | سلامت و سیستم‌های سلامت |
| ۱۵ | نقش رهبری وزیر بهداشت |
| ۱۸ | نقش حمایتی موسسات دست‌اندرکار منابع سلامت و نقش آفرینان غیر دولتی |
| ۲۰ | مدیریت وزارت بهداشت |
| ۲۳ | تعامل موثر در سطوح منطقه‌ای و جهانی |
| ۲۶ | نتیجه‌گیری |
| ۲۷ | ضمیمه |

پیشگفتار

در سال ۲۰۱۰، Omasva و Boufford گزارش "وزارتخانه‌های نیرومند برای سیستم‌های سلامت نیرومند" را منتشر کردند که عملاً انعکاسی بود از صدای وزرا و افرادی که در سازمان‌های بین‌المللی به طور نزدیک با آنها کار می‌کنند. مصاحبه‌های بیشماری انجام شد تا چالش‌هایی که وزرا با آنها روبرو هستند همچنین منابع در دسترس آنها، بهتر درک شده، از آنها برای توسعه‌ی یک برنامه‌ی سیستماتیک و پایدار جهت حمایت از وزرای بهداشت استفاده گردد. گزارش مزبور مجموعه پیشنهادهایی عرضه کرد که هدف آنها از یک طرف، تقویت وزارتخانه‌های بهداشت و ظرفیت رهبری وزرا بود و از طرف دیگر، اعلام نیاز به شبکه‌های دانش و تخصص در سطوح جهانی، منطقه‌ای و کشوری برای حمایت و گسترش ظرفیت وزارتخانه‌ها.

وزرایی که با آنها مصاحبه شد، ضمن توصیف مجموعه‌ای پیچیده از مسئولیت‌ها و چالش‌ها، در مورد تعداد و انواع نقش‌آفرینان داخلی و خارجی که باید با آنها به طور کارآمد و برای رسیدن به اهداف خود تعامل کنند، مفصلاً توضیح دادند. آنها اطلاعاتی در مورد سطح تعامل خود با رهبران سیاسی، دیگر سازمان‌های دولت و نقش‌آفرینان غیر دولتی در داخل کشور مطرح و سازمان‌های بین‌المللی که بیشترین کمک را به آنها کرده بودند را شناسایی نمودند. در این راستا، وزرا فهرستی از موسسات گوناگون داخل کشور خود را نیز که توان حمایت فکری و فنی در کارهای آنها داشتند را، اعلام کردند، در حالی که در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، چنین موسساتی با محدودیت کلی منابع، مشابه با خود وزارتخانه روبرو بوده و عملاً ظرفیت وزارتخانه برای همکاری موثر با ایشان محدود است. توجه داشته باشید، از وزرایی که مصاحبه شدند هیچ‌کدام آشنایی رسمی با سمت و مسئولیت‌های جدید خود دریافت نکرده بودند و فقدان این نوع آمادگی را مشکلی اساسی میدانستند. ذینفعانی که با آنها مصاحبه شد، وزرای جدید را "غرق شده‌ای" در فوریت‌های ناگهانی توصیف کردند که مسئولیت‌های عملیاتی و استراتژیک اصلی آنها را تحت الشعاع قرار داده است. تمامی افرادی که مورد مصاحبه قرار گرفتند بر سر این توافق داشتند که تلاشی پایدار برای افزایش آگاهی در مورد اهمیت وزارتخانه‌های بهداشت به عنوان ناظران و شرکت‌کنندگان در حاکمیت سیستم‌های سلامت نیرومند، در سطوح کشوری، منطقه‌ای و جهانی نیاز بوده و همچنین به ترکیبی از حمایت‌های مالی و سیاسی، برای تقویت وزارتخانه‌ها در بکارگیری تمامی ابتکارات تقویت سیستم‌های سلامت، احتیاج است.

این کتابچه‌ی راهنما برای وزرای بهداشت، به عنوان یک منبع کاربردی در حمایت از نظارت و حاکمیت سیستم‌های سلامت، به خصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط نوشته شده است.

اختصارات

| مرکز آفریقایی سلامت جهانی و تحول اجتماعی | ACHEST |
|---|--------|
| اتحادیه ی آفریقا | AU |
| شورای پژوهش سلامت برای توسعه | COHRED |
| موسسه ی شریک در منابع بهداشت | HRPI |
| اتحاد جهانی ایمن سازی با واکسن ها | ILO |
| سازمان بین المللی مهاجرت | IOM |
| کشور با درآمد کم | LIC |
| اهداف توسعه ی هزاره | MDG |
| سازمان غیر دولتی | NGO |
| سازمان بهداشت پان آمریکن | PAHO |
| سازمان ملل | UN |
| برنامه ی مشترک ملل متحد در مورد AIDS/HIV | UNAIDS |
| دپارتمان امور اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد | UNDESA |
| برنامه ی توسعه ی سازمان ملل متحد | UNDP |
| برنامه ی محیط زیست سازمان ملل متحد | UNEP |
| صندوق جمعیت ملل متحد | UNFPA |
| مجمع عمومی سازمان ملل | UNGA |
| صندوق کودکان ملل متحد | UNICEF |
| مجمع جهانی بهداشت | WHA |
| سازمان جهانی بهداشت | WHO |
| سازمان جهانی مالکیت فکری | WIPO |
| سازمان جهانی تجارت | WTO |

مقدمه

اهمیت سلامت به عنوان یک موضوع سیاست جهانی هیچگاه بیش از این نبوده و افزایش توجه به مسائل سلامت در سطوح بالای سازمان‌های بین‌المللی به وضوح مشاهده می‌شود. تلاش برای رسیدن به اهداف توسعه‌ی هزاره (MDGs) سازمان ملل (UN)، شامل اهداف مهم مرتبط با سلامت تا سال ۲۰۱۵، ابتکار ویژه‌ی دبیر کل سازمان ملل متحد در خصوص مورثالیتی مادر و بچه (MDGs ۴ و ۵) و قرار گرفتن موضوعات سلامت در دستور کار اجلاسهای اخیر G۸ و G۲۰ همچنین همایشهای سیاسی منطقه‌ای نمونه‌های قابل ذکر میباشند. اهمیت سلامت، در جنبش برابری و عدالت اجتماعی، از توجهی که به عوامل متعدد تعیین کننده سلامت (همچون فقر، تحصیلات، محیط‌های ساخته شده و طبیعی) در گزارشهای عوامل اجتماعی سلامت کمیسیون سازمان بهداشت جهانی (WHO) شده و قرار گرفتن در دستور کار میزگرد اصلی همایش توسعه پس از ۲۰۱۵، کاملاً آشکار است. حتی در مواجهه با رخدادهای اقتصادی، منابع تخصیص یافته به سلامت در سطوح کشوری و جهانی قابل توجه بوده و ازدیاد سازمان‌ها، مکانیسم‌های ایجاد شده برای پرداخت این وجوه در سطوح جهانی، منطقه‌ای و کشوری، چالش‌های بزرگ تری برای موسسات بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی با احکام سلامت ایجاد کرده است.

سلامت

محور امنیت بشر و توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی است.

نگرانی‌ها در مورد ریسک‌های موجود سلامت جهانی که مشاهده شده‌اند، همچون پاندمی‌های ویروسی، بیماری‌های عفونی، بیوتروریسم و تأثیرات سلامت از تغییر آب و هوا با چالش‌های جهانی سلامت در حیطه‌ی شهرنشینی، پیر شدن جمعیت و ظهور بیماری‌های غیر واگیر (مثل سرطان، دیابت و بیماری قلبی)، ترکیب شده است. این مسائل بسیار آشکار، توجه جهان را به ارتقاء سلامت جلب کرده، ضمن اینکه، استقبال روبه‌رشدی از محوریت سلامت، در امنیت بشر و توسعه اقتصادی و اجتماعی وجود دارد. با این حال، پاسخ‌های کارآمد رهبری سلامت و سیاسی کشور به نیروها و نقش آفرینان خارجی است که بر روی همگرایی سلامت در یک مسیر مشترک نهایی تأثیر می‌گذارد.

به دلیل نقش اساسی کشورها در توسعه‌ی سلامت، تقویت سیستم‌های آن به یک اولویت در سیاست‌ها و عملکرد جهانی و ملی سلامت تبدیل شده است. ولی بین دانستن اینکه چه کاری می‌توان برای ایجاد تفاوت در سلامت فردی و جمعی انجام داد و به کارگیری واقعی ابتکارات برای رسیدن به بیشترین تأثیر مثبت جهانی و ملی، تفاوت معناداری وجود دارد. بسیاری از این ابتکارات، متمرکزند بر پیشگیری‌های مخصوص یک بیماری و یا یک جمعیت، همچنین برنامه‌های درمانی که هنوز به میزان زیادی وابسته به بخش مراقبت سلامت شخصی، سیستم سلامت است. با این وجود، یک سیستم سلامت کارا در سطح کشوری، نیازمند برنامه‌های نظارتی، هماهنگ و یکپارچه‌ای است که به هر دوی سلامت فردی و جمعی بپردازد.

یک سیستم سلامت کارآمد در سطح کشوری،

نیازمند برنامه‌های نظارتی، هماهنگ و یکپارچه‌ای است که به هر دوی سلامت فردی و جمعی بپردازد.

نظارت و حاکمیت

اگرچه گزارش‌های پربازدید بی‌شماری، بر روی نقش محوری تقویت نظارت و حاکمیت در سیستم‌های سلامت تاکید نموده، توجه سیستماتیک بسیار کمی به بهبود این امور در بخش سلامت شده است. حکومت‌ها، بالاترین سطح مسئولیت را که البته غیر قابل واگذاری است، در تضمین شرایطی دارند که تحت آن، گروه‌های جمعیتی تا حد ممکن سالم باشند، چه به عنوان تامین‌کننده‌ی مستقیم خدمات، نظیر کاری که در تمامی سازمان‌های دولتی بر روی عوامل گسترده‌ی سلامت انجام میشود و چه از طریق روابط با نقش آفرینان غیر دولتی.

در داخل یک کشور، وزارت بهداشت، سازمان دولتی مسئول، جهت تصویب و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت لازم‌برای پیش‌بردن این مسئولیت نظارتی است. با این وجود، نقش و ظرفیت وزارت‌های بهداشت اغلب به هنگام سرمایه‌گذاری برای تقویت سیستم‌های سلامت نادیده گرفته می‌شود.

عملکرد نظارتی وزارتخانه‌ها شامل:

خدمات مراقبت سلامت شخصی، خدمات سلامت عمومی (جمعیتی)، سیستم‌های پژوهش سلامت، محیط‌های سیاسی که سلامت را در تمامی سیاست‌ها در سراسر سازمان‌های دولتی و بین بخش‌های دولتی و غیر دولتی ترویج می‌دهد و نیروی کار سلامت می‌باشد.

عملکرد حاکمیتی وزارتخانه‌ها، در اصولی‌ترین سطح آن، توانایی هماهنگ کردن نقش آفرینان و علاقه‌مندان متعدد برای تقویت اقدامی جمعی به سمت سلامتی است. وزارت بهداشت، همچون یک ناظر شایسته، باید بتواند مشارکت در سیستم‌های کارآمد حکومت، برای تضمین بهترین بهره‌برداری از منابع، در تمامی اجزاء سیستم سلامت کشور را رهبری کند. در حالیکه استانداردهای بین‌المللی برای دولت در حال شکل‌گیری است، "حاکمیت" تقریباً همیشه، زمینه‌محور است مثلاً باید روش‌های تعامل سرمایه‌گذاران را با یکدیگر و در مجموعه ویژه‌ای از شرایط اجتماعی، به منظور تاثیر بر روی نتایج سیاست‌های عمومی، منعکس کند. با این توصیف، حاکمیت از کشوری به کشور دیگر، یا حتی در میان مناطق مختلف یک کشور، می‌تواند فرق کند.

می‌توان گفت، پارادایم‌های تاریخی، وزارتخانه‌های بهداشت را با منابع کم و "قدرت پایین"، در حکومت‌ها رها کرده‌اند. یک چالش مهم برای بسیاری از کشورهای با درآمد کم، تغییر نقطه نظر وزارتخانه‌ها در مورد خودشان از دیدگاه "نمی‌توانم" به "میتوانم انجام دهم"، در ایجاد روابط و شکل‌دهی به سیستم‌های سلامت به عنوان انعکاس دهنده نیازها و اولویت‌های کشور، میباشد. به علاوه، سازمان‌ها، پیشگامان و اهداکنندگان چندجانبه و دو جانبه‌ی جهانی، باید نقش مهم وزارتخانه‌های بهداشت را تشخیص داده و تامین منابع توانمندساز برای تقویت قابلیت‌های تکنیکی و سیاسی خود را در نظر داشته باشند. جهت تهیه برنامه‌های رهبری هدفمند وزرای بهداشت و تیم‌های ارشد آنها، به تلاش‌ها و ابتکارات خاصی در بعد جهانی، نیاز است.

سلامت و سیستم‌های سلامت

سلامت به عنوان حق اساسی بشر

همانطور که در اساسنامه‌ی WHO تعریف شده، سلامت "تندرستی فیزیکی، روانی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی". بعلاوه، "لذت بردن از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت یکی از حقوق اساسی هر انسان است، بدون تبعیض در نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، وضعیت اجتماعی یا اقتصادی."

لذت بردن از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت یکی از حقوق اساسی هر انسان است، بدون تبعیض در نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، وضعیت اجتماعی یا اقتصادی

اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر، که بلافاصله پس از جنگ جهانی دوم توسط جامعه بین‌المللی به تصویب رسید، چنین می‌گوید: "هر کس حق دارد از سطح کافی استاندارد زندگی برای سلامتی و تندرستی خودش و خانواده‌اش، شامل غذا، پوشش، خانه و مراقبت پزشکی و خدمات اجتماعی ضروری برخوردار بوده و حق دارد در مواقع بیکاری، مریضی، ناتوانی، پیری یا دیگر موارد فقدان معاش، در شرایط خارج از کنترل او، از امنیت برخوردار باشد." برای پایش وضعیت حق سلامت در سرتاسر جهان، سال ۲۰۰۲ کمیسیون UN در حقوق بشر یک "گزارشگر ویژه در خصوص حق هر کس برای لذت بردن از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی" ایجاد کرد. بیانیه تاریخی آلماتا در سال ۱۹۷۸ به دنبال عملی کردن دیدگاه "سلامت برای همه"، مدلی برای مراقبت اولیه سلامت ایجاد کرد که شامل "آموزش در مورد مشکلات عمده سلامت و روش‌های پیشگیری و کنترل آنها، بهبود تامین غذا و تغذیه مناسب، تامین کافی آب سالم و بهداشت عمومی..." بود و تاکید داشت که مراقبت اولیه‌ی سلامت "علاوه بر بخش سلامت، تمامی بخش‌های مربوطه و جنبه‌های توسعه ملی و جامعه، علی‌الخصوص کشاورزی، دام پروری، غذا، صنعت، تحصیلات، مسکن، امور عام‌المنفعه، ارتباطات و دیگر بخش‌ها را شامل می‌شود همچنین، نیازمند تلاش‌های هماهنگ تمامی آن بخش‌هاست." اگرچه چشم‌انداز کامل این بیانیه محقق نشده است، WHO اعتبار آن را در سال ۲۰۰۸، در کنفرانس مربوط به ۳۰مین سالگرد بیانیه، مجدداً تصدیق و بر اصول ذیل، مجدداً تاکید کرد:

طی بیانیه‌ی ای در سال ۲۰۱۱، کشورهای عضو WHO عزم خود را برای اقدام در مورد عوامل اجتماعی سلامت تصریح کردند، عواملی که در گزارش ۲۰۰۸ کمیسیون WHO در مورد آنها بیان شده بود و اقدام عاجل دولت را برای احیا و اجرای اجزاء گم شده‌ی آلماتا، خواستار شده بود. به عقیده WHO، "عوامل اجتماعی سلامت، شرایطی است که در آن افراد متولد شده، رشد، زندگی و کار کرده، پیر می‌شوند. این شرایط با توزیع پول، قدرت و منابع، در سطوح جهانی، ملی و محلی شکل می‌گیرند." WHO، همچنین اظهار می‌کند که این عوامل اجتماعی هستند که مسئول اولیه‌ی نابرابری‌های سلامت هم در داخل و هم در بین کشورها می‌باشند. بر طبق این بیانیه، کشورهای عضو باید در جهت کاهش نابرابری‌های سلامت از طریق موارد زیر اقدام کنند:

اتخاذ حاکمیت مترقی برای سلامت و توسعه،

ترویج مشارکت در سیاست‌گذاری و اجرا،

جهت‌دهی مجدد بخش سلامت به سمت ترویج سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامت،

تقویت حاکمیت و همکاری جهانی و پایش پیشرفت و افزایش پاسخ‌گویی.

این رویکرد جامع متعاقباً در گزارش پانل اصلی و در دستور کار توسعه‌ی پس از ۲۰۱۵ تصدیق شد.

نابرابری زیاد موجود در وضعیت سلامت افراد، به خصوص میان کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و همچنین در داخل کشورها، از نظر سیاسی، اجتماعی و اقتصادی غیر قابل قبول بوده و بنابراین نگرانی مشترک تمامی کشورهاست.

مردم حق و وظیفه‌ی مشارکت انفرادی و جمعی در برنامه ریزی و به کارگیری مراقبت سلامت خود را دارند. مراقبت اولیه‌ی سلامت، مراقبت ضروری سلامت است، که در سراسر جهان برای افراد و خانواده‌ها در جامعه و از طریق مشارکت کامل آنها قابل دستیابی بوده و هزینه‌های آن به گونه‌ای است که جامعه و کشور می‌توانند

ارتقاء و حمایت از سلامت

یکی از اجزاء اصلی مراقبت اولیه‌ی سلامت که در بیانیه‌ی آلماتا تعریف شد، "بهبود اعتماد به نفس و مشارکت حداکثری جامعه و افراد" است. مسئولیت اصلی حفظ سلامت در طول زندگی به گردن افراد، خانواده‌ها و جوامع می‌باشد. سیستم سلامت، با ارتقاء آگاهی سلامت (که با عنوان سواد سلامت نیز از آن یاد می‌شود) نقشی کلیدی دارد در رفتار جستجوگر سلامت درون زندگی روزمره جمعیت، تعیین و برجسته کردن خطرات سلامت یا حذف آنها، تسهیل رفتارهایی که در مواجهه با این خطرات به نفع سلامت باشد و در تضمین اینکه افراد بتوانند به سلامتی دست یابند و آن را حفظ کنند. همانطور که در بالا اشاره شد، دولت‌ها مسئولیت‌هایی برای حصول اطمینان از این را دارند که شرایط و سیستم‌ها در جای خود قرار داشته و به افراد اجازه دهند تا جایی که می‌توانند سالم باشند. آگاهی از سلامت ضروری است، اما بدون دستیابی به غذای سالم، آب تمیز، مسکن مناسب، تحصیلات و دیگر عوامل کلیدی سلامت، افراد قادر نخواهند بود پتانسیل کامل سلامتی خود را تشخیص دهند.

علیرغم ارزش شناخته شده‌ی ارتقاء و حمایت از سلامت موجود، فشارهای مداومی بر روی جامعه و دولت، جهت جلب توجه و تخصیص منابع قابل ملاحظه، برای باز یابی و ترمیم سلامت از دست رفته، وجود دارد. بیماری‌ها باید درمان شده و افراد مجروح نیز فوراً پذیرش شوند. امکانات باید در دسترس باشند تا به عنوان مثال، کودکان مبتلا به مالاریا که با تشنج به بیمارستان مراجعه می‌کنند یا مرد میانسالی با انسداد روده را مدیریت کنیم. یک اپیدمی در یک کشور، تمامی جهان را در حالت آماده باش قرار می‌دهد. جنبه‌ی درمانی سیستم سلامت بسیار آشکارتر از جنبه‌ی ارتقاء سلامت است و در نتیجه، توجه بیشتر و منابع بیشتری را به خود جلب می‌کند. در بسیاری از کشورهای آفریقایی، بودجه‌های بیمارستانی تا ۷۰٪ بودجه‌ی سلامت ملی را به خود اختصاص می‌دهند. برای برقراری تعادل بهتر منابع موجود، به رهبری مدنی و سیاسی با توانایی استثنایی و رویایی نیاز است تا بدین وسیله حفاظت از سلامت و تندرستی جمعیت را پیش برده و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی قابل اجتناب را کاهش داد. ترتیبات معمول حاکمیتی در بهترین حالت خود باید با اجرای قوانین و مقررات موجود و حصول اطمینان از اینکه موارد جدید تاثیر مثبتی بر سلامت می‌گذارند، پایه‌ای برای سلامت جمعیت بسازند. این قوانین، به طور مثال بایستی شامل این باشد که مزرعه‌ها از آب سالم و بهداشت مناسب برخوردارند، کودکان واکسینه هستند، تسهیلات، پرسنل و منابع مورد نیاز سلامت موجود است، محصولات غذایی مناسب، پرورش یافته و توزیع می‌شوند، کودکان به مدرسه می‌روند، جاده‌ها و شبکه‌های حمل و نقل حفظ شده اند و نظم و قانون رعایت می‌شود. کشورهای با درآمد کم یا متوسط این فرصت را دارند تا با تعبیه‌ی اهداف و آرمان‌های سلامت همچنین توجه به تاثیرات بالقوه‌ی سیاست‌ها بر روی سلامت جامعه در تمامی سطوح، از ناتوانی و مرگ غیر ضروری اجتناب ورزند. اثربخشی این رویکرد "سلامت برای همه" در برخی کشورها در جهت بهبود شاخص‌های سلامت، در مدت زمانی نسبتاً کوتاه، اثبات شده است.

خود افراد در درجه ی اول مسئول حفظ سلامت خود می باشند.

سیستم های سلامت

مسئول ارائه اطلاعات و رفتارهای تسهیل کننده به افراد، برای دستیابی به بهترین سلامت مورد نیاز می باشند.

دولت، مسئول تضمین شرایط و سیستم هایی است که به افراد اجازه دهند تا میزانی که می توانند **سالم** باشند.

سیستم های سلامت کارآمد

اکثر کشورهای در قانون اساسی خود به حق شهروندان در داشتن خدمات پایه ی سلامت اشاره کرده اند. بدین سبب، این وظیفه ی حکومت در قانون اساسی است، چه با تامین مستقیم خدمات و چه با تضمین اینکه اشخاص دیگر آن را تامین کنند. به رسمیت شناختن روزافزون اهمیت سیستم های سلامت در دستیابی به اهداف آن در سطوح کشوری و جهانی، تعاریف متعددی از "سیستم سلامت" پدید آمده است. در راستای تلاش برای تقویت وزارتخانه های سلامت کشور و برای توسعه ی ظرفیت های لازم در وزارتخانه و/یا سازمان های وابسته، مهم است تمامی افراد درگیر، درک مشترکی داشته باشند از آنچه سیستم سلامت نامیده میشود. گزارش "وزارتخانه های قدرتمند"، این ایده را مطرح کرد که یک سیستم سلامت، از چهار هسته اصلی تشکیل می شود: خدمات سلامت عمومی (جمعیتی)، خدمات ارائه ی مراقبت سلامت فردی، سیستم های پژوهش سلامت و سلامت در تمام سیاست ها. حال وقت آن رسیده که مولفه پنجم تصریح شود: نیروی کار سلامت مورد نیاز برای تمامی اجزاء سیستم سلامت، جهت عملکرد موثر آن. تضمین یک استراتژی متعادل در رسیدن به بهترین نتیجه ی سلامت در یک کشور، نیازمند پرداختن به هر یک از این اجزاء، در جای خود و حمایت مناسب از آنها می باشد.



تقویت موثر سامانه های سلامت نیازمند توجه به تمامی ابعاد پنج گانه است تا به سرمایه گذاری متعادلی برسیم که بتواند به طور موثرتری سلامت را ترویج و حمایت کند. وزرا و وزارخانه های بهداشت باید از قابلیت ایفای نقش مناسب خود در این پنج حوزه ی دارای اولویت، برخوردار باشند.

خدمات سلامت عمومی (جمعیتی)

خدمات سلامت عمومی (یا جمعیتی) با پایش وضعیت سلامت جمعیت، شناسایی تهدید بیماری های در حال ظهور و محاسبه ی نتایج عملکردهای اتخاذ شده در برابر تهدیدها، جمعیت را از خطرات سلامت محافظت می کنند. مثال هایی از مداخلات سلامت عمومی شامل پایش و پاسخ گویی به شیوع بیماری های عفونی، ترویج برنامه های سلامت محیط برای کنترل مالاریا، قانون گذاری هایی در مورد بستن کمر بند ایمنی در اتومبیل ها، پیشگیری از رفتارهای پرخطر مثل استفاده از تنباکو، و کمپین های آگاهی جمعی در مورد چگونگی جلوگیری از بیماری و آسیب می باشد. دنیا در مواجهه با یک هجمه بیماری های غیر مسری (شامل بیماری قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، بیماری ریوی و چاقی) است که می توان با استفاده از کمپین های آگاهسازی از تغییرات محیطی در جامعه و ریسک فاکتورهای مشترک برای تمامی این موقعیت ها (استفاده از تنباکو، رژیم غذایی ناسالم و ورزش نکردن) از آن پیشگیری کرد. مجموعه ای از هفت عملکرد ضروری سلامت عمومی که وزارخانه های بهداشت باید قادر به تامین آنها باشند، توسط سازمان بهداشت پان آمریکن (PAHO) و WHO ارائه شده است (جدول زیر را ببیند).

عملکردهای ضروری سلامت عمومی

(WHO/PAHO)

| |
|--|
| پایش، ارزیابی و آنالیز وضعیت سلامت |
| نظارت، پژوهش و کنترل خطرات و تهدیدات سلامت عمومی |
| ارتقاء سلامت |
| مشارکت اجتماعی در سلامت |
| توسعه ی ظرفیت سیاسی و موسسه ای برای برنامه ریزی و مدیریت سلامت عمومی |
| تقویت مقررات سلامت عمومی و ظرفیت اجرایی |
| ارزیابی و ترویج دسترسی عادلانه به خدمات ضروری سلامت |
| توسعه و آموزش منابع انسانی در سلامت عمومی |
| تضمین کیفیت در خدمات سلامت فردی و جمعی |
| پژوهش در سلامت عمومی |
| کاهش تاثیر موارد اضطراری و حوادث بر روی سلامت |

خدمات مراقبت سلامت شخصی

خدمات مراقبت سلامت شخصی و خانواده، شامل تعامل مستقیم با افراد و خانواده‌هایی است که نیازمند مراقبت سلامت شخصی و خاص هستند. مثال‌ها شامل درمان بیماری‌های حاد یا مزمن، واکسیناسیون کودکان، انجام مراقبت‌های پیش از بارداری یا ارائه خدمات تنظیم خانواده می‌باشد. شش جزء اصلی سازنده سیستم سلامت که توسط WHO تعریف شد را می‌توان به صورت حوزه‌های عملکردی ویژه برای توسعه سیستم مراقبت سلامت فردی، مورد استفاده قرار داد. این اجزاء عبارتند از: ارائه خدمات (شامل تسهیلات و تجهیزات)، نیروی کار سلامت، سیستم‌های اطلاعات سلامت، محصولات ضروری پزشکی (شامل واکسن‌ها، داروها و بیولوژیک‌ها و تکنولوژی‌ها)، تامین مالی، رهبری، مدیریت و حاکمیت. جامعه جهانی، پوشش جهانی مراقبت از سلامت را هدف قرار داده و در آن دستیابی به مراقبت، تامین مالی سیستم‌های سلامت و مدیریت مراقبت سلامت شخصی / عمومی حوزه‌های در حال رشد، مورد توجه هستند. طی پیشرفت این عرصه، WHO به طور دوره‌ای، بسته‌ی پایه خود در خدمات مراقبت سلامت شخصی، لیست داروهای ضروری، استانداردهای پیشنهادی برای ارزیابی کیفیت و اثربخشی سیستم‌های مراقبت سلامت را مرور و پالایش می‌کند.

سیستم‌های پژوهش سلامت

سیستم‌های پژوهش سلامت ملی، جهت ایجاد یک پایگاه اسناد برای سیاست‌ها و مداخلاتی که بعنوان اولویت برای هر کدام از اجزاء سیستم سلامت، انتخاب می‌شوند، ضروری می‌نماید. پژوهش همچنین برای ارزیابی کارآمدی سیستم‌های سلامت در مداخلات مربوط به آن، با هدف شاخص‌های گسترده‌تر، مورد نیاز است. ترویج فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی بر سند به کشورها کمک می‌کند از منابع موجود، موثرترین استفاده را داشته باشند. دستورالعمل‌های سیستم‌های پژوهش ملی سلامت، توسط شورای پژوهش سلامت رو به توسعه (COHRED)، ایجاد شده است.

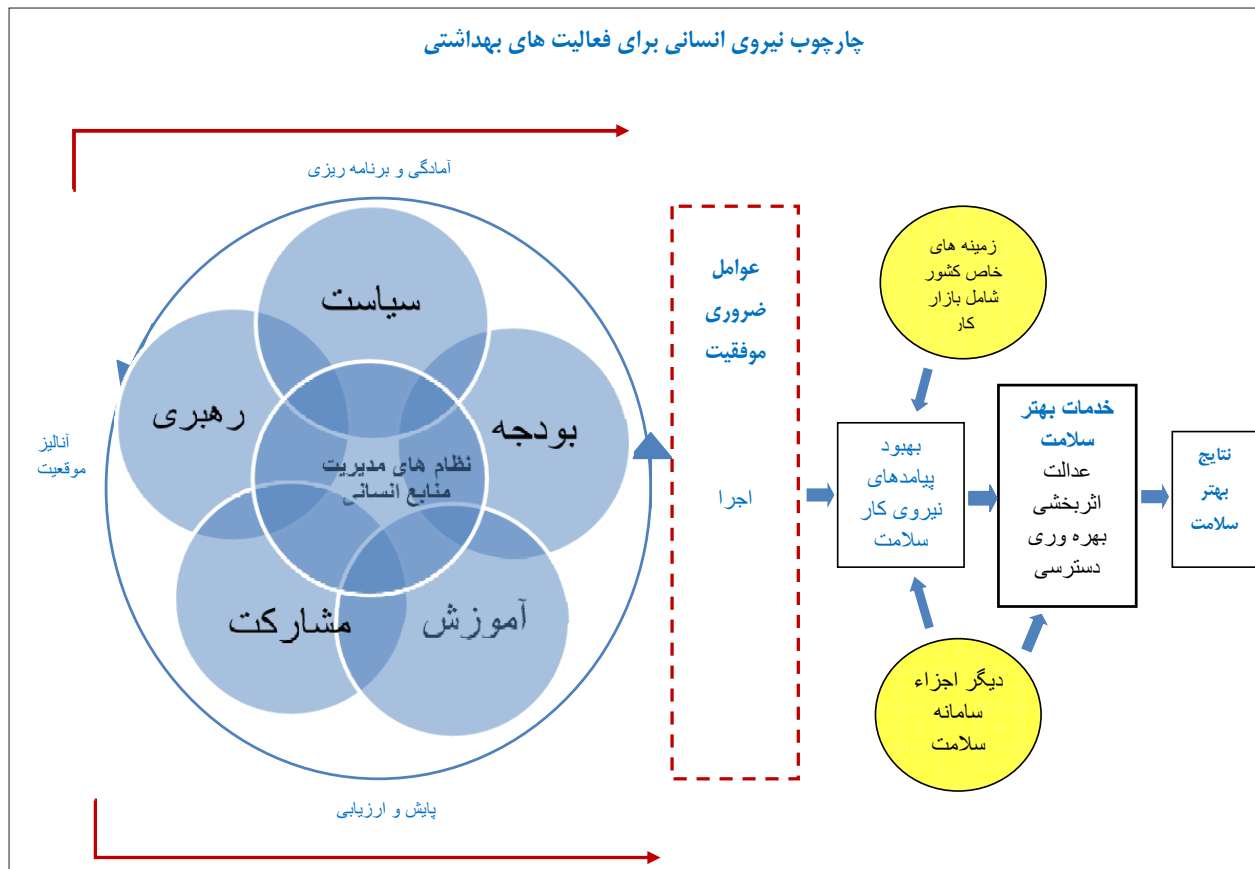
در گزارش گروه کاری متخصص در پژوهش و توسعه WHO، بر اهمیت ایجاد ظرفیت پژوهش در کشورهای با درآمد کم و متوسط تاکید شده است، به علاوه، بیانیه‌ی اخیر پانل پزشکی اینترآکادمی (IAMP)، آکادمی‌های پزشکی و علوم جهان را به حمایت از تلاش در ایجاد ظرفیت پژوهشی در کشورهای خود دعوت می‌کند.

اجزاء توسعه سیستم ملی پژوهش سلامت (NHRS)

| |
|--|
| محیط اجتماعی - سیاسی |
| حمایت حداکثری دولت و رهبری قوی در سطح تمامی وزارتخانه‌ها ضروری است |
| ارکان یک NHRS |
| بدنه‌های حاکمیتی و مدیریتی - ارائه‌ی ساختارها برای تعیین اهداف (مثلا دپارتمان‌های دولتی، شوراهای پژوهشی، کمیته‌ها، آکادمی‌های علوم) و حصول اطمینان از اجرا، پایش و ارزیابی اهداف چارچوب سیاستی پژوهش سلامت - ساختار قانونی / سیاستی که در آن پژوهش سلامت به انجام می‌رسد اولویت‌های پژوهش سلامت - نیازهای کشوری که با دقت تعریف شده، به طور منظم مرور شده و توسط دولت/وزارت بهداشت تایید شده باشد، پژوهشگر و سرمایه‌گذاران را با اولویت‌های ملی هماهنگ سازند |
| اهداف سیاسی مقدماتی - پس از ایجاد زیرساخت پایه‌ی حاکمیتی و سیاستی |
| منابع انسانی - برای انجام دستور کار پژوهش بودجه‌ی پایدار - برای ایجاد ظرفیت پژوهش و فعالیت کمیسیون |
| بهینه‌سازی سامانه پژوهش سلامت - اهداف سیاستی مازاد پس از آنکه یک NHRS ایجاد شده است |
| استفاده‌ی موثر از نتایج پژوهش بررسی اخلاق در پژوهش پایش و ارزیابی تولید و استفاده از پژوهش تقویت محیط پژوهشی توسعه‌ی فرهنگ پژوهش انتقال تکنولوژی |
| ادغام سیستم |
| سامانه‌ها و سیاست‌های ملی - مثلا سامانه سلامت، سامانه علوم، تکنولوژی و نوآوری، برنامه‌های توسعه‌ی ملی برای کاهش فقر و اصلاح بخش سلامت |

نیروی کار سلامت

مولفه حیاتی یک سامانه سلامت کارآمد، نیروی کار به تعداد کافی و آموزش آنها به میزانی است که بتوانند نیازهای سلامت کشور را برطرف کنند. نیروی کار، به هر دوی متخصصین آموزش دیده‌ی سلامت، مخصوصا، متخصصین مراقبت اولیه و سلامت عمومی همچنین کارکنان بهداشت جامعه، اطلاق میشود. یک چالش اساسی برای ارائه‌ی عمومی خدمات سلامت، به وجود آوردن شرایط حقوقی و کاری مناسبی است که بتواند کارکنان سلامت را نگاه دارد. مسائل مربوط به نیروی کار، چالشی پیچیده برای وزرای بهداشت محسوب می‌شود، چراکه کارکنان سلامت اغلب زیر نظر وزارت آموزش هستند (البته در ایران چنین مشکلی وجود ندارد). توافق بر سر توسعه نیروی کار سلامت، نیازمند اجماع میان وزراء، آکادمی‌ها، موسسات آموزشی و اغلب انجمن‌های حرفه‌ای موجود می‌باشد. شکل پایین چارچوبی برای توسعه‌ی نیروی کار سلامت، جهت رسیدگی به نیازهای بهداشتی کشور و با بکارگیری تمامی ذینفعان در این فرآیند، ارائه می‌دهد. زمانی که سهام داران به توافق رسیدند، می‌توان جزئیات را توسعه داده و یک برنامه‌ی استراتژیک برای اجرای مداخلات مورد توافق طراحی کرد. یک موضوع مرتبط با نیروی کار، نیاز به ایجاد مهارت‌های مدیریتی و ظرفیت تحلیل کارمندان وزارت بهداشت است.



سلامت در تمامی سیاست‌ها

داشتن یک سیستم سلامت کارآمد تنها در یک محیط سیاسی که ذینفعان دولتی و غیردولتی را در جهت اقدام برای سلامت هماهنگ کند، امکان پذیر است. ورود آسان سلامت به درون تمامی سیاست‌های بخش‌های غیر سلامت، پاسخی است به آرمان‌های موجود در تعاریف سلامت و تندرستی که در قانون اساسی WHO، بیانیه‌ی آلماتا، بیانیه‌ی عوامل اجتماعی سلامت و شورای حقوق بشر سازمان ملل متحد، بیان شده است. پایگاه‌های اسناد جهت ثبت تاثیر و اهمیت شاخص‌های سلامت، فراتر از مراقبت سلامت (و از این رو اغلب خارج از کنترل وزارتخانه)، در حال رشد است. مداخلاتی که نظم و قانون برای امنیت زندگی و جسم، غذا برای تغذیه، آب سالم، تحصیلات خوب، جاده‌های در دسترس و رشد اقتصادی فراهم می‌کند، همگی در بهبود نتایج سلامت دخیل هستند. یک مسئولیت عمده‌ی وزیر سلامت این است که بارهبران سیاسی، همکاران کابینه و نمایندگان مجلس کار کرده، آنها را از تاثیر بالقوه‌ی عملکردها و سیاست‌های خود بر روی سلامت آگاه نموده و پایگاه اسنادی برای جایگزین‌های ارتقاء سلامت ارائه دهد.

یک رویکرد سلامت در همه‌ی سیاست‌ها تشخیص می‌دهد که:

| |
|---|
| سلامت و تندرستی تمامی شهروندان برای توسعه‌ی کلی اجتماعی و اقتصادی ضروری است، |
| سلامت، پیامد طیف وسیعی از عوامل است (مثلا تغییرات محیط طبیعی، ساخته شده، اجتماعی یا کاری) که بسیاری از آنها خارج از قلمرو بخش سلامت بوده، مسئولیت مشترک و پاسخ دهی یکپارچه را ضروری می‌کند، |
| تمامی سیاست‌های دولت می‌توانند تاثیری (مثبت یا منفی) بر روی عوامل سلامت، هم برای نسل حاضر و هم برای نسل آینده داشته باشند، |
| تاثیرات عوامل سلامت به طور مساوی میان گروه‌های جمعیت توزیع نشده و نابرابری در سلامت باید مد نظر باشد، |
| تلاش برای بهبود سلامت جمعی، نیازمند مکانسیم‌های پایداری است که از فعالیتهای مشترک سازمان دولتی، برای ارائه‌ی راه حل‌های یکپارچه، حمایت کند، |
| بسیاری از مسائل پرفشار سلامت، نیازمند تعهدات بلند مدت و رویکردهای سازنده تامین بودجه است، |
| شاخص‌های موفقیت در بلند مدت پدیدار خواهد شد و لازم است معیارهای اندازه‌گیری نتایج، بصورت دراز مدت و میان مدت تعیین شوند. |

زمانی که وزرای جدید سلامت، ماموریت خود را آغاز می‌کنند، می‌توانند در راستای چارچوب‌های جهانی معرف مولفه‌های یک سیستم سلامت کارآمد، که در بالا بحث شد، عمل نمایند. این چارچوب‌ها، قادر به راهنمایی وزرا در بررسی قوت‌ها و ضعف‌های وزارتخانه همچنین تعیین اولویت‌ها برای ایجاد ظرفیت درونی و توسعه‌ی مشارکت خارجی جهت موفقیت در دستیابی به اهداف وزارتخانه، میباشند. چارچوب‌ها و دستورالعمل‌های منطقه‌ای نیز ممکن است موجود بوده، به عنوان ابزارهای ارزیابی مورد استفاده قرار گیرند (در ادامه بیشتر بحث شده است).

نقش رهبری وزیر بهداشت

اغلب موافقت نامه‌ها، همایش‌ها و معاهدات بین‌المللی، دولت‌ها را مسئول تضمین شرایطی می‌دانند که تحت آن شرایط، افراد می‌توانند از حداکثر فرصت برای داشتن سلامت، برخوردار باشند. دولت‌ها همچنین مسئول انطباق کشور با مقررات بهداشتی سازمان‌های بین‌المللی، همچون UN، WHO و سازمان‌های منطقه‌ای، نظیر اتحادیه‌ی آفریقا و جوامع اقتصادی منطقه‌ای تحت حکومت کشورهای عضو، می‌باشند. در دولت، وزارت بهداشت، رهبر بخش سلامت، مدافع سلامت جمعیت در درون دولت، مسئول تعامل نقش آفرینان غیر دولتی با بخش سلامت سازمان‌های بین‌المللی، اهداکنندگان و بخش‌های منطقه‌ای و جهانی موثر بر سلامت بوده و دستور کار ملی سلامت را در میان جمعیت عمومی اجرا می‌کند.

وزرای بهداشتی که برای گزارش "وزارتخانه‌های قوی" مورد مصاحبه قرار گرفتند، چالش‌های قابل توجه متعددی را در اجرای کامل مسئولیت‌های پیچیده‌ی خود توصیف کردند. در میان چالش‌هایی که اغلب خاطر نشان شده، توسعه و اجرای سیاست سلامت، ارتقاء آن و خدمات مراقبت سلامت، ارزیابی نیازها و خدمات مربوطه همچنین پایش زیرساخت سلامت بود. رویارویی با این چالش‌ها نیازمند سطحی از رهبری سیاسی و دانایی است ولی احساس اغلب آنها عدم کسب آمادگی کافی در این زمینه‌ها بود. وزرا برای اینکه کارآمد باشند باید در تاثیر بر افراد داخل و خارج بخش سلامت توانمند بوده و آنها را رهبری کنند.

وزرا نیازمند مهارت‌هایی هستند برای:

رهبری رو به بالا < برای تاثیر بر رهبری سیاسی و مالی.

وزرا باید توان بحث‌های اقتصادی و سیاسی موثری در مذاکره با وزیر امور مالی و نخست‌وزیر/رئیس‌جمهور به هنگام جستجوی منابع مالی و حمایت سیاسی سطح بالا برای تغییرات سامانه را داشته باشند.

رهبری سراسری < برای مشارکت دیگر سازمان‌های دولتی در یک رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها.

اگرچه برخی کشورها با تجمیع وزارتخانه‌ها (همچون بهداشت، آموزش، محیط) تحت هماهنگ‌کننده‌های فوق‌کابینه‌ای، تعاملات بین وزارتخانه‌های تسهیل کرده‌اند ولی در اغلب کشورها این‌گونه نیست. وزرای بهداشت باید وزارتخانه‌ها را متعهد به نظارت بر عوامل کلیدی سلامت که فراتر از قلمرو وزارت بهداشت‌کنند، اولویت‌های خود را دانسته و توضیح دهند چگونه پشتیبانی ایشان از آیت‌های دستور کار سلامت، می‌تواند به اهداف وزارتخانه‌ی آنها به خوبی دست یابد. وزرای بهداشت می‌توانند به عنوان مثال با وزارت کشاورزی کار کنند تا مواد غذایی سالم بیشتر در دسترس قرار گیرد، یا وزارت ترابری گزینه‌های حمل و نقل عمومی را برای کاهش آلودگی و افزایش فعالیت جسمی افراد ارتقاء دهد. یک مدل از چنین همکاری بین بخشی، شورای ملی پیشگیری در ایالات متحده است که ۱۷ سازمان دولتی را به ریاست یک مقام وزارت بهداشت فدرال، گرد هم می‌آورد تا تاثیر تمامی سیاست‌ها و برنامه‌های سازمان‌های شرکت‌کننده بر روی سلامت جمعیت، مورد آزمون قرار گیرد.

رهبری خارجی < برای مذاکره با تعداد رو به رشد نقش آفرینان غیر دولتی در جامعه‌ی مدنی.

نقش آفرینان غیر دولتی زیادی نظیر ارائه‌دهندگان خدمات خصوصی، اتحادیه‌ها، سازمان‌های حرفه‌ای، موسسات آموزشی، کسب و کار، گروه‌های حمایت‌کننده با منافع خاص و اهداکنندگان، تخصص و منفعت در سلامت دارند. اینها از کشوری به کشور دیگر و یا در میان مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر فرق دارند، چراکه علائق و توانایی‌های آنها با تاریخچه‌ی محلی، فرهنگ، توازن

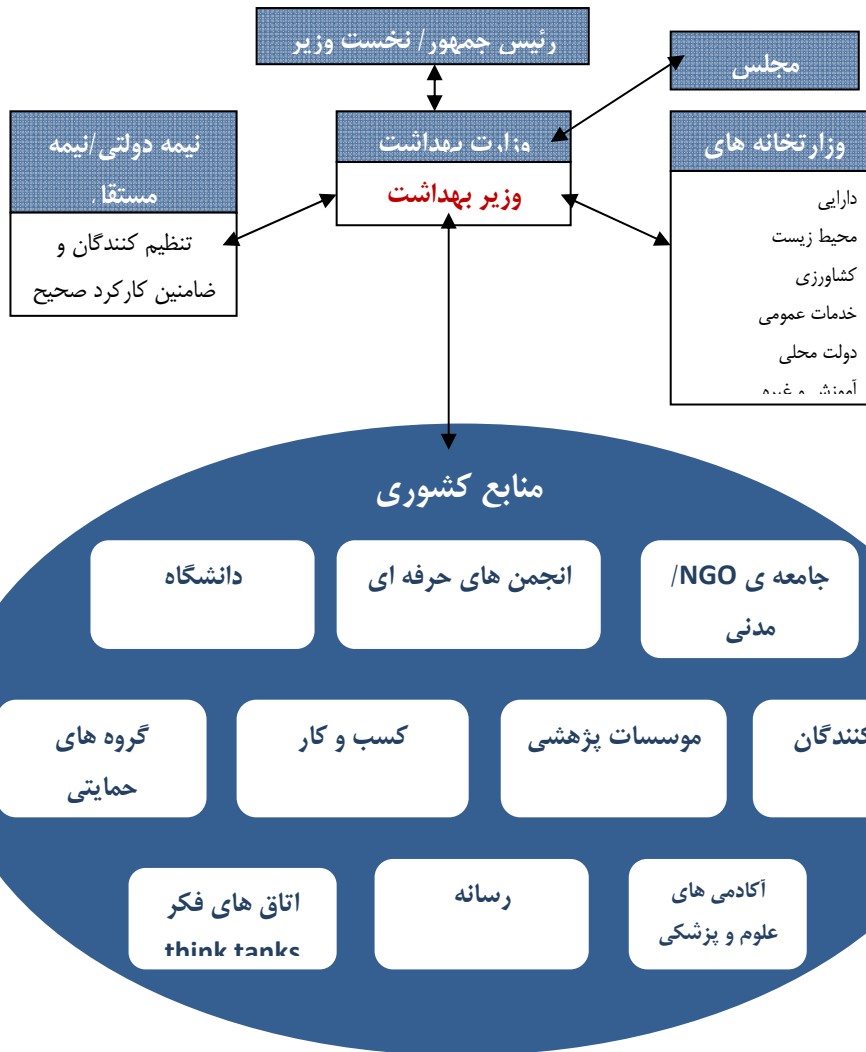
قدرت و منابع شکل می‌گیرد. وزرا، به عنوان بخشی از مسئولیت‌های حاکمیتی خود، باید در به‌کارگیری و هماهنگی این نقش‌آفرینان و علائق متعدد، تلاش کنند تا به اهداف مشترک سلامت ملی دست یابند. به عنوان مسئولین منابع محدود، وزرا باید اولویت‌هایی برای ارتباطات مستقیم خود با رهبران غیردولتی منتخب در نظر گرفته و رهبران فنی داخل وزارتخانه را موظف به مدیریت ارتباطات بیشتر نمایند. نهایتاً، این روابط می‌تواند به پیشبرد پاسخ‌گویی و اثربخشی متقابل کمک کند.

رهبری عموم < برای تقویت تقاضای مصرف‌کننده‌ی آموزش دیده برای داشتن خدمات بهتر سلامت

مردم برای سلامتی خود ارزش قائل‌اند و بسیاری از افراد، بهداشت ضعیف را در ارتباط با فقر می‌پندارند (هم‌بهداشت ضعیف، می‌تواند منجر به فقر شود و هم تأثیرات فقر شامل بهداشت ضعیف و مرگ است)، و هنوز، عمدتاً، بخاطر اینکه، مردم، اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی کیفیت و کانال‌هایی برای بیان سطح رضایت خود از مراقبت را، ندارند، تقاضا برای مراقبت سلامت با کیفیت و خدمات سلامت همگانی ضعیف است. وزرا به عنوان مسئولین منابع سلامت و حامیان علائق عمومی، باید درک مردم را از مقدمات تقویت سیستم‌های سلامت، پرورش دهند. تغییر پایدار، نیازمند حمایتی همگانی است. نمایندگان گروه‌های مصرف‌کننده، حمایت‌کننده و رسانه‌ها، دست‌اندرکاران اصلی تعامل با مردم هستند.

محیط عملکرد وزارت بهداشت

علاوه بر سرمایه گذاری در خود وزارتخانه‌ها، مهم است در روابط پربار میان وزارتخانه با دیگر سازمان های موجود در محیط عملکردی آن سرمایه گذاری شود. سازمان ها و سیاست های جهانی سازمان ها و سیاست های منطقه ای



نقش حمایت‌کننده‌ی موسسات شریک در منابع سلامت (SIPRH) و نقش آفرینان غیر دولتی

تعداد رو به افزایشی از نقش آفرینان غیردولتی علاقمند به سلامت وجود دارند. در گزارش "وزارتخانه‌های قوی" با عنوان موسسات شریک در منابع سلامت (HRPIs) از آنها یاد شده که می‌توانند به عنوان اهرمی برای تکمیل نقاط قوت وزارتخانه و پرکردن شکاف‌های موجود در تخصص و منابع کمک کنند. دانشگاه‌ها، موسسات تحقیقاتی، انجمن‌های حرفه‌ای، آکادمی‌های علوم و پزشکی، اتاق‌های فکر، کسب و کارها، رسانه‌ها، گروه‌های مذهبی، گروه‌های حمایت‌کننده، دیگر سازمان‌های غیردولتی (NGOs) و سازمان‌های جامعه‌ی مدنی همگی از جمله HRPI‌های بالقوه هستند. علاقه‌ی مجددی در جهان به نقش این گروه‌ها، در حمایت از اختیارات و قوانین وزارت‌های بهداشت ایجاد شده است. به عنوان نمونه، WHO مأموریت ویژه‌ای برای مدیر کل تعیین کرده که توصیه به ایجاد روابط مناسب با نقش آفرینان غیردولتی می‌کند. وزرای بهداشت و دیگر رهبران مصاحبه‌شده برای گزارش "وزارتخانه‌های قوی" بر اهمیت ترویج روابط با افراد، گروه‌ها و موسساتی تاکید داشتند که می‌توانند به طور منظم در میان خودشان و با حکومت‌های خود به عنوان کارگزاران تغییر، تعامل داشته باشند. این روابط نه تنها حمایت و پشتیبانی ایجاد می‌کند (مثلاً با پژوهش، ارزیابی، تدوین و اجرای سیاست، ارائه‌ی خدمات مستقیم)، بلکه به پرورش قابلیت پاسخ‌گویی و افزایش آگاهی عموم در مورد دستور کار ملی سلامت و عمل بر مبنای شواهد کمک خواهد کرد.

در پاسخ به پیشنهاد‌های گزارش "وزارتخانه‌های قوی"، ACHESST تطبیق مطالعات HPRI‌ها در پنج کشور (مالاوی، مالی، کنیا، تانزانیا و اوگاندا) به سرانجام رسانید. این مطالعات نشان داد، هم HPRI‌ها و هم وزارتخانه‌های بهداشت مایل به کار با یکدیگر بوده و همکاری‌های بالقوه در تقویت وزارتخانه‌های بهداشت و سیستم‌های سلامت کشور را تصدیق می‌کنند. به عنوان مثال، آکادمی‌ها، اتاق‌های فکر و موسسات پژوهشی می‌توانند مدارک اختصاصی کشور را برای سیاست‌گذاری به وجود آورند، گروه‌های حمایت‌کننده می‌توانند مذاکرات بودجه را پشتیبانی کنند، موسسات حرفه‌ای بینش‌های نیروی کار ضروری سلامت را ایجاد کرده و آکادمی‌های ملی علوم و پزشکی می‌توانند به عنوان مجامع بی‌طرف و مبادی توصیه‌های مستقل، خدمت ارائه دهند.

با این وجود، چالش‌های مشترکی برای همکاری، توسط مطالعات، شناسایی شد. اغلب HPRI‌ها در پایتخت کشورها یا شهرهای بزرگ واقع شده‌اند و درحالی که به وزارتخانه دسترسی دارند، ممکن است دسترسی محدودی به سراسر کشور داشته باشند. بیشتر HPRI‌ها ساختارهای رسمی دولتی دارند، اما اغلب به اهداکنندگان خود پاسخگوتر بوده و بنابراین ممکن است برای هماهنگی فعالیت‌های خود با برنامه‌های مشابه در وزارتخانه با چالش روبرو شوند. به علاوه، اغلب HPRI‌ها مثل خود وزارتخانه‌ها، منابع محدودی داشته و نیاز به ایجاد ظرفیت در مدیریت اداری، مالی و برنامه‌ی خود دارند. از دیدگاه وزارتخانه‌ها شامل فقدان مکانیسم‌های رسمی برای تشخیص، یا چارچوب روابط با HPRI‌ها، عدم پاسخگویی برخی کارمندان وزارتخانه به HPRI‌ها و مقاومت در برابر مفهوم استراتژی رابطه‌ی بخش خصوصی - عمومی می‌باشد. وزارتخانه‌هایی که روابط ساخت یافته‌ای با HPRI‌ها دارند (با تعریف خاص آنها از حوزه‌ی کاری، مکانسیم‌های به اشتراک گذاشتن داده‌ها، مسئولیت‌های متقابل و پاسخ‌گویی)، در دستیابی به همکاری موثر و نتایج مورد نظر موفق‌تر عمل می‌کنند.

روابط با اعضاء جامعه‌ی کسب و کار، می‌تواند به طور ویژه‌ای سودمند باشد، چراکه آنها در مدیریت قرارداد، امور مالی و موسسه‌ای همچنین آموزش کارمندان تخصص داشته و می‌توانند به زیرساخت کشوری، منطقه‌ای یا جهانی منابع همچون زنجیره‌های

توزیع و منابع انرژی دسترسی داشته باشند. با این حال، شواهد محدودی در این مورد که کسب و کارها بتوانند همانند HPRI به صورت اهرم عمل کنند، وجود دارد. اگرچه اغلب وزاری مصاحبه شده برای گزارش "وزارتخانه های قوی" بر سر اینکه رابطه با کسب و کارها می تواند کمک کننده باشد، توافق داشتند. آنها همچنین بیان کردند که افراد تاجر "علاقه ی کمی به سلامت داشتند" یا بیشتر بر روی علائق تجاری شرکت خود در تشکیلات بهداشت و درمان کشور، متمرکز بودند.

کار کردن با HPRI ها برای فائق آمدن بر این چالش ها و ایجاد روابط مناسب مهم است. وزرا ملزم به افزایش درک و توانایی خود در کار کردن با HPRI s کشور خود هستند و این امر می تواند با ایجاد اداره ای در داخل وزارتخانه برای تعامل با HPRI s به سهولت محقق شود.

مدیریت وزارت بهداشت

وزیران بهداشت، پیشینه‌های گوناگونی دارند و از تجارب بسیار متفاوتی در بخش سلامت برخوردارند. به عنوان مثال، از ۲۴ نفری که برای گزارش "وزارتخانه‌های قوی" مصاحبه شدند، ۱۵ نفر در بهداشت و سلامت مقداری تجربه داشتند، نصف آنها پزشک بوده، تنها سه نفر از تجربه‌ی قبلی در وزارت بهداشت و تعداد بسیار کمی از تجربه‌ی مدیریتی یا آکادمیک، برخوردار بودند. بیشتر آنها از فعالان حزب یا تشکل و اکثرشان توسط رئیس‌جمهور یا نخست‌وزیر به خدمت گرفته شده بودند. برخی سهامداران مصاحبه شده، پیشنهادشان این بود که به خاطر چالش‌های سیاسی پیچیده‌ای که وزرا با آنها روبرو هستند، باید ارزش مهارت‌های سیاسی بیش از ارزش مهارت‌های بالینی باشد. وزرای پزشک با پیشینه‌ی سلامت عمومی در رسیدگی به چالش‌های گسترده‌تر سلامت نسبت به پزشکان متمرکز بر امکانات و بودجه‌ی مراقبت سلامت، موثرتر عمل کرده و مهمتر آنکه، هیچ‌یک از وزیران مصاحبه شده، فارغ از سوابق کاری گذشته، برای جایگاه سازمانی خود آموزش رسمی یا راهنمایی دریافت نکرده بودند.

به عنوان نقطه شروع، سه ملاحظه کلیدی برای تمامی وزاری بهداشت در انجام وظیفه خود عبارتند از:

* نقش سلامت در بیانیه سیاسی دولت منتخب، احکام و ویژه مقرر شده توسط صاحبان قدرت و ارزیابی داده‌های سلامت جمعیت و منابع موجود برای بخش سلامت می‌باشد.

* وزیر جدید نیازمند آشنایی با سیاست‌ها و برنامه‌های ملی موجود و آگاهی از چگونگی اجرای آنها با مجموعه‌ای از اهداف می‌باشد.

* همچنین برخی وظایف هسته‌های اصلی وزارتخانه‌های بهداشت نیز وجود دارد که باید برای تضمین مولفه‌های یک سیستم سلامت کارآمد (پیش از این تعریف شده)، اجرا شوند (ضمیمه را برای عملکردهای هسته‌ای دولتی وزارتخانه‌های بهداشت ببینید).

عملیاتی کردن نقش‌های کلیدی وزرا

نظارت

وزیر به عنوان حامی و ترویج‌کننده‌ی سلامت جمعی به مردم پاسخگو است. وی این مسئولیت را با تضمین ارائه‌ی کارکردهای ضروری سلامت عمومی، چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم، از طریق سازمان‌های دیگر و شرکت‌کنندگان بخش خصوصی (فوق‌الذکر)، اجرامی کند. نظارت خوب همچنین شامل پاسخگویی در برابر نتایج و شفافیت در استفاده از تمامی منابع است.

رهبری و حاکمیت

یک وزیر به عنوان رهبر بخش سلامت، بایستی بطور ایده‌آل توانایی بررسی محیط را داشته باشد، از انتخاب‌های موجود، چشم‌انداز جالبی برای سلامت خلق کرده، یک طرح اقدام استراتژیک ارائه دهد و تمامی ذینفعان را برای عمل در جهت دستیابی به چشم‌انداز، هماهنگ کند. همانطور که در بالا بحث شد، لازمه‌ی این امر ایجاد روابط کلیدی با رهبران سیاسی، وزیران دیگر، رهبران سازمان‌های غیر دولتی، شرکای توسعه، سازمان‌های بین‌المللی و غیره می‌باشد. رهبری و حاکمیت کارآمد، نیازمند این است که وزیر از مهارت‌های سیاسی، ارتباطاتی و حمایتی برخوردار باشد (و این مهارت‌ها می‌توانند برای موفقیت، از سطح تجربه‌ی وزیر در مسائل سلامت، مهم‌تر هم باشند). بدیهی است، نقش‌های رهبری و حاکمیتی را نمی‌توان واگذار کرد.

مدیریت

مدیریت کارآمد، مستلزم ایجاد برنامه‌ها با جداول زمانی، بسیج کردن منابع، اجرا، پایش پیشرفت، ارزیابی نتایج و جمع‌آوری بازخورد برای ارتقاء کارایی می‌باشد. WHO و PAHO، ابزارهایی جهت کمک به وزیر در ارزیابی قابلیت وزارتخانه برای ارائه فعالیت‌های ضروری سلامت عمومی کشور، عرضه کرده‌اند که نتایج این ارزیابی‌ها می‌تواند به سرمایه‌گذاری منابع برای تقویت عملکرد وزارتخانه کمک کند. از طرف دیگر، بسیاری از مسئولیت‌های مدیریتی وزیر، می‌تواند و بهتر است واگذار شود و این با تفویض مسئولیت‌ها به کارکنان سازمانی موجب کارآمدی قابل توجه وزیر خواهد شد. ساختار وزارتخانه، هم‌درستاد مرکزی و هم‌بیرون از آن، باید گروه‌هایی از کارکنان را در برگیرد که نقش آنها در شفافیت حدود گزارش، خروجی‌ها و نتایج مورد انتظار برای هر کارمند به وضوح تعریف شده باشد.

مدیریت اداره اجرایی

اداره اجرایی وزیر باید متشکل از افراد زیر باشد:

یک **مدیر اداره یا رئیس ستاد** که سامانه‌های دولتی را درک می‌کند و قادر به برقراری ارتباط کارآمد با وزیر، مشاوران فنی و دیگر نیروهای دولتی باشد. مدیر اداره بایستی روابط بین فردی خوبی برقرار کرده و دارای مهارت‌های مناسب مدیریت پروژه باشد تا بتواند وزیر را در برنامه و اولویت‌های روزانه اش پشتیبانی کند.

یک **مدیر روابط عمومی و ارتباطات** که بتواند بی‌پیرایه با مردم ارتباط برقرار کرده، فهم کافی از مسائل داشته باشد تا بتواند اطلاعات را برای وزیر آنالیز و خلاصه کند.

فناوری ارتباطات مدرن و تجهیزاتی که وزیر را قادر کند تا جای ممکن به صورت الکترونیکی وظایفش را اجرا کند (به عنوان مثال با استفاده از تلفن، Skype، ویدئو کنفرانس‌های آنلاین و رسانه‌های اجتماعی به شیوه‌های مناسب).

کار با کارمندان وزارتخانه

یک وزیر بهداشت تازه منصوب شده معمولاً به اداره‌ای با پرسنل فنی و کارمندان ارشد دولتی پرسابقه، قدم می‌گذارد که از قبل و برای مدت زمانی طولانی در وزارتخانه بوده‌اند. این اعضاء از حافظه‌ی سازمانی ارزشمندی برخوردار بوده و در مورد هنجارها و روابط وزارتخانه دیدگاه‌هایی دارند که می‌تواند در اختیار وزیر جدید قرار گیرد. فارغ از اینکه وزیر، گزارشی از وزیر سابق دریافت کرده باشد یا نه، باید گزارش‌هایی از کارمندان ارشد و روسای بخش‌های کلیدی دریافت کرده و مکالماتی جهت برقراری روابط کاری خوب و جلب اعتماد، با ایشان داشته باشد. این کارمندان، قادر به ارائه مدارکی فنی هستند که نسبت به تحولات حساس و شامل هشدارهای زود هنگام، توصیه‌ها و پاسخ‌هایی به پرسش‌های ایجاد شده در ذهن وزیر خواهد بود. زمانی که متخصصین فنی بدانند که وزیر متعهد به رهبری شفاف وزارتخانه بوده و چشم‌اندازی در جهت منافع مشترک است، معمولاً همکاری و حمایت خوبی دارند. با این وجود، وزرای جدید باید بدانند که گروه‌هایی هم ممکن است تصمیم داشته باشند "وزیر بیرون انداخته شود" و شاید به وزیر اطلاعاتی ناصحیح در مورد کارمندان فعلی وزارتخانه بدهند.

برای حصول اطمینان از بیشترین کارآمدی رهبران ارشد وزارتخانه، مهم، برخوردار بودن از ساختارهای روشن مدیریتی، ابزار و فرایندهایی است که شفافیت و قابلیت پاسخ‌گویی را افزایش می‌دهند. ساختارهای مدیریتی می‌تواند شامل جلسات منظم تیم اجرایی، کمیته‌های دائمی برای اولویت‌ها، گروه‌های کاری و کمیته‌های مشاوره‌ی فنی نظیر متخصصینی بیرون از دولت (مثلاً HPRI) همچنین، مشاوره‌های سالانه‌ی ذینفعان باشد. ابزاری که شفافیت فعالیت‌های وزارتخانه را افزایش دهد، می‌تواند شامل

برنامه‌های توسعه‌ی ملی، سیاست‌های سلامت و برنامه‌های استراتژیک ملی، برنامه‌های کاری و بودجه‌ی سالانه، برنامه‌های اجرایی برای ابتکاراتی شامل روش‌های نظارتی، مدیریتی و ارزیابی و یک فرایند روشن برای بررسی عملکرد باشد.

مدیریت کمک‌های توسعه‌ای

نقش وزیر در مدیریت روابط اهداکنندگان یکی از چالش‌های اصلی داخل کشور است، اگرچه اهداکنندگان عمدتاً خارجی هستند. اهداکنندگان، اغلب علاقه‌ای شفاف به جمعیت‌های خاص، بیماری‌های ویژه و اخیراً به تقویت سیستم‌های سلامت در مسائل مربوط به نیروی کار دارند. بسته به سازمان اهداکننده، چالش‌های روبروی وزرا می‌تواند شامل عدم انعطاف در برنامه‌ریزی، همخوانی نداشتن اولویت‌های اهداکنندگان با اولویت‌های کشور، کارمندان ضعیف کشور اهداکننده، قدرت نامتناسب و منابع ناکافی می‌باشد. وزیران مصاحبه شده برای گزارش "وزارتخانه‌های قوی" بیان کردند، مادامیکه همکاری با اهداکنندگان نیاز است، وقتی خوب کار کنند، بسیار ارزشمند خواهند بود.

تعامل میان اهداکنندگان و وزارتخانه‌ها پیچیده است. زمانی که کشورها، سیاست‌ها و استراتژی‌های سلامت روشنی نداشته باشند یا نتوانند اهداف خود را به روشنی بیان کنند، اهداکنندگان عقاید و دستور کار خود را تحمیل خواهند کرد و اغلب بدین صورت تفسیر می‌شود که اهداکنندگان فرایند را در دست گرفته و رهبری کشور را از آن خود کرده‌اند. اهداکنندگان پاسخگوی ذینفعان خود (شامل مالیات دهندگان و دیگر حامیان ملی خود) هستند و به اسناد مثبت از دریافت کنندگان کمک، نیاز دارند تا تخصیص‌های اضافی خود را توجیه کنند. کشورهایی که نیاز مبرم به پول دارند، می‌ترسند با چالش کشیدن مواضع اهداکننده در طی مذاکرات، حمایت مالی آنها را از دست بدهند. با این حال، شواهد حاکی از این است، زمانی که کشورها در مورد آنچه می‌خواهند بدست بیاورند روشن و قوی باشند، اهداکنندگان پیروی کرده و به تبع آن بیشترین پیشرفت در رسیدن به اهداف سلامت نصیب آنها شده، به اهداکنندگان انگیزه می‌دهد حمایتی افزونتر، عرضه کنند.

وزرا می‌توانند به قوانین تعامل که به خوبی در اعلامیه‌ی پاریس در مورد اثربخشی کمک (Effectiveness Aid on Declaration Paris) و در دستور کار آکرا برای اقدام (Action for Agenda Accra) بیان شده است رجوع کنند. این اصول، که مورد توافق اهداکنندگان و حمایت کشورهای دریافت کننده است، بر رهبری کشور به عنوان اصل راهنمای اهداکنندگی مناسب، تاکید می‌ورزد. به علاوه، برنامه‌ی پژوهش WHO در مورد بیماری‌های گرمسیری (TDR) اخیراً ESSENCE (افزایش حمایت برای تقویت اثربخشی تلاش‌های ملی)، چارچوبی برای ادغام تعیین اولویت‌ها و بودجه‌ی پژوهش توسط اهداکنندگان را ارائه کرده است. جلب اعتماد میان اهداکنندگان و دریافت کنندگان کمک، کلید رابطه‌ی مولد می‌باشد. ضمن اینکه احترام متقابل و تعریف روشن نقش‌ها و مسئولیت‌ها ضروری بوده و باید رسمی باشد.

تعامل موثر در سطوح منطقه ای و جهانی سازمان های جهانی ایفا کننده ی نقش در سلامت

جهانی شدن، تاثیرات بیشماری بر روی سلامت دارد. یک حادثه ی سلامت منفرد در یک کشور می تواند به سرعت نتایج دور دستی در سلامت دیگر قسمت های جهان داشته و نه تنها بر روی سلامت بلکه بر روی اقتصاد جهانی تاثیر گذارد. آسان بودن مسافرت های جهانی، انتشار طغیان بیماری های عفونی، همچون آنفونزای مرغی، آنفونزای خوکی و SARS را افزایش داده است. در نتیجه ی بازاریابی، رسانه ها و اینترنت، شیوه های برخورد با پیامدهای بهداشتی در یک بخش از جهان با دیگر بخشها به اشتراک گذاشته می شود که نتیجه ی آن می تواند خوب یا بد باشد. به عنوان مثال، شیوه های تغذیه در کشورهای توسعه یافته توسط کشورهای در حال توسعه تقلید می شود و نتیجه ی آن افزایش سریع در دیابت و چاقی در جمعیت است. برای رسیدگی به چالش های سلامت همچون استانداردهای مسافرت برای سلامت، توافق جهانی در مورد استانداردهای دارویی، تغذیه ای و کیفیت، استانداردهای تجارت و مالکیت فکری همچنین نتایج تغییر آب و هوا بر روی سلامت، به توجه چند بخشی و چند ملیتی نیاز است. جهان به میزان زیادی بر سیاست ها و ابتکارات ملی و منطقه ای تاثیر گذاشته و محیط جهانی برای سلامت بسیار پیچیده شده است. نقش آفرینان زیادی پا به عرصه ی درجات مختلف اختیارات و قوانین گذارده اند که نمایانگر حوزه ها و جنبش های اجتماعی مختلف بوده و منابع رسیدگی به هر دوی چالش های سلامت و ویژه و جهانی را عرضه یا جستجو می کند. توافقات و ابتکارات جهانی می تواند چارچوب هایی برای محافظت از سلامت ارائه دهد ولی می تواند بر درجه ی آزادی عمل دولت های ملی نیز تاثیر داشته باشد. لازم است رهبران سلامت، با معماری جهانی سلامت آشنا شوند تا به عنوان رهبران بخش سلامت کشور خود به عنوان نماینده ی منطقه در همایشهای جهانی سهم بزرگی داشته باشند.

سازمان های بین دولتی

گروه پیچیده از نقش آفرینان به نام سازمان های بین دولتی برای ارائه ی رهبری، تسلط و قانون مداری حکومت، ایجاد شدند. این چنین رهبری، باید بتواند استانداردها و دستورالعمل های هنجار تنظیم کرده، مقتدرانه مطابقت را پایش و اجرا نموده، ساختارهایی برای هماهنگی ایجاد کرده، ذینفعان را برای صحبت کردن، گرد هم آورد. با این حال، چنین سازمانهایی تنها می توانند همچون کشورهای عضو، موثر بوده و به آنها اجازه دهند از حمایت سیاسی و نظارت منابع لازم برخوردار باشند.

WHO برای اجرای این نقش به عنوان سازمان ویژه ی سلامت UN تاسیس شد. انجمن جهانی بهداشت (WHA) بخش تصمیم گیرنده ی آن است. یک هیئت اجرایی با نمایندگانی از تمامی مناطق WHO، مسائل و پیشنهادهایی شکل می دهد که برای اجرا به WHA می آید. هیئت نمایندگان از تمامی کشورهای عضو WHO در WHA سالانه شرکت می کنند تا سیاست های سازمان را تعیین، مدیر کل را انتخاب، بر سیاست های مالی نظارت و بودجه ی پیشنهادی برنامه را بررسی و تایید کنند. اعضاء دیگر خانواده ی UN با وظایف ویژه ی سلامت شامل UNICEF، UNAIDS و صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) می باشند.

دیگر سازمان های غیر سلامت، علاقه ی ویژه ای به بخش سلامت داشته و بر آن تاثیر دارند. سازمان کار بین المللی (ILO) و سازمان بین المللی مهاجرت (IOM) تاثیر روز افزونی بر نیروی کار سلامت دارند. دغدغه ی سازمان جهانی مالکیت فکری (WIPO)، مالکیت معنوی داروها و ابزار سنتی، دغدغه ی برنامه ی محیط زیست ملل متحد (UNEP) محیط طبیعی، زیستگاه با محیط زیست ساخته شده، و سرو و کار سازمان تجارت جهانی (WTO)، دپارتمان امور اقتصادی و اجتماعی ملل متحد (UNDESA) و UNDP با شرایط و توسعه ی اقتصادی می باشد. بانک جهانی، عضو جهانی تامین بودجه در سامانه UN است که کشورها از آن وام و کمک

های مالی برای اولویت‌های توسعه، از جمله سرمایه‌گذاری‌های ویژه در سلامت می‌گیرند. انجمن عمومی UN، عضو اصلی تصمیم‌گیرنده‌ی UN بوده و شامل تمامی کشورهای عضو UN می‌باشد ضمن اینکه انجمنی برای بحث بر سر مسائل بین‌المللی ارائه داده و برای ارتقاء همکاری بین‌المللی، صلح و حقوق تلاش می‌کند. انجمن عمومی، عضو تصمیم‌گیرنده برای اهداف توسعه‌ی هزاره و دستور کار توسعه‌ی آینده‌ی نزدیک پس از ۲۰۱۵ می‌باشد.

طرح‌های بهداشت جهانی

مشارکت عمومی، بصورت اختصاصی نیز وجود دارد که بین سازمان‌های جهانی، سازمان‌های جامعه‌ی مدنی، بخش کسب و کار و دولت‌های ملی برای رسیدگی به مشکلات ویژه‌ی سلامت برقرار است. این طرح‌های بهداشت جهانی، عموماً بر توزیع بودجه، همچون بودجه جهانی برای مبارزه با AIDS، توبرکلوز، مالاریا، و اتحاد GAVI، یا بر ارائه‌ی حمایت فنی، همچون توقف جهانی مشارکت TB، عقب‌نشینی مالاریا و اتحادیه جهانی نیروی کار متمرکز است.

سازمان‌های بشردوستانه‌ی جهانی

سازمان‌های بشردوستانه‌ی جهانی برجسته‌ی متعددی از جمله بنیاد Bill و Melinda Gates، بنیاد Rockefeller، و بنیاد David و Packard Lucile و بنیاد Soros علاقه‌ی وافر به مسائل سلامت نشان داده‌اند. درک روش‌هایی که وزارت بهداشت در حال حاضر با اینها و دیگر سازمان‌های منطقه‌ای و جهانی تعامل می‌نماید همچنین وضعیت توافقات رسمی موجود، مهم است. اینکه بدانیم آیا وزارتخانه یا کشور، نقشی در حکمرانی ساختارهای اعضای منطقه‌ای یا جهانی بازی می‌کند یا نه و اینکه چه فرصت‌هایی این موقعیت‌ها، برای تاثیر بر دستور کار سلامت منطقه‌ای یا جهانی می‌گذارند تا از اولویت‌های سلامت کشور حمایت کنند نیز، ضروری است. وزرا همچنین باید از زمان ایجاد تغییرات رهبری در این اعضا حکومتی، آگاه بوده و بدانند آیا علاقه ملی در نقش رهبری فعال تر، وجود دارد یا نه.

مدیریت مشارکت در همایش‌های سازمان جهانی بهداشت

وزرای کشورهای با درآمد پایین یا متوسط شرکت‌کننده در همایش‌های بین‌المللی اغلب با چالش‌های ویژه‌ای در خصوص آماده‌شدن و مشارکت در شکل‌گیری سیاست‌ها و برنامه‌های جهانی سلامت روبرو هستند. این چالش‌ها توسط بسیاری از وزیران مصاحبه شده برای گزارش "وزارتخانه‌های قوی" بیان شد. به دلیل اینکه وزرای بهداشت در این کشورها با محدودیت منابع مواجه هستند، ممکن است کارکنان کمتری برای کمک به هماهنگ کردن روابط بین‌المللی و آماده کردن وزیر و/یا نماینده جهت همایش‌های بین‌المللی تخصیص دهند. به علاوه، ارسال نمایندگان به همایش‌های جهانی اغلب گسترده بوده و کشورها ۲ یا ۳ نفر را به همایش WHA یا بودجه‌ی جهانی می‌فرستند که در مقایسه با ۲۰ تا ۳۰ نماینده از کشورهای با درآمد بالا، بسیار کمتر می‌باشد. نمایندگان کشورهای با درآمد زیاد، اغلب شامل متخصصین مختلف فنی هستند که برای رسیدگی به مسائل ویژه و موضوعات مفصل مورد بحث آماده بوده و با مشخص بودن مواضع خود که در میان نقش‌آفرینان دولتی و غیردولتی مورد مذاکره قرار گرفته و به توافق رسیده است، به جلسه می‌آیند. در مقابل، مقامات کشورهای با درآمد پایین یا متوسط ممکن است برای اولین بار در همایش، کاغذهای کنفرانس خود را بخوانند، آنها عموماً منابع کمی برای جمع‌آوری اطلاعات داشته و ممکن است پس از بازگشت به کشور خود در تغییر موقعیتها حسب نیاز توافق شده، طی مذاکرات، مشکل داشته باشند.

برای بهبود مشارکت در همایش‌های بین‌المللی، وزرا باید مسائل زیر را در نظر داشته باشند:

انتخاب همایش

سازمان‌های بین‌دولتی جهانی، معمولاً در تاریخ‌های از قبل تعیین شده و مشخصی با یکدیگر ملاقات می‌کنند. وزرا باید آن سازمان‌هایی که برای اهداف سلامت ملی یا منطقه‌ای وزارتخانه، از بیشترین اهمیت برخوردارند را تعیین کرده، اطمینان یابند کارمندان وزارتخانه، دستور کار همایش را از پیش دریافت نموده و برای آماده شدن، زمان کافی دارند. در برخی مواقع، اعضای منطقه‌ای ممکن است، قادر به ارائه‌ی کاملی از علائق کشور، طی همایش‌هایی در غیاب مقامات، باشند.

انتخاب نمایندگان

نمایندگان شرکت‌کننده، بایستی بر مبنای تعامل معنی‌دار توانایی با مباحث‌آیتم‌های کلیدی دستور کار مهم برای کشور، انتخاب شوند. این افراد می‌توانند از متخصصین داخل یا خارج وزارتخانه بوده و مشارکت آنها باید توسط کارمندان مرتبط وزارتخانه نظارت و حمایت شود.

آمادگی

نمایندگان ملی باید برای ایجاد مشارکت معنی‌دار در بحث بر سر مسائل مهم ملی آماده شوند و مسئولیت اجرای تصمیمات توافق شده را در خاطر داشته باشند.

اجرای پس از همایش

در بازگشت از همایش، برای اجرای تصمیمات اتخاذ شده در کنفرانس باید طرحی عملی در حوزه‌ی اولویت‌ها ایجاد شود. تمامی ذینفعان کشور مربوطه باید نسبت به فعالیت‌ها و برنامه‌های کلیدی، نتایج مورد انتظار، جداول زمانی و بخش‌های مسئول پیگیری، آگاه باشند. در برخی موارد، HPRI‌هایی که در هیئت‌نمایندگان عضو دارند، می‌توانند مقامات دولتی را با اسناد و مدارک در بازگشت به کشور حمایت کنند.

نتیجه‌گیری

وزارتخانه‌های قوی بهداشت برای دستیابی به اهداف ملی سلامت لازمند. عمده موفقیت وزارتخانه، یک وزیر بهداشت به خوبی آماده، تجهیز شده و حمایت شده است که بتواند در مورد مسائل سلامت، هماهنگی‌ها و همکاری‌های لازم را ترتیب داده و از نظارت بر فعالیت‌های ضروری سلامت عمومی اطمینان یابد. برای دستیابی به حداکثر اثربخشی در نظارت منابع سلامت و در ایجاد روابط حکومتی میان تمامی بخش‌های علاقمند به سلامت، وزرا باید قادر باشند:

رهبری رو بالا: تا بر رهبری سیاسی و مالی تاثیر بگذارند

رهبری سراسری: تا با دیگر سازمان‌های دولتی در یک رویکرد سلامت در همه‌ی سیاست‌ها تعامل کنند
 رهبری خارجی: تا با تعداد روز افزون نقش‌آفرینان غیر دولتی در جامعه‌ی مدنی مذاکره کنند
 رهبری عموم: تا تقاضای مصرف‌کننده‌ی آموزش دیده را برای خدمات بهتر سلامت قوت بخشند

پرسنل فنی لایق و با انگیزه همچنین یک تیم رهبری قوی، برای کارآمد بودن وزیر و وزارت بهداشت حیاتی است. عناصر کلیدی کار با کارمندان وزارتخانه شامل ایجاد روابط خوب و جلب اعتماد، ساختارهای مدیریتی روشن، شفافیت و قابلیت پاسخگویی می‌باشد. بیان واضح اهداف سلامت کشور، تعریف دقیق نقش‌ها، مسئولیت‌ها و احترام متقابل، کلید روابط مولد در داخل و خارج وزارتخانه می‌باشد.

اثربخشی وزارت در اجرای سیاست‌های کشور و در پیشرفت به سمت دستیابی به MDGs، با تمایل و توانایی وزیر بهداشت برای کار با سازمان‌های دولتی دیگر، با HPRI‌های ملی، منطقه‌ای و دیگر نقش‌آفرینان غیر دولتی شکل می‌گیرد. HPRI‌ها می‌توانند اهمی برای تقویت وزارت بوده و به پر کردن شکاف‌های موجود در تخصص و منابع کمک کنند. دیگر فعالیت اولیه مدیریتی وزیر، توسعه و حفظ روابط اهداکنندگان میباشد. اگرچه تعامل میان اهداکنندگان و وزیران پیچیده است، اهداکنندگان می‌توانند به هنگام ایجاد مشارکت‌های کارآمد، برای رسیدن به اهداف مشترک سلامت، فایده بسیاری برای وزارت داشته باشند.

وزرای بهداشت که به دنبال آوردن پیام از کشور خود به انجمن بزرگ تر سلامت جهانی هستند، نیازمند آشنایی با سازمان‌های متعدد بین دولتی جهانی و منطقه‌ای علاقمند به سلامت و فرصت‌هایی برای تاثیر بر دستور کار سلامت منطقه‌ای یا جهانی برای حمایت اولویت‌های سلامت کشوری هستند. وزرا و نمایندگان‌شان که در همایش‌های این سازمان‌ها شرکت می‌کنند باید برای مشارکت، در کامل‌ترین حالت ممکن، جهت شکل دهی به نتایج سیاسی منعکس‌کننده‌ی نیازها و اولویت‌های کشور، آماده بوده و منابع حمایت آموزشی، فنی و مالی باشند.

وزاری بهداشت با مجموعه‌ی پیچیده‌ای از مسئولیت‌ها و چالش‌ها در اجرای نقش خود به عنوان حامی و ارتقا دهنده‌ی سلامت جمعی روبرو هستند. تقویت توانایی‌های وزرا در مرکزیت دستیابی به هدف تقویت سیستم‌های سلامت بوده و ارائه‌ی انواع حمایت‌های سیستماتیک و پایدار وزرای بهداشت، هم‌عملی و هم‌دست یافتنی است. امید است منابع ارائه شده در اینجا به وزیران در هدایت وزارتخانه‌ی خود و ایجاد روابط و مشارکت‌های لازم برای حمایت و موفقیت در بهبود سلامت افراد کشورشان کمک کند.

عملکردهای هسته‌ای وزارتخانه‌های بهداشت

۱. سیاست گذاری

- آغاز، شکل دادن به، حمایت از تصویب، و اجرای قانون
- تعیین اهداف ملی سلامت (در قالب چارچوب طرح‌ها و برنامه‌های توسعه ملی)
- هماهنگی توسعه ملی سلامت / برنامه‌ی سیستم‌های سلامت، از جمله نیازهای نیروی کار سلامت
- ایجاد چارچوب (اولویت‌ها و روش‌ها) برای تامین بودجه سیستم‌های سلامت (بودجه‌های دولتی ملی، منطقه‌ای و محلی، بخش خصوصی)
- اطمینان از مکانیسمی برای همکاری / مشاوره/برنامه‌ریزی مشترک در دولت، بین بخش‌ها، و در اجتماع برای ترویج سلامت در تمام سیاست‌ها.

۲. تامین بودجه و بسیج منابع

- مدافع منابع برای سیستم‌های سلامت
- تخصیص و مدیریت بودجه ملی، درآمد اختصاصی :
- بسته‌ی منافع پایه‌ی مراقبت سلامت شخصی، خدمات سلامت جمعیتی / جمعی،
- حمایت از پژوهش، استخدام و آموزش نیروی کار
- (کمک‌های مالی) غیر مستقیم به دولت منطقه‌ای و محلی و کمک‌های مالی / بستن قرارداد با بخش خصوصی
- تسهیل تعیین اولویت‌ها برای درآمد مطرح دولت منطقه‌ای و محلی برای تخصیص / یا بازگشت به مرکز

۳. تنظیم استانداردها (نظارت و پایش) / بخش‌های عمومی و خصوصی

- صدور مجوز برای ارائه‌دهندگان جهت مشارکت در بازار
- کیفیت استانداردهای مراقبت و نظارت بر آن
- تنظیم استانداردها، کنترل کیفیت، قانون گذاری (به طور مستقیم یا از طریق نیمه دولتی) - داروها، بیولوژیک‌ها و ابزار، غذاها
- پایه‌ی علمی برای تنظیم استانداردها با دیگر سازمان‌های دولتی، به عنوان مثال سلامت و امنیت شغلی، سلامت محیط و غیره
- صدور پروانه‌ی متخصصین بهداشت با وزارت آموزش و پرورش
- صدور پروانه / گواهینامه برای ارائه‌دهندگان طب سنتی

۴. جمع‌آوری و انتشار اطلاعات

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • اطلاعات سیستم‌های تامین مراقبت سلامت • سرشماری‌های سلامت جمعی • یافته‌های پژوهشی | <ul style="list-style-type: none"> • گزارش نیازهای مالی ملی - تمامی منابع • آمارهای حیاتی و سلامت عمومی • شیوع بیماری‌ها • داده‌های نیروی کار |
|--|---|

۵. حمایت از پژوهش و آموزش

- مدیریت مستقیم یا غیر مستقیم، از طریق تامین بودجه

۶. کمک‌های تکنیکی / ارتقای ظرفیت

- در داخل وزارتخانه
- در نهادهای دولتی منطقه‌ای و محلی
- در سازمان‌های منطقه‌ای

۷. مدیریت (یا قرارداد) مستقیم

- ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ملی، منطقه‌ای، محلی
- مکانیسم‌های بیمه
- سیستم‌های پژوهش
- برنامه‌های آموزش مستقیم یا آموزش مداوم حرفه‌ای

۸. روابط بین الملل

- روابط بین الملل با دیگر وزارتخانه‌های بهداشت
- ارتباط با سازمان‌های سلامت بین المللی
- ارتباط با کارشناسان بین المللی کمک‌های فنی مرتبط با سلامت

