

راهنمای دیپلماسی سلامت جهانی

سلامت بهتر - ارتقاء همبستگی - عدالت بیشتر

نویسندگان:

Ilona Kickbusch, Haik Nikogosian,
Michel Kazatchkine, Mihály Kökény

ترجمه و تدوین:

دکتر محسن اسدی لاری دکتر علی نعمتی

دانشگاه علوم پزشکی ایران



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

دیباچه

سال ۲۰۲۰ سالگرد دو رویداد مهم یعنی ۱۰۰ سالگی چندجانبه گرایی در ژنو و ۷۵ سالگی سازمان ملل بود. تقریباً در تمام این مدت، ژنو مقر سازمان جهانی بهداشت و مرکز دیپلماسی سلامت جهانی بوده است.

از آن زمان، به طور فزاینده‌ای چالش‌های سلامت جهانی مورد توجه قرار گرفت و پاندمی کووید-۱۹ تأکیدی بر محوریت سلامت در ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و نیز دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار بود. آگاهی روزافزون از عوامل اجتماعی، زیست‌محیطی، تجاری و سیاسی تعیین‌کننده سلامت نیز مذاکرات بین‌المللی سلامت را سیاسی، متنوع و چندبخشی کرده است.

پاندمی کووید-۱۹ اهمیت حیاتی همبستگی جهانی را برای مقابله با تهدیدات مشترک سلامت عمومی نشان داد. سازمان جهانی بهداشت نقش اصلی را در حمایت از کشورها برای پاسخگویی هماهنگ و گرد هم آوردن بسیاری از بازیگران برای رسیدگی مشترک به پاندمی و تأثیر جهانی عظیم آن ایفا کرد.

دیپلماسی سلامت جهانی یکی از ویژگی‌های تعیین‌کننده "اکوسیستم" سلامت در ژنو است و نقشی حیاتی در شکل دادن به معماری و دستور کار سلامت جهانی ایفا می‌کند. دیپلماسی سلامت موفق، به تجربه و عملکرد سیاسی و دیپلماتیک متکی است که باید با دانش و شواهد سلامت عمومی ترکیب شود.

کتاب **راهنمای دیپلماسی سلامت جهانی** ابزاری ارزشمند و کاربردی برای توانمند ساختن دیپلمات‌های سلامت است تا در کار خود حرفه‌ای و مؤثر باشند. من از نویسندگان، مرکز سلامت جهانی در مؤسسه تحصیلات تکمیلی مطالعات بین‌المللی و توسعه، برای کار پیشگامانه و از دولت سوئیس برای حمایت سخاوتمندانه‌اش سپاسگزارم.

تدریس آدهانوم گبریسوس

مدیرکل سازمان جهانی بهداشت

دسامبر ۲۰۲۰

فهرست مطالب

- بخش اول: مبانی ----- ۱۸
- فصل اول: دیپلماسی سلامت در سیستم چند سطحی در حال تغییر ----- ۱۹
- ۱.۱ دیپلماسی در دنیای در حال تغییر ----- ۱۹
- ۱.۲ سیاسی شدن سلامت جهانی ----- ۲۳
- ۱.۳ حرکت به سمت دیپلماسی چندجانبه ----- ۲۶
- ۱.۴ فضاهاى حکمرانى برای دیپلماسی سلامت ----- ۳۰
- ۱.۵ تغییر نقش دیپلمات‌ها ----- ۴۵
- فصل دوم: دیپلماسی سلامت: سیستم و روش‌ها ----- ۴۹
- ۲.۱ تعریف دیپلماسی سلامت ----- ۴۹
- ۲.۲ درک مبانی مدرن از دیپلماسی سلامت ----- ۵۴
- ۲.۳ سیستم دیپلماسی سلامت ----- ۶۰
- ۲.۴ روابط در نظام دیپلماسی سلامت جهانی ----- ۶۵
- ۲.۵ دیپلماسی دیجیتال ----- ۷۱
- فصل سوم: ابعاد دیپلماسی سلامت جهانی ----- ۷۵
- ۳.۱ مذاکره برای ارتقای سلامت و رفاه در مواجهه با سایر منافع ----- ۷۶
- ۳.۲ ایجاد مکانیسم‌های حکمرانی جدید در حمایت از سلامت و رفاه ----- ۷۸
- ۳.۳ ایجاد اتحاد در حمایت از پیامدهای سلامت و رفاه ----- ۷۹
- ۳.۴ ایجاد و مدیریت روابط اهداکنندگان و ذینفعان ----- ۸۵
- ۳.۵ پاسخگویی به بحران‌های سلامت عمومی ----- ۹۰
- ۳.۶ بهبود روابط بین کشورها از طریق سلامت و رفاه ----- ۹۳
- ۳.۷ کمک به صلح و امنیت ----- ۹۷
- بخش دوم: مذاکره در مورد سلامت در فضای چندجانبه ----- ۱۰۲
- فصل چهارم: دستور کار و مشروعیت در دیپلماسی سلامت ----- ۱۰۳

- ۴.۱ چندجانبه گرایی و مشروعیت سازمان‌های بین‌المللی ----- ۱۰۳
- ۴.۲ اهمیت مشروعیت ----- ۱۰۹
- ۴.۳ مشروعیت و حق حاکمیت دولت‌ها ----- ۱۱۱
- فصل پنجم: اسناد کلیدی سلامت جهانی ----- ۱۱۶
- ۵.۱ مقدمه‌ای بر اسناد سلامت جهانی ----- ۱۱۶
- ۵.۲ اسناد تصویب‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت: ----- ۱۱۷
- ۵.۳ وضعیت حقوقی اسناد سازمان جهانی بهداشت ----- ۱۱۹
- ۵.۴ لازم‌الاجرا شدن اسناد سازمان جهانی بهداشت ----- ۱۱۹
- ۵.۵ پیشنهادات برای کنوانسیون‌های جدید سازمان جهانی بهداشت ----- ۱۲۰
- ۵.۶ اسنادی که خارج از سازمان جهانی بهداشت به تصویب رسیده است ----- ۱۲۲
- ۵.۷ مراحل پس از تصویب اسناد ----- ۱۳۰
- فصل ششم: بازیگران و مکان‌های کلیدی جهانی ----- ۱۳۲
- ۶.۱ سازمان جهانی بهداشت و سلامت جهانی در حال تغییر ----- ۱۳۲
- ۶.۲ سایر سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی سلامت ----- ۱۳۵
- ۶.۳ دیپلماسی سلامت در سازمان ملل متحد ----- ۱۴۲
- ۶.۴ نقش مرکزی دولت‌ها در دیپلماسی سلامت ----- ۱۴۹
- ۶.۵ نقش بازیگران غیردولتی در دیپلماسی سلامت ----- ۱۵۱
- ۶.۶ حفظ تعادل ----- ۱۵۵
- فصل هفتم: نقش سازمان‌های منطقه‌ای ----- ۱۵۸
- ۷.۱ پیوند بین نهادهای منطقه‌ای، دیپلماسی و سلامت جهانی ----- ۱۵۸
- ۷.۲ مروری بر یکپارچگی منطقه‌ای ----- ۱۵۹
- ۷.۳ یکپارچه‌سازی منطقه‌ای و سلامت ----- ۱۶۱
- ۷.۴ یکپارچگی منطقه‌ای و دیپلماسی سلامت ----- ۱۶۵
- فصل هشتم: انسجام سیاست برای سلامت جهانی ----- ۱۷۳

- ۸.۱ ایجاد هم‌افزایی ----- ۱۷۳
- ۸.۲ استفاده مؤثرتر از سازوکارهای موجود برای انسجام سیاست‌ها ----- ۱۷۵
- ۸.۳ زمینه داخلی برای انسجام سیاست جهانی ----- ۱۷۶
- ۸.۴ اهمیت راهبرد ملی سلامت جهانی ----- ۱۷۸
- بخش سوم: عناصر دیپلماسی سلامت موفق ----- ۱۸۶
- فصل نهم: دستاوردهای دیپلماسی سلامت ----- ۱۸۷
- ۹.۱ تعریف موفقیت در دیپلماسی سلامت ----- ۱۸۷
- ۹.۲ بررسی موفقیت ----- ۱۸۹
- فصل دهم: تجزیه و تحلیل منافع ملی و ژئوپلیتیک ----- ۱۹۶
- ۱۰.۱ درک پیچیدگی مسائل سلامت جهانی ----- ۱۹۶
- ۱۰.۲ ایجاد روابط در ژنو و سایر مراکز مذاکره ----- ۱۹۷
- ۱۰.۳ جمع‌آوری اطلاعات موجود ----- ۱۹۸
- ۱۰.۴ درک مواضع ----- ۱۹۹
- ۱۰.۵ بررسی بلوک‌های مذاکره و اتحادها ----- ۲۰۱
- فصل ۱۱: هماهنگی با بخش‌های غیر سلامت ----- ۲۰۶
- ۱۱.۱ پیوند بین سلامت و سایر بخش‌ها در سطح ملی ----- ۲۰۶
- ۱۱.۲ پیوندهای در حال ظهور با سایر بخش‌ها ----- ۲۱۱
- ۱۱.۳ نقش بخش سلامت در همکاری‌های بین بخشی ----- ۲۱۳
- فصل دوازدهم: انجام مذاکرات سلامت جهانی ----- ۲۱۵
- ۱۲.۱ شایستگی‌های دیپلماسی سلامت ----- ۲۱۶
- ۱۲.۲ درک ارزش‌ها ----- ۲۱۷
- ۱۲.۳ تاکتیک‌های مذاکره و حل تعارض ----- ۲۱۹
- ۱۲.۴ آگاهی از قوانین و مقررات ----- ۲۲۵
- ۱۲.۵ درک بازیگران و شرکای سلامت جهانی در کشور ----- ۲۲۵

۲۲۷	-----	۱۲.۶ درک مواضع سایر بازیگران
۲۳۲	-----	۱۲.۷ ریاست جلسه و مذاکرات
۲۳۷	-----	فصل ۱۳: نمونه‌هایی از دیپلماسی سلامت
۲۳۷	-----	۱۳.۱ دسترسی به داروها
۲۳۹	-----	۱۳.۲ دیپلماسی واکسن
۲۴۲	-----	۱۳.۳ آلودگی هوا
۲۴۷	-----	۱۳.۴ تجارت، مالکیت فکری و سلامت
۲۴۹	-----	۱۳.۵ مقاومت ضد میکروبی
۲۵۰	-----	۱۳.۶ مهاجرت و سلامت
۲۵۲	-----	۱۳.۷ نکات پایانی
۲۵۹	-----	منابع:
۲۸۱	-----	واژه نامه:
		مطالعه موردی (۱): مذاکرات منجر به تصویب قطعنامه هشتم مجمع جهانی سلامت
		(۲۰۱۹) در مورد بهبود شفافیت بازار داروها، واکسن‌ها و سایر کالاهای سلامت
۲۸۷	-----	
		مطالعه موردی ۲: بیانیه سیاسی نشست مقامات عالی در مورد پوشش همگانی
۳۱۷	-----	سلامت (۲۰۱۹)

فهرست کادر:

- کادر ۱: مذاکره در سازمان جهانی بهداشت ----- ۳۲
- کادر ۲: مذاکرات سلامت در گروه هفت (G7) و گروه بیست (G20) ----- ۴۰
- کادر ۳: استعمارزدایی از دیپلماسی سلامت ----- ۵۷
- کادر ۴: رابطه نزدیک دیپلماسی علمی با دیپلماسی سلامت: نمونه‌های اخیر --- ۸۳
- کادر ۵: ابتکار کمربند- راه چین و ارتباط آن با سلامت ----- ۹۴
- کادر ۶: دیپلماسی بشردوستانه و سلامت ----- ۹۸
- کادر ۷: سلامت و حقوق بشر ----- ۱۰۶
- کادر ۸: زنان به‌عنوان دیپلمات‌های سلامت جهانی ----- ۱۱۴
- کادر ۹: مذاکرات سلامت در سازمان تجارت جهانی ----- ۱۲۴
- کادر ۱۰: مدل حکمرانی اتحاد واکسن (Gavi) ----- ۱۳۶
- کادر ۱۱: مدل حکمرانی صندوق جهانی (گلوبال فاند) برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا ----- ۱۳۹
- کادر ۱۲: مذاکرات مرتبط با سلامت در سازمان ملل چه ویژگی‌هایی دارد؟ - ۱۴۷
- کادر ۱۳: دیپلماسی سلامت در آفریقا ----- ۱۶۸
- کادر ۱۴: تهیه راهبرد ملی در مورد سلامت جهانی ----- ۱۸۲
- کادر ۱۶: دیپلماسی شهری برای سلامت جهانی ----- ۲۴۴
- کادر ۱۷: آماده شدن برای مذاکرات در ژنو ----- ۲۵۴

اختصارات

اختصار	عبارت کامل	معادل فارسی
ACT Accelerator	Access to COVID-19 Tools Accelerator	شتاب‌دهنده ابزارهای دسترسی به کووید-۱۹
AMR	Antimicrobial Resistance	مقاومت ضد میکروبی
APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation	سازمان همکاری اقتصادی آسیا و اقیانوسیه (پاسفیک)
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations	اتحادیه کشورهای جنوب شرقی آسیا
AU	African Union	اتحادیه آفریقا
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation	بنیاد بیل و ملیندا گیتس
BRICS	Brazil, Russian Federation, India, China and South Africa	برزیل، فدراسیون روسیه، هند، چین و آفریقای جنوبی
CARICOM	Caribbean Community	جامعه کارائیب
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovations	ائتلاف برای نوآوری در حوزه آمادگی برای اپیدمی
COMESA	Common Market for Eastern and Southern Africa	بازار مشترک شرق و جنوب آفریقا (کومسا)
COVAX	COVID-19 Vaccines Global Access Facility	تسهیلات دسترسی جهانی به واکسن‌های کووید-۱۹
COVID-19	Coronavirus disease 2019	بیماری کرونا ویروس سال ۲۰۱۹
EAC	East African Community	جامعه آفریقای شرقی
EAEU	Eurasian Economic Union	اتحادیه اقتصادی اوراسیا
ECOWAS	Economic Community of West African States	جامعه اقتصادی کشورهای غرب آفریقا (اِکُواس)
EFTA	European Free Trade Association	انجمن تجارت آزاد اروپا
EMA	European Medicines Agency	آژانس دارویی اروپا

اختصار	عبارت کامل	معادل فارسی
EU	European Union	اتحادیه اروپا
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد
FCTC	WHO Framework Convention on Tobacco Control	کنوانسیون چارچوب سازمان جهانی بهداشت در مورد کنترل دخانیات
FENSA	Framework of Engagement with Non-State Actors [WHO]	چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی [WHO]
G7	Group of Seven	گروه ۷
G20	Group of 20	گروه ۲۰
GDP	gross domestic product	تولید ناخالص ملی
Global Fund	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	صندوق جهانی (گلوبال فاند) برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا
Graduate Institute	Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva	موسسه تحصیلات تکمیلی مطالعات بین المللی و توسعه، ژنو
ICRC	International Committee of the Red Cross	کمیته بین المللی صلیب سرخ
IHR	International Health Regulations [WHO]	مقررات بین المللی سلامت
ILO	International Labour Organization	سازمان بین المللی کار
IOM	International Organization for Migration	سازمان بین المللی مهاجرت
MDG	Millennium Development Goal	اهداف توسعه هزاره
MERCOSUR	Southern Common Market	بازار مشترک کشورهای آمریکای جنوبی (مرکوسور)
MERS	Middle East respiratory syndrome	سندرم تنفسی خاورمیانه
NCD	noncommunicable disease	بیماری های غیرواگیر
NGO	nongovernmental organization	سازمان های غیردولتی

اختصار	عبارت کامل	معادل فارسی
ODA	official development assistance	کمک های رسمی توسعه
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	سازمان همکاری و توسعه اقتصادی
OIE	World Organization for Animal Health	سازمان جهانی بهداشت دام
PAHO	Pan American Health Organization	دفتر سازمان جهانی بهداشت در منطقه امریکا
PEPFAR	United States President's Emergency Plan for AIDS Relief	طرح اضطراری رئیس جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز
R&D	research and development	تحقیق و توسعه
SAARC	South Asian Association for Regional Cooperation	انجمن همکاری های منطقه ای جنوب آسیا
SADC	Southern African Development Community	جامعه توسعه آفریقای جنوبی
SARS	severe acute respiratory syndrome	سندرم حاد تنفسی (سارس)
SDG	Sustainable Development Goal	اهداف توسعه پایدار
SEEHN	South-Eastern Europe Health Network	شبکه سلامت اروپای جنوب شرقی
SICA	Central American Integration System	سیستم یکپارچه آمریکای مرکزی
TRIPS Agreement	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights	موافقت نامه جنبه های تجاری حقوق مالکیت فکری
UHC2030	International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030	مشارکت بین المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰
UN	United Nations	سازمان ملل
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	برنامه مشترک سازمان ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز

اختصار	عبارت کامل	معادل فارسی
UNASUR	Union of South American Nations	اتحادیه ملل آمریکای جنوبی
UNDP	United Nations Development Programme	برنامه توسعه سازمان ملل متحد
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe	کمیسیون اقتصادی سازمان ملل متحد برای اروپا
UNEP	United Nations Environment Programme	برنامه محیط زیست سازمان ملل
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization	سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد
UNFCCC	United Nations Framework Convention on Climate Change	کنوانسیون سازمان ملل در باره چارچوب تغییر اقلیم
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees	دفتر کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان
UNICEF	United Nations Children's Fund	صندوق کودکان سازمان ملل متحد
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime	دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد
UN-Women	United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women	نهاد زنان سازمان ملل متحد- برابری جنسیتی و توانمند سازی زنان
V3P Project	Vaccine Product, Price and Procurement Project [WHO]	تولید واکسن، قیمت و پروژه تدارک [WHO]
WAHO	West African Health Organization	سازمان بهداشت غرب آفریقا
WHO	World Health Organization	سازمان جهانی بهداشت
WIPO	World Intellectual Property Organization	سازمان جهانی مالکیت فکری
WTO	World Trade Organization	سازمان جهانی تجارت

سخنی با خوانندگان

شاید تا چهار سال پیش یعنی دوران قبل از پاندمی کووید، باورپذیری ضرورت پرداختن به «دیپلماسی سلامت» برای بسیاری از دست‌اندرکاران سیاست خارجی، مدیران ارشد نظام سلامت و بالطبع، مدیران ارشد بخشهای مختلف کشور در سازمان‌ها و نهادهای تصمیم‌گیر، بسیار سخت می‌نمود. پاندمی کووید ثابت کرد که «سلامت» محور همه بخشهای توسعه نه تنها در درون مرزها، بلکه بازیگر اصلی در موضوعات فرامرزی و جهانی است.

روبرو شدن با چالشهای سلامت در سازمانهای بین‌المللی و ارتباطات دو یا چندجانبه، نیازمند آگاهی، برنامه، روحیه مشارکت و مشورت‌پذیری، مهارت ارتباطات، نوآوری، جرئت، انعطاف، برخورد احترام‌آمیز با دیگران، و پیگیری مستمر است. مجمع جهانی سلامت همانطور که در کتاب حاضر با عنوان «راهنمای دیپلماسی سلامت جهانی» توضیح داده شده، بزرگترین رویداد جهانی سلامت است که طی آن وزرا و هیئتهای عالی‌رتبه سلامت ۱۹۴ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت (WHO) و بسیاری از سازمانها و نهادهای بین‌المللی سلامت در اواسط ماه می در ژنو -مقر اصلی سازمان جهانی بهداشت و برخی دیگر از سازمانهای بین‌المللی- حضور می‌یابند و بنابراین بهترین زمان و مکان برای مراودات بین‌المللی حوزه سلامت و به عبارت بهتر دیپلماسی سلامت است. مجمع جهانی سلامت، بنا به تعبیر رایج، «لیگ جهانی سلامت» است. بنابراین تنظیم دیدارهای دوجانبه وزیر و اعضای هیئت عالی‌رتبه همراه، که همواره در طول هشت سال مأموریت اینجانب در حوزه بین‌الملل سلامت، با برنامه ریزی قبلی و تدابیر خاص و با وسواس فراوان انتخاب می‌شدند، از حدود سه ماه قبل از مجمع جهانی سلامت، یعنی از بهمن ماه، صورت می‌گرفت، و سپس مذاکرات و مکاتبات لازم با وزارت امور خارجه و بویژه با همتایان در کشورهای مورد نظر بصورت مستمر ادامه می‌یافت تا برنامه اولیه

تنظیم گردد. در کنار بررسی اسناد مجمع، که خود برنامه‌ای جامع و پیچیده است، برنامه ریزی مذاکرات و ملاقاتها در روزهای پایانی منتج به مجمع جهانی سلامت، با همکاری تنگاتنگ نمایندگی کشورمان در مقر دفتر ملل متحد و سازمانهای بین‌المللی در ژنو، بصورت فشرده ادامه می‌یافت و نهایتاً بعضاً در حین برگزاری مجمع، با توجه به حضور برخی وزرا و هیئتهای عالی‌رتبه سلامت کشورها، دیدارها نهایی میشد. در کنار ملاقاتهای دو یا چندجانبه برنامه‌ریزی شده، ملاقاتهای متعدد و گاه خارج از شمارش با مدیران ارشد سازمان جهانی بهداشت، بمنظور ارتقاء سلامت مردم کشور و منطقه بنابه درخواست یکی از طرفین در لابی‌ها و یا اتاق جلسات متعدد «کاخ ملل» و یا حتی هنگام استراحت بین جلسات و با صرف چای، بصورت کاملاً غیر رسمی، با محتوای گفتگوهای بسیار مهم و سازنده صورت می‌گرفت. غرض از بیان این موارد آنست که برای رسیدن به اهداف والای سلامت مردم، برای تامین امکانات و یا برخورداری از حمایت‌های فنی سازمان جهانی بهداشت، ضرورت دارد از تمام ظرفیت «دیپلماسی سلامت» استفاده شود و این ظرفیت‌ها را در بیشتر مواقع می‌بایست در شکل و شمایل و در چارچوبهای غیر رسمی و فارغ از آداب معمول تشریفات رایج دیپلماتیک، جستجو کرد.

تجارب بیشمار کاربرد دیپلماسی سلامت در حوزه بین‌الملل نظام سلامت (وزارت بهداشت) در همان دوره، بیانگر این موضوع است که برنامه‌های سلامت چه در قالب ملی و چه فراملی، بصورت فزاینده‌ای متأثر از بکارگیری تدابیر و ابتکارات «دیپلماسی سلامت» است. اقدامات برجسته جهانی، منجر به عضویت ایران در هیئت مدیره آژانس بین‌المللی سرطان، عضویت در کارگروه جهانی کنترل بیماری‌های غیرواگیر، ریاست بسیار مؤثر ایران بر اجلاس داروهای غیراستاندارد، راه‌اندازی و عضویت کشورمان در اتحاد جهانی علیه بیماری‌های غیرواگیر (اینجانب) و نهایتاً انتخاب ایران بعنوان ریاست اجلاس ذینفعان کنوانسیون منع دخانیات در یک دوره شش ساله گردید.

علیرغم همه اقدامات، یک موضوع، بسیار آزاردهنده بود و آن اینکه برخی کشورهای پیشرفته بدلیل سرمایه گذاری موثر بر تربیت «دیپلمات سلامت» روند مذاکرات و تصمیم سازیها را همواره در سمت علایق و منافع کشورشان ترسیم و تعریف می کردند و طبعا گسترش منافع تعریف شده بسمت کشورهای در حال توسعه و بویژه منظور نمودن علایق نظام سلامت کشورمان در چارچوب های تصمیم گیری، بدون داشتن «دیپلمات سلامت» بسیار سخت و گاه حتی نشدنی، بوده و هست. بر همین مبنا تلاش هایی برای برگزاری کارگاهها و یا حتی دوره های کوتاه مدت در زمینه دانش افزایی دیپلماسی سلامت توسط حوزه بین الملل وزارت بهداشت و برخی دانشگاه ها شروع شد اما تبلور این آرزوی نسبتا تاریخی، در پیگیری «دوره دکتری تخصصی دیپلماسی سلامت» به همت معاونت بین الملل دانشگاه علوم پزشکی ایران و نهایتاً تصویب آن در وزارت بهداشت در خرداد ۱۴۰۲ بود.

از مدتها پیش تدوین و ترجمه برخی منابع برای دیپلماسی سلامت، آغاز شده است و همکار جوان و فرهیخته و پرتلاش، آقای دکتر علی نعمتی، که چند سالی را در دوره دانشجویی دکتری و پس از آن، در حوزه بین الملل، تجارب ذیقیمتی را فرا گرفته اند، کتاب «راهنمای دیپلماسی سلامت جهانی» که توسط تنی چند از چهره های شاخص دیپلماسی سلامت مانند خانم دکتر ایلونا کیکبوش، چهره ثابت بسیاری از اقدامات موثر سلامت جهانی، و آقای دکتر هیک گریگوریان (وزیر سابق بهداشت ارمنستان و رییس اجلاس کنوانسیون کنترل دخانیات) تألیف و تدوین شده است را شروع به ترجمه کردند. در دوره ای سه ماهه، باتفاق دکتر نعمتی، تمام موارد را مرور و مورد بحث و فحص قرار دادیم و اکنون با اضافات و تعلیقات، بصورت مجموعه حاضر تقدیم خوانندگان گرانقدر می گردد.

این کتاب در سه بخش ساختار یافته است و به موارد زیر می پردازد: (الف) مبانی (ب) ویژگی های مذاکرات سلامت در فضای چندجانبه و (ج) عوامل موفقیت دیپلماسی

سلامت جهانی. اطلاعات مفصل در فصل‌های مختلف هر بخش ارائه شده است. از آنجا که برخی از جنبه‌ها (اسناد، انسجام در دیپلماسی، نقش سازمان‌های کلیدی) به بخش‌های مختلف این کتاب مرتبط است، نویسندگان همپوشانی‌های خاصی را در متن ایجاد کرده‌اند و منابع لازم اضافه شده‌اند. همچنین کادرهای بسیار پر محتوا و غنی در متن برای موضوعات خاص نوشته شده است. البته بهتر بود که نویسندگان به سازوکار منطقه‌ای و حتی کشوری سازمان جهانی بهداشت نیز اشاره می‌کردند، گرچه فراگیران دکتری تخصصی دیپلماسی سلامت و سایر علاقمندان می‌بایست علاوه بر این سازوکارها، روش و دستورکار سایر سازمان‌های بین‌المللی مرتبط با سلامت را نیز در مجموعه «دیپلماسی سلامت جهانی» فراگیرند.

دکتر محسن اسدی لاری

استاد گروه اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران

Translation Disclaimer

This publication is the translation in Persian of *A Guide to Global Health Diplomacy: Better Health – Improved Global Solidarity – More Equity*, by Ilona Kickbusch, Haik Nikogosian, Michel Kazatchkine and Mihály Kökény, published on 18 February 2021 by the Global Health Centre of the Geneva Graduate Institute and available in open access at <https://repository.graduateinstitute.ch/record/298891>. The English version is the original version. The Geneva Graduate Institute assumes no liability for any errors, omissions or ambiguities in the Persian translation.

بخش اول

مبانی

فصل اول:

دیپلماسی سلامت در سیستم چند سطحی در حال تغییر

۱.۱ دیپلماسی در دنیای در حال تغییر

دیپلماسی قرن هاست که اجرا می‌شود و در طی آن تغییرات چشمگیری داشته است. در دهه گذشته، دیپلماسی به بخش تشکیل‌دهنده سیستم حکمرانی جهانی تبدیل شده است که مکان‌ها و بازیگران مختلفی را در برمی‌گیرد. این موضوع با تغییرات اساسی ناشی از اهداف توسعه پایدار (SDGs) و نیاز روزافزون به دیپلماسی بحران تقویت شده است. مهم‌ترین تغییر، فاصله‌گیری از تمرکزگرایی به سوی تحقق اهداف مشترک جهانی است که تنها در صورت همکاری همه کشورها امکان‌پذیر است، پاندمی کووید-۱۹ این موضوع را به واضح مشخص کرد.

با وجود این تغییرات، سه ویژگی کلیدی تعیین‌کننده دیپلماسی یعنی نمایندگی کشور (سفارت)، ارتباطات و مذاکره^۱ دست‌نخورده باقی مانده است. دیپلماسی چندجانبه با برگزاری کنگره‌های موردی^۲ اروپا در قرن هفدهم برای مذاکره جنگ و صلح بین کشورهای مستقل^۳ آغاز شد. در سال ۱۹۱۹ منجر به ایجاد اولین سازمان امنیت جمعی به نام اتحاد ملل^۴ شد. در پایان جنگ جهانی دوم (۱۹۴۸)، دیپلماسی چندجانبه با تأسیس سازمان ملل متحد (UN) با قوت بیشتری نهادینه شد. یکی از سازمان‌های وابسته به ملل متحد که مدت کوتاهی پس از تأسیس سازمان ملل ایجاد شد، سازمان جهانی بهداشت

1 -Representation, Communication and Negotiation

2 - ad hoc congresses

3 - Sovereign States

4 -League of Nations

(WHO) بود که کار خود را در سال ۱۹۴۸ در شهر ژنو، سوئیس آغاز کرد. با گذشت زمان، بسیاری از سازمان‌های چندجانبه دیگر برای سلامت ایجاد شدند، اما سازمان جهانی بهداشت همچنان سازمان تنظیم‌کننده هنجار (نرم) برای سلامت است. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، سلامت را به عنوان حق انسانی تعریف می‌کند و این یک اصل راهنمای برای سایر سازمان‌های سلامت محور هست (به کادر ۷ مراجعه کنید).

تأثیرات اقتصادی و امنیتی فرامرزی در حوزه‌های مانند محیط‌زیست و سلامت به وضوح نشان داد که مسائل مورد مذاکره و بحث، دیگر در سطح ملی قابل حل نیستند. از آنجایی که این حوزه‌ها که قبلاً تحت عنوان «سیاست نرم»^۱ در سیاست خارجی و دیپلماسی اهمیت پیدا کرده بودند، انواع جدیدی از توافق‌نامه‌ها، اسناد و سازمان‌های بین‌المللی در پاسخ به آن ایجاد شد. به عنوان مثال، توافق‌نامه پاریس در مورد تغییرات اقلیمی (۲۰۱۵)، مقررات بین‌المللی سلامت (۲۰۰۵)، گلوبال فاند برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (۲۰۰۲) و اخیراً در سال ۲۰۲۰، تسهیلات کوواکس^۲ که یک مکانیسم جهانی اشتراک‌گذاری خطر برای تدارک ادغام و توزیع عادلانه واکسن‌های کووید-۱۹ هست.



1 - Soft Policy
2 - COVAX

چندجانبه‌گرایی تعاریف بسیاری دارد. در اصل یک ساختار حکمرانی برای رسیدگی به مشکلات مشترک است. چندجانبه‌گرایی بر مجموعه‌ای از اصول مشترک استوار است که روابط بین طرفین را هدایت و شامل قوانین رفتاری توافق شده هست. چندجانبه‌گرایی اغلب به شکل عضویت در سازمان‌های بین‌المللی است، اما این تنها شکل آن نیست. چندجانبه‌گرایی جهانی شامل دولت‌ها به‌عنوان مثال اعضای سازمان ملل متحد است؛ چندجانبه‌گرایی منطقه‌ای که دولت‌ها را در مناطق جغرافیایی خاص گرد هم می‌آورد؛ چندجانبه‌گرایی مبتنی بر ارزش‌ها شامل سازمان‌هایی مانند ناتو یا اتحادیه اروپا و پیشنهادات برای ایجاد ارگان‌های جدید که مبتنی دموکراسی‌ها هستند و "چندجانبه‌گرایی کوچک"^۱ که گروه‌های کوچکی از دولت‌ها ("باشگاه‌ها"^۲) مانند گروه ۲۰ و کشورهای بریکس^۳ را برای مقابله با مشکلات خاص گرد هم می‌آورد، نمونه‌های از چندجانبه‌گرایی می‌باشند.

چندجانبه‌گرایی در مقابل دوجانبه‌گرایی و یک‌جانبه‌گرایی قرار دارد و دولت‌ها باید تصمیم بگیرند که کدام‌یک از این راهبردها را در سیاست خارجی خود برای مقابله با یک چالش خاص اتخاذ کنند. دوجانبه‌گرایی به معنای تعامل فقط با یک کشور دیگر است، درحالی‌که یک‌جانبه‌گرایی به معنای اقدام به‌تنهایی بدون توجه به کشورهای دیگر است.

اصطلاحات دیگری در مذاکرات تجاری، موافقت‌نامه‌های چندجانبه به‌عنوان مثال معاهده بین تعداد محدودی از دولت‌ها با منافع خاص در موضوع معاهده، نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند. درنهایت، «دیپلماسی کثرت‌گرا»^۴ به مشارکت بسیاری از

1 - Minilateralism

2 - Clubs

3 - BRICS

4- Polyilateral diplomacy

بازیگران غیردولتی در فرآیندهای دیپلماتیک اشاره دارد، همان چیزی که عرصه دیپلماسی معاصر را کثرت‌گرا، پویا و پیچیده می‌کند. این موضوع همچنین به‌عنوان دیپلماسی چند ذینفعی نیز شناخته می‌شود اصطلاحی که در این کتاب استفاده می‌شود. این کتاب بر دیپلماسی سلامت در سازمان‌های بین‌المللی و سایر سازمان‌ها که هدف آن‌ها حل چالش‌های سلامت جهانی است، تمرکز دارد. با این حال، چندجانبه‌گرایی به موضوعاتی اشاره می‌کند که اغلب به‌عنوان نظم بین‌المللی لیبرال از آن یاد می‌شود که در منشور سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۵ توسط ۵۰ کشور امضا شد. ارزش‌ها، هنجارها و اصول زیربنای این نظم عبارت‌اند از: اقتصاد آزاد، روابط بین‌المللی مبتنی بر قوانین، همکاری مبتنی بر امنیت، استقبال از اصلاحات و تغییر، همبستگی بر اساس مدل لیبرال دموکراسی (Ikenberry, 2018).

سازمان ملل متحد امروز ۱۹۴ کشور را در برمی‌گیرد. مجموعه‌ای جدید و رو به رشد از بازیگران در سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی ظهور کرده‌اند و اکنون بخشی از تصمیم‌گیری‌های جهانی هستند. در دهه گذشته در حالی که نهادهای چندجانبه موازی جدیدی ایجاد شده‌اند شاهد تغییرات عمده در قدرت ژئوپلیتیکی بوده است. فناوری‌های ارتباطی جدید پیشرفت مهم دیگری است که اکنون در سراسر جهان وجود دارند و به‌طور قابل توجهی بر مذاکرات تأثیر می‌گذارند.

با وجود اینکه سیستم چندجانبه کنونی در حال فعالیت است اما چالش‌های جهانی رو به رشد و مرتبطی وجود دارند که باید حل شوند: برخی به مبانی ایدئولوژیک، عدم توازن قدرت و عدم فراگیری آن انتقاد می‌کنند. برخی خواهان شفافیت و پاسخگویی بیشتر به عموم مردم هستند. در حالی که برخی دیگر شکست این سیستم را در انجام اقدامات قاطع در پاسخ به بحران‌های بزرگ مانند فقر، مهاجرت و تغییرات اقلیمی را محکوم می‌کنند؛ اما موضوع نگران‌کننده‌تر این است که موج جدیدی از ناسیونالیسم، ماهیت و ضرورت

آن را به چالش می‌کشد. ایالات متحده آمریکا که پس از جنگ جهانی دوم کمک زیادی به ایجاد سیستم چندجانبه کرد، در دوران دولت ترامپ از تعدادی از سازمان‌های بین‌المللی، فرآیندهای چندجانبه و توافق‌های بین‌المللی فاصله گرفت. احتمالاً این امر توسط دولت جدید بایدن برعکس شود. همه این تحولات بر نظام دیپلماسی چندجانبه، بر روابط بین بازیگران درگیر و نقش دیپلمات‌ها تأثیر گذاشته است. پاندمی کووید-۱۹ چالش‌های را که نهادهای چندجانبه با آن مواجه و نقش محوری این نهادها را دریافتن راه‌حل‌های مشترک برای مشکلات مشترک را برجسته کرده است.

۱.۲ سیاسی شدن سلامت جهانی

در سال ۲۰۰۷، گروهی از وزرای خارجه از هفت کشور موافقت کردند که «تأثیر بر سلامت را به‌عنوان نقطه عزیمت و نظرگاه تعیین‌کننده لحاظ نمایند که هر یک از کشورهای گروه هفت، از آن برای بررسی عناصر کلیدی سیاست خارجی و راهبردهای توسعه استفاده کنند و در بحث‌ها در مورد چگونگی برخورد با گزینه‌های سیاستی از این منظر به گفتگو بپردازند»^۱.

۱۰ سال بعد از آن، ارتباط بین سلامت جهانی و سیاست خارجی پویاتر شده و پیامدهای مثبت و منفی برای سلامت به همراه داشت. سلامت جهانی در حال حاضر جزء برنامه‌های سیاست خارجه بسیاری از کشورها، به‌ویژه در رابطه با توسعه اقتصادی و اجتماعی، امنیت، امور بشردوستانه، عدالت اجتماعی، حقوق بشر و مدیریت بحران جهانی هست. تعداد مذاکرات سلامت چندجانبه، ابزار و اسناد، سازمان‌ها و مکان‌ها به‌طور قابل توجهی

1 - The Oslo Ministerial Declaration, entitled "Global health: a pressing foreign policy issue of our time", was issued on 20 March 2007 by the Ministers for Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand.

افزایش یافته است. اکنون سلامت بخشی از مذاکرات جهانی مربوط به غذا، اقلیم، انرژی هست و در اجلاس‌های بزرگ جهانی و منطقه‌ای مورد بحث قرار می‌گیرد.

به لطف تصویب اهداف توسعه پایدار در سپتامبر ۲۰۱۵ و گنجاندن سلامت در مذاکرات گروه هفت (G7) و گروه بیست (G20) دیپلمات‌های سلامت باید بتوانند در زمینه‌ها و نهادهای بسیار متنوع که رویکردهای کاملاً متفاوتی را می‌طلبند، مذاکره کنند. این تحولات نشان‌دهنده این است که دیپلماسی سلامت، مانند هر دیپلماسی، همیشه سیاسی است. متخصصان سلامت جهانی نسبت به آنچه آن را سیاسی کردن سلامت می‌دانند محتاط هستند، اما تصور اینکه می‌توان از آن اجتناب کرد یک توهم است. مشارکت فزاینده رهبران و بازیگران سیاسی در مسائل سلامتی در واقع می‌تواند در دو جهت عمل نماید: می‌تواند عامل تعیین‌کننده در جلب حمایت سیاسی از سلامت جهانی باشد، یا از طرف دیگر، چنانچه دستور کارهای تحدیدکننده در زمینه‌های ژئوپلیتیک یا ایدئولوژیک چیره شود، می‌تواند سلامت جهانی را تضعیف کند. هر دو نوع اثر را می‌توان در طول پاندمی کووید-۱۹ مشاهده کرد. فرسایش هنجارهای مشترک، منجر به مذاکرات بسیار دشوار می‌شود و علاوه بر آن، اختلاف نظر در سایر سیاست‌های کشورها، برای مثال، موضع لیبرال در مقابل یک موضع محدودکننده در مورد مهاجرت یا حقوق زنان، اغلب تأثیر زیادی بر مذاکرات سلامتی در سطح جهانی دارد و رسیدن به اجماع را دشوار می‌کند.

نمونه‌هایی از تأثیرات مثبت و منفی سیاسی شدن سلامت وجود دارد به طور مثال: نشست‌های اخیر گروه بیست (G20) و گروه هفت (G7) (به کادر ۲ مراجعه کنید)، مذاکرات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سازمان جهانی بهداشت، مذاکرات پوشش همگانی سلامت در سازمان ملل متحد، مذاکرات حقوق سلامت پناهندگان در سازمان بین‌المللی مهاجرت و اخیراً مذاکرات در شورای امنیت سازمان ملل که منجر به تصویب

قطعه‌نامه جدیدی در مورد خشونت جنسی شد که در تمامی این موارد، اهداف سلامت به دلیل مواضع سیاسی ملی کم‌رنگ شد.

شرایط زمینه‌ای خاص ملی و ژئوپلیتیکی همیشه در دیپلماسی سلامت مهم بوده است. در طول جنگ سرد بین اتحاد جماهیر شوروی سابق و ایالات متحده (و متحدان آنها)، تضاد ایدئولوژیک بخش جدایی‌ناپذیر از مذاکرات در سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت، به‌ویژه مذاکرات مربوط به نقش دولت یا بخش خصوصی در تأمین مراقبت سلامت بود. از دهه ۱۹۹۰، موقعیت‌های زبان‌آور برای پیشرفت سلامت جهانی، مستقیماً با منافع اقتصادی و صنایع (به‌عنوان مثال، دخانیات و داروها) و همچنین حق ثبت اختراع و حقوق مالکیت فکری، ارتباط تنگاتنگی دارند. تقریباً همه کشورهای عضو از مذاکرات سلامت برای ارتقای سیاست صنعتی یا منافع اقتصادی خود استفاده می‌کنند، اما به‌ندرت این کار را بصورت اشکار در چارچوب سازمان‌های سلامت‌محور انجام می‌دهند و به‌جای آن ترجیح می‌دهند به استدلال‌های سلامتی یا بشردوستانه استناد کنند.

از اوایل سال ۲۰۲۰، تنش‌های ژئوپلیتیکی بین چین و ایالات متحده به یک عامل تعیین‌کننده در دیپلماسی سلامت تبدیل شده است که پیامدهای گسترده‌ای دارد. این تنش‌ها در طول پاندمی کووید-۱۹، زمانی که ایالات متحده قصد خود را برای خروج از سازمان جهانی بهداشت (WHO) اعلام کرد، به اوج رسید. از سوی دیگر، تهدید ناشی از کووید-۱۹ عموماً چندجانبه‌گرایی و همکاری در اروپا را تسریع کرد حتی با وجود بسته شدن مرزها، سیاست‌های حمایت از کالای داخلی و محدودیت‌های تجاری که در زمان واکنش اولیه به پاندمی، غالب بود. اکنون که ایالات متحده کناره‌گیری خود از سازمان‌های بین‌المللی را لغو کرده و به تعهد خود نسبت به سازمان جهانی بهداشت قوی عمل می‌کند، فرصت‌های جدیدی برای تقویت چندجانبه‌گرایی پدیدار می‌شود.

واضح است که به دلیل تغییر در ایدئولوژی و قدرت ژئوپلیتیکی، دیگر نمی توان توافق‌ها، اعلامیه‌ها، مواضع و رویکردهای اتخاذشده از طریق مذاکرات چندجانبه در گذشته را، بدیهی تلقی کرد، درگیری‌های مداوم در مورد مسائل حقوق بشر نمونه‌ای از این موارد است. نمایندگان جامعه مدنی و جوامع محلی انتظار دارند که مواضع و نگرانی‌های آن‌ها در مذاکرات رسمی، مورد توجه قرار گیرد. رسانه‌های اجتماعی بحث‌های گسترده‌تر و مشارکت عمومی بیشتر در امور جهانی را تشویق کرده‌اند، اما در برخی موارد، به کاهش اعتماد به سیستم بین‌المللی یا تقویت نظریه‌های توطئه در مورد اینکه چه کسی اولویت‌های جهانی را تعیین می‌کند، کمک کرده‌اند. این موضوع می‌تواند مشکلات قابل توجهی برای کار فنی و مبتنی بر شواهد سازمان‌های سلامت و برای رویکرد اجماع‌محوری به دیپلماسی سلامت در ارگان‌های حکمرانی سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت (WHO) ایجاد کند؛ بنابراین رسانه‌های اجتماعی باید به‌عنوان عنصر جدید بالقوه مهم در دیپلماسی و سیاست‌گذاری مورد توجه قرار گیرند.

چالش‌های دیپلماسی سلامت در دنیا در حال تشدید است، زیرا در نتیجه بحران کووید-۱۹، دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت تا سال ۲۰۳۰ بسیار بعید است. در واقع، وظیفه اصلی برای آینده نزدیک، جبران خسارات ناشی از اثرات مخرب کووید-۱۹ و برخی از اقدامات انجام‌شده برای مبارزه با پاندمی هست.

۱.۳ حرکت به سمت دیپلماسی چندجانبه

روند مذاکرات اهداف توسعه پایدار یک پیشرفت مفهومی و سیاسی بود که منجر به گسترش قابل توجهی در دیپلماسی چندجانبه با تمرکز بر چالش‌های جهانی در چارچوب سازمان ملل شد. در تصویب دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار در سپتامبر ۲۰۱۵، اعضای سازمان ملل متحد کشورها بر روی مجموعه‌ای از ۱۷ هدف به هم وابسته به توافق

رسیدند که برای کل جامعه جهانی اعمال می‌شود. هدف ۱۷ به‌طور خاص نیاز به مشارکت جهانی قوی برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار را مشخص کرده است.

ثابت شده است که سلامت جزء جدایی‌ناپذیر و نتیجه هر یک از اهداف توسعه پایدار است که مورد مذاکره قرار گرفته است. این امر نقش محوری تداوم دیپلماسی سلامت را در هر دور از مذاکرات مانند مذاکرات کنفرانس تغییرات اقلیمی سازمان ملل در دسامبر ۲۰۱۹ یا نشست‌های سالانه مجمع سیاسی در سطح عالی در مورد توسعه پایدار برای ارزیابی پیشرفت اهداف توسعه پایدار بیان می‌دارد. به‌عنوان نتیجه، دستور کار سلامت جهانی اکنون به‌عنوان چالش مشترک برای همه کشورها (نه صرفاً به‌عنوان موضوع همکاری در توسعه) تلقی می‌شود.

پویایی مذاکرات اهداف توسعه که منجر به تصویب اهداف توسعه هزاره (MDGs) در سال ۲۰۰۰ شد کاملاً متفاوت از فرآیند تصمیم‌گیری در اواخر دهه ۱۹۹۰ بود. از همان ابتدا، مذاکرات اهداف توسعه نقش دیپلمات‌ها را تغییر داد. در سازمان ملل یک فرآیند جدید مذاکره بر اساس گروه‌های آزاد کاری ایجاد شد. کرسی‌ها بر اساس مناطق تعیین و بین چندین کشور تقسیم می‌شود و گروهی از تسهیلگران مشترک ایجاد شد. همه این‌ها پویایی قدرت را تغییر داد و به کشورهای در حال توسعه صدای بسیار قوی‌تری داد: آن‌ها توانستند مسیری برای شکل‌دهی به برنامه‌های آینده را رهبری کنند.

جامعه مدنی، دانشگاه، شبکه‌های سیاست‌گذاری، اتاق‌های فکر، بخش خصوصی و بسیاری از ائتلاف‌های تازه تشکیل شده در یک فرآیند فراگیر جدید (بدون سابقه)، شرکت کردند که از آن به‌عنوان «چندجانبه‌گرایی جدید» یا دیپلماسی ذینفعان یاد می‌شود. این حرکت به سمت دیپلماسی چند ذینفعی^۱ در یک سیستم چندلایه که در

1 - Multi-stakeholder

ابتدا تقریباً منحصرأً برای کشورها طراحی شده بود، در بیشتر حوزه‌های سیاست‌گذاری بین‌المللی از جمله سلامت جهانی، سرعت گرفته است. تغییرات همراه با موازنه قدرت و نقش دیپلمات‌ها و دیگر بازیگران با تعدد فرایندهای ارتباطی که توسط فناوری‌های جدید امکان‌پذیر شده است، تقویت شده است.

منشور سازمان ملل متحد از سال ۱۹۴۵ بیان می‌دارد که شورای اقتصادی و اجتماعی باید مشورت با سازمان‌های غیردولتی (NGO) را در نظر بگیرد. تعداد این بازیگران و میزان مشارکت آن‌ها با گذشت سال‌ها افزایش یافته است. مشارکت بازیگران غیردولتی اکنون بسیار فراتر از مشورت است (همان‌طور که در اصل در منشور سازمان ملل پیش‌بینی شده بود) و شامل تعیین دستورکارها، مشارکت در مذاکرات و همکاری در توسعه استانداردها می‌شود. فرآیند فراگیر و جامع مذاکرات اهداف توسعه به معیار مشارکت چند ذینفعی تبدیل شده است و همچنان در سیستم سازمان ملل بکار گرفته می‌شود. در واقع، اکنون فراگیری وسیعی از همه فرآیندهای چندجانبه در دیپلماسی سلامت انتظار می‌رود. علاوه بر این، اهداف توسعه از یک سو یک رابط قوی جدید بین اهداف و فرآیندهای چندجانبه و از سوی دیگر اجرا در سطح ملی را بیان می‌دارد. اهداف توسعه (به‌ویژه هدف ۱۷) تأکید می‌کند که مشارکت‌ها باید اجرا را، در تمامی سطوح حکمرانی هدایت کنند. مشارکت عمومی و مشارکت‌های نوآورانه که با رویکرد کل دولت و کل جامعه تسهیل می‌شوند و با افزایش ابزارهای ارتباط دیجیتال پشتیبانی می‌شوند، همچنان جزء ضروری دیپلماسی چندجانبه است که از طریق اهداف توسعه ایجاد شده است.

جلسات مهم در سطح عالی سازمان ملل متحد در حال حاضر دربرگیرنده نشست‌های چندجانبه در روند آماده‌سازی برای ارائه نظرات برای مذاکرات بعدی بین دولت‌ها می‌باشند. جامعه مدنی و نمایندگان جامعه فرصت‌های جدید برای مشارکت و شنیده شدن فراهم کرده‌اند. علی‌رغم برخی تلاش‌ها برای بهبود، سازمان جهانی بهداشت

(WHO) هنوز از نظر مشارکت جامعه مدنی در فرآیندهای بدنه حکمرانی خود از اکثر سیستم‌های سازمان ملل عقب‌تر است. با این حال، برخی از کشورهای عضو اکنون نمایندگان جامعه مدنی و نمایندگان جوانان را در نمایندگی‌های سازمان جهانی بهداشت خود می‌گنجانند. با این حال، در برخی موارد، روابط دولت و جامعه مدنی بدتر شده است و برخی از مفسران را بر آن داشته است که از "فضای محدود و مسدود"^۱ برای سازمان‌های جامعه مدنی صحبت کنند. فشاری که بر این گونه سازمان‌ها اعمال می‌شود شامل محدودیت‌های مالی برای کمک‌های خارجی، موانع تراشی برای ثبت نام، مداخله در امور داخلی آن‌ها و سایر اشکال تراشی است.

رویکرد چندجانبه به دیپلماسی مورد حمایت سازمان ملل، به بخش خصوصی دسترسی بی‌سابقه‌ای برای شرکت جلسات سازمان ملل و مذاکرات آن داده است. این امر در میان برخی از اعضای جامعه مدنی که نگران احتمال نفوذ ناروا توسط منافع تجاری و کسب و کار هستند، با تردید خاصی نگرسته می‌شود. با این حال در سلامت جهانی، بخش خصوصی نیز به عنوان بخشی از سازوکارهای حکمرانی جدید سازمان‌های بین‌المللی مانند اتحاد واکسن (Gavi) یا گلوبال فاند برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا فعالیت می‌کند. (به کادر ۱۰ و کادر ۱۱ مراجعه کنید).

یک پیشرفت جدید، گسترش فعالیت جهانی شهرها و مقامات آن‌ها است (به کادر ۱۶ مراجعه کنید). شهرداران به‌طور فزاینده‌ای شهرهای خود را در صحنه جهانی نمایندگی و مدیریت می‌کنند و سازمان‌های بین‌المللی به آن‌ها کمک می‌کنند. دیپلماسی شهری در ابتدا در مورد ارتقای شهرها بود، اکنون شامل مشارکت در شکل‌دهی و اجرای توافق‌نامه‌های بین‌المللی می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها موافقت‌نامه پاریس برای مبارزه با تغییرات اقلیمی است. مقامات شهری در حال حاضر همچنین با سازمان جهانی بهداشت

1 - Shrinking space

در مورد مسائل سلامتی به عنوان مثال، در مبارزه با استعمال دخانیات تعامل دارند. نقش شهرها به عنوان قطب های جهانی در پاندمی کووید-۱۹ بیشتر برجسته شد.

۱.۴ فضاهای حکمرانی برای دیپلماسی سلامت

سازمان جهانی بهداشت نقش اصلی را در اداره سلامت جهانی ایفا می کند این سازمان مرجع پیشرو برای اقدامات سلامت بین المللی است. با این حال، در دهه های اخیر، سایر سازمان ها و ارگان ها به طور قابل توجهی (چه به طور مستقیم یا غیرمستقیم) در مسائل سلامت جهانی شروع به مشارکت کرده اند که منجر به پیچیدگی و حتی رقابت بیشتر شده است. محل^۱ مذاکرات ممکن است بر ترکیب نمایندگان ملی و تا حدودی بر جایگاه آن ها تأثیر بگذارد. در سازمان جهانی بهداشت (WHO)، وزارتخانه های بهداشت در خط مقدم اکثر هیئت های به عنوان نماینده کشورها حضور دارند، در سازمان ملل (وزارتخانه های خارجه)، در سازمان های توسعه (وزارتخانه ها و آژانس های توسعه درجایی که وجود دارند) و در سازمان تجارت جهانی (WTO)، وزارتخانه های بازرگانی حضور دارند. در عین حال، سازمان جهانی بهداشت (WHO) مشارکت خود را در طیف وسیعی از مکان ها برای مذاکرات سلامتی گسترش داده است و تعداد بازیگرانی که با آن ها همکاری می کند و مسائلی که به آن می پردازد را افزایش داده است. این میدان پیچیده را می توان به سه "فضای حکمرانی" همپوشانی تقسیم کرد:

1 - Venue

سیستم سلامت جهانی: سطوح حکمرانی

حکمرانی جهانی برای سلامت

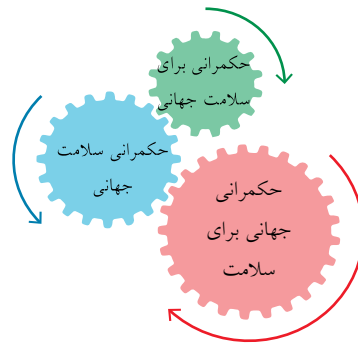
سلامت در چارچوب سازمان‌های جهانی غیر مرتبط با سلامت

حکمرانی سلامت جهانی

حکمرانی سازمان‌های اختصاصی سلامت و سازمان‌های مرتبط

حکمرانی برای سلامت جهانی

حکمرانی در سطح ملی و منطقه‌ای در حمایت از برنامه‌های سلامت جهانی



حکمرانی سلامت جهانی^۱ عمدتاً به آن نهادها و فرآیندهای حکمرانی اشاره دارد که بر اساس یک دستور صریح سلامتی عمل می‌کنند: مانند سازمان جهانی بهداشت در درجه اول و مهم‌تر از همه، همراه با چند سازمان دیگر با دستورات محدودتر (هرچند هنوز صریح) سلامتی مانند برنامه مشترک سازمان ملل متحد در مورد اچ ای وی/ایدز (UNAIDS)، گلوبال فاند و اتحاد واکسن (Gavi).

یکی از جنبه‌هایی که اغلب نادیده گرفته می‌شود، نقش کلیدی دبیرخانه‌های این سازمان‌ها است که اعضای آن بخشی از یک نظام خدمات مدنی بین‌المللی هستند. طیف وسیعی از سایر بازیگران فعال سلامت جهانی وجود دارد که بسیاری از آن‌ها در ژنو به‌عنوان پایتخت سلامت جهانی، کار می‌کنند. علاوه بر این، در پاسخ به چالش‌های

1 - Global Health Governance

نوظهور، چندین سازمان جدید مبتنی بر شواهد ایجاد شده‌اند مانند ائتلاف برای نوآوری‌های آمادگی اپیدمی‌ک، یک مشارکت جهانی که در سال ۲۰۱۷ برای توسعه واکسن‌هایی باهدف جلوگیری از همه‌گیری‌های آینده راه‌اندازی شد. ساختارهای جدید حکمرانی به‌طور مشابه در پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ ایجاد شده است مانند دسترسی به ابزارهای شتاب‌دهنده کووید-۱۹، یک ابتکار گروه بیست (G20) که بسیاری از بازیگران فضای حکمرانی سلامت جهانی را باهدف غلبه بر مشکلات با حمایت از توسعه و توزیع عادلانه امکانات آزمایشی، درمان‌ها و واکسن‌های پاندمی، سریع‌تر گرد هم آورد.

کادر ۱: مذاکره در سازمان جهانی بهداشت

مذاکرات و تصمیم‌گیری در سازمان جهانی بهداشت (WHO) فرآیندی بین‌دولتی است که با دیپلماسی چندجانبه تکمیل می‌شود. درحالی‌که اهداف توسعه پایدار خواستار مشارکت گسترده‌تر بازیگران غیردولتی است، اکثر کشورهای عضو از نقش انحصاری دولت‌ها در تصمیم‌گیری سازمان جهانی بهداشت، به‌ویژه با توجه به اختیارات هنجاری و پیمان‌سازی سازمان حمایت می‌کنند.



کارکردهای اصلی سازمان جهانی بهداشت؟

شاکله اصلی مذاکره برای دیپلمات‌های سلامت در سازمان جهانی بهداشت شامل دو نهاد حاکم (مجمع جهانی سلامت و هیئت اجرایی) و بسیاری از پلتفرم‌های رسمی و غیررسمی است که ورودی‌ها را برای فعالیت آن‌ها ارائه می‌دهند. از آنجایی که سازمان جهانی بهداشت با حوزه‌های مختلف سروکار دارد، آگاهی از وظایف اصلی سازمان بسیار مهم است. ماده ۲ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت ۲۲ وظیفه را فهرست می‌کند که می‌توان آن‌ها را به شرح زیر خلاصه کرد:

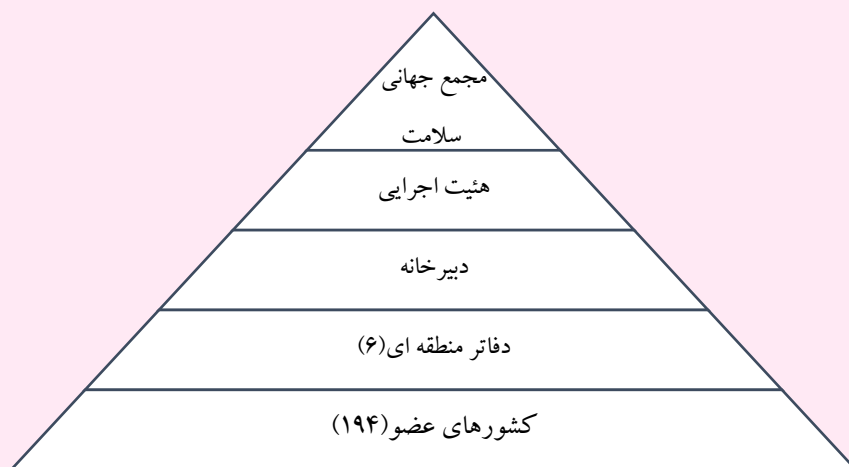
- ارائه رهبری در مورد مسائل حیاتی برای سلامت و مشارکت در مواقعی که اقدام مشترک لازم است.
- پیشنهاد کنوانسیون‌ها، موافقت‌نامه‌ها و مقررات و ارائه توصیه‌هایی در مورد مسائل سلامت بین‌المللی.
- تنظیم هنجارها و استانداردها و ترویج و نظارت بر اجرای آن‌ها.
- تدوین دستور کار پژوهشی برای تولید، انتقال و انتشار دانش ارزشمند.
- تبیین گزینه‌های اخلاقی و گزینه‌های سیاستی مبتنی بر شواهد؛
- ارائه پشتیبانی فنی، تسهیل‌کننده تغییر و ایجاد ظرفیت نهادی پایدار؛
- نظارت بر وضعیت سلامت جهانی و ارزیابی روند سلامت
- پاسخگویی به فوریت‌های سلامت.

تصمیم‌گیری در سازمان جهانی بهداشت

تصمیم‌گیری به‌طور رسمی بر اساس اصل «هر کشور یک رأی» اداره می‌شود. آیین‌نامه مجمع جهانی سلامت (مشکل از وزاری هر کشور) و تصمیمات هیئت اجرایی بر اساس توافق اکثریت مطلق است به‌غیراز تصمیم‌گیری در مورد مسائل مهم، مانند تصویب کنوانسیون‌ها یا موافقت‌نامه‌ها، اصلاحیه‌های اساسنامه و نیز تعلیق حق رأی یکی از اعضا که در این صورت رأی دوسوم از کشورهای اعضا لازم است.

با این حال، تقریباً تمام مذاکرات باهدف دستیابی به اجماع انجام می‌شود و در واقع تقریباً همه تصمیمات با اجماع اتخاذ می‌شوند. عملاً در سازمان جهانی بهداشت این به معنای اتخاذ تصمیم بدون رأی رسمی است. اجماع به معنای اتفاق نظر نیست، یعنی وضعیتی که در آن همه کشورهای عضو به طور رسمی یک تصمیم را پذیرفته باشند، بلکه به این معنی است که هیچ عضو فعالی با این تصمیم مخالفت نمی‌کند.

اتخاذ سیاست‌های جدید اغلب مستلزم یک فرآیند دشوار و طولانی اجماع سازی است. ممکن است لازم باشد که از متن پیش‌نویس عبارات حساس حذف شوند یا گزینه‌های سیاستی خاص کنار گذاشته شود تا از تصویب قطعنامه‌ای مطمئن شود که برای همه ۱۹۴ کشور عضو قابل قبول باشد. جلسات توجیهی و مشاوره برای حمایت از روند ایجاد اجماع سازی برگزار می‌شود این جلسات اغلب فقط برای کشورهای عضو است.



ساختار سازمانی

مذاکرات زمان‌بر است. از این حیث، تعیین اولویت‌ها در هنگام تنظیم دستور جلسه برای جلسات ساختارهای تصمیم‌گیر به دلیل تعداد زیادی از موضوعات نیازمند بررسی، عدم تمایل به خارج شدن برخی از موضوعات از دستور کار حتی در صورت عدم نیاز به اقدام جدید و زمان محدود برای بحث، همواره چالشی بزرگ بوده است. در سال‌های اخیر، قطعنامه‌های بیشتری به صورت

غیررسمی در جلسات که عمدتاً در میان نماینده‌های مستقر در ژنو برگزار می‌شوند، مورد مذاکره قرار گرفته‌اند.

قوانین مذاکره سازمان جهانی بهداشت را از کجا باید پیدا کرد؟

مهم‌ترین اساسنامه را می‌توان در کتابی در سازمان جهانی بهداشت با عنوان اسناد اساسی^۱ (آخرین نسخه در سال ۲۰۲۰ منتشر شد) یافت. این اسناد به‌طور منظم به‌روز می‌شوند شامل تمام اسناد قانونی سازمان، مانند اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، توافقنامه با سایر سازمان‌ها، مقررات مالی، چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی و مهم‌تر از همه، آیین‌نامه داخلی مجمع جهانی سلامت و هیئت اجرایی که جلسات منظم آن محل اصلی مذاکرات در سازمان جهانی بهداشت است. مجموعه آئین‌نامه‌های داخلی موارد زیر را بیان می‌کند:

- چگونگی تنظیم دستور کار

- نقش کارشناسان؛

- وظایف دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت؛

- اقداماتی که در جلسات عمومی و در کمیته‌ها انجام می‌پذیرد؛

- قوانین و مقررات رأی‌گیری.

اصلاح این اسناد قانونی، به‌ویژه اساسنامه، دشوار است، زیرا کشورهای عضو، به دلایل مختلفی تمایلی به کنار گذاشتن از وضعیت موجود به‌ویژه ماهیت بین‌دولتی حاکمیت سازمان جهانی بهداشت (WHO) ندارند. چالش‌های جدیدی در زمینه پاندمی کووید-۱۹ پدیدار شده است، زیرا تعداد زیادی از جلسات از جمله جلسات مجمع جهانی سلامت و هیئت اجرایی باید از راه دور برگزار می‌شد.

قوانین مذاکره سازمان جهانی بهداشت چه چیزی را منعکس می‌کند؟

قوانین عملیاتی نهادهای حکمرانی سازمان جهانی بهداشت، فضای سازمانی را برای اجرای تعهدات قانونی خود یعنی «عمل به‌عنوان مرجع هدایت و هماهنگ‌کننده فعالیت بین‌المللی سلامت» ایجاد کرده است (ماده ۲ (الف)).

نمونه‌هایی از مسائل حل نشده

دیدگاه بنیان‌گذاران این بود که سازمان جهانی بهداشت سازمانی که مظهر برتری در سلامت عمومی باشد؛ بنابراین آن‌ها می‌خواستند که اعضای هیئت اجرایی علیرغم اینکه توسط یک کشور عضو تعیین شده، در ظرفیت‌های شخصی خود نیز خدمت کنند. سیاسی شدن روزافزون بحث‌ها در داخل و پیرامون سازمان جهانی بهداشت در نهایت منجر به طرحی در پنجاه و یکمین جلسه مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ شد که خواستار آن شد که ماده ۲۴ اساسنامه تفسیر شود (اگرچه اصلاح‌نشده است) به این معنی که اعضای هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان نمایندگان دولت عمل کنند.

موضوع فوق، نشان‌دهنده کنش بین خواسته‌های سیاسی (اجتماعی-پزشکی) و خواسته‌های فنی است که طول تاریخ سازمان است. سازمان جهانی بهداشت بین خواسته‌های مختلف کشورهای عضو که انتظار دارند هنجاری، فنی و عملیاتی و همچنین از نظر سیاسی هوشیار باشد در کشمکش است. این خواسته‌های اغلب متناقض، زمانی قابل توجه هستند که سازمان به دنبال رسیدگی به علل ریشه‌ای مشکلات سلامتی، مانند عوامل اجتماعی و تجاری تعیین‌کننده سلامت است. همچنین باید بسیار مراقب باشد که درگیر تنش‌های بین کشورهای عضو نشوند (به‌عنوان مثال در طول بحران کووید-۱۹).

چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی^۱ (FENSA) که توسط مجمع بهداشت جهانی در شصت و ششمین نشست در ماه می ۲۰۱۶ تصویب شد اولین چارچوبی بین دولتی در سیستم سازمان ملل متحد است که مورد مذاکره قرار گرفته است. چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی وضعیت ناظر بودن بازیگران غیردولتی در روابط رسمی را مدون و تنظیم کرد، البته بدون تغییر اساسی قوانین اعمال‌شده از زمان مجمع سوم بهداشت جهانی که به سازمان‌های غیردولتی اجازه می‌دهد به‌عنوان ناظر شرکت کنند و بیانیه‌هایی را در جلسات نهادهای حکمرانی سازمان جهانی بهداشت ارائه دهند. کتابچه راهنمای اختصاصی در مورد چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی

1 - Framework of Engagement with Non-State Actors

در سایت سازمان جهانی بهداشت دسترس است. تعدادی از بازیگران غیردولتی از این چارچوب راضی نیستند و خواستار اصلاح آن هستند.

مشکلاتی در فرآیند تصمیم‌گیری وجود دارد. برای مثال، درخواست‌هایی مبنی بر برنامه‌ریزی جلسات ساختارهای تصمیم‌گیری برای مقاطع مختلف سال، عمدتاً به منظور جداسازی جلسات کمیته برنامه‌بودجه و اداری هیئت اجرایی از سایر جلسات هیئت اجرایی وجود داشته است. این امر به هیئت اجرایی زمان بیشتری برای واکنش به مسائل پیش‌آمده در جلسات کمیته برنامه‌بودجه می‌دهد. با این حال، این پیشنهاد هنوز عملی نشده است.

اثر بخشی تصمیم‌گیری در سازمان جهانی بهداشت به اراده سیاسی کشورهای عضو برای یافتن راه‌حل مشترک بستگی دارد. اختلافات اساسی بین کشورهای عضو به‌ویژه بین کشورهای قدرتمند، می‌تواند تصمیم‌گیری سیاسی در سازمان جهانی بهداشت را با مشکل مواجه کند، اگرچه سازمان اغلب قادر است عملکرد هنجاری خود (تنظیم هنجارها و استانداردهای فنی) را حفظ کند. زمانی که سازمان جهانی بهداشت راه‌اندازی شد، یافتن راهی برای ادغام سازمان بهداشت پان آمریکا (PAHO) موجود در نهاد جدید ضروری بود این منجر به این شد که سازمان جهانی بهداشت (WHO) دارای فدرالیستی‌ترین ساختار در بین سایر آژانس‌های سازمان ملل باشد و مدیران مناطق شش‌گانه مستقیماً توسط کشورهای عضو در مناطق مربوطه انتخاب شوند. شش کمیته منطقه‌ای (متشکل از وزاری بهداشت همان منطقه) نهاد مهم تصمیم‌گیری هستند. در دوره‌هایی از تاریخ سازمان که دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت ضعیف تلقی می‌شد، وجود شش منطقه این‌یک سرمایه و پشتوانه قوی بود. با این حال، نگرانی‌هایی در مورد ناکارآمدی ساختار منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت، به‌ویژه در رابطه با واکنش اضطراری، مطرح شده است. پس از شیوع ابولا در سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۱۶، رهبری مدیرکل سازمان جهانی بهداشت در برخی زمینه‌ها، مانند آماده‌سازی و پاسخ‌گویی به شیوع بیماری‌ها و شرایط اضطراری، زیر سؤال رفت، اما در برخی موارد دیگر، فرآیند تصمیم‌گیری همچنان بسیار پیچیده است.

حکمرانی جهانی برای سلامت^۱ به آن دسته از نهادها و فرآیندهای حکمرانی جهانی اطلاق می‌شود که لزوماً دارای یک دستور سلامتی انحصاری یا صریح نیستند، اما با این وجود از طریق اقدامات صورت گرفته تحت دستورات اصلی خود بر سلامت تأثیر می‌گذارند. آن‌ها شامل (اما نه محدود به) مؤسسات برتون وودز، سازمان تجارت جهانی (به کادر ۹ مراجعه کنید)، سازمان غذا و کشاورزی سازمان ملل متحد (FAO)، صندوق کودکان ملل متحد (یونیسف)، برنامه توسعه سازمان ملل متحد (UNDP)، برنامه محیط‌زیست سازمان ملل متحد (UNEP)، نهاد برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان سازمان ملل متحد (UN-Women) و دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد (UNODC) می‌شوند. در سال ۲۰۱۸، بسیاری از این سازمان‌ها گرد هم آمدند تا برنامه اقدام جهانی برای زندگی سالم و رفاه برای همه را اجرا کنند که به دنبال رفع پراکندگی در سلامت جهانی است. در سال‌های اخیر، چندین موضوع مهم سلامتی با مطرح شدن در نشست‌های سطح بالای مجمع عمومی و شورای امنیت به صحنه سازمان ملل ارتقا یافته است. علاوه بر این، محوریت سلامت در دستور کار ۲۰۳۰ به این معنی است که موضوعات سلامت در بحث‌های منظم در شورای اقتصادی و اجتماعی در مورد پیشرفت در اهداف توسعه به‌طور ویژه‌ای نقش دارند. سلامت نیز موضوع مکرر بحث در شورای حقوق بشر است. (برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۲ مراجعه کنید)

حکمرانی برای سلامت جهانی^۲ به نهادها و مکانیسم‌هایی اشاره دارد که به سلامت جهانی در سطح ملی (یعنی راهبردهای برای سلامت جهانی و سلامت در سیاست خارجی توسط برخی از دولت‌های ملی اتخاذ شده است) و سطح منطقه‌ای (مثلاً اتحادیه اروپا، سازمان بهداشت غرب آفریقا (WAHO) و مجمع کشورهای جنوب شرق آسیا (ASEAN)) کمک می‌کنند. این فضای حکمرانی همچنین شامل باشگاه‌های سیاسی و بازیگران بین‌منطقه‌ای مانند گروه هفت (G7)، گروه بیست (G20) و کشورهای بریکس می‌شود. علاوه بر این، از طریق اتحادیه بین پارلمانی، نقش نمایندگان پارلمان در سلامت جهانی در سال‌های اخیر افزایش یافته است. (فصل

1 - Global governance for health

2 - Governance for global health

۷ با جزئیات بیشتری توضیح می‌دهد که چگونه سازمان‌های منطقه‌ای در دیپلماسی سلامت درگیر هستند)

این افزایش در تعداد و تنوع مکان‌ها به این معنی است که منابع اداری و انسانی قابل توجهی برای مقابله مستمر با چالش‌های موجود و در حال ظهور دیپلماسی چندجانبه ضروری است. از جمله منابع مورد نیاز، بخش‌های اختصاصی در وزارتخانه‌های ملی و سازمان‌های منطقه‌ای، همراه با نمایندگی‌ها (که به‌عنوان نماینده دائمی نامیده می‌شوند) و کارکنان متخصص در دفاتر اصلی سازمان‌های بین‌المللی است. این امر ناگزیر باعث ایجاد نابرابری بین کشورهایی دارای چنین منابعی و کشورهای فاقد این منابع می‌شود. چنین نابرابری‌هایی چالش بزرگی هستند و خود می‌توانند گاهی اوقات به‌عنوان مانعی برای اجماع عمل کنند.

منابع اختصاصی برای مدیریت امور چندجانبه (نه تنها روابط اهداکنندگان) در خود سازمان‌های بین‌المللی نیز مورد نیاز است.

در راستای رشد دیپلماسی چندجانبه، طیف وسیعی از جامعه مدنی و بخش خصوصی بازیگران غیردولتی (جهانی، منطقه‌ای و ملی) در همه موارد مشارکت دارند و بر سه فضای حکمرانی تأثیر می‌گذارند. شهرها و دولت‌های محلی نیز نقش برجسته‌ای را ایفا می‌کنند.

کادر ۲: مذاکرات سلامت در گروه هفت (G7) و گروه بیست (G20)

مقدمه

گروه هفت (G7) و گروه ۲۰ (G20) گروه‌های چند ذی‌نفعی هستند که نقش برجسته‌ای را در تصمیم‌گیری‌های سلامت جهانی ایفا می‌کنند.

گروه ۷

گروه هفت شامل کانادا، فرانسه، آلمان، ایتالیا، ژاپن، بریتانیا و ایالات متحده (و اتحادیه اروپا به‌عنوان عضو غیرقابل‌شمارش) هست. در سال ۱۹۷۵ در اجلاس سالیانه باهدف ترویج دموکراسی و آزادی فردی در سراسر جهان تشکیل جلسه دادند.

گروه ۷ چگونه به حکمرانی سلامت جهانی کمک می‌کند؟

به‌عنوان یک نهاد بین‌المللی غیررسمی، بدون منشور یا دبیرخانه دائمی، گروه هفت عمدتاً نقش مشورتی دارد. بحث و گفتگو بین اعضای آن در اجلاس سالیانه انجام می‌شود که معمولاً در اواخر بهار یا اوایل تابستان برگزار می‌شود. وظایف کلیدی آن در رابطه با سلامتی عبارت‌اند از: بحث در مورد مسائل کلیدی سلامت و ثبت کلی نتیجه‌گیری در بیانیه‌های اجلاس سران. دستور کار سلامت گروه هفت در طول سالیان گذشته افزایش یافته است. از سال ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۵ این گروه با چند موضوع انتخابی سروکار داشت. از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۹ بر روی ایدز، سل و مالاریا و سپس بر سندرم حاد تنفسی و آنفولانزای پرندگان تمرکز داشت. سلامت مادر، نوزاد و کودک در سال ۲۰۱۰ در دستور کار قرار گرفت و چند سال بعد ابولا موضوع اصلی بود. اخیراً، در ۱۶ مارس ۲۰۲۰، گروه هفت یک نشست اضطراری (از طریق ویدئوکنفرانس) در مورد کووید-۱۹ برگزار کرد.

جهت‌گیری با تأیید اصول و هنجارها برای راهنمایی اعضا و سایرین در رویکردشان به سیاست‌های سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن. گروه هفت از سال ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۷ از اهمیت حقوق بشر حمایت کرد و از سال ۱۹۹۷ به بعد برای دموکراسی پافشاری کرد. این گروه در

سال‌های ۲۰۱۶ و ۲۰۱۷ بر حقوق سلامت زنان تمرکز کرد. در بیانیه‌های اجلاس سال‌های ۲۰۱۸ و ۲۰۱۹ هیچ اشاره‌ای به دموکراسی نداشت، اما بار دیگر این مفهوم را در نشست اضطراری در ۱۶ مارس ۲۰۲۰ تأیید کرد. این گروه به موضوعات سلامت در رابطه با گرسنگی، فقر، ایمنی و اشاعه هسته‌ای، بیوتکنولوژی، محیط‌زیست، مواد مخدر، اخلاق، برابری جنسیتی و تغییرات اقلیمی پرداخته است.

تصمیم‌گیری از طریق تعهدات عمومی خاص، آینده‌نگر و الزام‌آور سیاسی که همه یا برخی از اعضا را ملزم به اقدام در داخل و خارج کشور از طریق تغییر یا معرفی سیاست‌ها، حمایت از بازیگران خارجی و بسیج بودجه برای دستیابی به اهداف کلیدی سلامت می‌کند. گروه ۷ از سال ۱۹۷۹ تا ۲۰۲۰، ۴۳۵ تعهد اصلی سلامتی (به‌طور متوسط ۱۰ مورد در سال) با حداکثر ۶۹ تعهد در سن پترزبورگ فدراسیون روسیه در سال ۲۰۰۶، ۶۱ مورد در کاخ الماو آلمان در سال ۲۰۱۵، ۸۵ مورد در ایسه شیما ژاپن در سال ۲۰۱۶ و ۲۱ مورد از مجموع ۳۳ تعهد در نشست اضطراری سران در مورد کووید ۱۹ در ۱۶ مارس ۲۰۲۰ را پذیرفت.

توسعه حکمرانی سلامت جهانی با شکل‌دهی به تکامل و کار نهادهای بین‌المللی. از سال ۱۹۸۷ تا سال ۲۰۲۰، اجلاس سران گروه هفت ۳۳۰ موضوع مرتبط به چنین نهادهایی به رهبری سازمان جهانی بهداشت (WHO) با ۱۱۰ موضوع مرتبط، سازمان ملل متحد با ۶۵ موضوع مرتبط و صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا با ۶۱ موضوع ارائه داده‌اند.

تصمیم‌گیری در گروه ۷

تصمیم‌گیری در گروه ۷ تا حد زیادی به نتایجی بستگی دارد که به‌عنوان برون‌داد مورد انتظار میزبان اجلاس سران و سایر اعضا از نشست سالیانه سران انتظار دارند. از دو سال قبل از برگزاری اجلاس، کشوری که به‌عنوان میزبان تعیین شده بود به‌طور خصوصی اولویت‌های خود را برای سالی که ریاست گروه هفت را بر عهده دارد با سایر اعضا به اشتراک می‌گذارد. هر سال، از اول ژانویه، راهنمایان ویژه (شرپا)^۱ به‌عنوان نمایندگان شخصی رهبران گروه ۷ چندین بار باهم

ملاقات می کنند. اولین جلسه اغلب برای بحث در مورد یک موضوعی از جانب میزبان برگزار می شود که به تدریج به یک پیش نویس بیانیه تبدیل می شود که می تواند تا شب اجلاس روی آن توافق شود. در طول خود اجلاس، شریاها به رهبران خود در حل و فصل مسائل باقی مانده و تدوین متن قطعی بیانیه کمک می کنند. رهبران گروه هفت در دو یا سه روز بحث و مذاکره می کنند. همچنین جلساتی وجود دارد که آن ها به تنهایی بدون شریاها و مشاوران دیگر ملاقات می کنند. در پایان اجلاس، بیانیه مورد توافق منتشر می شود و هر یک از رهبران یک کنفرانس خبری برای توضیح آنچه به دست آمده است برگزار می کند.

تصمیمات با اجماع و بدون رأی رسمی گرفته می شود. در حالی که ترجیحات کشور میزبان و توانایی رهبر آن به وضوح بر نتیجه نهایی تأثیر می گذارد، هنجارهای برابری و توافق گروهی حاکم است. رهبر کشور میزبان دستور جلسه یا متنی را پیشنهاد نخواهد کرد که بدانند با مخالفت قاطع یکی از اعضای گروه هفت مواجه خواهد شد. علاوه بر این، اگر دو یا چند عضو مخالف باشند، میزبان در پایان پیشنهادات را پس می گیرد. اگر فقط یک رهبر مخالف باشد، معمولاً موافقت می کند، اگرچه در سال های اخیر رهبران در چنین شرایطی به صراحت با تعهد مورد نظر موافقت نکرده اند. لزوم نشان دادن رهبری در یک ابتکار خاص، ناشی از ملاحظات سیاسی داخلی، اغلب منجر به بیانیه های طولانی و متعدد می شود. در خود اجلاس، رهبران اغلب موضوعات و ابتکارات جدید را به صورت خودجوش مطرح می کنند. در مورد مباحث بحث برانگیز، آن ها معمولاً از متن یا عبارت جایگزین ارائه شده توسط شریاها، مدیران سیاسی و معاونان مالی خود استفاده می کنند.

در طول سال، نشست های وزیران گروه هفت برای رفع اختلافات بین کشورها و تسهیل کار رهبران یا تصمیم گیری در مورد موضوعات تخصصی و غیر مناقشه بر گزار می شود. به عنوان مثال، جلسه وزرای بهداشت گروه هفت با توافق بر روی ۱۴ تعهد برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ برگزار شد که ۳۶ تعهد در سال ۲۰۱۵، ۴۰ تعهد در سال ۲۰۱۶، ۱۰۱ تعهد در سال ۲۰۱۷ و ۱۳ تعهد در سال ۲۰۱۹ به آن ها اضافه شد.

موضوع های قابل ملاحظه

گروه هفت با چندین مشکل یا سؤال مشخص روبرو است. به عنوان مثال، چگونه گروه می تواند به سطح بالای عملکردی که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ نشان داده است، بازگردد؟ چگونه باید با جامعه مدنی، سازمان جهانی بهداشت (WHO) و گروه بیست (G20) ارتباط داشته باشد؟ آیا باید بر بسیج بودجه برای کشورهای فقیر (در درجه اول در آفریقا) تمرکز کند، همان طور که گلوبال فاند انجام داده است؟ یا باید به ابزارهای گسترده تری و همچنین به مسائلی مانند تصادفات جاده ای، بیماری های روانی^۱ و پوشش همگانی سلامت که کشورهای توسعه یافته را تحت تأثیر قرار می دهد پردازد؟ در نهایت، با اقتباس از اهداف توسعه پایدار، باید گروه هفت به صراحت به عوامل تعیین کننده سلامت، از جمله سلامت به عنوان علت و پیامد برابری جنسیتی، محیط زیست و تغییرات اقلیمی پردازد؟

گروه ۲۰

گروه بیست متشکل از کشورهای عضو گروه هفت، کشورهای بریکس^۲ (برزیل، روسیه، هند، چین، آفریقای جنوبی)، کشورهای میکتا^۳ (مکزیک، اندونزی، کره، ترکیه، استرالیا)، آرژانتین، عربستان سعودی و اتحادیه اروپا هست. صندوق بین المللی پول و گروه بانک جهانی در مذاکرات گروه بیست شرکت می کنند اما عضو نیستند. چه در زمانی که این گروه به عنوان نشست وزرای دارایی و روسای بانک های مرکزی در سال ۱۹۹۹ و چه زمانی که به عنوان اجلاس سران رهبران در سال ۲۰۰۸ تشکیل شد، هدف اصلی گروه ارتقای ثبات مالی و جهانی سازی برای همه بوده است.

کشورهای گروه ۲۰ از طیف متنوعی از اقتصادهای توسعه یافته، نوظهور و درحال توسعه تشکیل شده که نماینده اکثریت بزرگی از جمعیت جهان، اقتصاد و ظرفیت های تولید سلامت است. رهبران آنها اکنون در بسیاری از نشست های وزیران، سازمان های بین المللی و گروه های

1 - Diseases of Despair

2 - BRICS

3 - MIKTA

مشارکت جامعه مدنی حمایت می‌شوند؛ بنابراین آن‌ها می‌توانند دستور کار سلامت را به شیوه‌ای منحصربه‌فرد و به‌گونه‌ای فراگیر، جامع و هم‌افزا شکل دهند. به‌عنوان یک‌نهاد بین‌المللی غیررسمی، وظایف گروه بیست مشابه گروه هفت است.

دامنه مذاکرات سران گروه بیست در مورد سلامت از سال ۲۰۰۸ به‌طور قابل‌توجهی گسترش یافته است، به‌ویژه در سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ و سپس در سال‌های ۲۰۱۷ و ۲۰۱۹ و در نشست اضطراری سران در مورد کووید ۱۹ (از طریق ویدئوکنفرانس) در ۲۶ مارس ۲۰۲۰ برگزار شد.

از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۹، رهبران گروه ۲۰ در مجموع ۷۵ تعهد را در زمینه سلامت پذیرفتند که اوج آن ۳۳ (در مورد شیوع ابولا) در بریزبن استرالیا در سال ۲۰۱۴، ۱۹ تعهد (در مورد مقاومت ضد میکروبی، تقویت سیستم‌های سلامت و فلج اطفال) در هامبورگ، آلمان در سال ۲۰۱۷ بود و در مارس ۲۰۲۰، ۲۲ تعهد دیگر اضافه شد (کووید ۱۹).

از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۹، رهبران گروه ۲۰، یازده موضوع مرتبط با سلامت را به کشورهای گروه ۲۰ و ۵۶ مورد را به بازیگران خارجی ارجاع دادند. سازمان جهانی بهداشت با ۱۷ موضوع مرتبط و سازمان ملل متحد با ۱۵ موضوع مرتبط بیشتری ارجاع را داشتند.

تصمیم‌گیری در گروه ۲۰

تصمیم‌گیری در گروه بیست بسیار شبیه به گروه هفت است. با این حال، اعضا باید انتخاب کنند که کدام یک از ۱۹ کشور عضو، اجلاس سالانه را میزبانی کنند؛ بنابراین، شانس میزبانی اجلاس برای هر کشوری بسیار کمتر از میزبانی کشورهای گروه هفت است. شریک‌های رهبران گروه ۲۰ گاهی همان شریک‌های گروه هفت هستند. از سال ۲۰۱۷، جلسات سالیانه وزرای بهداشت گروه بیست به آماده‌سازی و اجرای تصمیمات رهبران آن‌ها کمک کرده است. دستور کار از قبلی به‌جامانده و به ارث رسیده ناشی از موضوعات اقتصادی و همچنین مسائل اجتماعی، زیست‌محیطی و امنیتی را نیز پوشش می‌دهد، به میزبانان انعطاف کمتری می‌دهد تا موارد دستور کار قدیمی را به نفع موارد جدیدی که ممکن است مرتبط‌تر بدانند، کنار بگذارند.

۱.۵ تغییر نقش دیپلمات‌ها

ساختارهای دیپلماتیک دوجانبه و چندجانبه در نظم بین‌الملل گنجانده شده‌اند، اما مذاکره و پیشبرد بعدی اهداف توسعه منجر به تغییرات مهمی در نحوه اجرای دیپلماسی چندجانبه شده است. دیپلماسی به جای توجه به نمایندگی، اکنون با برقراری ارتباطات به ابزاری کلیدی برای مدیریت تغییرات جهانی تحول‌آفرین و مشارکت اجتماعی از جمله مدیریت روابط پیچیده، تبدیل شده است.

دیپلماسی اکنون یک عنصر حیاتی در حکمرانی جهانی است. دیپلمات‌ها باید موضوعات و بازیگران را در سطح ملی و جهانی به هم مرتبط کنند. کارکرد یک وزارت خارجه از یک دربان و ناظر بر کلیه ارتباطات رسمی در سطح بین‌المللی به سمت هماهنگ‌کننده و توانمندساز رویکرد کل دولت و کل جامعه تغییر کرده است، زیرا وزارتخانه‌های یک کشور و سازمان‌های جامعه مدنی روزبه‌روز بیشتر درگیر امور بین‌المللی می‌شوند. این بدان معناست که افراد بیشتری خارج از دایره دیپلمات‌های حرفه‌ای به دیپلماسی مشغول هستند. همان‌طور که می‌گویند: "امروزه همه دیپلمات هستند."

سفارت‌خانه‌ها و سایر نمایندگی‌های دیپلماتیک به میزان بسیار بیشتری نسبت به قبل در ارتباط، گفت‌وگو و ایجاد روابط مشارکت می‌کنند و دیپلمات‌ها باید بتوانند با طیف گسترده‌ای از بازیگران سنتی غیردیپلماتیک به صورت دوجانبه، چندجانبه در داخل و خارج از کشور تعامل داشته باشند. مقامات وزارت خارجه باید در جریان تحولات سیاست ملی و فعالیت‌های جهانی سایر وزارتخانه‌ها قرار بگیرند که بسیاری از آن‌ها اکنون بخش‌های بین‌المللی خود را دارند و در حال گسترش دامنه فعالیت‌های خود به عنوان مثال، برای مشارکت در روند اجرای اهداف توسعه پایدار هستند. در بسیاری از

موارد، وزارتخانه‌های بهداشت مجبور شده‌اند بخش‌های خود را برای سلامت بین‌المللی یا جهانی گسترش دهند. برای موضوعاتی که در ژنو برگزار می‌شود، دولت‌ها ممکن است ترکیب مختلفی از نمایندگان را به سازمان جهانی بهداشت و برای انجام مذاکرات سلامت بفرستند: نمایندگان از وزارت خارجه یا نمایندگان وزارت بهداشت برحسب موضوع، یا از هر دو وزارتخانه در برخی موضوعات. ترکیب هیئت یک کشور عضو در نهایت تعیین می‌کند که آیا دیپلماسی برای پیشبرد اهداف سلامتی انجام می‌شود یا بالعکس. یافتن تعادل مناسب برای هیئت‌های ملی و نهادهایی مانند سازمان جهانی بهداشت ضروری است.

یک مکانیسم نمایندگی و مذاکره مهم دیگر از طریق ایجاد گروه هفت و گروه بیست، یعنی سیستم "شرپا" پدیدار شد. شرپاها راهنمایان شخصی سران کشورها یا دولت‌ها در این دو گروه هستند دیپلمات‌های حرفه‌ای یا مقامات ارشد دولتی که توسط هر رهبر برای نمایندگی از منافع کشورشان منصوب می‌شوند و در مجموعه‌ای از مشاوره‌های موردنیاز برای آماده‌سازی همه اجلاس‌ها شرکت می‌کنند. به ازای هر عضو گروه هفت یا گروه بیست فقط یک شرپا وجود دارد. شرپاها به‌نوبه خود توسط «کمک راهنما» حمایت می‌شوند: دیپلمات‌ها و کارشناسانی از همان کشور که به‌عنوان بخشی از گروه‌های کاری که برای جلسات مختلف آماده‌سازی تشکیل شده و بر روی موارد خاص دستور کار (که اکنون شامل سلامت نیز می‌شود) گماشته شده‌اند.

روند پیشرفت اهداف توسعه پایدار و چالش‌های جهانی زمان ما، دیپلمات‌ها را ملزم می‌کند که مسئولیتی دوگانه بر عهده بگیرند: ارتقای منافع کشورشان و پیشبرد منافع جامعه جهانی. همان‌طور که بارها در زمینه‌هایی مانند سلامت و محیط‌زیست مشخص شده است که نیاز به توسعه رویکردی وجود دارد که از "کالاهای عمومی

جهانی " یا "مشترکات جهانی" محافظت کند. به عنوان مثال، این امر در مورد آب و هوا یا درخواست برای در دسترس بودن واکسن کووید-۱۹ برای همه مردم صدق می‌کند. چنین کالاهای مشترک باید به طور مشترک محافظت شوند و به گونه‌ای مدیریت شوند که بتوانند به نفع همه باشند و اهداف توسعه پایدار را به واقعیت تبدیل کنند (علیرغم رویکردهای یک‌جانبه انتخاب شده توسط برخی کشورها). در طول همه‌گیری کووید-۱۹، آنچه اغلب به عنوان «دیپلماسی واکسن» شناخته می‌شود، نمونه‌ای از آن است که به دنبال ایجاد مکانیزمی است که دسترسی عادلانه به واکسن کووید-۱۹ را در مقیاس جهانی را برخلاف «واکسن ناسیونالیسم» تضمین می‌کند (برای نمونه‌های بیشتر از دیپلماسی سلامت به فصل ۱۳ مراجعه کنید)

سران کشورها و دولت‌ها در ارتباط با مسائل کلیدی جهانی از دید بیشتری برخوردار هستند. آن‌ها از نشست سران برای شکل دادن به برنامه‌ها و دیپلماسی پرستیژ^۱ برای نشان دادن تعامل بالای خود استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، صدراعظم آلمان، آنگلا مرکل و نخست‌وزیر فقید ژاپن، شینزو آبه، هر دو با طرح مسائل سلامت جهانی در بسیاری از مجامع سیاسی سطح بالا، مانند نشست‌های گروه بیست و گروه هفت، خود را متمایز کرده‌اند. ژاپن در این زمینه با استفاده از ریاست گروه بیست در سال ۲۰۱۹ برای ارتقای پوشش همگانی سلامت نقش کلیدی ایفا کرد.

انتظار می‌رود که دیپلماسی بیشتر شهروند محور باشد و از طریق تلاش‌های کشور در خارج از کشور و در سازمان‌های بین‌المللی نه تنها به شهروندان یک کشور در داخل بلکه برای جامعه جهانی نیز ارزش ارائه کند. سران کشورها و دولت‌ها بیشتر از رسانه‌های اجتماعی برای اهداف اطلاع‌رسانی استفاده می‌کنند و برخی از آن‌ها به

1 - Prestige diplomacy

«دیپلماسی توییتر»^۱ نه تنها برای قرار گرفتن در مقابل رأی دهندگان خود، بلکه برای تأمین مخاطبان بین‌المللی و پیشبرد برنامه‌ها بر آن تکیه می‌کنند. اخیراً رئیس‌جمهور چین (شی جین پینگ)، رئیس‌جمهور ایران (حسن روحانی)، رئیس‌جمهور روسیه (ولادیمیر پوتین) و رئیس‌جمهور کره (مون جائه این) همگی در "دیپلماسی کرونا" جهت دسترسی به طیف وسیعی از کشورها با ارائه حمایت از آنها در قالب تجهیزات پزشکی حضور داشتند. آنها عملاً در آنچه "مسابقه قدرت نرم" نامیده می‌شود شرکت کرده‌اند.

همه این‌ها به معنای تغییر نقش (درواقع گاهی نقش ضعیف‌تر) برای وزارتخانه‌های خارجه و دیپلمات‌هاست. درعین حال، اکثر وزرای خارجه، سفرا و نمایندگی‌ها (هیئت‌های سازمان ملل در نیویورک یا ژنو) اکنون حساب‌های رسانه‌های اجتماعی خاص خود را دارند و از این طریق می‌توانند اهداف، سیاست‌ها و نتایج خود را به‌طور گسترده‌تر به اشتراک بگذارند. این نوع تعامل شکل جدیدی از دیپلماسی عمومی^۲ است

1 - Twitter diplomacy

2 - Public diplomacy.

فصل دوم:

دیپلماسی سلامت: سیستم و روش‌ها

۲.۱ تعریف دیپلماسی سلامت

دیپلماسی سلامت به فرآیندهای مذاکره چند سطحی و چند بازیگری اشاره دارد که محیط سیاسی جهانی برای سلامت در مجامع سلامتی و غیر سلامتی را شکل داده و مدیریت می‌کند. دیپلماسی هم یک سیستم سازمان‌دهی و هم یک روش کار است. این موضوع همیشه سیاسی است و از طریق کانال‌های مختلف انجام می‌شود. دیپلمات‌ها به دنبال دستیابی به اهداف سیاست خارجی کشور خود و به‌طور کلی، حفظ منافع آن در خارج از کشور هستند. امروزه دیپلماسی دیگر منحصراً توسط دیپلمات‌های معتبر انجام نمی‌شود، بلکه توسط طیف گسترده‌ای از بازیگران، اغلب از طریق دیپلماسی چندجانبه انجام می‌شود. همه این‌ها در مورد دیپلماسی سلامت نیز صادق است.

طی دهه‌های گذشته، یک «اکوسیستم» بسیار پیچیده، پویا و متنوع از سلامت جهانی پدیدار شده است که دیپلمات‌های سلامت باید بتوانند از آن عبور کنند. این موضوع بر اساس قوانین، فرآیندها و نهادهایی است که در سطح جهانی فعالیت می‌کنند، اما شدیداً به تمایل کشورها برای همکاری با یکدیگر وابسته است، علیرغم اینکه بازیگران قوی دیگری وارد عرصه سلامت دیپلماتیک شده‌اند. در چارچوب چندجانبه گرایی، دیپلماسی سلامت هم می‌تواند قدرت بازیگران درگیر را تقویت و هم مهار کند. رهبری در سلامت جهانی همیشه تحت تأثیر روابط قدرت حاکم بوده، به‌عنوان مثال، قوانین مربوط به مالکیت فکری یا ناسیونالیسم واکسن در طول پاندمی کووید-۱۹ شاهدی بر آن است.

قدرت نه تنها روابط بین کشورها در سازمان جهانی بهداشت را شکل می دهد، بلکه توسط سایر بازیگران کلیدی، مانند بنیادهای بزرگ (که قادر به تنظیم برنامه های سلامت جهانی به دلیل فراهم کردن بودجه قابل توجه برای برنامه های سلامت جهانی و دسترسی به تصمیم گیرندگان در سراسر جهان) استفاده می شود.

دیپلماسی اغلب به عنوان هنر و تمرین انجام مذاکرات در طیف وسیعی از زمینه ها و در موضوعات مختلف تعریف می شود. این در مورد دیپلماسی سلامت جهانی که به طیف بسیار گسترده ای از مسائل مربوط می شود و در فضاهای حکمرانی که در بخش ۱.۴ توصیف شد صدق می کند، باین حال، همان طور که در فصل ۳ توضیح داده خواهد شد، دیپلماسی سلامت بسیار فراتر از مذاکره است و در هفت بعد بحث خواهد شد. دیپلماسی سلامت شامل ایجاد و حفظ روابط، جمع آوری اطلاعات، ایجاد حسن نیت و استفاده از سلامت به عنوان «قدرت نرم» است. مورد آخر به تأثیرگذاری بر افکار عمومی از طریق سلامت اشاره دارد، به عنوان مثال با ایجاد برنامه های سلامتی بزرگ مانند طرح اضطراری رئیس جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز^۱ (PEPFAR) که در سال ۲۰۰۳ راه اندازی شد، یا از طریق «دیپلماسی ماسک» که چین در طول پاندمی کووید-۱۹ در سال ۲۰۲۰ انجام داد. این اقدامات اغلب دوجانبه هستند، اما برای تأثیرگذاری بر افکار جهانی کاملاً محاسبه شده اند.

دیپلماسی سلامت جلوه ای از اهمیت فزاینده دیپلماسی موضوعی^۲ است. در درجه اول به فرآیندهای مذاکره در سیستم چندجانبه اشاره دارد که به چالش های جمعی مرتبط با سلامت می پردازد. هسته اصلی دیپلماسی سلامت، مسائل سلامتی است که از مرزهای ملی فراتر می رود و اگر قرار است از طریق اقدام مشترک با موفقیت و پایداری حل شود،

1 - President's Emergency Plan for AIDS Relief

2 - Issue diplomacy

نیازمند توافقات، ابزارها و اتحادهای جهانی است. باین حال، همان‌طور که در بالا اشاره شد، بسیاری از فرآیندهای دیپلماتیک دیگر را نیز در برمی‌گیرد: برای مثال، دیپلماسی سلامت دوجانبه که در روابط اهداکنندگان تجلی می‌یابد. همچنین فرآیندهای مذاکره دوجانبه بین آژانس‌ها و کشورها به‌عنوان مثال بین گلوبال فانڈ یا بانک جهانی و کشورهای کم‌درآمد و متوسط وجود دارد. در برخی موارد، سازمان جهانی بهداشت توافقنامه‌های ویژه‌ای با کشورها دارد.

دیپلماسی سلامت نه تنها بین دیپلمات‌های معتبر و مقامات سلامت دولت‌ها انجام می‌شود، بلکه بسیاری از بازیگران اصلی دیگر در عرصه جهانی را نیز درگیر می‌کند، همان‌طور که همیشه در مورد دیپلماسی چند ذی‌نفعی صادق است. با فراتر رفتن سلامت از قلمرو صرفاً پزشکی و فنی برای تبدیل شدن به یک عنصر حیاتی‌تر در سیاست خارجی، امنیتی و تجاری، مهارت‌های جدیدی برای مذاکره در مورد نظام‌های جهانی، توافق‌نامه‌ها و معاهدات بین‌المللی و حفظ روابط خوب با طیف گسترده‌ای از بازیگران سایر بخش‌ها به‌منظور پیشبرد سلامت جهانی مورد نیاز است.

اکثر دیپلمات‌ها کلی‌گرا هستند. هنگام مشارکت در دیپلماسی سلامت، آشنایی آن‌ها با زمینه بین‌المللی و فرآیندهای دیپلماتیک برای مذاکرات ضروری است، اما به دلیل ماهیت خاص حوزه سلامت دانش و تجربه عمومی آن‌ها اغلب نیاز به تکمیل اطلاعات پزشکی و تخصص علمی خاص سلامت، معمولاً از وزارتخانه‌های بهداشت دارد. تنش‌ها می‌تواند (همچنین در داخل هیئت‌های ملی) بین منافع ملی که از دیپلمات‌ها انتظار می‌رود زیاد شود و همبستگی در بطن مفهوم "کالاهای مشترک برای سلامت" باید دغدغه اصلی اقدامات سلامت عمومی باشد.

سازمان جهانی بهداشت به عنوان سازمان هدایت کننده و هماهنگ کننده برای سلامت جهانی، بخش اصلی دیپلماسی سلامت هنوز در مذاکرات رسمی بین دولت‌ها است در لایه‌های مختلف مدیریتی سازمان جهانی بهداشت در جریان است، به ویژه زمانی که هدف دستیابی به توافق در مورد اسناد و راهکارهای بین‌المللی باشد. با این حال، همان‌طور که در بخش ۱.۴ نشان داده شد، هر سه فضای حکمرانی دارای راه‌های حیاتی هستند که در آن دیپلماسی سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. ثابت شده است که این افزایش این راه و فضاها فزاینده فشار بزرگی بر بخش‌های مسئول سلامت بین‌المللی و جهانی در وزارتخانه‌های بهداشت است که اغلب برای مقابله با تعداد زیادی مذاکرات و شرکای مذاکره یا نیاز روزافزون به هماهنگی بین وزارتخانه‌ها مجهز نیستند. این امر به ویژه در کشورهای کوچک و در کشورهای با درآمد کم و متوسط صادق است. به دلیل پیچیدگی روزافزون مذاکرات سلامت، بسیاری از نمایندگی‌های دائمی در ژنو اکنون «وابسته‌های سلامت»^۱ دارند. همچنین در برخی از وزارتخانه‌های خارجه تمایلی به افزایش تعداد کارشناسان موضوعی در میان کارکنان خود وجود داشته است، زیرا دیپلماسی موضوعی مانند سلامت همچنان موضوع داغی است.

با این حال، مهم است که نقش دیپلماسی غیررسمی سلامت که بین دیپلمات‌های سلامت با بازیگران غیردولتی مانند سازمان‌های غیردولتی، دانشگاه‌ها، بنیادها و بخش خصوصی انجام می‌شود، دست کم گرفته نشود. دیپلماسی غیررسمی چند ذی‌نفعی می‌تواند (و اغلب) بر نتایج دیپلماسی رسمی سلامت تأثیر بگذارد. برقراری ارتباط یک مهارت حیاتی در دیپلماسی چندجانبه است و نقش مهمی را در مراکز مذاکره مانند ژنو و نیویورک ایفا می‌کند، جایی که تعداد زیادی از رویدادها و مناسبات دیپلماتیک

1- Health Attachés

فرصت‌های زیادی را برای دیپلماسی غیررسمی و جمع‌آوری اطلاعات فراهم می‌کند. در فصل ۶ نقش بازیگران غیردولتی با جزئیات بیشتری بررسی می‌شود.

مثال: پاندمی کووید-۱۹ چالش‌هایی را برای دیپلماسی سلامت ایجاد کرده است که در زیر به آن اشاره می‌شود:

چالش‌هایی که دیپلماسی سلامت در طول پاندمی کووید-۱۹ با آن مواجه شد تا حد زیادی منعکس‌کننده مشکلاتی است که نظام چندجانبه در دهه گذشته تجربه کرده است؛ بنابراین، شکنندگی سیستم خود را در عدم همکاری اولیه جهانی در پاسخ به همه‌گیری نشان داد. به‌ویژه، تقابل ژئوپلیتیکی بین چین و ایالات متحده مانع پیشرفت رویکردهای چندجانبه نه تنها در سازمان جهانی بهداشت، بلکه در گروه بیست، گروه هفت و شورای امنیت سازمان ملل شده است. این روند منفی با اعلام ایالات متحده مبنی بر خروج از سازمان جهانی بهداشت تقویت شد.

چالش‌های موردبحث حتی با روی کار آمدن رئیس‌جمهور جدید ایالات متحده قابل توجه است: این چالش‌ها شامل آینده سازمان جهانی بهداشت، توسعه یک مبنای قانونی جدید برای آمادگی و پاسخ به همه‌گیری، احتمالاً بازنگری بیشتر در مقررات بین‌المللی سلامت و شناسایی رویکردهای جدید برای تأمین مالی کالاهای مشترک به‌منظور ایمن نگه‌داشتن جهان و در دسترس قراردادن واکسن بالقوه کووید-۱۹ در دسترس همگان می‌باشند.

مکانیسم‌های جدیدی برای رسیدگی به این چالش‌ها ایجاد شده است. کمیته‌ای از سازمان جهانی بهداشت برای بررسی عملکرد مقررات بین‌المللی سلامت در طول پاسخ به کووید-۱۹، دسترسی به ابزارهای شتاب‌دهنده کووید-۱۹ (نوع جدیدی از همکاری جهانی برای سرعت بخشیدن به توسعه، تولید و دسترسی عادلانه به آزمایش‌ها، درمان‌ها

و واکسن‌های کووید-۱۹)، تسهیلات کووکس (یک سازوکار به اشتراک‌گذاری ریسک جهانی برای تهیه و توزیع عادلانه واکسن‌های کووید-۱۹)؛ اتحادهای سیاسی جدید و ابتکارات جمع‌آوری کمک‌های مالی ایجاد شد. اتحادیه اروپا نقش مهمی در ترویج همبستگی ایفا کرده است.



۲.۲ درک مبانی مدرن از دیپلماسی سلامت

معماری، سازمان و فرآیندهای سلامت جهانی بر سه ستون کلیدی: حکمرانی، ابزار (اسناد) و دیپلماسی استوار است. ارتباط رو به رشد بین این سه ستون، نیروی محرکه اساسی سلامت جهانی در قرن بیست و یکم است.

ریشه‌های تاریخی سلامت جهانی در نیمه دوم قرن نوزدهم با برگزاری اولین کنفرانس بین‌المللی سلامت که در سال ۱۸۵۱ در پاریس، نهفته است. اولین سازمان سلامت بشردوستانه (کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC)) در سال ۱۸۶۳ تأسیس شد، درحالی‌که کنوانسیون‌های بین‌المللی سلامت از سال ۱۸۹۲ به بعد شروع به فعالیت کردند.

دو موسسه پیشگام در زمینه سلامت بین‌المللی به نام‌های دفتر بین‌المللی بهداشت عمومی (۱۹۰۷) و سازمان بهداشت اتحاد ملل^۱ (۱۹۲۳) در نیمه اول قرن بیستم تأسیس شدند. درست بیش از یک سال پس از پایان جنگ جهانی دوم، اساسنامه سازمان جهانی بهداشت در ۲۲ ژوئیه ۱۹۴۶ در نیویورک به تصویب رسید، اولین وظیفه قانونی سازمان جدید این بود که "به‌عنوان مرجع هدایت‌کننده و هماهنگ‌کننده در امور بین‌المللی سلامت عمل کند". اساسنامه در سال ۱۹۴۸، زمانی که سازمان جهانی بهداشت توانست کار خود را در ژنو آغاز کند، به اجرا درآمد.

با این حال، درک کنونی از سلامت جهانی در دهه‌های پایانی قرن بیستم شروع به شکل‌گیری کرد. افزایش تقاضا و انتظارات برای همکاری جهانی در زمینه سلامت توسط عوامل خارجی متعددی از جمله جهانی‌شدن، منافع تجاری فراملی، ماهیت فرامرزی عوامل تعیین‌کننده سلامت، اپیدمی‌های جهانی مانند ایدز و مصرف تنباکو، سبب ایجاد نمایه سیاسی روبه‌افزایش سلامت و افزایش بازیگران بین‌المللی درگیر در مسائل سلامت شد.

پایان قرن بیستم و آغاز قرن بیست و یکم شاهد ظهور یک پویایی دوطرفه جدید در سلامت جهانی بود. جهان شاهد افزایش سریع تعداد و شدت عوامل فراملی مؤثر بر سلامت بود. رشد تجارت بین‌المللی، شرکت‌های فراملی، گردشگری جهانی، حمل و نقل و ارتباطات که حرکت فرامرزی افراد، کالاها، خدمات، اطلاعات و سبک زندگی را تسریع کرده است. تهدیدهای جدید جهانی مانند نابرابری، تغییرات اقلیمی، ناامنی غذایی، افزایش بیماری‌های عفونی و مهاجرت انبوه، تأثیر قابل توجهی بر سلامت و رفاه دارند. مزایای جهانی‌شدن به‌طور مساوی توزیع نشده است و نابرابری در پی بحران مالی ۲۰۰۸ و سیاست‌های ریاضتی که متعاقباً توسط بسیاری از کشورها اتخاذ شد افزایش یافته

1- League of Nations Health Organization

است.

از سوی دیگر، اکنون به وضوح درک می‌شود که سلامت سهم مستقیم و غیرمستقیم قابل توجهی در رشد اقتصادی و توسعه پایدار و امنیت، ثبات و صلح بین‌المللی دارد. تأثیر اقتصادی گسترده بحران کووید-۱۹ بار دیگر این موضوع را برجسته کرده است. علاوه بر این، بخش سلامت اکنون به یکی از بزرگ‌ترین صنایع تبدیل شده است. مخارج سالانه سلامت جهانی در سال ۲۰۱۵ به ۷.۱ تریلیون دلار رسید رقمی که انتظار می‌رفت تا سال ۲۰۲۰ به ۸.۷ تریلیون دلار برسد. سلامت همچنین یک بخش کلیدی در امور مالی عمومی و بخش عمده‌ای از هزینه‌های خانوار است (Deloitte, 2019a). بر این اساس، سلامت جایگاه ویژه‌ای در برنامه‌های سیاست داخلی و خارجی اکثر کشورها پیدا کرده است.

در یک‌زمان، دو رویکرد متمایز برای سلامت جهانی پدیدار شده است. یکی رویکرد بیشتر بر بهبود سلامت در کشورهای در حال توسعه بر اساس اهداف توسعه پایدار که توسط کمک‌های توسعه‌ای تأمین مالی و به صورت فزاینده توسط سازمان‌های بشردوستانه بزرگ غیردولتی حمایت می‌شود متمرکز بود. رویکرد دیگر (که با پاندمی کووید-۱۹ بیشتر نشان داد) با موضوعات متعدد مرتبط است: اولاً در همه کشورها دیده می‌شود و دوماً مرتبط با (نابرابری‌های سلامت در داخل کشور و بین کشورها) و مسائل سلامت فرامرزی و همچنین مرتبط با پاسخ‌هایی که مؤلفه‌های جهانی که سلامت مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهند، می‌شود. این رابط پویا بین سلامت و عوامل اقتصادی و اجتماعی را نمی‌توان به تنهایی در مرزهای ملی یا منطقه‌ای حل کرد: چالش‌هایی که ایجاد می‌کند نیازمند راه‌حل‌های جهانی مبتنی بر هماهنگی و اقدام چندجانبه و چند ذینفعی، به ویژه در زمان بحران‌ها سلامت و شیوع است.

امروزه یک بحث پر جنب و جوش در مورد چگونگی درک سلامت جهانی وجود دارد. دولت‌ها و جوامع در جنوب جهانی^۱، دیگر تمایلی به پذیرش رویکردهای سلامت جهانی که از ابتدا در آن نقشی نداشته‌اند، یا برنامه‌هایی را که دیگران «برای» آن‌ها تدوین کردند، ندارند. بسیاری از متخصصان و سازمان‌های جهانی بهداشت هنوز در شمال جهان متمرکز هستند: در نتیجه درخواست‌هایی برای «استعمارزدایی» از سلامت جهانی وجود دارد (به کادر ۳ مراجعه کنید).

کادر ۳: استعمارزدایی از دیپلماسی سلامت

در سال‌های اخیر، موضوعاتی مبنی بر «استعمارزدایی» از سلامت جهانی مطرح شده است که برخی آن را (سلامت جهانی) یک حوزه ذاتاً «استعماری» توصیف کرده‌اند. دانشجویان کنفرانس‌هایی ترتیب داده‌اند تا جنبه‌های ادعایی غیر تاریخی و غیرسیاسی بودن سلامت جهانی مورد سؤال قرار دهند. برخی از مقالات از عدم جامعیت و شمول در انجام و انتشار پژوهش انتقاد کرده‌اند برای مثال، مشخص شد که محققان آفریقایی مشارکت کمتری در مقالات علمی مرتبط به مسائل سلامت در آفریقا داشتند. برخی از مفسران نگرش‌ها و شیوه‌های «استعماری» را در واکنش جهانی به پاندمی کووید-۱۹ بیان داشتند - از پیشنهادات اولیه برای استفاده از آفریقا به عنوان «محل آزمایش» برای یک واکسن بالقوه تا توصیه‌های متخصص در مورد شستن دست‌ها و فاصله‌گذاری اجتماعی که شرایط محلی در کشورهای فقیر را در نظر نمی‌گیرد.

اما معنای استعمارزدایی چیست؟ حداقل دو تفسیر عمده از اصطلاح استعمارزدایی وجود دارد. دیدگاه سنتی این است که به پایان سلطه سرزمینی یک کشور بر کشور دیگر اشاره دارد. بر همین اساس، اکثر کشورها (به‌ویژه در «جنوب جهانی»^۲) از قبل «استعمار زدا» به حساب می‌آیند. در یک مقاله تأثیرگذار، این اصطلاح به عنوان «واژگونی روند گسترش امپراتوری اروپا با تمام پیامدهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زبانی آن» (بیسمارک، ۲۰۱۲) و یا

1 - Global South

۲ - اصطلاحات «جنوب جهان» و «شمال جهان» در سال ۱۹۸۰ توسط گزارش برانت معرفی شدند که توسط

کمیسون مستقلی به ریاست ویلی برانت، صدراعظم سابق آلمان غربی نوشته شد.

به‌طور خلاصه، بازگشت به ریشه‌های بومی مردم تعریف شد. درحالی‌که پاک‌سازی بسیاری از بقایای گذشته استعماری مانند زبان و فرهنگ اگر نگوییم غیرممکن ولی دشوار است، اما این بدان معنا نیست که میراث استعماری که در سرمایه‌داری، تبعیض جنسی، نژادپرستی و جهانی‌شدن امروزی منعکس شده است را نمی‌توان به‌صراحت تصدیق کرد و مدام به چالش کشیده می‌شود.

هنگام بررسی حوزه سلامت جهانی، مفهوم مرتبط «استعمارزدایی» نیز مهم است. منشأ آن در تحقیقات آمریکای لاتین، به‌زیر سؤال بردن جهانی بودن و برتری درک شده دانش و فرهنگ غربی اشاره دارد. قرن‌هاست که پزشکی بشر و سلامت جهانی معاصر توسط تفکر غربی شکل‌گرفته است که عمدتاً سایر سیستم‌های تولید دانش را نادیده می‌گرفت؛ بنابراین، استعمارزدایی در سلامت جهانی دعوتی است به دیدگاهی کثرت‌گرایانه تر از سلامت که دیدگاه‌های غیرغربی و بومی را نیز در نظر می‌گیرد. امید است که برچیده شدن مفاهیم اروپا محور منجر به مداخلات سلامت، سیاست‌ها، شیوه‌ها و ترتیبات تحقیقاتی شود که شامل احترام به مردمان مختلف و فرهنگ‌های آن‌ها باشد. به‌عنوان مثال، برخی استدلال کرده‌اند که عدم رعایت چنین احترامی منجر به "روایت بی‌اعتمادی" در واکنش بین‌المللی به شیوع ابولا در غرب آفریقا در سال ۲۰۱۴ شد (ریچاردسون، مک‌گینیس و فرانکفورت، ۲۰۱۹).

چگونه باید دیپلماسی سلامت «استعمارزدایی» شود؟ درحالی‌که استعمار ژئوپلیتیکی جنوب جهانی توسط کشورهای غربی تا حد زیادی به پایان رسیده است، میراث‌های استعماری همچنان در قالب سیاست‌های نئولیبرالی، تبعیض جنسیتی، برتری سفیدپوستان و تخریب زیست‌محیطی غالب هستند که همه این‌ها تا به امروز باعث ایجاد نابرابری‌های سلامت در داخل و بین کشورها شده است اگر قرار است به مسائل سلامت جهانی مانند بیماری‌های غیر واگیر، سلامت جنسی و باروری و اثرات درازمدت تغییرات آب‌وهوایی بر سلامت توجه شود، مذاکرات چندجانبه و دوجانبه برای سلامت بین کشورها باید به رسمیت شناخته شود و فعالانه به علل عدم تعادل قدرت به چالش کشیده شود.

علاوه بر این، بسترهای دیپلماسی سلامت باید فراگیرتر و برابرتر شود. کشورهای درحال توسعه هنوز به طور کلی قادر به گذر از روابط نابرابر با استعمارگران سابق خود (و اکنون اهداکنندگان کمک‌های توسعه) نیستند که بر تصمیم‌گیری در مورد سلامت جهانی (اعم از سازمان‌های ملل متحد یا مشارکت‌های دولتی-خصوصی، مانند گلوبال فاند برای ایدز، سل و مالاریا) تسلط دارند؛ بنابراین اصلاحات موردنیاز باید انجام شود تا صدای برابر به همه کشورها (غنی و فقیر) داده شود. تغییر در سال ۲۰۱۷ برای انتخاب مدیرکل سازمان جهانی بهداشت توسط مجمع جهانی سلامت (توسط همه کشورها) به جای هیئت اجرایی، گامی اساسی در این مسیر بود. باین حال، برای تسریع پیشرفت به سوی فراگیری و تنوع بیشتر در رهبری سلامت جهانی، حکمرانی و دیپلماسی باید اقدامات بیشتری اتخاذ شود.

درنهایت، استفاده از لنز استعماری در دیپلماسی سلامت به کشف صداهایی که "بیش از حد بلند" یا "اصلاً شنیده نشد" در میز مذاکره کمک می‌کند. فراتر از دولت‌های ملی، بازیگران بی‌شماری وجود دارند که می‌توان آن‌ها را در رفتار «نئواستعماری» مشاهده کرد و تأثیر نامناسب و نامتناسبی را در سیاست‌های سلامت جهانی اعمال می‌کنند از بانک‌های چندجانبه و شرکت‌های فراملیتی گرفته تا بنیادهای بشردوستانه و اتاق‌های فکر نخبگان.

از سوی دیگر، "صداهای خاموش" در سلامت جهانی مانند زنان، اقلیت‌های قومی و جوامع بومی، جنبش‌های اجتماعی از جنوب جهانی و غیره وجود دارد. برای استعمارزدایی از دیپلماسی سلامت، این بحث مطرح شده است که باید از فضای مذاکره در برابر «نئواستعمارگران» محافظت کرد و فرصت‌های بیشتری برای مشارکت «استعمار زده» و ستمدیدگان در مذاکرات ایجاد کرد که اولین گام مهم در جهت ایجاد سلامت واقعاً جهانی هست.

منبع:

در پیوست ۲ به قسمتی با عنوان "انتشارات در مورد استعمارزدایی دیپلماسی سلامت" مراجعه کنید.

۲.۳ سیستم دیپلماسی سلامت

سازوکارها و ابزارهای نهادی منحصربه‌فرد دیپلماسی سلامت بخشی از یک نظام دیپلماسی بزرگ‌تر هستند که با آن تلاقی دارند و تا حدی به آن وابسته هستند. بخش ۱.۴ سه فضای حکمرانی را تشریح می‌کند که بازیگران در آن مذاکره می‌کنند و تصمیم می‌گیرند و به دنبال ارائه یک ایده کلی از اکوسیستم پیچیده و پویا سلامت جهانی هستند.

علیرغم تضعیف چندجانبه‌گرایی در سال‌های اخیر، کانال اصلی دیپلماسی جهانی سلامت همچنان مذاکره بین کشورها در چارچوب سیستم سازمان ملل است. سازمان جهانی بهداشت به دلیل اساسنامه خود برای هماهنگی اقدامات بین‌المللی سلامت و ایجاد هنجارها و استانداردها، سطح بالای مشروعیت ناشی از نمایندگی دولت‌ها و قدرت معاهده‌سازی آن، مجرای کلیدی دیپلماسی سلامت باقی می‌ماند. با این حال، همچنین به یک بستر ضروری برای دیپلماسی سلامت چندجانبه تبدیل شده است. به‌عنوان مثال، مجمع جهانی سلامت سالانه بیش از ۴۰۰۰ شرکت‌کننده را از سراسر جهان گرد هم می‌آورد: در چنین مواقعی واقعاً می‌توان گفت که «همه یک دیپلمات سلامت هستند».

دیپلماسی جهانی سلامت در سازمان جهانی بهداشت از سیستم کلی نمایندگی دیپلماتیک و شیوه‌های ارتباطی پیروی می‌کند. این سازمان در حال حاضر ۱۹۴ کشور عضو دارد و بر اساس اصل نمایندگی سازمان ملل متحد "یک رأی برای هر کشور صرف نظر از اندازه یا سطح توسعه" فعالیت می‌کند. برخلاف بسیاری از مکان‌های دیگر برای دیپلماسی، مذاکرات در سازمان جهانی بهداشت باهدف دستیابی به اجماع صورت می‌گیرد، حتی اگر اصولاً امکان رأی‌گیری وجود داشته باشد.

تنش‌ها در سازمان جهانی بهداشت اغلب می‌تواند بین پیشنهادهای مبتنی بر ارزش‌ها و مبتنی بر شواهد ارائه‌شده توسط دبیرخانه، منافع سیاست خارجی کشورهای عضو و منافع

ملی خاص وزارتخانه‌های بهداشت که کشورهايشان را در ساختارهای تصمیم‌گیری سازمان جهانی بهداشت نمایندگی می‌کنند، بروز کند. در بیشتر موارد، مذاکرات روزانه توسط نمایندگان سلامت انجام می‌شود که در نمایندگی‌های دیپلماتیک در ژنو مستقر هستند و نمایندگان سطح بالاتری مانند سفرا یا وزرا در جلسات بزرگ یا زمانی که تصمیمات کلیدی اتخاذ می‌شود به آن‌ها می‌پیوندند. نمایندگان دائمی یک دولت به‌عنوان مثال در ژنو یا مذاکره‌کنندگان دستورالعمل‌هایی از پایتخت دولت ملی دریافت می‌کنند و به دنبال این هستند که اطمینان حاصل کنند که موقعیت و منافع ملی دولت در نتیجه مذاکرات منعکس می‌شود. اثربخشی مأموریت‌های کوچک‌تر ممکن است تا حد زیادی به شخصیت و ارتباطات نمایندگان سلامت بستگی داشته باشد، در حالی که مأموریت‌های بزرگ‌تر بیشتر از طریق دستگاه دیپلماتیک خود عمل می‌کنند.



مسئولیت موفقیت مذاکرات نیز بر عهده "دبیرخانه سازمان‌ها" مانند سازمان جهانی بهداشت است. روشی که در آن پیشنهادات کار سازی می‌شوند یک اختلاف اساسی دارد: در روش شفافی که دربرگیرنده گفتگو و رایزنی با کشورهای عضو، جامعه مدنی و بخش خصوصی باشد، پیشنهادهای به‌احتمال زیاد پیشرفت سریع‌تری در ساختار

تصمیم‌گیری آن سازمان خواهند داشت. دانستن زمان و نحوه ارائه پیشنهادها مهارت مهمی است که باید در دبیرخانه‌های این سازمان‌ها تقویت شود تا موفقیت در دیپلماسی سلامت تضمین شود.

مکانیسم‌ها، رویه‌ها و راهبردهای مناسب در سطح ملی برای موفقیت مذاکرات جهانی حیاتی هستند. سلامت جهانی خوب از داخل کشور شروع می‌شود. چارچوب‌های سیاست ملی در مورد سلامت جهانی می‌تواند به‌عنوان قطب‌نما برای مذاکرات در سطوح بالاتر و جهانی عمل کند و می‌تواند از طریق بخش‌های قوی و افراد مرجع مسئول سلامت جهانی در وزارتخانه‌های ملی پشتیبانی شود (به بخش ۸.۴ مراجعه کنید).

چارچوب‌های سیاستی می‌توانند به‌طور کلی با سلامت جهانی سروکار داشته باشند، یا ممکن است راهبردهای ملی در مورد موضوعات خاصی مانند مقاومت ضد میکروبی باشند که بر نیاز به همکاری داخلی و بین‌المللی تأکید می‌کند. موفقیت مذاکرات بین‌المللی به اعتمادی که کشورها به سازمان‌ها دارند نیز بستگی دارد، سطح این اعتماد اغلب با بررسی‌های رسمی مشخص می‌شود. به‌عنوان مثال می‌توان به «بررسی کمک‌های چندجانبه» در بریتانیا و «شبکه ارزیابی عملکرد سازمان‌های چندجانبه» اشاره کرد که هر دو عملکرد سازمان‌های چندجانبه را بررسی می‌کنند و برنامه‌ها و راهبردهای ملی را ارزیابی می‌کنند.

از آنجایی که مذاکرات سلامت اغلب نیازمند تعامل بین سلامت و سیاست خارجی (و سایر حوزه‌های سیاستی) است، نقش نمایندگان سلامت اهمیت فزاینده‌ای پیدا کرده است. انتظار می‌رود که این دیپلمات‌ها به مقامات در پایتخت‌ها اطلاع‌رسانی کنند، مذاکرات را آماده کنند و در بسیاری از موارد مستقیماً در ژنو و نیویورک آن فعالیت‌ها را انجام دهند.

ژنو مقر بسیاری از سازمان‌های جهانی سلامت است و به‌عنوان پایتخت جهانی سلامت در نظر گرفته می‌شود و نمایندگان اکثر کشورها و بسیاری دیگر از بازیگران کلیدی سلامت جهانی در آن حضور دارند. این شهر محیطی را فراهم می‌کند که در آن برقراری روابط و استفاده از کانال‌های رسمی و غیررسمی برای آماده شدن مذاکرات را آسان می‌کند. با این حال، مذاکرات سلامت جهانی نیز به‌طور فزاینده‌ای در سازمان ملل متحد در نیویورک در حال انجام است، به‌ویژه با توجه به اینکه سلامت جزء ضروری اهداف توسعه پایدار (به‌ویژه هدف ۳) است. در برخی موارد، مسائل سلامتی چنان اهمیت پیدا می‌کند که آن‌ها در مجمع عمومی، شورای امنیت یا در اجلاس‌های ویژه در سطح عالی مورد بحث قرار می‌گیرند. نشست‌های منظم گروه هفت و گروه بیست و اجلاس‌های ویژه، نمونه‌های دیگری از فضا و مکان‌های مرتبط با سلامت جهانی هستند. برخی از مفسران از این واقعیت انتقاد کرده‌اند که اکثر سازمان‌های سلامت بزرگ در ژنو، یعنی در شمال جهان مستقر هستند، در حالی که بسیاری از چالش‌هایی که این سازمان‌ها برای مقابله با آن‌ها ایجاد شده‌اند در کشورهای با درآمد کم و متوسط جنوب جهان وجود دارند. همچنین لازم به ذکر است که برخی از کشورهای کم‌درآمد، نمایندگی در ژنو ندارند.

مانند سایر حوزه‌های دیپلماسی، سیستم دیپلماسی سلامت نه تنها برای مدیریت روابط بین دولت‌ها (دوجانبه و چندجانبه) بلکه روابط بین دولت‌ها و سایر بازیگران نیز تکامل یافته است. اهمیت دیپلماسی چندجانبه به‌طور تصاعدی افزایش یافته است. به‌ویژه سازمان‌های جامعه مدنی انتظار دارند سطح بالایی از مشارکت، شفافیت و پاسخگویی داشته باشند. ولی این موضوع همیشه از سوی خیرین و بنیادهای بزرگ صورت نمی‌گیرد. بسیاری از سازمان‌های سلامت جهانی که اخیراً در ژنو تأسیس شده‌اند، توسط حاکمیت چند ذی‌نفعی و حوزه‌های انتخابیه تعریف شده‌اند. به‌عنوان مثال، هیئت‌مدیره گلوبال فاند

دارای ۲۸ کرسی است که از این تعداد ۱۰ کرسی حوزه‌های انتخابیه اهداکننده و ۱۰ کرسی نماینده حوزه‌های انتخابیه مجری هستند. هشت کرسی باقیمانده برای اعضای بدون رأی، از جمله طیف وسیعی از فعالیت‌های سلامت جهانی و همچنین از میان جامعه مدنی است.

درحالی‌که رقابت بین بازیگران جهانی سلامت، از جمله سازمان جهانی بهداشت، برای منابع بسیار محدود اهداکنندگان وجود دارد، همه آن‌ها برای دستیابی به مأموریت موفقیت‌آمیز خود به سازمان جهانی بهداشت وابسته هستند؛ چه از طریق هنجارها و استانداردهای زیربنای فعالیتشان، حمایت فنی در سطح ملی از طریق دفاتر سازمان جهانی بهداشت در کشورها و چه از طریق مشروعیت، شمول جهانی و رویکرد مبتنی بر اجماع سازمان جهانی بهداشت کسب می‌کنند. سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان مرجع هدایت‌کننده و هماهنگ‌کننده در سلامت جهانی، به افزایش تعداد بازیگران در عرصه جهانی سلامت، از طریق شناسایی ظرفیت و میزان مشارکت سازمان‌های غیردولتی در سلامت جهانی و از طریق تشویق آن‌ها به توسعه فعالیت‌های خود در زمینه حفظ و ارتقای سلامت عمومی در داخل و خارج از کشور خودشان، پاسخ داده است. روابط این سازمان‌ها با سازمان جهانی بهداشت توسط چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی اداره می‌شود. هدف از این چارچوب تقویت تعامل سازمان جهانی بهداشت با بازیگران غیردولتی (سازمان‌های غیردولتی، نهادهای بخش خصوصی، بنیادهای بشردوستانه و مؤسسات دانشگاهی) است و درعین‌حال از کار سازمان در برابر تضاد منافع احتمالی، خطرات شهرت و نفوذ ناروا محافظت می‌کند. (جزئیات بیشتر در مورد مکان‌ها و بازیگران دیپلماسی سلامت را می‌توانید در فصل ۶ بیابید)

۲.۴ روابط در نظام دیپلماسی سلامت جهانی

کشورها در دیپلماسی سلامت رسمی و غیررسمی به روش‌های مختلف مشارکت می‌کنند. در واقع، بسیاری از اشکال مختلف انجام دیپلماسی به صورت کلی در مورد دیپلماسی سلامت نیز صدق می‌کند. پویایی نابرابر قدرت در بین کشورها، بین دولت‌ها و سایر بازیگرانی که می‌خواهند بر مذاکرات تأثیر بگذارند، همیشه بر نتیجه مذاکرات تأثیر می‌گذارد و غالباً حتی تصمیم می‌گیرد. علیرغم مشکلات فراوان در دهه‌های گذشته، تمایل به مشارکت در مذاکرات و رسیدن به یک نتیجه، به طور کلی همیشه وجود داشته است. با این حال، تضعیف تعهد به چندجانبه‌گرایی اکنون استفاده از اشکال مختلف دیپلماسی را برای پیشبرد برنامه‌ها دشوارتر می‌کند. یکی از نشانه‌های بارز این است که جلسات بزرگ، توانایی رسیدن به یک نتیجه توافقی را ندارند. نظام تثبیت‌شده دیپلماسی سلامت، اخیراً با ایجاد خلأ رهبری ایالات متحده، مختل شده است، حتی با وجود تشکیل اتحادهای جدید دولت‌ها، هنوز این خلأ پر نشده است.

در اکثر موارد، کانال‌های مختلف دیپلماسی به طور هم‌زمان برای پیشبرد یک دستور کار استفاده می‌شود. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، مذاکرات رسمی و غیررسمی (دیپلماسی "مسیر اول"^۱ و "مسیر دوم"^۲) معمولاً به موازات یکدیگر انجام می‌شود. برای پیشبرد مواضع خود و بررسی اتحادهای احتمالی، کشورها (و سایر ذینفعان) گاهی اوقات به "جلسات متعدد"^۳ (برگزاری اجلاس‌های متعدد که به ظاهر افراط در برگزاری جلسات هست) می‌پردازند، یعنی موضوعی را که برای آن‌ها مهم است در مکان‌های مختلف مذاکره و در سطوح مختلف مورد مذاکره قرار می‌گیرد. (البته این روند بستگی به نفوذ

۱- مذاکرات رسمی

۲- مذاکرات غیر رسمی

آن‌ها در مکان‌های مختلف دارد) اگر به‌خوبی انجام شود، مذاکرات می‌تواند یکدیگر را تقویت کند و حتی ممکن است پیشرفت‌های دیپلماتیک را تسهیل کند، اما می‌تواند شکست بخورد، همان‌طور که در مورد مذاکرات سلامت جهانی در گروه هفت و گروه بیست در سال ۲۰۲۰ رخ داد.

اکثر کشورها در سطح چندجانبه با نهادهای سازمان ملل متحد درگیر هستند (نمودار بخش ۶.۳ را ببینید). سازمان جهانی بهداشت، نهاد کلیدی در مذاکرات در مورد هنجارها و استانداردهای سلامت جهانی است. اولویت‌ها برای چنین مذاکراتی معمولاً توسط دولت‌ها تعیین می‌شود که به‌صورت مساوی (بر اساس اصل یک رأی برای هر کشور) در چارچوب سازمان ملل شرکت می‌کنند. قبل از ورود به سازمان جهانی بهداشت (WHO) معمولاً مذاکرات مقدماتی در سطح دو جانبه و منطقه‌ای انجام می‌شود. اتحادها در این سطوح برای پیشبرد دستور کار ایجاد می‌شوند. دیپلماسی جهانی سلامت نیز در مؤسسات برتون وودز (مانند بانک جهانی به‌ویژه در مورد مسائل تأمین مالی سلامت) و در سازمان‌های سلامت خاص مانند اتحاد واکسن (Gavi)، گلوبال فاند و تسهیلات بین‌المللی خرید دارو (UNITAID) انجام می‌شود.

برنامه مشترک سازمان ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز (UNAIDS) توسط شورای اقتصادی و اجتماعی^۱ سازمان ملل (اکوسوک) ایجاد شد و تنها برنامه مشترک در سازمان ملل است که از دو طریق تأمین مالی می‌شود. برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز (UNAIDS) توسط ساختاری به نام مجمع هماهنگ‌کننده^۲ (PCB) برنامه اداره می‌شود که ساختار حکمرانی منحصربه‌فردی از جهت اندازه کوچک و سطح فراگیری است. PCB شامل کشورهای عضو، حامیان، نمایندگان جامعه مدنی و به‌ویژه افرادی است که

1-United Nations Economic and Social Council

2-Programme Coordinating Board

مبتلا به اچ آی وی هستند. به طور مشخص نمایندگان سازمان‌های غیردولتی در ساختار هماهنگی برنامه (PCB) دارای موقعیتی برابر با کشورهای عضو و تأمین‌کنندگان مالی برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز (UNAIDS) هستند. چنین ساختاری می‌تواند به ترویج استعمارزدایی از حکمرانی سلامت جهانی کمک کند.

گلوبال فاند یک بنیاد خصوصی بر اساس قوانین سوئیس است، البته با وضعیتی شبه‌دولتی که توسط دولت سوئیس اعطاشده است. گلوبال فاند که برای تسریع پایان دادن به ایدز، سل و مالاریا به‌عنوان اپیدمی راه‌اندازی شده است، گلوبال فاند با مشارکت دولت‌ها، جامعه مدنی، آژانس‌های فنی، بخش خصوصی و افراد آسیب‌دیده از این بیماری‌ها، فعالیت می‌کند. در شرایطی مانند مذاکرات در گلوبال فاند یا اتحاد واکسن (Gavi)، سطح توسعه یک کشور می‌تواند تعیین کند که به‌عنوان اهداکننده، یک گیرنده یا به‌عنوان مجری در مذاکرات شرکت می‌کند. از مدلی تحت عنوان، نماینده حوزه انتخابیه اغلب استفاده می‌شود (به کادر ۱۰ و کادر ۱۱ مراجعه کنید). دیپلماسی چندجانبه در همه سازمان‌ها و مکان‌های مذاکره به‌طور فزاینده‌ای مستلزم ورود سایر ذینفعان مانند بنیادهای بزرگ، دانشگاه‌ها، بخش خصوصی و سازمان‌های غیردولتی است. چنین تعاملی دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از روابط است و اغلب یک عامل اساسی در موفقیت مذاکرات است، حتی اگر تصمیمات نهایی توسط دولت‌ها گرفته شود. دیپلماسی چندجانبه نیز از طریق مشارکت بخش عمومی-خصوصی و اتحادها^۱، از جمله مکانیسم‌های جدیدی مانند شتاب‌دهنده ابزارهای دسترسی به کووید-۱۹ (همکاری جهانی برای سرعت بخشی به توسعه، تولید و دسترسی عادلانه به روش‌های جدید تشخیصی، درمانی و واکسن کووید-۱۹) که دولت‌ها، دانشمندان، کسب‌وکارها، جامعه مدنی، خیرین و سازمان‌های سلامت جهانی را گرد هم می‌آورد، انجام می‌شود.

اجلاس سران گروه‌ها^۱ مانند گروه هفت، گروه بیست، کشورهای بریکس و کشورهای مشترک‌المنافع اکنون نقش بسیار مهمی در دیپلماسی سلامت ایفا می‌کنند. حجم زیادی از مذاکرات چندجانبه در مورد مسائل سلامت در سطح سران کشورها و دولت‌ها انجام می‌شود. این اغلب به‌عنوان "دیپلماسی باشگاه کشورها"^۲ شناخته می‌شود، با عضویت محدود به گروه منتخبی از کشورها و با ریاست‌های دوره‌ای که تصمیم می‌گیرند در مورد کدام کشورها دیگر باید برای پیوستن به مذاکرات دعوت شوند. اجلاس‌های اخیر گروه هفت توجه قابل توجهی به سلامت داشت. به همین ترتیب، جلسات وزرای بهداشت کشورهای گروه بیست از زمان اولین نشست در برلین در سال ۲۰۱۷ به‌طور منظم برگزار شده است. همچنین جلسات مشترک وزرای بهداشت و دارایی نیز برگزار شده است. در سال‌های اخیر، بیانیه‌های نهایی هر دو اجلاس گروه هفت و گروه بیست به‌طور فزاینده‌ای به مسائل سلامت اشاره کرده‌اند. با این حال، دستیابی به توافق در مورد مسائل سلامت جهانی در چنین نشست‌هایی به دلیل سیاسی شدن پاندمی کووید-۱۹ دشوارتر شد.

اکثر کشورها احتمالاً درگیر مذاکره در مورد توافقنامه‌های دوجانبه^۳ در زمینه سلامت هستند. مذاکرات دوجانبه غالباً در مورد حمایت مالی از سوی اهداکنندگان یا آژانس‌های مالی بزرگ مانند بانک جهانی یا صندوق بین‌المللی پول است. با این حال، ممکن است با دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی یا مسائل مربوط به ایمنی کالاهای سلامت بخصوص در تبادلات مرزی در ارتباط باشد. تعداد بی‌شماری افراد تأثیرگذار ممکن است در روند مذاکرات، نقش ایفا کنند: این مذاکرات محدود به جنوب-شمال نیست بلکه شمال-شمال و جنوب-جنوب را نیز شامل می‌شود. چین رویکرد ترکیبی جدیدی

1 - Summits of country groupings

2 - Club diplomacy

3 - Bilateral agreements

را توسعه داده است و از «ابتکار کمربند-راه» برای ایجاد «جاده ابریشم سلامت» استفاده می‌کند (به کادر ۵ مراجعه کنید).

کشورها ممکن است درگیر مذاکره در مورد توافق‌های منطقه‌ای^۱ باشند- برای مثال، در داخل اتحادیه اروپا (EU) جایی که چنین توافق‌هایی اغلب الزام‌آور هستند، یا بین مناطقی مانند اتحادیه اروپا و اتحادیه آفریقا توافق صورت بگیرد. کشورهای موجود در یک بلوک منطقه‌ای اغلب نیاز به مذاکره و توافق بر سر مواضع خود در یک مذاکره چندجانبه دارند، اما توافقات تجاری دوجانبه (اغلب شامل مفاد مرتبط با سلامتی) در حال افزایش است. از آنجایی که توافقات تجاری منطقه‌ای می‌تواند اثرات مثبت و منفی قابل توجهی بر سلامتی داشته باشد، اغلب مذاکره با آن‌ها دشوار است. گروه‌های منطقه‌ای می‌توانند نقشی کلیدی در پیشبرد سلامت جهانی ایفا کنند، همان‌طور که جامعه کارائیب (CARICOM) در زمینه بیماری‌های غیر واگیر یا اخیراً آنچه اتحادیه اروپا در واکنش به پاندمی کووید-۱۹ انجام داده است. (به فصل ۷ مراجعه کنید)

همه این‌ها گواه همپوشانی هرچه بیشتر دیپلماسی سلامت و دیپلماسی اقتصادی و تجاری^۲ است. دیپلماسی اقتصادی با بسیاری از عوامل تعیین‌کننده سلامت فرامرزی مانند، چگونگی تحریک رشد اقتصادی، به‌ویژه در فقیرترین کشورها مرتبط است. از سوی دیگر، دیپلماسی تجاری عمدتاً شامل کمک به ارتقای صادرات، تأمین سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی و دسترسی به مواد خام است. این امر به‌طور فزاینده‌ای به حوزه سلامت مرتبط شده است زیرا دسترسی به داروها و زنجیره‌های تأمین جهانی برای افزایش سلامت اهمیت دارد. تحلیلگران به این نکته اشاره کرده‌اند که چگونه دیپلماسی مدرن از اولین روزهای خود تحت تأثیر تجارت بود و اولویت‌بخشی به دیپلماسی اقتصادی و

1 - Regional agreements

2 - Economic and commercial diplomacy

تجاری در سال‌های اخیر بیشتر شده است (بریج، ۲۰۱۵). دیپلماسی سلامت به شدت با دیپلماسی اقتصادی و تجاری در زمینه‌های متنوعی مانند حفاظت از مالکیت فکری، مقاومت ضد میکروبی، بیماری‌های غیر واگیر و سیاست‌ها و کدهای تغذیه تلاقی دارد. باید کارهای بیشتری انجام شود تا فعالانه این جریان‌های کاری (هم در هیئت‌های ملی و هم در بین سازمان‌های بین‌المللی) که نمونه از آن همکاری سه‌جانبه در زمینه دسترسی به داروها توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سازمان جهانی تجارت (WTO) و سازمان جهانی مالکیت فکری (WIPO) بود، انجام شود.

گرایش به سمت یکپارچگی بیشتر با افزایش ارتباطات (به‌عنوان مثال، در گروه ۷ و گروه ۲۰) برای نشست‌های مشترک و وزرای بهداشت و دارایی به منظور تأمین مالی برای پوشش همگانی سلامت یا آمادگی و واکنش به بیماری همه‌گیر تقویت شده است. اکثر کشورها دیپلماسی اقتصادی و تجاری را تا حدی در دیپلماسی سلامت خود ادغام می‌کنند، اما این لزوماً نباید به‌عنوان چیزی منفی تلقی شود. موضوع زنجیره تأمین جهانی در مواجهه با کووید-۱۹ نمونه‌ای از این موارد است. به‌عنوان مثال، دستورالعمل دامپزشکی اخیر اتحادیه اروپا پیامدهای بالقوه گسترده‌ای برای مبارزه با مقاومت ضد میکروبی دارد، اما اختلالات قابل توجهی را در سراسر قاره آمریکا و اقیانوسیه ایجاد می‌کند، زیرا شرکای تجاری در آن مناطق لزوماً برخی از افزودنی‌های خوراک را به‌عنوان آنتی‌بیوتیک دسته‌بندی نمی‌کنند. در حالی که دستورالعمل جدید اتحادیه اروپا این کار را انجام می‌دهد. در این مورد، طیفی از عوامل تجاری، از جمله حمایت از تولیدکنندگان داخلی در برابر واردات، وارد عمل می‌شوند.

دیپلماسی سلامت به‌ویژه اگر با دیپلماسی علمی همراه باشد کانالی مفید برای تعامل بین کشورهایی است که روابط تیره‌ای در سیاست خارجی با یکدیگر ندارند. در

ایالات متحده، اصطلاح "دیپلماسی مسیر سوم"^۱ اغلب برای اشاره به رویکردهایی استفاده می‌شود که کارشناسان، دانشمندان و شهروندان را گرد هم می‌آورد. از آن به‌عنوان "دیپلماسی مردم با مردم" نیز یاد می‌شود. چنین رویکردهایی که در پایین‌ترین سطوح عمل می‌کنند، به دنبال تسهیل درک بهتر موقعیت دیگران هستند. بسیاری از کنفرانس‌های جهانی سلامت، فضا را برای این نوع دیپلماسی فراهم می‌کنند که مانند سایر موارد، در پی پاندمی کووید-۱۹ دشوارتر شده است. در شرایط بحرانی و در دیپلماسی بشردوستانه، استفاده از دیپلماسی طرف ثالث^۲ که در آن یک بازیگر بی‌طرف و مستقل به‌عنوان واسطه عمل می‌کند، می‌تواند حیاتی باشد.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، انواع دیگر دیپلماسی مانند دیپلماسی بحران و اضطرار، دیپلماسی بشردوستانه؛ دیپلماسی علمی؛ و دیپلماسی اقلیمی می‌توانند برای پیشرفت سلامت جهانی بسیار اثربخش باشد. ذکر این موضوع مهم است که در نظر داشته باشید که دیپلمات‌ها در حال چرخش هستند و در بسیاری از زمینه‌ها تجربه کسب می‌کنند و مجموعه‌های از تجربیات مختلف می‌تواند یک دارایی در مذاکرات سلامت به شمار آید.

۲.۵ دیپلماسی دیجیتال

دیپلماسی دیجیتال برای اطلاع‌رسانی موقعیت یک کشور به مخاطبان زیادی (کارکردی که قبلاً توسط دیپلماسی عمومی انجام می‌شد) و تأثیرگذاری بر مذاکرات استفاده می‌شود و دربرگیرنده نحوه استفاده از رسانه‌های الکترونیکی (مانند وب سایت‌ها، پادکست‌ها و وبلاگ‌ها) و رسانه‌های اجتماعی (به‌ویژه فیس‌بوک و توییتر) برای ارتباط با سایر مذاکره‌کنندگان، مردم و روزنامه‌نگاران است. دیپلماسی دیجیتال شامل

1 - Track-three diplomacy

2 - Third party diplomacy

کانال‌هایی مانند «دیپلماسی سایبری»^۱ است که عمدتاً با مسائل امنیتی مرتبط است. "دیپلماسی فناوری و علم"^۲ که تعاملات کشورها را از طریق مراکز نوآوری پوشش می‌دهد. «دیپلماسی داده» که بر استفاده و تأثیر «داده‌های بزرگ» بر دیپلماسی و امور بین‌الملل اشاره دارد؛ و "تجارت الکترونیک" که در مورد مسائل اقتصادی است.

دیپلماسی دیجیتال از طریق رسانه‌های اجتماعی، اغلب توسط بازیگران غیردولتی برای متقاعد کردن یا حتی تحت فشار قرار دادن دیپلمات‌ها برای اتخاذ یک موضع خاص در مذاکرات استفاده می‌شود. به عنوان مثال، رسانه‌های اجتماعی در پویش "دست از داروی ما بردارید"^۳ پوششی که توسط پزشکان بدون مرز در سال ۲۰۱۰ برای منصرف کردن اتحادیه اروپا از انعقاد یک توافق تجاری با هند راه‌اندازی شد که تولید داروهای ژنریک برای درمان سل و سایر بیماری‌ها را محدود می‌کرد. رسانه‌های اجتماعی نقش مهمی در مذاکره درباره «قطعنامه شفافیت» در هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۹ ایفا کردند (به مطالعه موردی ۱ مراجعه کنید). افزایش استفاده از ابزارهای جدید مبتنی بر وب در دیپلماسی ادامه می‌یابد.

دیپلماسی توییتر^۴ نقش کلیدی در انتخابات اخیر مدیرکل سازمان جهانی بهداشت و سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد (یونسکو) داشت. اکثر نامزدهای پست‌های بلندپایه سازمان ملل اکنون به طور فعال در توییتر کمپین دارند. این پلت فرم توسط سران کشورها و دولت‌ها و وزرا و دیپلمات‌ها برای به اشتراک گذاشتن دیدگاه‌ها و مواضع خود با مخاطبان نیز استفاده می‌شود. به طور مشابه، رؤسای سازمان‌های بین‌المللی از

1 -DiploFoundation on Cyberdiplomacy: <https://www.diplomacy.edu/blog/web-discussion-summary-applicability-internation-allaw-cyberspace-do-we-know-rules-road>

2 - DiploFoundation on Tech and Science Diplomacy:

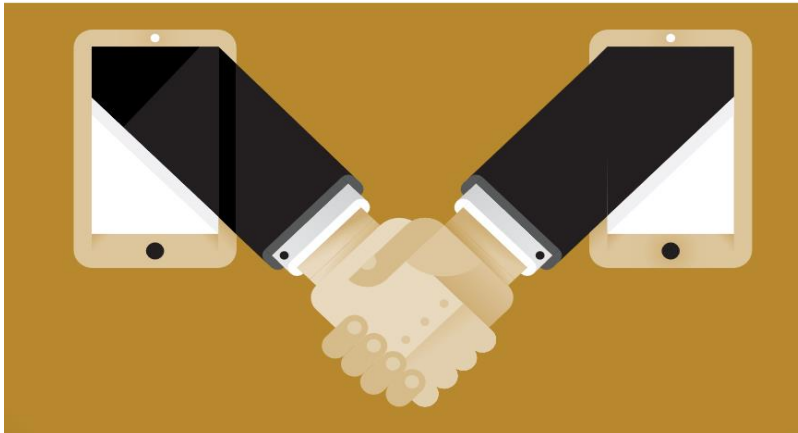
<https://www.diplomacy.edu/innovationhubs>

3 - Hands off our medicine

4 - Twitter diplomacy

رسانه‌های اجتماعی برای ارائه کار و سیاست‌های خود استفاده می‌کنند. کاری که مدیرکل سازمان جهانی بهداشت به‌طور خاص در پاندمی کووید-۱۹ انجام می‌داد.

رسانه‌های اجتماعی به‌ویژه در آنچه که «دیپلماسی موضوعات جهانی»^۱ نامیده می‌شود، نقش ویژه‌ای دارند. در زمینه دیپلماسی سلامت، به تلاش برای ترویج یک موضوع خاص سلامت مانند، یک بیماری خاص (ایدز) یا گروهی از بیماری‌ها (بیماری‌های غیر واگیر یا نادیده گرفته‌شده)، در صدر دستور کار برای جلب پذیرش برای یک رویکرد خاص («سلامت یکپارچه»، پوشش همگانی سلامت)، یا برای جلب توجه به تبعیض (کمپین زنان در سلامت جهانی) دلالت دارد. رسانه‌های اجتماعی برای رویکردهای جدید جمع‌آوری کمک‌های مالی حیاتی هستند، همان‌طور که در کمپین «یک جهان: باهم در خانه»^۲ در حمایت از پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ نشان داده شد.



سلامت جهانی حوزه‌ای است که مشارکت گسترده اجتماعی در آن به‌وضوح معنادار است. سازمان‌های جامعه مدنی که بر برنامه‌های توسعه‌ای متمرکز شده‌اند، از دولت‌ها انتظار دارند که از طرح‌های مربوط به سلامت جهانی، توسعه انسانی و حقوق بشر حمایت

1 -Global issue diplomacy

2 -One World: Together At Home

کنند. تعداد سازمان‌های غیردولتی فعال در زمینهٔ سلامت جهانی در چند سال گذشته به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است و آن‌ها نیز اکنون از رسانه‌های اجتماعی برای درخواست سرمایه‌گذاری، اقدام و پاسخگویی استفاده می‌کنند. آن‌ها همچنین شروع به سازمان‌دهی انواع جدیدی از کمپین‌های جمع‌آوری کمک‌های مالی جهانی^۱ کرده‌اند، مانند کمپین‌های "یک جهان: باهم در خانه" و "شهروند جهانی" که به جمع‌آوری بیش از ۲۳۰ میلیون دلار برای صندوق همبستگی در پاسخگویی^۲ به کووید ۱۹ توسط سازمان جهانی بهداشت همراه با چندین بنیاد بشردوستانه در سراسر جهان کمک کرد.

در حالی که رسانه‌های اجتماعی به بخش گسترده‌ای از مردم فرصتی برای اظهار نظر در مورد اقدامات سیاست خارجی (یا چشم‌پوشی) می‌دهند، می‌توانند منجر به فشارهای شدید اخلاقی، واکنش‌های شدید احساسی و حتی حملات شخصی شرورانه به مذاکره‌کنندگان شوند. سازمان جهانی بهداشت در مورد اثرات منفی^۳ "طغیان اطلاعات نامعتبر"^۳ بر سلامتی هشدار داده است، یعنی جایی که حجم اطلاعات مرتبط با یک موضوع خاص به‌طور تصاعدی در مدت‌زمان کوتاهی افزایش می‌یابد. شیوع کووید-۱۹ و اقدامات واکنشی متعاقب آن با اطلاعات گسترده همراه بود: انبوهی از اطلاعات (برخی دقیق، برخی نه) که یافتن منابع قابل اعتماد و راهنمایی قابل اعتماد را برای مردم در زمانی که بیشتر به آن نیاز داشتند دشوار می‌کرد. این محیط اطلاعاتی جدید چالشی فزاینده برای دیپلمات‌ها ایجاد می‌کند. بر این اساس، سازمان جهانی بهداشت تصمیم مهمی را اتخاذ کرد که سه بار در هفته کنفرانس‌های مطبوعاتی در مورد پاسخ کووید-۱۹ برگزار کند و این تصمیم را با حضور قوی رسانه‌های اجتماعی و تلاش‌های اطلاع‌رسانی ترکیب کرد.

1 - Global fundraising campaigns

2 - COVID-19 Solidarity Response Fund

3 - Infodemics

فصل سوم:

ابعاد دیپلماسی سلامت جهانی

دیپلماسی سلامت را می‌توان با تقسیم این حوزه به هفت بعد بهتر درک کرد:

هفت بعد دیپلماسی سلامت

۱. مذاکره برای ارتقای سلامت و رفاه در مواجهه با سایر منافع
۲. ایجاد مکانیسم‌های حکمرانی جدید در حمایت از سلامت و رفاه
۳. ایجاد ائتلاف در حمایت از پیامدهای سلامت و رفاه
۴. ایجاد و مدیریت روابط اهداکنندگان و ذینفعان
۵. پاسخ به بحران‌های سلامت عمومی
۶. بهبود روابط بین کشورها از طریق سلامت و رفاه
۷. کمک به صلح و امنیت



۳.۱ مذاکره برای ارتقای سلامت و رفاه در مواجهه با سایر منافع

دیپلماسی سلامت جهانی در سازمان جهانی بهداشت اهمیت ویژه‌ای دارد زیرا تنها سازمان جهانی است که هنجارها و استانداردهایی را تعیین می‌کند و می‌تواند معاهدات را تصویب کند. حمایت از منافع سلامت در مواجهه با سایر منافع به‌عنوان مثال، در هنگام مذاکره در مورد کنوانسیون چارچوب سازمان جهانی بهداشت در مورد کنترل دخانیات (مصوب سال ۲۰۰۳) که یک موضوع بسیار سیاسی و حساس است نیاز به آمادگی کامل دارد. استفاده از شواهد، آینده‌نگری و خردورزی بسیار مهم است تا اطمینان حاصل شود که ملاحظات سیاسی کوتاه‌مدت و منافع تجاری، اولویت‌بندی جنبه‌های سلامت در توسعه پایدار را به خطر نمی‌اندازد. پاندمی کووید-۱۹ نشان داده است که علاوه بر یک دستور کار قوی، نهادهای جهانی مانند سازمان جهانی بهداشت باید ابزارهای قوی برای پاسخگویی به بحران‌های سلامتی را داشته باشند. در غیر این صورت، منافع ژئوپلیتیکی و ملی ممکن است مانع راه‌حلی شود که به نفع همه کشورها باشد. قبل از هر دور از مذاکرات جهانی سلامت، بسیار مهم است که دیپلمات‌ها منافع در خطر را ارزیابی کنند و به‌خوبی آماده شوند تا بتوانند به‌طور راهبردی به این موارد رسیدگی کنند.

چهار نمونه از مذاکرات دیپلماسی سلامت که به دلیل تأثیر متقابل منافع سیاسی، اقتصادی و تجاری چالش‌برانگیز بودند در زیر ارائه شده است:

شفافیت قیمت داروها: تصویب قطعنامه مهم WHA72.8 مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۹ در مورد بهبود شفافیت بازار داروها، واکسن‌ها و سایر کالاهای سلامت، پس از یک سری مذاکرات بحث‌برانگیز و خروج کشورهای عضو از دور نهایی به دلایل ماهوی و فرآیندی به دست آمد. این قطعنامه کشورهای عضو و سازمان جهانی بهداشت را موظف می‌کند که سیستم‌هایی را برای جمع‌آوری و اشتراک‌گذاری اطلاعات در

مورد قیمت‌ها، فروش، ثبت اختراع، هزینه‌های تحقیق و توسعه بخش عمومی و خصوصی، یارانه‌های تحقیق و توسعه و موارد دیگر را ایجاد کنند (مطالعه موردی ۱ را ببینید).

سلامت پناهندگان و مهاجران: کشورهای عضو در هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت (۲۰۱۹) در مورد سند ارتقای سلامت پناهندگان و مهاجران: پیش‌نویس برنامه اقدام جهانی، ۲۰۱۹-۲۰۲۳ را مورد توجه قرار دادند. پس از بحث‌های طولانی که منعکس‌کننده تغییر چشم‌انداز سیاسی و لحن اغلب احساساتی بحث‌های جاری در مورد مهاجرت بود، به علت مخالفت برخی از هیئت‌ها، این سند قابل توافق نبود اگرچه هدف اصلی دستیابی به یک راه‌حل بود. این تنها نتیجه قابل قبول برای برخی از کشورها بود که در صورت تصویب برنامه اقدام، آمادگی پذیرش تعهدی را نداشتند.

مالکیت فکری: بسیاری از دیپلماسی‌های سلامت در رابطه با موضوع مالکیت فکری در مجامع "غیر سلامت" مانند سازمان جهانی تجارت انجام می‌شود، یک نمونه قابل توجه در مذاکرات منتهی به موافقت‌نامه ۱۹۹۵ درباره جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری (توافقنامه تریپس)^۱ این است که در آن نیازهای سلامت عمومی در مواجهه با منافع سیاسی، اقتصادی و تجاری باید تأمین شود.

واکنش به پاندمی کووید-۱۹: دستیابی به توافق در مورد اقدامات جمعی در پاسخ به پاندمی در محل مذاکره سیاسی مانند گروه هفت یا گروه بیست، به‌ویژه به دلیل بن‌بست ژئوپلیتیکی بین چین و ایالات متحده و همچنین به دلیل نگرش انتقادی ایالات متحده نسبت به سازمان جهانی بهداشت دشوار شده بود.

منابع:

1. Bernes TA. COVID-19: the failure of G20. In: Centre for International Governance Innovation [website]. Waterloo, Canada: Centre for

¹ - Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS)

- International Governance Innovation; 2020 ([https:// www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20](https://www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20), accessed 14 September 2020).
2. Severoni S, Kosinska M, Immordino P, Told M, Kökény M, editors. Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-spotlight-on-refugees-and-migrants-2019>, accessed 14 September 2020).
3. Watal J, Taubman A, editors. The making of the TRIPS Agreement: personal insights from the Uruguay Round negotiations. Geneva: World Trade Organization; 2015 (https://www.wto.org/english/res_e/publications_e/trips_agree_e.htm, accessed 14 September 2020).

۳.۲ ایجاد مکانیسم‌های حکمرانی جدید در حمایت از سلامت و رفاه

در آغاز قرن بیست و یکم، سازمان‌های جدیدی در زمینه سلامت جهانی مانند برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز (UNAIDS)، گلوبال فاند و اتحاد واکسن (Gavi) ایجاد شدند که اکنون از جایگاه قابل توجهی برخوردار هستند. این امر با مذاکرات بین کشورها و سایر شرکا در سازمان جهانی بهداشت، سازمان ملل متحد، گروه هفت و گروه بیست امکان‌پذیر شد که منجر به توافق در مورد تأسیس این سازمان‌ها و مکانیسم‌های تأمین مالی و حکمرانی شد. این گونه سازمان‌ها اغلب به این دلیل راه‌اندازی می‌شدند که سازمان جهانی بهداشت در آن زمان قادر نبود یا نمی‌خواست وظایف مربوطه را انجام دهد. با این حال، به‌طور ناخواسته منجر به تکه‌تکه شدن حاکمیت سلامت جهانی شده است. به همین دلیل، بسیاری از جامعه بین‌المللی اکنون در مورد ایجاد سازمان‌های سلامت جهانی بیشتر مردد هستند.

دو ابر روند در سال‌های اخیر ظهور کرده است. اول، تغییری از معماری سنتی سلامت جهانی به سمت فضاها و مکانیسم‌های سیاسی جدید، مانند نشست‌های سازمان ملل، بلوک‌های اقتصادی و سیاسی منطقه‌ای، کنفرانس‌های بزرگ در مورد سایر اولویت‌های

جهانی (اقلیم، شهرنشینی، اقدامات بشردوستانه) و ابتکارات جهانی صورت گرفته است (به فصل ۲ مراجعه کنید). دوم، فرآیندهای حکمرانی تغییر کرده است: مذاکرات در مورد طیفی پویا از موضوعات سیاسی و سایر موضوعات توسط شبکه‌ای انعطاف‌پذیر از مشارکت‌ها، اتحادها و ائتلاف‌ها (مانند مشارکت‌های اختصاصی دولتی-خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد) انجام می‌شود.

در داخل سازمان‌های بین‌دولتی، مدل‌های جدید حکمرانی توسط کشورهای عضو در حال مذاکره و بررسی است. به‌عنوان مثال، کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت آیین‌نامه داخلی هیئت اجرایی و نحوه انتخاب مدیرکل را تغییر دادند. آن‌ها نقش عملیاتی سازمان را از طریق ایجاد یک برنامه جدید فوریت‌های سلامت تقویت کردند. این‌ها تأثیرات فرآیندهای دیپلماسی سلامت بر تصمیم‌گیری بلندمدت هستند.

درواقع، قبلاً درخواست‌های زیادی برای بازنگری کامل مکانیسم‌های حکمرانی در سلامت جهانی برای اطمینان از همکاری مؤثرتر و استفاده از بودجه وجود داشته است. برخی از پیشنهادات مستلزم تقویت، برخی دیگر تضعیف سازمان جهانی بهداشت (WHO) و وظایف آن است. حل و فصل این تمایلات اغلب متضاد، یک حوزه کلیدی دیپلماسی سلامت در سال‌های آینده خواهد بود.



۳.۳ ایجاد اتحاد در حمایت از پیامدهای سلامت و رفاه

اتحادها برای منافع متقابل یا برای دستیابی به اهداف مشترک شکل می‌گیرند، خواه توافق صریح بین تک‌تک اعضا حاصل شده باشد یا خیر. اتحاد برای سلامت جهانی ممکن است شامل اتحادهای سیاسی باشد. به‌عنوان مثال در سال ۲۰۱۹، فرانسه و آلمان اتحاد برای چندجانبه‌گرایی را تأسیس کردند که به دنبال گرد هم آوردن همه‌کسانی است که معتقدند همکاری قوی و مؤثر چندجانبه، بر اساس اهداف و اصول منشور سازمان ملل، حقوق بین‌الملل و عدالت، برای تضمین صلح، ثبات و رفاه ضروری است. اتحاد بیانیه‌ای قوی در حمایت از سازمان جهانی بهداشت در زمینه پاندمی کووید-۱۹ صادر کرد. اتحادهای قدیمی‌تر نیز می‌توانند به پیشبرد برنامه‌ها کمک کنند: برای مثال، جنبش غیرمتعهدها، گروهی که در سال ۱۹۶۱ تأسیس شد و اکنون متشکل از بیش از ۱۲۰ کشور در حال توسعه است که به‌طور رسمی با یا علیه هیچ بلوک بزرگ ژئوپلیتیکی همسو نیستند، نقش مهمی در پیشروی مذاکرات برای تصویب چارچوب آمادگی همه‌گیری آنفلوآنزا در سال ۲۰۱۱ ایفا کرد.

کشورهای مشترک‌المنافع از «سیاست بلوکی»^۱ برای سازمان‌دهی تلاش‌های خود در چارچوب سازمان ملل استفاده کرده‌اند. کشورهای عضو اغلب به‌عنوان گروه منطقه‌ای گرد هم می‌آیند که در آن در مورد دفاع از یک موضع مشترک هنگام رأی‌گیری در مجمع جهانی سلامت یا مجمع عمومی سازمان ملل اتفاق نظر دارند. پنج گروه منطقه‌ای در سازمان ملل وجود دارد: گروه کشورهای آفریقایی، گروه کشورهای آسیا و اقیانوسیه، گروه کشورهای اروپای شرقی، گروه کشورهای آمریکای لاتین و کارائیب (GRULAC) و گروه کشورهای اروپای غربی و سایر کشورها. همبستگی رأی‌گیری بین مناطق متفاوت است و به نوع قطعنامه‌ای که به رأی‌گیری گذاشته می‌شود، بستگی دارد. اتحادیه اروپا معمولاً در هنگام رأی‌گیری در مجمع جهانی سلامت یا مجمع

عمومی به‌عنوان بلوک متحد عمل می‌کند. اگرچه اتحادیه اروپا حق رأی ندارد، هیئت آن مجاز است به نمایندگی از کل اتحادیه در سازمان ملل صحبت کند. کشورهای عضو اتحادیه اروپا ممکن است دیدگاه‌های فردی خود را بیان کنند، اما رأی خود را قویاً با موضع اجماع اتحادیه اروپا هماهنگ می‌کنند.

اتحادیه‌های سلامت به اشکال مختلف در طول دو دهه گذشته ایجاد شده است که اغلب با بیماری‌های خاص مرتبط هستند، مانند ابتکار جهانی ریشه‌کنی فلج اطفال که در سال ۱۹۸۸ راه‌اندازی شد که در حال حاضر دارای شش شریک اصلی است. اتحادها از نظر ادغام منابع و قابلیت‌ها مزایای مشخصی را ارائه می‌دهند. یکی از شناخته‌شده‌ترین آن‌ها اتحاد جهانی واکسن (Gavi) است که در سال ۲۰۰۰ تأسیس شد. امروزه اتحاد جهانی واکسن (Gavi) به واکسینه کردن تقریباً نیمی از کودکان جهان کمک می‌کند که به آن قدرت گسترده‌ای می‌دهد تا در مورد قیمت واکسن‌هایی که برای فقیرترین کشورها مقرون‌به‌صرفه نیست مذاکره کند و خطرات تجاری که قبلاً تولیدکنندگان را از ارائه خدمات به آن کشورها منع می‌کرد را از بین ببرد.

اتحادها برای رسیدگی به مشکلات سلامت عمومی که مقابله با آن‌ها توسط سازمان‌ها به‌تنهایی دشوار است، ضروری هستند. علاوه بر این، اهداف مرتبط با سلامت تحت عنوان اهداف توسعه پایدار یک فرصت منحصربه‌فرد برای ایجاد اتحادیهایی مؤثر بر عوامل تعیین‌کننده سلامت را ارائه می‌دهد. به‌طور خاص، رابط بین تغییرات اقلیمی و سلامت به‌عنوان یک اولویت ظاهر شده است. اتحادیه جهانی اقلیم و سلامت در سال ۲۰۱۱ در دوران آفریقای جنوبی برای مقابله با تغییرات اقلیمی و حفظ و ارتقای سلامت عمومی راه‌اندازی شد. این سازمان متشکل از سازمان‌های سلامت و توسعه از سراسر جهان است که با چشم‌اندازی مشترک از آینده‌ای عادلانه و پایدار متحد شده‌اند.

اتحاد جهانی نیروی کار سلامت در سال ۲۰۰۶ برای هماهنگ کردن مشارکت ذینفعان چندبخشی که به دنبال مقابله با بحران منابع انسانی سلامت هستند، ایجاد شد. این اتحاد

با گرد هم آوردن دولت‌های ملی، جامعه مدنی، آژانس‌های بین‌المللی، مؤسسات مالی، محققان، مربیان و انجمن‌های حرفه‌ای، توانست در طی ۱۰ سال مأموریت خود، اراده سیاسی و اقدام قابل‌توجهی برای تغییر مثبت در این زمینه ایجاد کند. پس از پایان مأموریت خود در سال ۲۰۱۶، به شبکه نیروی کار جهانی سلامت تبدیل شد.

گروه‌هایی از کشورها یا حامیان سلامت در سطح کشور گرد هم آمده‌اند تا طرح‌هایی مانند دوستان سازمان جهانی بهداشت یا دوستان گلوبال فاند را به‌منظور حمایت از نهادهای مربوطه به طرق مختلف راه‌اندازی کنند. نمونه‌ای از اتحاد برای سلامت جهانی که در سطح ملی ایجاد شده است، اتحاد سلامت آلمان است که متشکل از بیش از ۱۰۰ شریک تقریباً از همه بخش‌های خصوصی و صنعت، سازمان‌های غیردولتی، جامعه مدنی و بنیادها، علم و دانشگاه است. تجزیه و تحلیل اخیر نشان داد که ۸۰ درصد از اتحاد‌های سلامت جهانی در کار خود موفق هستند. یک عامل کلیدی در این زمینه، دستیابی به تعادل خوب بین مشارکت و اثربخشی است. اتحاد‌های موفق تمایل به تشویق همه طرف‌ها و مشاوره با آن‌ها دارند، بدون اینکه لزوماً همه آن‌ها را در فرآیندهای طولانی تصمیم‌گیری درگیر کنند. بسیاری از اتحادها برای مدت کوتاهی ایجاد می‌شوند تا در جهت یک هدف خاص کار کنند. برخی دیگر به شکل شبکه‌های موقت و ناپایدار هستند برای مثال، مرکز جهانی سلامت ژنو در سال ۲۰۱۶ توسط گروهی از سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی راه‌اندازی شد که به دنبال دستیابی به صدای قوی‌تری با همکاری یکدیگر بودند.

کادر ۴: رابطه نزدیک دیپلماسی علمی با دیپلماسی سلامت: نمونه‌های اخیر

علم نقش مهمی در دیپلماسی سلامت دارد. رابطه نزدیک بین دیپلماسی علم و دیپلماسی سلامت در ارتقای سلامت جهانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. به‌طور کلی، «دیپلماسی علم» به استفاده از علم (از جمله روش‌ها و نتایج آن) برای دیپلماسی دوجانبه یا چندجانبه اشاره دارد. این به معنای قراردادن علم در مرکز تلاش‌های دیپلماتیک باهدف ایجاد یا حفظ روابط و ایجاد یا دستیابی به اهداف سیاست خارجی یا چندجانبه است. دیپلماسی علمی در حالت ایده آل باید بخشی از رابط گسترده‌تر بین سیاست، جامعه و علم باشد. این نوع دیپلماسی در دو دهه گذشته به دلیل سرعت پیشرفت فناوری و اهمیت علم برای مقابله با چالش‌های جهانی مانند تغییرات آب‌وهوا، شکاف دیجیتال یا همه‌گیری‌ها مورد توجه قرار گرفته است. شیوع اخیر کووید-۱۹ و فشارهای متعاقب آن برای ساخت واکسن، منجر به قرار گرفتن علم در مرکز امور جهانی شده است.

سیاست خارجی و سیاست علمی به‌طور فزاینده‌ای در ارتباط با پیشرفت در علوم بهداشتی و پزشکی درهم‌تنیده شده‌اند. با این حال، سایر زمینه‌های علمی مانند تغییرات اقلیمی یا هوش مصنوعی نیز نیازمند توجه از سوی مسئولین سیاست خارجی است. مهارت‌های دیپلماتیک و سواد علمی (در برخی موارد نیز تخصص) هر دو برای طراحی و اجرای سیاست خارجی ضروری شده‌اند.

تعریف دیپلماسی علمی که توسط انجمن آمریکایی پیشرفت علم ارائه شده است، این واقعیت را تصدیق می‌کند که اگرچه تصمیمات سیاست خارجی ممکن است با شواهد علمی مشخص شود، اما این تصمیمات ناشی از ارزش‌ها، اخلاق، اقتصاد و آرزوها برای رهبری هستند. با توجه به تنوع فزاینده بازیگران (غیردولتی) و فرصت‌هایی که دیجیتالی شدن و رسانه‌های اجتماعی باز می‌کنند، زمینه بازی برای دیپلماسی علمی به‌طور زیادی درست مانند دیپلماسی سلامت پیچیده شده است. با توجه به افزایش تنش‌های ژئوپلیتیکی و گرایش‌های ملی‌گرایانه، اگر قرار است از پتانسیل کامل دیپلماسی علمی استفاده شود، به مجموعه‌ای قوی از ارزش‌ها، اصول و استانداردها

نیاز است. بیانیه مادرید در مورد دیپلماسی علمی که در سال ۲۰۱۹ صادر شد، پاسخی بلندپروازانه به این نیاز است.

یک پیشرفت نسبتاً جدید در دیپلماسی علمی، افزایش تعداد اتحادیهایی است که برای ترویج علم و نوآوری برای سلامت جهانی ایجاد شده است. دو مثال اخیر انواع جدیدی از اتحادها را نشان می‌دهند که برای کمک به جامعه علمی در پاسخگویی به چالش‌های عمده سلامتی در حال ظهور هستند. فرض این است که علم (مانند سلامت) باید به‌عنوان کالای عمومی جهانی در نظر گرفته شود و دسترسی عادلانه و عادلانه برای همه تضمین شود. برای اینکه همه مردم بتوانند در پیشرفت‌های علمی و مزایای آن سهیم شوند، مفهوم علم باز (روش‌های باز، منبع باز، دسترسی باز، داده‌های باز و غیره) باید در مرکز دیپلماسی قرار گیرد. دیپلمات‌های درگیر در مذاکرات نیز باید به آزادی و استقلال دانشمندان احترام بگذارند و از آن‌ها حمایت کنند.

کووید-۱۹: بسیاری از اتحادهای جدید در پی پاندمی کووید-۱۹ ایجاد شده‌اند، به‌ویژه برای تسهیل ساخت واکسن. برای مثال، شتاب‌دهنده ابزارهای دسترسی به کووید-۱۹، یک همکاری جهانی از سازمان‌ها و دولت‌ها است که برای سرعت بخشیدن به توسعه و تولید و دسترسی عادلانه به آزمایش‌ها، درمان‌ها و واکسن‌های احتمالی کووید-۱۹ تلاش می‌کنند. واکسن‌های ACT Accelerator که کووکس به‌طور مشترک توسط اتحاد واکسن (Gavi)، ائتلاف برای نوآوری‌های آمادگی اپیدمی (CEPI) و سازمان جهانی بهداشت رهبری می‌شود. هدف کووکس سرعت بخشیدن به توسعه و ساخت واکسن‌های کووید-۱۹ و تضمین دسترسی عادلانه و منصفانه برای هر کشور در جهان است. این یک نمونه کلیدی از دیپلماسی چندجانبه است که در آن اتحاد Gavi، CEPI و WHO با تولیدکنندگان صنعتی از جمله تولیدکنندگان مستقر در کشورهای در حال توسعه همکاری می‌کنند.

مقاومت ضد میکروبی (AMR): در سال ۲۰۲۰، بیش از ۲۰ شرکت داروسازی پیشرو صندوق اقدام مقاومت ضد میکروبی را راه‌اندازی کردند تا شکاف فعلی در بودجه برای توسعه آنتی‌بیوتیک‌های جدید را پر کنند. مفهوم صندوق، به‌وسیله فدراسیون بین‌المللی تولیدکنندگان و انجمن‌های دارویی (IFPMA)، مدیران عامل بیودارو و چندین شرکت و بنیاد اصلی

زیست‌دارویی، با همکاری سازمان جهانی بهداشت، بانک سرمایه‌گذاری اروپا و بنیاد Wellcome Trust (بنیاد خیریه‌ای بنامی که صرفاً بر پروژه‌های سلامت متمرکز است) توسعه داده شد. این صندوق به دنبال ایجاد مشارکت با مؤسسات و سازمان‌های بشردوستانه به منظور افزایش و تسریع توسعه آنتی‌بیوتیک‌ها است. همچنین با دولت‌ها همکاری خواهد کرد تا اطمینان حاصل شود که عرضه پایدار آنتی‌بیوتیک‌های جدید وجود دارد.

منابع:

Gavi, the Vaccine Alliance (2020). What is the COVAX pillar, why do we need it and how will it work? [website]. (<https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkley-explains-covax-pillar>, accessed 12 October 2020).

IFPMA (2020). The AMR Action Fund [website]. (<https://www.ifpma.org/partners-2/the-amr-ac-tionfund/>, accessed 12 October 2020).

۳.۴ ایجاد و مدیریت روابط اهداکنندگان و ذینفعان

همان‌طور که در فصل ۲ توضیح داده شد، بیشتر دیپلماسی سلامت اکنون دیپلماسی چندجانبه است. این بدان معناست که روابط باید با طیف وسیعی از بازیگران مختلف در عرصه سلامت جهانی برقرار و حفظ شود. بسیاری از سازمان‌های سلامت جهانی قوانین و الزامات ویژه‌ای برای ایجاد چنین روابطی دارند: برای مثال، سازمان جهانی بهداشت چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی را دارد. دیپلماسی چندجانبه نه تنها به عنوان جزء راهبردی فرابخشی در روابط بین‌الملل، بلکه از نظر تعداد بازیگران درگیر در سلامت جهانی نیز به سرعت در حال تحول است. ذینفعان از طریق دولت‌ها، از طریق سازمان‌های جامعه مدنی، بنیادها و بخش خصوصی نقش مؤثری در مراحل و سطوح مختلف دیپلماسی سلامت دارند. این پیچیدگی مستلزم تجزیه و تحلیل و ارزیابی کامل از منافع و نیازهای هر یک از ذینفعان است تا دیپلمات‌ها بتوانند در چنین محیط‌های متنوعی به طور مؤثر عمل کنند. باید به نحوه تعامل و مدیریت نقش‌ها و مسئولیت‌های خود در مراحل

مختلف فرآیند مذاکره و چگونگی تعادل بین الزامات، انتظارات و مسئولیت پذیری توسط ذینفعان متعدد توجه شود. تضاد منافع باید همیشه در نظر گرفته شود و شفاف شود.

همه سازمان‌های سلامت جهانی با اهداکنندگان کلیدی (که ممکن است کشورها، سازمان‌های یا بنیادهای خصوصی باشند) رابطه ویژه‌ای دارند. اهداکنندگان انتظار یک همکاری منسجم، پاسخگو و شفاف بین ذینفعان مختلف قبل از هرگونه تأمین مالی را دارند؛ بنابراین، یکی از چالش‌های کلیدی در دیپلماسی سلامت، توضیح دلیل سرمایه‌گذاری‌های بالقوه و روشن کردن ماهیت و مدت بازده سرمایه‌گذاری مورد انتظار است. موضوع سرمایه‌گذاری در آغاز مذاکرات تأمین مالی هستند. البته اهداکنندگان می‌توانند برای اعمال فشار بر سازمان‌ها و اعمال نفوذ بر برنامه‌ها یا سیاست‌ها آن‌ها تلاش کنند. به‌ویژه سازمان جهانی بهداشت، به دلیل تأمین مالی نابرابر خود (تنها ۲۰ درصد بودجه آن از حق عضویت کشورها^۱ تأمین می‌شود)، باید مراقب استقلال خود باشد. خطر نفوذ ناروا توسط اهداکنندگان (اعم از کشورها یا سازمان‌های بشردوستانه بزرگ) همراه با غیرقابل پیش‌بینی بودن اتکای بیش‌ازحد می‌تواند یکی از نگرانی‌های اصلی در سلامت جهانی باشد.

مذاکرات در یک سری از کنفرانس‌های بین‌المللی پرمخاطب در دهه اول قرن بیست و یکم منجر به افزایش قابل توجهی در جریان کمک‌های رسمی توسعه‌ای^۲ (ODA) شد که به‌ویژه به نفع بودجه سلامت بود. در سال ۲۰۰۲، کنفرانس بین‌المللی تأمین مالی برای توسعه که در مونتری، مکزیک برگزار شد، اهداف قطعی را برای هر کمک‌کننده تعیین

۱ - منبع تأمین مالی سازمان جهانی بهداشت مشابه بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی شامل حق عضویت کشورها (Assessed Contribution: AC) و کمک‌های داوطلبانه (Voluntary Contribution: VC) از سازمان‌های

بین‌المللی، بنیادهای خیریه بزرگ و سایر منابع می‌باشد

کرد و از افزایش جریان کمک‌های رسمی توسعه‌ای پس از یک دهه کاهش خبر داد. در سال ۲۰۰۵، در اجلاس سران گروه هشت که در گلنیکلز، اسکاتلند (بریتانیا) برگزار شد و اجلاس هزاره + ۵ که در مقر سازمان ملل برگزار شد، اهداکنندگان تعهدات بیشتری برای افزایش سطح کمک‌های ارائه‌شده دادند. ۱۵ سال بعد، تضعیف چندجانبه‌گرایی در عدم تمایل بیشتر برخی از کشورهای توسعه‌یافته به ارائه کمک‌های رسمی توسعه‌ای (ODA) برای سلامت منعکس شده است. درحالی که در پاسخ به نیازهای کشورهای در حال توسعه با توجه به مقابله با پاندمی کووید-۱۹ و همچنین در ارتباط با جست‌وجوی واکسن، تجدید حیات کوتاه‌مدتی وجود داشته است، بسیاری از حوزه‌های دیگر توسعه سلامت با کاهش حمایت مواجه شده‌اند.

رویکردهای انفرادی و غیر یکپارچه برای اهداکنندگان بسیار جذاب هستند، اما می‌توانند تلاش‌ها برای دستیابی به اهداف سیستمی مانند پوشش همگانی سلامت یا بهبود ظرفیت‌های آمادگی و واکنش را مختل کنند. پارلمان‌های کشورهای کمک‌کننده ترجیح می‌دهند بودجه‌هایی را برای برنامه‌های کمکی که اهداف بسیار خاصی را دنبال می‌کنند، تصویب کنند. به همین دلیل است که همکاری با اتحادیه بین پارلمانی برای هشدار به پارلمان‌های ملی در مورد اولویت‌های سلامت جهانی، یک پیشرفت جدید بسیار مهم در دیپلماسی سلامت است.

سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) به‌طور منظم یک نمای کلی از کمک‌های دولتی ارائه می‌دهد که توسعه اقتصادی و رفاه کشورهای در حال توسعه را ارتقا می‌دهد و به‌طور خاص هدف قرار می‌دهد. کمیته کمک به توسعه سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)، کمک‌های رسمی توسعه‌ای (ODA) را به‌عنوان "استاندارد طلایی" کمک‌های خارجی در سال ۱۹۶۹ پذیرفت و تا به امروز منبع اصلی تأمین مالی برای

توسعه باقی مانده است. کمک‌های ارائه شده شامل کمک‌های بلاعوض، وام‌های "نرم" و کمک‌های فنی است. وام‌های نرم، وام‌هایی هستند که حداقل ۲۵ درصد از کل وام بلاعوض باشد. در همکاری‌های توسعه‌ای، بیشتر مذاکرات کمک‌های رسمی (ODA) دوجانبه است، اگرچه کشورها به‌طور پیوسته کمک‌های خود را در قالب «کمک‌های چندجانبه» به سازمان‌های مرتبط با سازمان ملل متحد، بانک جهانی و آژانس‌های تخصصی سلامت مانند اتحاد واکسن (Gavi) و گلوبال فاند هدایت می‌کنند. تغییرات خاصی در اولویت‌های تأمین مالی رخ داده است: به‌عنوان مثال، نروژ یک راهبرد جهانی را در نوامبر ۲۰۱۹ برای کمک به مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر در کشورهای کم‌درآمد راه‌اندازی کرد و در نتیجه باعث تقویت بخش نادیده گرفته شده بودجه شد.

اعضای کمیته کمک به توسعه سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) به‌طور کلی هدف ۰.۷٪ از درآمد ناخالص ملی یک اهداکننده را به‌عنوان کمک‌های رسمی توسعه‌ای در نظر گرفته‌اند، حتی اگر تعداد بسیار کمی واقعاً به این هدف دست یافته باشند. بریتانیا تنها کشور کمک‌کننده بزرگی بود که در کنار گروهی از کشورهای کوچک‌تر مانند دانمارک، لوکزامبورگ، نروژ و سوئد به تعهدات خود عمل می‌کند. اگرچه اخیراً تصمیم گرفته است که این میزان از ۰.۵ درصد تجاوز نکند. ایالات متحده اخیراً تصمیم خود را مبنی بر عدم کمک مالی به سازمان جهانی بهداشت لغو کرده است، باید دید که چگونه این موضوع در کمک‌های رسمی توسعه‌ای برای سلامت منعکس می‌شود. آلمان کمک‌های خود را به سازمان جهانی بهداشت به میزان قابل توجهی افزایش داده است. مذاکره در مورد تأمین مالی سازمان بهداشت جهانی یکی از حوزه‌های کلیدی دیپلماسی سلامت در سال‌های آینده است. مذاکرات در مورد تأمین مالی سلامت جهانی، موضوعات کاهش بدهی، وام‌ها و سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی

را پوشش می‌دهد. این یکی از دلایلی است که جلسات مشترک وزرای بهداشت و دارایی برای دیپلماسی سلامت را حیاتی می‌کند.

برای اطمینان از مقرون به صرفه بودن واکسن‌ها، مشارکت با بخش خصوصی برای مثال، توسط اتحاد واکسن (Gavi) مورد مذاکره قرار می‌گیرد. تأمین مالی قابل پیش‌بینی اتحاد واکسن (Gavi) و ادغام تقاضا، انگیزه‌ای برای صنعت داروسازی ایجاد کرده است تا یک سیاست قیمت‌گذاری پلکانی را تنظیم کند که به موجب آن کشورهای کم‌درآمد برای همان محصول هزینه کمتری نسبت به کشورهای با درآمد بالاتر پرداخت کنند. از طریق کووکس (مکانیسم جدید تجمیع واکسن برای کووید ۱۹) اتحاد واکسن (Gavi) در تلاش است تا درباره مکانیسم مالی جدید مذاکره کند.

دو حوزه‌ای که دیپلماسی سلامت در آن‌ها نقش مهمی در تأمین بودجه ایفا می‌کند در زیر توضیح داده شده است:

پوشش همگانی سلامت: برای اطمینان از دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی، سرمایه‌گذاری در مقیاس وسیع از سوی بخش‌های دولتی و خصوصی مورد نیاز است. از سوی دیگر، "سلامت دیجیتال" یک فرصت اقتصادی بزرگ برای هر دو بخش ارائه می‌دهد. مقابله با فرصت‌ها و خطرات چندجانبه ناشی از تلاش برای ایجاد تعادل بین منافع اقتصادی و همبستگی اجتماعی (و جهانی) یک چالش کلیدی در دیپلماسی سلامت است. جلسات استماع چند ذینفعی در سازمان ملل در آماده‌سازی برای نشست سطح بالا در مورد پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۱۹ با الگوبرداری از مذاکرات اهداف توسعه پایدار چند ذی‌نفعی یک نمونه از آن هست. اولین نشست بین وزرای بهداشت و دارایی گروه ۲۰ که در حاشیه اجلاس سران گروه ۲۰ در اوزاکا ژاپن در ژوئن ۲۰۱۹ برگزار شد، نقطه عطف مهم دیگری بود (به مطالعه موردی ۲ نگاه کنید).

تکمیل بودجه سلامت جهانی^۱: چالش مهم دیگر در دیپلماسی سلامت، تکمیل منابع مالی چهار ساختار اصلی تأمین مالی است: ۱- گلوبال فاند برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا ۲- اتحاد واکسن (Gavi) ۳- تسهیلات مالی جهانی برای زنان، کودکان و نوجوانان ۴- ابتکار جهانی ریشه‌کنی فلج اطفال. مذاکره در مورد مدلی برای تکمیل تأمین مالی فرصتی ویژه برای سران کشورها و دولت‌ها برای مشارکت در دیپلماسی پرستیژ است. یک مثال قابل توجه، کمپین فرانسوی برای تضمین تأمین مالی مجدد گلوبال فاند در سال‌های ۲۰۱۸ و ۲۰۱۹ است. مشارکت در چنین مذاکراتی برای اهداکنندگان نیز جذاب است، زیرا به آن‌ها دید بالایی می‌دهد و آن‌ها را قادر می‌سازد تا با بسیاری از بازیگران مختلف سلامت جهانی، مانند دولت‌ها، بنیادها، جامعه مدنی و بخش خصوصی در ارتباط باشند.

منبع:

Health: launch of the campaign to replenish the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. In: France, Ministry of Europe and Foreign Affairs [website]. Paris: Ministry of Europe and Foreign Affairs; 2018

(<https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/development-assistance/news/2018/article/health-launch-of-the-campaign-to-replenish-the-globalfund-to-fight-hiv-aids>, accessed 14 September 2020).

۳.۵ پاسخگویی به بحران‌های سلامت عمومی

دیپلماسی بحران^۲ به‌عنوان تعامل بین دولت‌ها (و سایر بازیگران) تحت تهدید شدید تغییرات سیستمی تعریف شده است. با افزایش وابستگی متقابل جهانی و یکپارچگی، دیپلماسی سلامت بیشتر و بیشتر در برخورد با بحران‌های سلامتی محلی، منطقه‌ای و

1- Replenishment of global health funds

2 -Crisis diplomacy

جهانی استفاده می‌شود. در سال‌های اخیر نظام بین‌الملل طیفی از بحران‌ها را تجربه کرده است که عمدتاً ناشی از سیاست‌های قدرت، منافع اقتصادی و راهبردی و جهانی‌سازی است. بحران‌های سلامت عمومی جهانی به دسته اخیر تعلق دارند.

دیپلماسی سلامت چندجانبه از قرن نوزدهم، به‌ویژه در طول همه‌گیری‌های بزرگ و با، انجام شده است. با این حال، دیپلماسی بحران سلامت "مدرن" در اوایل دهه ۲۰۰۰ ظهور کرد، زمانی که اپیدمی ایدز به‌عنوان تهدید جهانی سلامت فرامرزی، در دستور کار مجمع عمومی سازمان ملل متحد و شورای امنیت قرار گرفت، به‌ویژه در اعلامیه تعهد در مورد اچ ای وی/ایدز "بحران جهانی - اقدام جهانی"، در ۲۷ ژوئن ۲۰۰۱ در نشست ویژه مجمع عمومی اچ ای وی/ایدز به تصویب رسید. همکاری‌های چندجانبه و دیپلماسی بیشتر به پاسخ مؤثر به سل و مالاریا کمک کرده است و راه را برای کمپین‌های واکسیناسیون در مقیاس بزرگ در محیط‌های شکننده هموار کرده است. طی ۲۰ سال گذشته، شیوع آنفولانزای پرندگان، سارس (سندرم حاد تنفسی)، مرس (سندرم تنفسی خاورمیانه)، ابولا و کووید-۱۹ چالش‌های بیشتری را برای کشورهای داخلی، نظم چندجانبه بین‌المللی، سازمان‌های بین‌المللی و به‌طور کلی دیپلماسی بحران ایجاد کرده است.

اپیدمی سارس که در سال ۲۰۰۳ بیش از ۲۵ کشور را تحت تأثیر قرار داد به‌عنوان زنگ خطر برای سیستم بین‌المللی عمل کرد. با توجه به آن بیماری همه‌گیر، مقررات بین‌المللی سلامت (IHR) مورد مذاکره قرار گرفت و در نهایت در سال ۲۰۰۵ به‌عنوان چارچوب قانونی الزام‌آور بین‌المللی توسط همه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت تأیید شد (به فصل ۵ مراجعه کنید). با تصویب مقررات (اصلاح شده) بین‌المللی سلامت، کشورهای عضو متعهد شدند که هرگونه شیوع بیماری را که پتانسیل تبدیل شدن به تهدیدی برای سلامت عمومی جهانی را داشته باشد، به سازمان جهانی بهداشت گزارش دهند.

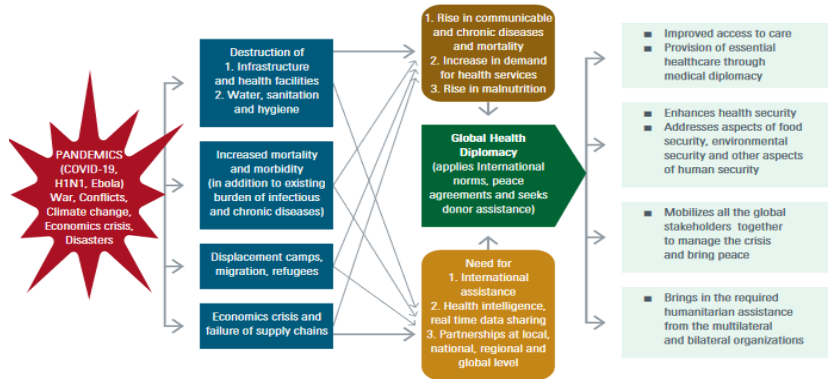
ظرف کمتر از ۱۰ سال، دیپلماسی سلامت با شکست کشورها و آژانس‌های بین‌المللی در واکنش مؤثر به اولین شیوع ابولا که در غرب آفریقا در اوایل سال ۲۰۱۴ آغاز شد، مواجه شد. ویژگی‌های بارز آن بحران عبارت بودند از: تأخیر زیاد برای اعلام به‌عنوان بحران سلامت عمومی با نگرانی بین‌المللی^۱ (PHEIC) و مآلاً تشکیل کمیته اضطراری مقررات بین‌المللی سلامت؛ ایفای نقش کلیدی سازمان پزشکان بدون مرز به‌عنوان سازمان غیردولتی در جلب توجه جهان به بحران و سازمان‌دهی مداخلات اولیه در کشورهای آسیب‌دیده از همه‌گیری؛ و عدم هماهنگی بین کشورهای آسیب‌دیده هنگام اتخاذ تصمیماتی با پیامدهای اقتصادی و سیاسی مانند بسته شدن مرزهای ملی.

تلاش‌های دوجانبه و چندجانبه برای حمایت از کشورها در مبارزه با همه‌گیری در آفریقا و جلوگیری از تشدید آن به یک بیماری همه‌گیر جهانی انجام شد. دبیر کل سازمان ملل متحد یک فرستاده ویژه در مورد ابولا منصوب کرد، درحالی‌که تعدادی از کشورها و اتحادیه اروپا سفیران موقت را برای انجام دیپلماسی بحران تعیین کردند. شورای امنیت سازمان ملل قطعنامه ۲۱۷۷ (۲۰۱۴) را در مورد شیوع ابولا و تأثیر آن در آفریقا و فراتر از آن به تصویب رساند. دیپلماسی بحران موضوعات مختلفی مانند کمک‌های چندجانبه و دوجانبه، بسته شدن مرزها، تجمیع اطلاعات علمی و طراحی و توسعه داروها و واکسن‌ها را پوشش می‌دهد. پس از پایان شیوع، دیپلمات‌های سلامت خواستار تقویت مقررات بین‌المللی سلامت، ایجاد یک صندوق اضطراری و ایجاد نیروی کار اضطراری سلامت جهانی شدند (قطعنامه‌های مجمع جهانی سلامت A68/22، A68/24، A68/26 و A68/27). یک برنامه فوریت‌های سلامت سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶ به درخواست مجمع جهانی سلامت تأسیس شد. مهم‌ترین درس‌های اپیدمی ابولا برای مدیریت بحران سلامت، نیاز کشورها به اجرای مؤثر تعهدات خود تحت مقررات

1 -Public Health Emergency of International Concern

بین‌المللی سلامت و ضرورت فوری توانمندسازی سازمان بهداشت جهانی برای نظارت بر اجرای مقررات بین‌المللی سلامت و ارتقای شفافیت داده‌های مرتبط با سلامت بود. بحران اخیر کووید-۱۹ روشن کرده است که این درس‌ها به‌طور کامل مورد توجه قرار نگرفته است.

The essential role of global health diplomacy in addressing crises



Source: Chattu & Chami (2020)

۳.۶ بهبود روابط بین کشورها از طریق سلامت و رفاه

قدرت نرم به توانایی یک کشور برای تأثیرگذاری بر اقدامات دیگران بدون استفاده از زور یا اجبار اشاره دارد. استفاده از کمک‌های سلامت در سیاست خارجی یک راهبرد قدرت نرم است که به‌طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد و از طریق آن کشور اهداکننده می‌تواند نفوذ خود را نشان دهد؛ تامی جی. تامپسون، وزیر سابق بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، بیش از ۱۵ سال پیش استدلال کرد که دیپلماسی پزشکی "راهی برای پیشبرد اهداف آمریکا در سراسر جهان" است که می‌تواند بسیار بیشتر از قدرت نظامی استفاده شود. (ایگلهارت، ۲۰۰۴).

ابتکارات قبلی مانند راه‌اندازی برنامه‌های واکسیناسیون ("دیپلماسی واکسن") برای مقابله با مرگ‌ومیر کودکان در کشورهای آمریکای مرکزی و آفریقا، اعتماد و احترام زیادی را در سراسر جهان به ایالات متحده جلب کرد (به بخش ۱۳.۲ مراجعه کنید). طرح

اضطراری رئیس‌جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز (PEPFAR) از زمان راه‌اندازی آن در سال ۲۰۰۳، بیش از ۸۵ میلیارد دلار در پاسخ جهانی به بیماری ایدز سرمایه‌گذاری کرده است که بزرگ‌ترین تعهد مالی هر کشوری برای مقابله با یک بیماری در تمام تاریخ است. به‌طور مشابه، کوبا و چین طی چندین دهه جایگاه بین‌المللی خود را از طریق "دیپلماسی پزشکی" با اعزام کارکنان پزشکی به کشورهای در حال توسعه و حمایت از آموزش پزشکی تقویت کرده‌اند. بر اساس طرح کمربند-راه ابریشم که به‌طور رسمی در سال ۲۰۱۳ راه‌اندازی شد، چین در حال توسعه رویکردی است که به‌عنوان جاده ابریشم سلامت شناخته می‌شود (به کادر ۵ مراجعه کنید). اخیراً، "دیپلماسی ماسک" چین در دوره اولیه همه‌گیری کووید-۱۹ توجه زیادی را به‌خصوص در اروپا و آمریکای لاتین به خود جلب کرد.

کادر ۵: ابتکار کمربند-راه چین و ارتباط آن با سلامت

ابتکار کمربند-راه چین^۱ (BRI) که اغلب به‌عنوان «جاده ابریشم جدید» نیز شناخته می‌شود، تاکنون عمدتاً در زمینه‌های سیاسی و اقتصادی مورد بحث قرار گرفته است. با این حال، سلامت به دلیل اینکه راهی برای زیربنای توسعه اقتصادی، عوامل تعیین‌کننده فرامرزی و همکاری‌های بین‌المللی است، بعد مهمی به شمار می‌آید. از منظر دیپلماسی سلامت و حکمرانی، چندین جنبه از ابتکار کمربند-راه چین قابل توجه است.

پروژه‌های راه‌اندازی شده تحت این ابتکار در راستای سیاست‌های تجاری، اقتصادی، حمل‌ونقل و محیط‌زیست قرار دارند. علاوه بر این، مفهوم کلی ابتکار کمربند-راه چین به‌شدت در سیاست‌های خارجی، توسعه و سرمایه‌گذاری کشورهای شرکت‌کننده تعبیه شده است. سلامت ارتباط خود را با تمام بخش‌های فوق دارد بنابراین ممکن است به‌عنوان کاتالیزور با قدرت نرم برای اتصال و تعامل کشورها عمل کند.

حوزه‌های مهمی مانند بیماری‌های واگیر، امنیت سلامت، شیوه‌های زندگی سالم، مواد غیرقانونی و ایمنی جاده‌ها تحت تأثیر افزایش جریان مردم، اطلاعات، کالاها و خدمات در مسیر

جاده ابریشم قرار می‌گیرند. همچنین فرصت‌هایی برای گسترش تجارت محصولات، خدمات و فناوری‌های سلامت، ایجاد آزمایشگاه‌های فرامرزی برای ارتقای امنیت سلامت و تأسیس مراکز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای جذب توریسم پزشکی وجود خواهد داشت. افزایش همکاری بین‌المللی، مذاکرات و دیپلماسی برای مدیریت چنین فشارهای نوظهور و فرصت‌هایی برای سلامت فرامرزی و سلامت عمومی به‌طور کلی مورد نیاز است.

علاوه بر این، اشکال جدیدی از گفتگو و همکاری در تحقیق و اشتراک دانش در حال توسعه است. شبکه‌های همکاری برای تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، سلامت عمومی و منابع انسانی، مانند بیمارستان کمربند- راه ابریشم و اتحاد دانشگاه راه‌اندازی شده‌اند. مفهوم کاملاً جدید "جاده ابریشم سلامت" در سال ۲۰۱۷ در یک نشست بین‌المللی سطح بالا با مشارکت سازمان جهانی بهداشت معرفی شد مفهومی که به دلیل پاندمی کووید-۱۹ اهمیت بیشتری پیدا کرد. ارتباطات و گفتگوهای سلامت نیز احتمالاً با راهبرد دیجیتالی جاده ابریشم که به‌طور موازی راه‌اندازی شد، تقویت می‌شود.

نهادهای و مکانیسم‌های منطقه‌ای که از ابتکار کمربند- راه چین حمایت می‌کنند، به‌عنوان کانال کلیدی دیگری در دیپلماسی سلامت عمل می‌کنند. این موضوع در موضع سلامت عمومی اتخاذ شده توسط سازمان‌های سیاسی و اقتصادی که دارای عضویت همپوشانی با ابتکار کمربند- راه چین هستند مانند همکاری اقتصادی آسیا و اقیانوسیه، سازمان همکاری‌های شانگهای و اتحادیه اقتصادی اوراسیا خود را نشان می‌دهد. نشست‌های وزرای بهداشت چین و کشورهای اروپای مرکزی و شرقی، همراه با اجلاس سالانه سطح بالای همکاری‌های بهداشتی چین و آفریقا، به تقویت دیپلماسی سلامت کمک کرده است.

دیپلماسی نیز در مدیریت ریسک حیاتی خواهد بود. کشورهایی که سیستم‌های بهداشتی و درمانی ضعیف‌تری دارند ممکن است مقابله با اثرات سلامتی ناشی از افزایش پروژه‌های زیربنایی، جابجایی فرامرزی و تجارت به‌ویژه شیوع بیماری‌های عفونی در مناطق با نرخ واکسیناسیون پایین، عرضه آسان‌تر تنباکو و مواد غذایی ناسالم، نگرانی‌های زیست‌محیطی و ایمنی جاده دشوار باشد. مگر اینکه این موضوعات از قبل به‌درستی مورد بحث قرار گرفته باشند.

واقعیت‌های جهان در حال تغییر در مورد تغییر قدرت جهانی، افزایش تنش‌های ژئوپلیتیکی، تضعیف کانال‌های سنتی چندجانبه‌گرایی و بحران کووید-۱۹ نقش دیپلماسی سلامت را در ارتباط با جنبش‌های فراملی مهمی مانند ابتکار کمربند-راه چین برجسته‌تر می‌کند. "دیپلماسی واکسن" که توسط چین و سایر کشورها انجام می‌شود، به این موضوع دلالت دارد.

اگرچه سلامت در موضوع اصلی ابتکار کمربند-راه چین نیست، اما سلامت حوزه مهمی است که باید با پیشرفت این ابتکار مورد توجه قرار گیرد؛ بنابراین دیپلماسی سلامت بخشی جدایی‌ناپذیر از چارچوب کلی دیپلماتیک خواهد بود. چشم‌انداز سلامت جاده ابریشم حتی ممکن است به پیکربندی مجدد و تغییر ساختار ابتکار کمربند-راه چین کمک کند همان‌طور که به دلیل آسیب قابل توجه پاندمی کووید-۱۹ به اقتصاد و محیط‌زیست کشورها ممکن است ضرورت یابد تا حوزه سلامت نیز به این ابتکار افزوده شود. دسترسی و توزیع واکسن نیز نقش مهمی در رشد و توسعه این ابتکار ایفا نمود.

کشورها در گذشته اغلب توانسته‌اند در چارچوب سازمان‌های چندجانبه بر روی چالش‌های سلامت جهانی باهم کار کنند، نمونه‌ای از آن ریشه‌کنی آبله است که مشترکاً توسط اتحاد جماهیر شوروی (سابق) و ایالات متحده به دست آمد. به‌طور مشابه، چین و ایالات متحده هر دو به همراه سازمان جهانی بهداشت به مبارزه با شیوع ابولا در غرب آفریقا در سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۱۵ کمک کردند. یک مثال از خاورمیانه: ازدحام انسانی که منجر به کشته شدن بیش از ۲۰۰۰ زائر در مراسم سالانه حج در مکه (فاجعه منا) در سال ۱۳۹۴ شد، می‌توانست به یک بحران سیاسی بزرگ بین جمهوری اسلامی ایران و عربستان تبدیل شود. اگر که وزیران بهداشت دو کشور از طیف وسیعی از گزینه‌های قدرت نرم به‌خوبی استفاده نمی‌کردند. همان‌طور که در بحران کووید ۱۹ نشان داده شد تنش‌های ژئوپلیتیکی در حال حاضر مقابله با چالش‌های مشترک از طریق دیپلماسی سلامت را بسیار دشوار کرده است. علاوه بر این، نگرانی زیادی وجود دارد که کمک‌های توسعه‌ای دیگر بر اساس اولویت‌های اهداف توسعه پایدار به‌ویژه با توجه به

ریشه‌کنی فقر و هیچ‌کس عقب‌نماند^۱، توزیع نخواهد شد، بلکه بر اساس اولویت‌های سیاست خارجی و اقتصادی، همان‌طور که در دوران جنگ سرد انجام شد.

۳.۷ کمک به صلح و امنیت

در موضوع سلامت و صلح، تلاش‌ها برای کاهش اثرات درگیری‌های مسلحانه بر سلامت، شامل آتش‌بس بشردوستانه مثال، اجازه دادن به کمپین‌های ایمن‌سازی یا سایر مداخلات سلامت می‌شود. یک مثال خوب، همکاری یونیسف، سازمان جهانی بهداشت و کلیسای کاتولیک رومی (که بعداً روتاری بین‌المللی و کمیته بین‌المللی صلیب سرخ به آن پیوستند) برای مذاکره درباره آتش‌بس‌های مختلف در السالوادور از سال ۱۹۸۵ به بعد است که امکان ایمن‌سازی حدود ۳۰۰۰۰۰ کودک را در سال فراهم کرد. این مثال اغلب در زمینه "دیپلماسی واکسن" ذکر می‌شود.

فعالیت سازمان جهانی بهداشت در زمینه امنیت سلامت، به‌ویژه پس از پاندمی کووید-۱۹ گسترش یافته است. تلاش‌های موفقیت‌آمیز سازمان جهانی بهداشت برای مقابله با همه‌گیری ابولا در جمهوری دموکراتیک کنگو که در اوت ۲۰۱۸ آغاز شد. مدت‌ها به دلیل این واقعت که شیوع این بیماری در یک منطقه جنگی رخ داد، با مشکل مواجه بود. چندین کارمند بهداشت توسط شورشیان در آن منطقه کشته شده‌اند و مراکز بهداشتی و درمانی و همچنین کارکنان پزشکی در معرض حملات در سایر مناطق تحت درگیری‌های نظامی قرار داشتند. اگرچه هنوز هیچ راه‌حل پایداری پیدا نشده است، اما برای جامعه جهانی سلامت آشکارتر شده است که در برخی شرایط بحرانی، همکاری با ارتش می‌تواند به‌اندازه همکاری با بخش بشردوستانه مهم باشد. درگیری‌های مسلحانه و نقض حقوق بشر همراه با آن چالشی مهم برای دیپلماسی سلامتی و بشردوستانه ایجاد می‌کند (به کادر ۶ مراجعه کنید).

1 -Eradicating Poverty and Leaving No One Behind

یک موضوع بسیار بحث‌برانگیز در دیپلماسی سلامت، استفاده از تحریم‌ها و خصوصاً تحریم‌های اقتصادی است که ابزار سیاست خارجی هستند. آن‌ها نه تنها منجر به کاهش فعالیت‌های اقتصادی می‌شوند، بلکه اغلب اثرات سلامتی قابل توجهی، به‌ویژه بر گروه‌های آسیب‌پذیر جمعیت و غیرنظامیان بی‌گناه دارند. پیشنهادهایی برای یافتن راه‌هایی ارائه‌شده است تا اطمینان حاصل شود که «جنگ اقتصادی» بر اساس اصول حقوق بین‌الملل بشردوستانه هدایت می‌شود تا اثرات آن بر غیرنظامیان کاهش یابد. این امر مستلزم نظارت بر تأثیر تحریم‌ها، به‌ویژه در مورد آب، در دسترس بودن غذا و کنترل بیماری‌های عفونی است.

کادر ۶: دیپلماسی بشردوستانه و سلامت

هدف دیپلماسی بشردوستانه بسیج حمایت عمومی و دولتی، منابع برای عملیات و برنامه‌های بشردوستانه و تسهیل مشارکت‌های مؤثر برای پاسخ به چالش‌ها و رفع نیازهای جوامع در شرایط شکننده است.

فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت‌های هلال‌احمر (IFRC) بزرگ‌ترین شبکه بشردوستانه در جهان است و به جوامع سراسر جهان کمک می‌کند تا ایمن‌تر و سالم‌تر باشند و به‌طور مؤثرتری به بحران‌ها پاسخ و سپس بازیابی کنند. فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال‌احمر در سال ۱۹۱۹ تأسیس شد، متشکل از ۱۹۲ جمعیت ملی صلیب سرخ و هلال‌احمر است و توسط هفت اصل اساسی بشردوستی، بی‌غرضی، بی‌طرفی، استقلال، خدمات داوطلبانه، یگانگی و جهانی شمولی هدایت می‌شود. این اصول زیربنای دیپلماسی بشردوستانه فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال‌احمر در همه سطوح است.

با درگیر شدن در دیپلماسی بشردوستانه، فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال‌احمر به مسئولیت ناشی از نقش مهم جمعیت‌های ملی صلیب سرخ و هلال‌احمر به‌عنوان نیروی کمکی برای مقامات دولتی در زمینه بشردوستانه عمل می‌کند. این مسئولیت بیشتر منعکس‌کننده وضعیت بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال‌احمر، گستره جهانی فعالیت‌های بشردوستانه و توسعه اعضای آن است شامل بیش از ۱۴ میلیون داوطلب در سطح جامعه می‌باشند.

دیپلماسی بشردوستانه شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌هاست که برای تغییر طرز فکر و درنهایت بهبود رفاه و انعطاف‌پذیری افراد و جوامع، به‌ویژه آسیب‌پذیرترین افراد در محیط‌های بشردوستانه طراحی شده است. این فعالیت‌ها عبارت‌اند از:

کارنامه سازی: دستیابی به درک گسترده از قدردانی و اعتماد سیاست‌گذاران، شرکا و عموم مردم برای نقش، دستاوردها و روش‌های کاری جمعیت ملی صلیب سرخ و هلال‌احمر و شبکه بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال‌احمر به‌عنوان بازیگران اصلی فعالیت‌های بشردوستانه.

دیپلماسی عمومی: تأثیرگذاری بر رفتار عمومی به‌گونه‌ای که افراد و جوامع برای حفظ سلامت خود، تقویت انعطاف‌پذیری خود در برابر بحران‌ها و ایجاد جوامعی صلح‌آمیز، دلسوز و فراگیر و عاری از هر نوع تبعیض، گام بردارند.

دولت‌ها و سایر بازیگران تأثیرگذار: تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران در سطوح داخلی، منطقه‌ای و جهانی برای حمایت، اتخاذ یا اجرای تصمیم‌ها، قوانین، خط‌مشی‌ها و شیوه‌های جدید یا به‌روز شده که ایمنی، رفاه و انعطاف‌پذیری افراد آسیب‌پذیر را ارتقا می‌دهد و فعالیت جوامع ملی به‌ویژه در زمینه‌های بشردوستانه را امکان‌پذیر می‌سازد.

دیپلماسی بشردوستانه و دیپلماسی سلامت اغلب با فعالیت‌های فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال‌احمر در سطوح مختلف تلافی دارند. درحالی‌که دیپلماسی سلامت در سطح جهانی (به‌عنوان مثال، در مؤسسات چندجانبه) به موضوعات جهانی (مانند حمایت از پوشش همگانی سلامت) می‌پردازد، دیپلماسی بشردوستانه و دیپلماسی سلامت در سطح ملی برای ارائه برنامه‌های بهداشتی و درمانی به آسیب‌پذیرترین اقشار مردم از طریق مشارکت سازمان‌های مختلف حیاتی هستند.

واکنش به شیوع ابولا در جمهوری دموکراتیک کنگو

در طول بحران ابولا در استان‌های کیوو و ایتوری شمالی جمهوری دموکراتیک کنگو از سال ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۰، صلیب سرخ در محیطی بسیار ناآرام فعالیت می‌کرد که مشخصه آن بی‌اعتمادی

نسبت به کارکنان سلامت، خشونت مکرر و حملات هدفمند علیه نیروهای پاسخ‌دهنده خط مقدم از جمله داوطلبان صلیب سرخ بود.

دسترسی به جوامع مختلف آسیب‌دیده از ابولا و اعتمادسازی یک تلاش طولانی‌مدت بود که مستلزم مشاوره و مذاکره منظم با مقامات دولتی، گروه‌های مسلح محلی، شرکا و جوامع بود.

صلیب سرخ جمهوری دموکراتیک کنگو توانست جوامع را آموزش دهد، بیماران ابولا را ایزوله کند، افرادی را که با یک فرد آلوده در تماس بوده‌اند را ردیابی و تحت نظر داشته باشد و برای کسانی که در اثر این بیماری کشته شده‌اند دفن ایمن و باعزت فراهم کند. بسیاری از داوطلبان جان خود را در خط مقدم به خطر انداختند و با خشونت و تبعیض در جوامع خود مواجه شدند.

این اعتماد جوامع محلی بود که از طریق ترکیبی از دیپلماسی بشردوستانه و سلامتی به دست آمد که در نهایت منجر به شکستن زنجیره انتقال شد.

بخش دوم

مذاکره در مورد سلامت در فضای

چندجانبه

فصل چهارم:

دستور کار و مشروعیت در دیپلماسی سلامت

۴.۱ چندجانبه گرایی و مشروعیت سازمان‌های بین‌المللی

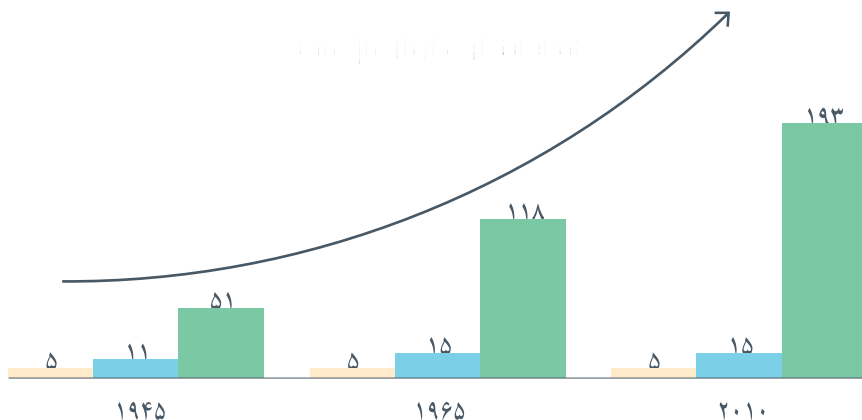
«چندجانبه‌گرایی» اصطلاحی است که برای توصیف همکاری بین دولت‌ها به کار می‌رود: رویکردی مبتنی بر این پیش‌فرض که کشورها با همکاری یکدیگر می‌توانند راه‌حل‌هایی برای مشکلات مشترک بیابند، بدون اینکه از حق حاکمیت خود چشم‌پوشی کنند.

در خلال کنفرانس صلح پاریس ۱۹۱۹-۱۹۲۰ نوع جدیدی از مکانیسم نهادینه‌شده به نام سازمان عضویت همگانی^۱ برای تعامل دولت‌ها با یکدیگر ایجاد شد: اولین سازمان، اتحاد ملل (تأسیس در سال ۱۹۲۰) بود که در سال ۱۹۴۵ توسط سازمان ملل متحد جایگزین شد. پس از جنگ جهانی دوم، چندجانبه‌گرایی مترادف بانظم بین‌المللی لیبرال مبتنی بر مفاهیم غربی روابط بین‌الملل در نظر گرفته شد نظمی که اکنون مورد چالش قرار گرفته است. چندجانبه‌گرایی از طریق نهادها، هنجارها، چارچوب‌ها، اجلاس سران، بلوک‌ها و اتحادهای خود تعریف‌شده، به صورت جهانی و منطقه‌ای عمل می‌کند. قواعد و رویه‌های برای تعیین اینکه کدام بازیگران دارای اختیار و مشروعیت برای انجام مذاکرات هستند، به خوبی مشخص شده‌اند. نظام چندجانبه نیز به علت تفاوت‌های بین دولت‌ها شکل می‌گیرد که به قدرت، موقعیت، ثروت و سایر ویژگی‌ها مربوط می‌شود. برخی از کشورهای عضو، نفوذ بیشتری نسبت به سایرین در تصمیم‌گیری دارند.

سازمان ملل هفتاد و پنجمین سالگرد خود را در حالی در سال ۲۰۲۰ جشن گرفت که

1 - Universal Membership Organization

افزایش چشمگیر عضویت و گسترش نهادها و فعالیت‌های دیپلماسی جهانی داشته است. عضویت ۱۹۳ کشور مستقل از سال ۲۰۱۱ که دارای نمایندگی مساوی در مجمع عمومی سازمان ملل هستند، ثابت بوده است.



نارنجی: عضو دائم آبی: کرسی شورای امنیت سبز: کشورهای عضو سازمان ملل

سازمان جهانی بهداشت یک سازمان عضویت جهانی است و دارای ۱۹۴ کشور عضو است. همه کشورهای عضو سازمان ملل به جز لیختن‌اشتاین، جزایر کوک و نیوئه، عضو سازمان جهانی بهداشت هستند. یک کشور با تصویب توافقنامه، تحت عنوان اساسنامه سازمان جهانی بهداشت به عضویت کامل این سازمان در می‌آید. عضویت بر اساس اصل یک رأی برای هر کشور صرف نظر از اندازه یا ثروت یک کشور است. علی‌رغم این اصل، تفاوت قدرت قابل توجهی بین کشورهای عضو سازمان‌های جهانی وجود دارد و توازن قدرت در این سازمان‌ها، توسط واقعیت‌های ژئوپلیتیکی شکل می‌گیرد. به‌عنوان مثال، حاکمیت و فعالیت‌های سازمان جهانی بهداشت در زمینه دیپلماسی سلامت به شدت تحت تأثیر بن‌بست طولانی بین اتحاد جماهیر شوروی و ایالات متحده در طول جنگ سرد قرار گرفت. فرآیندهای استعمارزدایی که در دهه ۱۹۶۰ آغاز شد و به الحاق بسیاری از کشورهای عضو جدید از جنوب جهانی انجامید و یا تقویت

جهانی شدن نئولیبرال پس از فروپاشی دیوار برلین در سال ۱۹۸۹ و اخیراً با رقابت ژئوپلیتیکی بین چین و ایالات متحده که در دهه گذشته تشدید شده است.

نقشی که سازمان‌های بین‌المللی ایفا می‌کنند به منافع و تعهد کشورهای عضو آنها بستگی دارد. با این حال، سازمان‌های بین‌المللی به‌طور فزاینده‌ای به‌خودی‌خود به بازیگر تبدیل شده‌اند و شروع به ابتکار عمل در تعیین برنامه‌ها کرده‌اند. اهداف توسعه هزاره و اهداف توسعه پایدار نمونه‌های بارز آن هستند. به‌طور قابل توجهی، تاریخ سازمان ملل با بیش از ۷۰ سال سابقه به‌عنوان عامل چندجانبه‌گرایی با گسترش دستور کار دیپلماسی جهانی فراتر از صلح و امنیت برای پوشش توسعه اقتصادی، تجارت و طیف گسترده‌ای از مسائل اجتماعی همراه بوده است. اقدامات چندجانبه به‌طور چشمگیری تغییر کرده است و شامل مقابله با کاهش فقر، دفاع از حقوق بشر، حفاظت از محیط‌زیست و ارتقای سلامت می‌شود.

حوزه‌هایی مانند حقوق بشر، محیط‌زیست و سلامت در ابتدا و به اصطلاح کمتر سیاسی^۱ (در مقایسه با صلح و امنیت) تلقی می‌شدند، اما این حوزه‌ها و تأثیرات اقتصادی آنها اکنون به‌صورت فزاینده در خط مقدم نگرانی‌ها قرار دارند. اهمیت سلامت در دستور کار سیاسی و در اهداف توسعه که توسط تصمیم‌گیرندگان کلیدی سرمایه‌گذاری قرار دارد مشروعیتی که امروزه بسیاری از اقدامات بهداشت جهانی را هدایت می‌کند. این توسعه‌بخشی از یک‌روند طولانی تغییر چندجانبه‌گرایی است که بر دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی (حتی تا حد تغییر شکل آنها) و بر سایر ذینفعان تأثیر می‌گذارد.

بسیاری از تحلیلگران بر این باورند که "بحران نظم لیبرال" اقتدار و مشروعیت سازمان‌های بین‌المللی را از بین برده است و حتی منجر به رد آشکار همکاری بین‌المللی توسط برخی کشورها شده است. این موضوع تا حدی به دلیل قدرت گرفتن دیپلماسی

1- low Politics

چندجانبه است: همان‌طور که کشورها از عرصه جهانی خارج می‌شوند، برای سازمان‌های بین‌المللی مهم است که به‌عنوان پلت فرمی برای طیف گسترده‌ای از بازیگران عمل کنند و دیگر تصور نکنند که یک حوزه خاص مهم‌تر از سایرین است. سازمان‌های بین‌المللی خود وظایف متعددی را به‌عنوان بازیگر، بستر اصلی و واسطه انجام می‌دهند. در بسیاری از حوزه‌های سیاست‌گذاری جهانی، از جمله سلامت جهانی، دیپلمات‌ها باید از این «بستر نیرومند» پیچیده در اطراف سازمان‌های بین‌المللی آگاه باشند.

کادر ۷: سلامت و حقوق بشر

حق سلامتی برای زندگی باعزت و برخورداری از سایر حقوق ضروری است. حق سلامتی برای اولین بار در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت بیان شد این قانون در سال ۱۹۴۶ به تصویب رسید که بیان می‌دارد: "برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامت یکی از حقوق اساسی هر انسانی بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی، شرایط اقتصادی یا اجتماعی است." اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸) از سلامت به‌عنوان بخشی از حق برخورداری از استانداردهای مناسب زندگی یاد می‌کند. همچنین در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶) حق سلامتی به‌عنوان حقوق بشر به رسمیت شناخته شد.

حق سلامت از این جهت فراگیر است که به عوامل کلیدی تعیین‌کننده سلامت مانند دسترسی به آب آشامیدنی سالم، تغذیه و مسکن کافی و برابری جنسیتی تعمیم می‌یابد؛ و این موضوع شامل حقوقی مانند حق برخورداری از سیستم ارائه خدمات بهداشتی، حق پیشگیری، درمان بیماری و حق دسترسی به داروهای ضروری است. حق سلامت همچنین شامل اجتناب از رفتارهای ناشی عدم رضایت طرفین، عاری بودن از شکنجه، سایر رفتارها یا مجازات ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز است.

حق برخورداری از سلامت و مراقبت شایسته با حق برابری در برابر قانون، حریم خصوصی، کار و تحصیل، حق زندگی در جامعه‌ای مدافع حقوق و حق بهره‌مندی از پیشرفت‌های علم ارتباط نزدیکی دارد. حقوق بشر، غیرقابل تقسیم و به هم مرتبط است.

حق سلامت نیز ارتباط تنگاتنگی با آزادی از تبعیض دارد. عدم تبعیض یک اصل کلیدی در حقوق بشر است. در سرتاسر جهان، گروه‌های مورد تبعیض و به حاشیه رانده شده بیشتر از سلامتی ضعیف رنج می‌برند. تبعیض بر اساس نژاد و قومیت به این معناست که مردم اطلاعات سلامتی کمتری دریافت می‌کنند و به خدمات سلامت کمتری دسترسی دارند. زنان در بسیاری از جوامع بیشتر تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرند، زیرا آن‌ها بر تصمیم‌گیری‌ها، از جمله تصمیم‌گیری‌های سیاستی مؤثر بر زندگی جنسی و باروری آن‌ها و به دلیل خشونت جنسیتی و سوگیری‌های جنسیتی در سیستم سلامت، تأثیری ندارند.

انگ و تبعیض همچنان از موانع اصلی دستیابی به دسترسی همگانی به پیشگیری و درمان هستند. جان‌تانمان، پزشک آمریکایی و کارشناس برجسته سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۷-۱۹۹۸) از اولین کسانی بود که در سال‌های اولیه بحران ایدز، پیوندهای حیاتی بین حقوق بشر و سلامت عمومی را برجسته کرد و نشان داد که چگونه خشونت مبتنی بر جنسیت، سلامت زنان و دختران را در معرض خطر عفونت اچ ای وی ایدز قرار می‌دهد و اینکه چگونه قوانین تنبیهی برای کارگران جنسی، روابط جنسی مردان، مصرف کنندگان مواد مخدر و سایر گروه‌های جمعیتی، آنان را از دسترسی به خدمات مورد نیاز بازمی‌دارد.

در سال‌های اخیر، رویکردها و صداها و صداهای حقوق بشر در تأثیرگذاری بر بسیاری از بحث‌های مهم در حوزه سلامت کمتر مؤثر بوده است. تحقق حق سلامت مبتنی بر سیستم‌های بهداشتی و درمانی عادلانه است که به نوبه خود در نظم‌های اجتماعی که حمایت از حقوق و آزادی‌های اساسی را برای همه تضمین می‌کند، تعبیه شده است. چنین نظم‌های اجتماعی اخیراً با افزایش شدید دست‌کاری هویت ملی، نژادی و مذهبی توسط کسانی که قدرت سیاسی دارند یا به دنبال آن هستند، در معرض تهدید قرار گرفته‌اند. در عین حال، نوآوری‌های پزشکی (از جمله توسعه واکسن‌ها) و پیشگیری و درمان بیماری‌ها به‌طور فزاینده‌ای توسط برنامه‌های اقتصادی، امنیتی و تجاری تعیین می‌شوند که عموم مردم به سختی می‌توانند در مورد آن‌ها صحبت کنند. حق دانستن حقیقت نیز با افزایش پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی و گسترش اطلاعات نادرست به چالش کشیده شده است. تحریف شواهد علمی تأثیر مستقیمی بر سلامت دارد، به‌عنوان مثال، در جنبش

ضد واکسن دیده می‌شود.

حق سلامت و سایر حقوق بشر مرتبط با سلامت در تعدادی از معاهدات بین‌المللی، اسناد منطقه‌ای و قوانین اساسی و قوانین ملی ذکر شده است. توانمندسازی قانونی مردم، حتی به حاشیه رانده‌ترین افراد، به‌عنوان راهبردی برای مبارزه با نقض حقوق بشر و استفاده از قانون برای یافتن راه‌حل‌های مشخص و پاسخگویی مقامات اتخاذ شده است. صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا یکی از سازمان‌های کمک‌کننده است که در حال حاضر از برنامه‌های حقوق بشر ویژه باهدف پیشبرد سلامت جنسی و باروری و حقوق زنان و دختران، رفع موانع دسترسی به درمان و خدمات و ارتقاء مشارکت معنادار گروه‌های آسیب‌پذیر جمعیت در تصمیم‌گیری و در نظر گرفتن حقوق بشر در طول چرخه کمک مالی و در سیاست‌ها و فرآیندهای سیاست‌گذاری حمایت می‌کند.

بیشترین تأکید در زمینه حق دستیابی به حداقل استاندارد قابل‌دستیابی مراقبت‌های سلامت، پیشران جهانی برای پوشش همگانی سلامت است؛ اما این باید با الزامات حقوق بشری همراه باشد که هیچ‌کس عقب‌نماند یعنی تمرکز بر کسانی که به‌احتمال زیاد از این حق محروم می‌شوند اصلی که در دستور کار ۲۰۳۰ سازمان ملل برای توسعه پایدار تأکید شد.

یکی از موفقیت‌های قابل‌توجه اخیر دیپلماسی سلامت، بیانیه سیاسی بود که در نشست سطح عالی سازمان ملل متحد ۲۰۱۹ در مورد پوشش همگانی سلامت تصویب شد در آن کشورهای عضو متعهد به اجرای پوشش همگانی سلامت شدند. اعلامیه سیاسی به حقوق جنسی و باروری و گروه‌های آسیب‌پذیر یعنی به افراد دارای معلولیت، افراد مبتلا به ایدز، افراد مسن، افراد بومی، پناهندگان، افراد آواره داخلی و مهاجران مختلفی اشاره می‌کند که باید از حق مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برخوردار شوند. تلاش برای پوشش همگانی سلامت موضوع تکراری بحث‌های دیپلماسی سلامت در سازمان بهداشت جهانی است. برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت و پیروزی در مبارزه با بیماری، پیروزی در مبارزه برای حقوق بشر نیز ضروری است.

منابع:

United Nations General Assembly (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1; <https://undocs.org/en/A/RES/70/1>, accessed 13 November 2020).

United Nations General Assembly (2019). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage (A/RES/74/2; <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>, accessed 13 November 2020).

۴.۲ اهمیت مشروعیت

هنری کیسینجر^۱، وزیر امور خارجه پیشین ایالات متحده و دیپلمات برجسته جهانی، دیپلماسی را به عنوان «روش خاصی برای مصالحه و اجماع و یک سیستم در چارچوب یک نظم بین‌المللی مشروع» تعریف کرد. هم در امور بین‌الملل و هم در سیاست داخلی، مأموریت عبارت است از اختیاری که یک حوزه به یک سازمان برای عمل به عنوان نماینده آن اعطا می‌کند. برای مثال، کشورهای عضو این اختیار را به سازمان جهانی بهداشت می‌دهند تا از طرف آن‌ها اقدام کند. از این دستور کار و مأموریت است که سازمان جهانی بهداشت در وهله اول مشروعیت خود را می‌گیرد. با این حال، مشروعیت نیز بستگی به این دارد که هم در میان مؤسسات و هم ناظران این اقتدار به درستی اعمال شود. دیپلماسی چندجانبه از بدو ایجاد، از طریق تعهد به شفافیت با الگوبرداری از عملکرد پارلمانی، از دیپلماسی غالباً محرمانه گذشته متمایز کرده است. مشروعیت رسمی برای توجیه یک سیستم حکمرانی کافی نیست: مشروعیت اخلاقی و مشروعیت مبتنی بر نتایج نقش مهم‌تری به‌ویژه در سلامت جهانی بازی می‌کنند. برای سازمان‌های چندجانبه، مشروعیت بسیار مهم است زیرا:

تعیین می‌کند که آیا همچنان بستر اصلی برای تلاش دولت‌ها برای هماهنگ کردن سیاست‌ها و حل مشکلات هستند.

بر توانایی آن‌ها برای ایجاد قوانین و هنجارهای جدید که به‌طور گسترده

1- Henry Kissinger

پذیرفته شده‌اند تأثیر می‌گذارد.

بر توانایی آن‌ها برای اطمینان از انطباق با قوانین و هنجارهای بین‌المللی تأثیر دارد. مشروعیت نیز با نگرانی‌های اساسی هنجاری مرتبط است: اگر سازمان‌های بین‌المللی و فرآیندهای آن‌ها در جامعه مشروعیت نداشته باشند، این به احساس کمبود دموکراتیک و عدم اعتماد به حکمرانی جهانی کمک می‌کند. باید به این فکر کرد که واقعاً چه چیزی مشروعیت را تشکیل می‌دهد، به‌ویژه در عصر رسانه‌های اجتماعی که در آن مشروعیت اخلاقی بسیار مهم است. در این زمینه، نوع جدیدی از مشروعیت از نمایندگی و مشارکت تعداد زیادی از ذینفعان به دست می‌آید. اگر سازمانی تنوع حوزه انتخابیه خود را منعکس نکند، برای مثال، اگر نتواند زنان و متخصصان بیشتری را از جنوب جهانی و همچنین برای پست‌های ارشد استخدام کند مشروعیت تضعیف می‌شود. به دلیل تغییرات مداوم در قدرت جهانی، مذاکرات عادلانه اکنون پیش‌نیاز دستیابی به توافق بین‌المللی و اطمینان از پیگیری مؤثر تعهدات است.

موضوع کلیدی دیگر میزان استقلال و اختیاراتی است که اعضای آن به یک سازمان اعطا می‌کنند. به‌عنوان مثال، درخواست‌های زیادی برای اعطای مأموریت قوی‌تر به سازمان جهانی بهداشت توسط کشورهای عضو، به‌ویژه در رابطه با امنیت سلامت وجود دارد. رویه‌های تصمیم‌گیری سازمان‌های بین‌المللی (از جمله آن‌هایی که در دیپلماسی سلامت جهانی فعال هستند) و شفافیت و نمایندگی آن‌ها به‌طور مداوم تحت پرسش هستند. درحالی‌که چنین پرسش‌هایی ضروری است، می‌تواند تأثیر مخربی بر مشروعیت سازمان‌ها داشته باشد و فرآیندهایی را که به دنبال اجرای دیپلماسی چندجانبه هستند، خنثی کند.

در نهایت، مهم است که به خاطر داشته باشید که خود سازمان‌ها مشروعیت می‌دهند: کار با سازمان‌های بسیار معتبر منجر به پاداشی در اعتماد برای شرکای آن‌ها می‌شود، به همین دلیل است که باید توجه زیادی به ایجاد مشارکت‌ها شود.

۴.۳ مشروعیت و حق حاکمیت دولت‌ها

دیپلماسی مدت‌ها قبل از اینکه این مفهوم کنونی را داشته باشد در کشورهای مستقل^۱ وجود داشت. با این حال، رویه دیپلماسی در نظام بین‌المللی مدرن مبتنی بر مفهوم حاکمیت دولت است که در قرن هفدهم در اروپا ترویج شد (همچنین از آن به عنوان حاکمیت وستفالی^۲ یاد می‌شود (از صلح وستفالی) که به جنگ سی ساله در سال ۱۶۴۸ پایان داد). بر اساس اصل حقوق بین‌الملل که در منشور سازمان ملل متحد آمده است، هر کشوری بر قلمرو خود حاکمیت انحصاری دارد. علاوه بر این، هر کشوری، صرف نظر از بزرگ یا کوچک بودن، حق حاکمیت برابری دارد. منشور ملل متحد اصل عدم مداخله (حاکمیت انحصاری) را تعیین کرده است.

این دو اصل در سال‌های اخیر با ترویج یک اصل دیگر از حقوق بین‌الملل توسط سازمان ملل به چالش کشیده شده است، یعنی «مسئولیت حفاظت»^۳ که مداخلات بشردوستانه جامعه بین‌المللی را فراهم می‌کند. هنوز مشخص نشده است که تا چه حد بحران‌های سلامت عمومی در محدوده اصل مسئولیت حفاظت قرار می‌گیرند. این اصل در مقابل درگیری‌های طولانی مدت و بن‌بست‌های ژئوپلیتیکی کم اثر است. ضعف آن نشان‌دهنده مشکلات روزافزون در دستیابی به توافق در شورای امنیت سازمان ملل و نیاز فوری به اصلاحات در شورای امنیت است.

1 - Sovereign States

2 - Westphalian Sovereignty

3 - Responsibility to Protect

فرآیندهای جهانی شدن به دگرگونی‌هایی منجر شده است که حاکمیت را تضعیف می‌کند. برای مثال، فعالیت‌های شرکت‌های فراملی و جریان‌های سرمایه جهانی و همچنین راهبردهای توسعه، کشورهای فقیرتر را به کمک‌های مالی وابسته کرده و باعث شده است که آن‌ها سطوح قابل توجهی از بدهی را متحمل شوند. نکته ویژه‌ای برای دیپلماسی سلامت این واقعیت است که امواج متوالی جهانی شدن نشان داده است که دولت‌ها نمی‌توانند به‌تنهایی با تهدیدات جهانی نوظهور مانند آلودگی محیط‌زیست یا بیماری‌های همه‌گیر مقابله کنند. این منجر به شکل‌های جدیدی از دیپلماسی شده است که کشورهای دارای منافع مشترک برای مشارکت در دیپلماسی موضوعی گرد هم می‌آیند. در واقع، دیپلماسی موضوع منشأ مذاکرات سلامت چندجانبه در قرن نوزدهم در طول اولین موج بزرگ جهانی شدن بود؛ بنابراین، دو کنفرانس بین‌المللی سلامت در دهه ۱۸۵۰ با استانداردسازی مقررات بین‌المللی قرنطینه به‌منظور مبارزه با شیوع وبا، طاعون و تب زرد مرتبط بود.

تنش و تقابل بین "حاکمیت ملی" و "رفاه جهانی" بسیاری از مذاکرات سلامت جهانی را شاخص کرده است و ثابت شده است که یکی از دلایل کاستی‌های کلیدی مقررات بین‌المللی سلامت (IHR) و موافقت‌نامه پاریس در مورد تغییرات اقلیمی است. تحلیلگران می‌گویند که هیچ زمینه واقعی برای چنین تنش‌هایی وجود ندارد؛ مفهوم «حق حاکمیت هوشمند»^۱ دلالت بر حوزه‌های سیاستی، نیاز و وابستگی متقابل دارد و به نفع خود کشورهاست که باهم همکاری کنند.

1 - Smart Sovereignty

توضیح مترجم: حق حاکمیت هوشمند به خوبی در جریان پاندمی کووید نمایان بود هنگامی که ترازیت کامیون‌ها و حمل بار از اروپا به ایران، بخصوص ماسک و سایر ملزومات صنعت به دلیل استانداردهای ناهماهنگ بین دو کشور ترکیه و ایران متوقف شده بود که این موضوع به ضرر هر دو کشور بود اما با مذاکرات دو جانبه به ویژه بین وزات بهداشت دو کشور استانداردهای مناسب و مورد قبول دو کشور تعیین و ترازیت کالا برقرار شد.

نگرانی‌های زیادی در مورد روابط نابرابر قدرت در سلامت جهانی و دیپلماسی سلامت، به‌ویژه در مورد فقدان نفوذ کشورها و سایر بازیگران از جنوب جهانی مطرح شده است. قدرت قابل توجهی در اختیار کشورهای ثروتمندتری است که بخش بزرگی از بودجه را برای سیستم سلامت جهانی فراهم می‌کنند و بنابراین می‌توانند بر نتایج مذاکرات به نفع خود و به ضرر کشورهای فقیرتر تأثیر بگذارند. این موضوع در مطالعات مربوط به تأثیر مذاکرات تجاری بر سلامت مشاهده شده است. نفوذ سازمان‌های بشردوستانه بزرگ که اغلب «سرمایه‌داری بشردوستانه» نامیده می‌شوند به همین ترتیب موردانتقاد قرار گرفته است، زیرا این سازمان‌ها اغلب مفاهیمی را از سازمان‌های انتفاعی مانند «سرمایه‌گذاران»، «سرمایه‌گذاری» و «بازده اجتماعی» وام گرفته‌اند. همچنین انتقاداتی به مدل رشد اقتصادی که ثروت فوق‌العاده آن‌ها را ممکن ساخته است، وارد می‌شود.

انتقادات اخیر از ساختارهای قدرت و روابط در سلامت جهانی، مفهوم نواستعمار را مورد استفاده قرار داده و خواستار «استعمارزدایی» از سلامت جهانی شده است (به کادر ۳ در فصل ۲ مراجعه کنید). طرفداران چنین استدلال‌هایی به دوران «اجماع واشنگتن» در دهه ۱۹۹۰ اشاره می‌کنند، زمانی که صندوق بین‌المللی پول و بانک جهانی قراردادهای وام را مشروط به معیارهای غیرضروری سخت‌گیرانه می‌کردند که منجر به کاهش شدید هزینه در سلامت و موضوعات اجتماعی در کشورهای بدهکار شد. در نتیجه نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی را تشدید می‌کند. استدلال می‌شود که ارائه کمک به کشورها در ازای موافقت آن‌ها با اعمال اقدامات ریاضتی، صرفاً تجلی استعمار در پوششی جدید است. همچنین انتقادات به چگونگی سیاست‌های تنظیم خانواده مبتنی بر بازار و گروه هدف وارد شده است که حقوق سلامت جنسی و باروری زنان آسیب‌پذیر را نقض کرده است. بر این اساس، این منتقدان خواستار فرآیند استعمارزدایی مبتنی بر بازپس‌گیری فضا و پیشبرد دیدگاه‌های جایگزین هستند. یکی دیگر از کانون‌های انتقاد، عدم حضور زنان

در سلامت جهانی و دیپلماسی سلامت جهانی است (به کادر ۸ مراجعه کنید).

کادر ۸: زنان به عنوان دیپلمات‌های سلامت جهانی

در آغاز سال ۲۰۲۰، تنها ۶ درصد از روسای دولت در سراسر جهان (۱۲ کشور) توسط زنان و تنها ۲۵ درصد از نمایندگان مجلس زن بودند. تنها ۴۷ وزیر بهداشت زن (از ۱۹۰ کشور) وجود داشت. اگرچه زنان نیمی از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند، اما در تصمیم‌گیری‌های سیاسی در مورد توسعه و تأمین مالی سیستم‌های بهداشتی و درمانی در اکثریت قریب به اتفاق کشورها، سهم برابری ندارند.

تقریباً همین تصویر را می‌توان در دیپلماسی سلامت مشاهده کرد. از آنجایی که دعوت‌ها برای نشست‌های ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد و نشست‌های بلندپایه سازمان ملل متحد برای سران کشورها و دولت‌ها انجام می‌شود، زنان لزوماً در اقلیت کوچکی در طول مذاکرات در مورد سلامت در بالاترین سطح هستند. به‌طور مشابه، تجزیه و تحلیل نشان می‌دهد که سهم زنان رؤسای هیئت‌های نمایندگی در مجمع سالانه سلامت، پایین است. این رقم در سال ۲۰۱۷ حدود ۳۱ درصد بود و در سال ۲۰۲۰ به ۲۳ درصد رسید. زنان تنها ۲۵ درصد از رؤسای سازمان‌های سلامت و ۲۵ درصد از روسای هیئت‌مدیره این سازمان‌ها را تشکیل می‌دهند. زنان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به‌ویژه در دیپلماسی سلامت در سطح جهانی کمتر حضور دارند.

این روندها قابل توجه است، به‌ویژه زمانی که با این واقعیت مواجه می‌شویم که زنان ۷۵ درصد از نیروی کار بخش سلامت را تشکیل می‌دهند و در سطح جهانی ۹۰ درصد از جمعیت پرستاران و ماماها را تشکیل می‌دهند که بزرگ‌ترین کادر کارکنان سلامت هستند. زنان متخصصی در زمینه‌های سلامت وجود دارند که دانش و مهارت بهتری دارند، اما مهارت‌ها و دانش آن‌ها، برابری آن‌ها را در دیپلماسی سلامت جهانی تضمین نکرده است.

این الگو همچنین در سال ۲۰۲۰ با توجه به تصمیم‌گیری در طول پاندمی کووید-۱۹ خود را نشان داد. اگرچه زنان در تمام سطوح حفاظت از سلامت کار می‌کنند (از خط مقدم خدمات بهداشتی و درمانی گرفته تا مراکز تحقیقاتی و سیاست‌گذاری سلامت) آن‌ها به‌طور مساوی در

نهادهای تصمیم‌گیری جهانی یا ملی که با همه‌گیری سروکار دارند، حضور نداشته‌اند. در ژانویه ۲۰۲۰، فقط پنج زن برای پیوستن به کمیته ۲۱ نفره اضطراری کرونا که توسط سازمان جهانی بهداشت ایجاد شده بود، دعوت شدند. تنها دو نفر از ۲۷ عضو گروه ویژه ویروس کرونا در کاخ سفید در ایالات متحده زن هستند. در بیش از ۸۰ درصد از نیروهای وظیفه ملی در مورد کووید-۱۹، مردان بودند. حتی در شرایط اضطراری سلامت، از زنان انتظار می‌رود خدمات خط مقدم ارائه دهند، در حالی که این مردان هستند که عموماً تصمیم می‌گیرند.

گنجاندن زنان به تعداد مساوی در رهبری سلامت و دیپلماسی (به ویژه زنان از گروه‌های اجتماعی و مناطق جغرافیایی مختلف)، موضوعی است در مورد اثربخشی و نجات جان‌ها و همچنین نمایندگی است. چشم‌اندازهای ارزشمندی که زنان با تکیه بر تخصص و تجربه خود می‌توانند به ارمغان بیاورند، در حال حاضر در حال از دست رفتن است. تصمیم‌گیرندگان از کل مجموعه استعدادهای انتخاب نمی‌شوند. گروه‌های مختلف رهبری تصمیم‌های آگاهانه‌تری می‌گیرند و نمی‌توان انکار کرد که دیپلماسی سلامت به دلیل حضور ناکافی زنان تضعیف شده است.

منابع: به بخش «انتشارات مربوط به زنان به‌عنوان دیپلمات‌های سلامت جهانی» در پیوست ۲ مراجعه کنید

فصل پنجم:

اسناد کلیدی سلامت جهانی

۵.۱ مقدمه‌ای بر اسناد سلامت جهانی

اسناد سلامت جهانی یک حوزه کلیدی سلامت جهانی را تشکیل می‌دهند. در واقع، ایجاد نهادها و مکانیسم‌هایی برای ارتقای همکاری جهانی بهداشت کافی نیست: اسنادی مورد توافق جمعی ضروری است تا چنین همکاری‌هایی در عمل انجام شود. این اسناد از دیپلماسی چندجانبه و مذاکراتی که در بسترهای مختلف سیاسی انجام می‌شود، نشأت می‌گیرند.

اسناد مورد توافق بین‌المللی پدیده جدیدی در سلامت عمومی نیستند. اولین کنوانسیون‌های بین‌المللی سلامت در اوایل دهه ۱۸۹۰ تصویب شد و در نیمه اول قرن بیستم تجدیدنظر و به‌روز شد. تأسیس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ پذیرش اسناد سلامت چندجانبه را تسریع کرد. دامنه این اسناد گسترش یافت و به پوشش در سطح جهانی دست یافتند. به‌عنوان بخشی از این فرآیند، کنوانسیون‌های سلامت بین‌المللی قبلی با مقررات بین‌المللی سلامت سازمان جهانی بهداشت جایگزین شد که اولین نسخه آن در سال ۱۹۶۹ صادر شد. علاوه بر این، چندین سند بین‌المللی که تحت حمایت سایر نهادهای چندجانبه تصویب شده‌اند به‌عنوان مثال، معاهدات تجارت و زیست‌محیطی تأثیر قابل توجهی بر سلامت دارند، حتی اگر سلامت هدف اولیه آن‌ها نباشد.

اسناد چندجانبه برای سلامت را می‌توان به دسته‌های کلی زیر دسته‌بندی کرد:

۱. پیش از تأسیس سازمان جهانی بهداشت، توسط سازمان جهانی بهداشت و یا خارج از سازمان جهانی بهداشت تدوین شده اند.

۲. منطقه‌ای یا جهانی

با توجه به دامنه آن، این کتاب بر اسناد سازمان جهانی بهداشت و اسناد خارج از سازمان جهانی بهداشت و همچنین اسناد جهانی، تمرکز دارد.

۵.۲ اسناد تصویب شده توسط سازمان جهانی بهداشت:

مجمع جهانی سلامت که اصلی‌ترین نهاد تصمیم‌گیر سازمان جهانی بهداشت است، می‌تواند اسناد هنجاری زیر را تصویب کند: توصیه‌ها^۱ (مطابق با ماده ۲۳ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت)، مقررات^۲ (مطابق با ماده ۲۱) و کنوانسیون‌ها یا موافقت‌نامه‌ها^۳ (مطابق با ماده ۱۹).

توصیه‌ها می‌تواند در مورد هر موضوعی در صلاحیت سازمان جهانی بهداشت باشد. این توصیه‌ها معمولاً به‌عنوان قطعنامه‌ها و تصمیم‌های مجمع جهانی سلامت تدوین یا تصویب می‌شوند و اشکال مختلفی از جمله کدهای اقدام، راهبردها، چارچوب‌ها و برنامه‌های اقدام می‌باشند. برخی از نمونه‌های قابل توجه عبارت‌اند از آیین‌نامه عملکرد جهانی در مورد استخدام بین‌المللی کارکنان سلامت (۲۰۱۰)، راهبرد جهانی و برنامه اقدام در مورد سلامت عمومی، نوآوری و مالکیت فکری (۲۰۰۸)؛ توصیه‌های بازاریابی مواد غذایی و نوشیدنی‌های غیرالکلی به کودکان (۲۰۱۰)؛ چارچوب خدمات بهداشتی و درمانی یکپارچه مردم محور (۲۰۱۶)؛ و برنامه اقدام جهانی در زمینه فعالیت بدنی (۲۰۱۸) هست.

1 - Recommendations

2 - Regulations

3 - Conventions or Agreements

در مقابل، **قوانین و مقررات** را فقط می‌توان در مورد موضوعات خاصی که در ماده ۲۱ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت ذکر شده است (در مورد الزامات، نام‌گذاری، استانداردها و رویه‌ها قرنطینه و بهداشت) اتخاذ کرد. در واقع، سازمان جهانی بهداشت تاکنون تنها دو مجموعه از مقررات را تصویب کرده است: مقررات بین‌المللی سلامت (۱۹۶۹؛ آخرین بازنگری در سال ۲۰۰۵) که باهدف پیشگیری، کنترل و ارائه پاسخ سلامت عمومی به گسترش بین‌المللی بیماری است؛ و مورد کمتر شناخته‌شده (قانون) دیگر به نام مقررات طبقه‌بندی^۱ (۱۹۶۷) که کشورها را ملزم می‌کند تا آمار مرگ و بیماری را مطابق با طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها، جراحات و علل مرگ تهیه کنند.

کنوانسیون‌ها و موافقت‌نامه‌ها (اغلب به‌عنوان معاهدات نیز نامیده می‌شوند) می‌توانند در مورد هر موضوعی که تحت صلاحیت سازمان جهانی بهداشت باشد، تصویب شوند. با این حال، سازمان جهانی بهداشت تاکنون از قدرت اساسنامه خود برای تصویب تنها یک معاهده سلامت جهانی استفاده کرده است و آن هم کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات بود که در سال ۲۰۰۳ تصویب شد (در سال ۲۰۰۵ لازم‌الاجرا شد). متعاقباً طرف‌های کنوانسیون پروتکل حذف تجارت غیرقانونی محصولات دخانی را که یک معاهده جدید است، مذاکره و تصویب کردند که در سال ۲۰۱۸ لازم‌الاجرا شد.

ماده ۱۹ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت

مجمع سلامت در مورد هر موضوعی که در صلاحیت سازمان است اختیار تصویب کنوانسیون‌ها یا موافقت‌نامه‌ها را خواهد داشت. برای تصویب این گونه کنوانسیون‌ها یا

¹ -Nomenclature

موافقت‌نامه‌ها، دوسوم آرای مجمع سلامت لازم است که برای هر یک از اعضا پس از پذیرش طبق روند قانون اساسی آن، لازم‌الاجرا می‌شود.

۵.۳ وضعیت حقوقی اسناد سازمان جهانی بهداشت

فقط مقررات و کنوانسیون‌ها از نظر قانونی لازم‌الاجرا هستند. بر این اساس، اغلب به آن‌ها "قانون سخت" اشاره می‌شود. آن‌ها تعهدات الزام‌آور تحت قوانین بین‌المللی ایجاد می‌کنند و بنابراین به‌طور کلی قوی‌ترین سند از نظر کاربرد و تأثیر جهانی در نظر گرفته می‌شوند. در مقابل، توصیه‌ها از نظر قانونی غیر الزام‌آور هستند. آن‌ها اغلب به‌عنوان "قانون نرم" شناخته می‌شوند. با این حال، اسناد نرم به‌طور کلی دارای وزن هنجاری و سیاسی قابل توجهی هستند و می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر سلامت عمومی داشته باشند. علیرغم نداشتن نیروی قانونی الزام‌آور، انتظار می‌رود که آن‌ها به‌طور جهانی مورد احترام و اجرا قرار گیرند زیرا کشورها به یکدیگر وابسته هستند و باید برای مقابله با چالش‌های سلامت جهانی با یکدیگر همکاری کنند. علاوه بر این، توصیه‌ها معمولاً پاسخ سریع‌تر به چالش‌های در حال تحول را نسبت به اسناد الزام‌آور قانونی که برای مذاکره، پذیرش و به اجرا گذاشتن آن‌ها پرحمت‌تر است، امکان‌پذیر می‌سازد. در چند مورد نادر، توصیه‌ها ممکن است شامل برخی اقدامات اجباری نیز باشند، مانند چارچوب آمادگی آنفلوآنزای همه‌گیر که در سال ۲۰۱۱ به تصویب رسید.

۵.۴ لازم‌الاجرا شدن اسناد سازمان جهانی بهداشت

توصیه‌ها برای لازم‌الاجرا شدن نیازی به فرآیند رسمی یا جدول زمانی خاصی ندارند: آن‌ها پس از تصویب قابل اجرا می‌شوند.

مقررات برای همه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت پس از یک دوره زمانی مورد توافق مشترک (برای مثال در مورد مقررات بین‌المللی سلامت (۲۰۰۵) ۲۴ ماه بود) لازم اجرا است اگرچه کشورهای عضو حق دارند نظر مخالف (رد) خود را در مورد مقررات جدید یا حق تحفظ^۱ را به شرطی که در مهلت توافق شده انجام دهند به دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت اطلاع دهند؛ به عبارت دیگر، مقررات به طور همزمان برای همه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت (به جز کشورهایی که انصراف داده‌اند) لازم‌الاجرا می‌شود. لازم نیست توسط مجلس کشورهای عضو آن‌ها را به صورت جداگانه تصویب کنند.

در مقابل، کنوانسیون‌ها نیاز به تصویب رسمی توسط (مجلس) کشورها دارند. بر این اساس، آن‌ها پس از رسیدن به تعداد مورد توافق لازم‌الاجرا می‌شوند: به عنوان مثال، در مورد کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات، ۴۰ کشور موافق لازم بود. تا آنجا که به سایر کشورهای که امضا نکرده‌اند (و احیاناً اتحادیه اقتصادی منطقه‌ای مانند اتحادیه اروپا، اتحادیه افریقا، آسه آن و OECD) مربوط است، این کنوانسیون تنها وقتی اجرایی می‌شود که آن کشور به صورت رسمی آن را تصویب کند یا به جای تصویب در برخی از نظام‌های حقوقی کشورها، پذیرش، تأیید یا الحاق صورت می‌گیرد.

۵.۵ پیشنهادات برای کنوانسیون‌های جدید سازمان جهانی بهداشت

کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات (FCTC) تا به امروز تنها کنوانسیون تصویب شده تحت نظارت سازمان جهانی بهداشت است. این سؤال که چرا هیچ کنوانسیون دیگری دنبال نشده است یا حداقل تلاشی صورت نگرفته است اغلب در میان سیاست‌گذاران و کارشناسان بحث شده است. یکی از توضیحات رایج این است که مذاکرات و تصویب

1 - Reservations

کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات با دوران طلایی سلامت جهانی در اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست و یکم مصادف شد و از آن زمان به بعد چندجانبه گرایی عموماً رو به افول بوده است. برخی از کارشناسان همچنین استدلال کرده‌اند که با توجه به شواهد گسترده از اثرات مخرب دخانیات و آگاهی روزافزون از ناکافی بودن اقدامات ملی برای مقابله با یک بیماری همه گیر جهانی که توسط جهانی سازی تشدید شده بود، آزادسازی تجارت و تاکتیک‌های تهاجمی دخانیات فراملی صنعت چاره‌ای جز توافق بر سر یک معاهده الزام آور قانونی وجود نداشت.

در طول سال‌ها، پیشنهادهایی برای کنوانسیون‌های جدید سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است که حوزه‌هایی مانند بیماری‌های غیر واگیر، تغذیه، الکل، آلودگی هوا، مقاومت ضد میکروبی، داروهای تقلبی/غیراستاندارد و تحقیق و توسعه و بیماری‌های پاندمی را پوشش می‌دهد. ایده کلی‌تر در مورد "چارچوب کنوانسیون سلامت جهانی" نیز مطرح شده است. با این حال، هیچ فرآیند رسمی یا مذاکره در مورد کنوانسیون جدیدی که یکی از این حوزه‌ها را پوشش دهد، هنوز آغاز نشده است. از دلایل این وضعیت می‌توان به مدت‌زمان و هزینه‌های احتمالی مذاکرات در مورد معاهده، نگرانی در مورد اعمال پذیری کنوانسیون، حساسیت‌های مربوط به حاکمیت تصمیمات ملی در قبال تعهدات بین‌المللی، ماهیت ظریف‌تر برخی از عوامل تعیین‌کننده سلامت، مانند رژیم غذایی، در مقایسه با مورد "سیاه و سفید" دخانیات؛ واگرایی بالقوه سلامت ملی و منافع اقتصادی، مسائل مربوط به سازگاری با سایر قراردادهای بین‌المللی و توازن بین قدرت قانونی معاهدات و عمل‌گرایی اسناد "نرم‌تر"^۱ اشاره کرد. باید دید که آیا سازمان بهداشت جهانی در برهه‌ای از آینده فرآیند پیمان‌سازی جدیدی را آغاز خواهد کرد احتمالاً در حوزه امنیت سلامت، همان‌طور که برخی در پرتو پاندمی کووید-۱۹

¹-softer

خواستار آن شده‌اند.

معیارهای کلی زیر هنگام تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا یک مشکل خاص می‌تواند توسط یک معاهده سلامت جهانی آینده پوشش داده شود، باید اعمال شود:

(الف) مشکل باید در سطح جهانی و رو به رشد باشد.

(ب) عوامل فراملی نقش ویژه‌ای داشته باشند.

(ج) اسناد موجود برای مقابله با مشکل ناکافی هستند.

۵.۶ اسنادی که خارج از سازمان جهانی بهداشت به تصویب رسیده

است

کنوانسیون‌های متعددی که خارج از سازمان جهانی بهداشت به تصویب رسیده‌اند، تأثیر قابل توجهی بر سلامت دارند، اگرچه اهداف اصلی آن‌ها به سلامت مربوط نمی‌شود اما بیشتر آن‌ها در چارچوب سیستم سازمان ملل و برخی توسط سایر سازمان‌های بین‌المللی (مانند سازمان تجارت جهانی WTO)^۱ مذاکره و تصویب شدند.

نمونه‌هایی در زمینه محیط‌زیست عبارت‌اند از کنوانسیون به ازل، روتردام و استکهلم، کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در مورد تغییرات اقلیم (UNFCCC) (که در سال ۱۹۹۴ لازم‌الاجرا شد) و کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه^۲ (۲۰۱۷) در تجارت بین‌المللی موافقت‌نامه سازمان تجارت جهانی در مورد موانع فنی تجارت (۱۹۹۵)، موافقت‌نامه جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری (۱۹۹۵) و موافقت‌نامه سازمان تجارت جهانی در مورد اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی (۱۹۹۵) و در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۷۶) و کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت (۲۰۰۸)، نمونه‌های مرتبط دیگر کنوانسیون‌های مربوط به سلاح‌های بیولوژیکی

1 - World Trade Organization

2 - Mercury

و شیمیایی و کنوانسیون واحد مواد مخدر در سال ۱۹۶۱ (که در سال ۱۹۶۴ لازم‌الاجرا شد) است. اجرای کنوانسیون واحد^۱ مواد مخدر به‌ویژه نمایانگر نقش حقوقی برای سازمان جهانی بهداشت است.

با این حال، کنوانسیون‌ها تنها شکل اسناد خارج از سازمان جهانی بهداشت نیستند که ممکن است بر سلامتی تأثیر بگذارند. کشورها اغلب ابزارهای برجسته دیگری که مسائل سلامت جهانی را پوشش می‌دهند، مانند اعلامیه‌ها و اهداف و مکانیسم‌های مورد توافق، اتخاذ می‌کنند. این اسناد علیرغم غیر الزام‌آور بودن قانونی، دارای وزن سیاسی هستند و به‌طور گسترده اجرا می‌شوند. اهداف توسعه پایدار (۲۰۱۵) که در آن سلامت نقش کلیدی را ایفا می‌کند، نمونه‌ای از این موارد است. نمونه قابل توجه دیگر مجموعه اعلامیه‌ها و قطعنامه‌های سیاسی تصویب‌شده توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد سلامت جهانی و سیاست خارجی (از سال ۲۰۰۸ به بعد)، بیماری‌های غیر واگیر (۲۰۱۱، ۲۰۱۸)، مقاومت ضد میکروبی (۲۰۱۶)، سل (۲۰۱۸) و پوشش همگانی (۲۰۱۹) است در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۸ جلسات سطح بالای مجمع عمومی در مورد اچ آی وی/ایدز برگزار شد. در موارد معدودی، موضوعات مرتبط با امنیت بین‌المللی (مانند اچ آی وی/ایدز، فلج اطفال و ابولا) توسط شورای امنیت سازمان ملل مورد بررسی قرار گرفته است. به‌طور مشابه، بیانیه‌های سیاسی سران کشورها و دولت‌های گروه هفت و گروه بیست نشان داده است که تأثیر قابل توجهی بر برنامه سلامت جهانی دارد.

دسته دیگری از اسناد که منحصراً جزو اسناد سازمان جهانی بهداشت نیستند، اسنادی هستند که به‌طور مشترک توسط سازمان جهانی بهداشت و سایر آژانس‌های بین‌المللی صادر می‌شوند. نمونه‌های قابل توجه عبارت‌اند از خلاصه کدکس غذایی استانداردهای غذایی، دستورالعمل‌ها و کدهای صادرشده تحت برنامه مشترک استانداردهای غذایی

سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد - سازمان جهانی بهداشت (WHO/FAO)، چارچوب سه‌جانبه سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد- سازمان جهانی بهداشت- سازمان جهانی بهداشت دام (WHO-FAO-OIE) در مورد مقاومت ضد میکروبی و اخیراً برنامه اقدام جهانی برای زندگی سالم و رفاه همه که توسط ۱۲ آژانس چندجانبه در سال ۲۰۱۸ به رهبری سازمان جهانی بهداشت راه‌اندازی شد. چنین اسنادی نشان‌دهنده یک‌لایه اضافی در مذاکرات سلامت جهانی هستند به‌طور خاص، آن‌ها ثمره مذاکراتی هستند که در آن فرهنگ‌ها و راهبردهای تعامل سازمان‌های گاه بسیار متفاوت، برای دستیابی به یک هدف مشترک باهم هماهنگ شده‌اند.

کادر ۹: مذاکرات سلامت در سازمان تجارت جهانی

هدف اصلی سازمان تجارت جهانی (WTO) کمک به جریان روان، آزادانه و قابل پیش‌بینی تجارت است که توسط یک سیستم تجارت بین‌المللی مبتنی بر قوانین پشتیبانی می‌شود که به نفع همه اعضای آن است. سازمان تجارت جهانی یک چارچوب نهادی مشترک برای انجام روابط تجاری بین اعضای خود در موضوعات مربوط به تجارت کالا و خدمات و حقوق مالکیت فکری مرتبط با تجارت فراهم می‌کند. سازمان تجارت جهانی علاوه بر اجرای یک سیستم جهانی قوانین تجارت، به‌عنوان مجمع برای مذاکره در مورد توافقنامه‌های تجاری، حل و فصل اختلافات تجاری بین اعضای خود و حمایت از نیازهای کشورهای در حال توسعه عمل می‌کند.

سازمان تجارت جهانی دارای ۱۶۴ عضو است که مجموعاً ۹۸ درصد تجارت جهانی را تشکیل می‌دهند. در مجموع ۲۳ کشور در حال پیوستن به این سازمان هستند. هم مذاکرات و هم تصمیم‌گیری در سازمان تجارت جهانی فرآیندهای عضو محور هستند. دبیرخانه سازمان تجارت جهانی فعالیت‌هایی را انجام می‌دهد که برای عملکرد سیستم مفید است، از جمله حفظ گفت‌وگوی منظم با سازمان‌های غیردولتی و سایر سازمان‌های بین‌المللی، هماهنگی فعالیت‌ها و تهیه گزارش‌هایی مانند بررسی سیاست‌های تجاری.

وظایف اصلی سازمان تجارت جهانی چیست؟

ماده سوم موافقت‌نامه مراکش که سازمان تجارت جهانی را تأسیس می‌کند، پنج وظیفه اصلی را فهرست می‌کند:

۱- تسهیل در اجرا، اداره و اجرای موافقت‌نامه‌های تجاری

۲- فراهم کردن یک مجمع برای مذاکرات تجاری

۳- رسیدگی به اختلافات تجاری

۴- نظارت بر سیاست‌های تجاری اعضا

۵- همکاری با سایر سازمان‌های بین‌المللی

علاوه بر این، سازمان تجارت جهانی از کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته از طریق کمک‌های فنی و آموزش حمایت می‌کند تا بتوانند ظرفیت خود را برای مشارکت در تجارت، رسیدگی به اختلافات و اجرای استانداردهای فنی ایجاد کنند.

تصمیمات توسط کل اعضا با اجماع اتخاذ می‌شود. رأی اکثریت نیز بر اساس یک رأی برای هر عضو امکان‌پذیر است، اما چنین رویه‌ای تاکنون در سازمان تجارت جهانی استفاده نشده است، در توافقنامه عمومی تعرفه‌ها و تجارت (GATT) این روش بسیار نادر بود.

نهاد تصمیم‌گیری در سطح بالای سازمان تجارت جهانی، کنفرانس وزیران است که معمولاً هر دو سال یک‌بار تشکیل جلسه می‌دهد. کنفرانس وزیران می‌تواند در مورد همه موضوعات تحت هر یک از موافقت‌نامه‌های تجاری چندجانبه تصمیم‌گیری کند. شورای عمومی به نمایندگی از کنفرانس وزیران در مورد کلیه امور سازمان تجارت جهانی عمل می‌کند. این نهاد به‌عنوان هیئت حل اختلاف و هیئت بازرینی سیاست تجاری برای نظارت بر رویه‌های حل و فصل اختلافات بین اعضا و تجزیه و تحلیل سیاست‌های تجاری اعضا تشکیل جلسه می‌دهد. همه اعضای سازمان تجارت جهانی در سه شورا، شورای تجارت کالا، شورای تجارت خدمات و شورای جنبه‌های مرتبط با تجارت حقوق مالکیت فکری (شورای تریپس) که مسئول تسهیل عملیات

موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی هستند که حوزه‌های تجاری مربوطه خود را پوشش می‌دهند.

بسیاری از نهادهای تخصصی سازمان تجارت جهانی (کمیته‌ها، گروه‌های کاری و شرکای کاری^۱) با موافقت‌نامه‌های فردی و سایر زمینه‌ها مانند محیط‌زیست، توسعه، الحاق و موافقت‌نامه‌های تجاری منطقه‌ای سروکار دارند. نهادهای فرعی که با موافقت‌نامه‌های چندجانبه (که توسط همه اعضای سازمان تجارت جهانی امضا نشده‌اند) در مورد تجارت هواپیماهای غیرنظامی و تدارکات دولتی سروکار دارند نیز به‌طور منظم در مورد فعالیت‌های خود به شورای عمومی گزارش می‌دهند.

قوانین مذاکره سازمان تجارت جهانی را کجا می‌توان یافت؟

بیشتر موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی نتیجه مذاکرات اروگوئه ۱۹۸۶-۱۹۹۴ است و در نشست وزیران مراکش در آوریل ۱۹۹۴ به امضا رسید. همچنین می‌توان موافقت‌نامه‌های جدیدی اضافه کرد و نهادهای سازمان تجارت جهانی ممکن است تصمیم‌ها یا دستورالعمل‌هایی را اتخاذ کنند. بر این اساس، مذاکرات منجر به تصویب تعدادی متون قانونی اضافی از سال ۱۹۹۴ شده است، از جمله پروتکل ۲۰۰۵ برای اصلاح موافقت‌نامه جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری (موافقت‌نامه تریپس) که برای ایجاد امکان ساخت داروهای ژنریک مقرون‌به‌صرفه تحت مجوز قانونی برای صادرات به کشورهای با ظرفیت تولید ناکافی یا بدون ظرفیت در نظر گرفته شده بود؛ و موافقت‌نامه ۲۰۱۳ در مورد تسهیل تجارت که هدف آن کاهش تأخیر در مرزها با کاهش تشریفات اداری است. مذاکرات جدیدی در کنفرانس وزیران دوحه در نوامبر ۲۰۰۱ آغاز شد. این مذاکرات در کمیته مذاکرات تجاری و در داخل گروه‌های مذاکره‌کننده خاص انجام می‌شود.

مسائل مرتبط با سلامت در سازمان تجارت جهانی

1 - working parties

فعالیت‌های مرتبط با سلامت در سازمان تجارت جهانی حوزه‌های متعددی مانند تعرفه‌ها، رویه‌های صدور مجوز واردات، مسائل نظارتی، حقوق مالکیت فکری، تدارکات دولتی، تجارت خدمات و تسهیل تجارت را پوشش می‌دهد. درحالی‌که اصول سازمان تجارت جهانی بر سیاست‌ها، راهبردها و قوانین مرتبط با سلامت عمومی اعضای سازمان تجارت جهانی تأثیر می‌گذارند، قوانین به گونه‌ای طراحی شده‌اند که تعهدات اعضای سازمان تجارت جهانی برای حفاظت از سلامت عمومی را در نظر بگیرند. اعضای سازمان تجارت جهانی بر لزوم وجود پیوند مثبت و متقابلاً تقویت‌کننده بین سلامت عمومی و سیستم تجارت جهانی تأکید کرده‌اند؛ بنابراین، اعلامیه سال ۲۰۰۱ دوحه در مورد موافقت‌نامه ترپیس و بهداشت عمومی، مشکلات بهداشت عمومی را که بسیاری از کشورهای در حال توسعه و کشورهای کمتر توسعه یافته با آن مواجه هستند به ویژه مشکلات ناشی از اچ آی وی/ایدز، سل، مالاریا و سایر اپیدمی‌ها به رسمیت شناخت و موافقت‌نامه ترپیس بخشی از تلاش‌های ملی و بین‌المللی برای مقابله با این مشکلات باشد.

جنبه‌های مختلف تجارت که ممکن است بر سیاست‌های سلامت تأثیر بگذارد، مرتباً توسط نهادهای ذی‌صلاح سازمان تجارت جهانی در نظر گرفته می‌شوند. برای مثال، در شورای ترپیس، اعضا درباره اهمیت حقوق مالکیت فکری برای توسعه محصولات دارویی جدید و نقش انعطاف‌پذیری ترپیس در تسهیل دسترسی به داروهای مقرون به صرفه بحث کرده‌اند. علاوه بر این، اعضا به طور منظم عملکرد سیستمی را بررسی می‌کنند که اجازه اعطای مجوزهای اجباری ویژه را منحصرأ برای صادرات دارو می‌دهد (ماده ۳۱ موافقت‌نامه اصلاح شده ترپیس). آن‌ها همچنین قوانین یا مقررات مربوط به مالکیت فکری مرتبط با سلامت را که به شورای ترپیس اعلام شده را بررسی می‌کنند.

کمیته موانع فنی تجارت (کمیته TBT) و کمیته اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی (کمیته SPS) ارگان‌های کلیدی سازمان تجارت جهانی در زمینه سیاست‌های سلامت هستند که بر تجارت تأثیر می‌گذارند. طیف وسیعی از سیاست‌ها، استانداردها و مقررات مربوط به سلامت داخلی که توسط دولت‌ها تهیه و تصویب شده‌اند به طور جمعی در این کمیته‌ها مورد بحث قرار

می‌گیرند. هر دو موافقت‌نامه موانع فنی تجارت (موافقت‌نامه موانع فنی تجارت) و موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی (توافقنامه SPS) اعضا را تشویق می‌کنند تا اقدامات خود را بر اساس استانداردهای بین‌المللی بنا کنند. کمیته‌های موانع فنی تجارت و کمیته اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی بسیاری از اقدامات تجاری مرتبط با سلامت را که توسط اعضا به سازمان تجارت جهانی اعلام شده است، برای بررسی دریافت می‌کنند. هر دو کمیته مکرراً در مورد چگونگی افزایش اجرای موافقت‌نامه‌های موانع فنی تجارت و اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی برای اعضا مذاکره می‌کنند و دستورالعمل‌های کلی را اتخاذ می‌کنند. بسیاری از این راهنمایی‌ها، به‌ویژه آنهایی که توسط کمیته اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی اتخاذ شده است، ارتباط مستقیمی با برخی از مسائل مرتبط با سلامت انسان و همچنین سلامت حیوانات و گیاهان دارد.

رویه‌های صدور مجوز واردات (مانند اعتبارنامه، مجوزها، اختیارات و سایر رویه‌هایی که نیاز به ارائه درخواست به مرجع ذیصلاح به‌عنوان شرط قبلی برای واردات دارند) توسط بسیاری از اعضا به دلایل سیاست سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند و توسط کمیته صدور مجوز واردات بررسی می‌شوند. علاوه بر این، دو طرح برای حذف عوارض واردات برخی از محصولات سلامتی پیش‌بینی شده است. موافقت‌نامه تجارت در محصولات دارویی (توافقنامه دارویی) شامل اجزای شیمیایی و مواد فعال مورد استفاده در تولید آن‌ها را پوشش می‌دهد. در مذاکره اروگوئه توسط تعدادی از اعضا، تعرفه‌های این محصولات را حذف کرد. پوشش محصول قرارداد دارویی مشمول بررسی‌های دوره‌ای است تا اطمینان حاصل شود که به‌روز باقی می‌ماند. در سال ۲۰۱۵، ۲۴ شرکت‌کننده (از جمله اتحادیه اروپا) در مورد گسترش موافقت‌نامه فناوری اطلاعات (ITA) به‌منظور حذف تعرفه‌ها بر روی تعدادی از محصولات با فناوری پیشرفته، از جمله تجهیزات پزشکی، مانند اسکتر، ماشین‌آلات مغناطیسی، تصویربرداری رزونانس، توموگرافی، مراقبت از دندان و چشم‌پزشکی توافق کردند. تا سال ۲۰۲۰، توافقنامه گسترش فناوری اطلاعات دارای ۲۶ شرکت‌کننده بود که ۵۵ عضو سازمان تجارت جهانی را پوشش می‌دادند که روی هم تقریباً ۹۰٪ تجارت جهانی این محصولات را تشکیل می‌دهند. علاوه بر

حذف عوارض واردات، کمیته موافقت‌نامه فناوری اطلاعات همچنین در تلاش برای رفع موانع غیرتعرفه‌ای تجارت بین‌المللی آن محصولات است. اگرچه تنها چند تعهد دسترسی به بازار توسط اعضای سازمان تجارت جهانی تا به امروز در حوزه سلامت انجام شده است، تجارت خدمات مرتبط با سلامت تحت پوشش موافقت‌نامه عمومی تجارت خدمات است. در بحث و گفتگو در شورای تجارت خدمات، اعضا راه‌های مختلف ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مانند سلامت الکترونیک، ارائه خدمات درمانی در خارج از کشور، سرمایه‌گذاری خارجی در بخش سلامت و جنبه‌های خاصی از خدمات درمانی و جایجایی فرامرزی کارکنان حرفه‌ای سلامت را در نظر می‌گیرند.

بحث‌های مربوط به سلامت در جلسات شورا و کمیته می‌تواند مکمل باشد. به‌عنوان مثال، پیشنهادات مربوط به اقدامات بسته‌بندی ساده برای تنباکو در ابتدا در شورای تریپس و کمیته موانع فنی تجارت قبل از انتقال به مرحله حل اختلاف مورد بحث قرار گرفت. علاوه بر این، تعدادی از نهادهای بین‌المللی (از جمله کسانی که مسئول تنظیم استانداردهای بین‌المللی مرتبط با سلامت هستند) و سازمان‌های بین‌دولتی (مانند سازمان جهانی بهداشت) به‌طور منظم در بحث‌های مرتبط با سلامت در جلسات نهادهای مختلف سازمان تجارت جهانی شرکت می‌کنند.

سازمان تجارت جهانی و سایر سازمان‌ها

سازمان تجارت جهانی با سایر سازمان‌های بین‌دولتی^۱ تحت عنوان «انسجام»^۲ کار می‌کند، اصطلاحی که در بیانیه وزیران درباره مشارکت سازمان تجارت جهانی در دستیابی به انسجام بیشتر در سیاست‌گذاری اقتصادی جهانی، در آوریل ۱۹۹۴ در مراکش به تصویب رسید. در واقع، اکنون سیستم سازمان تجارت جهانی به‌عنوان بخشی از یک چارچوب بسیار گسترده‌تر از حقوق و تعهدات بین‌المللی به رسمیت شناخته شده است که اعضای سازمان تجارت جهانی باید از آن حمایت و اجرا کنند.

1 - Intergovernmental

2 - Coherence

کار سازمان تجارت جهانی در مورد مسائل مربوط به سلامت عمومی، تجارت و حقوق مالکیت فکری مکمل کار سازمان جهانی بهداشت و سازمان جهانی مالکیت فکری است. این سازمان‌ها باهم مسئولیت تقویت گفت‌وگو در مورد موضوعات عملی هم بین خودشان و هم با سایر شرکا را دارند تا وظایف خود را به‌طور مؤثرتر انجام دهند و از استفاده کارآمد از منابع برای همکاری فنی اطمینان حاصل کنند و از تکرار تلاش‌ها جلوگیری کنند. بیانیه دوحه در مورد توافق نامه ترپس و سلامت عمومی به‌عنوان کاتالیزور برای تشدید همکاری و توسعه انسجام در سطح بین‌المللی عمل کرده است.

سازمان تجارت جهانی همچنین در موضوعات مرتبط با سلامت با تعدادی از سازمان‌های بین‌دولتی دیگر از جمله سازمان جهانی برای سلامت حیوانات، کمیسیون مقررات غذایی^۱، کنفرانس تجارت و توسعه سازمان ملل متحد و سازمان جهانی گمرک همکاری می‌کند.

۵.۷ مراحل پس از تصویب اسناد

پس از تصویب، اغلب مستلزم مذاکرات بیشتر، دیپلماسی و تصمیمات حاکمیتی هستند تا به‌طور مؤثر اجرا شوند. این به‌ویژه در مورد کنوانسیون‌ها صادق است آن‌ها به‌طور معمول نیازمند دیپلماسی چندبخشی و مصالحه سیاسی در فرآیندی است که به تصویب پارلمان ملی یک دولت عضو ختم می‌شود. آن‌ها اغلب مستلزم ایجاد انواع جدیدی از نهادهای حاکمیتی (مانند کنفرانس اعضا^۲) و سازوکارها (مانند دستورالعمل‌های مورد توافق بین دولتی در مورد اجرای مفاد حقوقی خاص) هستند که پس از اجرایی شدن معاهده منجر به دیپلماسی و مذاکرات چندجانبه بیشتر می‌شود. روند اصلاح اسناد تصویب‌شده ممکن است شامل دور جدیدی از مذاکرات چندجانبه نیز باشد. اسناد حقوقی معمولاً بازنگری و اصلاحات را تحت شرایط خاصی پیش‌بینی می‌کنند. برای مثال، کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات اجازه می‌دهد تا اصلاحیه‌ها با

1 - FAO/WHO Codex Alimentarius

2 - Conference of the parties

اکثریت سه‌چهارم آرا در کنفرانس اعضا به تصویب برسد که مشروط به تصویب یا پذیرش هر یک از طرف‌ها است. مقررات بین‌المللی سلامت که ابتدا در سال ۱۹۶۹ تصویب شد، بعداً در سال‌های ۱۹۷۳، ۱۹۸۱ و ۲۰۰۵ مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت. بحران‌های سلامت جهانی با ابعاد خاص اغلب ممکن است باعث ایجاد چنین تغییراتی شوند. برای مثال، آخرین بازنگری مقررات بین‌المللی سلامت، اگرچه در اواخر دهه ۱۹۹۰ در حال انجام بود، پس از شیوع سارس در سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۴، اولین بحران جهانی سلامت عمومی قرن بیست و یکم، شتاب بیشتری گرفت. حدود ۱۵ سال بعد، پاندمی کووید-۱۹ بحث‌هایی را در سراسر جهان برانگیخت که آیا مقررات بین‌المللی سلامت در نسخه ۲۰۰۵ خود برای مقابله با بحران‌های جهانی با این ابعاد بزرگ کافی است یا خیر؟ قطعنامه مجمع جهانی سلامت که در سال ۲۰۲۰ تصویب شد، خواستار ارزیابی مستقل از عملکرد مقررات بین‌المللی سلامت به‌عنوان بخشی از بررسی گسترده‌تر واکنش جهانی به همه‌گیری شد.

فصل ششم:

بازیگران و مکان‌های کلیدی جهانی

۶.۱ سازمان جهانی بهداشت و سلامت جهانی در حال تغییر

سازمان جهانی بهداشت محل کلیدی مذاکرات بهداشت جهانی است. سازمان جهانی بهداشت یک سازمان بین‌دولتی است که تمام قدرت تصمیم‌گیری در آن به کشورهای عضو آن واگذار شده است، سازمان جهانی بهداشت آژانس تخصصی سازمان ملل متحد است که وظیفه هماهنگی و هدایت تلاش‌های بهداشت جهانی را بر عهده دارد. در سال‌های اولیه، سازمان جهانی بهداشت عمدتاً با بازیگران دولتی، یعنی وزارتخانه‌های بهداشت و وزارت‌های امور خارجه، اغلب از طریق نمایندگی‌های دیپلماتیک دولت‌ها در ژنو و به‌ویژه در سال‌های بعد، وابسته‌های سلامت مستقر در آنجا سروکار داشت. مدل دومی (وابسته‌های سلامت) ترکیبی از نمایندگان وزارتخانه‌های خارجه و بهداشت است. کشورهای عضو بازیگران کلیدی در سازمان جهانی بهداشت هستند: آن‌ها هستند که سازمان را اداره می‌کنند و در مورد توافقات عمده مذاکره می‌کنند. با این حال، با پیچیده‌تر شدن چشم‌انداز سلامت جهانی، سازمان جهانی بهداشت مجبور است در رابطه خود با طیف گسترده‌ای از بازیگران تجدیدنظر کند.

بر این اساس، سازمان جهانی بهداشت سیاستی را در رابطه با روابط خود با بازیگران غیردولتی در راستای دستور اساسنامه خود اتخاذ کرده است: چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی (FENSA) که در شصت و نهمین نشست مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶ به تصویب رسید. چارچوب به دنبال تقویت تعامل سازمان جهانی بهداشت با بازیگران غیردولتی، از جمله سازمان‌های غیردولتی، نهادهای بخش خصوصی، بنیادهای بشردوستانه و مؤسسات دانشگاهی است. در عین حال، چارچوب به منظور محافظت از

سازمان جهانی بهداشت و کار آن در برابر خطرات بالقوه، مانند تضاد منافع، خطرات شهرت و نفوذ ناروا است.

بازیگران غیردولتی به طور رسمی در مذاکرات سلامت جهانی در نهادهای حاکمیتی سازمان جهانی بهداشت شرکت ندارند، اما در جلسات مشاوره شرکت می‌کنند و اغلب از آن‌ها خواسته می‌شود نظرات و توصیه‌های خود را ارائه دهند. آن‌ها به مناسبت جلسات هیئت‌های حکمرانی سازمان جهانی بهداشت (مجمع جهانی سلامت و هیئت اجرایی) به ژنو می‌آیند تا در امور نیازمند به حمایت‌طلبی مشارکت داشته باشند، بحث‌های غیررسمی را با مذاکره‌کنندگان انجام دهند و اگر در روابط رسمی با سازمان جهانی بهداشت هستند بیانیه‌ای در جلسات هیئت‌های حکمرانی ارائه دهند. چنین مشارکتی در بهترین حالت می‌تواند مانند یک ژست حرفه‌ای یک نمایش غیررسمی (فرمالیته)^۱ به‌ویژه در مقایسه با سایر بخش‌های سیستم سازمان ملل به نظر برسد. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، چارچوب تعامل با بازیگران غیردولتی و آیین‌نامه داخلی مجمع جهانی سلامت، نوع تعاملی را که بازیگران مختلف ممکن است داشته باشند را مشخص می‌کند. رهبری سازمان جهانی بهداشت متعهد به رویکرد بازتر است و مدیرکل کنونی بیش از بسیاری از پیشینیان خود با جامعه مدنی ارتباط برقرار می‌کند. با این حال، فرهنگ سازمان به‌عنوان کل اغلب تا حدی "بسته" و ریسک‌گریز به نظر می‌رسد. تفکر خلاق باید توسط همه ذینفعان به کار گرفته شود تا بتوانند از فرصت‌های به وجود آمده حداکثر استفاده را ببرند و در صورت امکان مکانیسم‌های جدیدی را برای تعامل ایجاد کنند.

1 - Pro forma gesture



دسته خاصی از بازیگران وجود دارد که سازمان جهانی بهداشت با آنها همکاری نزدیکتری دارد: بازیگران غیردولتی در روابط رسمی با سازمان بهداشت جهانی. روابط رسمی امتیازی است که هیئت اجرایی ممکن است به سازمانهای غیردولتی، انجمنهای تجاری بینالمللی و بنیادهای بشردوستانه که «تعهد مستمر و سیستماتیک به نفع سازمان» داشته و دارند، اعطا کند. اهداف و فعالیتهای این نهادها باید با روح، هدف و اصول اساسنامه سازمان جهانی بهداشت مطابقت داشته باشد و انتظار می رود که آنها کمک قابل توجهی به ارتقای سلامت عمومی کنند. سازمان جهانی بهداشت در حال تدوین فهرستی از بازیگران غیردولتی است که نوع تعامل آنها با سازمان را شرح می دهد. زمینه قابل توجهی برای افزایش بیشتر مشارکت و مشارکت بازیگران غیردولتی در سازمان جهانی بهداشت وجود دارد. در طول همه گیری کووید-۱۹، مشخص شد که باید اشکال جدیدی از همکاری، به ویژه با بخش های علم و فناوری دیجیتال پیدا شود.

سلامت جهانی اکنون یکی از برجسته ترین حوزه های دیپلماسی چندجانبه است. این نوع دیپلماسی طیف وسیعی از ابتکارات و نهادها را در برمی گیرد: سازمان های بین المللی، بخش ها و آژانس های ملی، بانک های توسعه، جامعه مدنی، صنایع خصوصی، مؤسسات بشردوستانه و دانشگاهی، انجمن های حرفه ای و افراد متعهد و گاهی اوقات بسیار قدرتمند، سازمان ملل با گنجاندن بسیاری از ذینفعان در مذاکرات اهداف توسعه پایدار

و تصویب هدف ۱۷ در مورد مشارکت، به دیپلماسی چندجانبه مشروعیت بالایی بخشید. به‌ویژه در حوزه سلامت جهانی، سازمان‌های ترکیبی زیادی همراه با اتحادها و ابتکاراتی ایجاد شده‌اند که مشروعیت خود را از نمایندگی و مشارکت تعداد زیادی از ذینفعان، از یک سو و از تمرکز بر نتایج، از سوی دیگر می‌گیرند.

ذکر این نکته ضروری است که فرآیندهای تصمیم‌گیری در مجمع جهانی سلامت و مجمع عمومی سازمان ملل کاملاً متفاوت است. در حالی که رأی‌گیری در مورد مجمع جهانی سلامت چندان استفاده نمی‌شود، ولی در مجمع عمومی سازمان ملل برای موارد دستور کار که بسیار سیاسی یا حساس هستند، مانند سلاح‌های هسته‌ای، استفاده می‌شود. در گذشته، قطعنامه‌های مجمع عمومی مرتبط با سلامت معمولاً بدون رأی‌گیری به تصویب می‌رسیدند، با این حال، به‌طور قابل توجهی، باید درباره آخرین قطعنامه‌های سپتامبر ۲۰۲۰ در مورد واکنش به پاندمی کووید-۱۹ رأی‌گیری می‌شد (A/RES/74/306، 74/307). علاوه بر این، کشورهای عضو خود را از بخش‌هایی از یک قطعنامه یا اعلامیه جدا می‌کنند. به‌عنوان مثال، دولت ایالات متحده از قطعنامه WHA73/1 مجمع جهانی سلامت در مورد پاسخ کووید-۱۹ جدا شد.

۶.۲ سایر سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی سلامت

دیپلماسی سلامت با ویژگی‌ها و رویکردهای نوآورانه بسیاری مشخص می‌شود که در طول تاریخ آن توسعه یافته است. حدود ۲۰ سال پیش، مجموعه جدیدی از سازمان‌های سلامت با ساختارهای حاکمیتی بسیار متفاوت شروع به ظهور کردند. اولین برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز (UNAIDS) تنها برنامه مشترک با حمایت مشترک در سیستم سازمان ملل متحد بود که کار آن توسط یک هیئت هماهنگ‌کننده برنامه چندجانبه متشکل از نمایندگان ۲۲ دولت از تمام مناطق جغرافیایی، حامیان برنامه

مشترک ملل متحد در زمینهٔ ایدز (UNAIDS)؛ و پنج نماینده سازمان‌های غیردولتی، از جمله انجمن افراد مبتلا به اچ ای وی (HIV) هدایت می‌شود.

به‌طور مشابه، اتحاد واکسن (یک بنیاد) و گلوبال فاند برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (یک سازمان مشارکتی) هر دو توسط هیئت مدیره‌ای اداره می‌شوند که شامل نمایندگان از کشورهای، بخش خصوصی، جامعه مدنی و سایر سازمان‌های بین‌المللی می‌باشند. هیئت مدیره اتحاد واکسن شامل افراد مستقل یا "غیر وابسته" است. هیئت مدیره یا بورد صندوق جهانی دارای ۲۰ کرسی رأی با نمایندگان مساوی برای مجریان و اهداکنندگان، از جمله سازمان‌های غیردولتی است. جوامع متأثر از اچ آی وی، سل و مالاریا، بخش خصوصی و بنیادهای خصوصی علاوه بر این، هشت عضو بدون رأی، از جمله رئیس و نایب‌رئیس هیئت مدیره، نمایندگان سازمان‌های شریک مانند سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی و حوزه انتخابیه سایر اهداکنندگان عمومی وجود دارد. (به کادر ۱۰ و کادر ۱۱ مراجعه کنید).

کادر ۱۰: مدل حکمرانی اتحاد واکسن (Gavi)

اتحاد واکسن (که قبلاً اتحاد جهانی برای واکسن و ایمن‌سازی نامیده می‌شد)، یک سازمان بین‌المللی است که در سال ۲۰۰۰ برای ارائه واکسن‌های مقرون‌به‌صرفه و در دسترس برای کودکان در کشورهای در حال توسعه تأسیس شد. امروزه، اتحاد واکسن یکی از مهم‌ترین بازیگران حکمرانی سلامت جهانی است. اعضای هیئت مدیره اتحاد واکسن در مجموع ۲۸ کرسی دارد. کرسی‌های دائمی و با محدودیت زمانی وجود دارد. اعضای هیئت مدیره بر اساس اساسنامه و رویه‌های اجرایی اتحاد واکسن منصوب می‌شوند. نمایندگان شرکای کلیدی اتحاد واکسن دارای ۱۸ کرسی هستند. افراد مستقل یا غیر وابسته دارای ۹ نفر و یک مدیر اجرایی اتحاد واکسن است. در حالی که بنیاد بیل و ملیندا گیتس، بانک جهانی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) و سازمان جهانی بهداشت دارای کرسی‌های دائمی در هیئت مدیره هستند، سایر نمایندگان شرکای اتحاد واکسن به صورت محدود در این هیئت خدمت می‌کنند.

اعضایی که در کرسی‌های «نماینده» هستند، مسئول اطمینان از این هستند که دولت‌ها یا مؤسسات آن‌ها ورودی‌های رسمی برای توسعه سیاست‌های اتحاد واکسن و مدیریت عملیات آن ارائه می‌کنند. افراد مستقل یا غیر وابسته هیچ ارتباط حرفه‌ای با کار اتحاد واکسن ندارند، اما در زمینه‌های حیاتی مانند سرمایه‌گذاری، حسابرسی و جمع‌آوری سرمایه تخصص دارند. آن‌ها همچنین نظارت مستقل و متوازن را بر تمام مذاکرات هیئت‌مدیره وارد می‌کنند. این اعضا بر اساس مهارت‌ها و شبکه‌هایشان در سمت شخصی خود منصوب می‌شوند.

انواع دیگر نمایندگان اعضای علی‌البدل هیئت‌مدیره و ناظران هستند. هر سازمان و حوزه واجد شرایط می‌تواند برای هر عضو هیئت‌مدیره یک نفر را به‌عنوان علی‌البدل تعیین کند که حق دارد به‌جای نماینده هیئت‌مدیره عمل کند. از اعضای هیئت‌مدیره و علی‌البدل دعوت می‌شود تا در جلسات هیئت‌مدیره شرکت کنند. حداقل یکی از آن‌ها باید برای اطمینان از نمایندگی حوزه انتخابیه خود حضور یابد. با اجازه رئیس، ناظران همچنین می‌توانند در جلسات هیئت یا کمیته اتحاد شرکت کنند.

ساختار حکمرانی:



شرکای اتحاد واکسن



- ۱- دولت های کشورهای اجرا کننده نیازهای ایمن سازی خود را شناسایی کرده و برنامه های واکسیناسیون را تأمین مالی و اجرا می کنند.
- ۲- تولید کنندگان واکسن، واکسن های مقرون به صرفه و با کیفیت و تجهیزات زنجیره سرد را در اختیار کشورهای اجرا کننده قرار می دهند.
- ۳- سازمان های جامعه مدنی کمک می کنند تا اطمینان حاصل شود که واکسن ها به همه کودکان می رسد.
- ۴- شرکای بخش خصوصی منابع، تخصص و نوآوری را برای کمک به دستیابی به مأموریت اتحاد Gavi کمک می کنند.
- ۵- بنیاد بیل و ملیندا گیتس بودجه و تخصص را فراهم می کند، رویکردهای نوآورانه را هدایت می کند و از کار تحقیق و توسعه بر روی واکسن های جدید حمایت می کند.
- ۶- مؤسسات فنی و تحقیقاتی بهداشتی به ایجاد پایگاه شواهد و انتقال ارزش واکسن ها کمک می کنند.
- ۷- دولت های کشورهای کمک کننده تعهدات مالی بلندمدت می دهند و با اتحاد واکسن همکاری می کنند.

- ۸- بانک جهانی به حمایت از مکانیسم‌های مالی نوآورانه مانند تسهیلات مالی بین‌المللی برای ایمن‌سازی و پیشبرد تعهدات بازار کمک می‌کند.
- ۹- یونیسف واکسن‌ها را تهیه می‌کند و از کشورها در حفظ سیستم‌های زنجیره سرد، بهبود دسترسی و جمع‌آوری داده‌ها حمایت می‌کند.
- ۱۰- قوانین سازمان جهانی بهداشت واکسن‌ها را تنظیم می‌کند و از معرفی آن‌ها در کشورهای مختلف با تمرکز برافزایش پوشش ایمن‌سازی و بهبود کیفیت داده‌ها حمایت می‌کند.

کادر ۱۱: مدل حکمرانی صندوق جهانی (گلوبال فاند)

صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (که از این پس به‌عنوان گلوبال فاند نامیده می‌شود) یک سازمان مالی بین‌المللی است که در سال ۲۰۰۲ تأسیس شد و مأموریت آن «جذب، اهرم و سرمایه‌گذاری منابع اضافی برای پایان دادن به اپیدمی اچ ای وی ایدز، سل و مالاریا و حمایت از دستیابی به اهداف توسعه پایدار است. گلوبال فاند بیش از ۴ میلیارد دلار در سال برای حمایت از برنامه‌ها در بیش از ۱۰۰ کشور بسیج و سرمایه‌گذاری می‌کند. این یک مشارکت بین دولت‌ها، جامعه مدنی، آژانس‌های فنی، بخش خصوصی و افرادی است که از این بیماری‌ها آسیب‌دیده‌اند.

ترکیب هیئت‌مدیره گلوبال فاند گویای مفهوم دیپلماسی سلامت چندجانبه است. هیئت شامل ۲۰ عضو دارای حق رأی، با نمایندگی مساوی توسط مجریان و اهداکنندگان و هشت عضو دیگر بدون حق رأی است. رئیس و نایب‌رئیس جلسات هیئت‌مدیره را تشکیل می‌دهند و در حمایت، مشارکت و جمع‌آوری کمک‌های مالی نقش ایفا می‌کنند. ۲۰ عضو دارای رأی نماینده حوزه‌های انتخابیه، با تعداد مساوی کرسی (۱۰) نماینده حوزه‌های انتخابیه اهداکننده و حوزه‌های انتخابیه معجری هستند. یک عضو هیئت‌مدیره ریاست هر حوزه انتخابیه را بر عهده دارد و یک عضو علی‌البدل هیئت‌مدیره دارد.

- ۲۰ حوزه انتخابیه (گروه‌های اعضای رأی‌دهنده) به شرح زیر است: ۱- استرالیا، کانادا و سوئیس
- ۲- جوامع افراد مبتلابه این بیماری‌ها ۳- سازمان‌های غیردولتی (NGOs) از کشورهای

مشاهده کرد). علاوه بر این، چندین مشارکت سلامتی، با ساختارهای حاکمیتی و شیوه‌های عملیاتی خاص خود، توسط سازمان جهانی بهداشت (به‌عنوان مثال، مشارکت برای سلامت مادر، نوزاد و کودک) یا سایر سازمان‌های سیستم سازمان ملل متحد (مانند مشارکت RBM برای پایان دادن به مالاریا) که توسط دفتر خدمات پروژه سازمان ملل متحد میزبانی می‌شود (به فصل ۵ مراجعه کنید).

کشورها مانند سایر بازیگران در بسیاری از سازمان‌های بهداشتی درگیر مذاکرات و تصمیم‌گیری هستند، اما همیشه در هر یک از این سازمان‌ها موضع ملی یکسانی اتخاذ نمی‌کنند. این تا حدودی به این دلیل است که وزارتخانه‌های نمایندگی متفاوت هستند: در سازمان جهانی بهداشت عمدتاً وزارت‌های بهداشت هستند، در حالی که در سایر سازمان‌های بهداشتی عمدتاً وزارتخانه‌های توسعه (وزارت‌های خارجه از طریق آژانس‌های توسعه‌شان) هستند. در بسیاری از موارد، عدم همکاری بین مقامات مختلف ملی وجود دارد که حتی گاهی اوقات با یکدیگر رقابت می‌کنند.

۶.۳ دیپلماسی سلامت در سازمان ملل متحد

در آغاز هزاره، مشخص شد که مقابله با مشکلات سلامت جهانی مستلزم سطح بالایی از تعهد سیاسی و تمرکز منابع است؛ بنابراین توجه بیشتری به نهادهای تصمیم‌گیری سازمان ملل در نیویورک معطوف شده است.

در اصل، سلامت می‌تواند در دستور کار چهار مجمع سازمان ملل قرار گیرد، یعنی:

۱. مجمع عمومی، تحت منشور سازمان ملل متحد ممکن است در مورد هر موضوعی که در محدوده سازمان ملل باشد، از جمله سلامت جهانی، توصیه‌هایی ارائه کند.

۲. شورای امنیت که همان‌طور که از نامش پیداست، ناظر بر صلح و امنیت است، به‌ندرت مسائل سلامت را در دستور کار خود قرار می‌دهد: این اتفاق تاکنون تنها در مورد ایدز و ابولا رخ داده است که به ترتیب در سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۴ تهدیدی برای ثبات بین‌المللی اعلام شد. علاوه بر این، در سال ۲۰۱۳ شورای امنیت بیانیه در مورد واکسیناسیون فلج اطفال در سودان صادر کرد.

۳. شورای حقوق بشر و شورای اقتصادی و اجتماعی به همراه سایر نهادها در آماده‌سازی مذاکرات مجمع عمومی مشارکت دارند. شورای اقتصادی و اجتماعی بستر مرکزی برای پرورش بحث و تفکر نوآورانه در سه بعد توسعه پایدار اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی است. این دو نهاد همچنین مکانیسم‌های ویژه‌ای را در رابطه با سلامت به کار می‌گیرند، مانند ایجاد گروه‌های ویژه بین‌سازمانی سازمان ملل به‌عنوان مثال در مورد بیماری‌های غیر واگیر تحت نظارت شورای اقتصادی و اجتماعی، یا انتصاب یک سخنگو ویژه در مورد حق سلامت زیر نظر شورای حقوق بشر.

علاقه سازمان ملل به سلامت با اعلامیه اسلو در سال ۲۰۰۷ تقویت شد که در آن وزرای خارجه هفت کشور، سلامت جهانی را به‌عنوان موضوع مهم سیاست خارجی دوران

مدرن شناسایی کردند. از سال ۲۰۰۸، مجمع عمومی هر سال موضوعات بین سیاست خارجی و سلامت را مورد بحث قرار می‌دهد و توجه را به زمینه وسیع‌تر موضوعات در دستور کار سازمان بهداشت جهانی جلب می‌کند (به کادر ۱۲ مراجعه کنید).

مذاکرات و تصویب دستور کار ۲۰۳۰ برای هدف ۱۷ اهداف توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵ شرایط مساعدتری را برای توجه بیشتر به مسائل سلامت جهانی ایجاد کرد. سازمان ملل تشخیص داد که در دنیایی به هم پیوسته، بیماری‌های عفونی می‌توانند در عرض چند روز در سراسر قاره‌ها پخش شوند. عوامل سبک زندگی که توسط رسانه‌ها و تبلیغات منتشر می‌شود می‌تواند در عرض چند ماه بر جمعیت جهانی تأثیر بگذارد (مانند سیگار کشیدن، الکل و مصرف مواد غذایی ناسالم) و دانش را می‌توان فوراً به اشتراک گذاشت؛ بنابراین عوامل تعیین‌کننده سلامت در هر یک از اهداف توسعه پایدار گنجانده شد؛ و دیپلمات‌های سلامت نیز در حصول اطمینان از اینکه این موارد به‌عنوان بخشی از برنامه‌های توسعه پایدار جامع کشورها مورد توجه قرار می‌گیرند، درگیر شده‌اند. سازوکار جدیدی که در سال ۲۰۱۹ راه‌اندازی شد برنامه اقدام جهانی برای زندگی سالم و رفاه برای همه بود که ۱۲ سازمان بین‌المللی باهدف ارائه حمایت مؤثرتر از کشورها برای تلاش آن‌ها برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت گرد هم می‌آورد.



این تحولات تعداد زیادی از جلسات سطح بالای مجمع عمومی را در مورد موضوعات خاص سلامت ممکن ساخته است. اعلامیه‌های سیاسی اتخاذشده توسط این جلسات (مانند موارد مربوط به بیماری‌های غیر واگیر، سل، مقاومت ضد میکروبی و پوشش همگانی سلامت) متعاقباً توسط مجمع عمومی تأیید شد که راهنمایی‌های راهبردی برای همکاری‌های بین‌المللی در زمینه‌های مورد بحث ارائه کرده است. معاهدات جهانی با تأثیر بر سلامت که تحت نظارت نهادها و آژانس‌های مختلف سازمان ملل متحد مذاکره می‌شود مرکز توجه^۱ دیگری برای مسائل بهداشتی و درمانی در سازمان ملل است. نمونه‌های برجسته عبارت‌اند از: کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه (تحت نظارت UNEP)، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت (تحت نظارت شورای حقوق بشر) و کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در مورد تغییرات اقلیمی.

وقتی پاندمی کووید-۱۹ شروع شد، سازمان ملل غرق درگیری‌های مختلف بود. مجمع عمومی تنها توانست بر سر یک قطعنامه نمادین در مورد همبستگی به توافق برسد. جالب

1 - centre of attraction

اینجاست که شورای امنیت پیامدهای این بیماری همه‌گیر را در دستور کار خود قرار نداد، اگرچه این همان کاری بود که در طول اپیدمی محدودتر ابولا انجام داده بود. شورا نتوانسته است از قطعنامه‌ای که درخواست دبیر کل را برای آتش‌بس مرتبط با بیماری همه‌گیر در مناطق جنگی از جمله جمهوری عربی سوریه، یمن، لیبی و افغانستان اجرای می‌کرد، حمایت کند زیرا بین ایالات متحده و چین در مورد اینکه در متن قطعنامه اشاره‌ای به سازمان بهداشت جهانی وجود داشته باشد یا نه، اختلاف بود. در شش ماه اول واکنش به کووید-۱۹، تعهدات سیاسی برای مهار این بیماری همه‌گیر در سازمان بهداشت جهانی، گروه بیست و در سطح منطقه انجام شد.

کادر ۱۲: مذاکرات مرتبط با سلامت در سازمان ملل چه ویژگی‌هایی دارد؟

مذاکرات در سازمان ملل (UN) در مورد سلامت از دریچه سیاست جهانی نگریسته می‌شود. استدلال‌ها و شواهد سلامت عمومی تأثیر غیرمستقیم (گاهی فرعی) دارند، در حالی که آرمان‌های ژئوپلیتیکی، ملاحظات قدرت و منافع تأثیر قوی‌تری دارند. سه جنبه برای تنظیم و بحث درباره دستور کار مرتبط با سلامت وجود دارد: ۱- اقتصاد جهانی، محیط امنیتی و عرصه‌های بشردوستانه ۲- حقوق بشر ۳- عدالت اجتماعی.

پیچیدگی چالش‌های سلامت جهانی و زمینه‌های سیاست اقتصادی و توسعه‌ای آن‌ها، مستلزم آمادگی بیشتر و سازمان‌یافته‌تر دیپلمات‌های درگیر در مذاکرات است. دیگر برای دیپلمات‌ها داشتن تجربه سیاست خارجی کافی نیست: برای موفقیت آن‌ها در میز مذاکره، حمایت پیشینه مبتنی بر همکاری بین کارشناسان بخش‌های مختلف در کشورهای خود ضروری است.

اگرچه دیپلمات‌های حرفه‌ای نقش کلیدی در مذاکرات سلامت سازمان ملل ایفا می‌کنند، اما به‌طور ویژه‌ای به متخصصان، به‌ویژه کارشناسان سلامت مستقر در ژنو، تکیه می‌کنند. پیوند بین ژنو و نیویورک در حال قوی‌تر شدن است، زیرا کنفرانس‌های سلامت سطح بالا در مقر سازمان ملل اغلب در سازمان جهانی بهداشت همراه با نمایندگان کشورهای عضو آماده می‌شوند. در همان زمان، تقاضای زیادی برای مستقر شدن دیپلمات‌های سلامت در نیویورک وجود داشته است. اطمینان از اینکه دیپلمات‌ها دانش تخصصی دارند یا می‌توانند از دانش تخصصی استفاده کنند، برای کشورهای جنوب جهانی مقرون‌به‌صرفه‌تر است، اما مهم است که منافع این کشورها در طول مذاکرات سلامت به‌وضوح بیان شود. اقدام هماهنگ و ادغام تخصص توسط سازمان‌های منطقه‌ای مانند اتحادیه آفریقا یا جامعه کارائیب می‌تواند در این زمینه کمک کند. نفوذ بازیگران غیردولتی که مقادیر زیادی از منابع، به‌ویژه منابع مالی را در اختیار دارند، در سازمان ملل در حال افزایش است. آن‌ها می‌توانند بر دولت‌هایی که مقاومت در برابر آن‌ها دشوار است و ممکن است در تضاد با منافع عمومی باشد، فشار سیاسی وارد کنند. یک مثال بارز بیماری‌های غیر واگیر است که در آن قدرت بازار شرکت‌های بزرگ می‌تواند با اهداف سلامت عمومی دولت‌ها مقابله کند. در واقع، به نظر می‌رسد برخی از کشورها در تلاش برای

تنظیم تجارت بزرگ (داروسازی، غذا و نوشیدنی، تنباکو و الکل و غیره) نسبت به گذشته کمتر سختگیر هستند. این می تواند تأثیر قابل توجهی بر تلاش ها برای یافتن راه حل های سیاسی برای بهبود سلامت جهانی داشته باشد. از سوی دیگر، در سازمان ملل فضا برای نظرات و مواضع سازمان های غیردولتی بین المللی، بنیادهای بشردوستانه، مؤسسات دانشگاهی، گروه های حمایت طلبی، گروه های مذهبی و سازمان های بشردوستانه فراهم می شود.

این خطر وجود دارد که سیستم چندجانبه مبتنی بر قواعد که بر روابط سیاسی و تجاری جهانی حاکم است، از چندپارگی بیشتری رنج ببرد، زیرا کشورهای نوظهور با اعتماد به نفس بیشتری ارزش ها و قوانین خود را مطرح می کنند. پاندمی کووید-۱۹ نشان داده است که افزایش احساسات ناسیونالیستی در سراسر جهان تهدید دیگری برای سیستم چندجانبه به شمار می رود و با وجود نهادهای چندجانبه و مفهوم حکمرانی جهانی همخوانی ندارد.

۶.۴ نقش مرکزی دولت‌ها در دیپلماسی سلامت

دولت‌ها همچنان بازیگران مهم سازمان‌های بین‌المللی سلامت قدیمی و جدید هستند. در واقع، در بسیاری از موارد به ابتکار دولت‌ها بود که سازمان‌های جدیدی برای رسیدگی به چالش‌های مشترک ایجاد شدند. در سیاست خارجی خود، دولت‌ها باید بین اهداف مختلف مانند خدمت به منافع ملی، ارائه کمک‌های توسعه و حمایت از اقدامات جمعی تعادل برقرار کنند. مواضع آن‌ها منعکس‌کننده واقعیت‌های ژئوپلیتیکی است. تغییرات قابل توجهی در موازنه قدرت بین دولت‌ها در طول قرن بیستم رخ داد. دهه‌های اول پس از جنگ جهانی دوم با درگیری بین اتحاد جماهیر شوروی سابق و ایالات متحده تعریف شد که اغلب از آن به‌عنوان جنگ سرد یاد می‌شود. از دهه ۱۹۶۰ به بعد، کشورهای جهان در حال توسعه نقش برجسته‌تری ایفا کردند و عضویت در نهادهای مختلف سازمان ملل به‌طور قابل توجهی افزایش یافت. با این حال، قدرتمندترین کشورها، به‌طور کلی تا به امروز نفوذ نامتناسب خود را در تصمیم‌گیری در نهادهای جهانی حفظ کرده‌اند. برخی از سازمان‌های بهداشتی جدیدتر سعی کرده‌اند با دادن تعداد آرای مساوی به کشورهای اهداکننده و دریافت‌کننده، به این موضوع رسیدگی کنند.

تضاد قدرت ژئوپلیتیک کنونی بین چین و ایالات متحده در مذاکرات سازمان ملل و بسیاری از نهادهای چندجانبه و باشگاه‌های سیاسی دیگر منعکس شده است. اتحادیه‌های جدید، به‌ویژه بین "قدرت‌های میانی"^{۱۱} امکان‌پذیر شده است. کشورهای جنوب جهانی اکنون نفوذ بیشتری بر سیاست جهانی سلامت به‌عنوان مثال، در انتخاب اولین مدیرکل آفریقایی سازمان جهانی بهداشت (دکتر تدرس) در سال ۲۰۱۷، دارند. این تأثیر فزاینده آفریقا در مسائل سلامت جهان از یک سو به بیشترین تأثیری که موضوعات سلامت در آفریقا دارند و از سوی دیگر تأثیر تجمیع آرای همسوی کشورهای آفریقا در سناریوهای

رأی گیری، بستگی دارد مرتبط است. به طور مشابه، نهادهای منطقه‌ای مانند اتحادیه اروپا، در حال افزایش هستند. بحران کووید-۱۹ نشان داده است که حوزه سلامت جهانی چقدر سیاسی است. همچنین بر نقش حیاتی دیپلماسی سلامت در حصول اطمینان از اینکه می توان اقدام جمعی انجام داد، تأکید کرد.

تجربه نشان می دهد که دولت ها به تأسیس و توسعه سازمان های بین المللی ادامه خواهند داد تا به اهدافی دست یابند که به تنهایی نمی توانند به آن دست یابند و یا فکر می کنند که یک سازمان موجود به وظایف خود عمل نمی کند یا از نقشی که در آن دارند، راضی نیستند. با این حال، دستورات بسیار متفاوت و مبانی مشروعیت (درک شده) سازمان های بین المللی موجود و فرهنگ های سازمانی متفاوت آنها اغلب توسط بازیگران سیاسی کاملاً درک نمی شوند. این می تواند پیامدهای مهمی برای قضاوت در مورد اثربخشی آنها داشته باشد.

سازمان های جدید ممکن است به این دلیل ایجاد شوند که کشورها و سایر بازیگران سازمان های موجود، مشروعیت خود را از دست داده اند یا به این دلیل که می خواهند یک مکانیسم بودجه جدید و امیدوارکننده تر را امتحان کنند. سازمان هایی ایجاد می شوند تا به اهداکنندگان در مورد نحوه خرج کردن پولی که اهدا می کنند، نظر بیشتری بدهند. گاهی اوقات، نهادها و مکانیسم های موازی توسط کشورهایی ایجاد می شوند که نمی توانند نفوذ کافی را در سازمان های چندجانبه موجود تضمین کنند پدیده ای که از آن به عنوان چندجانبه گرایی موازی یا رقابتی یاد می شود. طرح کمربند- راه ابریشم که توسط چین راه اندازی شد نمونه ای از این چندجانبه گرایی است.

یکی از ویژگی های بارز دیپلماسی قرن بیست و یکم، گسترش دیپلماسی باشگاهی و دیپلماسی شبکه ای است که نشان دهنده نحوه حرکت سیاست بین الملل به سمت

چندقطبی است. نفوذ صرفاً از طریق کانال‌هایی که به‌طور سنتی با کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مرتبط است اعمال نمی‌شود. کشورهای بریکس به‌ویژه با پیشگامی در برخی مسائل و با عمل به‌عنوان واسطه گران قدرت منطقه‌ای نقش مهم‌تری در امور جهانی ایفا می‌کنند. به‌عنوان مثال، چین در حال حاضر دومین اقتصاد بزرگ جهان و دومین کمک‌کننده بزرگ به بودجه سازمان ملل است. در زمینه سلامت جهانی، چین هم به یک اهداکننده اصلی و هم سرمایه‌گذار بزرگ تبدیل شده است. به‌طور مشابه، هند در حال حاضر در خط مقدم بحث در مورد سلامت دیجیتال قرار دارد.

کشورهای بریکس در حالی که به دنبال تبدیل شدن به رهبران منطقه‌ای هستند، همراه با برخی دیگر از کشورهای آسیایی و آفریقایی، در حال ایجاد اتحادهای گسترده و تقویت همکاری‌های منطقه‌ای خود هستند (به کادر ۱۳ مراجعه کنید). به‌عنوان مثال، اندونزی در حال حاضر همکاری بین کشورهای هند و اقیانوس آرام را ترویج می‌کند که این پتانسیل را دارد که توسط سیاست‌گذاران کلیدی برای جلب توجه به فوریت اقدام جمعی در مورد مسائل سلامت فراملی استفاده شود. تغییر در روابط قدرت، فضاهای جدیدی را برای تعامل سیاسی بین‌المللی، به‌ویژه برای دیپلماسی سلامت، باز کرده است. در سال‌های آینده این احتمال وجود دارد که بسیاری از انواع جدید اتحاد ظهور کنند.

۶.۵ نقش بازیگران غیردولتی در دیپلماسی سلامت

فضای دیپلماسی سلامت دارای طیف گسترده‌ای از بازیگران غیردولتی است که عمدتاً از طریق دیپلماسی شبکه‌ای در تعامل هستند. حضور بازیگران غیردولتی سازمان جهانی بهداشت (در مرحله تدوین) منعکس‌کننده تنوع این بازیگران و منافع آن‌ها از جمله اتحادهای جهانی سلامت، ابتکارات، مشارکت‌های دولتی و خصوصی و بنیادها است. بسیاری از آن‌ها به دنبال ترکیب دستور کار جهانی با اقدامات عملی هستند.

با توجه به تنوع و بازیگران مختلف در دیپلماسی سلامت، تجزیه و تحلیل عمیق ذینفعان باید قبل از انجام هرگونه مذاکره انجام شود. این شامل تلاش برای درک نه تنها منافع ذینفعان مختلف، بلکه همچنین نحوه عملکرد آن‌ها (به عنوان مثال، راهبردهای رسانه‌های اجتماعی آن‌ها) است.

فعالیت‌های سازمان‌های مدنی برای موفقیت مذاکرات سلامت جهانی بسیار مهم است. به عنوان مثال می‌توان به مذاکراتی اشاره کرد که منجر به تصویب کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات (FCTC) در سال ۲۰۰۳ و مقررات بین‌المللی بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر در سال ۱۹۸۱، یا مذاکرات متعدد در مورد دسترسی به داروها و عوامل تجاری تعیین‌کننده سلامتی شد. (همان‌طور که در بخش ۱.۳ ذکر شد) در حال حاضر استفاده از سازمان‌های غیردولتی در فرآیند دیپلماسی سلامت یک روش استاندارد است. دیپلمات‌های سازمان‌های غیردولتی نماینده منافع عموم مردم هستند و خواستار شفافیت به ویژه در مورد تلاش‌های بخش خصوصی برای اعمال نفوذ ناروا هستند. مطالعه مذاکرات کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات نشان داد که سازمان‌های غیردولتی پنج نقش کلیدی را در طول این فرآیند ایفا کردند: نظارت، لابی، واسطه‌گری دانش، ارائه تخصص فنی و تقویت مشارکت (لنکوچا، کوتاری و لایونته، ۲۰۱۱).

بنیادهای بشردوستانه سطح قابل توجهی از نفوذ را در دستور کار جهانی سلامت به دست آورده‌اند. بسیاری از بنیادها در زمینه سلامت جهانی فعال هستند که تأثیرگذارترین آن‌ها بنیاد بیل و ملیندا گیتس (BMGF) است. از زمان ایجاد آن در سال ۲۰۰۰، منابع قابل توجهی را به سلامت جهانی اختصاص داده و به راه‌اندازی بسیاری از سازمان‌ها، اتحادها و برنامه‌های سلامتی جدید کمک کرده است. بنیاد بیل و ملیندا گیتس به دنبال حمایت از راه‌حل‌های نوآورانه، جاه‌طلبانه و مقیاس‌پذیر برای مشکلات سلامت است که تأثیر عمده‌ای در کشورهای در حال توسعه دارد. علاوه بر این، در میان بازیگران

غیردولتی که داوطلبانه در تأمین مالی سلامت جهانی مشارکت می‌کنند، کمک‌کننده اصلی است. درحالی‌که بنیاد بیل و ملیندا گیتس هیچ قدرت تصمیم‌گیری رسمی در سازمان جهانی بهداشت ندارد، تصمیمات آن برای تأمین مالی برنامه‌های عمده، مانند برنامه‌های ریشه‌کنی فلج اطفال یا نوآوری‌های مدیریتی، تأثیر قابل‌توجهی بر کار سازمان دارد. تعاملات فشرده بنیاد بیل و ملیندا گیتس با کشورهای اهداکننده و دریافت‌کننده و همچنین با رهبری سازمان جهانی بهداشت، به‌وضوح به این بنیاد نفوذ قابل‌توجهی در زمینه دیپلماسی سلامت می‌دهد برخی از مواردی که توسط بسیاری از بازیگران جامعه مدنی به‌شدت موردانتقاد قرار گرفته است.

نقش بخش خصوصی در دیپلماسی سلامت در سال‌های اخیر به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافته است. در این راستا توجه زیادی به شرکت‌های داروسازی و نقش آن‌ها در تعیین دسترسی به داروها و همچنین شرکت‌های بزرگ چندملیتی که در افزایش سرسام‌آور شیوع بیماری‌های غیر واگیر نقش داشته‌اند، شده است. به‌وضوح پاسخگویی باید در این زمینه‌ها تقویت شود. باین‌حال، در همان زمان، بسیاری از شرکت‌های خصوصی در پیشبرد اهداف سلامت جهانی مشارکت می‌کنند، یکی از نمونه‌های آن اتحاد صنعت ARM است که در سال ۲۰۱۷ برای کمک به مبارزه با مقاومت ضد میکروبی راه‌اندازی شد. در بسیاری از کشورهای فراتر از اقتصادهای OECD، به‌ویژه هند، بخش بهداشت و درمان خصوصی نقش مهمی ایفا می‌کند. طیف گسترده‌ای از شرکت‌های جدید پدید آمده است، همان‌طور که ابتکارات خود شرکت‌ها در رابطه با کارمندانشان ظاهر شده‌اند. مجمع جهانی اقتصاد دولت‌ها و شرکت‌های بزرگ را برای ترویج رویکردهای نوآورانه و ایجاد اتحادهای جدید گرد هم می‌آورد. چالش‌های جدید با اهمیت روزافزون فناوری اطلاعات برای توسعه سلامت جهانی به وجود آمده است. سازمان جهانی بهداشت با شرکت‌ها و پلتفرم‌های فناوری بزرگ ارتباط برقرار

کرده است و از کمک آن‌ها هم برای مقابله با بیماری‌های اطلاعاتی مرتبط با کووید-۱۹ و هم در ترویج نوآوری سلامت دیجیتال کمک گرفت. (به بخش ۲.۵ مراجعه کنید)

دیپلماسی چندجانبه در عمل

مایکروسافت یک دفتر نمایندگی در سازمان ملل متحد (UN) در نیویورک افتتاح کرده است. وظیفه آن افزایش حمایت از مأموریت و کار سازمان ملل است. این موضوع شامل ترویج اقدامات جهانی چندجانبه در مورد مسائل کلیدی فناوری، زیست‌محیطی، بشردوستانه، توسعه و امنیتی و کمک به دستیابی به اهداف توسعه پایدار است. مایکروسافت پروژه‌های متعددی را با تمرکز بر هدف ۴ (آموزش با کیفیت)، هدف ۸ (کار مناسب و رشد اقتصادی)، هدف ۱۳ (اقدامات اقلیمی) و هدف ۱۶ (صلح، عدالت و نهادهای قوی) آغاز کرده است.

دفتر نمایندگی جدید بر توسعه همکاری‌های مایکروسافت با سازمان ملل متحد و سازمان‌های مرتبط با سازمان ملل، ایجاد روابط با نمایندگان سازمان ملل، شناسایی فرصت‌های جدید برای مشارکت، ایجاد ارتباطات قوی‌تر بین تیم‌های مایکروسافت و سازمان ملل، لابی کردن برای اولویت‌های سازمان ملل در داخل مایکروسافت و در سراسر شرکت برای حمایت از تیم‌های مایکروسافت در همکاری با جامعه سازمان ملل تمرکز می‌کند.

اقتباس از:

Microsoft (2020). Microsoft appoints senior government affairs leaders in Brussels and New York, establishes New York office to work with the United Nations. In: Microsoft/EU Policy Blog [website] (<https://blogs.microsoft.com/eupolicy/2020/01/17/senior-gov-affairs-leaders-appointed-brussels-new-york/>, accessed 12 October 2020).

۶.۶ حفظ تعادل

سازمان‌های جامعه مدنی، نگرانی‌های خود را در مورد امکان دیپلماسی چندجانبه مبتنی بر اهداف توسعه ابراز کرده‌اند که به بخش خصوصی نفوذ بیش‌ازحد بر فرآیندهای مذاکره در موردحفاظت از کالاهای عمومی می‌دهد. از بخش خصوصی مانند سازمان‌های جامعه مدنی دعوت می‌شود تا نظرات خود را در جریان مشاوره‌های منطقه‌ای یا جهانی در مورد یک موضوع خاص (اما نه در طی فرآیند مذاکره که فقط کشورهای عضو می‌توانند در آن شرکت کنند) ارائه دهد. در فرآیند آماده‌سازی برخی از جلسات سطح بالا با ذینفعان در مورد بیماری‌های غیر واگیر در سال ۲۰۱۱، سازمان جهانی بهداشت از نهادهای بخش خصوصی مربوطه دعوت به جلسه استماع ذینفعان و مشاوره مبتنی بر وب کرد تا بتوانند نظرات خود را با سازمان به اشتراک بگذارند. این دیدگاه‌ها به‌عنوان ورودی برای آماده‌سازی مذاکرات کشورهای عضو عمل کردند.

سازمان‌های جامعه مدنی همچنان نگران‌اند که اگر بخش خصوصی به پلتفرم معتبر دیپلماسی چندجانبه دسترسی پیدا کند، قدرت لابی‌گری آن‌ها که مدت‌هاست خود را در دیپلماسی اقتصادی و تجاری احساس کرده است، بیشتر خواهد شد و منجر به کمتر شدن توجه به توسعه، برابری و نگرانی‌های حقوق بشر خواهد شد و همچنین به چالش کشیدن شرکت‌ها در زمینه سوابق بهداشتی و درمانی، زیست‌محیطی و حقوق بشر دشوارتر می‌شود.

در این رابطه، توجه به این نکته مهم است که سیستم سازمان ملل متحد نه تنها بر اساس مشروعیت خود پیشرفت می‌کند، بلکه خود می‌تواند درجه بالایی از مشروعیت را به بازیگران مختلف درگیر در کارش اعطا کند. ممکن است در حال حاضر تمایل شدیدی در میان نهادهای بخش خصوصی مشاهده شود که به دنبال انعقاد یادداشت تفاهم با

سازمان‌های سیستم سازمان ملل باشند. این امر در مورد نهادهای متنوعی مانند فدراسیون بین‌المللی فوتبال (فیفا)، مجمع جهانی اقتصاد و شرکت‌های جدید «فناوری بزرگ»^۱ صدق می‌کند در ارتباط با افزایش تعداد شرکت‌های دولتی و خصوصی، این تمایل به این معنی است که دیپلماسی چندجانبه با چالش حفظ تعادل ظریف مواجه است تا اعتماد به سیستم چندجانبه تضعیف نشود. این همچنین یک نگرانی مداوم است که برخی از سازمان‌های جامعه مدنی ممکن است پیوندهای تجاری نامعلومی داشته باشند. چارچوب سازمان جهانی، FENSA و اقدامات شفاف برای رفع چنین نگرانی‌هایی است، اما همچنان هوشیاری مداوم لازم است. سازمان‌های دیگر بدون داشتن چنین سیستم قوی آسیب‌پذیرتر هستند.

برای مدیریت این پیچیدگی، باید رابط بین دیپلماسی و علم را جستجو کرد، مذاکرات چند سطحی، چندعاملی و چند بازیگری را انجام داد و روابط قدرت موجود را در نظر گرفت. پایگاه ارزشی سلامت جهانی (برابری و حقوق بشر) بارها توسط برخی از کشورها به چالش کشیده شده و توسط بازیگران جامعه مدنی دفاع شده است. اگرچه در اصل حوزه سلامت طیف وسیعی از فرصت‌ها را برای دیپلمات‌ها فراهم می‌کند تا هم منافع ملی را پیش ببرند و هم نهادهای چندجانبه را تقویت کنند.

فصل هفتم:

نقش سازمان های منطقه ای

۷.۱ پیوند بین نهادهای منطقه ای، دیپلماسی و سلامت جهانی

دیپلماسی منطقه ای یک عامل مهم در دیپلماسی چند سطحی سلامت جهانی است. دیپلماسی منطقه ای علاوه بر تکمیل فرآیندهای در حال وقوع در سطح جهانی، کمک های ملی به سلامت جهانی را تقویت می کند. با این حال، نقش آن در سلامت جهانی به اندازه کافی تجزیه و تحلیل نشده است.

سازمان ها و دفاتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت یک بستر کلیدی برای دیپلماسی سلامت منطقه ای فراهم می کنند که اغلب توسط سازمان های مدنی منطقه ای و شبکه های حرفه ای که در ترویج همکاری های بین المللی در زمینه سلامت مشارکت دارند، حمایت می شوند. در همین حال، سازمان ها و فرآیندهای یکپارچگی منطقه ای در سال های اخیر اهمیت بیشتری پیدا کرده اند.

اگرچه فرآیندهای ادغام منطقه ای عمدتاً اهداف تجاری، اقتصادی و امنیتی را دنبال می کنند، اما اهداف سلامت به دلیل وابستگی آن با هر یک از این حوزه ها، نیز به چشم می خورند؛ بنابراین، تجارت هم می تواند سلامت را بهبود بخشد و هم آن را تضعیف کند، در حالی که سطح پایین سلامت افراد جامعه مانع از دستاوردهای اقتصادی می شود؛ گسترش فرامرزی بیماری های عفونی، امنیت را تهدید می کند. علاوه بر این، حقوق بشر و عدالت اجتماعی دو عنصر مهم رابط بین سلامت و سیاست خارجی به عنوان موضوعاتی فرابخشی در اغلب فرآیندهای یکپارچگی منطقه ای تلقی می شوند؛ بنابراین، سلامت و رفاه به طور اجتناب ناپذیری در دستور کار یکپارچگی منطقه ای قرار دارند. در واقع، سطح

سلامت در میان جمعیت یک منطقه ممکن است به عنوان معیاری از مزایای اجتماعی یکپارچگی استفاده شود.

یکی دیگر از جنبه‌های دیپلماسی منطقه‌ای، تجمیع دانش و ظرفیت‌ها برای مقابله با چالش‌های مشترک، از جمله چالش‌های مرتبط با سلامت است. در بسیاری از موارد به‌ویژه در مواردی که به مسائل خاص منطقه مربوط می‌شود مذاکرات اولیه، در سطح منطقه‌ای انجام می‌شود و این مذاکرات ممکن است مذاکرات جهانی را به راه بیندازند و آن‌ها را لحاظ فنی حمایت می‌کنند.

سلامت اغلب به عنوان حوزه‌ای برای اعمال قدرت نرم در نظر گرفته می‌شود که در آن سازمان‌های منطقه‌ای قادر به تقویت روابط، همکاری و اعتماد بین کشورهای عضو و ارتقای ثبات منطقه‌ای هستند. از آنجایی که سلامت اکنون در حکمرانی جهانی بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، دیپلماسی سلامت اغلب به سازمان‌های منطقه‌ای و اعضای آن‌ها، به‌ویژه کشورهای کوچک‌تر کمک می‌کند تا در صحنه جهانی دیده شوند. علاوه بر این، آن‌ها می‌توانند از تخصص مشترک خود در هنگام انجام مذاکرات در مورد مسائل سلامتی در مجامع جهانی استفاده کنند.

۷.۲ مروری بر یکپارچگی منطقه‌ای

فرآیندهای ادغام و یکپارچگی منطقه‌ای بر حسب اشکال خاصی که در سطح یکپارچگی ایجاد شده و یا به دنبال ایجاد آن هستند، با هم متفاوت‌اند. این یکپارچگی شامل طیفی از مناطق آزاد تجاری به عنوان اساسی‌ترین شکل یکپارچگی تا اتحادیه‌های گمرکی، بازارهای مشترک و اتحادیه‌های سیاسی و اقتصادی می‌شوند. سازمان‌های منطقه‌ای عمدتاً بر اساس تصمیم‌گیری بین‌دولتی عمل می‌کنند که در برخی موارد توسط نهادهای فراملی

پشتیبانی می شوند. چندین سازمان حتی پارلمان، مجامع پارلمانی یا اتحادیه های مربوطه خود را همراه با اختیارات قانونی مشخص دارند.

از نظر اقتصادی، اتحادیه اروپا (EU) بزرگ ترین بلوک منطقه ای است که پیشرفته ترین شکل ادغام منطقه ای را نشان می دهد. علاوه بر این، بازار اتحادیه اروپا به منطقه اتحادیه تجارت آزاد اروپا (EFTA) که یک بلوک کوچک تر شامل چهار کشور (ایسلند، لیختن اشتاین، نروژ و سوئیس) است گسترش پیدا کرده است. اتحادیه اقتصادی اوراسیا (EAEU) با بخش هایی از اروپای شرقی و آسیای مرکزی، جدیدترین سازمان اقتصادی منطقه ای جهان است. سه سازمان منطقه ای^۱ دیگر نیز بخش هایی از اروپا و آسیا را در برمی گیرند.

چندین سازمان منطقه ای در آسیا و اقیانوسیه^۲ وجود دارد. علاوه بر این، یک سازمان در بخش هایی از آسیا و آفریقا قرار دارد و یک مجمع بین دولتی اقتصادهای حاشیه اقیانوس آرام را به هم پیوند می دهد^۳. معماری ادغام در آفریقا و قاره آمریکا پیچیده تر است، جایی که در برخی موارد دارای لایه های متعدد (زیر منطقه ای، بین منطقه ای، قاره ای) و همپوشانی در عضویت است. به علاوه، برخی از سازمان ها شامل زیرگروه های کوچک تری هستند که درجه یکپارچگی بالاتری دارند (به عنوان مثال، اتحادیه های گمرکی و/یا پولی).

در آفریقا، هشت سازمان منطقه ای^۴ وجود دارد که زیر منطقه های مختلف را پوشش

1 - Organization of the Black Sea Economic Cooperation (BSEC), Shanghai Cooperation Organization (SCO), Economic Cooperation Organization (ECO).

2 - South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC), Association of Southeast Asian Nations (ASEAN), Gulf Cooperation Council (GCC), Pacific Islands Forum (PIF), Pacific Community.

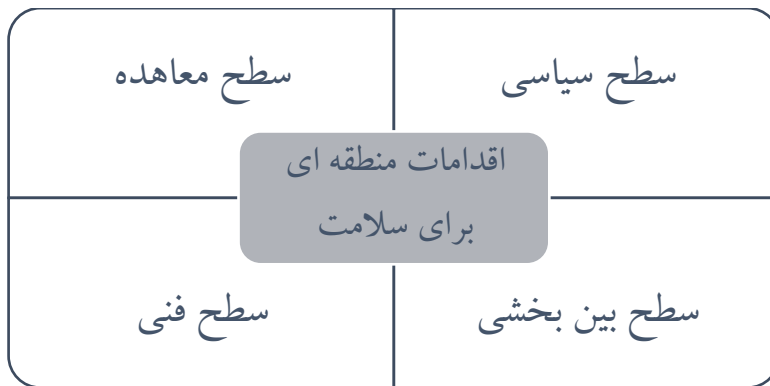
3 - The League of Arab States (LAS) and the Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC),

4 - Arab Maghreb Union (AMU), Common Market for Eastern and Southern Africa (COMESA), Community of Sahel-Saharan States (CEN-SAD), East African Community

می‌دهند: این جوامع اقتصادی منطقه‌ای، ستون‌های جامعه اقتصادی آفریقا هستند که توسط اتحادیه آفریقا (AU) در حال ایجاد است. در قاره آمریکا، شش سازمان^۱ وجود دارد که زیر منطقه‌های مختلف را پوشش می‌دهند. این معماری یکپارچه‌سازی اخیراً توسط سازمان‌هایی با پوشش منطقه‌ای گسترده‌تر تکمیل شد: اتحادیه ملل آمریکای جنوبی (UNASUR) و جامعه کشورهای آمریکای لاتین و کارائیب (CELAC).

۷.۳ یکپارچه‌سازی منطقه‌ای و سلامت

ادغام برنامه‌های سلامت در کار سازمان‌های منطقه‌ای به‌طور کلی در چهار سطح مختلف صورت می‌گیرد که در زیر نشان داده شده است:



در سطح معاهده: معاهدات پایه‌ای (اساسی) اکثر سازمان‌های منطقه‌ای به‌طور غیرمستقیم و از طریق اهداف کلان (به‌عنوان مثال، توسعه اجتماعی و انسانی، بازار داخلی، حقوق بشر و نیرو کار، حرکت آزاد کالاها و خدمات، مقررات فنی) و سیاست‌های بخشی

(EAC), Economic Community of Central African States (ECCAS), Economic Community of West African States (ECOWAS), Intergovernmental Authority on Development (IGAD), Southern African Development Community (SADC).

1 – Amazon Cooperation Treaty Organization (ACTO), Andean Community (CAN), Caribbean Community (CARICOM), Central American Integration System (SICA), Pacific Alliance, Southern Common Market (MERCOSUR).

(به عنوان مثال، در مورد ایمنی مواد غذایی، حمایت از مصرف کننده، کشاورزی، محصولات پزشکی، مهاجرت و محیط زیست) به سلامت در ارتباط هستند.

باین حال، در برخی موارد، سلامت به صراحت در معاهدات اولیه (یا تکمیلی) سازمان های منطقه ای، معمولاً با تأکید بر حوزه ها یا جنبه های خاص مانند: سلامت عمومی و سلامت در سایر سیاست ها (EU)، اقدام در مورد بیماری های قابل پیشگیری و ارتقای سلامت (AU)، دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی (UNASUR)، سیستم های سلامت و هماهنگی سیاست ها (EAC)، اقدامات بهداشتی و دامپزشکی (EAEU)، سلامت به عنوان پیش نیاز توسعه (SADC) و سلامت به عنوان عنصر ضروری یکپارچگی اجتماعی (SICA) اشاره می شود.

در سطح سیاسی: بیانیه های سطح بالا، راهبردها و برنامه های عملیاتی در مورد سلامت در اجلاس سران و توسط بالاترین ارگان های تصمیم گیری چندین سازمان منطقه ای به تصویب رسیده است. نمونه هایی از چنین اسنادی عبارت اند از راهبرد سلامت آفریقا ۲۰۱۶-۲۰۳۰ (AU)، برنامه توسعه سلامت آسه آن و برنامه راهبردی سلامت ۲۰۱۵ (جامعه آندین)^۱. در اتحادیه اروپا برخی از اقدامات هنجاری (دستور العمل ها و مقررات) از وضعیت حقوقی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار هستند.

چندین سازمان منطقه ای جلسات منظم وزرای بهداشت کشورهای عضو خود از جمله جامعه آندین، مرکوسور و سارک^۲ را آغاز کرده اند. برخی دیگر شوراها، کمیته ها یا مجامعی را به عنوان نهادهای سیاسی با مسئولیت بخش سلامت، از جمله سازمان بهداشت غرب آفریقا (ECOWAS)، سیستم یکپارچه سازی آمریکای مرکزی (SICA) و موسسه حکمرانی در سلامت آمریکای جنوبی (UNASUR) ایجاد کرده اند. در اتحادیه اروپا،

1 - Andean Community

2 - MERCOSUR and SAARC

وزرای بهداشت کشورهای عضو به‌طور منظم به‌عنوان بخشی از پیکربندی شورای کار، سیاست اجتماعی، سلامت و امور مصرف‌کننده (یکی از ۱۰ پیکربندی شورای اتحادیه اروپا) که نهاد اصلی قانون‌گذاری اتحادیه در کنار پارلمان اروپا است، تشکیل جلسه می‌دهند. در سازمان‌های بزرگ با کمیسیون اجرایی مانند اتحادیه افریقا و اتحادیه اروپا یک مأمور عالی رتبه منصوب شده، وجود دارد که مسئول سلامت است و توسط یک بخش تخصصی کمیسیون حمایت می‌شود.

اهداف سلامت اغلب توسط سایر سازمان‌ها و نهادهای منطقه‌ای پشتیبانی می‌شوند، مانند پارلمان‌های منطقه‌ای و مجامع قانون‌گذاری (که قوانین مربوطه را تأیید می‌کنند). توسعه منطقه‌ای و بانک‌های سرمایه‌گذاری (که ممکن است پروژه‌های بهداشتی، پزشکی و بیوتکنولوژی را تأمین مالی کنند)؛ و دادگستری منطقه‌ای (که ممکن است برای تفسیر قوانین منطقه‌ای مربوطه یا حل و فصل اختلافات حقوقی مربوط به به‌عنوان مثال، حقوق شهروندان برای مراقبت فرامرزی از آن‌ها خواسته شود).

در سطح فنی: برخی از سازمان‌های منطقه‌ای، آژانس‌های سلامت تخصصی ایجاد کرده‌اند که احتمالاً پیشرفته‌ترین مکانیسم برای همکاری فنی هستند. نمونه‌هایی از این سازمان‌های سلامت عبارت‌اند از:

۱. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آفریقا (AU)
۲. سازمان بهداشت آندین (Andean Community)
۳. آژانس بهداشت عمومی کارائیب (CARICOM)
۴. کمیسیون تحقیقات بهداشت آفریقای شرقی (EAC)
۵. سازمان بهداشت غرب آفریقا (ECOWAS)

۶. مرکز اروپایی پیشگیری و کنترل بیماری، آژانس دارویی اروپا، مرکز نظارت اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد (EU)

۷. موسسه حکمرانی در سلامت آمریکای جنوبی (UNASUR).

مکانیسم‌های دیگری توسط سازمان‌های مختلف شامل شبکه‌های مرجع و نظارتی منطقه‌ای، ثبت، پایگاه‌های داده، طرح‌ها و مشارکت‌ها به کار گرفته شده است. در برخی موارد، این مکانیسم‌ها منجر به کالاهای بهداشت عمومی شده‌اند که برای کل منطقه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند، مانند پایگاه داده هشدارهای تصویری MERCOSUR در مورد خطرات تنباکو، شبکه پزشکی از راه دور SAARC، زیرساخت خدمات دیجیتال سلامت الکترونیک اتحادیه اروپا و بانک قیمت داروهای موسسه حکمرانی در سلامت آمریکای جنوبی (UNASUR).

در سطح بین بخشی: علاوه بر رویکردهای سنتی چندبخشی به سلامت، مکانیسم‌های خاصی هم در سطح فنی و هم در سطح سیاسی استفاده شده است. به عنوان مثال می‌توان به نشست مشترک سالانه اپک (همکاری اقتصادی آسیا - اقیانوسیه)؛ جلسات مشترک بین وزرای بهداشت و اقتصاد (SICA) شامل ۸ کشور آمریکا مرکزی: بلیز، کاستاریکا، السالوادور، گواتمالا، هندوراس، نیکاراگوئه، پاناما و جمهوری دومینیکن؛ اقدام مشترک کشورهای جامعه پاسفیک در مورد آب و بهداشت؛ و سیاست فرابخشی کشورهای سادک (کشور جنوب آفریقا شامل: آفریقای جنوبی، بوتسوانا، موزامبیک، مالاوی، زامبیا، زیمباوه، تانزانیا، کنگو، نامیبیا، آنگولا، لسوتو، اسواتینی) در مورد ایدز (HIV/AIDS) و بیماری‌های مقاربتی^۱ (STDs) اشاره کرد. علاوه بر این، فوریت‌های سلامت بین‌المللی، غالباً دیپلماسی و هماهنگی فوری منطقه‌ای را در بخش‌های نزدیک به هم مرتبط می‌سازند، به عنوان مثال در منطقه آسه‌آن وزرای اقتصاد، کشاورزی، کار،

1- Sexually Transmitted Diseases

رفاه اجتماعی و حمل و نقل کشورهای عضو جلسات متعدد هماهنگی را در مراحل اولیه واکنش به پاندمی کووید-۱۹ تشکیل دادند.

۷.۴ یکپارچگی منطقه‌ای و دیپلماسی سلامت

حجم قابل توجهی از مذاکره و ایجاد اجماع در هر دو سطح بین دولتی و بین بخشی لازم است تا اطمینان حاصل شود که سلامت با برنامه‌های مختلف سیاسی، تجاری، اقتصادی و امنیتی که در درجه اول فرآیندهای یکپارچگی منطقه‌ای را هدایت می‌کنند، از بین نمی‌رود. علاوه بر تقویت بعد سلامتی یکپارچگی منطقه‌ای، چنین مذاکراتی به ایجاد پایه‌های مشارکت یک منطقه در دیپلماسی جهانی برای سلامت کمک می‌کند.

سه نوع مکانیسم مختلف برای تعامل بین یکپارچگی منطقه‌ای و دیپلماسی سلامت وجود دارد: داخلی، افقی و عمودی.

داخلی: برخی از سازمان‌ها به‌طور رسمی نقش منطقه خود را در سلامت جهانی (اتحادیه اروپا) مشخص کرده‌اند یا معاهدات جهانی را ترویج کرده‌اند که مربوط به منطقه آن‌ها است (مانند سازمان پیمان همکاری آمازون با حمایت قوی از کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه).

افقی: سازمان‌های منطقه‌ای به‌منظور دستیابی به نتایج جمعی از جمله نتایج سلامت، با یکدیگر همکاری می‌کنند. چنین همکاری‌هایی ممکن است هم در داخل یک قاره اتفاق بیفتد (به‌عنوان مثال، همکاری سه‌جانبه COMESA-EAC-SADC که به دنبال تسریع یکپارچگی اقتصادی در شرق و جنوب آفریقا می‌باشد) و یا بین قاره‌ای (به‌عنوان مثال، همکاری اتحادیه اروپا در زمینه بیماری‌های واگیر با اتحادیه آفریقا و آسیه آن) یا توافقنامه تجارت آزاد اخیر اتحادیه اروپا و مرکوسور که ممکن است بر سلامت تأثیر

بگذارد. مکانیسم افقی مرتبط روشی است که در آن باشگاه‌های سیاسی بین منطقه‌ای بزرگ (G7، G20، BRICS) توجه بیشتری به مسائل سلامت جهانی دارند.

عمودی: سه مکانیسم به این شکل در طی سال‌ها پدیدار شده است. اول، اعضای برخی از سازمان‌های منطقه‌ای یک موضع هماهنگ در سازمان جهانی بهداشت اتخاذ می‌کنند، مکانیزمی که مکمل هماهنگی خوب بین کشورهای عضو در مناطق سازمان جهانی بهداشت است. در آن صورت، یک سازمان یا گروه منطقه‌ای براساس توالی بلوک رأی‌دهنده عمل می‌کند. این موضوع مدت‌هاست که در اتحادیه اروپا وجود دارد، اما نمونه‌های جدیدتری مانند درخواست اتحادیه کشورهای آمریکای جنوبی (UNASUR) برای اقدام علیه داروهای تقلبی وجود دارد. دوم، مواضع سیاسی برخی سازمان‌های منطقه‌ای در پیشبرد برخی موضوعات بر اصل برنامه‌های جهانی مؤثر بوده است. دو مثال بارز نقش تسهیل‌کننده CARICOM (آنتیگوآ و باربودا، بهاماس، باربادوس، به لیز، دومینیکا، گرانادا، گویان، جامائیکا، مونتسرات، سنت کیتس و نویس، سنت لوسیا، سنت وینسنت و گرنادین‌ها، ترینیداد و توباگو) در برجسته کردن مشخصات بیماری‌های غیر واگیر در سازمان ملل متحد و بیانیه‌های قوی کشورهای جزیره‌ای اقیانوس آرام در مورد تغییرات اقلیمی در سازمان جهانی بهداشت و سایر نشست‌های جهانی است. سوم، سازمان‌های یکپارچه منطقه‌ای می‌توانند مستقیماً از معاهدات سلامت جهانی حمایت کنند، همان‌طور که با حمایت اتحادیه اروپا از مذاکرات در مورد کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات و پروتکل آن برای حذف تجارت غیرقانونی محصولات دخانی و به دنبال آن الحاق آن به هر دو سند نشان داده شد. با توجه به اولویت دستور کارهای مرتبط با چندین موضوع در اکثر فرآیندهای یکپارچه‌سازی، دیپلماسی منطقه‌ای برای اطمینان از دستیابی به اهداف سلامتی هنگام مذاکره در مورد معاهدات

سلامت جهانی آینده (یا معاهدات با تأثیر بر سلامت) و هنگام اجرای معاهدات موجود، مهم است.

بحران‌های سلامت جهانی اغلب باعث می‌شود که مکانیسم‌های فوق (داخلی، افقی و عمودی) به صورت تلفیقی یا به طور هم‌زمان اجرا شوند. این را می‌توان به عنوان مثال در طول بحران جهانی ناشی از پاندمی کووید-۱۹ مشاهده کرد. اتحادیه اروپا، اگرچه در واکنش اولیه خود به بیماری همه‌گیر کند بود، اما بعداً تلاش‌های هماهنگی قابل توجهی انجام داد. همچنین مذاکرات دشواری را برای یک صندوق بازیابی به مبلغ بی‌سابقه ۷۵۰ میلیارد دلاری رهبری کرد که در نهایت در ژوئیه ۲۰۲۰ تصویب شد. به موازات آن، در سطح جهانی، اتحادیه اروپا تصویب قطعنامه مهم مجمع جهانی سلامت در مورد کووید-۱۹ را پیشنهاد و تسهیل کرد؛ که منابع قابل توجهی را برای اتحاد واکسن فراهم کرد؛ و از ابتکار «واکنش جهانی کرونا» دفاع کرد که تعهداتی به ارزش نزدیک به ۱۶ میلیارد طی چند ماه برای آن تضمین شد. به طور مشابه، اتحادیه آفریقا راهبرد مشترک قاره آفریقا برای کووید-۱۹، صندوق پاسخگویی به کووید-۱۹ اتحادیه آفریقا و یک پلت فرم مشترک تجهیزات پزشکی را ایجاد کرد. در سطح جهانی، اتحادیه آفریقا یک فرستاده ویژه را برای بسیج حمایت اقتصادی بین‌المللی برای مبارزه قاره با همه‌گیری منصوب کرد و فعالانه از واکنش جهانی سازمان جهانی بهداشت به همه‌گیری حمایت کرد. در مورد مکانیسم‌های بین منطقه‌ای (افقی)، نمونه‌های قابل توجهی شامل گفتگوی سریع اتحادیه اروپا در واکنش به کووید-۱۹ با آسه‌آن، اتحادیه آفریقا و اقدامات مختلف واکنش تحت برنامه سه‌جانبه تسهیل حمل و نقل و ترانزیت در شرق و جنوب آفریقا است. با این حال، پاندمی نشان داد که اختلافات موجود بین کشورهای عضو ممکن است به طور جدی یک واکنش هماهنگ در سطح سازمان به عنوان مثال در مورد MERCOSUR را مختل کند.

به طور خلاصه، دیپلماسی سلامت منطقه‌ای به عنوان مکمل (و واسطه بین) دیپلماسی در سطوح ملی (در برخی موارد همچنین زیر منطقه‌ای) و جهانی عمل می‌کند. ادغام منطقه‌ای به اراده و دانش جمعی کشورها، به ویژه کشورهای کوچک‌تر، در هنگام مقابله با چالش‌های سلامتی مشترک در مجامع جهانی کمک می‌کند. یک نتیجه مهم این است که سه سطح دیپلماسی سلامت به هم مرتبط و مکمل هم هستند.

کادر ۱۳: دیپلماسی سلامت در آفریقا

گسترش بیماری‌ها به طور فزاینده‌ای امنیت ملی، تجارت، برنامه‌های اقتصادی و توسعه آفریقا را تهدید می‌کند. این موارد اجزای سازنده دستور کار ۲۰۶۳ اتحادیه آفریقا (AU) بود. با درک اهمیت پیوند بین تهدیدات جهانی سلامت و اهداف گسترده‌تر در تلاش‌های دیپلماتیک برای تحقق دستور کار ۲۰۶۳، اتحادیه آفریقا تصمیم به ایجاد مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری در آفریقا (CDC آفریقا) گرفت. وظیفه آن حمایت از ابتکارات سلامت عمومی کشورهای عضو اتحادیه آفریقا و تقویت ظرفیت مؤسسات سلامت عمومی آن‌ها برای شناسایی، پیشگیری، کنترل و واکنش سریع و مؤثر به تهدیدات بیماری است. این واقعیت که مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری در آفریقا در اتحادیه آفریقا مستقر است، بازتابی از پیامدهای دیپلماتیک کار آن به ویژه در زمینه سلامت جهانی است. دیپلماسی سلامت یکی از ابعاد مهم تعامل دیپلماتیک گسترده آفریقا است. بار بالای بیماری آفریقا، مشکلات آن در تأمین مالی سلامت و متعاقب آن اتکا به بودجه خارجی، نیاز به دیپلماسی مؤثر سلامت و گام‌های هماهنگ توسط ذینفعان آفریقایی و بین‌المللی برای تسریع سیاست‌ها و اقدامات بهداشت جهانی مرتبط با نیازهای این قاره در رابطه با بهبود سلامت همه شهروندانش دارد.

همان‌طور که اخیراً در تلاش‌های جهانی برای پاندمی کووید-۱۹ نشان داده شده است، سلامت به یک ابزار مهم در مذاکرات دیپلماتیک تبدیل شده است. قبل از همه‌گیری، منافع سیاسی و اقتصادی اهداکنندگان (سازمان‌های دوجانبه و چندجانبه، بخش خصوصی و غیره) اغلب از طریق بسته‌های سلامت اهداکنندگان تسهیل می‌شد. این بسته‌ها در جهت اعمال اهرم قدرت نرم

و به دست آوردن ارتباط در مذاکرات در مورد امنیت، موافقت‌نامه‌های تجاری و سیاست‌های توسعه تنظیم می‌شود. کشورهای آفریقایی به‌طور کلی از بسته‌های حمایتی بهره‌مند شدند و کشورهای کمک‌کننده بر این اساس برای تحکیم نفوذ خود و ارتقای منافع خود کار کردند. در مقابل، دیپلماسی سلامت برای پیشبرد منافع کشورهای آفریقایی به‌طور نسبی مورد استفاده قرار نگرفته است. با این حال، در طول همه‌گیری، دولت‌ها سیاست‌های شدیدی را اتخاذ کردند و اقدامات جسورانه‌ای را برای کاهش تلفات انسانی و اجتماعی-اقتصادی کووید-۱۹، به‌ویژه در بخش غیررسمی که بیش از ۸۵ درصد آفریقایی‌ها را استخدام می‌کند، انجام دادند. اقدامات سلامت عمومی به سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری برای کاهش شیوع بیماری همه‌گیر به‌عنوان مثال، منع آمد و شد و قرنطینه، طرح‌های مرزی ایمن و مذاکرات برای محافظت از تجارت بین کشورها کمک می‌کند.

در تلاش برای کاهش تأثیر این بیماری همه‌گیر، دفتر مجمع سران دولت‌ها و دولت‌های اتحادیه آفریقا در آغاز خود بیانیه مشترکی را صادر کرد و خواستار بخشش بدهی شد. این امر نیاز حیاتی به اقدام سیاسی و دیپلماتیک مبتنی بر اهداف سلامتی را برجسته می‌کند. با این حال، پتانسیل استفاده‌نشده‌ای برای دیپلماسی سلامت در آفریقا وجود دارد که سیستماتیک‌تر از گذشته شود. علیرغم توسعه راهبرد سلامت آفریقا ۲۰۱۶-۲۰۳۰ و ایجاد مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری در آفریقا، سلامت عمومی به‌عنوان اولویت اصلی در اسناد تنظیم دستور کار کلیدی مانند دستور کار ۲۰۶۳ در نظر گرفته نمی‌شود. علاوه بر این، قبل از شروع مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری در آفریقا، صدای یکپارچه آفریقایی در مورد مسائل بهداشتی و درمانی قابل تشخیص نبود و کشورها را در برابر موقعیت‌ها و تأثیرات مختلف آسیب‌پذیر می‌کرد. دو رویداد را می‌توان به‌عنوان نمونه‌ای از تأثیر نداشتن چنین صدای واحدی ذکر کرد:

۱- منطقه آفریقا، براساس بلوک منطقه‌ای، به‌طور جمعی از بیانیه سیاسی نشست سطح بالای پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۱۹ حمایت نکرد. از زمانی که کشورها جداگانه امضا کردند، قدرت مذاکره جمعی آفریقا تضعیف شد. این منجر به امضای بیانیه‌ای جایگزین در

مورد پوشش همگانی سلامت توسط ایالات متحده آمریکا شد که حقوق سلامت جنسی و باروری را مستثنا می کرد.

۲- در مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۹، ۲۰ کشور (که پنج کشور آفریقایی بودند) از قطعنامه ای حمایت کردند تا شفافیت بازار داروها، واکسن ها و سایر محصولات بهداشتی را بهبود بخشد. این قطعنامه اطلاعات مفیدی را برای مذاکره عادلانه در اختیار دولت ها قرار می دهد. با این حال، برخی از عناصر حیاتی شفافیت حذف شد. این نتیجه اعتراض آلمان، ژاپن، بریتانیا و ایالات متحده در مورد انتشار داده های مربوط به تولید و سایر هزینه های مربوطه و یارانه های دولت ها و سایر گروه ها بود. علیرغم این واقعیت که عدم دسترسی و در دسترس بودن واکسن ها، داروها و کالاهای یک بحران سلامت عمومی در کشورهای آفریقایی است، در متن نهایی قطعنامه WHA72.8 مجمع جهانی سلامت، هیچ اعتراضی از سوی کل منطقه نسبت به آن حذفیات وجود نداشت.

پاندمی کووید-۱۹ زمینه ای استثنایی برای ظهور دیپلماسی سلامت در آفریقا فراهم می کند. واکنش مشترک آفریقا به پاندمی، فضای سیاست گذاری را برای فرآیندهای سلامت جهانی ایجاد کرده است. دولت ها، از طریق مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری در آفریقا یا جوامع اقتصادی منطقه ای، مانند جامعه آفریقای شرقی (EAC)، جامعه توسعه آفریقای جنوبی (SADC) و جامعه اقتصادی کشورهای غرب آفریقا (ECOWAS)، پاسخ ها، سیاست ها و دستورالعمل های همه گیر خود را هماهنگ کرده اند. رئیس جمهور آفریقای جنوبی، در نقش خود به عنوان رئیس اتحادیه آفریقا، چهار نماینده ویژه اتحادیه آفریقا را برای بسیج حمایت از پاسخ آفریقا به کووید-۱۹ منصوب کرد. علاوه بر پیامدهای سلامتی، حمایت مورد نظر نیز برای کمک به رفع چالش های اقتصادی کشورهای آفریقایی در نتیجه بحران کووید-۱۹ با آن مواجه هستند از طریق تعامل هماهنگ، برخی از جوامع اقتصادی منطقه ای و فرستادگان منتخب به عنوان مذاکره کنندگان برای پاسخ آفریقا به این بیماری همه گیر ظاهر شده اند. این اجماع در مورد چارچوب پاسخ، پذیرش اهداف مشترک در واکنش به بیماری همه گیر را ارتقا داده و امکان جمع آوری کمک های مالی بیشتر را هم از سوی اهداکنندگان سنتی و هم از خیرین آفریقایی

فراهم کرده است. چنین دیپلماسی هماهنگ و راهبردی سلامت احتمالاً تأثیر مثبتی بر سلامت و سایر عوامل اجتماعی-اقتصادی خواهد داشت. در توسعه دیپلماسی راهبردی سلامت در آفریقا، سیاست‌گذاران آفریقایی ممکن است بخواهند اقدامات زیر را در نظر بگیرند:

۱- نهادینه‌سازی ادغام سلامت در سیاست خارجی: دولت‌ها باید برای ایجاد مواضع مشترکی همکاری کنند که آن‌ها را قادر می‌سازد بر قطعنامه‌های اتخاذشده در سطح جهانی تأثیر بگذارند. تعامل گسترده‌تر در منطقه، توانایی دستیابی به مواضع و پاسخ‌های هماهنگ در مورد مسائل سلامتی، مانند دستورالعمل‌های مشترک، تجمع منابع (برای تأمین مالی و استقرار اولین پاسخ‌دهندگان، برای تهیه و غیره) و تبادل بهترین شیوه‌ها را تقویت می‌کند.

۲- مذاکره بر اساس بلوک منطقه‌ای به منظور مدیریت مشارکت‌های پیچیده و حفاظت از منافع آفریقا: آفریقا با پیشبرد برنامه سلامتی خود می‌تواند قدرت خرید و توانایی خود را برای دسترسی به فناوری‌های نوآورانه، داروها، واکسن‌ها و سایر کالاهای بهداشتی و درمانی افزایش دهد. تقویت گفت‌وگو بین دیپلمات‌ها و کارشناسان سلامت تضمین می‌کند که تأثیرات سلامتی یک ملاحظات کلیدی در همه مذاکرات است. این امر مستلزم فرآیندهای تصمیم‌گیری فراگیر و شفاف نه تنها در طول اجرای برنامه بلکه در تحقیق و توسعه است.

۳- ظرفیت‌سازی برای توسعه و مشارکت فعالانه در دیپلماسی سلامت، در پیوند بین سلامت و سیاست خارجی: با درک دولت‌های آفریقایی از اینکه امنیت سلامت تنها یک نگرانی ملی نیست، این پاندمی پیوند رو به رشد بین سیاست داخلی و خارجی را نشان می‌دهد. سیاست‌گذاران باید از توافق‌نامه‌های بین‌المللی سلامت آگاه باشند و خطرات یا تهدیدات ناشی از آن را پیش‌بینی کنند. همچنین برای مذاکره در مورد دستور کارهای سلامتی در چارچوب سیاست خارجی و توافق‌نامه‌های توسعه (از جمله تجارت و بازرگانی) به مهارت‌های فنی ویژه نیاز است. برای این منظور، گروهی از مقامات کلیدی باید در این مهارت‌ها آموزش ببینند. چنین ظرفیت‌سازی را می‌توان با ارائه کار به این مقامات در مراکز دیپلماسی آدیس‌آبابا، ژنو و نیویورک و در وزارت‌های امور خارجه افزایش داد. دولت‌ها همچنین باید با مؤسسات

دانشگاهی برای ایجاد ظرفیت در دیپلماسی سلامت و به طور خاص، امکان آشنایی مقامات با آخرین روندهای سلامت عمومی را همکاری کنند. دولت‌ها می‌توانند با ایجاد واحدهای دیپلماسی سلامت جهانی در داخل وزارتخانه‌های خارجه که با نمایندگان سلامت در نمایندگی‌های دیپلماتیک، نهادهای مرتبط اتحادیه آفریقا (وزارت امور اجتماعی، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری در آفریقا، منطقه آزاد تجارت قاره آفریقا)، نمایندگان پارلمان و کشوری سازمان جهانی بهداشت و دفاتر منطقه‌ای سازمان جهانی تعامل داشته باشند، حتی فراتر از این نیز بروند.

با توجه به نقش حیاتی دیپلماسی سلامت در بهبود شاخص‌های سلامت در سراسر آفریقا، بازسازی و نظام‌دهی شیوه‌ای که چنین دیپلماسی در منطقه انجام می‌شود، ضروری است. این امر به منظور افزایش قدرت مذاکره آفریقا و ایجاد نهادهای بهتری که می‌توانند دیپلماسی سلامت مثبت و نتایج سلامت عمومی را ارتقا دهند، ضروری است.

فصل هشتم:

انجام سیاست برای سلامت جهانی

۸.۱ ایجاد هم‌افزایی

در عصر اهداف توسعه پایدار، راهبردهای عدالت سلامت و توسعه پایدار باید با در نظر گرفتن پیوندهای بین سیاست‌های اجتماعی، زیست‌محیطی و اقتصادی یکپارچه شوند. باین‌حال، بخش‌های مختلف اهداف خاص خود را دارند و تمایل دارند " به صورت جداگانه" اهداف خود را پیگیری کنند. معرفی مسائل سلامت در فضای سیاست‌گذاری بخش‌های غیر سلامت اغلب به‌عنوان تداخل تلقی می‌شود مگر اینکه منافع مشترک بالقوه به مورد توجه قرار گیرند.

بخش‌هایی غیر سلامت همواره سهم اساسی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری داشته‌اند که نمونه آن جنبش‌های پزشکی اجتماعی در نیمه اول قرن بیستم و نقاط عطف نیمه دوم مانند اعلامیه آلماتا (۱۹۷۸) در مورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، راهبرد سلامت برای همه (۱۹۸۱) و منشور اتاوا برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶) و اخیراً، رویکرد بین بخشی



به سلامت توسط چارچوب سلامت در همه سیاست‌ها (۲۰۰۶)، گزارش نهایی (۲۰۰۸) کمیسیون در مورد عوامل اجتماعی سلامت وابسته به سازمان جهانی بهداشت و تأکید بر سلامت به عنوان بعد فرابخشی در اهداف توسعه پایدار (۲۰۱۵)، اسناد حقوقی بین‌المللی مانند مقررات بین‌المللی سلامت اصلاح شده (۲۰۰۵) و چارچوب سازمان جهانی بهداشت و کنوانسیون کنترل دخانیات (FCTC) که در سال ۲۰۰۵ نیز لازم‌الاجرا شد، منجر به تعهدات الزام‌آور برای بخش‌های مختلف (و تعهدات لازم‌الاجرا دولت‌ها کل) در رابطه با حفظ و ارتقای سلامت عمومی شده است.

به دلیل تأثیر بخش‌های مختلف بر سلامت (تأثیری که ممکن است مثبت یا منفی باشد) دستیابی به تعامل و هماهنگی مؤثر بین بخشی ضروری است. چه در سطح داخلی و چه در عرصه بین‌المللی، چنین دیپلماسی یکپارچه برای ارتقای سلامت اهمیت فزاینده‌ای پیدا کرده است. پذیرش اهداف توسعه پایدار این تغییر به سمت انسجام سیاست و دیپلماسی یکپارچه را تسریع کرده است. با این حال، دولت‌ها اغلب برای همسو کردن، برای مثال، سیاست‌های تجاری و اقتصادی خود با اهداف سلامت ملی و جهانی خود مشکل دارند.

زمانی که تعامل بین بخشی به شدت در فرآیندها و مذاکرات چندجانبه گنجانده شده باشد، انسجام سیاست بسیار مهم است و دستیابی به آن دشوار است. مثال‌های قابل توجهی که نیاز به انسجام سیاست‌ها را از طریق دیپلماسی یکپارچه نشان می‌دهد مذاکرات و فرآیندها در چارچوب رژیم‌های حقوقی بین‌المللی مانند کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات و مقررات بین‌المللی سلامت بازنگری شده، مذاکرات بین‌رشته‌ای در مورد چگونگی مقابله با چالش‌های جهانی در حال افزایش امنیت سلامت و مقاومت ضد میکروبی و تلاش برای تأکید بیشتر بر سلامت در گفتگوی جهانی در مورد تغییرات اقلیمی می‌باشند.

مذاکرات در مورد موضوعات دارای اولویت بالا در سطح جهانی نه تنها در مجامع و اجلاس های چندجانبه منظم، بلکه در کنفرانس های سطح بالا نیز انجام می شود. هر چه چنین مذاکراتی با برخی کشورها مرتبط تر باشد، این کشورها برای تعامل هم افزایی تلاش های دیپلماسی در سطوح مختلف و در چارچوب سازمان ها، فرآیندها و جلسات مختلف تلاش خواهند کرد راهبرد که گاهی اوقات به عنوان "جلسات متعدد" شناخته می شود.

۸.۲ استفاده مؤثرتر از سازوکارهای موجود برای انسجام سیاست ها

انسجام سیاست در مورد حفظ ارزش های مشترک و دستیابی به اهداف مشترک است. با استفاده از پلتفرم های پذیرفته شده جهانی، مانند دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، به طور مؤثرتر، انسجام بین بخشی در حمایت از سلامت و ارزش های مورد توافق (مانند حقوق بشر) از طریق دیپلماسی یکپارچه قابل دستیابی است.

اسناد حقوقی بین المللی در حوزه سلامت به دلیل نیروی الزام آورشان می توانند به انسجام بین بخشی کمک زیادی کنند. به عنوان مثال، کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات کشورها را ملزم به ایجاد یک مکانیسم هماهنگی ملی برای کنترل دخانیات می کند. به طور مشابه، مقررات بین المللی سلامت (اصلاح شده ۲۰۰۵) تصریح می کند که پاسخ اقدامات کنترلی جلوگیری از گسترش بیماری فراتر از مرزها باید «از تداخل غیرضروری در حمل و نقل و تجارت بین الملل جلوگیری کند». علاوه بر این، چندین معاهدات زیست محیطی، کار، تجارت و سایر بخش ها حاوی مقررات الزام آوری هستند که از اهداف سلامت حمایت می کنند. همه این رژیم های حقوقی می توانند به تقویت هم افزایی بین بخشی کمک کنند.

در حالی که سهم بخش هایی مانند آموزش، حمایت اجتماعی، کشاورزی، تجارت و حمل و نقل در سلامت مدت ها است به رسمیت شناخته شده است، در سال های اخیر مشارکت

فزاینده‌ای از سوی سایر بخش‌ها که قبلاً به‌عنوان شریکی برای کارهای روزمره بخش سلامت در نظر گرفته نمی‌شدند، افزایش یافته است. نمونه‌هایی از این بخش‌ها عبارت‌اند از گمرک (در رابطه با پروتکل حذف تجارت غیرقانونی محصولات دخانی که در سال ۲۰۱۸ لازم‌الاجرا شد)، مهاجرت (در ارتباط با افزایش علاقه به مهاجرت و سلامت) و مخابرات (در نتیجه سریع‌گسترش سلامت دیجیتال) هست. آگاه‌نگه‌داشتن کارشناسان و مقامات از مسائل جدید و نوظهور در رابط سلامت با سایر بخش‌ها برای اطمینان از گفتگو و انسجام مؤثر سیاست مهم است. شبکه‌های سیاست‌گذاری نقش فزاینده‌ای در این زمینه ایفا می‌کنند. در برخی موارد، فرصت‌ها زمانی به وجود می‌آیند که تمام بخش‌های مرتبط با یک بحران سلامت بزرگ، مانند شیوع بیماری یا موج گرما گرد هم می‌آیند. تعاملات شدید متعاقب آن، درک متقابل و اعتماد این بخش‌ها را بهبود می‌بخشد که می‌تواند به حفظ گفت‌وگوی منظم پس از آن کمک کند.

۸.۳ زمینه داخلی برای انسجام سیاست جهانی

مسائل سلامت و مرتبط با سلامت اغلب در طول مذاکرات چندجانبه، چه در داخل و چه در خارج از سازمان جهانی بهداشت، روی میز قرار می‌گیرند. به دلیل ماهیت بین‌بخشی مسائل سلامتی، مذاکره‌کنندگان خط مقدم، اغلب برای تطبیق دیدگاه‌ها (گاه‌ها متناقض) در بخش‌های مختلف تحت فشار هستند. دستیابی به موضع منسجم دولت در مورد موضوعات مختلف، قبل یا بین جلسات مذاکره، عامل مهمی در تعیین موفقیت مذاکرات است؛ بنابراین، دولت‌ها اغلب مکانیسم‌های هماهنگی ملی چندجانبه را برای حمایت از مذاکرات چندجانبه ایجاد می‌کنند. برخی از کشورها راهبردهای ملی سلامت جهانی را برای حمایت از انسجام و شفاف‌سازی اهداف این‌گونه تلاش‌ها توسعه داده‌اند. (در بخش ۸.۴ در این مورد بیشتر توضیح داده شده است).

سازوکارهای هماهنگی ملی بسته به موضوعات و بازیگران درگیر متفاوت است. با این حال، برخی از ویژگی‌های مشترک وجود دارد، به شرح زیر:

- رویکرد فعالانه وزارت بهداشت ضروری است. بیش از همه به این علت است که سایر بخش‌ها ممکن است از پیامدهای سلامت (اغلب پنهان هستند یا خیلی فنی هستند) در جلسات و مجامع غیر مرتبط با سلامتی آگاهی نداشته باشند. علاوه بر این، در صورت شکست در حفاظت از سلامت عمومی، عواقب شکست گریبانگیر بخش سلامت خواهد بود.
- هماهنگی فرابخشی در یک کشور شامل بحث فنی و سیاسی است. تبادل فنی قوانین، هنجارها و شواهد در بخش‌ها معمولاً کافی نیست. اجماع سیاسی در سطوح بالاتر که اغلب شامل مصالحه و معاوضه است، معمولاً هنگام تدوین مأموریت مذاکرات بعدی مورد نیاز است.
- برای اطمینان از انسجام با تعهدات و اولویت‌های چندجانبه مربوطه یک کشور، وزارت خارجه باید مشارکت داشته باشند. چنین مشارکت چتری ممکن است به شدت مبادله بین وزارتخانه‌های بخشی نباشد، اما همچنان از منظر سیاسی و سیاست خارجی ضروری است. در بسیاری از مذاکرات، به‌ویژه مذاکراتی که در مجامع و مراکز اصلی بین‌المللی انجام می‌شود، نمایندگان وزارت خارجه عضو هیئت ملی هستند، یا ممکن است واقعاً آن را رهبری کنند. این امر هماهنگی قبلی را مهم‌تر می‌کند.
- هماهنگی بین بخشی ملی را می‌توان با انسجام بین رویکردهای سازمان‌های بین‌المللی مرتبط ارتقا داد. استدلال‌های بین بخشی ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی که با استدلال‌های سایر سازمان‌ها - مانند بانک جهانی، فائو، سازمان بین‌المللی کار (ILO) و برنامه محیط‌زیست سازمان ملل متحد (UNEP)

هماهنگ است که به افزایش درک و اعتماد بخش‌های مختلف از یکدیگر کمک می‌کند.

- دستیابی به همگرایی در موضوعات کلیدی بین بخشی در طول مذاکرات چندجانبه و نه قبل از آن معمولاً به دلیل شدت و پویایی در حال تغییر مذاکرات و کمبود زمان برای مشورت با وزارتخانه‌های مربوطه در پایتخت دشوار است. مگر اینکه کار مقدماتی کافی در داخل انجام شده باشد، رسیدن به همگرایی در داخل هیئت بین بخشی ملی اغلب می‌تواند به اندازه و حتی بیشتر از مذاکره با دیگر کشورها نیازمند وقت و نیرو باشد. (فصل ۱۱ با جزئیات بیشتری توضیح داده شده است)؛ که چگونه هماهنگی با بخش‌های مختلف غیر سلامتی از جمله نقش بخش سلامت در چنین هماهنگی چگونه است.

در حالی که تهیه یک بستر مذاکره منسجم بر عهده دولت‌ها است، اغلب بازیگران غیردولتی مربوطه در این فرآیند برای مثال، از طریق گفتگوی باز چندجانبه برای ارائه ورودی برای آماده‌سازی‌های رسمی درگیر می‌شوند. استفاده از دانش جامعه مدنی و سازمان‌های حرفه‌ای که اعضای اتحادهای بین‌المللی با عنوان ناظر در مذاکرات چندجانبه در مورد موضوعات مورد بحث هستند، بسیار مفید است.

۸.۴ اهمیت راهبرد ملی سلامت جهانی

سلامت جهانی یکی از معدود حوزه‌های دیپلماسی است که در آن کشورها راهبردهای ملی برای رسیدگی به یک موضوع جهانی ترسیم کرده‌اند. سوئیس اولین کشوری بود که در سال ۲۰۰۶ سیاست خارجی مرتبط با سلامت را اتخاذ کرد. از آن زمان، تعدادی از کشورها راهبردهای ملی در مورد سلامت جهانی را اتخاذ کرده‌اند که به آن‌ها امکان می‌دهد تعهدات خود را در قبال سلامت جهانی با سلامت ملی و سیاست‌های خارجی هماهنگ کنند. فرانسه،

آلمان، ژاپن، تایلند، بریتانیا و ایالات متحده از جمله این کشورها هستند. بسیاری از کشورهای دیگر از جمله برزیل، کامرون، کانادا، چین، نروژ، آفریقای جنوبی و سوئد حوزه‌های اولویت خاصی را برای مشارکت فعال‌تر در دیپلماسی سلامت جهانی شناسایی کرده‌اند.

اکثر کشورهایی که تاکنون راهبردهای ملی در مورد سلامت جهانی را اتخاذ کرده‌اند، کشورهای اهداکننده، کشورهای با درآمد بالا و اقتصادهای نوظهور هستند. آن‌ها اغلب به دنبال منافع ژئوپلیتیک خاصی هستند و برای نفوذ تلاش می‌کنند. با این حال، همه کشورها باید چنین راهبردهایی را در نظر بگیرند، زیرا مسائل سلامت ملی به شدت با مسائل سلامت جهانی مرتبط است. علاوه بر این، در مورد کشورهای با درآمد کم و متوسط، اطمینان از اینکه راهبرد ملی سلامت انتظارات اهداکنندگان را برآورده می‌کند و مشارکت کردن به‌عنوان کشور (یا گروه منطقه‌ای) در مجامع بین‌المللی، هر دو برای بهینه‌سازی تأثیر بودجه اهداکنندگان بر سلامت در سطح ملی مهم است.

وزارت بهداشت معمولاً وزارتخانه‌ای است که مسئول ارتباط با سازمان جهانی بهداشت است و معمولاً یک بخش دارد که با سلامت بین‌المللی سروکار دارد. با این حال، در مورد مسائل سیاسی، مواضع اتخاذشده توسط وزارت امور خارجه، مواضع وزارت بهداشت را لغو می‌کند. در برخی موارد، یک مرکزی برای سلامت جهانی در وزارت خارجه وجود دارد، در حالی که برخی کشورها حتی سفیران سلامت جهانی را منصوب کرده‌اند. در کشورهای با درآمد بالا، وزارت توسعه و آژانس‌های توسعه اغلب رابط سازمان‌های سلامتی مانند گلوبال فاند هستند که کمک‌های مالی قابل توجهی از اهداکنندگان دریافت می‌کنند. این بازیگران مختلف با شبکه نمایندگی‌های دیپلماتیک در ژنو یا نیویورک برای ارائه دستورالعمل‌ها یا توسعه مواضع تعامل خواهند داشت. اولین رابط معمولاً یک نماینده سلامت در مأموریت دیپلماتیک است معمولاً دیپلماتی که به او پروفایل سلامت اختصاص

داده شده است (اغلب همراه با چند کار دیگر)، اگرچه گاهی اوقات این یک متخصص سلامت است که از وزارت بهداشت منصوب می شود.

دستیابی به توافق در زمینه موضوعات سلامت جهانی، در سطح ملی می تواند بسیار دشوار باشد، زیرا این امر مستلزم همکاری با آژانس ها و بازیگران مختلف در سطوح مختلف حکمرانی در داخل و خارج از کشور است. بین وزارتخانه ها و سازمان ها، رقابت (گاهی حتی تعارض) وجود دارد. این بدان معناست که نماینده های دیپلماتیک اغلب باید با مواضع متفاوت وزارتخانه های مختلف، روبرو شوند و مواضع بسیار ناهمگون آن ها را هماهنگ کنند. در کشورهای اهداکننده، پارلمان ملی در نهایت میزان بودجه سلامت را تعیین می کند. پارلمان ها همچنین در مورد مبالغی که قرار است به صورت دوجانبه و چندجانبه هزینه شود و اینکه کدام وزارتخانه ها کنترل بودجه را در دست دارند، تصمیم می گیرند.

در بسیاری از کشورها، بخش های بین المللی سلامت در وزارت بهداشت ضعیف و کم کار هستند. با این حال، انتظار می رود که آن ها بتوانند توصیه های فنی مناسبی را در مورد بسیاری از پیشنهادات ناشی از فرآیندهای چندجانبه مختلف ارائه دهند. در برخی موارد، از آن ها نیز انتظار می رود که ابتکار عمل را در دست بگیرند و قطعنامه هایی را به نمایندگی از کشورشان تدوین کنند.

برنامه های هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت و مجمع جهانی سلامت به طور قابل توجهی گسترش یافته است و پیامدهای آن ها پیچیده تر و سیاسی تر از گذشته است. تعامل کامل با این دستورکارها مستلزم آگاهی از سایر فرآیندهای چندجانبه ای است که در حال انجام است برای مثال، برای درک موضع گیری های کشورهای عضو در مورد مقاومت ضد میکروبی، لازم است از مذاکرات مربوطه در فائو (FAO) آگاه باشید. به طور مشابه، تصمیم یک کشور اهداکننده برای مشارکت در تأمین مالی سیستم های بهداشتی و درمانی مستلزم

هماهنگی بین وزارتخانه (بهداشت یا امور خارجه) که بر سرمایه‌گذاری‌های گلوبال فاند نظارت دارد و وزارت دارایی که کشور را در بانک جهانی نمایندگی می‌کند، دارد.

کشورهای با درآمد پایین و متوسط اغلب فاقد ظرفیت کافی در وزارتخانه‌های مختلف و دستگاه دیپلماسی خود هستند تا بتوانند به‌درستی در مذاکرات پیچیده شرکت کنند. علاوه بر این، هیئت‌های کوچک‌تر در مذاکرات سلامت جهانی، مشارکت کامل و تأثیرگذار بر نتیجه مذاکرات را دشوار می‌دانند. تقسیم بار بین نمایندگی‌های کشورهای مختلف از یک منطقه یا بین کشورهایی با منافع مشترک در ژنو و نیویورک به بخش مهمی از دیپلماسی سلامت تبدیل شده است. نهادهای منطقه‌ای، مانند اتحادیه اروپا و اتحادیه آفریقا، به‌طور فزاینده‌ای چنین اقداماتی را انجام می‌دهند.

تا آنجا که به راهبردهای سلامت جهانی مربوط می‌شود، اولویت کشورهای با درآمد کم و متوسط این است که به‌خوبی برای تعامل با بازیگران مختلف سلامت جهانی، از جمله سازمان‌های بین‌المللی، آماده باشند. به‌عنوان مثال، بسیاری از این کشورها دارای راهبرد همکاری با سازمان جهانی بهداشت هستند. چندین وزارتخانه و ارگان‌های دولتی به‌غیر از وزارت بهداشت، نقش کلیدی در این زمینه ایفا می‌کنند، به‌ویژه زمانی که تمرکز بر هماهنگی اهداکنندگان و تأمین سرمایه‌گذاری خارجی برای ایجاد سیستم بهداشتی و درمانی باشد. کشورهای آفریقایی برای مدت طولانی خواهان هماهنگی و پاسخگویی بیشتر اهداکنندگان بوده‌اند. علیرغم توافقاتی که در کنفرانس‌های بزرگ مانند کنفرانس بین‌المللی تأمین مالی برای توسعه که در شهر مونتری مکزیک، در سال ۲۰۰۲ برگزار شد که بیش از ۵۰ رئیس دولت و بیش از ۲۰۰ وزیر امور خارجه، تجارت، توسعه و دارایی را گرد هم آورد، مورد مذاکره قرار گرفت، در واقع موضوعات زیادی هنوز حل نشده باقی مانده است. یکی از اهداف کلیدی مذاکرات جهانی سلامت در سطح کشور این است که باهمسو کردن برنامه‌های اهداکنندگان با برنامه‌های ملی، ارائه کمک‌ها کارآمدتر شود. یک

مثال خوب روشی است که در آن اتیوپی سرمایه‌گذاری‌های گلوبال فاند و طرح اضطراری رئیس‌جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز^۱ را با اولویت‌های ملی خود برای ایجاد یک سیستم مراقبت بهداشتی اولیه که نه تنها قادر به مبارزه با اچ‌آی‌وی باشد، بلکه در مقابله با واکسیناسیون کودکان، مراقبت‌های بهداشتی مادر، سل و درمان فشارخون بالا و ارتقای بهداشت همسو کرده است.

کشورهای با درآمد متوسط و اقتصادهای نوظهور اغلب در نیمه‌راه بین تمرکز بر ایجاد انسجام در تلاش‌های ملی با حمایت مالی اهداکنندگان بین‌المللی از یک‌سو و حضور فعال در مجامع جهانی سلامت از سوی دیگر قرار دارند. برای مثال، برزیل مدت‌هاست که از دسترسی جهانی به داروها حمایت می‌کند، هند نیروی محرکه‌ای در بسیج تلاش‌های جهانی برای مبارزه با سل بوده است و فدراسیون روسیه در قراردادن بیماری‌های غیر واگیر در دستور کار جهانی نقش مؤثری داشته است.

کادر ۱۴ زیر راهنمایی مختصری در مورد مذاکره درباره راهبرد ملی در مورد سلامت جهانی ارائه می‌دهد.

کادر ۱۴: تهیه راهبرد ملی در مورد سلامت جهانی

تهیه یک راهبرد ملی در مورد سلامت جهانی با اشتراک‌گذاری اطلاعات، ظرفیت‌سازی و مذاکرات داخلی بین دیپلمات‌ها و کارمندان دولت در سطح ملی برای ترویج مفهوم راهبرد سلامت جهانی و افزایش آگاهی از اثرات مثبت مورد انتظار آن آغاز می‌شود. منطق توسعه چنین راهبردی، مبتنی بر این مفهوم است که در اهداف توسعه ذکر شده است که مسائل سلامت جهانی برای همه کشورها، صرف‌نظر از وضعیت اقتصادی و نفوذ سیاسی آن‌ها، مرتبط است و تنها با تلاش مشترک جهانی قابل حل است. اگرچه این مفهوم هنوز به‌طور جهانی پذیرفته نشده است. علاوه بر این، به دلیل رشد ناسیونالیسم و زیر سؤال بردن سیستم چندجانبه، اخیراً پذیرش سیاسی برای چنین راهبرد سخت‌تر

1 - United States President's Emergency Plan for AIDS Relief

شده است؛ بنابراین، تصویب یک راهبرد سلامت برای سال‌های ۲۰۲۰-۲۰۳۰ توسط دولت آلمان در اکتبر ۲۰۲۰ یک سیگنال بسیار مهم است.

حرکت به سمت دستور کار جهانی سلامت در سطح ملی مستلزم تعهد ملی قوی به تقویت نهادهای چندجانبه در سلامت و حکمرانی چندجانبه است. در کشورهای کمک‌کننده، تمرکز بر تعامل چندجانبه ممکن است توسط برخی به‌عنوان تضعیف کمک‌های توسعه دوجانبه تفسیر شود که پتانسیل کاهش دید و نفوذ سیاسی کشور در صحنه جهانی را دارد.

یکی از چالش‌های اصلی در طراحی راهبرد ملی سلامت جهانی، دستیابی به انسجام بین سیاست‌های ملی در حوزه‌های مختلف است. ماهیت چندبخشی سلامت جهانی باید یک عنصر کلیدی در اداره آن در سطح ملی و بین‌المللی باشد. این چیزی است که دیپلمات‌ها باید آن را درک کنند و در نظر بگیرند. راهبردهای سلامت جهانی شامل کالاهای مشترک، توسعه و صلح، ارزش‌های اخلاقی و چندجانبه‌گرایی می‌شود و مسئولیت اصلی آن‌ها به‌جای وزارت بهداشت تنها بر عهده کل دولت است.

مرحله مقدماتی کلیدی، انجام مشاوره با تعداد زیادی از ذینفعان است. چنین مشاوره‌هایی ممکن است توسط یک کمیته راهبری با رهبری مشترک وزارت بهداشت و امور خارجه (یا وزارت صنعت و توسعه) نظارت شود. در کشورهایی که یک سفیر رسمی برای سلامت جهانی تعیین شده است، او ممکن است مناسب‌ترین فرد برای ریاست کمیته راهبری باشد. علاوه بر کمیته راهبری، یک هیئت مشورتی بین‌المللی در مورد بهداشت جهانی می‌تواند اطلاعات مفیدی را ارائه دهد، همان‌طور که اخیراً توسط آلمان پیشگام بوده است. رایزنی‌ها باید با بررسی جامع سلامت ملی و سیاست‌های خارجی و همچنین تعهدات بین‌المللی و چندجانبه کشور آغاز شود. تجربه نشان داده است که غالباً به اشتراک گذاشتن یک پیش‌نویس به‌اصطلاح اولیه و درخواست از ذینفعان برای نظرات به‌جای برگزاری مشاوره‌های بدون نتیجه، مؤثرتر است. انتخاب ذینفعان برای مشاوره به‌طور اجتناب‌ناپذیری بر نتیجه آن‌ها تأثیر خواهد داشت.

مرحله بعدی تعیین اولویت‌های راهبردها ملی هستند، به این معنی که اولویت‌های خاص آن‌ها از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. با این حال، ویژگی مشترک همه راهبردها این است که آن‌ها باهمه یا برخی از مسائلی که عموماً به عنوان مسائل کلیدی سلامت جهانی در نظر گرفته می‌شوند، مانند مبارزه با اپیدمی‌ها یا مقابله با مقاومت ضد میکروبی سروکار دارند. راهبردهای ملی همچنین دارای چندین ارزش اساسی مشترک مانند تعهد به دفاع از حقوق بشر، کاهش نابرابری‌های سلامت و دستیابی به پوشش سلامت همگانی خواهند بود. ممکن است تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌ها در راهبرد ملی سلامت جهانی بسیار چالش برانگیز باشد. برای مثال، تنش ممکن است بین یک گفتمان سیاسی به نفع دسترسی جهانی از یک سو و حمایت از منافع تجاری ملی از سوی دیگر ایجاد شود.

یک راهبرد ملی موفق نه تنها اولویت‌های سیاست را تعیین می‌کند، بلکه روند بین وزارتی را برای تعیین مواضع مذاکره ترسیم می‌کند. این را می‌توان از طریق جلسات منظم هماهنگی بین وزارتخانه‌ای یا از طریق یک فرآیند خاص برای سلامت جهانی انجام داد و باید انگیزه‌های همکاری در سطح وزیران، مقامات ارشد و مدیران اجرایی را ترکیب کند. در نهایت، تصمیمات توسط قوه مجریه دولت اتخاذ می‌شود و معمولاً توسط قوه مقننه مورد بحث قرار نمی‌گیرد.

به عنوان مثال، راهبرد ملی سوئیس در مورد سلامت جهانی، شش حوزه اولویت را تعیین می‌کند که یک رویکرد مشترک توسط نهادهای دولتی به گونه‌ای متفاوت از جمله اداره فدرال بهداشت عمومی، وزارت امور خارجه فدرال، دبیرخانه دولتی امور اقتصادی، امور و موسسه فدرال مالکیت فکری مورد توافق قرار گرفته است. این شش حوزه از طریق مشاوره با نهادهای دولتی مرکزی و محلی، جامعه تحقیقاتی، جامعه مدنی، بخش خصوصی و سازمان‌های بیماران شناسایی شدند. این راهبرد با عنوان سیاست خارجی سلامت سوئیس ۲۰۱۹-۲۰۲۴، در نظر گرفته شده است تا سوئیس را قادر سازد تا سیاست‌های سلامت عمومی هماهنگ و منسجم در هر دو سطح ملی و بین‌المللی ایجاد کند. با توجه به تغییر سریع محیط بین‌المللی، به صورت دوره‌ای مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

شش حوزه اولویت سیاست خارجی سلامت سوئیس ۲۰۱۹-۲۰۲۴

۱. حفاظت از سلامت و بحران‌های بشردوستانه
 ۲. دسترسی به داروها
 ۳. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پایدار و دیجیتالی شدن
 ۴. عوامل تعیین‌کننده سلامت
 ۵. حکمرانی سلامت جهانی
 ۶. سیاست اعتیاد
- پنج اولویت راهبرد بهداشت جهانی آلمان برای ۲۰۲۰-۲۰۳۰
۱. ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و ایجاد پاسخ‌های کافی
 ۲. رویکردهای کل‌نگر به محیط‌زیست، تغییرات آب‌وهوا و بهداشت عمومی
 ۳. تقویت سیستم‌های بهداشتی و درمانی
 ۴. حفاظت از سلامت با پرداختن به تهدیدات سلامت فرامرزی
 ۵. پیشرفت تحقیق و نوآوری برای سلامت جهانی

بخش سوم

عناصر دیپلماسی سلامت موفق

فصل نهم:

دستاوردهای دیپلماسی سلامت

۹.۱ تعریف موفقیت در دیپلماسی سلامت

قضاوت موفقیت یا شکست در دیپلماسی سلامت همیشه به زمینه (زمین بازی) و بازیگر بستگی دارد. موفقیت بعضاً می‌توان برحسب میزان ایجاد فرصت‌ها برای تغییر جهت رویدادها برای مثال سود برای سلامتی و رفاه سنجید. با این حال، توافقات به دست آمده در سطح جهانی باید در سطح ملی و گاهی سطوح پایین‌تر (مثلاً در مجالس فدرال) تصویب شود. این بدان معنی است که موفقیت به شدت به اجرای توافقات و قطعنامه‌های جهانی توسط کشورها بستگی دارد، و منحصر به دستیابی به نتایج معین در سطوح جهانی نیست. اجرای چنین توافقاتی تا حدی تحت تأثیر نوع توافق جهانی، مثلاً قانون سخت یا نرم، است.

ذکر این نکته حائز اهمیت است که موفقیت در دیپلماسی سلامت در مواقعی با افراد و مذاکره‌کنندگان فوق‌العاده نیز مرتبط است. به دلیل تنوع و پیچیدگی موضوعات درگیر، یک شخصیت قوی و تعهد پرشور می‌تواند تفاوت بزرگی در بسیاری از مذاکرات سلامت جهانی ایجاد کند.

البته موفقیت به این بستگی دارد که یک کشور یا سایر طرف‌های ذینفع در وهله اول به دنبال چه هدفی برای دستیابی بوده‌اند. آنچه یک مذاکره‌کننده به عنوان موفقیت در نظر می‌گیرد ممکن است برای دیگری نشان‌دهنده شکست باشد، به همین دلیل است که سازمان جهانی بهداشت برای تصمیم‌گیری با اجماع تلاش می‌کند و تلاش می‌کند

اطمینان حاصل کند که همه کشورها در کنار آن هستند. با این حال، گاهی اوقات ممکن است نتایجی بر اساس کمترین وجه مشترک ایجاد شود.

کشورهای عضو ممکن است گاهی سعی کنند موضوعات خاصی را که در آن زمان شایسته توجه جهانی نیست (مانند طرح کنترل برای یک بیماری واحد) در دستور کار نهادهای حکمرانی سازمان جهانی بهداشت فقط برای جلب رضایت مخاطبان داخلی یا در برخی موارد، ترویج منافع تجاری اختصاصی قرار دهند، علاوه بر این، برخی موارد دستور کار در سازمان جهانی بهداشت تکرار می‌شود که هنوز پیشرفتی در مورد آن‌ها حاصل نشده است، مانند مقابله با محصولات پزشکی غیراستاندارد و تقلبی (موضوعی که سال‌ها یک گروه کاری سازمان بهداشت جهانی را به خود مشغول کرده است) یا از بین بردن کلی ویروس آبله. در این موارد، منافع سلامت عمومی تحت الشعاع برنامه‌های سیاسی قرار می‌گیرد.

پاندمی کووید-۱۹ چالش‌های جدیدی را برای سازمان جهانی بهداشت ایجاد کرد که فعالیتش به دلیل تنش‌های سیاسی بین چین و ایالات متحده سخت‌تر شد و مجبور بود با استفاده از منابع محدود پاسخی را هماهنگ کند. پاسخ چندجانبه در سطح سازمان ملل نیز به خوبی جواب نداده است. شورای امنیت به دلیل اختلاف نظر بین اعضای دائمی، نتوانست قطعنامه‌ای را اتخاذ کند که درخواست دبیر کل برای آتش‌بس در طول همه‌گیری در مناطق درگیری را تأیید کند.

با این وجود، هفتاد و سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ اولین مجمع سلامتی بود که در قالب مجازی برگزار شد با اتخاذ یک قطعنامه (WHA73.1)، هر چند با احتیاط در مورد پاسخ کووید-۱۹ به موفقیت نسبی دست یافت. این قطعنامه که توسط اتحادیه اروپا آغاز شده است، بسیاری از جنبه‌های همه‌گیری را پوشش می‌دهد و خواستار ارزیابی مستقل واکنش بین‌المللی، از جمله، نقش سازمان جهانی بهداشت است که ایمن‌سازی

گسترده در برابر کووید-۱۹ را به عنوان کالای عمومی جهانی می‌شناسد. این قطعنامه همچنین به حق کشورها برای نادیده گرفتن قوانین ثبت اختراع بین‌المللی در شرایط اضطراری سلامت، با استفاده از «انعطاف‌پذیری‌ها» در توافقنامه تریپس اشاره می‌کند. موضوعی که در تلاش‌های حمایت از جامعه مدنی نقش محوری داشت.

دیپلماسی سلامت اثربخش می‌تواند به نتایج کلیدی زیر منجر شود:

۱. سلامت بهتر: نتایج سلامت جمعیت بهتر برای هر یک از کشورهای درگیر، همراه با بهبود وضعیت سلامت جهانی در دستیابی به اهداف توسعه پایدار
۲. بهبود همبستگی جهانی: بهبود روابط بین کشورها و تعهد طیف گسترده‌ای از بازیگران به همکاری برای پیشبرد سلامت، کالاهای مشترک برای سلامت و حمایت از چندجانبه گرایی
۳. برابری بیشتر: نتایجی که منصفانه تلقی می‌شوند و از اهداف ارتقای حقوق بشر، کاهش فقر و افزایش عدالت اجتماعی حمایت می‌کنند

۹.۲ بررسی موفقیت

۱۰ مثال ارائه شده در زیر می‌تواند به عنوان نقطه ورودی برای بررسی دقیق‌تر و ارزیابی درس‌های آموخته شده از مذاکرات موفق گذشته در دیپلماسی سلامت باشد.

۱. اهداف توسعه پایدار که توسط کشورهای عضو سازمان ملل و با مشارکت قابل توجه سایر بازیگران مورد مذاکره قرار گرفت، تقریباً ۵۰ هدف مرتبط با سلامت را شامل می‌شود که بسیاری از آنها نیاز به هوشیاری و مذاکرات مداوم در چندین مکان مختلف دارند. در نتیجه، سلامت به طور گسترده‌ای هم به عنوان دینفع و هم به عنوان کمک‌کننده تقریباً در همه اهداف توسعه پایدار و نه فقط هدف

۳ ویژه سلامت دیده می‌شود. یک معیار کلیدی دیپلماسی سلامت موفق، سهم آن در پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار است. چندین نشست در سطح بالا به پیشبرد این دستور کار کمک کرده است.

۲. موفقیت بزرگ در دیپلماسی سلامت در دهه گذشته روشی بوده است که در آن موضوعات سلامتی توسط مجامع غیر سلامتی در سازمان ملل متحد، یعنی مجمع عمومی (بیماری‌های غیر واگیر، سل، مقاومت ضد میکروبی، پوشش همگانی سلامت) و شورای امنیت (ایدز، سلامت در مناطق درگیری جنگ، ابولا) مورد توجه قرار گرفته است. این موفقیت تا حد زیادی با اظهارات طرفدار سلامت توسط گروه هفت و گروه بیست تسهیل شد.

۳. در مجمع عمومی سازمان ملل در سپتامبر ۲۰۱۹، ۱۲ آژانس چندجانبه سلامت، توسعه و بشردوستانه طرح مشترکی را برای حمایت از کشورها در پیشرفت سریع‌تر به سمت اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت آغاز کردند. برنامه اقدام جهانی برای زندگی سالم و رفاه برای همه، همان‌طور که عنوان شده برای کمک به کشورها برای شناسایی اولویت‌های خود و برنامه‌ریزی و اجرای کار خود



طراحی شده است. همچنین از تلاش‌ها در زمینه‌های کلیدی مانند مراقبت‌های بهداشتی اولیه حمایت خواهد کرد.

۴. نشست سازمان ملل در ۲۳ سپتامبر ۲۰۱۹ منجر به تصویب یک اعلامیه مهم در مورد پوشش همگانی سلامت شد که تشخیص می‌دهد که نه تنها دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مهم است، بلکه دسترسی به یک سبک زندگی سالم، اطلاعاتی برای انتخاب‌های درست، سواد سلامت، غذای سالم، حمل و نقل، محیط سالم‌تر و سایر عوامل تعیین‌کننده سلامت نیز مهم هستند.

جزئیات بیشتر مذاکرات منجر به اعلامیه سیاسی نشست در مورد پوشش همگانی سلامت (۲۰۱۹) در مطالعه موردی ۲ ارائه شده است.

۵. اولین اجلاس سران کشورها و دولت‌ها در جهان در مورد پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر (NCDs) توسط جامعه کارائیب (CARICOM) در سال ۲۰۰۷ و در نتیجه بیانیه بندر اسپانیا با عنوان "اتحاد برای متوقف کردن اپیدمی بیماری‌های مزمن غیر واگیر" تشکیل شد. کارائیب زمانی بالاترین بار سرانه بیماری‌های غیر واگیر مزمن را در منطقه قاره آمریکا داشت. بر اساس سابقه طولانی همکاری در زمینه سلامت بین کشورهای عضو و موفقیت‌های گذشته در حذف یا کاهش بیماری‌های غیر واگیر از طریق اقدام جمعی، جامعه کارائیب تصمیم گرفت بیماری‌های غیر واگیر را هدف قرار دهد و متعاقباً این رویکرد را با موفقیت برای اولین نشست سطح بالای سازمان ملل در مورد بیماری‌های غیر واگیر به یک رویکرد جهانی تبدیل کرد.

پس از نزدیک به یک دهه دیپلماسی جهانی سلامت، سازمان‌های غیردولتی و سازمان‌های حرفه‌ای با حمایت گروهی از کشورهای عضو، موفق شدند اطمینان حاصل

کنند که سومین نشست عالی سازمان ملل در مورد بیماری‌های غیر واگیر (۲۰۱۸) تمرکز جلسات را بر چهار بیماری مهم غیر واگیر (بیماری قلبی عروقی، سرطان، دیابت و بیماری‌های تنفسی) و چهار عامل خطر (مصرف دخانیات، کم‌تحرکی، مصرف مضر الکل و رژیم‌های غذایی ناسالم) گسترش داد. نتیجه اتخاذ رویکرد "پنج در پنج" بود که شرایط سلامت روان اکنون به‌عنوان بیماری غیر واگیر و آلودگی هوا به‌عنوان عامل خطر گنجانده شده است.

موفقیت‌ها در این زمینه (تعهدات سیاسی) تحت‌الشعاع تأثیر عوامل تعیین‌کننده تجاری قرار می‌گیرند. اعلامیه سیاسی مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در سال ۲۰۱۱ شامل تعهدی از سوی دولت‌ها برای بررسی تأمین منابع کافی از طریق کانال‌های داخلی و دوجانبه بود. با این حال، این هدف محقق نشده است. بیماری‌های غیر واگیر همچنان بزرگ‌ترین و با کمبود بودجه بین‌المللی در سطح جهانی باقی می‌مانند، جایی که می‌توان زندگی بیشتر افراد را نجات داد یا بهبود بخشید، زیرا حرکت سیاسی با مداخله در سیاست‌گذاری بین‌المللی سلامت گروه‌های ذینفع اقتصادی، بازار و تجاری در کشورهای اهداکننده جبران شد. متأسفانه، اکثر کشورهای توسعه‌یافته علاقه محدودی به دنبال کردن انسجام سیاست‌ها و به رسمیت شناختن پیوستگی ترویج یک سیستم تجاری چندجانبه تحت سازمان جهانی تجارت با ارتقای سلامت در سیاست‌های توسعه بین‌المللی خود به‌عنوان دو روی یک سکه از نظر دستیابی به اهداف توسعه پایدار غیرقابل تقسیم نشان می‌دهند.

۶. شیوع ابولا در غرب آفریقا در سال ۲۰۱۴ تهدیدی جدی برای زندگی انسان در دنیای شده است که در آن عوامل بیماری‌زا قادر به انتشار سریع هستند. با این حال، در کشورهایی که بیشترین آسیب را دیدند، ظرفیت‌های ملی برای مقابله با

همه‌گیری ناکافی بود و رهبران تمایلی به تصدیق پیامدهای کامل آن نداشتند. سازمان جهانی بهداشت در آگوست ۲۰۱۴ وضعیت اضطراری سلامت عمومی را برای هشدار به کشورها و شروع اقدام اعلام کرد. این همه‌گیری متعاقباً توسط شورای امنیت سازمان ملل متحد به‌عنوان تهدید جهانی اعلام شد که این امکان را برای جامعه بین‌المللی فراهم کرد تا حمایت مستقیم از کشورهای مربوطه را بیشتر تقویت کند.

۷. هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت در ماه مه ۲۰۱۹ قطعنامه‌ای را تصویب کرد که در آن از کشورهای عضو خواسته شد تا سیاست‌های شفافیت را معرفی کنند و شورای حقوق بشر قطعنامه‌ای را در مورد بهبود دسترسی به داروها در جولای ۲۰۱۹ تصویب کرد.

به مطالعه موردی ۱ در مورد قطعنامه فوق‌الذکر مجمع جهانی سلامت مراجعه کنید.

۸. تصویب آئین‌نامه عملکرد جهانی سازمان جهانی بهداشت در مورد استخدام بین‌المللی کارکنان سلامت در سال ۲۰۱۰ که چارچوبی جهانی شامل هنجارهای اخلاقی و ترتیبات نهادی و قانونی را برای هدایت همکاری بین‌المللی در مورد مشکل بحرانی مهاجرت کارکنان سلامت ایجاد کرده بود در سال ۲۰۰۴ تصویب شد و در مجموع شش سال طول کشید تا آیین‌نامه اجرایی تدوین شود. هنر سازش در طول مذاکرات طولانی و پر پیچ‌وخم به‌منظور دستیابی به یک توافق رضایت‌بخش اما غیر الزام‌آور برای هر دو کشور مبدأ مهاجرت کارکنان سلامت و کشورهای مقصد ضروری بود (تیلور و دیلون، ۲۰۱۱). اطلاعات بیشتر در مورد اسناد سلامت جهانی را می‌توان در فصل ۵ یافت.

۹. از زمان لازم‌الاجرا شدن کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات در سال ۲۰۰۵، توسط دبیرخانه کنوانسیون گزارش‌های پیشرفت جهانی دوسالانه تهیه‌شده که نمای کلی خوبی از اجرای آن توسط طرفین ارائه کرده است. اگرچه میزان پیشرفت از کشوری به کشور دیگر به‌طور قابل‌توجهی متفاوت است، اما این یک دستاورد فوق‌العاده است که علیرغم مقاومت صنعت دخانیات، اقدامات مؤثر بسیاری در حال حاضر برای کاهش مصرف دخانیات انجام‌شده است. اجرا در سه زمینه زیر بیشترین موفقیت را داشته است: ۱- ایجاد محیط‌های عاری از دود ۲- ممنوعیت بسته‌بندی و برچسب‌گذاری گمراه‌کننده تنباکو ۳- برنامه‌های آموزشی، ارتباطات و آگاهی عمومی.

۱۰. مقررات بین‌المللی سلامت (در نسخه اصلاح‌شده سال ۲۰۰۵)، سند حقوقی بین‌المللی کلیدی است که آمادگی سلامت عمومی و واکنش کشورها به گسترش بین‌المللی بیماری را تنظیم می‌کند. با این حال، هم‌اپیدمی ابولا و هم‌پاندمی کووید-۱۹ کمبود آمادگی را مشخص کرده‌اند. بسیاری از کشورهای عضو، به دلایل مالی یا سیاسی، در ایجاد ظرفیت کافی و انجام تعهدات خود برای اجرای تمام اقدامات پیش‌بینی‌شده در مقررات بین‌المللی سلامت شکست‌خورده‌اند.

فصل دهم:

تجزیه و تحلیل منافع ملی و ژئوپلیتیک

۱۰.۱ درک پیچیدگی مسائل سلامت جهانی

دیپلماسی سلامت هم‌زمان درگیر چندین پیچیدگی است: پیچیدگی جدید سیستم بین‌المللی، پیچیدگی سازمان‌ها و بازیگران فعال در حوزه سلامت جهانی و پیچیدگی مسائل سلامت جهانی که به شدت عوامل سیاسی و اقتصادی اجتماعی را به هم مرتبط کرده است. این پیچیدگی‌ها نیازمند پاسخ‌های سیاسی بالادستی در سطح ملی و فراملی است. با این حال، تجربه نشان می‌دهد که مذاکرات در ژنو رویکردی فنی و بخش‌بندی شده دارد. باید در برابر چنین رویکردی مقاومت کرد زیرا دیپلماسی سلامت را نمی‌توان از ژئوپلیتیک جدا کرد.

یک دیپلمات سلامت باید بتواند منافع ملی و ژئوپلیتیک را که ممکن است در پس مذاکرات درباره یک قطعنامه یا تصمیم نهفته باشد، درک کند. چندین جنبه وجود دارد که باید در نظر گرفته شود.

جهان در حال گذراندن دوره گذار و بی‌ثباتی ژئوپلیتیک است. جهانی شدن به پیشرفت خود ادامه می‌دهد، به این معنی که شرایط داخلی یک کشور تحت تأثیر رویدادها و فرآیندهایی که در جاهای دیگر اتفاق می‌افتد شکل می‌گیرد. در عین حال و تا حدودی متناقض، اعتماد به چندجانبه‌گرایی و تعهد به آن در حال کاهش است که منجر به ظهور منطقه‌گرایی، ملی‌گرایی و حمایت از تولیدات داخلی می‌شود. در برخی از نقاط جهان، نظم بین‌المللی مبتنی بر حاکمیت قانون، آشکارا به چالش کشیده شده است. در این فضای پرتنش، سلامت تا همین اواخر یکی از معدود حوزه‌هایی بود که حکمرانی

چندجانبه در آن به طور کامل پذیرفته شده و فعال بود. اما این وضعیت در طول پاندمی کووید-۱۹، با بن بست ژئوپلیتیکی بین چین و ایالات متحده که اثر خود را بر سلامت جهانی گذاشت تغییر کرد. علاوه بر این، یک "ناسیونالیسم واکسن" جدید در چندین کشور ظهور کرد (به نوعی که بسیاری از کشورهای تولید کننده واکسن کووید مردم همان کشور را در اولویت تزریق واکسن قرار دادند که منجر به ملی گرایی ناشی از واکسن گردید).

به عنوان اعضای یک شبکه دیپلماتیک بزرگ تر، دیپلمات های سلامت می توانند از تحلیل های منظم وضعیت جهان و مناطق، کشورها و مسائل خاص که توسط بخش های تخصصی وزارت خارجه آنها انجام می شود، بهره مند شوند. یک دیپلمات باید تمام تلاش خود را برای درک تغییرات ژئوپلیتیکی انجام دهد. به همین ترتیب، درک ذهنیت های مختلف مهم است. در دیپلماسی سلامت (مانند سایر حوزه های دیپلماسی) بسیاری از تحلیل های آکادمیک از دیدگاه غرب در مورد روابط بین الملل انجام شده است. سایر دیدگاه ها و فرهنگ های دیپلماتیک نیز باید در نظر گرفته شوند.

۱۰.۲ ایجاد روابط در ژنو و سایر مراکز مذاکره

از آنجایی که مسائل سلامت جهانی بسیار به هم مرتبط هستند، ممکن است به طور هم زمان یا جداگانه در مجامع مختلف در ژنو (مرکز اصلی مذاکره برای دیپلماسی سلامت) مورد بحث قرار گیرند. به عنوان مثال، دسترسی به دارو در سازمان جهانی تجارت^۱، سازمان جهانی مالکیت فکری^۲، شورای حقوق بشر، کمیته بین المللی صلیب سرخ^۳، کمیته هماهنگی برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز و بورد گلوبال فاند و همچنین در

1 - vaccine nationalism

2 - World Trade Organization

3 - World Intellectual Property Organization

4 - International Committee of the Red Cross

سازمان جهانی بهداشت مورد بحث بوده و هست.

برای دیپلمات‌ها ضروری است که به‌طور منظم با دیپلمات‌های دیگر و کارشناسان فنی که مسئول پیگیری کار سازمان‌های مختلف مستقر در ژنو هستند، ارتباط برقرار کنند این موضوع ممکن است در یک مأموریت کوچک آسان‌تر باشد در یک مأموریت بزرگ‌تر به هماهنگی و مهم‌تر از همه، ابتکار، استعداد و انرژی نیاز دارد.

برقراری ارتباط با بخش‌های غیر سلامت و با همکارانی مستقر که مسئولیت حوزه‌های دیگر را بر عهده دارند، آگاهی از مسائل مهمی را که ممکن است در ابتدا خارج از زمینه سلامت مطرح شوند، امکان‌پذیر می‌سازد. همچنین به انسجام در مواضع و زبان اتخاذ شده توسط هیئت یک کشور در مجامع مختلف کمک خواهد کرد.

ارتباط با دیپلمات‌های سایر سازمان‌های بین‌المللی در ژنو باید هم به‌صورت شخصی و هم در چارچوب گروه‌های رسمی و غیررسمی انجام شود که ممکن است شامل گروه‌هایی مانند اتحادیه آفریقا، اتحادیه اروپا، اعضای گروه‌های منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت، مناطق فرعی (مثلاً، غرب آفریقا) و گروه‌هایی کشورهای همفکر یا کمک‌کننده باشد.

۱۰.۳ جمع‌آوری اطلاعات موجود

مطالعه اسناد و سایر منابع اطلاعاتی در مورد مذاکرات قبلی در سازمان جهانی بهداشت یا سایر سازمان‌ها به درک بهتر موضوع و پیچیدگی‌های ملی و ژئوپلیتیکی پس‌زمینه موضوعی که قرار است مورد بحث قرار گیرد کمک می‌کند.

علاوه بر این، گردآوری اطلاعات مواضع قبلی کشورهای مذاکره‌کننده را روشن می‌کند. همچنین امکان گردآوری نمونه‌هایی از زبان مورد توافق را در مورد موضوع مورد بحث یا سایر موضوعات یا فرآیندهای مرتبط با مذاکره فعلی فراهم می‌کند. قطعنامه‌ها و اعلامیه‌هایی که با اجماع در سازمان ملل متحد پذیرفته شده‌اند، قابل‌اتکاترین

آن‌ها در این زمینه هستند. در مذاکرات در مورد یک موضوع بحث‌برانگیز سلامت جهانی، اشاره به زبانی که در مجمع عمومی در جریان مذاکرات اهداف توسعه در سال ۲۰۱۵ اتخاذ شد، می‌تواند به‌عنوان نقطه شروع خوبی برای ایجاد اجماع باشد.

در مقابل، به کارگیری زبان مورد استفاده در نتیجه‌گیری و گزارش‌هایی که با اجماع تأیید نشده‌اند، برای هدف فوق‌تر مفید است. به‌عنوان مثال، گزارش نهایی هیئت بلندپایه دبیر کل سازمان ملل متحد در مورد دسترسی به داروها که در سال ۲۰۱۶ صادر شد تا حد زیادی قطعنامه شفافیت در قیمت‌گذاری داروها را که در سال ۲۰۱۹ در سازمان جهانی بهداشت تصویب شد، پیش‌بینی کرد. آن گزارش سازمان ملل به دلیل اختلاف نظر بین اعضای هیئت در مورد تعدادی از موضوعات مخدوش شد.

اهمیت زبان مورد توافق را نباید دست‌کم گرفت. در موضوعات حساس، تأیید زبان مستندات و یا عبارات و اصطلاحات (ترمینولوژی) خاص از جلسه‌ای به جلسه دیگر سازمان ملل ممکن است متفاوت باشد در مورد یک موضوع حساس مناسب‌تر از دیگری باشد. زبان در مورد حقوق جنسی و باروری و جمعیت‌های آسیب‌پذیر در معرض خطر بالای ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی به‌عنوان مثال در قطعنامه‌های مجمع عمومی سازمان ملل در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز به تصویب رسیده است و می‌تواند به‌عنوان پیشینه برای حمایت از چنین زبانی در قطعنامه‌های دیگر در سازمان‌ها استفاده شود.

۱۰.۴ درک مواضع

درک اینکه چگونه کشورهای عضو مواضع خود را برای مذاکرات توسعه می‌دهند نیازمند تجربه است. یک خانم دیپلمات ارشد در ژنو اظهار داشت که سال اول خود را در سازمان جهانی بهداشت به گوش دادن به بحث‌ها و مشاهده مذاکرات گذرانده است تا بهتر بفهمد چگونه ژئوپلیتیک و منافع ملی مسائلی را که توسط کشورهای عضو تعیین می‌شود و در مواضع آن‌ها برای دفاع و ترویج منعکس می‌شود. کشورها معمولاً با توجه

به نیازهای خاص خود موضع‌گیری می‌کنند. برای شروع، این مواضع اغلب رادیکال‌تر از منافع‌های هستند که به دنبال دفاع از آن‌ها هستند که باعث ایجاد آزادی عمل برای مذاکره می‌شود.

تعدادی از موضوعات وجود دارد که برخی از کشورها به‌طور مداوم در طول مذاکرات مختلف مطرح می‌کنند موضعی قوی و یا سخت در مورد آن‌ها مطرح می‌کنند، به‌عنوان مثال بیماری‌های غیر واگیر (فدراسیون روسیه) مطرح می‌شود، مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) توسط (قزاقستان)، سیاست دارویی توسط (سوئیس)، داروهای غیراستاندارد^۱ (SSFFC) توسط (هند)، سل توسط (آفریقای جنوبی) و حقوق جنسی و باروری توسط (ایالات متحده و کشورهای نوردیک). موضع برخی از کشورها در مورد این موضوعات اغلب در درازمدت طولانی اغلب قابل پیش‌بینی است برای مثال، حمایت کشورهای شمال اروپا از سلامت جنسی و باروری و در مورد ایالات متحده، ممکن است به دولت مستقر بستگی داشته باشد.

در حالی که معمولاً باید از کشورهای عضو اتحادیه اروپا انتظار خط‌مشی مشترکی وجود داشت، ممکن است در مورد مسائلی مانند حقوق جنسی و باروری یا پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر، اختلاف‌نظر وجود داشته باشد. به همین ترتیب، کشورهای بریکس اکنون نسبت به چند سال پیش بلوک کمتر منسجمی را تشکیل می‌دهند.

چین در سازمان جهانی بهداشت محدودیت‌های نسبی دارد اما همچنان تأثیرگذار است؛ بنابراین، چین ممکن است با کشورهای مختلف در مورد مسائل مختلف برای مثال، با فدراسیون روسیه در مورد مسائل امنیتی و با هند و آفریقای جنوبی در مورد سیاست دارو و شفافیت در قیمت‌گذاری داروها متحد شود. یک تغییردهنده بازی جهانی آفریقا جنوبی بود که همواره برای دسترسی به دارویی ارزان‌تر در درمان اچ‌ای وی ایدز چالش‌های

1- Substandard/spurious/falsely-labelled/falsified/counterfeit medical products

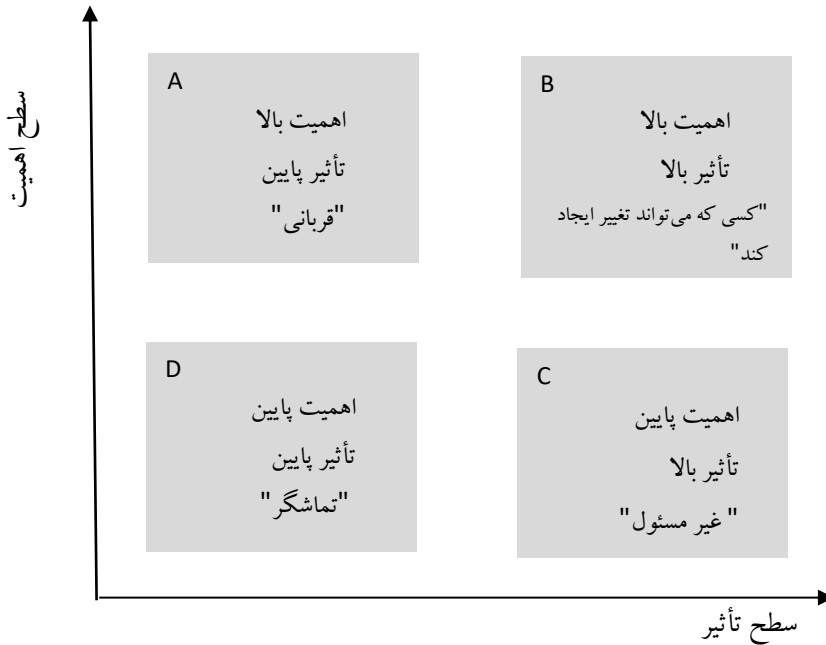
حقوقی مطرح می‌کرد. معمولاً در هر منطقه کشورهای وجود دارند که بیش از سایرین در اجلاس‌های سلامت جهانی صدای بلندتری دارند.

به‌عنوان بخشی از تجزیه و تحلیل ذینفعان خود، دیپلمات‌های سلامت باید بتوانند موقعیت‌هایی را تشخیص دهند که در آن منافع پنهان، خواه سیاسی یا اقتصادی، موقعیت یک کشور را تعیین می‌کنند یا در آن کشور کوچک‌تر به‌عنوان وسیله‌ای برای دستور کار یک کشور بزرگ‌تر یا نهاد عمل می‌کند.

۱۰.۵ بررسی بلوک‌های مذاکره و اتحادها

مذاکرات سلامت اغلب نشان می‌دهد که بلوک‌های دیرینه گرد هم می‌آیند، اگرچه چشم‌انداز ژئوپلیتیکی از دهه اول قرن بیست و یکم به‌طور قابل توجهی تغییر کرده است. ایالات متحده هنوز اغلب پیشتاز است و وارد ائتلاف‌های متحول و گاه غافلگیرکننده می‌شود، هرچند مواضع فرادستی (هژمونی) آن در حال تضعیف است. اتحادیه اروپا بلوکی است که موضع مشترکی را در مذاکرات اتخاذ می‌کند، اگرچه کشورهایمانند مجارستان و لهستان تمایل دارند خود را از اجماع اتحادیه اروپا در مورد موضوعات حساسی مانند اقلیت‌های جنسی، حقوق جنسی و باروری، یا سلامت و مهاجرت جدا کنند. اتحادیه افریقا یک بلوک دیگر است که اغلب زمانی که موضوع مورد بحث بیشتر سیاسی است تا فنی، به‌شدت متحد می‌شود (به‌عنوان مثال، انتخابات در یک سازمان بین‌المللی) - البته چندین بلوک منطقه‌ای دیگر نیز وجود دارد. با جزئیات بیشتر در فصل ۷ توضیح داده شده‌اند.

هنگام آماده شدن برای مذاکره، تجزیه و تحلیل بلوک‌های مذاکره، اعضای آن‌ها و سایر ذینفعان با اشاره به نمودار زیر ممکن است مفید باشد:



Source: Multi-Stakeholder Partnerships

(<http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-importanceinfluence-matrix>)

درحالی که یک بلوک ممکن است موضع مشترکی در مورد متن مذاکره اتخاذ کند، کشورهای درون آن بلوک ممکن است پس از شروع مذاکرات همچنان نظرات خاص خود را بیان کنند. باین حال، هر خط قرمزی که توسط این بلوک تعیین شود، توسط کشورهای عضو آن محترم خواهد بود.

نماینده دیپلماتیک یک کشور به طور منظم گروه‌های سیاسی و بلوک‌های رأی‌دهنده را در چارچوب سازمان ملل و نحوه عملکرد آن‌ها مطالعه می‌کند. برخی از کشورها، مانند ایالات متحده، از سوابق عمومی سازمان ملل برای ردیابی "تناسب رأی" با مواضع خود استفاده می‌کنند، درحالی که برخی از محققان و اتاق‌های فکر تحلیلی از الگوهای رأی‌گیری انجام داده‌اند که می‌تواند برای دیپلمات‌ها مفید باشد.

مزیت عضویت در یک بلوک، مانند اتحادیه اروپا یا اتحادیه افریقا، این است که کار مقدماتی مفصلی برای مذاکرات ممکن است توسط عضوی انجام شود که علاقه خاصی به موضوع مورد بحث دارد (که به آن "صاحب قلم" گفته می شود). سایر اعضا به لطف رابطه اعتماد متقابلی که در داخل بلوک وجود دارد می توانند از این کار بهره ببرند. گروه‌های ویژه - مانند گروه ژنو، یک گروه غیررسمی (تأسیس شده در سال ۱۹۶۴) از کشورهای عضو سازمان ملل که هر یک بیش از ۱٪ از بودجه عمومی سازمان ملل را پرداخت می کنند - نیز نقش مهمی ایفا می کنند. آن دسته از بلوک‌ها و کشورهایی که تأثیر زیادی در سلامت جهانی دارند مانند اتحادیه اروپا، اتحادیه افریقا، ایالات متحده، بریتانیا، فرانسه، آلمان، ژاپن یا برزیل تمایل دارند در مورد همه موضوعاتی که ممکن است مطرح شود، موضع داشته باشند. در طول مذاکرات بسیاری دیگر از هیئت‌های ملی با دقت به بحث‌ها گوش خواهند داد اما فقط در موضوعات خاص مداخله خواهند کرد. به عنوان مثال، فدراسیون روسیه همیشه با قدرت در هر بحثی در مورد بیماری‌های غیر واگیر و امنیت سلامت شرکت می کند. کشورهای کوچک‌تر با نمایندگی‌های کوچک مستقر در ژنو (که دیپلمات‌های آن‌ها باید هم‌زمان با سلامت، حقوق بشر و کار درگیر شوند و تخصص کمتری در سلامت جهانی برای استفاده در پایتخت‌های خود دارند) اغلب کمتر فعالانه در مذاکرات شرکت خواهند کرد. مگر اینکه موضوع برای آن‌ها ضروری باشد. برخی از این کشورها ممکن است بخشی از گروه‌های جغرافیایی (مثلاً خاورمیانه و شمال آفریقا) یا ائتلاف‌های موقت با کشورها یا بلوک‌های بزرگ‌تر باشند که به تنهایی و در ارتباط با متحدان خود از مواضع خود دفاع خواهند کرد.

نمونه‌ای از اتحاد دائمی، شبکه سلامت جنوب شرق اروپا^۲ (SEEHN) است که ۹ کشور را که عمدتاً از بالکان هستند، گرد هم می آورد. شبکه سلامت جنوب شرق اروپا که در

1- Penholder

2- South-Eastern Europe Health Network

سال ۲۰۰۱ تأسیس شد، باهدف تقویت سیستم‌های سلامت ملی، ارتقای ثبات و کمک به آماده‌سازی منطقه برای ادغام با اتحادیه اروپا است. این همکاری بین کشوری اکنون شکل دیپلماسی سلامت را به خود می‌گیرد که منعکس‌کننده وزن اقدامات هماهنگ، در درجه اول در نهادهای تصمیم‌گیری سازمان جهانی بهداشت است. درس‌های آموخته‌شده از مشارکت در مذاکرات سیاست‌های سلامت در سطح اروپا به این معناست که کشورهای عضو شبکه سلامت جنوب شرقی اروپا این پتانسیل را دارند که با صدایی تأثیرگذار در مذاکرات جهانی سازمان جهانی بهداشت صحبت کنند.

فصل یازدهم:

هماهنگی با بخش‌های غیر سلامت

۱۱.۱ پیوند بین سلامت و سایر بخش‌ها در سطح ملی

نقش بخش‌های مختلف در پیشبرد سلامت جهانی همیشه به‌درستی بیان نشده است. سابقه طولانی همکاری با برخی بخش‌ها وجود دارد، درحالی‌که همکاری با سایر بخش‌ها به‌تازگی افزایش یافته یا در حال آغاز شدن است. اغلب فرصت‌ها برای ارتقای سلامت با پرداختن به عوامل تعیین‌کننده سلامت در مذاکرات از دست می‌رود. بخش‌هایی که می‌توانند نقش مهمی در پیشبرد برنامه سلامت جهانی ایفا کنند، در زیر مورد بحث قرار می‌گیرند.

سیاست خارجی پیوندی در حال رشد با سلامت دارد. این نتیجه عوامل متعددی مانند اهمیت روزافزون سلامت در برنامه‌های کلیدی جهانی (اقتصادی، امنیت و عدالت اجتماعی)، فشار رو به رشد چالش‌های سلامت جهانی که نیازمند راه‌حل‌های جهانی است، گسترش بازیگران بین‌المللی و مذاکرات در حوزه سلامت؛ ویژگی‌های رو به رشد مسائل سلامت جهانی در سازمان ملل متحد و بلوک‌های سیاسی تأثیرگذار؛ و ترکیب پیچیده‌ای از هم‌افزایی و عدم تقارن (اغلب تضادها) بین تعهدات مرتبط با سلامت کشورها و سایر تعهدات بین‌المللی آن‌ها است.

تعامل سیاست خارجی و سلامت چندوجهی است: سلامت می‌تواند بخشی جدایی‌ناپذیر از سیاست خارجی باشد. سیاست خارجی و دیپلماسی می‌تواند برای ارتقاء (اغلب حفظ) سلامت در مجامع چندجانبه استفاده شود؛ و سلامت نیز به‌نوبه خود می‌تواند به‌عنوان ابزار سیاست خارجی برای دستیابی به اهداف دیگر مورد استفاده قرار گیرد. به دلیل دامنه

وسیع آن، پیوند بین سلامت و سیاست خارجی در بیشتر روابط بین بخشی مرتبط با سلامت در عرصه چندجانبه خود را نشان می‌دهد.

مسائل مالی و بودجه‌ای^۱ مدت‌هاست که عوامل مهمی در سیاست‌های سلامت به‌طور کلی و در پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت بوده است. موضوعات مرتبط در دیپلماسی بین بخشی برای سلامت عبارت‌اند از: ایجاد پل ارتباطی بین رویکردهای دولت‌ها در حوزه سلامت و امور مالی؛ ارزیابی ریسک‌های سیاسی و نهادی برای پایداری مالی سیستم‌های سلامت، ایجاد مکانیسم‌هایی برای همکاری بین وزارت بهداشت و دارایی (اگرچه این کار دشوار است و همیشه در عمل مؤثر نیست)، تحلیل هزینه اثربخشی و راهبردهای مهار قیمت برای داروها و فناوری‌های سلامتی؛ و بررسی رویکردهای نوآورانه برای تأمین مالی سلامت.

تجارت بین‌المللی هم می‌تواند سلامت را ارتقا دهد و هم مانع آن شود. موضوعات کلیدی مرتبط با تجارت و سلامت شامل موارد ذیل می‌باشند: گسترش فرامرزی بیماری‌های واگیر و ایمنی مواد غذایی مرتبط با محدودیت‌های تجاری ایجادشده در سلامت، دسترسی به داروها و فناوری‌های پزشکی در ارتباط با عوارض واردات و حقوق مالکیت فکری، تجارت در خدمات سلامت مربوط به بیمه درمانی و مراقبت بین کشورها، پزشکی از راه دور و گردشگری سلامت و نگرانی در مورد تجارت محصولات ناسالم مانند نوشابه و تنباکو می‌باشند. چندین موافقت‌نامه تجارت جهانی شامل موافقت‌نامه ترپس، موافقت‌نامه موانع فنی تجارت، موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی و موافقت‌نامه عمومی تجارت در خدمات، پیوندهای اساسی با سلامت دارند. علاوه بر این، تعداد زیادی موافقت‌نامه تجاری در سطح منطقه‌ای وجود دارد.

بنابراین، سلامت اغلب در مذاکرات تجاری بین‌المللی به‌ویژه چالش حفاظت از منافع سلامت عمومی در مقابل منافع تجاری و اقتصادی مورد توجه قرار می‌گیرد. در سال‌های اخیر، تأثیر بالقوه قراردادهای سرمایه‌گذاری بین‌المللی بر سلامت نیز آشکار شده است. برای مثال می‌توان از چنین قراردادهایی برای به چالش کشیدن اقدامات ملی کنترل دخانیات استفاده کرد. هوشیاری و دیپلماسی برای حفاظت از منافع سلامت عمومی در مذاکرات تجاری و سرمایه‌گذاری ضروری است.

محیط زیست تأثیر عمیقی بر سلامت دارد. سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که ۲۳ درصد از مرگ‌ومیرها در سراسر جهان با مدیریت بهتر محیط‌زیست قابل پیشگیری است. عوامل محیطی تعیین‌کننده سلامت بسیار متنوع هستند شامل آلودگی هوا (هم محیط و هم خانگی)، آب و بهداشت، ایمنی شیمیایی و تشعشعات می‌شوند. تغییرات اقلیمی یکی دیگر از نگرانی‌های جهانی است که به دلیل خطرات سلامتی مرتبط با گرمای شدید و حوادث آب، افزایش آلودگی هوا، ناامنی غذایی و آب و بیماری‌های ناقل و منتقله از آب است. در نتیجه، هماهنگ کردن تلاش‌ها با طیف وسیعی از بخش‌های غیر سلامت، از جمله حمل‌ونقل، مسکن، انرژی، کشاورزی، زمین‌داری، مدیریت آب و صنعت مهم است. مکانیسم‌ها و فرآیندهای جهانی می‌توانند گفتگوی چندبخشی ملی را تسهیل کنند. نمونه‌هایی از این شامل دهه (۲۰۱۸-۲۰۲۸) بین‌المللی اقدام "آب و توسعه پایدار"، فرآیندهای تحت چندین معاهده زیست‌محیطی و گفتگوی جهانی در مورد تغییرات اقلیمی هست.

آموزش با بهبود چشم‌انداز شغلی، درآمد، شرایط زندگی، سواد، دسترسی به اطلاعات و مهارت‌های زندگی عمومی، بر سلامت تأثیر مثبت دارد. سرمایه‌گذاری در آموزش مترادف با سرمایه‌گذاری در سلامت است. سلامت بهتر به‌نوبه خود باعث ارتقای محیط‌های یادگیری، فرصت‌ها و دستاوردها می‌شود. از منظر دیپلماسی سلامت، می‌توان

انتظار داشت که گفت‌وگو بین بخشی و چندبخشی انجام شود، زیرا چالش‌های سلامتی و آموزشی اغلب با چالش‌های اجتماعی دیگر مانند شرایط مسکن و بیکاری همراه هستند. همچنین بسیار با ارزش است که پتانسیل مجامع چندجانبه مربوطه (یعنی فرآیندهایی در چارچوب معاهدات حقوق بشر سازمان ملل متحد و معاهدات و توصیه‌های یونسکو) برای ارتقای سلامت و آموزش هم‌زمان در نظر گرفته شود.

حمایت اجتماعی و کار نقش اساسی در سلامت دارد. سیاست‌های اشتغال از طریق کمک به ایجاد درآمد کافی برای خانوارها، ترویج سبک زندگی فعال و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، ارائه مزایای اجتماعی، ایجاد شرایط کاری سازگار با سلامت و ایمنی شغلی و جلوگیری از ناامنی شغلی به سلامت کمک می‌کند. سلامتی خوب به نوبه خود به کارگران این امکان را می‌دهد که برای مدت طولانی‌تری کار کنند و بهره‌وری بیشتری داشته باشند. سیاست‌های مسکن در بهبود شرایط اجتماعی و زندگی و پیشگیری از آسیب‌ها و بیماری‌ها حیاتی است. هم‌افزایی بین بازار کار و سیاست اجتماعی از یک سو و بخش سلامت از سوی دیگر می‌تواند به کاهش طرد اجتماعی و نابرابری کمک کند. دیپلماسی فرابخشی می‌تواند از این هم‌افزایی‌ها، هم در داخل کشور و هم در مجامع چندجانبه مانند سازمان جهانی کار (ILO) استفاده کند.

غذا و کشاورزی به‌طور سنتی با سلامت جمعیت مرتبط بوده است. سیاست‌های مؤثر کشاورزی می‌تواند عرضه و مقرون‌به‌صرفه بودن مواد غذایی سالم‌تر و ایمن‌تر را افزایش دهد که در مقابله با چالش‌های ناشی از سوءتغذیه، رژیم‌های غذایی ناسالم، چاقی، بیماری‌های غیر واگیر و بیماری‌های ناشی از غذا کلیدی است. همکاری بین بخش سلامت انسان و دام در مبارزه با مقاومت ضد میکروبی حیاتی است. هماهنگی برای اطمینان از تولید مواد غذایی سالم‌تر و ایمن‌تر در کل زنجیره تأمین مواد غذایی از مدل‌های تولید و فرآوری بهتر و پایدارتر گرفته تا سیستم‌های برچسب‌گذاری دقیق و

آگاهانه تغذیه مورد نیاز است. همچنین پیوندهای مهمی با سایر بخش‌ها مانند تجارت، محیط‌زیست، حمایت از مصرف‌کننده و آموزش وجود دارد.

از منظر دیپلماسی سلامت، مکانیسم‌های چندجانبه موجود فرصت‌هایی را برای گفتگو و همکاری بین بخشی فراهم می‌کنند، از جمله کمیسیون مقررات مواد غذایی، کنفرانس‌های بین‌المللی سازمان خواربار کشاورزی و سازمان جهانی بهداشت (FAO/WHO) در مورد تغذیه، مکانیسم‌های تحت معاهدات مربوطه سازمان جهانی تجارت مانند توافقنامه به کارگیری اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی و موافقت‌نامه موانع فنی تجارت و همکاری سه‌جانبه (FAO-OIE-WHO) در مورد مقاومت ضد میکروبی.

آب برای سلامتی بسیار مهم است. دسترسی به آب پاک و تأسیسات بهداشتی یک حق اساسی بشر است و بهبود چنین دسترسی یک هدف مهم در اهداف توسعه پایدار است. مسائل کلیدی مرتبط با آب شامل استانداردهای کیفیت، تأمین آب، ایمنی، دسترسی، ذخیره‌سازی و تصفیه فاضلاب است. همکاری بین بخش‌های سلامت و مدیریت آب در سطح ملی و محلی برای سلامت عمومی اساسی است.

در سطح بین‌المللی، سلامت اغلب از طریق دیپلماسی آب که در مورد حل اختلافات و درگیری‌ها بر سر منابع آبی مشترک (و اغلب کمیاب) به نفع همکاری، ثبات و صلح، ترویج می‌شود. چندین مکانیسم منطقه‌ای از دیپلماسی آب از جمله رابط آن با سلامت حمایت می‌کنند. پروتکل آب و سلامت (به کنوانسیون آب) نمونه خوبی از یک واکنش چندجانبه هدفمند در حوزه سراسر اروپایی است. مکانیسم‌های منطقه‌ای دیگر با ایجاد همکاری گسترده‌تر در مدیریت آب، بر سلامت تأثیر می‌گذارند. به عنوان مثال می‌توان به کمیسیون رودخانه مکونگ در آسیا، منشور آب حوضه دریاچه چاد در آفریقا،

دستورالعمل چارچوب آب اتحادیه اروپا و توافقنامه آبخوان گوارانی در آمریکای جنوبی اشاره کرد. گفت‌وگوی ملی بین بخشی به این همکاری کمک شایانی می‌کند.

حمل و نقل از بسیاری جهات با سلامتی مرتبط است. نگرانی‌های کلیدی مرتبط با حمل و نقل شامل ایمنی جاده‌ها، آلودگی هوا، آلودگی صوتی، ازدحام، انتشار گازهای گلخانه‌ای، محدودیت‌های تحرک و سبک زندگی بی‌تحرک است. ترویج حمل و نقل عمومی ایمن، قابل دسترس و مقرون به صرفه، همراه با پیاده روی و دوچرخه سواری، می‌تواند به طور قابل توجهی سلامت جمعیت را بهبود بخشد. رابط بین حمل و نقل و سلامت نیز با سیاست‌های زیست محیطی و برنامه ریزی شهری و به طور کلی تر، با توسعه پایدار مرتبط است. گفت‌وگوی بین بخشی و چندبخشی در داخل کشورها برای بهبود پیامدهای سلامت مرتبط با حمل و نقل ضروری است. چنین گفتگوهایی اغلب در مجامع چندجانبه برگزار می‌شود. به عنوان مثال، کنفرانس‌های وزیران در مورد ایمنی راه، دهه اقدام سازمان ملل برای ایمنی راه ۲۰۲۱-۲۰۳۰، برنامه سراسر اروپایی حمل و نقل، بهداشت و محیط زیست که به طور مشترک توسط سازمان جهانی بهداشت و کمیسیون اقتصادی سازمان ملل متحد برای اروپا (UNECE) انجام شد و نشست‌های مختلف چندجانبه در مورد آلودگی هوا، فعالیت بدنی و بیماری‌های غیر واگیر درگیر بودند.

۱۱.۲ پیوندهای در حال ظهور با سایر بخش‌ها

اثرات سلامت در بخش‌هایی که در قسمت بالا مورد بحث قرار گرفتند مدت‌هاست که تأیید شده است. با این حال، جهانی شدن و تأثیر بیشتر عوامل فراملی بر سلامت منجر به برجسته تر شدن برخی دیگر از بخش‌ها در این زمینه شده است.

اجرای قانون نقش فزاینده‌ای در سلامت عمومی ایفا می‌کند. حوزه‌های تعامل بین دو بخش شامل پیشگیری از خشونت، سوءاستفاده از الکل و مواد مخدر، ایمنی جاده‌ها،

مسائل جنسی، مدیریت سلامت روان، قاچاق انسان و اخیراً تجارت غیرقانونی محصولات دخانیات (به همراه گمرک، بخش دیگری از پیوند در حال ظهور با سلامت است) و به طور گسترده تر، پیوند سلامتی به ایمنی جامعه، حفاظت عمومی، مهاجرت، مدیریت شیوع بیماری و سلامت در زندان‌ها نیز گسترش می‌یابد. همکاری بین بخش‌های سلامت و اجرای قانون می‌تواند منجر به بهبود نتایج سلامت در کشورها شود. چنین همکاری‌هایی به تقویت دیپلماسی بین بخشی در مجامع بین‌المللی به‌عنوان مثال، فرآیندها و مکانیسم‌های تحت نظارت سازمان مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)، مذاکرات برای عملیاتی کردن پروتکل برای حذف تجارت غیرقانونی محصولات دخانی و بحث‌های جهانی در مورد ایمنی جاده‌ها و خشونت کمک می‌کند. پیوند بین مهاجرت و سلامتی جدید نیست، اما در قرن بیست و یکم توجه خاصی را به خود جلب کرده است. این حوزه‌ای است که در آن دیپلماسی چندبخشی و چندجانبه باید یکدیگر را تقویت کنند. برای رفع نیازهای سلامتی پناهندگان و مهاجران و فشاری که آن‌ها بر سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کشورهای ترانزیت و مقصد وارد می‌کنند، اقداماتی در داخل و خارج از بخش سلامت لازم است. چندین بخش غیرسلامت از جمله آموزش، اشتغال، تأمین اجتماعی، مسکن، اجرای قانون و سیاست خارجی، از نزدیک درگیر این پیوند هستند. به طور گسترده تر، پیوند سلامت و مهاجرت مستقیماً با ارزش‌های اساسی برابری، همبستگی و حقوق بشر مرتبط است. پیمان جهانی برای مهاجرت ایمن، قاعده مند و پیمان جهانی پناهندگان (هر دو تحت حمایت سازمان ملل متحد) که اخیراً به تصویب رسیده است (همراه با نشست‌های مرتبط در سازمان جهانی بهداشت، سازمان بین‌المللی مهاجرت (IOM) و دفتر عالی سازمان ملل کمیساریای پناهندگان (UNHCR)) فرصت‌های بیشتری برای گفتگوهای چندبخشی و چندجانبه ایجاد کرده‌اند.



یکی دیگر از پیوندهای نوظهور، پیوند بین سلامت و فناوری اطلاعات و بخش ارتباطات از راه دور است که با افزایش علاقه به سلامت دیجیتال در سراسر جهان گواهی می‌دهد؛ بنابراین، سازمان جهانی بهداشت همکاری با اتحادیه بین‌المللی مخابرات را آغاز کرده است، یک پلت فرم چند رشته‌ای ایجاد کرده و اولین مجموعه دستورالعمل‌های خود را در مورد مداخلات سلامت دیجیتال (۲۰۱۹) صادر کرده است. همه این تحولات فرصت‌های جدیدی را برای تقویت گفت‌وگوی بین بخشی ایجاد کرده است.

۱۱.۳ نقش بخش سلامت در همکاری‌های بین بخشی

بخش سلامت نقش اصلی را در گفتگو و هماهنگی بین بخشی ایفا می‌کند. از وزارت بهداشت انتظار می‌رود که چنین هماهنگی‌هایی را آغاز کنند، از راه‌حل‌های مشترک حمایت کنند، شواهد ارائه دهد، درباره پاسخ‌ها مذاکره کنند و الگو برداری کنند. به طور قابل توجهی، وزارت بهداشت در اکثر کشورها در نمایندگی منافع سلامت در سایر بخش‌ها چندان ماهر نیستند. این اغلب در دیپلماسی سلامت یک مسئولیت است.

از منظر دیپلماسی سلامت، مهم است که وزارتخانه‌های بهداشت در بالا بردن مسائل سلامت در دستور کار سیاسی و سیاست خارجی کشورهای خود پافشاری کنند. این امر نفوذ و قدرت تشکیل بخش سلامت را با توجه به گفتگوهای چندبخشی در عرصه داخلی

و بین‌المللی تقویت می‌کند.

رویکردهای دیگری نیز وجود دارد که بخش سلامت باید در برخورد با مسائل بین بخشی در نظر بگیرد. به‌عنوان مثال، توصیه می‌شود به‌جای ادامه تصمیمی که صرفاً توسط وزارت بهداشت گرفته می‌شود، برای تصمیم‌گیری کل دولت در مورد موضوعاتی که تأثیر چندبخشی مهمی دارند، تلاش شود. به‌طور مشابه، گفت‌وگو با پارلمان‌ها و بازخورد آن‌ها در مورد موضوعات عمده چندبخشی می‌تواند حمایت سیاسی (و اغلب قانونی) را که پارلمان‌ها قادر به ارائه آن هستند، تقویت کند.

انجام ارزیابی اثرات سلامت قوانین و ابتکارات اقتصادی عمده در مراحل اولیه ابزار دیگری است که وزارتخانه‌های بهداشت می‌توانند و اغلب از آن به‌طور مؤثر استفاده می‌کنند. درنهایت، بخش سلامت باید از پتانسیل اسناد حقوقی بین‌المللی مرتبط برای دستیابی به پاسخ‌های بین بخشی بهتر استفاده کند. به‌عنوان مثال، کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات^۱ تعهدی الزام‌آور است که بر چندین بخش غیر سلامت تأثیر می‌گذارد. به‌طور مشابه، اجرای همه‌جانبه معاهدات مختلف غیرسلامت (شامل حوزه‌هایی مانند حقوق بشر، کار و محیط‌زیست) که اکثر کشورها طرف آن هستند، می‌تواند به بهبود نتایج سلامت ملی کمک کند.

1- WHO Framework Convention on Tobacco Control

فصل دوازدهم:

انجام مذاکرات سلامت جهانی

دوازده نکته برای مذاکرات سلامت جهانی موفق

۱. برای همه سناریوها آماده باشید
۲. با ارائه یک نقشه راه روشن، جدول و برنامه زمانی مشخص شروع کنید
۳. اعتمادسازی با دبیرخانه (کارکنان WHO)
۴. موضوع را درک کنید: آن را بخوانید و با کارشناسان مشورت کنید
۵. شرکای خود و نقاط قوت و ضعف آنها را بشناسید. مشخص کنید که تا چه حد مایل به سازش هستند (خط قرمزهای آنها) را در نظر بگیرید که آنها چقدر ممکن است در موقعیت‌های خود انعطاف‌پذیر باشند
۶. شناسایی هرگونه منافع شخصی: جاه‌طلبی‌های شخصی، برنامه‌های ژئوپلیتیک و غیره
۷. ایجاد اتحاد با کشورهای عضو کلیدی، گروه‌های همفکر در مراکز مذاکره، دیپلمات‌های دیگر و غیره
۸. قوانین و آیین‌نامه (سازمان) را بشناسید و اعمال کنید
۹. با بافت فرهنگی سازگار شوید
۱۰. از تاکتیک‌ها آگاه باشید: زمان بخواهید، سازش‌های سازنده، بسته‌ای از پیشنهادات، راه‌حل‌های احترام‌آمیز و ...

۱۱. گزینه‌های خارج از اتاق کنفرانس را در نظر بگیرید: جلسات جانبی

غیررسمی، استراحت، زمان صرف قهوه و چای

۱۲. به یاد داشته باشید که تا زمانی که همه چیز توافق نشده باشد، هیچ چیز توافق

نشده است^۱

۱۲.۱ شایستگی‌های دیپلماسی سلامت

شایستگی را می‌توان به‌عنوان مجموعه‌ای از مهارت‌ها، دانش و نگرش‌ها تعریف کرد که افراد را قادر می‌سازد تا در محل کار به‌خوبی عمل کنند. یک مطالعه کیفی اخیر وضعیت شایستگی در سرویس دیپلماتیک فنلاند را بررسی کرده است و به دنبال شناسایی ویژگی‌های اصلی یک دیپلمات شایسته بود. OECD چارچوب شایستگی را برای کارکنان در سطوح مختلف سازمان ایجاد کرده است. بسیاری از عناصر این چارچوب از نوع چک‌لیست برای دیپلماسی سلامت نیز اعمال می‌شود (به کادر ۱۵ مراجعه کنید). سازمان جهانی بهداشت مدل شایستگی خود را دارد. دیپلماسی مؤثر جهانی سلامت مستلزم کار هماهنگ متخصصان رشته‌های مختلف است که دارای مجموعه مهارت‌های متفاوتی به‌ویژه کارشناسان حوزه‌های سیاست خارجی و سلامت عمومی هستند. دیپلمات‌های سلامت ممکن است از متنوع‌ترین حوزه‌ها باشند و در نتیجه، میزان دانش آن‌ها از سلامت عمومی و سیاست‌های سلامت بسیار متفاوت است. تجربه نشان می‌دهد که نهادهای روابط خارجی که وظیفه آموزش دیپلمات‌ها را بر عهده دارند، باید آن‌ها را به دانش، مهارت‌ها و توانایی‌های بیشتری در زمینه ارتباطات سلامت، تحلیل و اخلاق سلامت عمومی مجهز کنند تا بتوانند سلامت جهانی را به‌طور مؤثرتری ارتقا دهند. به‌طور مشابه، مؤسسات سلامت عمومی که متخصصان سلامت را آموزش می‌دهند باید اطمینان حاصل کنند که این افراد مهارت‌های دیپلماتیک و دانش خوبی از زبان‌های خارجی و

1- Remember that nothing is agreed until everything is agreed

مسائل سیاست خارجی کسب می‌کنند.

مذاکرات در مجمع جهانی سلامت، دیپلمات‌ها و کارشناسان کشورهای عضو را ملزم می‌کند که چندین کلاه بر سر بگذارند (نقش‌های مختلفی ایفا کنند)، به طوری که می‌توان گفت: آن‌ها علاوه بر شرکت در ساختار رسمی مجمع جهانی سلامت (با جلسات عمومی و جلسات دو کمیته)، در جلسات گروه‌های تهیه پیش‌نویس، در رایزنی‌های منطقه‌ای و نشست‌های غیررسمی با هم‌تایان کشورهای دارای منافع مشابه و با بازیگران غیردولتی شرکت می‌کنند. تعامل غیررسمی بیشتر در جلسات هماهنگی، رویدادهای جانبی و جلسات توجیهی فنی صورت می‌گیرد. جلسات غیررسمی در زمان استراحت قهوه و پذیرایی را نیز نباید دست‌کم گرفت. بیشتر مذاکرات اساسی در داخل گروه‌های تهیه پیش‌نویس و خارج از کمیته‌ها انجام می‌شود. سازمان‌های غیردولتی معمولاً مجاز به شرکت در جلسات گروه‌های تهیه پیش‌نویس که مختص کشورهای عضو و کارکنان ضروری سازمان جهانی بهداشت است، ندارند.

اطمینان از اینکه دیپلمات‌ها ترکیبی از مهارت‌های مختلف دارند، حرفه‌ای بودن مذاکرات دیپلماسی سلامت و احتمال دستیابی به نتایج موفق را افزایش می‌دهد. تایلند به‌طور سیستماتیک مکانیزم‌ها و ظرفیت‌های ملی را برای آماده‌سازی متخصصان جوان برای دیپلماسی سلامت ایجاد کرده است. مقامات آنجا به اهمیت آموزش، توسعه مهارت‌ها و تمرین آن‌ها در موقعیت‌های واقعی زندگی مانند مجمع جهانی سلامت پی برده‌اند.

۱۲.۲ درک ارزش‌ها

ارزش‌ها، ستون‌های اساسی در مذاکرات سلامت جهانی هستند. موضوع سلامت جهانی در مورد ارائه کالاهای عمومی است. کرامت و حقوق بشر، برابری و دسترسی همگانی

اصول کلیدی هستند که باید در هنگام دستیابی به اهداف سلامت جهانی مورد توجه قرار گیرند. از آنجایی که برخی از کشورها ممکن است ارزش‌ها و ترجیحات خود را بیان کنند یا بر روش خود برای تفسیر ارزش‌های جهانی پافشاری کنند، این ممکن است در طول مذاکرات در مورد مسائل سلامت جهانی باعث ایجاد اصطکاک شود. کشورها حتی ممکن است خطوط قرمز بکشند و دستیابی به یک سازش قابل قبول را دشوارتر کنند. این اتفاق به‌ویژه در مذاکرات سلامت جهانی بیشتر می‌افتد. به‌عنوان مثال، مذاکرات نیویورک در سال ۲۰۱۶ در مورد سند نتیجه نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد مشکل جهانی مواد مخدر نتوانست بر خط قرمز ترسیم‌شده توسط کشورهای مخالف لغو مجازات اعدام برای جرائم مرتبط با مواد مخدر فائق آید. کشورهایی که مجازات اعدام برای چنین جرائمی را نقض حقوق بشر می‌دانند، سرانجام موافقت کردند که از موقعیت خود دست بکشند و اعلامیه‌ای را امضا کنند که در آن به لغو مجازات اعدام اشاره نشده بود. با این حال، در عرض چند دقیقه پس از تصویب بیانیه، این کشورها نظرات مخالف خود را در مجمع عمومی ارائه کردند و ملاحظات خود را در مورد متن اعلامیه ابراز کردند. آن‌ها به وضوح احساس می‌کردند که نداشتن اعلامیه تأییدشده به‌عنوان نتیجه نشست ویژه خطر بیشتری برای سلامت جهانی و حقوق بشر در آینده خواهد داشت تا اینکه با اکراه موافقت کنند که این موضوع را از متن خارج کنند.

تعدادی از موضوعات در مذاکرات سلامت جهانی وجود دارد که در آن کشورها ارزش‌های جهانی را در تضاد با ارزش‌ها یا منافع خود می‌دانند. از جمله این موضوعات، دسترسی عادلانه به داروها (که چالشی برای چارچوب‌های مالکیت فکری و منافع صنایع ملی داروسازی ایجاد می‌کند)، حقوق جنسی و باروری؛ حقوق اقلیت‌های جنسی؛ تأمین مالی سلامت از پرداخت از جیب شهروندان (مفهومی غیرقابل قبول برای برخی کشورها)؛ و کاهش آسیب (علی‌رغم توصیه سازمان جهانی بهداشت، چنین مداخلات پزشکی برای

تعدادی از کشورهای عضو غیر قابل قبول است).

کشورها ممکن است گاهی خطوط قرمز خود را بر اساس ملاحظات تجربی نه استدلال‌های مبتنی بر ارزش ترسیم کنند. به عنوان مثال، مخالفت فنلاند با واکسیناسیون همه در برابر هپاتیت B بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک ملی و ملاحظات مقرون به صرفه است. با این حال، این موضع با مفهوم پوشش واکسیناسیون جهانی باهدف دستیابی به ریشه‌کنی نهایی بیماری مغایرت دارد.

۱۲.۳ تاکتیک‌های مذاکره و حل تعارض

تاکتیک‌های اصلی مذاکره چیست و چرا سازمان جهانی بهداشت تصمیم‌گیری با اجماع را ترجیح می‌دهد؟

در مذاکره، «تاکتیک‌ها» به استفاده ماهرانه از ابزارهای موجود برای رسیدن به یک نتیجه دلخواه اشاره دارد. دو نوع مختلف از تاکتیک‌های مذاکره را می‌توان در دیپلماسی سلامت جهانی متمایز کرد: تاکتیک‌های سیاست و رزانه^۱ (چانه‌زنی یکپارچه) و تاکتیک‌های معامله‌گرایانه^۲ (چانه‌زنی توزیعی^۳).

در تاکتیک‌های نوع سیاست، طرفین دیدگاه‌ها و ارزش‌های خود را به اشتراک می‌گذارند و برای سازش‌های معقول (یا یک موقعیت برد-برد) تلاش می‌کنند، همان‌طور که معمولاً در جریان مذاکرات هیئت‌های حکمرانی سازمان جهانی بهداشت اتفاق می‌افتد. در تاکتیک‌های معامله‌گرایانه، جنبه‌های قدرت رایج است: یک طرف

1- Policy type tactics

2- Transaction-type tactics

۳- چانه‌زنی توزیعی اغلب مملو از تعارض است، زیرا هر دو طرف در تلاش برای از دست دادن کمتر از طرف مقابل، موقعیتی غیر قابل حل را حفظ می‌کنند. چانه‌زنی یکپارچه معمولاً کمتر با تنش همراه است، زیرا هر دو طرف با تمایل به سازش برای دستیابی به اجماع وارد مذاکره می‌شوند.

معمولاً به قیمت از دست دادن، طرف دیگر برنده می‌شود، برای مثال هنگام مذاکره در مورد یک قرارداد تجاری برای تهیه دارو.

سیستم سازمان ملل تصمیم‌گیری با اجماع را ترجیح می‌دهد زیرا به نتایج مذاکرات مشروعیت می‌بخشد: در این صورت احتمال بیشتری وجود دارد که اجرا شوند و از نظر سیاسی هزینه کمتری داشته باشند. با این حال، این رویکرد اغلب وقت‌گیر است، شکاف‌های سیاسی و ایدئولوژیک را پنهان می‌کند و می‌تواند مانع از اقدام سریع در مواقع اضطراری شود.

چانه‌زنی یکپارچه یا برد-برد به این معنی است که طرفین به دنبال یافتن راه‌حلی هستند که وضعیت همه را بهتر کند. این رویکرد مستلزم همکاری طرفین و رسیدن به مصالحه با دادن برخی امتیازات است. این راهبرد مذاکره ترجیحی در دیپلماسی سلامت است.

عناصر اساسی چانه‌زنی یکپارچه در مذاکرات عبارت‌اند از:

۱. شناسایی منافع - تلاش برای درک منافع هر یک از طرفین و اینکه چگونه می‌توان آن‌ها را از طریق راه‌حل برد-بردارضا کرد.
۲. افراد - جدا کردن افراد از مشکل. هر چه رابطه بین مذاکره‌کنندگان بهتر باشد، احتمال دستیابی به بهترین راه‌حل برد-برد بیشتر خواهد بود.
۳. گزینه‌های جایگزین (آلترناتیوها) - مهم است که حتی قبل از شروع مذاکرات در مورد گزینه‌های جایگزین فکر کنید. اگر مذاکرات به توافق منتهی نشود، وجود گزینه‌های جایگزین به این معناست که می‌توان مذاکرات را بعداً از سر گرفت.

۴. گزینه‌ها- پیشنهاد گزینه‌های واقع‌بینانه همراه با طرف‌های دیگر به دستیابی به راه‌حل برد-برد کمک می‌کند. این را می‌توان از طریق طوفان فکری جمعی انجام داد.

۵. معیارها یا مشروعیت- گاهی اوقات ممکن است اتفاق بیفتد که دو (یا چند) طرف راه‌حل‌های ناسازگاری را پیشنهاد کنند. در چنین مواردی، انتخاب یک راه‌حل، حتی اگر منصفانه به نظر برسد، می‌تواند منجر به رنجش شود. در عوض، تصمیم‌گیری مشترک ممکن است به دستیابی به توافق کمک کند.

۶. تعهدات- مذاکرات تنها در صورتی می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد که همه طرف‌ها به نتیجه احترام بگذارند و به وعده‌های خود عمل کنند.

۷. ارتباط- مهارت‌های ارتباطی خوب برای دستیابی به بهترین راه‌حل مهم است و ممکن است به غلبه بر بدبینی یا خصومت طرف‌های دیگر کمک کند.

چانه‌زنی توزیعی یا برد - باخت یک راه‌برد چانه‌زنی رقابتی است که در آن یک طرف فقط در صورتی سود می‌برد که طرف دیگر چیزی را از دست بدهد. مذاکرات سلامت جهانی سعی می‌کند از چنین وضعیتی جلوگیری کند. هدف نهایی، در رویکرد چانه‌زنی توزیعی، دستیابی به یک موقعیت برد-برد نیست، بلکه این است که یک طرف تا آنجا که می‌تواند برنده شود. هر دو طرف سعی خواهند کرد حداکثر سهم را از دارایی یا منبعی که باید توزیع شود، به دست آورند.

راهبردهای مذاکره توزیعی	راهبرد مذاکره یکپارچه
مذاکره توزیعی به یک تکنیک مذاکره اشاره می‌کند که در آن طرفین سعی می‌کنند از منابع مشخص حداکثر ارزش را برای خود به دست آورند.	مذاکره یکپارچه را می‌توان به‌عنوان راهبرد مذاکره توصیف کرد که تلاش می‌کند تا اختلاف را با راه‌حلی قابل قبول دوجانبه حل و فصل کند.
مذاکره توزیعی یک راهبرد رقابتی است.	مذاکره یکپارچه از رویکرد مشارکتی استفاده می‌کند.
مذاکره توزیعی جهت‌گیری برد-باخت دارد.	مذاکره یکپارچه مبتنی بر جهت‌گیری برد-برد است.
وقتی منابع محدود هستند، مذاکره توزیعی بهتر است.	مذاکره یکپارچه زمانی استفاده می‌شود که منابع فراوان باشد.
در مذاکره توزیعی، منافع شخصی و سود فردی طرفین باعث ایجاد انگیزه در طرفین می‌شود.	در مذاکرات یکپارچه منافع و منفعت متقابل به‌عنوان انگیزه‌ای برای طرفین درگیر عمل می‌کند.
مذاکره توزیعی تنها یک موضوع را در یک‌زمان مورد بحث قرار می‌دهد.	چندین موضوع در یک مذاکره یکپارچه در نظر گرفته می‌شود.
محیط کنترل‌شده و انتخابی در یک مذاکره توزیعی وجود دارد.	فضای ارتباطی در یک مذاکره یکپارچه باز و سازنده است.

چگونه تعارضات را مدیریت کنیم؟

در هر نقطه از مذاکره ممکن است تعارض ایجاد شود. شایع‌ترین علت تضاد، تضاد منافع است. حل تعارض تا حد زیادی به استفاده از تاکتیک‌های زیر بستگی دارد:

۱. توسعه روابط شخصی خوب و اعتماد متقابل با سایر طرف‌های مذاکره و درک دیدگاه، پیشینه فرهنگی، علایق و محدودیت‌های آن‌ها بسیار مهم است. یک شام غیررسمی در اوایل مذاکرات می‌تواند دستاوردهای زیادی در این زمینه داشته باشد. استفاده از طنز گاهی اوقات می‌تواند به کاهش تنش کمک کند. وقت گذاشتن نیز می‌تواند جو را آرام کند.
۲. درک پیشینه خود مذاکره و طرف‌های مختلف و همچنین شناسایی موضوعات مهم، ضروری است. اگر به نظر محتمل به نظر می‌رسد که یک طرف خاص امتیاز نمی‌دهد، نزدیک شدن به سایر بازیگران کلیدی با نظرات مشابه آن حزب می‌تواند از نظر شناسایی راه‌های دستیابی به سازش مفید باشد.
۳. بیانیه‌های آغازین در مذاکرات حیاتی است زیرا معیاری برای انتظارات همه طرف‌های ذینفع تعیین می‌کند. بیانیه افتتاحیه خوش‌بینانه انتظارات زیادی را ایجاد می‌کند، اما خطر این است که اگر توافق حاصل از آن انتظارات کمتر باشد، ممکن است به عنوان شکست تلقی شود، حتی اگر در واقع یک نتیجه خوب باشد.
۴. بیان مجدد اهداف مشترک اصلی از جمله اصول اساسی که زیربنای سلامت جهانی و حقوق بشر است، به یادآوری ارزش‌های مشترک شرکت‌کنندگان کمک می‌کند.
۵. توافق بر روی معیارهای عینی نتایجی که باید به دست آیند می‌تواند بسیار مفید باشد، زیرا پس از آن روشی عملی برای ارزیابی راه‌حل‌های مختلف پیشنهادی وجود دارد.
۶. حل خلاقانه مشکل برای ارائه راه‌حل‌های جدید حتی در طول مذاکرات رسمی امکان‌پذیر است، اما مستلزم آن است که رئیس رهبری نشان دهد و طرفین به یکدیگر اعتماد کنند.
۷. به‌طور کلی، مذاکره‌کنندگان از موضع محافظه‌کارانه شروع می‌کنند که

منعکس کننده منافع خودشان است. آن‌ها سپس امتیازاتی می‌گیرند و اغلب با حرکات بزرگ‌تر شروع می‌کنند و در پاسخ به امتیازاتی که طرف‌های دیگر داده‌اند، به تعدیل‌هایی در مقیاس کوچک می‌پردازند.

۸. اگرچه ممکن است رسیدن به یک نتیجه خاص مهم به نظر برسد، اما اگر این امر تنها با به خطر انداختن تصویب یا اجرای توافقنامه بعدی توسط طرف‌های دیگر قابل انجام باشد، پیروزی در جریان مذاکرات بی‌معنی خواهد بود؛ بنابراین حیاتی است که تا حد امکان بسیاری از طرفین باید از نتیجه راضی باشند.

۹. طرف‌های مذاکره باید به خاطر داشته باشند که تا زمانی که همه چیز توافق نشده باشد، هیچ چیز توافق نمی‌شود. این اغلب به این معنی است که بین بخش‌های مختلف سند به موضوعات قبلی و بعدی می‌رویم و روی چندین موضوع به‌طور هم‌زمان توافق می‌کنیم.

۱۰. اغلب جلسات آخر شب به‌خصوص در روز پایانی برگزار می‌شود، با نزدیک شدن ضرب الاجل برای نتیجه‌گیری مذاکرات، فشار بیشتری بر طرفین برای دستیابی به توافق ایجاد می‌کند. این بدان معناست که دیپلمات‌ها باید برای ساعات طولانی آماده باشند.



۱۲.۴ آگاهی از قوانین و مقررات

درک خوب قوانین و رویه‌های مربوطه در مذاکرات چندجانبه بسیار مهم است. در سازمان جهانی بهداشت، آیین‌نامه نهادهای حاکم، شرح مذاکرات را تعیین می‌کند و تعیین می‌کند که چه کسی در چه زمانی و در چه شرایطی می‌تواند صحبت کند. آیین‌نامه نیز می‌تواند توسط هیئت‌ها برای کسب امتیازات تاکتیکی مورد استفاده قرار گیرد.

برخی از اصطلاحات کلیدی در زیر تعریف شده است:

۱. **رویه**^۱ به نحوه برگزاری نشست اشاره دارد که در آیین‌نامه داخلی آمده است.
۲. **آیین‌نامه**^۲ به سندی اشاره دارد که به‌طور مفصل نحوه عملکرد یک نشست را توضیح می‌دهد. آیین‌نامه، مسئولیت‌های رئیس را مشخص می‌کنند و از جمله نحوه برخورد با یک طرح و پیشنهاد نحوه اداره جلسه و نیز عواقب نقض قوانین را توضیح می‌دهند. در مورد نشست‌های رسمی روتین، آیین‌نامه معمولاً در جلسات قبلی مورد توافق قرار گرفته است. برای یک نشست‌های رسمی جدید، آیین‌نامه باید توسط همه طرف‌ها قبل از شروع جلسه مورد توافق قرار گیرد.
۳. **فرآیند**^۳ به روشی که در آن یک پیشنهاد رسیدگی می‌شود، به‌ویژه به‌عنوان مراحل مربوطه اشاره دارد. کلیه فرآیندهای رسمی مربوطه نیز در آیین‌نامه تشریح شده است.

۱۲.۵ درک بازیگران و شرکای سلامت جهانی در کشور

مهارت‌های دیپلماتیک با توسعه توانایی گوش دادن و درک نظرات دیگران شروع

1- Procedure

2- Rules of procedure

3 -Process

می‌شود. بازیگران در زمینه سلامت جهانی تنوعی از دولت، دانشگاه، بخش خصوصی، جوامع محلی و جامعه مدنی هستند. برای موفقیت در دیپلماسی سلامت، قبل از هر چیز لازم است از حمایت مقامات ملی استفاده شود. علاوه بر این، مستلزم ایجاد یک پایگاه مذاکره قوی در ژنو (و سایر مراکز بین‌المللی) با آشنایی با موضوعات مورد بحث و استفاده از تحلیل‌های جامع انجام‌شده توسط کارشناسان، جامعه مدنی و سایر ذینفعان مرتبط است. یک موضع که با دقت آماده‌شده است باید توسط دولت مورد توافق قرار گیرد. چندین مهارت برای این وظایف ضروری است، از جمله توانایی ایجاد یک رابطه کاری خوب با مقامات در پایتخت‌ها و با دیپلمات‌های دیگر در نشست‌های که در آن مذاکرات در حال انجام است.

اولین ورودی در دولت، دیپلمات‌های وزارت‌های امور خارجه و سیاست‌گذاران در حوزه سلامت خواهند بود. در وزارت خارجه، باید با مشاوران سیاسی وزیر، دیپلمات‌هایی که روابط با سازمان ملل متحد و سایر سازمان‌های چندجانبه را مدیریت می‌کنند و دیپلمات‌هایی که با نهادهای قاره‌ای/منطقه‌ای و با آژانس‌هایی که کمک‌های توسعه بین‌المللی دوجانبه ارائه می‌کنند، مشورت کرد.

درک نقش و اهداف راهبردی وزارت بهداشت، همراه با شناسایی بازیگران کلیدی در سیاست‌گذاری در داخل وزارتخانه نیز ضروری است. وزارت بهداشت اغلب بر سلامت و ایمنی عمومی در داخل مرزهای ملی متمرکز است و عموماً به مسائل جهانی به‌جز بیماری‌های قابل انتقال، آمادگی اضطراری و اجرای مقررات بین‌المللی بهداشت، توجه کمتری دارد.

گفت‌وگوی درون‌کشوری در دولت باید به سایر وزارتخانه‌ها - از جمله وزارتخانه‌هایی که مسئول دارایی، تجارت و کشاورزی (یعنی موضوعاتی که تحت رویکرد "یک سلامت" قرار می‌گیرند)، و همچنین در زمینه آموزش، برابری جنسیتی و خانواده و نیز

به نهادهای تخصصی، مانند آژانس ملی که وظیفه ارزیابی و نظارت بر فرآورده‌های دارویی گسترش یابد. (ارتباط بین سلامت و سایر بخش‌ها به‌طور مفصل در فصل ۱۱ توضیح داده شده است).

۱۲.۶ درک مواضع سایر بازیگران

مذاکرات با دولت‌های دیگر در پایتخت‌های مختلف انجام می‌شود، اما بیشتر به‌عنوان «دیپلماسی خط مقدم»^۱ در ژنو و نیویورک و همچنین در مجامع چندجانبه انجام خواهد شد. در ژنو، مذاکرات در درجه اول شامل دیپلمات‌ها می‌باشند. در دیگر نشست‌ها مذاکره مانند گروه هفت یا گروه بیست، دیپلمات‌های خط مقدم درگیر در مذاکره «شری» نامیده می‌شوند.

از این نظر، ایجاد و گسترش تماس‌های شخصی و ایجاد شبکه‌ها دارای اهمیت برای مذاکرات آتی است. شبکه‌ها ممکن است به شکل ساختارها یا اتحادهای رسمی باشند. باین‌حال، مؤثرترین شبکه‌ها غیررسمی و مبتنی بر روابط بین فردی هستند.

ایجاد رابطه خوب با هیئت‌های همفکر و ایجاد اتحاد برای حصول نتیجه مطلوب در مذاکرات ضروری است. اتحادها ممکن است با کشورهای شریک طبیعی (به‌عنوان مثال، در یک بلوک منطقه‌ای یا سیاسی) یا به‌صورت موقت، بسته به موضوعی که در حال بحث است، ایجاد شود. اگرچه یک دولت شریک ممکن است دیدگاه‌های متفاوتی داشته باشد، اما این نباید تلاش برای ایجاد رابطه شخصی با نمایندگان خود را رد کند.

احترام گذاشتن به نظرات دیگران و حساس بودن به تفاوت‌های فرهنگی بسیار مهم است. علاوه بر مهارت‌ها، همدلی (یعنی توانایی دیدن جهان از دیدگاه دیگران) و هوش هیجانی (یعنی ظرفیت درک احساسات خود و دیگران) می‌تواند حیاتی باشد. همیشه

مؤدب بودن به ادامه بحث کمک می‌کند، حتی در یک زمینه پرتنش و دشوار.

درک موقعیت یک شریک به صبر و توانایی برای کنار گذاشتن عقاید برای مدتی نیاز دارد. اگرچه ممکن است درک دلایل موضع سایر احزاب دشوارتر باشد. گاهی اوقات دلایل بلافاصله آشکار می‌شوند برای مثال، اگر مذاکره در مورد موضوعی باشد که یک هیئت دیگر به‌طور مداوم در مورد آن موضع قوی اتخاذ کرده است (مثلاً ایالات متحده در مورد سلامت جنسی و باروری، یا فدراسیون روسیه در مورد کاهش آسیب) و گاهی اوقات دلایل کمتر آشکار هستند، به‌خصوص اگر به موضوع دیگری در دستور کار سیاسی یا تجاری کشور مربوطه مرتبط باشند؛ بنابراین، سلامت ممکن است به‌عنوان وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف دیگر، مانند ارتقای صادرات دارو و زیرساخت‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد. در موارد دیگر، ممکن است موضع اتخاذ شده توسط یک کشور مذاکره‌کننده، عمداً اهداف سیاسی یک طرف ثالث را پیش ببرد. نه تنها گوش دادن به آنچه گفته می‌شود، بلکه نحوه بیان آن نیز ضروری است تا فرد بتواند به مناسب‌ترین روش پاسخ دهد.

در نهایت، **قاطعیت** شرط لازم برای تأثیرگذاری بر دیگران و حرکت به سمت راه‌حل سازش در مذاکرات است. قاطعیت را نباید صرفاً به‌عنوان مهارت شخصی دید، بلکه تحت تأثیر آمادگی کامل شخص برای مذاکرات نیز قرار دارد.

تعامل با سازمان‌های غیردولتی

جوامع مدنی بطور کل، ذینفعان کلیدی در سلامت جهانی هستند. حضور نمایندگان جامعه مدنی به‌طور معناداری در مشارکت اقدامات مقدماتی مذاکرات در مورد مسائل سلامت جهانی ضروری است.

سازمان‌های غیردولتی فعال در حوزه سلامت می‌توانند دیدگاه‌های بیماران را به میز

مذاکره بیاورند. آن‌ها اغلب می‌توانند راحت‌تر از دولت‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به جوامع آسیب‌پذیر و بدنام شده دسترسی پیدا کنند. مشارکت جامعه مدنی و جوامع محلی تضمین می‌کند که برنامه‌های مراقبت بهداشتی و درمانی بیشتر به نیازهای مردم پاسخ می‌دهند.

جامعه مدنی با جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌هایی که نهادهای عمومی نمی‌توانند به راحتی به آن‌ها دسترسی داشته باشند، نقش مهم دیگری ایفا می‌کند. برای مثال، شبکه‌های سازمان‌های جامعه مدنی در اوراسیا و سایر بخش‌های جهان، بیشتر داده‌های اپیدمیولوژیک در مورد اچ‌آی‌وی را در رابطه با کارگران جنسی و مردانی که با مردان رابطه جنسی دارند، در کشورهایی جمع‌آوری کرده‌اند که این گروه‌ها انگ و جرم‌انگاری شده‌اند.

تعامل با جامعه مدنی معمولاً به معنای ارتباط با سازمان‌ها و شبکه‌های گسترده است، نه سازمان‌های غیردولتی فردی. شبکه‌ها و سازمان‌های گسترده می‌توانند دیدگاه‌های بسیاری از سازمان‌های عضو خود را ارائه دهند و اغلب تخصص قابل توجهی در بهداشت جهانی و دیپلماسی سلامت کسب کرده‌اند. گلوبال فاند، اتحاد واکسن (Gavi) و برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز (UNAIDS) سه نهاد تصمیم‌گیری چندجانبه در سلامت جهانی هستند که در آن جوامع و جامعه مدنی به‌عنوان شرکای مذاکره‌کننده به‌خودی‌خود، نه صرفاً به‌عنوان ارائه‌دهنده ورودی برای مذاکره‌کنندگان دیگر، نمایندگی می‌شوند.

تعامل با بخش خصوصی

نظرات بخش خصوصی انتفاعی اغلب توسط دیپلمات‌ها هنگام آماده شدن برای مذاکرات چندجانبه جمع‌آوری نمی‌شود. دیپلمات‌ها تمایل دارند به‌عنوان مثال صنعت

داروسازی را در مورد موضوعات خاص مانند اقدامات آمادگی برای آنفولانزا صدای آن‌ها را بشنوند

باین حال، دیدگاه‌های بخش خصوصی در نشست‌های که مذاکرات انجام می‌شود به وضوح قابل تشخیص است. تعدادی از فدراسیون‌ها و دیگر سازمان‌های بزرگ - برای مثال، فدراسیون بین‌المللی تولیدکنندگان و انجمن‌های دارویی در ژنو و دیگر مراکز دیپلماسی سلامت حضور دارند و بسیار فعل و مشارکت دارند.

مشارکت متخصصین دانشگاهی

آماده شدن برای مذاکرات مستلزم درک جامع موضوع مورد بحث و پیامدهای قطعنامه یا اسناد دیگری است که باید مورد مذاکره قرار گیرد. اطلاعاتی است که یک دیپلمات باید از کارشناسان، معمولاً کسانی که در کشورش مستقر هستند، جستجو کند، اگرچه می‌توان با کارشناسان ملی که برای یک سازمان بین‌المللی مربوطه در ژنو کار می‌کنند نیز مشورت کرد. در یک حوزه یا اتحاد - به عنوان مثال، در میان کشورهای اتحادیه آفریقا یا اتحادیه اروپا در ژنو - کشورهای عضو ممکن است تصمیم بگیرند که وظیفه جمع‌آوری دیدگاه‌های کارشناسان را به یک کشور خاص محول کنند؛ و سعی می‌کنند ("تقسیم مسئولیت") را با تجربه موضوع در دست داشته باشید تا از تکرار تلاش‌ها جلوگیری شود.

در دنیایی پیچیده و به هم پیوسته، نیاز روزافزونی به شواهد و تخصص برای اطلاع‌رسانی سیاست‌گذاری وجود دارد. تجزیه و تحلیل تخصصی توسط دانشمندان و دانشگاهیان می‌تواند تا حد زیادی از طراحی سیاست حمایت کند. دانشمندان باید بهترین شواهد موجود را به اشتراک بگذارند، اما در عین حال محدودیت‌های کاری را که علم می‌تواند انجام دهد را تصدیق کنند. سیاست‌گذاران باید پذیرای توصیه‌های علمی مستقل باشند،

حتی زمانی که این توصیه‌ها آن چیزی نیست که آن‌ها انتظار داشتند یا می‌خواستند بشنوند.

با این حال، شواهد علمی تنها یکی از انواع اطلاعاتی است که به فرآیند تصمیم‌گیری وارد می‌شود. ورودی‌های دیگر شامل ارزش‌های اخلاقی، فرهنگ، سیاست و در نظر گرفتن تأثیری است که هر تصمیم یا قطعنامه مورد مذاکره می‌تواند بر سایر حوزه‌های سیاست داشته باشد؛ بنابراین، نظرات کارشناسی نباید صرفاً از دانشگاه گرفته شود. جمع‌آوری نظرات نهادهای دولتی مرتبط، بخش خصوصی و سازمان‌های غیردولتی نیز مهم است.

کادر ۱۵: شایستگی‌های لازم برای انجام مذاکرات سلامت جهانی

۱. توانایی نمایندگی و ترکیب دو فرهنگ حرفه‌ای (بهداشت عمومی و دیپلماسی)
 ۲. دانش روابط دیپلماتیک و درک بین رشته‌ای از اینکه چگونه مسائلی مانند امنیت، تجارت، عدالت اجتماعی و توسعه بر سلامت جهانی تأثیر می‌گذارد.
 ۳. آگاهی از بازیگران جدید و نوظهور در زمینه سلامت جهانی
 ۴. آگاهی از تکامل دیپلماسی سلامت و درک مفاهیم و مکانیسم‌های کلیدی آن، از جمله حکمرانی در سلامت جهانی، کالاهای عمومی جهانی و تغییرات عمده در محیط سیاسی جهانی
 ۵. آگاهی از عوامل تعیین‌کننده سلامت جهانی و درک ارتباط آن‌ها با سایر جنبه‌های سیاست خارجی
 ۶. درک مبانی ارزشی اخلاقی و اخلاقی سلامت جهانی و چگونگی تفسیر این ارزش‌ها از دیدگاه‌های فرهنگی مختلف
 ۷. آشنایی با فرآیندهای مذاکره و مهارت در تمرین مذاکره
- قدردانی از ماهیت چندملیتی و چندجانبه دیپلماسی سلامت، از جمله:

* نقش مکان‌ها و بازیگران کلیدی و درک دیدگاه‌های آن‌ها و نحوه تعامل با آن‌ها.

* اسناد دیپلماسی سلامت: حقوق بین الملل؛ معاهدات، موافقت نامه ها، کنوانسیون ها، پروتکل ها، اعلامیه ها، راهبردها و کدها.

* مکانیسم های کلیدی دیپلماسی سلامت: حمایت، مشاوره، سازش و داوری.



۱۲.۷ ریاست جلسه و مذاکرات

نقش رئیس در مذاکرات (سلامت جهانی) چیست؟

نقش رئیس این است که اطمینان حاصل کند که فرآیند مذاکره به شیوه‌ای کارآمد و منظم، مطابق با آیین‌نامه رویه انجام می‌شود و فرآیند را به نتیجه می‌رساند. قبل از شروع مذاکرات، رئیسی انتخاب می‌شود که مورد توافق همه طرف‌ها باشد و با کمک دبیرخانه، روند رسیدگی را اداره کند. رئیس باید در مذاکرات بی‌طرف بماند. این اصل اصلی مذاکرات موفقیت‌آمیز باید به‌طور مداوم مورد حمایت قرار گیرد و اجازه داده نشود در یک زمینه ژئوپلیتیکی دشوار از بین برود.

رئیس برای موفقیت در مذاکرات سلامت جهانی بسیار مهم است. او علاوه بر اطمینان از رعایت قوانین و فرآیندهای مرسوم، تأثیر قابل توجهی بر فضای حاکم بر مذاکرات دارد. اگر مذاکرات به خوبی مدیریت نشود، دستیابی به نتایج مطلوب بسیار دشوارتر خواهد بود.

وظایف رئیس چیست؟

نقش رئیس در تمام مراحل فرآیند مذاکره ضروری است. قبل از شروع مذاکرات، رئیس باید به طور کامل آماده شود، در مورد نتایج ممکن و مطلوب فکر کند و در نظر بگیرد که چگونه می‌توان به بهترین شکل به آن‌ها دست یافت. در طول مذاکرات، اگر طبق برنامه و در جهت دستیابی به اهداف تعیین شده پیش برود، رئیس به عنوان تسهیل کننده عمل می‌کند. با این حال، اگر مذاکرات به سمتی پیش برود که می‌تواند منجر به نتایج ناموفق شود، رئیس باید نقش فعال تری داشته باشد و راه‌حل‌های خلاقانه‌ای برای دستیابی به اهداف مورد تعقیب بیابد.

رئیس جلسه چه نوع چالش‌های ممکن است در طول جلسه و مذاکرات داشته باشد؟

از رئیس انتظار می‌رود که به عنوان واسطه یا تسهیل کننده عمل کند، نه به عنوان شخص ذینفع. در ریاست جلسات، دیپلمات‌های سلامت می‌توانند با چالش‌های زیادی روبرو شوند، از جمله:

۱. از یک طرف، اجماع سازی فرایندی زمان می‌برد (این موضوع توسط کشورهای کم درآمد که نگران نفوذ بی‌حد و حصری هستند که کشورهای ثروتمند ممکن است اعمال کنند)، از سوی دیگر، کشورهای کمک کننده اصلی، شدیداً به دنبال راه‌حل‌های سریع هستند. در پس این تضاد، می‌توان به دوراهی همیشگی سازمان جهانی بهداشت بین فنی بودن و تمایل به نقش سیاسی پی برد. با این حال، جامعه بین‌المللی در واقع به دنبال هر دو هستند، یعنی به دنبال راه‌حل‌های سیاستی مبتنی بر شواهد هستند.

۲. به دیپلمات‌های مستقر در ژنو در بحث‌ها وزن زیادی داده می‌شود. تعداد

محدودی از نمایندگی‌ها دارای یک وابسته سلامت آماده یا حتی گاهی اوقات فقط یک متخصص سلامت دارند. این منجر به رایزنی‌های وقت‌گیر با مقامات ملی در پایتخت کشورشان می‌شود.

کدام ویژگی‌ها برای هدایت موفقیت‌آمیز مذاکرات ضروری است؟

اگر رئیس می‌خواهد روند مذاکره را با موفقیت رهبری کند، باید ویژگی‌های خاصی داشته باشد:

۱. چشم‌انداز فراگیر از ارزش‌های سلامت جهانی و آگاهی از زمینه سیاسی و وضعیت از همه دیدگاه‌ها، به طوری که او بتواند موضوع را به گونه‌ای طرح‌ریزی کند که برای همه شرکت‌کنندگان قابل قبول باشد.
۲. هوش هیجانی برای درک و هم‌دلی با دیدگاه‌های مختلف و توانایی تأثیرگذاری بر تفکر و عمل در سراسر مرزهای ملی، فرهنگی و نهادی از طریق پرورش درک مشترک و احساس هدف مشترک.
۳. توانایی تشویق و استفاده از رهبری مشترک توسط افراد، مؤسسات و سازمان‌های دیگر با مهارت‌ها و دیدگاه‌های متفاوت، تشویق این افراد به اقدام مشترک برای دستیابی به اهداف مشترک؛
۴. یکپارچگی شخصیتی، خودآگاهی، صبر و خویشتن‌داری لازم برای رهبری مذاکرات به شیوه‌ای بی‌طرفانه و بیان حقیقت به قدرت در صورت لزوم و در نتیجه جلب اعتماد مردم از کشورها و سازمان‌های مختلف؛
۵. شجاعت پا را فراتر از معمول گذاشتن، به دست گرفتن ابتکار عمل و رهبری.

رئیس چگونه می‌تواند بر روند مذاکره تأثیر بگذارد؟

منابع خاصی وجود دارد که از طریق آن‌ها رئیس می‌تواند بر روند مذاکره تأثیر بگذارد:

۱. آیین‌نامه و فرآیندهای مرسوم: این‌ها اختیارات رئیس و گزینه‌های فرآیندی را تعریف می‌کنند که می‌توانند به‌طور عاقلانه برای هدایت مذاکرات در جهتی سازنده استفاده شوند (مثلاً پیشنهادهایی از نوع «متن رئیس»).
۲. جو و فضای مذاکره: رئیس نقش مهمی در تضمین مثبت و سازنده بودن جو دارد.
۳. زمان: زمان در دسترس تا حد زیادی به رئیس بستگی دارد که ممکن است زمان بیشتری را برای برخی موارد دستور کار اختصاص دهد یا زمان در دسترس را برای مداخلاتی که به نتیجه مطلوب منجر نمی‌شود محدود کند.
۴. کنترل فرصت بر انجام مداخله (صحبت کردن) افراد: رئیس تعیین می‌کند که چه کسی حق صحبت در هر زمانی از مذاکرات را دارد؛ بنابراین، او ممکن است به گروه‌هایی که کمتر مداخله کردند اجازه صحبت بدهد، و مداخلات سازنده را تشویق کند و برعکس، فرصت انجام مداخله توسط گروه‌های که مداخلات غیر سازنده دارند را محدود کند.
۵. اطلاعات: رئیس از نزدیک فرآیند مذاکره را زیر نظر دارد و معمولاً بیشترین اطلاعات را به لطف گفتگو با اعضا جلسه دارد.
۶. حمایت: طرفین درک می‌کنند که برای دستیابی به نتیجه‌ای که برای همه رضایت‌بخش باشد، باید از رئیس در طول فرآیند حمایت کنند.
۷. اعتبار: رئیس مورد توافق همه اعضا جلسه قرار گرفته است و رهبری شناخته شده مذاکرات است.

دو نمونه از دستاوردهای به یاد ماندنی در ریاست مذاکرات سازمان جهانی بهداشت در زیر آورده شده است:

۱. مذاکرات نهایی در مورد **آیین‌نامه بین‌المللی بکارگیری کارکنان**

سلامت (۲۰۱۰): مجمع جهانی سلامت در شصت و سومین جلسه خود بلافاصله پیش‌نویس کاملاً دقیق فنی را به یک گروه تهیه پیش‌نویس در یک اتاق بسته به ریاست یک متخصص با تجربه از تایلند گذاشت که به جای چالش‌های ایدئولوژیک، صرفاً بر متن تمرکز کنند. رئیس اجازه هیچ‌گونه بحث سیاسی را نداد و تا حصول اجماع متن پیش‌نویس آیین‌نامه را به صورت بند به بند بررسی کرد. با این حال، مصالحه‌های زیادی لازم بود. برای مثال، ماهیت تجویز شده در آیین‌نامه، با حذف عباراتی مانند «استانداردها» یا «رعایت» و نیز با تغییر عبارت «باید» به «باید در نظر گرفته شود» اصلاح شد. بدون این تغییرات، کشورهای هدف، این آیین‌نامه را رد می‌کردند. در طی سالیان بعد مشخص شد که بهای اجماعی که مورد تمجید کشورها قرار گرفته بود، کمبودهای بیشتری بود که در اجرای این آیین‌نامه به دلیل متن نرم آن ایجاد شد.

۲. مذاکرات **چارچوب آمادگی برای پاندمی آنفولانزای در مورد به**

اشتراک‌گذاری ویروس‌های آنفولانزا و دسترسی به واکسن‌ها و سایر منافع آن (۲۰۰۶-۲۰۱۱): پس از چهار سال رنجش تلخ، توافق در مورد چارچوب حاصل شد که ماحصل مذاکرات خارج از فرآیند رسمی و بدون محدودیت زمانی به ریاست سفرای وقت مکزیک و نروژ با مدیران ارشد شرکت‌های بزرگ بود و از این طریق توانستند موافقت کشورهای عضو را جلب کنند.

فصل ۱۳:

نمونه‌هایی از دیپلماسی سلامت

در این فصل چند نمونه اخیر از دیپلماسی سلامتی ارائه می‌شود. آن‌ها انتخاب شدند تا طیف گسترده و پیچیدگی مذاکرات چندجانبه در مورد مسائل سلامتی را در قرن بیست و یکم را منعکس کنند و همچنین برای نشان دادن ویژگی‌ها و انواع مختلف روابط در دیپلماسی سلامت در فصل‌های قبل توضیح داده می‌شود.

۱۳.۱ دسترسی به داروها

یکی از قدیمی‌ترین و بحث‌برانگیزترین موضوعات در دیپلماسی سلامت، دسترسی به دارو است. این موضوع باید در رابطه با پرسش‌های گسترده‌تری در نظر گرفته شود که چه کسی از پیشرفت علمی و فناوری سود می‌برد و دانش تا چه اندازه یک کالای عمومی جهانی است. هزینه‌های دارو دیگر تنها باری برای کشورهای در حال توسعه نیست، پیشرفت در زمینه‌هایی مانند توسعه داروهای سرطان چالش تأمین مالی را برای کشورهای پردرآمد نیز ایجاد کرده است.

سیستم جهانی شده حقوق مالکیت فکری سازمان تجارت جهانی منجر به ایجاد نسل جدیدی از فرآیندها و ترتیبات مذاکرات چندجانبه، منطقه‌ای و دوجانبه در زمینه‌های تلافی بین تجارت، مالکیت فکری و سلامت شده است. موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی به‌عنوان قانون سخت تلقی می‌شوند و مبتنی بر مکانیزم حل و فصل اختلافات الزام‌آور هستند که اعمال تحریم‌ها را برای عدم رعایت آن پیش‌بینی می‌کند. یکی از ستون‌های اصلی نظام بین‌المللی ثبت اختراع، موافقت‌نامه جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری (موافقت‌نامه تریپس)، یک توافق‌نامه حقوقی بین‌المللی بین همه

کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی است که حداقل استانداردهایی را برای مقررات دولت‌های ملی در مورد بسیاری از اشکال فکری تعیین می‌کند. توافقنامه تریپس بین سال‌های ۱۹۸۹ و ۱۹۹۰ مورد مذاکره قرار گرفت و توسط سازمان تجارت جهانی اداره شد. کشورهای در حال توسعه با بسیاری از عناصر موافقت‌نامه مخالف بودند. تا آنجا که به سلامت مربوط می‌شود، آن‌ها توانستند میزانی از "انعطاف‌پذیری" را تضمین کنند که در دور مذاکرات تجاری دوحه که در سال ۲۰۰۱ آغاز شد، تکرار شد، اما هنوز چیزهای زیادی باقی مانده است. مذاکرات در مورد مالکیت فکری، به‌ویژه، هم قدرت لابی‌گری شرکت‌های داروسازی و هم قدرت حمایت از جامعه مدنی را نشان می‌دهد. اگرچه نه شرکت‌های داروسازی و نه سازمان‌های جامعه مدنی مستقیماً در مذاکرات دخالت ندارند، اما تأثیر قابل توجهی بر مواضع ملی و افکار عمومی در کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی دارند.

دسترسی به دارو نیز موضوع بحث دائمی در سازمان جهانی بهداشت است. پس از مذاکرات غیرمعمول بحث‌برانگیز و داغ، هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت در ماه مه ۲۰۱۹ یک قطعنامه مهم (WHA72.8) را برای حمایت از افشای عمومی بیشتر قیمت‌ها برای داروها و سایر محصولات بهداشتی تصویب کرد (به مطالعه موردی ۱ مراجعه کنید). اگرچه قطعنامه‌های سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان قانون نرم به حساب می‌آیند، کشورهای عضو در این مناسبت از رویکرد معمول مبتنی بر اجماع خود به دیپلماسی سلامت خارج شدند: تعدادی از آن‌ها آشکارا مخالفت خود را با محتوای قطعنامه پیشنهادی و روند مذاکره ابراز کردند. همچنین این اولین بار بود که کمپین توثیری هماهنگ توسط جامعه مدنی راه‌اندازی شد که در آن وزرا و مقامات کشورهای مخالف این قطعنامه مورد حملات شخصی قرار گرفت.

فرآیند و روش‌های مورد استفاده در مذاکرات فوق‌الذکر نشان می‌دهد که رویکرد اجماع مبتنی بر دیپلماسی جهانی سلامت ممکن است دیگر تنها روش کار در سازمان جهانی بهداشت نباشد.

۱۳.۲ دیپلماسی واکسن

بحران کوید-۱۹ با باز کردن مجدد بحث در مورد چگونگی اطمینان از دسترسی مقرون‌به‌صرفه و عادلانه به واکسن‌های مورد نیاز عموم، به شدت زمینه دیپلماسی واکسن را احیا کرده است.

در زمان انتشار این راهنما و با شروع تولید واکسن‌ها، شکاف‌های قابل توجهی بین کشورها در سطح دسترسی به واکسن‌ها، تشخیص‌ها و لوازم ضروری وجود دارد. پیش‌بینی می‌شود که اکثر کشورهای با درآمد بالا بین سپتامبر ۲۰۲۱ تا مارس ۲۰۲۲، کشورهای با درآمد متوسط و اقتصادهای نوظهور - بین سپتامبر ۲۰۲۱ تا تابستان ۲۰۲۲، واکسن‌های کرونا را به‌طور گسترده در دسترس مردم قرار دهند. تعدادی دیگر از کشورهای با درآمد متوسط در سال ۲۰۲۲ و کشورهای کم‌درآمد بین بهار ۲۰۲۲ و ۲۰۲۳.

دیپلماسی واکسن به تمام جنبه‌های دیپلماسی سلامت جهانی مربوط به توسعه، ساخت و تحویل واکسن‌ها به‌عنوان کالاهای سلامت عمومی اشاره دارد. از جمله ویژگی‌های کلیدی دیپلماسی واکسن، پتانسیل آن در پیوستگی مداخله بشردوستانه و نقش اثبات‌شده آن در کمک به میانجیگری برای توقف خصومت‌ها و آتش‌بس در طول کمپین‌های واکسیناسیون است.

دیپلماسی مدرن واکسن با ایجاد اتحاد واکسن (Gavi)، در سال ۲۰۰۰ شروع می‌شود، پس از اینکه در اواخر دهه ۱۹۹۰ مشخص شد که پوشش شش واکسن اساسی تحت

برنامه توسعه یافته سازمان جهانی بهداشت در مورد ایمن سازی راکد یا رو به کاهش بوده است و سایر واکسن ها، از جمله واکسن های جدید، کاهش یافته است. آن هایی که بالقوه نجات دهنده زندگی بودند، برای کشورهای در حال توسعه بسیار گران بودند.

اتحاد واکسن به منظور گردهمایی آژانس های سازمان ملل متحد، دولت ها، صنعت واکسن سازی و سایر شاخه های بخش خصوصی و جامعه مدنی باهدف بهبود پوشش ایمن سازی کودکان در کشورهای فقیر و ارائه تضمین های خرید آینده برای واکسن های جدید ایجاد شد. تا سال ۲۰۱۸، برنامه های با بودجه اتحاد واکسن به بیش از ۷۰۰ میلیون کودک رسیده بود. بسیاری از کشورها به واکسن های علیه روتاویروس و هموفیلوس آنفلوانزا نوع B دسترسی پیدا کردند. اتحاد واکسن همچنین توسعه واکسن جدید علیه استرپتوکوک پنومونیه را تسهیل کرد.

شیوع سارس، آنفلوانزای H1N1، ابولا، مرس و زیکا، همراه با مشکل مقاومت ضد میکروبی، تولید، تأمین مالی و در دسترس بودن واکسن های کافی و مؤثر را به یک موضوع سیاسی حساس تر تبدیل کرده است. منافع ژئوپلیتیکی و ملی مذاکرات در مورد واکسیناسیون را با مشکل مواجه کرده است. «امنیت سازی» دستور کار سلامت عمومی، مانند لابی گری صنایع بهداشتی و دارویی، خود را در این مذاکرات احساس کرد. اصرار روزافزون بر حاکمیت ملی، مذاکرات جهانی را کند کرده است. قابل ذکر است، در طول روند طولانی نشست بین دولتی سازمان جهانی بهداشت در مورد آمادگی آنفلوانزای همه گیری برای اشتراک گذاری واکسن و ویروس های آنفلوانزا و دسترسی به واکسن ها و سایر مزایا (۲۰۰۷-۲۰۱۰)، کشورهای عضو برای سال ها نتوانستند به تفاهم برسند زیرا نتوانستند در مورد دارایی هایی که باید به کشورهای در حال توسعه ارائه شود به توافق برسند. به عنوان مثال، اندونزی تمایلی به اشتراک گذاری توالی های ویروسی نداشت. سرانجام توافقی حاصل شد که به موجب آن تولیدکنندگان دارو دیگر اجازه دسترسی به

داده‌ها و نمونه‌های سویه‌های ویروسی در گردش برای ساخت واکسن‌های آنفولانزا را نداشتند، مگر اینکه متعهد به ترتیبات تقسیم سود، از جمله ارائه درصد معینی از واکسن‌های آنفولانزا با تخفیف قیمت زیادی باشند. مزایای دیگر شامل اقداماتی مانند انتقال فناوری و بهبود دسترسی به معرف‌های تشخیصی و کیت‌های آزمایش آنفولانزا بود. منابعی که بسیاری از کشورهای کم‌درآمد قبلاً برای به دست آوردن آن تلاش می‌کردند.

پاندمی کووید-۱۹ به‌طور ناگهانی این سؤال را مطرح کرد که چگونه یک واکسن (اگر در نهایت بتوان یک واکسن مؤثر ایجاد کرد) به همه کسانی که به آن نیاز دارند دسترسی به آن خواهند داشت؟

رهبران سیاسی و جهانی خواستار آن شده‌اند که واکسن کووید-۱۹ به‌عنوان کالای عمومی جهانی در نظر گرفته شود که باید در دسترس همه باشد. اگر منافع ملی و قدرت اقتصادی تعیین کند که چه کسی به آن دسترسی پیدا می‌کند، به‌جای اصول اولیه انصاف و اطمینان از اینکه تخصیص تأثیر آن بر سلامت عمومی را بهینه می‌کند، پتانسیل کامل واکسن‌ها قابل تحقق نیست. با این وجود، کشورهای ثروتمند برای اطمینان از دسترسی شهروندان خود به واکسن، برای اطمینان از دسترسی به واکسن، عجله کرده‌اند، زیرا انتظار می‌رود که عرضه محدود باشد. این سؤالات مهمی را در مورد دسترسی به واکسن برای افراد در کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه در کشورهای با درآمد متوسط که واجد شرایط حمایت از اتحاد واکسن یا سایر مکانیسم‌های کمک بین‌المللی نیستند، ایجاد می‌کند.

وظیفه پرداختن به سؤالات کلیدی در مورد چگونگی توسعه همکاری مؤثر جهانی و اینکه چه کسانی باید به آن‌ها دسترسی داشته باشند، به دلیل نابسامانی فعلی حکمرانی چندجانبه سلامت و رویکردهای رقابتی ملی گرایانه و مبتنی بر بازار آزاد که توسط برخی

کشورها اتخاذ شده است، کنار گذاشته شده است.

از سوی دیگر، چندین ابتکار دیپلماسی واکسن وجود دارد که به مسیر درست اشاره دارد. برای مثال، اتحاد بین چندین کشور اتحادیه اروپا برای خرید پیشرفته واکسن‌ها، شرکت‌های دارویی را که اتحادیه اروپا با آن‌ها قرارداد می‌بندد، ملزم می‌کند که بخشی از منابع واکسن را در اختیار کشورهای کم‌درآمد قرار دهند. تسهیلات کووکس که سازمان جهانی بهداشت، اتحاد واکسن، ائتلاف برای نوآوری‌های آمادگی همه‌گیر (CEPI) و صنعت را گرد هم می‌آورد (به کشورهای شرکت‌کننده اجازه می‌دهد منابع خود را جمع کنند تا بتوانند از توسعه تعداد بیشتری از واکسن‌های کاندید حمایت کنند کشور می‌تواند به تنهایی انجام دهد). این ابتکار بیشتر از سرمایه‌گذاری‌های «فشار» در تأسیسات تولیدی و مکانیسم‌های «کشش» (تعهدات پیش‌خرید) برای تشویق تولیدکنندگان به سرمایه‌گذاری در افزایش تولید واکسن و کمک به تقسیم خطرات استفاده می‌کند. در صورت موفقیت آمیز بودن واکسن، دوزها به محض در دسترس قرار گرفتن به‌طور عادلانه از طریق تسهیلات کووکس بین کشورهای خود تأمین مالی (در حال حاضر ۷۵ کشور) که هزینه دوز آن‌ها را پرداخت می‌کنند و کشورهای در حال توسعه (در حال حاضر ۹۰) که در غیر این صورت قادر به تأمین مالی برای تهیه واکسن نیستند، توزیع می‌شود.

منابع عظیمی برای کار تحقیق و توسعه بر روی واکسن کووید-۱۹ هدایت شده است. تضمین دسترسی عادلانه به چنین واکسنی مستلزم حکمرانی قوی جهانی و استفاده از دیپلماسی واکسن است.

۱۳.۳ آلودگی هوا

شواهد علمی می‌توانند نقش مهمی در مذاکره بر سر توافقات عمده ایفا کنند. در دهه

گذشته، سازمان جهانی بهداشت درگیر مقابله با مشکل آلودگی هوا شده است. یک نقطه عطف مهم، تصویب قطعنامه مجمع جهانی سلامت و نقشه راه مرتبط در سال ۲۰۱۵ برای رسیدگی به این چالش رو به رشد سلامت جهانی بود. از نظر دیپلماسی سلامت، قطعنامه و نقشه راه، مسیر را برای همکاری بین سازمانی گسترده با سازمان ملل متحد و سایر سازمان‌های بین‌المللی هموار کرد. آن‌ها همکاری بین سازمان جهانی بهداشت و شبکه‌های بهداشت شهری را تقویت کرده‌اند با توجه به اینکه دیپلماسی سلامت شهری به سرعت در حال تبدیل شدن به یک عنصر مهم دیپلماسی سلامت در قرن ۲۱ است. (به کادر ۱۶ مراجعه کنید)

آلودگی هوا در سال ۲۰۱۸، در سومین نشست سطح عالی سازمان ملل در مورد پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، به‌عنوان پنجمین عامل خطر برای بیماری‌های غیر واگیر در کنار «چهار موضوع»^۱ تنباکو، الکل، رژیم غذایی ناسالم و کم‌تحرکی، در دستور کار سلامت جهانی قرار گرفت.

بسیاری از محرک‌های آلودگی هوا، مانند احتراق سوخت‌های فسیلی، منجر به انتشار دی‌اکسید کربن و سایر آلاینده‌های آب‌وهوایی، از جمله ازن و کربن سیاه می‌شود که تا حد زیادی بر تغییرات آب‌وهوا و بر سلامت انسان تأثیر می‌گذارد.

بر این اساس، سازمان جهانی بهداشت فعالیت‌های دانش محور خود را در جریان مذاکرات عمده در مورد تغییرات اقلیمی در چارچوب سازمان ملل، به‌ویژه در اجلاس اقلیمی سازمان ملل که در نیویورک در ۲۳ سپتامبر ۲۰۱۹ و در بیست و پنجمین نشست کنفرانس اعضا چارچوب کنوانسیون تغییرات اقلیمی (UNFCCC) که از ۲ تا ۱۳ دسامبر ۲۰۱۹ در مادرید افزایش داد. سازمان جهانی بهداشت از سوی دبیر کل سازمان ملل متحد

1- Quartet

موظف شده بود که به توسعه دو تعهد مرتبط با سلامت برای اجلاس اقدام اقلیمی کمک کند، یعنی (الف) نجات جان افراد از طریق کاهش انتشار کربن و کاهش آلودگی هوا (ب) افزایش سرمایه‌گذاری در اقدامات اقلیمی، سلامت عمومی و توسعه پایدار.

سازمان جهانی بهداشت شواهدی را در مورد تأثیر تغییرات اقلیمی بر سلامتی با اطلاعات آماری و نظارت بر اثرات قرار گرفتن در معرض آلودگی هوا در اختیار مذاکره‌کنندگان قرار می‌دهد.

در سطح منطقه‌ای، همکاری چندجانبه در زمینه آلودگی هوا سابقه طولانی‌تری دارد. یکی از دستاوردهای قابل توجه تصویب کنوانسیون آلودگی هوای دور برد فرامرزی در سال ۱۹۷۹ تحت نظارت کمیسیون اقتصادی سازمان ملل متحد برای اروپا (UNECE) بود. به‌عنوان اولین معاهده بین‌المللی در این زمینه، فضای قانونی و سیاسی را برای اقداماتی برای حفاظت از سلامت انسان و محیط‌زیست در برابر آلودگی فرامرزی هوا فراهم کرد. کنوانسیون نمونه‌ای از دستاوردهایی است که دیپلماسی چندبخشی و علم محور می‌تواند در سطح بین‌المللی به دست آورد.

کادر ۱۶: دیپلماسی شهری برای سلامت جهانی

یک راهنمای دیپلماسی سلامت نمی‌تواند نقش تثبیت‌شده‌ای را که نهادهای داخلی در حکمرانی جهانی ایفا می‌کنند، صرف‌نظر کند. در میان بسیاری از بازیگران در این سطح، شهرها مسلماً در سه دهه گذشته از فعال‌ترین بازیگران در صحنه جهانی بوده‌اند. این کادر مروری کوتاه بر ظهور اخیر «دیپلماسی شهری» و چالش‌های کنونی در تلاقی این دیپلماسی با سلامت جهانی ارائه می‌کند.

شهرها در بسیاری از برنامه‌های جهانی در کانون توجه بوده‌اند، نه فقط به‌عنوان موضوع یا مکان، بلکه بیشتر و بیشتر توسط ابتکارات و چارچوب‌های چندجانبه به‌عنوان بازیگران بین‌المللی به‌خودی‌خود مورد توجه قرار گرفته‌اند. به‌نوبه خود، بسیاری از دولت‌های محلی دیگر هنگام

توسعه راهبردها و شرایط مشارکت بین‌المللی در مورد موضوعات کلیدی، به دولت‌های ملی تعلل نمی‌کنند.

شهرداران، شوراهای شهر، کمیسیون‌های شهری و نمایندگان مقامات محلی مستقیماً با یکدیگر و به‌طور گسترده‌تر با بازیگران بین‌المللی از جمله شرکت‌ها، آژانس‌های سازمان ملل متحد و سازمان‌های غیردولتی خارج از کشور ارتباط برقرار می‌کنند. در حال حاضر صدها سازوکار رسمی همکاری بین‌المللی وجود دارد که توسط شهرها (شبکه‌های شهری) ایجاد شده‌اند و به شهرها تریبونی در بحث در مورد بسیاری از مسائل جهانی مانند دستور کار تغییرات اقلیم و توافق‌نامه پاریس یا اهداف توسعه پایدار می‌دهند. این بدان معناست که شهرها نقشی کلیدی در پاسخگویی به چالش‌های بزرگ فراملی دارند. بحران کووید-۱۹ نقش خط مقدم شهرها را بیشتر برجسته کرده است: از سپتامبر ۲۰۲۰، تقریباً ۹۵٪ از عفونت‌های کووید-۱۹ در محیط‌های شهری رخ داده است و بیش از ۱۵۰۰ شهر در سراسر جهان تحت تأثیر قرار گرفته‌اند. بر این اساس، دبیر کل سازمان ملل متحد خواستار درک واضح‌تر از چگونگی شیوع این بیماری همه‌گیر، مانند سایر چالش‌های سلامت، در جهان شهری شده است. به‌نوبه خود، بسیاری از شهرها و شبکه‌های شهری به‌سرعت ارتباطات دیپلماسی شهری خود را برای تشکیل گروه‌های ضربت کووید-۱۹، منابع اقدامات سیاستی و مکانیسم‌هایی برای تبادل بهترین شیوه‌ها را فعال کرده‌اند. با این حال، دیپلماسی شهری را باید در چارچوب یک حکومت نوپای جهانی شهری درک کرد، نه صرفاً به‌عنوان تبادل شهر به شهر.

تاریخچه مختصری از دیپلماسی شهری گویای این موضوع است. تکامل مدرن تعامل بین‌المللی شهرها حداقل شامل سه «نسل» متفاوت است. دیپلماسی شهری از روابط شهری به شهر مبتنی بر فرهنگ به مکانیزم و مدار پیچیده‌ای برای ایجاد ائتلاف بین‌المللی و تبادل سیاست حتی در پی تأثیرات قابل توجه مرتبط با کووید-۱۹ بر سفر و همکاری بین‌المللی تبدیل شده است. در حالی که اولین نسل مدرن (اوایل قرن بیستم) دیپلماسی شهری مبتنی بر «شهرهای خواهرخوانده» رسمی و دوجانبه بود، نسل دوم (اواسط تا اواخر قرن بیستم) این شبکه‌های دوقلو را به ائتلاف‌های رسمی‌تر شبکه‌های شهری برای حمایت و مبادله افزایش داده است. اغلب

توسط متخصص سازمان ملل پشتیبانی می‌شود. آژانس‌ها اواسط دهه ۱۹۹۰ اوج تلاش‌ها برای دیپلماسی بهداشت شهری رسمی‌تر از طریق کار شبکه شهرهای سالم اروپا تحت حمایت سازمان جهانی بهداشت بود. سازمان و سایر تلاش‌های منطقه‌ای مانند اتحاد برای شهرهای سالم (در غرب اقیانوس آرام). امروزه شبکه‌های مشابه دیگری، البته تخصصی‌تر، مانند پروژه شهرهای دوستدار سن سازمان جهانی بهداشت وجود دارد.

با این حال، قرن بیست و یکم شاهد ظهور حوزه پیچیده‌تری از دیپلماسی شهری بوده است، به ویژه در حوزه سلامت. این امر منجر به ایجاد شبکه‌های تخصصی‌تر و اغلب هدفمندتر شده است که با سرمایه‌گذاری‌های خصوصی و عمده بشر دوستانه درهم تنیده هستند. دیپلماسی شهری مستقیماً درگیر بومی‌سازی برنامه‌های مهم جهانی مانند دستور کار ۲۰۳۰ در توسعه پایدار است. در حوزه سلامت، این شامل راه‌اندازی طرح‌هایی مانند مشارکت برای شهرهای سالم تحت حمایت بلومبرگ برای شهرهای سالم، یا بومی‌سازی اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت از طریق اجماع سازمان جهانی بهداشت در شانگهای در مورد شهرهای سالم است. درک دیپلماسی شهری از این زاویه، فضای بیشتری را برای مانور فراتر از خواهرخواندگی و همکاری شهر به شهر فراهم می‌کند و ایده روشن‌تری از تقاطع بین شهرها و حکمرانی جهانی به دست می‌دهد.

اگرچه بحران کووید-۱۹ به‌طور بالقوه در حال تغییر پارادایم است، بر انگیزه دیپلماسی شهری تأثیری نداشته است. دولت‌های شهری هنوز اهمیت مشارکت در سطح بین‌المللی را می‌شناسند، اما فاقد آموزش‌های رسمی دیپلماتیک و منابع لازم برای انجام این کار به حداکثر اثر هستند. با این وجود، تعهد شهرها به برنامه‌های جهانی مانند اهداف توسعه پایدار همچنان قوی است و چارچوب‌های بین‌المللی به‌طور فزاینده‌ای در امور شهرداری تأثیرگذار هستند. شهرها همچنان به ظرفیت خود برای مقابله با چالش‌های جهانی اطمینان دارند. این بحران همچنین توجه به سلامت جهانی فراتر از بخش بهداشت را برانگیخته است: بنابراین، سلامت و رفاه اکنون تحت پوشش تلاش‌های دیپلماسی شهری است که در اصل بر سایر بخش‌ها متمرکز شده است (به‌عنوان مثال، محیط‌زیست در مورد گروه رهبری آب‌وهوای شهرهای C40 (گروهی از

شهرهایی هستند که برای کاهش وارد شدن گازهای کربن دار و تطبیق با تغییرات آب و هوایی کره زمین کار می کنند، یا مهاجرت در مورد شورای مهاجرت شهرداران).

با این وجود، نقش دیپلماسی شهری در سلامت جهانی در مقایسه با نقش آن در حوزه های دیگر مانند مهاجرت، آب و هوا یا تاب آوری نسبتاً محدود است. شهرها و مسائل شهری همچنان در دستور کار جهانی سلامت جایگاه بسیار متوسطی دارند. جدای از ابتکار خودسازمان دهی شبکه های شهری، شهرها در حال حاضر هنوز در حاشیه چندجانبه گرایی رسمی قرار دارند. به عنوان مثال، سازمان بهداشت جهانی هنوز یک دپارتمان یا واحد اصلی برای شهرها ندارد و موضوع سلامت شهری را به گفتگوهای نسبتاً معدودی، اغلب منطقه ای، واگذار کرده است. به طور گسترده تر، مانند بسیاری دیگر از حوزه های سیاست جهانی، ظرفیت سازی و سرمایه گذاری در سطح محلی حیاتی است، جایی که محدودیت های قابل توجهی در بودجه و فرصت های آموزشی برای "دیپلمات های شهری" وجود دارد. شناخت و نهادینه کردن صدای شهری هنوز یک چالش کلیدی است.

۱۳.۴ تجارت، مالکیت فکری و سلامت

پس از اعلامیه دوحه در مورد توافق نامه تریپس و بهداشت عمومی در سال ۲۰۰۱، رابط بین تجارت، مالکیت فکری و سلامت به یکی از کانون های اصلی دیپلماسی سلامت در قرن بیست و یکم تبدیل شده است. این رابط همچنین رابطی است که در آن ابعاد چندجانبه و چندبخشی دیپلماسی سلامت بیشترین ارتباط را با یکدیگر دارند. بر این اساس کتاب حاضر در فصل های مختلف به ویژه فصل ۱۱ (شامل جنبه های بین بخشی)، فصل ۸ (انسجام سیاست)، فصل ۷ (دیپلماسی سلامت منطقه ای)، بخش ۱۳.۱ (دسترسی به دارو) و مطالعه موردی ۱ (در مورد شفافیت قیمت ها) به آن می پردازد، گفت و گو در مورد سلامت و تجارت (و در اکثر موارد در مورد مالکیت فکری) در محیط های ملی، چندجانبه و بین سازمانی در حال انجام است.

گفت و گو در محیط های ملی معمولاً در کمیته های چندبخشی رخ می دهد که طیف وسیعی از موضوعات تحت تأثیر تجارت را پوشش می دهد. با این حال، در برخی موارد، زمانی که استدلال های سلامت به شدت توسط ذینفعان بیان می شود، دولت ها یک مکانیسم اختصاصی (تعدادی یا ثابت) برای ارزیابی تأثیر سلامت تجارت بین المللی ایجاد کرده اند. از آنجایی که بخش های تجارت و سلامت به ندرت در حوزه های مربوط به یکدیگر درگیر هستند، چنین تعامل شدیدی درک متقابل از موضوعات در خطر را افزایش می دهد.

اختلافات تجاری بین المللی مرتبط با سلامت نیز همکاری بین بخشی را تقویت می کند. برای مثال استرالیا، نروژ و اروگوئه با موفقیت در سازمان تجارت جهانی، دادگاه EFTA (دیوان عدالت کشورهای انجمن تجارت آزاد اروپا) و مرکز بین المللی حل و فصل اختلافات سرمایه گذاری از اقدامات کنترل دخانیات که به عنوان بخشی از اجرای کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات معرفی کرده بودند، دفاع کردند. این موارد یک پدیده نوظهور را برجسته کردند، یعنی اینکه چگونه یک رژیم حقوقی بین المللی جدید در سلامت (کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات) می تواند به تعادل استدلال های حقوقی در هر دو طرف رابط تجاری و سلامت کمک کند که در گذشته به شدت تحت سلطه قدرت قانونی تجارت بود؛ و قراردادهای سرمایه گذاری در یک روند متضاد، توافقنامه های تجاری و سرمایه گذاری منطقه ای و دوجانبه نسبت به انعطاف پذیری های موجود در سیستم های جهانی سازمان تجارت جهانی، به طور کلی حفاظت کمتری از سلامت ارائه می کنند؛ بنابراین مهم است که بخش سلامت به طور فعال در مذاکرات چنین توافقاتی مشارکت کند.

در عرصه بین سازمانی، نمونه قابل توجه اخیر گفتگو و همکاری، ویرایش دوم (۲۰۲۰) مطالعه سه جانبه (WHO-WIPO-WTO) در مورد ارتقاء دسترسی به فناوری های

پزشکی و نوآوری است. بر اساس نسخه اول (۲۰۱۳)، انتشار جدید به منظور پشتیبانی از گفتگو و تصمیم‌گیری در این رابط سیاست بسیار پیچیده است، بنابراین به‌عنوان منبع ارزشمند در یک‌زمان حیاتی برای سلامت جهانی عمل می‌کند.

۱۳.۵ مقاومت ضد میکروبی

مشکل مقاومت ضد میکروبی توجه زیادی را در قرن بیست و یکم به خود جلب می‌کند و نیاز به هماهنگی مؤثرتر تلاش‌های بین‌بخشی ملی برای مقابله با آن وجود دارد. از نظر دیپلماسی سلامت، چندین عامل و فرآیند در پس‌افزایش شدید گفتگوهای چندبخشی و چندجانبه در مورد مقاومت ضد میکروبی نهفته است:

۱- اقدام چندبخشی شامل بخش‌های بهداشت، کشاورزی و دامپزشکی (چیزی که به دلیل رویکردهای غالباً متفاوت آن‌ها آسان نیست) با توجه به مقیاس مشکل واقعاً به یک موضوع فوری تبدیل شده است.

۲- چندین طرح و پلتفرم بین‌المللی در مدت کوتاهی از جمله برنامه اقدام جهانی سازمان جهانی بهداشت در مورد مقاومت ضد میکروبی (۲۰۱۵)، بیانیه سیاسی نشست سطح عالی مجمع عمومی سازمان ملل در مورد مقاومت ضد میکروبی (۲۰۱۶)، بیانیه رهبران گروه بیست‌اوزاکا (۲۰۱۹)، همکاری سه‌جانبه (FAO-OIE-WHO)، گروه هماهنگی بین‌سازمانی موقت سازمان ملل متحد در مورد مقاومت ضد میکروبی، چندین پلتفرم منطقه‌ای و دوجانبه و مشارکت جهانی مقاومت آنتی‌بیوتیکی (که بر مقاومت کم و پایین تمرکز دارد. کشورهای با درآمد متوسط) راه‌اندازی شده‌اند. مکانیسم دیگری، صندوق امانی چندشریک مقاومت ضد میکروبی، تحت نظارت مشارکت سه‌جانبه (FAO-OIE-WHO) ایجاد شد. این تکثیر مکانیسم‌های بین‌المللی مستلزم ورودی‌های چندبخشی هماهنگ از سوی دولت‌ها بوده و در نتیجه توسعه راهبردهای چندبخشی ملی را در یک دوره نسبتاً کوتاه تشویق می‌کند.

۳- همکاری بین‌المللی و بین‌سازمانی در مورد مقاومت ضد میکروبی در پس‌زمینه اقدامات مشترک در برخی زمینه‌های نزدیک، مانند کمیسیون کد مواد غذایی و شبکه بین‌المللی مقامات ایمنی غذا، هر دو تحت نظارت دوگانه سازمان جهانی بهداشت و سازمان خواربار و کشاورزی، پدید آمد. این‌ها پایه‌های نهادی مهمی بودند که باید از آن‌ها درس گرفت.

۴- راه‌حل‌های مبارزه با مقاومت ضد میکروبی با مفاهیم و فرآیندهای گسترده‌تر ("سلامت یکپارچه") و موازی (نوآوری دارویی و تحقیق و توسعه) مرتبط است. این امر در برخی مکانیسم‌های جهانی و همچنین در گروه رهبران جهانی سلامت یکپارچه در مورد مقاومت ضد میکروبی که قرار است توسط مشارکت سه‌جانبه (FAO-OIE-WHO) به نمایندگی از دبیر کل سازمان ملل تشکیل شود منعکس شده است. سایر بخش‌های مرتبط با این تلاش‌ها محیط‌زیست، صنعت، اقتصاد، تجارت و حقوق مالکیت فکری هستند.

به‌طور کلی، مقاومت ضد میکروبی یکی از موارد اصلی در دستور کار جهانی سلامت قرن بیست و یکم است. این امر ارتباط نزدیکی با سایر حوزه‌های پیچیده سیاسی و فنی دارد، مانند رویکرد یک سلامت، تحقیق و توسعه و نوآوری و بنابراین نیازمند افزایش دیپلماسی و مذاکرات بین‌المللی (و بین بخشی) است تا بتوان راه‌حل‌های جهانی پیدا کرد.

۱۳.۶ مهاجرت و سلامت

یکی از درس‌های مهم از گفت‌وگوی جهانی در مورد مهاجرت و سلامت این است که کار منسجم آژانس‌های بین‌المللی و هم‌گرایی بین بخشی ملی می‌تواند در صورت

¹ - One Health

مقابله با یک چالش نسبتاً جدید (و حاد) سلامت جهانی، پشتیبان یکدیگر باشند و یکدیگر را تقویت کنند. نمونه این امر فرآیندی است که منجر به تصویب قطعنامه مهم WHA70.15 در مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۷ در مورد ارتقای سلامت پناهندگان و مهاجران و چارچوب مربوطه شد که متعاقباً در پیمان جهانی سازمان ملل برای مهاجرت ایمن، قانونمند و قاعده مند (از این پس در این متن "پیمان جهانی") گفته می‌شود. هم‌افزایی بین (WHO، IOM و UNHCR) در جریان آماده سازی و مذاکرات در مورد قطعنامه WHA70.15، پا به پای رهبری سیاسی گروه کشورهای اصلی مذاکره کننده انجام شد. این کار بین سازمانی همچنین شواهد و انگیزه‌ای برای پیگیری همگرایی بین بخشی ملی در حمایت از روند چندجانبه (به ویژه در کشورهایی با منابع فنی و دیپلماتیک کمتر) ارائه کرد. این امر به دلیل دانش محدود در این زمینه از سلامت عمومی و بسیاری از باورهای غلط و دیدگاه‌های متفاوتی که به وجود آمده است، مهم است.

الحاق سلامت به پیمان جهانی که خود یک سند سیاسی پیچیده با ماهیت بسیار بین بخشی است تعدادی از چالش‌ها را برای دیپلماسی سلامت ایجاد کرد. اولاً، باید در نظر داشت که مذاکرات در مقر سازمان ملل در نیویورک توسط وزرای خارجه و دیپلمات‌ها رهبری می‌شود و بسیار سیاسی است و فرصت‌های کمتری را برای ورودی‌های تخصصی روزانه ارائه می‌کند.

از مذاکرات در ژنو، جایی که سازمان جهانی بهداشت، سایر آژانس‌های تخصصی مرتبط و کانون‌های سلامتی نمایندگان دائمی کشورها در آن مستقر هستند (به فصل ۶ مراجعه کنید). به‌طور قابل توجهی، در کنفرانس بین دولتی مهم برای پذیرش پیمان جهانی که در مراکش، در دسامبر ۲۰۱۸ برگزار شد، بخش سلامت در مقابل وزارتخانه‌های کشور، کار، رفاه اجتماعی و امور خارجه بسیار ضعیف بود. این نشان می‌دهد که وقتی مذاکرات بر سر یک سند بین‌المللی مهم با پیامدهای سلامت در

محیط‌های بسیار سیاسی خارج از ژنو انجام می‌شود، از یک سو، برای سازمان جهانی بهداشت ضروری است که با کشورهای عضو و آژانس‌های بین‌المللی همفکر همکاری کند؛ و از سوی دیگر، وزارتخانه‌های بهداشت به‌طور فعال با هیئت‌های ملی خود تعامل داشته باشند تا اطمینان حاصل شود که جنبه‌های سلامتی به‌اندازه کافی در نتیجه مذاکرات منعکس شده است.

موضوع سلامت به‌عنوان موضوع خاص برای جلسات موضوعی در آغاز فرآیند مذاکره برای پیمان جهانی مشخص نشده بود؛ بنابراین استفاده از سایر بسترها مرتبط، مانند رویدادهای جانبی در رویدادهای پرمخاطب و رایزنی‌های جهانی (WHO-IOM) در مورد سلامت مهاجران، علاوه بر پیشبرد اولویت‌ها و اصولی که قبلاً توسط سازمان جهانی بهداشت اتخاذ شده و ترویج پیوند با اسناد بین‌المللی مهم ضروری است؛ مانند اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق‌های بین‌المللی و اهداف توسعه پایدار. یکی دیگر از درس‌های کلیدی از فرآیند گنجاندن سلامت در پیمان جهانی این است که استفاده از بسترهای موازی و بهره‌گیری از قدرت ابزارهای موجود شناخته‌شده جهانی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای منافع سلامت در طول مذاکرات در سازمان ملل در مورد سندی با دامنه وسیع‌تر ایفا کند.

۱۳.۷ نکات پایانی

تمام مثال‌های ارائه‌شده در این فصل نشان می‌دهند که عبور از چالش‌های پیچیده سلامت جهانی نیازمند دیپلماسی چند سطحی (یعنی مشارکت در مذاکرات در مجامع مختلف) همراه با دیپلماسی چندجانبه (شامل انواع مختلف بازیگران)، معمولاً در یک دوره زمانی است. تلاش‌های دیپلماسی سلامت جهانی در مورد مسائل پیچیده به دلیل تعداد زیاد بازیگران و تنوع فرهنگ‌ها و سبک‌های دیپلماتیک دشوارتر شده است. این امر همراه با

تضعیف تعهد به چندجانبه گرایی، دستیابی به توافق را دشوارتر می‌کند (همان‌طور که در شکست بیست و پنجمین نشست اعضای UNFCCC در توافق بر سر بازارهای جهانی کربن منعکس شد) و منجر به نتایج غیرقابل‌پیش‌بینی فزاینده‌ای می‌شود.

این مثال‌ها نشان‌دهنده تحول جدید مهم دیگری در روابط بین‌الملل است: روشی که سازمان‌های بین‌المللی به بازیگران مهم دیپلماسی چندجانبه تبدیل می‌شوند، همان‌طور که با مشارکت سازمان جهانی بهداشت در اجلاس‌های رهبران گروه ۷ و گروه ۲۰ و ترتیبات بین سازمانی در زمینه‌های فوق‌نشان داده شده است. این‌طور احساس می‌شود که کارمندان و متخصصین بین‌المللی به‌صورت فزاینده‌ای از منافع فراملی، یعنی تولید و عرضه کالاهای عمومی جهانی دفاع می‌کنند. این امر در مورد تلاش‌های دیپلماتیک، به‌عنوان مثال، حفاظت از محیط‌زیست و بهداشت بسیار صادق است.

این مثال‌ها بیشتر نشان‌دهنده دیپلماسی سلامت هم‌افزاینده است که یکی دیگر از ویژگی‌های جدید دیپلماسی سلامت جهانی است؛ یعنی جایی که کشورها برای تعامل هم‌افزایی، به تلاش‌های دیپلماتیک در سطوح مختلف و در چارچوب سازمان‌ها، فرآیندها و جلسات مختلف اهتمام دارند.

درنهایت، برخی از نمونه‌های دیپلماسی سلامت جهانی که در بخش‌های قبل مورد بحث قرار گرفت به‌ویژه موارد مرتبط با تجارت، مهاجرت و مقاومت ضد میکروبی، از زوایای مختلف، اهمیت (و پیچیدگی) دستیابی به هماهنگی بین بخشی ملی و انسجام سیاست‌ها در فرآیندهای چندجانبه را برجسته می‌کند.

کادر ۱۷: آماده شدن برای مذاکرات در ژنو

آماده‌سازی جامع برای مذاکرات مستلزم چندین اقدام کلیدی و مشارکت ذینفعان و شرکای مربوطه در سطح کشور و در ژنو (یا هر جا که مذاکرات انجام می‌شود) است. همه اقدامات مفید هستند (در سطوح مختلف بسته به مذاکره موردنظر) اما لزوماً متوالی نیستند - اغلب همه به‌طور هم‌زمان یا به ترتیب متفاوت بسته به موضوع و سطح مذاکره انجام می‌شوند.

اقدام ۱

اولین قدم مطالعه تاریخچه موضوع موردبحث است. باید به اسنادی مراجعه کنید که به شما در درک پیشینه قطعنامه یا متن دیگری که مورد مذاکره قرار می‌گیرد کمک کند. همچنین مهم است که از (الف) مواضع اتخاذشده توسط کشورتان در این مورد در مذاکرات قبلی آگاه باشید؛ و (ب) مواضع اتخاذشده توسط کشورهای همفکر و کشورهای که دارای دیدگاه‌های متفاوت هستند.

اقدام ۲

مرحله دوم، شناسایی موضوعات یا "زبان متن" موردبحث وجود دارد که احتمالاً در طول فرآیند مذاکره باعث ایجاد اختلاف می‌شود. نگاه کردن به مذاکرات قبلی در مورد این موضوع ضروری است. به‌عنوان مثال، اشاره به حقوق جنسی و باروری همواره باعث ایجاد نگرانی در میان گروه خاصی از کشورها در سراسر جهان شده و درعین حال از حمایت قوی گروهی دیگر برخوردار بوده است.

اقدام سوم

بسیج کارشناسان است تا بتوانید به درک جامعی از موضوع موردبحث دست یابید. کارشناسان ممکن است در پایتخت یک کشور، در داخل یا خارج از وزارت بهداشت، وزارت خارجه یا وزارتخانه مربوطه دیگر مستقر باشند. ملاحظات بیشتر در مورد نقش بخش‌های مختلف در فصل ۱۱ صحبت شده است. درخواست‌هایی نیز ممکن است توسط نمایندگی یک کشور در ژنو دریافت شود تا به مقامات ملی در پایتخت اطلاعات تخصصی بیشتری ارائه شود. این به این دلیل است که در مورد برخی مسائل - مانند شیوع یک بیماری شبه آنفلوآنزا در آسیا (که بعداً کووید-

۱۹ نام گرفت) در اوایل سال ۲۰۲۰ که مرتبط‌ترین اطلاعات ممکن است در ژنو در سازمان جهانی بهداشت (WHO) وجود داشته باشد و نه در پایتخت کشور.

تخصص ممکن است ملی باشد - این شامل تخصص اتباع همان کشور است که برای سازمان‌های بین‌المللی در ژنو کار می‌کنند - یا بین‌المللی باشد. گروه بزرگی از متخصصان در زمینه سلامت جهانی به‌ویژه در ژنو، اما همچنین در نیویورک، سایر مراکز بین‌المللی و در دانشگاه‌های سراسر جهان وجود دارد. باید دقت زیادی کرد تا کارشناسانی از جنوب جهانی (کشورهای در حال توسعه) در آن حضور داشته باشند.

نکته مهمی که ارزش تأکید دارد این است که اغلب بهتر است از طریق تماس با افراد از یک شبکه شخصی موجود به دنبال تخصص باشید. برای ادامه مثال ذکر شده در بالا، نظر متخصص در مورد شیوع شبه آنفلوآنزا در آسیا (که بعداً کووید-۱۹ نام گرفت) احتمالاً راحت‌تر از متخصصی که شخصاً برای شما شناخته شده است به دست می‌آید تا با یک مؤسسه تحقیقاتی. توصیه فوق ممکن است در مواردی که کشورها تیمی قوی از کارشناسان مستقر در (یا مرتبط با) وزارتخانه‌های مربوطه دارند، مرتبط نباشد. به‌عنوان مثال، در مورد وزارت سابق توسعه بین‌المللی در بریتانیا (اکنون بخشی از دفتر جدید خارجی، مشترک‌المنافع و توسعه) چنین بود. همچنین در مواردی که کشورها مؤسسات تحقیقاتی سطح بالایی دارند که می‌توانند اطلاعات ارائه دهند، این توصیه مرتبط نیست. دستیابی به چنین اطلاعاتی برای کشورهای با درآمد کم و متوسط بسیار دشوارتر است.

اقدام ۴

گام چهارم این است که ذینفعان و شرکا را در کشور خود و در ژنو بسیج کنید تا بتوانید به‌طور مؤثر برای مذاکرات آتی آماده شوید.

ابتدا باید با دیپلمات‌ها و کارمندان دولتی که افراد تماس شما هستند در تماس باشید (نقاط کانونی) در وزارت خارجه و وزارت بهداشت هست. آن‌ها باید از مذاکرات آتی مطلع شوند و به آن‌ها فرصت کافی داده شود تا اطلاعات جمع‌آوری کنند، با دیگران مشورت کنند،

تأییدیه‌های مربوطه را از مافوق مستقیم خود یا وزیر دریافت کنند و در نهایت دستورالعمل‌هایی را برای شما در مورد جایگاهی که باید از آن دفاع کنید، ارسال کنند.

به‌طور معمول، دستورالعمل‌های پایتخت از طریق هماهنگی میان نمایندگان وزارتخانه‌های مربوطه پس از مشورت با کارشناسان در صورت نیاز و همان‌طور که به‌طور فزاینده‌ای در زمینهٔ بهداشت جهانی اتفاق می‌افتد، با جامعه مدنی تهیه می‌شود. این دستورالعمل‌ها در نهایت قبل از ارسال به مأموریت در ژنو در سطح ارشد در وزارتخانه اصلی تصویب خواهد شد. اغلب هماهنگی از طریق تبادل کتبی است. سطح تأیید لازم به مذاکره بستگی دارد.

هنگامی که با مقامات ملی در پایتخت خود در ارتباط هستید، بسته به عوامل متعددی، ممکن است آن‌ها را مفید یا کمتر مفید ببینید. این عوامل شامل موارد زیر است:

- ۱- تا چه حد موضوع مورد علاقه وزارتخانه‌ها و یا دولت باشد.
 - ۲- توانایی افراد مرجع در وزارتخانه برای بسیج متخصصان و نظرات آنها در پایتخت
 - ۳- ارتباط شخصی شما و روش برقراری ارتباط با نفرات مرجع در وزارتخانه‌ها
- ثانیاً، شما باید به مخاطبین خود در سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان‌های بهداشت جهانی نزدیک شوید تا از دیدگاه آن‌ها متوجه شوید که در مذاکرات آتی چه چیزی در خطر است. در اینجا نیز، روابط شخصی و شبکه‌ها نتایج بهتری نسبت به رسیدگی به درخواست‌ها به یک موسسه به‌طور کلی می‌دهند.

ثالثاً، شما باید با همتایان خود در مأموریت‌های دیپلماتیک در ژنو تماس بگیرید تا اطلاعاتی را در مورد مواضعی که کشورهای آن‌ها در مذاکرات اتخاذ می‌کنند جمع‌آوری کنید و در برخی موارد حمایت جمع‌آوری کنید و اتحاد ایجاد کنید. روابط شخصی، مشروعیت و مهارت‌های ارتباطی ضروری است. تعامل با همتایان بسیار مهم است تا بتوانید دریابید که دیگران چگونه برای مذاکرات آماده می‌شوند. همچنین گامی ضروری برای ایجاد یک موضع مشترک با کشورهای شریک در یک‌نهاد سیاسی، مانند اتحادیه اروپا یا اتحادیه آفریقا، یا در گروه‌های غیررسمی‌تر، مانند کشورهای شمال اروپا است.

در ژنو یک سیستم هماهنگ کننده منطقه‌ای بسیار مهم وابسته به سلامت وجود دارد. هر یک از شش منطقه WHO دارای یک هماهنگ کننده غیررسمی است که معمولاً به صورت سالانه چرخش می‌کند. فعالیت‌های این هماهنگ کننده‌ها از ارتباطات معمول بین نهادهای حاکم WHO، دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت و مأموریت‌های کشورهای عضو تا چالش فوق‌العاده انتخاب رئیس‌ها و معاونان برای مذاکرات بین‌دولتی را شامل می‌شود.

اقدام ۵

در پایان فرآیند، مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها را از پایتخت خود دریافت خواهید کرد. مشارکت قوی ذینفعان و شرکای خاص در هر مرحله از فرآیندی که در بالا توضیح داده شد، بهترین تضمین برای شفاف بودن دستورالعمل‌ها است و شما را قادر می‌سازد از یک موقعیت ملی منسجم در طول مذاکرات دفاع کنید.

منابع

- Abbott FM (2011). Intellectual property and public health: meeting the challenge of sustainability. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/12336>, accessed 14 September 2020).
- Alcázar S (2008a). The Copernican shift in global health. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4070>, accessed 14 September 2020).
- Alcázar S (2008b). The WHO Framework Convention on Tobacco Control: a case study in foreign policy and health: a view from Brazil. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4068>, accessed 14 September 2020).
- Battams S, Matlin SA (2013). Discussing a definition of global health. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/288069>, accessed 14 September 2020).
- Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghinga I (2014). How should the WHO reform?: an analysis and review of the literature. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/292197>, accessed 14 September 2020).
- Claxton A, Rusagara V, Oloo B (2010). Negotiating health in a fragile state: a civil society perspective: a case study of the Global Fund TB project in Somalia. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4074>, accessed 14 September 2020).
- Global Health Centre (2016). Getting the most out of polio eradication: 10 actions for Europe. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296845>, accessed 14 September 2020).
- Global Health Programme (2012). Good global health begins at home: policy coherence at national level. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/16587>, accessed 14 September 2020).
- Global Health Programme (2013). Health diplomacy meets science diplomacy: symposium report November 2013. Geneva: Graduate

- Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/293813>, accessed 14 September 2020).
- Global Health Programme (2014a). Formation francophone diplomatie et santé. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/292212>, accessed 14 September 2020).
- Global Health Programme (2014b). Global health instruments: The case of the WHO FCTC. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/288070>, accessed 14 September 2020).
- Global Health Programme (2015). 300 women leaders in global health. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296815>, accessed 14 September 2020).
- Jacques M, Kickbusch I, Told M (2013). A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool. Geneva: Graduate Institute (<https://repository.graduateinstitute.ch/record/296833?ln=en>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I (2010). Case studies: the role of Switzerland in global health governance part I: a development perspective. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/290689>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I (2016). Governing the global health security domain. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/293810>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Brindley C (2013). Health in the post-2015 development agenda: an analysis of the UN led thematic consultations, high level panel report and sustainable development debate in the context of health. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/288001>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Franz C (2020). Towards a synergistic global health strategy in the EU. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/298287>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Liu A (2017). Global health leadership: electing the WHO Director-General. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296008>, accessed 14 September 2020).

- Kickbusch I, Cassels A, Liu A (2016). New directions in governing the global health domain: leadership challenges for WHO. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre ([http:// repository.graduateinstitute. ch/record/294882](http://repository.graduateinstitute.ch/record/294882), accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Matlin SA, Richard E, Told M. (2017). Getting the most out of polio eradication: the political dimension: final research report 2016. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296836>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Sturchio JL, Galambos L, Told M, Flores T, Hoppy R, Lindenmayer I, Cassar Szabo MM, Canham L (2016). Universal health coverage: an annotated bibliography 3.0: the new health economy. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute. ch/record/298053>, accessed 14 September 2020).
- Kirton J, Kickbusch I, editors (2019). Health: a political choice: delivering universal health coverage 2030. London: Global Governance Project (<http://repository.graduateinstitute.ch/ record/297186>, accessed 14 September 2020).
- Martin J, Kickbusch I, Told M (2013). A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296833>, accessed 14 September 2020).
- Matlin SA, Moon S, Røttingen J-A (2013). Event working paper 1: priority setting for health R&D. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/293812>, accessed 14 September 2020).
- Matlin SA, Haselgrave M, Told M, Piper JE (2017). The Global Polio Eradication Initiative: achievements, challenges, and lessons learned from 1988–2016. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/295615>, accessed 14 September 2020).
- Miller J, Velayati AA, Hashemian SM (2014). Global health diplomacy in practice: bi-lateral cooperation to improve rural health systems in the Mississippi Delta, USA and the Islamic

- Republic of Iran. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/288066>, accessed 14 September 2020).
- Mwagiru M (2009). Negotiating health in foreign policy: an East African perspective. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/12242>, accessed 14 September 2020).
- Silberschmidt G (2011). How to set priorities for the World Health Organization. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4076>, accessed 14 September 2020).
- Told M, Kickbusch I, Matlin SA, Piper JE, Richard E (2016). Polio legacy and transition: what can we learn for SDGs, global health governance and health diplomacy?: meeting report. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296841>, accessed 14 September 2020).
- Vigier L (2014). Le contexte géopolitique mondial et ses évolutions: mondialisation, multilatéralisme et santé publique. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/292196>, accessed 14 September 2020).
- Whelan M (2008). Negotiating the International Health Regulations. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4066>, accessed 14 September 2020).

Publications on diplomacy in general

- Berridge GR (2010). Diplomacy: theory and practice, 4th edition. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.
- Berridge GR (2015). Economic and commercial diplomacy. In: Berridge GR, editor. Diplomacy: theory and practice, 5th edition. London: Palgrave Macmillan; 2015:210–24. (https://doi.org/10.1057/9781137445520_15, accessed 14 September 2020).
- Blavoukos S, Bourantonis D (2011). Chairing multilateral negotiations: the case of the United Nations. London: Routledge.
- Gaudiosi RW, Roesch JL, Ye-Min W (2019). Negotiating at the United Nations: a practitioner's guide. Abingdon/New York: Routledge.
- Hamilton K, Langhorne R (2010). The practice of diplomacy: its evolution, theory and administration, 2nd edition. London: Routledge.

- Hocking B, Melissen J, Riordan S, Sharp P (2012). Futures for diplomacy: integrative diplomacy in the 21st century. The Hague: Netherlands Institute of International Relations Clingendael (https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/20121030_research_melissen.pdf, accessed 14 September 2020).
- Meerts P (2015). Diplomatic Negotiation: Essence and Evolution. The Hague, Clingendael Institute https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/Diplomatic_Negotiation_Web_2015.pdf, accessed 12 October 2020).
- Sandre A (2013). Twitter for diplomats. Geneva/Rome: DiploFoundation/Istituto Diplomatico (https://issuu.com/diplo/docs/twitter_for_diplomats, accessed 14 September 2020).
- Sharp P (2019). Diplomacy in the 21st century: a brief introduction. Abingdon: Routledge.
- Siracusa JM (2010). Diplomacy: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press.
- Walker RA (2011). Manual for UN delegates: conference process, procedure and negotiation. Geneva: United Nations Institute for Training and Research (https://www.un-ilibrary.org/united-nations/manual-for-un-delegates_314ba75f-en, accessed 14 September 2020).

Publications on global health diplomacy

- Drager N, McClintock E, Moffitt M (2000). Negotiating health development: a guide for practitioners. Cambridge (MA)/Geneva: Conflict Management Group/World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/66659>, accessed 14 September 2020).
- Fairman D, Chigas D, McClintock E, Drager N (2012). Negotiating public health in a globalized world: global health diplomacy in action. Dordrecht/Heidelberg/London/New York: Springer.
- Haring, R, Kickbusch I, Ganten D, and Moeti M, editors. (2021) Handbook of Global Health. Springer International Publishing.
- Kickbusch I, Kökény M, editors (2017). Health diplomacy: European perspectives. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/publications/i/item/9789241505200>).

euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-european-perspectives-2017, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Lister G, editors (2006). *European perspectives on global health: a policy glossary*. Brussels: European Foundation Centre (<https://repository.graduateinstitute.ch/record/294625>, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors (2013). *Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases*. New York: Springer.

Matlin S, Kickbusch I, editors (2017). *Pathways to global health: case studies in global health diplomacy (volume 2)*. Singapore: World Scientific (Global Health Diplomacy, Vol. 5).

Roskam E, Kickbusch I, editors (2011). *Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy*. Hackensack (NJ): World Scientific (Global Health Diplomacy, Vol. 2).

Severoni S, Kosinska M, Immordino P, Told M, Kökény M, editors (2019). *Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-spotlight-on-refugees-and-migrants-2019>, accessed 14 September 2020).

Publications on the World Health Organization

Burci GL, Vignes C-H (2004). *World Health Organization*. The Hague: Kluwer Law International.

Cueto M, Brown TM, Fee E (2019). *The World Health Organization: a history*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lee, K (2009). *The World Health Organization (WHO)*. Abingdon: Routledge (Global Institutions).

Publications on Decolonizing Global Health Diplomacy

Bertram K, Erondy N, Pai M (2020). *Silenced voices in global health*. In: *Think Global Health* [website] (<https://www.thinkglobalhealth.org/article/silenced-voices-global-health>, accessed 12 October 2020).

Bismarck, H von (2012). *Defining decolonization*. Essay for the British Scholar Society ([https:// www.helenevonbismarck.com/wp-](https://www.helenevonbismarck.com/wp-)

content/uploads/2017/12/Defining-Decolonization.pdf, accessed 10 November 2020).

Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y (2020). Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Glob Health*, 5(8):e003394 (<https://gh.bmj.com/content/5/8/e003394>, accessed 12 October 2020).

Byatnal A (2020). Is COVID-19 magnifying colonial attitudes in global health? In: Devex [website]. (<https://www.devex.com/news/sponsored/is-covid-19-magnifying-colonial-attitudes-in-global-health-97499>, accessed 12 October 2020).

Global Health 50/50 (2020). The Global Health 50/50 report 2020: power, privilege and priorities. London (<https://globalhealth5050.org/2020report/>, accessed 12 October 2020).

Green A (2019). The activists trying to “decolonize” global health. In: Devex [website]. (<https://www.devex.com/news/sponsored/the-activists-trying-to-decolonize-global-health-94904>, accessed 12 October 2020).

Horton R (2013). Offline: Is global health neocolonialist? *Lancet*, 382(9906):1690. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62379-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62379-X/abstract), accessed 12 October 2020).

Keshavjee S (2014). Blind spot: how neoliberalism infiltrated global health. Berkeley: University of California Press (<https://www.ucpress.edu/book/9780520282841/blind-spot>, accessed 12 October 2020).

Kumar A (2020). White supremacy in global health. In: Think Global Health [website] (<https://www.thinkglobalhealth.org/article/white-supremacy-global-health>, accessed 12 October 2020).

Mbaye R, Gebeyehu R, Hossmann S, Mbarga N, Bih-Neh E, Eteki L et al. (2019). Who is telling the story? A systematic review of authorship for infectious disease research conducted in Africa, 1980–2016. *BMJ Glob Health*, 4(5):e001855 (<https://gh.bmj.com/content/4/5/e001855>, accessed 12 October 2020).

Mignolo WD, Walsh CE (2018). On decoloniality: concepts, analytics, praxis. Durham, NC: Duke University Press (<http://read.dukeupress>.

edu/books/book/2457/On-DecolonialityConcepts-Analytics-Praxis, accessed 12 October 2020).

Redvers N, Yellow Bird M, Quinn D, Yunkaporta T, Arabena K (2020). Molecular decolonization: an indigenous microcosm perspective of planetary health. *Int J Environ Res Public Health*.

17(12):4586 (<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/12/4586>, accessed 12 October 2020).

Richardson ET, McGinnis T, Frankfurter R (2019). Ebola and the narrative of mistrust. *BMJ Glob Health*. 4(6):e001932 (<https://gh.bmj.com/content/4/6/e001932>, accessed 12 October 2020).

Publications on Women as Global Health Diplomats

Inter-Parliamentary Union (2020). Women in politics: 2020. In: IPU [website] (<https://www.ipu.org/resources/publications/infographics/2020-03/women-in-politics-2020>, accessed 12 October 2020).

Chideya FZ et al. (2019). African Women in Diplomacy. (http://www.dirco.gov.za/department/african_women_diplomacy/african_women_in_diplomacy.pdf).

Daalen KR van et al. (2020). Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. *BMJ Global Health*, 5(10):e003549. (<https://gh.bmj.com/content/5/10/e003549>, accessed 10 December 2020).

World Health Organization (2020). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization (Human Resources for Health Observer No. 24; <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer-24/en/>, accessed 12 October 2020).

Women in Global Health (n.d.). Women in Global Health [website] (<https://www.womeningh.org>, accessed 12 October 2020).

Books, articles, working papers and theses

Acharya S, Barber S-L, Lopez-Acuna D, Menabde N, Migliorini L, Molina J, Schwartländer B, Zurn P (2014). BRICS and global health. *Bull World Health Organ*. 92(6):386–386 A (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140889>, accessed 14 September 2020).

- Alfredson T, Cungu A (2008). Negotiation theory and practice: a review of the literature. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations (http://www.fao.org/docs/up/easypol/550/4-5_negotiation_background_paper_179en.pdf, accessed 14 September 2020).
- Babic M (2020). Let's talk about the interregnum: Gramsci and the crisis of the liberal world order. *Int Aff.* 96(3):767–86 (<https://academic.oup.com/ia/article/96/3/767/5712430>, accessed 14 September 2020).
- Barbieri G (2019). Regionalism, globalism and complexity: a stimulus towards global IR? *Third World Thematics* 4(6):424–41 (<https://doi.org/10.1080/23802014.2019.1685406>, accessed 14 September 2020).
- Brown, MD, Bergmann JN, Novotny TE, Mackey TK (2018). Applied global health diplomacy: profile of health diplomats accredited to the United States and foreign governments. *Glob Health* 14 (<https://doi.org/10.1186/s12992-017-0316-7>, accessed 14 September 2020).
- Brown MD, Mackey TK, Shapiro CN, Kolker J, Novotny TE (2014). Bridging public health and foreign affairs: the tradecraft of global health diplomacy and the role of health attachés. *Sci Dipl.* 3(3) (<https://www.sciencediplomacy.org/article/2014/bridging-public-health-and-foreign-affairs>, accessed 14 September 2020).
- Boyd A et al. (2019). Data Diplomacy. *Science & diplomacy*, 8(1). (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785044/>, accessed 12 October 2020).
- Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y (2020). Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Glob Health* 5(8):e003394 (<https://gh.bmj.com/content/5/8/e003394>, accessed 14 September 2020).
- Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghinga I (2014). How should the WHO reform?: an analysis and review of the literature. Geneva: Graduate Institute (<https://repository.graduateinstitute.ch/record/292197?ln=en>, accessed 14 September 2020).
- Chattu VK (2017a). Politics of Ebola and the critical role of global health diplomacy for the CARICOM. *J Family Med Prim Care* 6(3):463–7

- (<http://www.jfmpc.com/text.asp?2017/6/3/463/222056>, accessed 14 September 2020).
- Chattu VK (2017b). The rise of global health diplomacy: an interdisciplinary concept linking health and international relations. *Indian J Public Health* 61(2):134–6 (<http://www.ijph.in/text.asp?2017/61/2/134/207417>, accessed 14 September 2020).
- Chattu VK, Chami G (2020). Global health diplomacy amid the COVID-19 pandemic: a strategic opportunity for improving health, peace, and well-being in the CARICOM region: a systematic review. *Soc Sci* 9(5):88 (<https://www.mdpi.com/2076-0760/9/5/88/htm>, accessed 14 September 2020).
- Chattu VK, Kevany S (2019). The need for health diplomacy in health security operations. *Health Promot Perspect*. 9(3):161–3 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6717919/>, accessed 14 September 2020).
- Chattu VK, Knight AW (2019). Port of Spain Summit Declaration as a successful outcome of global health diplomacy in the Caribbean region: a systematic review. *Health Promot. Perspect*. 9(3):174–80 (<https://doi.org/10.15171/hpp.2019.25>, accessed 14 September 2020).
- Cooper AF, Farooq AB (2015). Stretching health diplomacy beyond “global” problem solving: bringing the regional normative dimension in. *Glob Soc Policy* 15(3):313–28 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26635500>, accessed 14 September 2020).
- Dodds F, Donoghue D, Roesch JL (2016). *Negotiating the Sustainable Development Goals: a transformational agenda for an insecure world*. London: Routledge (<https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781315527093>, accessed 12 October 2020).
- Feldbaum H, Michaud J (2010). Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. *PLoS Med* 7(4): e1000226 (<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000226>, accessed 14 September 2020).
- Frenk J, Moon S (2013). Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 368:936–42 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1109339>, accessed 14 September 2020).

- Garfield R, Devin J, Fausey J (1995). The health impact of economic sanctions. *Bull N Y Acad Med.* 72(2):454–69. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359434/>, accessed 14 September 2020).
- Gómez EJ, Ruger JP (2015). The global and domestic politics of health policy in emerging nations. *J Health Polit Policy Law* 40(1):3–11 (<https://doi.org/10.1215/03616878-2854256>, accessed 14 September 2020).
- Gostin LO, Sridhar D (2014). Global health and the law. *N Engl J Med.* 370:1732–40 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1314094>, accessed 14 September 2020).
- Iglehart JK (2004). Advocating for medical diplomacy: a conversation with Tommy G. Thompson. *Health Aff.* 23:Suppl1 (<https://doi.org/10.1377/hlthaff.W4.262>, accessed 14 September 2020).
- Ikenberry GJ (2018). The end of liberal international order? *Int Aff.* 94(1):7–23. (<https://academic.oup.com/ia/article/94/1/7/4762691>, accessed 14 September 2020).
- Irwin R, Smith R (2019). Rituals of global health: negotiating the World Health Assembly. *Glob Public Health* 14(2):161–74 (<https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1504104>, accessed 14 September 2020).
- Jones CM, Clavier C, Potvin L (2017). Adapting public policy theory for public health research: a framework to understand the development of national policies on global health. *Soc Sci Med.* 177:69–77 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28161673>, accessed 14 September 2020).
- Kallinen N (2016). What are competent diplomats made of? Exploring competency management in Finnish Foreign Service [thesis]. Vaasa: University of Vaasa (<https://osuva.uvasa.fi/handle/10024/1290>, accessed 14 September 2020).
- Katz R, Kornblat S, Arnold G, Lief E, Fischer JE (2011). Defining health diplomacy: changing demands in the era of globalization. *Milbank Q.* 89(3):503–23 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3214719/>, accessed 14 September 2020).

- Kevany S (2014). Global health diplomacy: a “deus ex machina” for international development and relations. *Int J Health Policy Manag.* 3(2):111–2 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122081/>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *BMJ* 342:d3154 (<https://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154.long>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I (2015). The political determinants of health: 10 years on. *BMJ* 350:h81 (<https://www.bmj.com/content/350/bmj.h81>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I (2016). The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health* 34:561–5 (<https://doi.org/10.1080/14034940600973059>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Cassels A (2018). Disruptions that shape global health. *BMJ* 363:2–3 (<https://repository.graduateinstitute.ch/record/296678?ln=en>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Kökény M (2013). Global health diplomacy: five years on. *Bull World Health Organ.* 91:159–159A (<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-118596/en/>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Cassar Szabo MM (2014). A new governance space for health. *Glob Health Action*, 7(1) (<https://doi.org/10.3402/gha.v7.23507>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Allen L, Franz C (2016). The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health* 4(12):E895–6 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0), accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull World Health Organ.* 85(3):230–2 (<https://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039222.pdf?ua=1>, accessed 14 September 2020).
- Kickbusch I, Novotny TE, Drager N, Silberschmidt G, Alcazar S (2007). Global health diplomacy: training across disciplines. *Bull World Health Organ.* 85(12):971–3 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636315/>, accessed 14 September 2020).

- Killeen OJ, Davis A, Tucker JD, Meier BM (2018). Chinese global health diplomacy in Africa: opportunities and challenges. *Glob Health Gov.* 12(2):4–29 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447313/>, accessed 14 September 2020).
- Labonté R (2018). Reprising the globalization dimensions of international health. *Glob Health* 14 (<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0368-3>, accessed 14 September 2020).
- Lancet (2018). GBD [Global Burden of Disease] 2017: a fragile world [editorial]. *Lancet* 392:1683 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32858-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7), accessed 14 September 2020).
- Lancet (2019). G20 Osaka: when will global health commitments be realised? [editorial]. *Lancet* 394:1 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31520-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31520-X), accessed 14 September 2020).
- Lee K, Smith R (2011). What is “global health diplomacy”? a conceptual review. *Glob Health Gov.* 5(1) (https://www.researchgate.net/publication/261833347_What_is_'Global_Health_Diplomacy'_A_Conceptual_Review, accessed 14 September 2020).
- Lencucha R, Kothari A, Labonté R (2010). The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. *Health Policy Plan.* 26(5):405–12 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051475>, accessed 14 September 2020).
- Loewenson R, Modisenyane M, Pearcey M (2014). African perspectives in global health diplomacy. *J Health Dipl.* (http://www.tarsc.org/publications/documents/loewenson%20modisenyane%20pearcey_african%20perspectives%20in%20GHD.pdf, accessed 14 September 2020).
- Mahbubani K (2020). Diplomacy: Power or Persuasion. *SAIS Review of International Affairs*, 40(1):19–29. (<https://muse.jhu.edu/article/763651>, accessed 12 October 2020).
- McBride B, Hawkes S, Buse K (2019). Soft power and global health: the Sustainable Development Goals (SDGs) era health agendas of the G7, G20 and BRICS. *BMC Public Health* 19 (<https://>

- bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7114-5, accessed 14 September 2020).
- Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration: global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 369:1373–8 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60498-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60498-X/fulltext), accessed 14 September 2020).
- Niklasson B (2020). The gendered networking of diplomats. *Hague J. Dipl*, 15(1–2):13–42 (https://brill.com/view/journals/hjd/15/1-2/article-p13_2.xml, accessed 12 October 2020).
- Nikogosian H (2020). Regional integration, health policy and global health. *Glob. Policy* 11(4):508–514 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1758-5899.12835>, accessed 16 November 2020).
- Nikogosian H, Kickbusch I (2016). The legal strength of international health instruments: what it brings to global health governance? *Int J Health Policy Manag.* 5(12):683–5 (http://www.ijhpm.com/article_3270_dfc7f91e0d1091e8c16da06b812ae436.pdf, accessed 14 September 2020).
- Nikogosian H, Kickbusch I (2018). Interface of health and trade: a viewpoint from health diplomacy. *BMJ Glob Health* 3(Suppl 1):e000491 (https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000491, accessed 14 September 2020).
- Paula N de (2021). Planetary health diplomacy: a call to action. *The Lancet Planetary Health*, 5(1):e8–e9. ([https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(20\)30300-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30300-4/abstract), accessed 10 February 2021).
- Pfetsch FR (2009). Chairing negotiations in the World Trade Organization. *Négociations* 11(1):121–41 (<https://www.cairn.info/revue-negociations-2009-1-page-121.htm>, accessed 14 September 2020).
- Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, Runnels V, Gagnon M (2016). Global health diplomacy: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 155:61–72 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953616301046>, accessed 14 September 2020).

- Smith R, Irwin R (2016). Measuring success in global health diplomacy: lessons from marketing food to children in India. *Glob Health* 12(1) (<https://doi.org/10.1186/s12992-016-0169-5>, accessed 14 September 2020).
- Taylor AL, Dhillon IS (2011). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: the evolution of global health diplomacy. *Glob. Health Gov.* 5 (<https://www.who.int/workforcealliance/14.pdf>, accessed 14 September 2020).
- Taylor S (2018). “Global health”: meaning what? *BMJ Glob Health* 3:e000843 (<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/2/e000843.full.pdf>, accessed 14 September 2020).
- Watt NF, Gomez EJ, McKee M (2013). Global health in foreign policy – and foreign policy in health?: evidence from the BRICS. *Health Policy Plan.* 29(6):763–73 (<https://academic.oup.com/heapol/article/29/6/763/575614>, accessed 14 September 2020).
- Wertheim E (2002). *Negotiations and resolving conflicts: an overview.* Boston (MA): Northeastern University; College of Business Administration (<https://www.europarc.org/communication-skills/pdf/Negotiation%20Skills.pdf>, accessed 11 February 2020).

Documents and reports

- Clift C, editor (2014). *What’s the World Health Organization for? final report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance.* London: Royal Institute of International Affairs [Chatham House] (http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521WHOHealthGovernanceClift.pdf, accessed 14 September 2020).
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, accessed 14 September 2020).
- Deloitte (2019a). *2020 global health care outlook: laying a foundation for the future.* Deloitte (<https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life->

- sciences-and-healthcare/articles/global-healthcare-sector-outlook.html, accessed 14 September 2020).
- Deloitte (2019b). 2019 global health care outlook: shaping the future. Deloitte (<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>, accessed 14 September 2020).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). Competency framework. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (https://www.oecd.org/careers/competency_framework_en.pdf, accessed 14 September 2020).
- Organization for Economic Co-operation and Development, World Health Organization (2016). International regulatory co-operation and international organisations: the case of the World Health Organization (WHO). Paris/Geneva: Organisation for Economic Cooperation and Development/World Health Organization (https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/WHO_Full-Report.pdf, accessed 14 September 2020).
- S4D4C (2019). The Madrid Declaration on Science Diplomacy. Madrid: S4D4C (<https://www.s4d4c.eu/s4d4c-1st-global-meeting/the-madrid-declaration-on-science-diplomacy/>, accessed 14 September 2020).
- United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.
- Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, accessed 14 September 2020).
- United Nations (2018a). Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Time to deliver: accelerating our response to address non-communicable diseases for the health and well-being of present and future generations. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. New York: United Nations (A/RES/73/2; http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2, accessed 14 September 2020).

- United Nations (2018b). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations (A/CONF.231/3; <https://undocs.org/en/A/CONF.231/3>, accessed 14 September 2020).
- United Nations (2019). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage.
- Universal health coverage: moving together to build a healthier world. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019. New York: United Nations (A/RES/74/2; <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>, accessed 14 September 2020).
- United Nations University Institute of Advanced Studies on Sustainability (2014). Training manual for chairs of meetings of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions. Geneva: Secretariats of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions (<http://docplayer.net/26093911-Training-manual-for-chairs-of-meetings-of-the-basel-rotterdam-and-stockholm-conventions.html>, accessed 14 September 2020).
- Watal J, Taubman A, editors (2015). The making of the TRIPS Agreement: personal insights from the Uruguay Round negotiations. Geneva: World Trade Organization (https://www.wto.org/english/res_e/publications_e/trips_agree_e.htm, accessed 14 September 2020).
- World Economic Forum (2019). Health and healthcare in the Fourth Industrial Revolution. Insight report of the Global Future Council on the Future of Health and Healthcare 2016–2018. Geneva: World Economic Forum (http://www3.weforum.org/docs/WEF_Shaping_the_Future_of_Health_Council_Report.pdf, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2006). Public health, innovation and intellectual property rights.
- Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/intellectualproperty/report/en/>, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2016a). International Health Regulations (2005), 3rd edition. Geneva: World Health Organization

- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1>, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2016b). Framework of Engagement with Non-State Actors. Geneva: World Health Organization (WHA69.10; https://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2018a). Handbook for non-State actors on engagement with the World Health Organization. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329431>, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2018b). COP24 special report: health and climate change. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/globalchange/publications/COP24-report-healthclimate-change/en/>, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2018c). Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2019a). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization (WHO/PRP/18.1; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2019b). Stronger collaboration, better health. Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications-detail/stronger-collaboration-better-health-global-action-plan-for-healthy-lives-and-wellbeing-for-all>, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2020a). Constitution of the World Health Organization. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 1–19 (http://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, accessed 14 September 2020).
- World Health Organization (2020b). Rules of procedure of the World Health Assembly. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World

Health Organization: 173–206 (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2020c). Rules of procedure of the Executive Board of the World Health Organization. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 207–224 (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2020d). WHO Director-General’s statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). In: WHO [website] ([https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)), accessed 12 October 2020).

World Health Organization, United Nations Children’s Fund (2018). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization/United Nations Children’s Fund (WHO/HIS/SDS/2018.61; <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>, accessed 14 September 2020).

World Health Organization, World Bank (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (<http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf>, accessed 14 September 2020).

World Health Organization, World Trade Organization (2002). WTO agreements and public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva: World Health Organization/World

Trade Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42535>, accessed 14 September 2020).

Online sources

Bernes TA (2020). COVID-19: the failure of G20. In: Centre for International Governance Innovation [website]. Waterloo, Canada: Centre for International Governance Innovation (<https://www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20>, accessed 14 September 2020).

- France, Ministry of Europe and Foreign Affairs (2018). Health: launch of the campaign to replenish the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. In: Ministry of Europe and Foreign Affairs [website]. Paris: Ministry of Europe and Foreign Affairs (<https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/development-assistance/news/2018/article/health-launch-of-the-campaign-to-replenish-the-global-fund-to-fight-hiv-aids>, accessed 14 September 2020).
- Gavi, the Vaccine Alliance (2020). What is the COVAX pillar, why do we need it and how will it work? In: Gavi [website]. Geneva/Washington (DC): Gavi, the Vaccine Alliance (<https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkeley-explains-covax-pillar>, accessed 14 September 2020).
- International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations. The AMR Action Fund. In: IFPMA [website]. Geneva: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (<https://www.ifpma.org/partners-2/the-amr-action-fund/>, accessed 14 September 2020).
- International Institute for Sustainable Development (2020). As decade of action has become a decade of recovery, HLPF focuses on pandemic response. In: IISD/SDG Knowledge Hub [website]. International Institute for Sustainable Development (<https://sdg.iisd.org/443/news/as-decade-of-action-has-become-a-decade-of-recovery-hlpf-focuses-on-pandemic-response/>, accessed 14 September 2020).
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2020). World leaders unite in call for a people's vaccine against COVID-19. In: UNAIDS [website]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/may/20200514_COVID-19-vaccine, accessed 14 September 2020).
- Organisation for Economic Cooperation and Development (n.d.). Official development assistance (ODA). In: OECD/Development Assistance Committee [website]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (<https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/>

development-finance-standards/official-development-assistance.htm, accessed 14 September 2020).

Vskills (2019). Strategies for negotiation. In: Vskills/Tutorials [website]. (<https://www.vskills.in/certification/tutorial/life-skills/strategies-for-negotiation/>, accessed 14 September 2020).

Wageningen Centre for Development Innovation (n.d.). Stakeholder analysis: importance/ influence matrix. In: Multi-Stakeholder Partnerships [website]. Wageningen: Wageningen University and Research; Centre for Development Innovation (<http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-importanceinfluence-matrix> , accessed 14 September 2020).

Websites and web pages

Building Leadership for Health (by Graham Lister)

1. Global health diplomacy: <https://www.building-leadership-for-health.org.uk/global-health-diplomacy/> [This webpage includes links to learning programmes for the International Federation of Medical Students' Associations.]

Chatham House

2. Global health: <https://www.chathamhouse.org/research/themes/global-health>

European Union

3. Global health: https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/global_health_en

Gavi, the Vaccine Alliance:

4. Homepage: <https://www.gavi.org/>

Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents

5. Homepage: <https://www.globalfinancingfacility.org/> [The Global Financing Facility is helping governments in low- and lower-middle-income countries to transform the way in which they prioritize and finance health and nutrition.]

Global Fund to Fight AIDS,
Tuberculosis and Malaria □

Homepage:

<https://www.theglobalfund.org/en/>

Global Health Council

6. Homepage: <https://globalhealth.org/>

Graduate Institute of International and Development Studies

7. Global Health Centre: [https://graduateinstitute .ch/globalhealth](https://graduateinstitute.ch/globalhealth)
- Henry J. Kaiser Family Foundation
8. Global health policy: <https://www.kff.org/global-health-policy/> [This covers mainly the role of the United States.]
- Institute for Health Metrics and Evaluation
9. Homepage: <http://www.healthdata.org/> [See in particular the report Financing global health 2018: countries and programs in transition (2019).]
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
10. Homepage: <https://www.unaids.org/en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development □ Health
<https://www.oecd.org/health/UHC2030>
11. Homepage: <https://www.uhc2030.org/> [This multi-stakeholder platform promotes collaboration on the strengthening of health systems and on achieving universal health coverage.]
- United Nations
12. Health: <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/health/>
 13. Sustainable Development Goals Knowledge Platform: <https://sustainabledevelopment.un.org/> Women in Global Health
 14. Homepage: <https://www.womeningh.org/> World Bank
 15. Health: <http://www.worldbank.org/en/topic/health>
- World Health Organization
16. Homepage: <https://www.who.int/en/> [This includes links to all six WHO regional offices.]
 17. Governance: <http://apps.who.int/gb/gov/> [This gives an overview of all governance-related processes at WHO, including documentation, records and the rules of procedure of the governing bodies.]
 18. WHO Framework Convention on Tobacco Control: <https://www.who.int/fctc/en/>

واژه نامه

جامعه مدنی (Civil society): به فرآیندی اطلاق می‌شود که از طریق آن افراد با یکدیگر و با مراکز اقتدار سیاسی و اقتصادی؛ مذاکره، بحث، جدال یا توافق می‌کنند و از طریق آن انجمن‌ها، جنبش‌ها، احزاب، اتحادیه‌ها و افراد داوطلبانه قادر به فعالیت علنی هستند. دامنه این اصطلاح وسیع است، اما کاربردهای رایج، مشاغل بخش خصوصی و سازمان‌های رسمی دولت محلی را مستثنی می‌کند. (Kickbusch, 2013)

دیپلماسی سلامت از نوع باشگاهی (Club-type health diplomacy): به روابط دیپلماتیک و مذاکرات میان گروهی از رهبران اطلاق می‌شود که یکدیگر را به خوبی می‌شناسند و می‌توانند از جذابیت و متقاعدسازی شخصی استفاده کنند.

دیپلماسی کووید-۱۹ / دیپلماسی همه گیر (COVID-19 diplomacy / pandemic diplomacy): مذاکرات چندجانبه و چند سطحی برای پایان دادن سریعتر به پاندمی کووید-۱۹ با شکل دادن و مدیریت محیط سیاست جهانی در بسیاری از مکان‌ها.

دیپلماسی بحران (Crisis diplomacy): تعاملات بین کشورها (و سایر بازیگران) تحت تغییرات شدید سیستمی و بحران

عوامل تعیین کننده سلامت (Determinants of health): عوامل تعیین کننده سلامت به محیط اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی و ویژگی‌ها و رفتارهای فردی اطلاق می‌شود که همگی می‌توانند بر رفاه و سلامت افراد تأثیر بگذارند. سالم بودن یا نبودن افراد عمدتاً توسط شرایط و محیط آنها تعیین می‌شود. دسترسی به مراقبت‌های سلامت و کیفیت خدمات ارائه شده نیز از عوامل تعیین کننده سلامت در نظر گرفته می‌شود. روندهای سال‌های اخیر ایجاب می‌کند که بین عوامل تجاری و سیاسی تعیین کننده تمایز قائل شود. عوامل تعیین کننده تجاری شامل "استراتژی‌ها و رویکردهای مورد استفاده توسط بخش خصوصی برای ترویج محصولات و انتخاب‌هایی است که برای سلامتی مضر هستند" (Kickbusch, Allen & Franz, 2016). نگاه به سلامت از دریچه عوامل تعیین کننده سیاسی به معنای تجزیه و تحلیل این است که چگونه کشورهای قدرتمند، نهادها، فرآیندها، خواسته‌ها و موقعیت‌های ایدئولوژیک مختلف بر

سلامت در نظام‌ها و فرهنگ‌های مختلف سیاسی و در سطوح مختلف حکومت تأثیر می‌گذارند. علاوه بر این، سایر عوامل تعیین کننده سلامت به کنش سیاسی وابسته هستند (Kickbusch, 2015).

دیپلماسی سلامت دیجیتال / دیپلماسی سلامت توئیتر (Digital health)

diplomacy / Twitter health diplomacy: استفاده از اینترنت و فناوری‌های جدید اطلاعات و ارتباطات برای کمک به دستیابی به اهداف دیپلماتیک. (با این حال، تعاریف دیگری نیز ارائه شده است.) تعریف فوق بر تعامل بین اینترنت و دیپلماسی، از تغییرات مبتنی بر اینترنت در محیطی که دیپلماسی در آن انجام می‌شود تا ظهور موضوعات جدید در دستور کار دیپلماتیک مانند امنیت سایبری و حفظ حریم خصوصی، همراه با استفاده از ابزارهای اینترنتی برای انجام دیپلماسی، متمرکز است. دیپلماسی دیجیتال بخشی از دیپلماسی عمومی است. هنوز هم بر استفاده از ابزارهای رسانه‌های اجتماعی مانند توئیتر، فیس بوک، اینستاگرام و اسنپ چت متمرکز است، و در مورد ایجاد محتوای آنلاین جذاب است که مردم را برای مشارکت در گفتگوهای پیچیده در مورد سیاست خارجی، نقش دولت‌ها و امور مشترک تحریک می‌کند.

حکمرانی جهانی برای سلامت (Global governance for health): نهادها و

فرآیندهای حکمرانی جهانی که تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت جهانی دارند. و شامل سایر مؤسسات مرتبط با سلامت جهانی می‌شود که ممکن است لزوماً سلامت را به‌عنوان بخشی از برنامه‌های صریح خود نداشته باشند: برای مثال، سازمان‌هایی که در زمینه‌های تغییرات اقلیمی، حقوق مالکیت معنوی، تجارت و آموزش کار می‌کنند.

سلامت جهانی (Global health): مسائل سلامت که از مرزهای ملی فراتر می‌روند و نیاز

به اقدام در مورد عوامل جهانی تعیین کننده سلامت مردم دارند (Kickbusch, 2006).

دیپلماسی سلامت جهانی (Global health diplomacy): فرآیندهای مذاکره

چندسطحی و چندجانبه که محیط سیاست جهانی برای سلامت را در انجمن‌های سلامتی و غیر سلامتی شکل می‌دهد و مدیریت می‌کند. چنین

دیپلماسی به ویژه با مسائل سلامت و عوامل تعیین کننده‌ای سروکار دارد که از مرزهای ملی عبور می‌کنند و باید از طریق توافق‌نامه‌های جهانی مورد بررسی قرار گیرند. این رشته، رشته‌های

سلامت عمومی، امور بین الملل، مدیریت، حقوق و اقتصاد را گرد هم می‌آورد (Kickbusch et al., 2007).

حکمرانی سلامت جهانی (Global health governance): ایجاد آگاهانه، شکل‌دهی، هدایت، تقویت و استفاده از نهادها و رژیم‌های بین‌المللی و فراملی (از اصول، هنجارها، قوانین و رویه‌های تصمیم‌گیری) برای سازماندهی ارتقا و حفاظت از سلامت در مقیاس جهانی. چنین حکمرانی در مورد مؤسساتی است که بر سلامت جهانی متمرکز هستند، از جمله ساختارهای متعارف درگیر در چنین کارهایی در سطح چندجانبه و دوجانبه، و همچنین نهادهای نوآور، مانند مشارکت عمومی-خصوصی با نمایندگانی از ذینفعان مختلف.

امنیت سلامت جهانی (Global health security): کاهش آسیب پذیری جمعی در برابر تهدیدات جهانی سلامت عمومی، چه فوری و چه تدریجی. این تهدیدها فراتر از مرزها هستند و ممکن است توسط عوامل عفونی که به طور طبیعی در سطح مشترک انسان و حیوان ظاهر می‌شوند، ایجاد شوند، اما ممکن است توسط مواد شیمیایی، سموم و تشعشعات ایجاد شوند یا عمداً توسط اقدامات تروریستی ایجاد شوند. در سطح فردی، امنیت سلامت باید شامل اقدامات حفاظتی و تدارکاتی مانند دسترسی به داروهای ایمن و مؤثر، واکسن‌ها و مراقبت‌های پزشکی باشد. بنابراین افزایش امنیت سلامت شخصی به معنای فراهم کردن دسترسی پایدارتر (و در نتیجه ایمن) به کالاها و خدمات پزشکی با کیفیت برای افراد است.

کالاهای عمومی سلامت جهان (Global public goods of health): در دنیایی که به طور فزاینده‌ای به هم پیوسته است، بسیاری از کالاهای عمومی (یعنی کالاهایی که منافع مشترکی را ایجاد می‌کنند و هیچ کس را نمی‌توان از آن حذف کرد) دیگر نمی‌توانند به طور انحصاری ملی تعریف شوند. کالاهای عمومی جهانی مزایایی را ایجاد می‌کنند - مانند جهانی امن‌تر، محافظت در برابر تأثیرات تغییرات اقلیمی و بهبود سلامت - که برای رفاه کسانی که اکنون زندگی می‌کنند و برای بقای نسل‌های آینده حیاتی است. نمونه‌هایی از کالاهای عمومی جهانی برای سلامتی شامل دانش علمی مشترک (مانند تعیین توالی ژنوم انسان)، ریشه‌کنی آبله، سیستم‌های نظارت جهانی برای آنفولانزا و سایر بیماری‌ها، مقررات بین‌المللی سلامت سازمان جهانی بهداشت و حمایت از توسعه واکسن‌های جدید است.

حکمرانی برای سلامت جهانی (Governance for global health): نهادها و مکانیسم‌هایی که در سطح ملی و منطقه‌ای برای کمک به حکمرانی سلامت جهانی و/یا مدیریت سلامت جهانی، مانند استراتژی‌های ملی یا منطقه‌ای در مورد سلامت جهانی، ایجاد شده‌اند. همچنین ممکن است حاکمیت در سطح جوامع محلی را پوشش دهد.

دیپلماسی بشردوستانه (Humanitarian diplomacy): فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر دیپلماسی بشردوستانه را اینگونه تعریف می‌کند: «مقاعد کردن تصمیم‌گیرندگان و رهبران افکار برای اقدام، در همه حال، به نفع افراد آسیب‌پذیر، و با احترام کامل به اصول غیر اساسی بشردوستانه».

اسناد سلامت جهانی (Instruments of global health): قوانین بین‌المللی، معاهدات، موافقت‌نامه‌ها، کنوانسیون‌ها، پروتکل‌ها، اعلامیه‌ها، استراتژی‌ها، برنامه‌های اقدام و کدهایی که به سلامت جهانی مربوط می‌شوند.

چندجانبه‌گرایی در دیپلماسی سلامت جهانی (Multilateralism in global health diplomacy): «چندجانبه‌گرایی» اصطلاحی است که برای توصیف همکاری بین کشورها به کار می‌رود: چندجانبه‌گرایی در دیپلماسی سلامت جهانی رویکردی مبتنی بر این فرض است که کشورها با همکاری یکدیگر می‌توانند راه‌حل‌هایی برای مشکلات سلامت جهانی بیابند، بدون اینکه از حق حاکمیت خود چشم‌پوشی کنند.

بخش خصوصی (Private sector): بخش خصوصی بخشی از اقتصاد است که در اختیار گروه‌های خصوصی است، معمولاً به‌عنوان وسیله‌ای برای کسب سود به جای اینکه در اختیار دولت باشد.

دیپلماسی علمی (Science diplomacy): استفاده از همکاری علمی بین کشورها برای رسیدگی به مشکلات مشترک پیش روی بشریت و ایجاد مشارکت‌های سازنده بین‌المللی. این هم جزء دیپلماسی سلامت و محیط زیست است و هم به تنهایی یک حوزه است.

دیپلماسی واکسن (Vaccine diplomacy): تمام جنبه‌های دیپلماسی سلامت جهانی که به توسعه، ساخت و تحویل واکسن‌ها به‌عنوان کالاهای سلامت عمومی مربوط می‌شود. از جمله

ویژگی‌های کلیدی دیپلماسی واکسن، پتانسیل آن به‌عنوان یک مداخله بشردوستانه و نقش اثبات شده آن در کمک به میانجیگری برای توقف خصومت‌ها و آتش بس در طول کمپین‌های واکسیناسیون است.

رویکرد کل دولت / کل جامعه (Whole-of-government / whole-of-society approach): این رویکردها خواستار همکاری، برنامه ریزی و گفتگو در کل دولت و جامعه است. شامل کار با هم در مورد مسائل سلامت عمومی با شرکای غیر سنتی، از جمله سازمان‌های غیر دولتی، بخش خصوصی و جامعه مدنی هستند. **م**

مطالعه موردی (۱): مذاکرات منجر به تصویب قطعنامه هشتم مجمع جهانی سلامت (۲۰۱۹) در مورد بهبود شفافیت بازار داروها، واکسن‌ها و سایر کالاهای سلامت

نویسنده: کاترین سائز

مقدمه

در سال ۲۰۱۹، کشورهای عضو در هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت قطعنامه‌ای را باهدف بهبود شفافیت بازار داروها، واکسن‌ها و سایر کالاهای سلامت از جمله دستگاه‌های پزشکی، دستگاه‌های تشخیصی، محصولات کمکی، درمان‌های مبتنی بر سلول و ژن و سایر فناوری‌های سلامت تصویب کردند. (قطعنامه شماره 72.8/WHA)

این قطعنامه که توسط بسیاری از متخصصان به‌عنوان تصمیم برجسته سازمان جهانی بهداشت توصیف شده که پس از مذاکرات بسیار فشرده حتی چندین جلسه شبانه، مورد توافق قرار گرفت. نسخه نهایی زبان جاه طلبانه کمتری نسبت به پروپوزال اولیه داشت که در فوریه ۲۰۱۹ توسط ایتالیا ارائه شد و در افتتاحیه هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت، ۹ حامی مالی به آن پیوستند. در عین حال، برای اولین بار قطعنامه‌ای در سازمان جهانی بهداشت به تصویب رسید که به‌صراحت از کشورها می‌خواهد اطلاعات مربوط به قیمت تمام شده کالاهای سلامت را به‌طور عمومی به اشتراک بگذارند. تنها سه کشور آلمان، مجارستان و بریتانیا، خود را از این قطعنامه جدا کردند (فلچر، ۲۰۱۹).

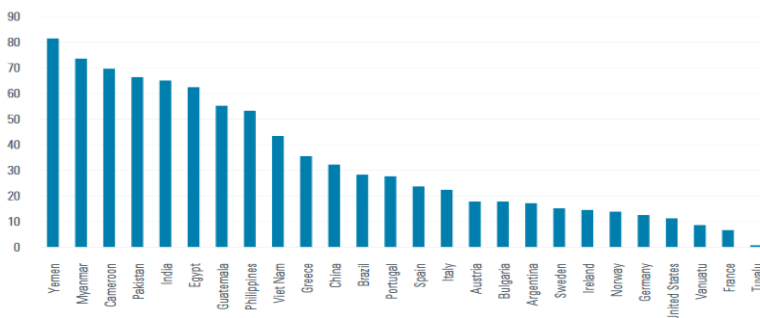
این قطعنامه خواستار شفافیت قیمت‌های واقعی کالاهای سلامت در بازارهای ملی و جهانی و دریافت اطلاعات بیشتر در مورد هزینه تحقیق و توسعه داروها، هزینه آزمایش‌های بالینی و وضعیت ثبت اختراع داروها و کالاهای سلامت شد. این امر ناشی از نیاز به مقابله با اختلاف فاحش قیمت دارو در بین کشورها بود. همان‌طور که طرفداران قطعنامه اشاره کردند، برخی داروها به‌طور محسوسی در کشورهای کم‌درآمد گرانتر از کشورهای پردرآمد هستند (Saez, 2019a).

مسائل مهم مورد بحث: قیمت‌های بالا، نابرابری‌ها و عدم شفافیت

دسترسی به داروها و کالاهای سلامت تا حد زیادی مشروط به قیمت‌گذاری است. «شاخص قیمت دارو» توسط شرکت مدبل در سال ۲۰۱۹ دلالت دارد بر این که: «یکی از بزرگ‌ترین نابرابری‌های دسترسی به مراقبت در سراسر جهان، قیمت دارو است» (Medbelle، ۲۰۱۹). با افزایش بیماری‌های غیر واگیردار به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط و افزایش سن در سراسر جهان، بار بیماری در سطح جهانی در حال افزایش است. درمان‌های نجات‌بخش جدید که اغلب توسط حق ثبت اختراع محافظت می‌شوند، با قیمت‌هایی به بازار عرضه می‌شوند که فشار زیادی بر منابع سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، حتی در کشورهای ثروتمند وارد می‌کند.

مشکل عدم توانایی پرداخت مردم برای خرید داروها در کشورهای با اقتصاد ضعیف و متوسط مشکل جدیدی نیست. این موضوع اولین بار در جریان اپیدمی اچ ای وی ایدز مورد توجه جهانیان قرار گرفت که در آن میلیون‌ها نفر در چنین کشورهایی بدون دسترسی به دارو رها شدند. با این حال، یک عامل جدید که سبب ناراحتی فزاینده‌ای که در کشورهای با درآمد بالا نسبت به قیمت داروهای جدید احساس می‌شود، ناشی از هزینه بالای درمان جدید هپاتیت C است که توسط شرکت گیلیاد (Gilead) در سال ۲۰۱۴ به بازار عرضه شد. برخی از کشورهای پردرآمد شروع به زیر سؤال بردن قیمت‌های بالای داروهای جدید و شفافیت مذاکرات قیمت‌گذاری با صنعت دارو کردند.

Out-of-pocket expenditure (%) in 2015

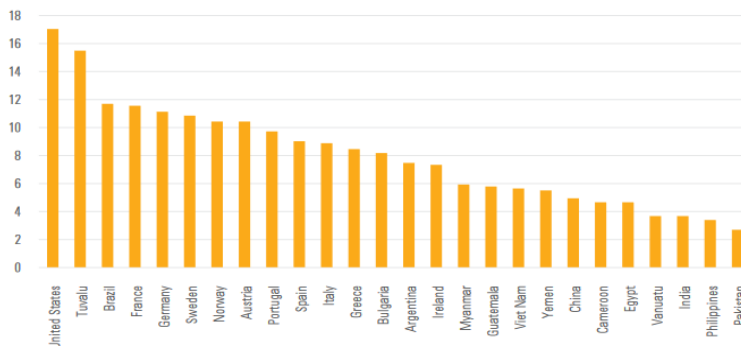


نابرابری در قیمت دارو بین کشورها

انتظار می‌رود بسیاری از کشورهای کم‌درآمد، تولید ناخالص داخلی (GDP) خود را در سال‌های آینده افزایش دهند و در نتیجه واجد شرایط بودن برای دریافت کمک از سوی سازمان‌های اهداکننده را از دست بدهند، و این کشورها باید در مورد قیمت داروها مستقیماً با شرکت‌های داروسازی مذاکره کنند.

فقدان شفافیت در قیمت‌های پرداختی به صنعت دارو برای خرید داروها (چه برند و چه ژنریک)، منجر به اختلاف قیمت قابل توجهی بین کشورها می‌شود. سازمان جهانی بهداشت در سیزدهمین برنامه عمومی خود خاطر نشان شد که: «در بسیاری از حوزه‌ها، علت اصلی مشکلات مالی، پرداخت از جیب برای خرید دارو است». همان‌طور که در راهنمای بالینی سازمان جهانی بهداشت در مورد سیاست‌های قیمت‌گذاری دارویی کشور اشاره شده است، «بیش از ۹۰ درصد از جمعیت کشورهای در حال توسعه از طریق پرداخت از جیب دارو را خریداری می‌کنند و داروها را به بزرگ‌ترین اقلام هزینه خانواده بعد از غذا تبدیل می‌کند» (WHO، ۲۰۱۵). بر اساس گزارش رصدخانه جهانی سلامت (WHO، ۲۰۲۰)، پرداخت از جیب مردم حدود ۳۲ درصد از هزینه‌های سلامت جهانی در سال ۲۰۱۵ را تشکیل می‌دهد. با این حال، تفاوت‌های قابل توجهی بین کشورها وجود دارد که در شکل زیر مشاهده می‌شود:

Health expenditure in 2016 (% of GDP)



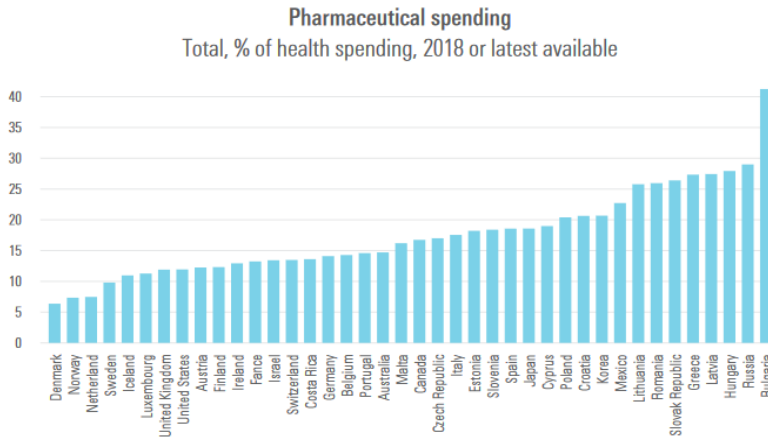
مطالعه‌ای^۱ که در سال ۲۰۱۶ انجام شد، نشان داد که قیمت داروهای بیمارستانی در چهار کشور عضو اتحادیه اروپا (اتریش، فرانسه، لتونی و اسپانیا) با ازای سرانه تولید ناخالص همبستگی ندارد؛ در کشورهای اتریش و اسپانیا به ازای سرانه تولید ناخالص داخلی کمتر، قیمت پنج داروی موردبررسی (سرطان، بیماری‌های روماتیسمی و هپاتیت C) بیشتر از فرانسه و لیتوانی بالاتر بود.

چنین نابرابری توسط مطالعات متعدد، از جمله توسط Iyengar و همکاران، مشاهده شده است (۲۰۱۶)؛ که تفاوت‌های زیادی بین کشورها در قیمت دو داروی جدید هپاتیت C پیدا کرد و نتیجه گرفت، "کشورهای فقیرتر ممکن است قیمت‌های تعدیل شده بالاتری نسبت به کشورهای ثروتمند پردازند

مطالعه شاخص قیمت دارو توسط شرکت مدبل (Medbelle) در سال ۲۰۱۹، قیمت‌های ۱۳ ترکیب دارویی رایج را در ۵۰ کشور، صرف نظر از اینکه آیا داروها تحت پوشش بیمه هستند یا توسط پرداخت از جیب مردم تأمین مالی می‌شوند، مقایسه کرد. هر دو نسخه نام تجاری و ژنریک داروها در این مطالعه گنجانده شده بودند که نشان داد انحراف از قیمت متوسط از ۳۰۶۸۲٪+ در ایالات متحده تا ۹۳۹۳٪- در تایلند متغیر است.

OECD یک شاخص از هزینه‌های دارویی را به‌عنوان سهمی از کل هزینه‌های سلامت (هم به دلار آمریکا سرانه و هم به‌عنوان سهم تولید ناخالص داخلی بیان می‌شود) برای تعدادی از کشورها تعیین کرده است (OECD، ۲۰۲۰)، همان‌طور که در شکل زیر مشاهده می‌شود:

¹ - Health Action International (Hawlik & Delavrière, 2016)



نابرابری‌های ناشی از فقدان شفافیت

در یک مطالعه در سال ۲۰۱۹ در مورد توافق‌نامه‌های محرمانه در صنعت دارو نشان داده شد که چگونه افزایش قابل توجه هزینه‌های سلامت مرتبط با درمان‌های جدید بسیار گران قیمت است. کشورها را بر آن داشت تا در مورد تخفیف با شرکت‌های تولیدی مذاکره کنند. فقدان شفافیت ناشی از چنین قراردادهای محرمانه، از دسترسی عادلانه به کالاهای سلامت ضروری، جلوگیری می‌کند و تنظیم بازار دارو را دشوار می‌کند (Iunes et al., 2019). برخی از کشورها قیمت‌های مرجع برای داروهای تجویزی را بر اساس لیست قیمت‌های رسمی تعیین می‌کنند که بالاتر از قیمت‌های واقعی است که پس از مذاکره با تولیدکنندگان پرداخت می‌شود.

در مطالعه^۱ دیگر که در بالا به آن اشاره شد، نشان داده شده است که "شفاف بودن قیمت‌های واقعی داروها در سراسر اتحادیه اروپا، ارزیابی برابری قیمت و مقرون‌به‌صرفه بودن را چالش‌برانگیز می‌کند. دسترسی به اطلاعات مربوط به قیمت واقعی داروها پس

¹ – Health Action International (Hawlik & Devalière, 2016)

از مذاکره با شرکت‌های سازنده دارو، غیرممکن است.

تلاش برای مقابله با قیمت بالای دارو قبل از هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت

مشکل گرانی دارو طی سال‌ها در مجامع مختلف بین‌المللی مورد بحث قرار گرفته است. با این حال، عدم شفافیت در مذاکرات قیمت با تولیدکنندگان اخیراً بیشترین توجه را به خود جلب کرده است زیرا مطالعاتی مانند موارد ذکر شده در بالا، تفاوت‌های زیادی را در سراسر جهان پیدا کرده است. کشورهای با درآمد بالا مجبور به جیره‌بندی درمان‌ها به دلیل هزینه‌هایشان شده‌اند، برخی از آن‌ها حتی در نظر دارند از انعطاف‌پذیری‌های ذیل موافقت‌نامه جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری (توافقنامه تریپس) استفاده کنند که در اصل برای کمک به کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته طراحی شده بود تا به نسخه‌های عمومی ارزان‌تر داروها دسترسی پیدا کنند.

ابتکارات جهانی که نیاز به شفافیت را برجسته می‌کند

تعدادی از ابتکارات جهانی برای یافتن راه‌هایی برای تسهیل دسترسی به داروها و افزایش شفافیت در قیمت‌گذاری آن‌ها آغاز شده است. برای مثال، نقشه راه سازمان جهانی بهداشت برای دسترسی به داروها، واکسن‌ها و سایر محصولات بهداشتی ۲۰۱۹-۲۰۲۳ که در هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت در ماه مه ۲۰۱۹ ارائه شد، بر اهمیت شفافیت، در مورد نتایج آزمایش‌های بالینی، وضعیت ثبت اختراع داروها و فن‌آوری‌های سلامت، هزینه‌های تحقیق و توسعه، هزینه‌های تدارکات، و پرداخت هزینه‌ها تأکید می‌کند.

در سال ۲۰۱۷، سازمان جهانی بهداشت اولین مجمع قیمت‌گذاری منصفانه خود را برگزار کرد که طی آن اشاره شد که "در بسیاری از کشورها قیمت‌های منتشر شده برای داروها، قیمت‌های واقعی نیست". علاوه بر این، دولت‌ها عموماً قدرت چانه‌زنی خود را نمی‌دانند.

آن‌ها «اگر اطلاعات قیمت‌ها را به اشتراک بگذارند و به یکدیگر ببینند تا هزینه‌های مبادله‌ای را کاهش دهند و تأکید بیشتری بر مذاکرات قیمت و حجم داشته باشند، می‌توانند مؤثرتر مذاکره کنند». پیشنهاد شد که دولت‌ها برای اطمینان از شفافیت قیمت باید در مواردی که قیمت منتشر شده با قیمت واقعی همخوانی ندارد آن را اعلام کنند. (WHO, 2017).

دومین مجمع قیمت‌گذاری منصفانه توسط سازمان جهانی بهداشت در آوریل ۲۰۱۹ برگزار شد. شرکت‌کنندگان بار دیگر بر اهمیت شفافیت قیمت‌ها تأکید کردند و راه‌های بهبود آن را بررسی کردند. در آن زمان، پیش‌نویس قطعنامه شفافیت بازارهای کالاهای سلامت توسط ایتالیا ارائه شده بود و مدیرکل وقت آژانس دارویی ایتالیا، لوکالی باسی، پیش‌نویس را در مجمع، مورد بحث قرارداد (WHO, 2019d).

پیش از آن، در سال ۲۰۱۶، گزارش جلسه عالی رتبه دبیرکل سازمان ملل متحد در مورد دسترسی به داروها به‌طور مشابه بر نیاز به شفافیت در هزینه تحقیق و توسعه، بازاریابی، تولید و توزیع تأکید کرده بود. به‌طور خاص، این گزارش خاطرنشان کرد: «پایگاه‌های اطلاعاتی عمومی موجود در مورد قیمت‌های فناوری سلامت، توسط سازمان‌های بین‌المللی و گروه‌های جامعه مدنی مدیریت می‌شود (اگرچه قابل ستایش است) اما از نظر دامنه و دقت تا حدی به دلیل تخفیف‌ها، افزایش قیمت‌ها، مالیات‌ها و تفاوت‌های قیمت‌گذاری منطقه‌ای، محدود است. (پنل مقامات عالی سازمان ملل برای دسترسی به داروها، ۲۰۱۶).

پروژه محصول، قیمت و تهیه واکسن سازمان جهانی بهداشت (V3P) که در سال ۲۰۱۴ راه‌اندازی شد، باهدف تسهیل مقایسه اطلاعات قیمت از طریق ارائه داده‌های دقیق و مفید در مورد محصولات و قیمت واکسن به کشورهای راه‌اندازی شد (WHO, n.d). سازمان‌های بین‌المللی که به‌عنوان آژانس‌های تدارکاتی عمل می‌کنند، مانند یونیسیف و

PAHO و همچنین تعدادی از کشورها از جمله فرانسه، هلند، پرتغال، آفریقای جنوبی، سوئد و ایالات متحده منابع قیمت و تدارکات را برای پروژه V3P فراهم می کنند.

در سال ۲۰۱۷، OECD خرید مشترک چند کشوری را به عنوان راهی برای مقابله با قیمت های بالا و عدم تقارن اطلاعاتی بین کشورها و شرکت های جهانی پیشنهاد کرد. OECD توصیه می کند که "اطمینان از میزان شفافیت سیستم تدارکات عمومی در تمام مراحل چرخه تدارکات" و اجازه دسترسی آزاد به همه ذینفعان، از جمله "تأمین کنندگان بالقوه داخلی و خارجی، جامعه مدنی و عموم مردم" ایجاد شود (OECD, n.d).

تلاش های منطقه ای برای افزایش شفافیت

یک مثال معروف و به طور گسترده از تلاش های منطقه ای برای افزایش شفافیت قیمت گذاری داروها، صندوق راهبردی دفتر سازمان جهانی در قاره امریکا (PAHO) است، یک مکانیسم همکاری فنی منطقه ای که از خرید ترکیبی داروهای ضروری و تجهیزات استراتژیک سلامت پشتیبانی می کند (PAHO, n.d).

برخی از کشورهای اتحادیه اروپا مانند هلند، نگرانی های شدید خود را در مورد قیمت داروها ابراز کرده اند و تلاش هایی برای سازمان دهی مذاکرات مشترک با بخش داروسازی در مورد قیمت داروها صورت گرفته است.

در سال ۲۰۱۵، وزیر بهداشت بلژیک و هلند اعلامیه ای را برای مذاکره درباره قیمت ها به طور مشترک با بخش دارو امضا کردند. اتریش، ایرلند و لوکزامبورگ بعداً به بلژیک و هلند پیوستند که اکنون به عنوان ابتکار «بنلوکسا» شناخته می شود. این ابتکار به دنبال تسهیل دسترسی به داروها، به ویژه داروهای گران قیمت جدیدتر، و دستیابی به شفافیت بیشتر در مورد افزایش هزینه محصولات دارویی و قیمت گذاری در کشورهای مختلف است (ابتکار بنلوکسا، ۲۰۱۵).

به طور جداگانه، گروه اعلامیه والتا (در سال ۲۰۱۷ توسط قبرس، یونان، ایتالیا، مالت، پرتغال و اسپانیا تأسیس شد و بعداً کرواسی، ایرلند، رومانی و اسلونی به آن ملحق شدند) به دنبال افزایش شفافیت قیمت دارو و تسهیل طرح‌های خرید مشترک است. فرانسه در جلسات این گروه به‌عنوان ناظر اعطا شده است.

قطعه‌نامه مجمع جهانی سلامت WHA72.8

اگرچه از نظر قانونی الزام آور نیست، قطعه‌نامه تصویب شده توسط هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹ بلافاصله به‌عنوان یک موفقیت بزرگ مورد استقبال قرار گرفت. قطعه‌نامه WHA72.8 اولین توافق‌نامه بین‌المللی برای افزایش شفافیت بازارهای دارو است. به رهبری ایتالیا، پس از مذاکرات طولانی که بحث برانگیزترین مفاد را حذف کرد، حمایت قاطع هیئت‌ها را به دست آورد.

این قطعه‌نامه به ویژه از کشورهای عضو می‌خواهد که:

✚ اقداماتی را برای به اشتراک گذاشتن عمومی اطلاعات در مورد قیمت خالص^۱

کالاهای سلامت اتخاذ کنند.

✚ اقداماتی را برای حمایت از انتشار و دسترسی به اطلاعات مربوط به هزینه‌های

ناشی از کارآزمایی‌های بالینی روی انسان، صرف نظر از نتایج یا اینکه آیا نتایج منجر به اخذ مجوزهای لازم برای ورود به بازار را کسب می‌کند.

✚ اشتراک مساعی برای بهبود گزارش اطلاعات توسط تأمین‌کنندگان کالاهای

سلامت ثبت شده، مانند گزارش درآمدهای فروش، قیمت‌ها، میزان فروش، هزینه‌های بازاریابی، و یارانه‌ها و مشوق‌ها، داشته باشید.

1- Net prices are the amount received by manufacturers after subtraction of all rebates, discounts and other incentives.

علاوه بر این، این قطعنامه به‌ویژه از سازمان جهانی بهداشت موارد ذیل را خواسته است:

- ✚ حمایت از کشورهای عضو در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات در مورد داده‌های اقتصادی در سراسر زنجیره ارزش کالاهای سلامت
- ✚ حمایت از کشورهای عضو، به‌ویژه کشورهای با درآمد کم و متوسط، در توسعه و اجرای سیاست‌های ملی مربوط به شفافیت بازارهای کالاهای سلامت؛
- ✚ حمایت از تحقیقات و نظارت بر تأثیر شفافیت قیمت بر مقرون‌به‌صرفه بودن و در دسترس بودن کالاهای سلامت، از جمله تأثیر آن بر قیمت‌های متفاوت.
- ✚ تجزیه و تحلیل در دسترس بودن داده‌ها در مورد ورودی‌ها در سراسر زنجیره ارزش، از جمله داده‌های آزمایشات بالینی و اطلاعات قیمت.
- ✚ برگزاری مجمع قیمت‌گذاری منصفانه هر دو سال یکبار ادامه پیدا کند.
- ✚ به حمایت از تلاش‌ها برای تعیین وضعیت ثبت اختراع محصولات بهداشتی و درمانی ادامه دهد.

انتظار می‌رود گزارشی درباره پیشرفت‌های حاصل‌شده در اجرای قطعنامه از طریق هیئت اجرایی در صد و چهل و هشتمین جلسه آن در سال ۲۰۲۱ د مورد هفتاد و چهارمین مجمع جهانی سلامت ارائه شود.

هزینه‌های مربوط به تحقیق و توسعه، بازاریابی و کارآزمایی بالینی مستثنا شده از تعهدات شفافیت

چندین نسخه از پیش‌نویس قطعنامه در میان کشورهای عضو، چه قبل و چه در حین هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۹ در جریان بود، زیرا جلسات غیررسمی و جلسات مذاکره متعددی توسط موافقان برای یافتن زمینه مشترک پیش از مجمع سلامت تشکیل شد.

سازمان غیردولتی دانش زیست محیطی بین‌المللی که بحث‌ها را از نزدیک دنبال می‌کردند، شش نسخه اولیه از پیش‌نویس پیشنهاد را منتشر کرد.

پس از بررسی پیشنهاد اولیه، تعدادی مصالحه انجام شد: عناصر متن باید حذف یا اصلاح می‌شد، زیرا نمایندگان به دنبال یافتن زبانی بودند که اکثر آن‌ها بتوانند روی آن توافق کنند. به‌عنوان مثال، پیشنهاد اصلی ارائه‌شده توسط ایتالیا در فوریه ۲۰۱۹ به شرح ذیل می‌باشد (KEI, 2019a):

اطلاعات مربوط به تحقیق و توسعه و هزینه‌های کارآزمایی بالینی، بازاریابی، کمک‌های مالی، اعتبارات مالیاتی، درآمدهای فروش، قیمت‌ها و مقادیر را شرط ثبت داروها و واکسن‌ها قرار داد.

از کشورهای عضو خواست تا حداقل استانداردهایی را برای شفافیت در مورد اطلاعات حاصل از کارآزمایی بالینی ایجاد کنند.

از سازمان جهانی بهداشت درخواست کرد که داده‌های مربوط به فناوری‌های سلامت با اهمیت سلامت عمومی، از جمله هزینه‌های واقعی تولید داروهای خاص، واکسن‌ها و فناوری‌های سلامت را جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل کند؛

از کشورهای عضو خواست تا از اقداماتی در توافق‌نامه‌های تجاری که می‌تواند شفافیت اطلاعات حاصل از کارآزمایی بالینی، افشای قانونی دانش تولید داروها و واکسن‌ها، یا گزارش داده‌های مربوط به قیمت‌های دارویی، واکسن و فناوری بهداشتی، درآمدها و سایر تجهیزات پزشکی مرتبط یا اطلاعات اقتصادی را محدود کند، اجتناب کنند.

پیش‌نویس قطعنامه ارائه‌شده توسط ایتالیا، یونان، مصر، مالزی، پرتغال، صربستان، اسلونی، آفریقای جنوبی، اسپانیا، ترکیه و اوگاندا شامل موارد زیر بود (KEI, 2019b):

✚ از کشورهای عضو خواست تا اقداماتی را برای به اشتراک گذاشتن عمومی اطلاعات در مورد قیمت‌ها و هزینه بازپرداخت داروها، واکسن‌ها، درمان‌های مبتنی بر سلول و ژن و سایر فناوری‌های سلامت انجام دهند.

✚ از کشورهای عضو خواست که بخواهند تمام نتایج آزمایش‌های بالینی روی افراد انسانی، از جمله هزینه‌های انجام‌شده در انجام هر کارآزمایی و بودجه مستقیم، اعتبارات مالیاتی یا سایر یارانه‌های دریافتی از دولت‌ها، به صورت عمومی گزارش شود.

✚ کشورهای عضو موظف هستند که اطلاعات زیر را بر در مورد داروها، واکسن‌ها، درمان‌های سلول و ژن درمان به صورت عمومی منتشر کنند: گزارش‌های سالانه درآمدهای فروش، قیمت‌ها و میزان فروش، گزارش سالانه هزینه‌های بازاریابی برای هر محصول یا روش ثبت شده، هزینه تحقیق و توسعه مستقیماً مرتبط با هر کارآزمایی بالینی مورد استفاده برای پشتیبانی از ثبت محصول یا روش؛ و کلیه کمک‌ها، اعتبارات مالیاتی یا سایر یارانه‌ها و مشوق‌های بخش عمومی که مرتبط با اخذ مجوز اولیه نظارتی^۱ هستند.

قطعه‌نامه تصویب شده (WHA72.8):

✚ افزایش هزینه‌های تحقیق و توسعه را درخواست نمی‌کند.

✚ فقط درخواست شود که هزینه‌های ناشی از کارآزمایی‌های بالینی بر روی افراد انسانی در صورتی که قبلاً در دسترس عموم باشد یا داوطلبانه ارائه شده باشد، منتشر شود.

✚ با این حال، بدون در نظر گرفتن نتایج یا اینکه آیا نتایج از یک درخواست برای تأیید بازاریابی پشتیبانی می‌کند، درخواست افزایش دسترسی به نتایج کارآزمایی‌های بالینی را دارد.

✚ افشای هزینه‌های ساخت را درخواست نمی‌کند؛

✚ به دنبال جلوگیری از اقداماتی در موافقت‌نامه‌های تجاری نیست که شفافیت اطلاعات حاصل از آزمایشات بالینی، افشای قانونی دانش ساخت داروها و واکسن‌ها را محدود می‌کند. گزارش داده‌ها دارویی، واکسن و قیمت فناوری سلامت، همان‌طور که در پیشنهاد اصلی ایتالیا پیش‌بینی شده است.

مذاکرات

از آنجایی که بار مالی سنگین داروهای جدید توسط کشورهای با درآمد بالا احساس شد، آن‌ها پرسر و صداتر شدند و در جستجوی راه‌حلهایی برای کاهش قیمت‌ها به کشورهای در حال توسعه پیوستند.

در نشست هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت در ژانویه ۲۰۱۹، رومانی به نمایندگی از کشورهای عضو اتحادیه اروپا از یک رویکرد جامع، از جمله قیمت‌گذاری منصفانه و شفافیت حمایت کرد. پرتغال به‌ویژه به قیمت داروهای هپاتیت C و سرطان اشاره کرد و تأکید کرد که چگونه عدم شفافیت "در سراسر زنجیره دارویی غالب است". ایتالیا خواستار سندی برای مقابله با مشکل دسترسی به کالاهای سلامت شد و علاقه خود را مبنی بر اینکه یک قطعنامه سازمان جهانی بهداشت در مورد قیمت‌گذاری شفاف داروها در مجمع جهانی سلامت بعدی مطرح شد؛ اولین باری بود که چنین قطعنامه‌ای پیشنهاد می‌شد. درخواست‌هایی برای شفافیت قیمت از سوی تعدادی دیگر از کشورهای از جمله بنگلادش، دولت چند ملیتی بولیوی و شیلی نیز وجود داشت. (Saez, 2019b).

در اوایل فوریه ۲۰۱۹، ایتالیا پیش‌نویس پیشنهادی را برای بهبود شفافیت بازارهای دارو، واکسن و سایر فناوری‌های مرتبط با سلامت ارائه کرد. در ۲۹ آوریل، پیش‌نویس قطعنامه‌ای در مورد همین موضوع توسط ۱۰ کشور عضو (ایتالیا، یونان، مالزی، پرتغال، صربستان، اسلوانی، آفریقای جنوبی، اسپانیا، ترکیه و اوگاندا) برای بحث در هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت که بین ۲۰ و ۲۸ ماه می برگزار می‌شد، ارائه کردند. پیش از شروع مجمع جهانی سلامت، ۱۰ کشور عضو مذاکرات فشرده‌ای با سایر کشورهای عضو انجام دادند.

در ۲۰ ماه می ۲۰۱۹، اولین روز از هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت، یک رویداد جانبی در مورد دسترسی به داروها، واکسن‌ها و کالاهای سلامت (با تمرکز بر چگونگی تضمین شفافیت بازارها و محصولات مقرون‌به‌صرفه و با کیفیت باهدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت) توسط ایتالیا و جمهوری کره، با حمایت مشترک کاستاریکا، یونان، اندونزی، مکزیک، منگولیا، هلند، پرتغال، عربستان، اسپانیا و ویتنام برگزار شد. (سائز، ۲۰۱۹c).

پیش‌نویس قطعنامه هنوز در مجمع جهانی سلامت ارائه نشده بود و اتاق در این رویداد جانبی پر شده بود و بسیاری از وزرای بهداشت در آن حضور داشتند. سخنرانان بر قیمت بالای داروها، محرمانه بودن هزینه‌های تحقیق و توسعه و قیمت‌های مذاکره شده توسط برخی کشورها تأکید کردند.

یکی از نمایندگان وزارت بهداشت قبرس به "اقدامات غیراخلاقی" توسط صنعت داروسازی اشاره کرد. قبرس جمعیت کمی داشت و قدرت مذاکره نداشت و از کشور آنها خواسته می‌شد تا قیمت بسیار بالاتری نسبت به قیمت‌های پیشنهادی به سایر کشورها بپردازد. مطالعه‌ای که در قبرس انجام شد، تمام محصولات تأییدشده توسط آژانس دارویی اروپا (EMA) را از سال ۲۰۱۱ مورد بررسی قرارداد و نشان داد که صنعت دارو

تمایل دارد که حدود چهار سال قبل از عرضه محصولات جدید تأیید شده EMA برای قبرس آن محصولات را برای کشورهای ثروتمند شمال اروپا رزرو می‌کند.

مدیرکل وقت آژانس دارویی ایتالیا، لوکالی باسی، مشاهده کرد که جالب است بینیم آیا قیمت گذاری متفاوت واقعاً بر اساس تولید ناخالص داخلی کشورها اتفاق می‌افتد، با ذکر مثالی از واکسن پنومو کوک که در لبنان دو برابر یونان قیمت دارد. او خواستار ارائه اطلاعات جامع‌تر برای حمایت از تصمیمات سیاستی آگاهانه‌تر شد. کشورها بزرگ‌ترین سرمایه‌گذاران در صنعت داروسازی بودند و باید بتوانند بازار را شکل دهند.

آرماندو باتولازی (Armando Bartolazzi) معاون وزیر بهداشت ایتالیا در آن زمان، خاطرنشان کرد که شفافیت به‌عنوان راه‌حلی برای مشکل تعداد فزاینده داروهای بسیار مؤثر اما غیرقابل دسترس شناخته شده است.

برونو بروینز، وزیر بهداشت هلند، استدلال می‌کند که کشورها باید در مورد قیمتی که مایل به پرداخت هستند شفافیت بیشتری داشته باشند، درحالی‌که سارنجرل دواجانتسان، وزیر بهداشت مغولستان، گفت که اگر شفافیت قانونی شود، قیمت داروها کاهش می‌یابد، زیرا ممکن است رقابت بین تأمین‌کنندگان ایجاد کند.

سونمن کوان از دانشکده تحصیلات تکمیلی سلامت عمومی در دانشگاه ملی سئول گفت که تخفیف‌ها و کاهش قیمت به صورت محرمانه، لیست قیمت‌ها را بالا نگه می‌دارد و اثربخشی قیمت گذاری مرجع خارجی را مختل می‌کند، درحالی‌که نیکوس راپتیس، مشاور ویژه وزیر بهداشت یونان، اضافه کرد که بندهای عدم افشای که کشورها باید امضا می‌کردند، راهی برای صنعت داروسازی هست تا با ایجاد اختلاف بین کشورها و راهبرد «تفرقه بیانداز و حکومت کن» به اهدافشان دست یابند. مدیرکل بیمه سلامت ملی در وزارت بهداشت آفریقای جنوبی، از کشورها خواست از الگوی کشورش پیروی کنند. آفریقای جنوبی قانونی را وضع کرده بود که از قراردادهای عدم افشا جلوگیری

می‌کرد و از شرکت‌های داروسازی اطلاعاتی مانند قیمت مواد اولیه در محصولاتشان را می‌خواست.

این اجلاس جانبی با دوره‌های فشرده مذاکرات بین کشورهای عضو طی چند روز (تا ۲۳ می ۲۰۱۹) ادامه داشت. بحث‌ها به اجماع منتهی نشد و یک گروه تعیین شدند تا پیش‌نویس قطعنامه را تهیه نمایند با توجه به این واقعیت که پیش‌نویس قطعنامه مملو از نظرات و کامنت‌های فراوان بود: (درپیش‌نویس) تقریباً ۱۰۰ پیشنهاد اضافه، حذف و اصلاح وجود داشت. با نزدیک شدن به اجلاس عمومی که برای ۲۴ ماه می برنامه‌ریزی شده بود، مشخص نبود که آیا اصولاً اجماع حاصل می‌شود یا خیر (Saez, 2019d).

کشورهای دارای صنعت داروسازی قوی، بازنگری و اصلاحاتی را برای متن پیش‌نویس پیشنهاد کردند. درحالی‌که آلمان و بریتانیا به‌طور مداوم درخواست تجدیدنظر داشتند، کشورهای دیگر، از جمله ژاپن، سوئیس و ایالات متحده، به دنبال اصلاحیه‌هایی در بخش‌های خاص، به‌ویژه بندهای که با افزایش هزینه‌های تحقیق و توسعه و کارآزمایی‌های بالینی سروکار دارند.

کشورهای عضو اتحادیه اروپا دچار اختلاف نظر شده بودند و برخی از آن‌ها پیش‌نویس قطعنامه را حمایت کردند اما برخی دیگر آشکارا مخالفت خود را با آن اعلام کردند. برخی از کشورها مانند آلمان و بریتانیا اظهار داشتند که متن پیش‌نویس خیلی عجولانه تهیه شده است و باید در ژانویه قبل از ارائه برای بررسی به مجمع جهانی سلامت از طریق هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت ارائه می‌شد.

تا ۲۴ می، پیشرفت اندکی حاصل شده بود. مذاکرات بیشتر پشت درهای بسته انجام می‌شد و جلسه عمومی رسمی که برای آن تاریخ، یعنی روز جمعه برنامه‌ریزی شده بود به دوشنبه بعد (۲۷ می) به تعویق افتاد. در جلسه ۲۴ می، برخی کشورهای نوردیک (شمال اروپا)، به‌ویژه فنلاند و نروژ، حمایت خود را از این قطعنامه ابراز کردند.

به‌طور مشابه، ایالات متحده و سوئیس حمایت خود را از مقررات پیشنهادی مبنی بر انتشار فهرست قیمت‌ها داروهای که در بازارهای ملی فروخته و خریداری می‌شود، اعلام کردند. با این حال، آن‌ها با افزایش هزینه‌های تحقیق و توسعه و کارآزمایی بالینی برای داروها در زمان تأیید نظارتی مخالف بودند، حتی اگر بودجه از منابع عمومی تأمین شود (Saez, 2019a).

در ۲۷ می، پس از یک روز کامل مذاکره و باز هم به تعویق افتادن جلسه عمومی که وظیفه بررسی پیش‌نویس قطعنامه را داشت (تا روز پایانی مجمع جهانی سلامت)، چشم‌انداز توافق نزدیکتر شد زیرا تعداد حامیان مشترک به ۱۹ کشور افزایش یافت. کشورهای تازه که حمایت خود را اعلام کرده بودند شامل جمهوری کره و مالت بودند. علاوه بر این، برزیل، اکوادور، نروژ، هلند، سوئیس و تایلند حمایت اصولی خود را از قطعنامه اعلام کردند (Saez, 2019e).

درحالی که یک تیم مرکزی متشکل از ۳۰ کشور به رهبری ایتالیا و برخی کشورهای دیگر مانند برزیل، ژاپن، نروژ، اسپانیا، سوئد، سوئیس، تایلند، بریتانیا و ایالات متحده تا اواخر شب دوشنبه ۲۷ می به کار خود ادامه دادند، برخی از کشورها مانند آلمان ت‌میز مذاکره را ترک کرده بودند. گزارش شد که ترکیه حمایت قبلی خود از پیش‌نویس قطعنامه را پس گرفته است - که بنا به نظر برخی از ناظران، به مخالفت آلمان مرتبط بود.

به گفته برخی منابع داخل اتاق مذاکره، لحظه حساسی رخ داد که فرانسه موضع خود را تغییر داد و با شکستن صفوف آلمان، بریتانیا و ایالات متحده تصمیم گرفت از گنجاندن هزینه‌های کارآزمایی بالینی در قطعنامه حمایت کند.

شروع آخرین جلسه کمیته (آ) در ۲۸ می، آخرین روز مجمع جهانی سلامت، که طی آن قرار بود پیش‌نویس قطعنامه مورد بحث و بررسی قرار گیرد، کمی به تعویق افتاد زیرا

بریتانیا تلاش بیهوده برای جلب حمایت برای به تعویق انداختن بحث تا جلسه بعدی هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت در ژانویه ۲۰۲۰ داشت (فلچر، ۲۰۱۹).

پیشنویس قطعنامه توسط کمیته (آ) با حمایت قاطع تصویب شد. با این حال، آلمان، مجارستان و بریتانیا، اگرچه مانع تصویب این قطعنامه نشدند، اما تصمیم گرفتند خود را از این قطعنامه جدا کنند. بریتانیا از عدم بررسی قطعنامه توسط هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت شکایت داشت. جولیان بریثویت، نماینده دائم بریتانیا در سازمان ملل و سایر سازمان‌های بین‌المللی در ژنو، خاطرنشان کرد که بریتانیا نگران تأثیر مخربی است که شفافیت قیمت می‌تواند بر توافق‌نامه‌های قیمت‌گذاری متفاوت اعطا شده به کشورهای با درآمد کم و متوسط داشته باشد. او از این مورد انتقاد کرد که این فرآیند بدون گذراندن زمان کافی برای بررسی دقیق پیامدهای بالقوه گسترده، انجام شده است. این نگرانی‌ها توسط نماینده آلمان نیز تکرار شد، او اشاره کرد که شفافیت قیمت‌ها موضوع بسیار پیچیده‌ای است و آثار بالقوه آن بر نظام‌های سلامت می‌بایست مورد بیشتری ارزیابی قرار گیرد.

سایر بازیگران: سازمان جهانی سلامت، جامعه مدنی و مشارکت‌های عمومی-خصوصی

سازمان جهانی بهداشت

در پایان هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت، تدروس آدهانوم گبریسوس، مدیرکل سازمان جهانی بهداشت، این قطعنامه را به‌عنوان "توافق مهمی برای افزایش شفافیت قیمت‌گذاری داروها، واکسن‌ها و سایر کالاهای سلامت" توصیف کرد.

سازمان جهانی بهداشت مدتهاست که از شفافیت بیشتر در قیمت‌گذاری داروها حمایت می‌کند. سازمان در حال حاضر در حال کار بر روی به‌روزرسانی دستورالعمل ۲۰۱۵ در

مورد سیاست‌های قیمت‌گذاری دارویی کشورهاست، با نسخه جدید که انتظار می‌رود در سال ۲۰۲۰ منتشر شود.

نقشه راه سازمان جهانی بهداشت برای دسترسی به داروها، واکسن‌ها و سایر محصولات بهداشتی ۲۰۱۹-۲۰۲۳ خواستار همکاری جهانی و منطقه‌ای برای افزایش شفافیت قیمت، تسهیل گفت‌وگو بین پرداخت‌کنندگان عمومی، تصمیم‌گیرندگان دولت و صنعت و بهبود ظرفیت برای مذاکره قیمت است. همچنین اقداماتی را برای کمک به کشورها در انتخاب داروها، واکسن‌ها، تشخیص و سایر کالاهای سلامت مناسب پیشنهاد می‌کند. با قیمت‌گذاری شفاف و منصفانه؛ و با اجرای سیاست‌هایی برای کاهش هزینه‌ها برای دولت‌ها و افراد در عین حال تضمین کیفیت، ایمنی و کارایی و عرضه پایدار (WHO, 2019c).

در سال ۲۰۱۸، تصمیم مجمع جهانی سلامت WHA71 (۹) در مورد استراتژی جهانی سازمان جهانی بهداشت و برنامه اقدام در مورد سلامت عمومی، نوآوری و مالکیت فکری بیان شد و از کشورهای عضو خواست تا توصیه‌های ارائه‌شده توسط هیئت کارشناسی که این استراتژی را بررسی کرده‌اند، اجرا و در نظر بگیرند. یکی از توصیه‌هایی که به‌عنوان اولویت بالا نشان داده شد این بود که کشورهای عضو باید از دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت در ترویج شفافیت و درک هزینه‌های تحقیق و توسعه حمایت کنند. یکی دیگر از اولویت‌های بالا توصیه این بود که دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت باید راهنمایی‌هایی را به کشورهای عضو در مورد ارتقا و نظارت بر شفافیت در قیمت دارو و در مورد اجرای سیاست‌های قیمت‌گذاری و بازپرداخت ارائه دهد.

در سال ۲۰۱۷، اولین مجمع قیمت‌گذاری منصفانه خود را برگزار کرد که دومین مجمع در سال ۲۰۱۹ برگزار شد. هر دو رویداد بستری را برای بحث در مورد شفافیت به‌عنوان یکی از ابزارهای دستیابی به قیمت‌گذاری منصفانه فراهم کردند.

جامعه مدنی

جامعه مدنی از همان ابتدا از نزدیک درگیر بود و قویاً از پیش‌نویس قطعنامه ارائه‌شده توسط ایتالیا حمایت کرد. دسترسی به داروها و به‌ویژه نیاز به مقابله با قیمت‌های بالا نگرانی‌های دیرینه بسیاری از سازمان‌های جامعه مدنی، مانند پزشکان بدون مرز، اقدام بین‌المللی سلامت، دانش زیست محیطی بین الملل (Knowledge Ecology International)، نهاد بین‌المللی مدیکوس ماندی^۱ (Oxfam and Medicus Mundi International) بوده است.

لابی شدید جامعه مدنی باعث افزایش آگاهی در مورد آنچه در بحث‌ها، قبل و در طول مجمع جهانی سلامت بود، شد. این لابی‌گری که در زمان مجمع جهانی سلامت و نیز در سطح ملی انجام شد، به‌وضوح بر مذاکرات تأثیر گذاشت.

در ۹ می ۲۰۱۹، گروهی متشکل از ۷۷ سازمان غیردولتی و ۴۹ فرد، از جمله دانشگاهیان برجسته، نامه‌ای سرگشاده را امضا کردند که انبوه پُرانتزها (کامنت‌های حذف، اضافه و اصلاح) در متن را محکوم کردند و تغییراتی را در متن سند پیشنهاد کردند که در جریان مذاکرات غیررسمی ایجاد شده بود. این نامه سرگشاده استدلال می‌کرد که گروهی از کشورهای با درآمد بالا به دنبال خنثی کردن این ابتکار هستند. استرالیا، دانمارک، آلمان، سوئد و بریتانیا به‌عنوان مخالفان اصلی پیش‌نویس قطعنامه معرفی شدند، اما اتریش و ایالات متحده نیز به دنبال کاهش بخش‌های کلیدی متن بودند. (برایتینگان، ۲۰۱۹).

^۱ - شبکه‌ای از سازمان‌های عام‌المنفعه است که در زمینه همکاری‌های بین‌المللی سلامت فعالیت و تبلیغ می‌کنند.

در ۲۳ ماه می، با توجه به پیشرفت اندکی که ظاهراً به دست آمده بود، سازمان غیر دولتی دانش زیست محیطی بین الملل و پزشکان بدون مرز، همراه با ۴۴ سازمان غیردولتی دیگر و ۱۰ فرد، نامه‌ای سرگشاده به نمایندگان کشورها ارسال کردند و از آنها خواستند «در مورد قطعنامه شفافیت سازمان جهانی بهداشت به توافق برسند تا به تمام موضوعاتی که در متن پیشنهاد اولیه وجود داشت پردازد، شامل قیمت ها، درآمد، میزان فروش، هزینه بازاریابی، هزینه کارآزمایی های بالینی، روش نتایج کارآزمایی های بالینی، یارانه های تحقیق و توسعه دولتی، چشم اندازهای ثبت اختراع، دانش تولید، اجلاس، مجامع و فعالیت هایی آتی شرکت ها که مجموعاً برای گسترش و اجرای تدریجی هنجارهای روند شفاف سازی طراحی شده اند.» (KEI, 2019c).

در این نامه سرگشاده همچنین خواستار انتشار متن مذاکره پس از هر جلسه مذاکره شد و مواضع کشورهای عضو برای هر پرائتر یا متن جایگزین پیشنهادی مشخص شود.

مخالفت اولیه فرانسه با پیش نویس قطعنامه، گروهی از رهبران برجسته جامعه مدنی، از جمله برنده جایزه نوبل، فرانسوا باره سینوسی را برانگیخت. این گروه مقاله‌ای را در روزنامه چپ لیبرال منتشر کرد و از دولت فرانسه خواست بدون هیچ گونه تحفص و ابهامی از این قطعنامه حمایت کند. این گروه متوجه شدند که در بریتانیا، هزینه های درمانی بیش از ۳۰۰۰۰ پوند به ازای هر سال زندگی تعدیل شده با کیفیت (QALY)، تحت پوشش سیستم سلامت ملی (NHS) قرار نمی گیرد. در فرانسه، مجبور شدند جیره بندی بی سابقه ای برای داروهایی که برای درمان هپاتیت C تجویز می شد انجام دهند و درمان های سرطان به تأخیر افتاده بود.

گروهی از سازمان های غیردولتی آلمان طوماری مشابهی در اعتراض به موضع آلمان در جریان مذاکرات بر سر پیش نویس قطعنامه صادر کردند. آنها از دولت آلمان خواستند در موضع خود تجدیدنظر کند.

در تحولی جداگانه، ۶۶ سازمان غیردولتی آفریقایی مستقر در آفریقای جنوبی، اوگاندا و زیمبابوه با ارسال نامه‌ای سرگشاده به ینس اسپان، وزیر بهداشت آلمان، به دنبال تأثیرگذاری بر موضع مذاکره آلمان بودند. آن‌ها از دولت آلمان خواستند تا با مردمی که به دلیل عدم دسترسی به دارو بیشتر در معرض خطر رنج حاد و حتی مرگ هستند، همبستگی خود را نشان دهد. همان نامه به اگنس بوزن وزیر بهداشت فرانسه و متیو هنکوک، وزیر امور بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی بریتانیا ارسال شد.

مشارکت‌های عمومی و خصوصی

در طول بحث در مورد پیش‌نویس نقشه راه دسترسی به داروها، واکسن‌ها و سایر کالاهای سلامت ۲۰۱۹-۲۰۲۳ در هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت، ابتکار داروها برای بیماری‌های نادیده گرفته‌شده که با شرکای بخش خصوصی کار می‌کند، تأکید کرد که شفافیت در هزینه‌های تحقیق و توسعه یک عنصر اصلی در سیاست آن نهاد است: «ما اکثر اطلاعات مرتبط را شامل: اطلاعات کارآزمایی‌های بالینی و هزینه‌های تحقیق و توسعه و اطلاعات مالی مرتبط، از جمله کمک‌های غیرنقدی شرکا را در دسترس عموم قرار می‌دهیم.»

صنعت داروسازی

صنعت داروسازی در جریان مذاکرات هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت نظرات خود را آشکارا بیان نکرد. این صنعت به‌طور سنتی با افشای تحقیق و توسعه مخالف بوده است

هزینه‌های کارآزمایی بالینی، با این استدلال که جمع‌آوری چنین ارقامی دشوار است. علاوه بر این، اعلام می‌شود که چنین هزینه‌هایی تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرند و قیمت‌ها تنها یکی از جنبه‌های دسترسی به دارو هستند.

از آنجایی که این صنعت کشورهای با درآمد بالا را تحت فشار قرار داده بود که به قیمت بالای بی سابقه داروهای جدید اعتراض کردند، برخی از شرکت‌ها با اشاره به اینکه داروهایی مانند داروهای جدید هیپاتیت C درمانی حیات بخش ارائه می‌دهند، از خود دفاع کردند و در نتیجه سیستم‌های سلامت را از هزینه‌های زیاد نجات دادند..

فدراسیون بین‌المللی تولیدکنندگان و انجمن‌های دارویی (IFPMA) در مورد پیش‌نویس نقشه راه دسترسی به داروها، واکسن‌ها و سایر کالاهای در نشست هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت در ژانویه ۲۰۱۹، نگرانی‌هایی را درباره آنچه به‌عنوان رویکرد محدود به قیمت‌گذاری توصیف کرد، ابراز کرد. که به جای در نظر گرفتن زمینه گسترده‌تر، بر شفافیت قیمت متمرکز بود. فدراسیون بین‌المللی تولیدکنندگان و انجمن‌های دارویی همچنین در مورد پیامدهای ناخواسته احتمالی شفافیت قیمت بر توانایی شرکت‌های دارویی برای ارائه قیمت‌های ترجیحی به کشورهای در حال توسعه هشدار داد و استدلال کرد که این پیامدها باید قبل از شروع بحث در مورد شفافیت مورد بررسی قرار گیرند. فدراسیون بین‌المللی تولیدکنندگان و انجمن‌های دارویی در سخنانی در مورد همین موضوع در هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت، خاطرنشان کرد که به اشتراک‌گذاری اطلاعات در مورد قیمت داروها می‌تواند قیمت‌ها را در کشورهای کمتر توسعه‌یافته افزایش دهد - یعنی اگر کشورهای توسعه‌یافته ببینند که کشورهای در حال توسعه چه پولی بابت تقاضای افزایش یافته می‌پردازند عملاً قیمت‌ها را بالاتر می‌برند .

با توجه به گزارش هزینه‌های تحقیق و توسعه، فدراسیون بین‌المللی تولیدکنندگان و انجمن‌های دارویی استدلال کرد که قیمت داروها باید ارزش درمانی داروها و پیامدهای مثبت تجربه شده توسط بیماران و جامعه را منعکس کند، نه در نظر گرفتن "هزینه اولیه" داروهای فردی. با این حال، فدراسیون نیاز به ارائه اطلاعات بیشتر را تأیید کرد.

در پایان مجمع جهانی سلامت، فدراسیون بین‌المللی تولیدکنندگان و انجمن‌های دارویی به این نتیجه رسید که بهبود مقرون‌به‌صرفه بودن و دسترسی به داروها و واکسن‌ها یک چالش چند بعدی است که نیازمند راه‌حل‌های مشترک و جامع از سوی همه ذینفعان، از جمله صنعت داروسازی است. به‌ویژه، کاهش پرداخت‌های از جیب بیماران بسیار مهم بود. مقابله با ناکارآمدی در زنجیره تأمین؛ مبارزه با داروهای تقلبی؛ بهبود شیوه‌های تدارکات؛ و قیمت‌گذاری متفاوت را برای کشورهای با درآمد پایین و متوسط امکان‌پذیر می‌کند.

درس‌های آموخته‌شده - حالا چه؟

مذاکراتی که منجر به تصویب قطعنامه بهبود شفافیت بازارهای دارویی شد، پر پیچ‌وخم بود، اما نتیجه موفقیت‌آمیز آن با حمایت قوی برخی از کشورهای پردرآمد که اکنون منافعی بین حفاظت از صنایع دارویی و تضمین پایداری سیستم‌های سلامت تقسیم شده است، انجام شد. در نهایت تنها آلمان، مجارستان و بریتانیا از قطعنامه جدا شدند. به گفته ناظران، تعدادی از کشورهای پردرآمد از جمله استرالیا، بلژیک، بلغارستان، کانادا، دانمارک، هلند، لهستان، سوئد و سوئیس به برخی از بخش‌های پیش‌نویس اعتراض کردند که منجر به تضعیف متن در نسخه نهایی شد.

هنگامی که شفافیت هزینه‌های تحقیق و توسعه از متن حذف شد، ژاپن، هلند، سوئیس و ایالات متحده توانستند سایر حامیان قطعنامه را جلب کنند. تنها تعداد کمی از کشورها با افزایش هزینه‌های کارآزمایی بالینی مخالف بودند. آلمان و بریتانیا هر دو صنعت داروسازی قوی دارند (به‌ویژه گلکسو اسمیت کلاین و آسترانکا)، اما آن‌ها همچنین برای حفظ سیستم‌های مراقبت سلامت خود به مذاکره با صنعت وابسته هستند. آلمان اخیراً به‌عنوان رهبر صنعت داروسازی اروپا شناخته شد.

لابی قوی جامعه مدنی نیز به تغییر موازنه مذاکرات کمک کرد. در طول هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت، آلمان از کمپین راه‌اندازی شده توسط جامعه مدنی شکایت کرد - به‌ویژه اینکه مذاکره‌کنندگان با انتشار اطلاعات لو رفته در مورد مواضع آن‌ها تحت فشار قرار گرفتند.

پس از تصویب این قطعنامه، فرانسه و ایتالیا مقررات جدیدی را تصویب کردند که شرکت‌های داروسازی را ملزم می‌کند تا کمک‌های عمومی دریافت‌شده برای تحقیق و توسعه در مورد داروهای جدید را افشا کنند. با این حال تا پایان سال ۲۰۱۹ این ابتکارات به دلیل مسائل رویه‌ای در فرانسه و تشکیل دولت جدید در ایتالیا متوقف شده بود.

انتظار می‌رود گزارش سازمان جهانی بهداشت که در یکصد و چهل و هشتمین جلسه هیئت اجرایی در ژانویه ۲۰۲۱ ارائه می‌شود تا حدودی بر اجرای قطعنامه در سطح ملی روشن شود.

منابع:

Abbreviations used in the in-text citations are given in square brackets after the full name of the author at first mention in the reference list below.

Beneluxa Initiative (2015). Beneluxa Initiative on Pharmaceutical Policy [website] (<https://beneluxa.org/collaboration>, accessed 14 September 2020)

Branigan D (2019). Several developed countries want to “derail” transparency resolution – civil society groups say. Health Policy Watch. 10 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/several-developed-countries-want-to-derail-transparency-resolution-civil-society-groups-say/>, accessed ۱۴September 2020).

Fletcher ER (2019). World Health Assembly approves milestone resolution on price transparency. Health Policy Watch. 28 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/world-health-assembly-approves-milestone-resolution-on-price-transparency/>, accessed 14 September 2020).

Hawlik K, Devalière A (2016). Access to high-priced medicines in hospital-settings in Europe: a study in four European Countries. Amsterdam: Health Action International (<http://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/04/Access-to-Highpriced-Medicines-in-the-Hospital-Sector.pdf>, accessed 14 September 2020).

Iunes RF, Villar Uribe M, Bonilla Torres J, Morgado Garcia M, Zampirolli Dias C, Alvares-Teodoro J, de Assis Acurcio F, Guerra-Junior AA (2019). Confidentiality agreements: a challenge in market regulation. Int J Equity Health 18 (<https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-019-0916-3>, accessed 14 September 2020).

Iyengar SI, Tay-Teo K, Vogler S, Beyer P, Wiktor S, de Joncheere K, Hill S (2016). Prices, costs, and affordability of new medicines for hepatitis C in 30 countries: an economic analysis. PLoS Med. :e1002032 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886962/>, accessed 14 September 2020).

Knowledge Ecology International [KEI] (2019a). Improving the transparency of markets for drugs, vaccines and other health-related technologies [draft text of resolution as submitted by Italy to WHO] (<https://www.keionline.org/wp-content/uploads/italy-draft-resolution-transparency-72WHA-.pdf>, accessed 14 September 2020).

Knowledge Ecology International (2019b). Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health-related products and other technologies to be discussed at the 72nd session of the WHA to be held on 20–28 May 2019. Draft resolution proposed by Italy, Greece, Egypt, Malaysia, Portugal, Serbia, Slovenia, South Africa, Spain, Turkey, Uganda. Version 20 May 2019 (https://www.keionline.org/wp-content/uploads/WHA-Resolution_DRAFT_20-05-2019.pdf, accessed 14 September 2020).

Knowledge Ecology International (2019c). WHA72 – open letter to delegates on transparency resolution negotiations. 23 May (<https://www.keionline.org/30830>, accessed 14 September 2020).

Knowledge Ecology International (2019d). Negotiations on 72nd World Health Assembly resolution on transparency (<https://www.keionline.org/transparency/wha72>, accessed 14 September 2020).

Medbelle (2019). 2019 Medicine Price Index. In: Medbelle [website]. London: MB Global Health Ltd (<https://www.medbelle.com/medicine-price-index-uk>, accessed 14 September 2020).

Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] (n.d.). Public Procurement Recommendation. In: OECD/Public Procurement Toolbox [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://www.oecd.org/gov/public-procurement/recommendation/>, accessed 14 September 2020).

Organization for Economic Co-operation and Development (2020). Pharmaceutical spending. In: OECD Data [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>, accessed 14 September 2020).

Pan American Health Organization [PAHO] (n.d.). PAHO Strategic Fund. In: PAHO [website]. Washington (DC): Pan American Health Organization

(<https://www.paho.org/en/paho-strategic-fund>, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019a). Little progress over price transparency resolution: negotiators behind closed doors. Health Policy Watch. 24 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/little-progress-over-price-transparency-resolution-negotiators-behind-closed-doors/>, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019b). Board debates medicines access; WHO asserts mandate on IP, trade issues. Intellectual Property Watch. 30 January (<https://www.ip-watch.org/2019/01/30/board-debates-medicines-access-asserts-mandate-ip-trade-issues/>, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019c). Several ministers of health speak up for drug market transparency, lower prices at WHA side event. Health Policy Watch. 20 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/several-ministers-of-health-speak-up-for-drug-market-transparency-lower-prices-at-wha-side-event/>, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019d). Future of drug pricing resolution hangs in balance at World Health Assembly. Health Policy Watch. 23 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/future-of-drug-pricing-resolution-hangs-in-balance-at-world-health-assembly/>, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019e). Negotiators agree on game-changing WHA resolution for medicine price disclosure. Health Policy Watch. 27 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/negotiators-agree-on-game-changing-wha-resolution-for-medicine-price-disclosure/>, accessed 14 September 2020).

United Nations High Level Panel on Access to Medicines (2016). Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines (<http://www.unsgaccessmeds.org/s/UNSG-HLP-Report-FINAL-12-Sept-2016.pdf>, accessed 14 September 2020).

World Bank (2016). Health expenditure in 2016. In: World Bank/World Bank Open Data [online database]. Washington (DC): World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2016&start=2000>, accessed 14 September 2020).

World Health Organization [WHO] (n.d.). MI4A: Market Information for Access to Vaccines. In: WHO/Immunization, vaccines and biologicals

[website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mi4a/platform/en/, accessed 14 September 2020).

World Health Organization. (2015). WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/153920>, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2017). Report on the Fair Pricing Forum 2017. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/medicines/access/fair_pricing/FairPricingForum2017MeetingReport.pdf?ua=1, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2018). Decision A71/13. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: overall programme review. In Seventy-first World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2018. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization. 36–7 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/REC1/A71_2018_REC1-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019a). World Health Assembly resolution on improving the transparency of markets for medicines, vaccines and other health products (WHA72.8; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf, accessed 14 September 2020). World Health Organization (2019b). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization (WHO/PRP/18.1; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019c). Roadmap for access to medicines, vaccines and other health products 2019–2023. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330145/9789241517034-eng.pdf?ua=1>, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019d). Fair Pricing Forum 2019 meeting report. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326407/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.09-eng.pdf>, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019e). Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Geneva: World Health

Organization (EB146/15; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_15-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2020). Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure. In: Global Health Observatory [online data repository]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>, accessed 14 September 2020).

مطالعه موردی ۲: بیانیه سیاسی نشست مقامات عالی در مورد پوشش همگانی سلامت (۲۰۱۹)

* مذاکره درباره جامع‌ترین توافقی که تاکنون در مورد سلامت جهانی حاصل شده است.

* این مطالعه موردی توسط نویسندگان^۱ بر اساس دیدگاه شخصی آن‌ها نوشته شده است. این دیدگاه‌ها و مواضع سازمان‌های مربوطه را منعکس نمی‌کند.

مقدمه:

در ۲۳ سپتامبر ۲۰۱۹، رهبران جهان در جلسه مقامات عالی در مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد پوشش همگانی سلامت به اتفاق آراء، اعلامیه سیاسی نشست سطح عالی در مورد پوشش همگانی سلامت تایید کردند. دبیر کل سازمان ملل متحد آنتونیو گوترش آن را به‌عنوان "کامل‌ترین توافق نامه‌ای که تاکنون در مورد سلامت جهانی به‌دست آمده است توصیف کرد (UN, 2019b). این توافقنامه تاریخی بر اصولی کلیدی از جمله اهمیت سلامت برای اجرای همه اهداف توسعه برنامه ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، تاکید مجدد کرده است.

رهبران جهان مجدداً خود را متعهد به دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۳۰ و افزایش تلاش‌های جهانی برای ساختن جهانی سالم‌تر برای همه کردند.

نشست سطح مقامات عالی و بیانیه سیاسی آن نتیجه یک سری تلاش‌های هماهنگ چندجانبه بود. این مطالعه موردی به فرآیندهای مربوطه از دیدگاه دیپلمات‌های سلامت در نیویورک می‌پردازد که از نزدیک در برنامه‌ریزی و مذاکراتی که منجر به این توافق مهم شد، شرکت داشتند.

1- Authors: Satoshi Ezoe, Tamar Tchelidze, Nathita Premabuthi, Marcelo A.C. Costa

مشکل

پوشش همگانی سلامت، توسط سازمان جهانی بهداشت بدین گونه تعریف شده است: "همه مردم خدمات سلامت موردنیاز خود را، از جمله خدمات سلامت عمومی طراحی شده برای ارتقای سلامت بهتر... پیشگیری از بیماری... ارائه درمان، توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی... با کیفیت، مؤثر دریافت می‌کنند و درعین حال تضمین می‌کند که استفاده از این خدمات بیمار را در معرض مشکلات مالی قرار نمی‌دهد" (WHO, 2019a).

در نتیجه چندین کمپین حمایتی و مذاکرات بین دولتی، دستیابی به پوشش همگانی سلامت در اهداف توسعه پایدار به ویژه هدف ۳.۸ اهداف توسعه پایدار «دستیابی به پوشش همگانی سلامت، از جمله حفاظت از خطرات مالی، دسترسی به خدمات سلامت ضروری با کیفیت و دسترسی به داروهای ایمن، مؤثر و با کیفیت برای همه» که در مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۵ به تصویب رسید، گنجانده شد^۱.

با این حال، طبق گزارش نظارت جهانی ۲۰۱۹ در مورد پوشش همگانی سلامت، پیشرفت جهانی نسبت به گزارش قبلی در سال ۲۰۱۷ رضایت‌بخشی کمتری داشت و این موضوع نگران کننده است، حداقل نیمی از جمعیت جهان هنوز به خدمات سلامت ضروری دسترسی ندارند. سالانه بیش از ۹۰۰ میلیون نفر، حداقل ۱۰ درصد از درآمد خانواده خود را صرف مراقبت‌های سلامت می‌کنند و پرداخت از جیب حدود ۱۰۰ میلیون نفر را به

1 - The associated indicators were defined in 2017 as shown below:

- SDG indicator 3.8.1: "Coverage of essential health services (defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population)"; and
- SDG indicator 3.8.2: "Proportion of population with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income" (UN, 2017).

فقر می‌کشاند. اگر روند فعلی ادامه یابد، حداقل یک‌سوم جمعیت جهان در سال ۲۰۳۰ به خدمات سلامت ضروری دسترسی نخواهند داشت (WHO, 2019a).

بستر و زمینه

موضوعات سلامت جهانی عمدتاً در نهادهای تصمیم‌گیری سازمان جهانی بهداشت، به‌ویژه مجمع جهانی سلامت که تحت نظارت وزرای بهداشت کشورهای عضو تشکیل می‌شود، مورد بحث قرار می‌گیرد. با این حال، تمایل فزاینده‌ای برای سران کشورها و دولت‌ها برای بحث در مورد موضوعات برجسته سلامت در مجمع عمومی سازمان ملل وجود دارد که نقش اصلی آن رسیدگی به مسائل مربوط به صلح و امنیت، حقوق بشر و توسعه است. اولین مثال از این روند، نشست ویژه مجمع عمومی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز بود که در سال ۲۰۰۱ برگزار شد و نقطه عطفی بود به این معنا که پاسخ جهانی به ایدز اکنون در دستور کار سیاسی سران کشورها و دولت‌ها قرار گرفت (UN, 2001). این نشست ویژه با جلسات مقامات عالی در مجمع عمومی در مورد بیماری‌های غیر واگیر در سال‌های (۲۰۱۱، ۲۰۱۴ و ۲۰۱۸)، مقاومت ضد میکروبی در سال (۲۰۱۶) و سل در سال (۲۰۱۸) دنبال شد.

در حالی که این جلسات و اعلامیه‌هایی که در آنها تأیید شد به جلب توجه سیاست‌گذاران نسبت به تعدادی از مسائل مهم سلامت کمک کرد، مشخص شد که بحث‌های مرتبط با سلامت در مقر نیویورک، به‌ویژه آن‌هایی که در مورد پوشش سلامت همگانی هستند، به دلایل زیر نیازمند رویکردی منسجم‌تر و یکپارچه‌تر هستند:

✚ دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار بر ماهیت یکپارچه، غیرقابل تقسیم و مرتبط با اهداف توسعه پایدار تأکید کرد و خواستار رویکردی جامع به‌جای رویکرد غیریکپارچه شد.

✚ تعهد مجدد جامعه بین‌المللی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تقویت سیستم‌های

سلامت به منظور تضمین سلامت برای همه، که بر پوشش همگانی سلامت به عنوان مفهوم گسترده‌ای تمرکز می‌کند و تحت آن همه مسائل سلامت مرتبط با هدف ۳ اهداف توسعه می‌تواند مورد توجه قرار گیرد (WHO, 2019b)؛

موضوعات مرتبط و پیچیده‌تر که در سازمان ملل به آن پرداخته می‌شود، مانند تغییرات اقلیمی، تأمین مالی برای توسعه و خلع سلاح هسته‌ای، نیاز به رویکرد متمرکزتری به سلامت دارد، نه فقط معطوف به برگزاری نشست‌های مقامات عالی در مورد مسائل موردی سلامت (یک بار در سال) شود.

بر این اساس، مجمع عمومی در سال ۲۰۱۷ تصمیم گرفت تا در سال ۲۰۱۹ نشستی در سطح مقامات عالی درباره پوشش همگانی سلامت تشکیل دهد و ۱۲ دسامبر را به عنوان روز جهانی پوشش همگانی سلامت اعلام کند (UN, 2018a, 2018b). این دو قطعنامه که هر دو در ۱۲ دسامبر ۲۰۱۷ به تصویب رسیدند، توسط کشور تایلند ارائه شد که در آن زمان ریاست سیاست خارجی و ابتکار سلامت جهانی را بر عهده داشت.

در ۱۳ و ۱۴ دسامبر ۲۰۱۷، اولین مجمع پوشش همگانی سلامت در توکیو برگزار شد که نمایندگان سطح بالای کشورها و آژانس‌های بین‌المللی از جمله دبیر کل سازمان ملل متحد و روسای سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی و یونیسف را برای حرکت به سوی ارتقای پوشش همگانی سلامت، گرد هم آورد (MoFA Japan, 2017). سند نهایی که شامل هدف مهم مانند گسترش پوشش ضروری سلامت به ۱ میلیارد نفر دیگر تا سال ۲۰۲۳ بود و قرار بود به بیانیه سیاسی نشست سطح عالی در مورد پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۱۹ وارد شود. (وزارت امور خارجه ژاپن و همکاران، ۲۰۱۷)

در دسامبر ۲۰۱۸، مجمع عمومی به اتفاق آرا قطعنامه‌ای را که دامنه، روش‌ها، چارچوب و سازمان‌دهی نشست سطح عالی در مورد پوشش همگانی سلامت را که قرار بود در روز دوشنبه، ۲۳ سپتامبر ۲۰۱۹، اولین روز از هفته جلسه عالی (UN, 2019c) تشکیل

شود، را تصویب کردند. این قطعنامه که با همکاری تایلد و مجارستان ارائه شد، از همه کشورهای عضو خواست تا در بالاترین سطح در این نشست شرکت کنند و متعهد به دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۳۰ باشند. علاوه بر این، مجمع عمومی در همان قطعنامه تصمیم گرفت که جلسه باید "یک اعلامیه سیاسی مختصر و عملگرا که از قبل با اجماع از طریق مذاکرات بین دولتی مورد توافق قرار گرفته باشد" را تصویب کند. در این مرحله، شرایط برای نشست در ماه سپتامبر آماده شد و کشورهای عضو باید مذاکره درباره یک اعلامیه سیاسی را آغاز می کردند که مورد تأیید رهبران جهان باشد.

بازیکنان و نقش آن‌ها

رئیس مجمع عمومی

رئیس مجمع عمومی وظیفه سازمان‌دهی نشست مقامات عالی و ارائه بیانیه سیاسی به مجمع عمومی را برای تصویب در جلسه طبق دستور مجمع عمومی را دارد (UN, 2019c). رئیس همچنین وظیفه سازمان‌دهی یک جلسه استماع تعاملی چندجانبه را به‌عنوان بخشی از مقدمات این نشست دارد. در سمت ریاست هفتاد و سومین اجلاس مجمع عمومی، خانم ماریا فرناندا اسپینوزا گارسس تعهد قوی و رهبری اقدامات مقدماتی از جمله انتصاب نمایندگان دائمی تایلد و گرجستان را به‌عنوان تسهیلگر مشترک برای مذاکرات در مورد بیانیه سیاسی را انجام داد. برگزاری واقعی جلسه سطح عالی، توسط رئیس هفتاد و چهارمین اجلاس مجمع عمومی، آقای تیجانی محمد بانده انجام شد.

تسهیلگران

آقای ویتاوس سریویهوک^۱ و آقای کاهایمنازده^۲، نمایندگان دائم تایلد و گرجستان در سازمان ملل، توسط رئیس مجمع عمومی به‌عنوان تسهیلگران انجام ریزنی‌های

1- Vitavas Srivihok

2- Kaha Imnadze

غیررسمی با کشورهای عضو باهدف تهیه بیانیه سیاسی که قرار بود در نشست مقامات عالی تصویب شود، منصوب شدند. آن‌ها تهیه پیش‌نویس بیانیه سیاسی را با ترکیب نظرات ذینفعان مختلف رهبری کردند و مذاکرات بین کشورهای عضو را هدایت کردند.

گروه دوستان پوشش همگانی سلامت و سلامت جهانی

در روز جهانی پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۱۸، گروه دوستان پوشش همگانی سلامت و سلامت جهانی راه‌اندازی شد. آقای کورو بَششو^۱، نماینده دائم ژاپن در سازمان ملل، به‌عنوان رئیس آن منصوب شد (UHC2030, 2019a). این گروه تحت عنوان پلتفرم باز که کشورهای عضو می‌توانند از آن برای انجام اقدام برای نشست مقامات عالی در سپتامبر ۲۰۱۹ و برای استفاده در جهت افزایش آگاهی در مورد اهمیت پوشش سلامت همگانی در میان دیپلمات‌ها در نیویورک که اکثر آن‌ها نه تنها در مسائل سلامت بلکه در زمینه امنیت، حقوق بشر یا توسعه تخصص دارند؛ ایجاد شد. این گروه تنها با چند عضو (از جمله برزیل، فرانسه، غنا، مجارستان، ژاپن، آفریقای جنوبی و تایلند) شروع به کار کرد، اما با شروع مذاکرات در مورد بیانیه سیاسی، تعداد اعضای آن به بیش از ۵۰ نفر افزایش یافت.

سیاست خارجی و ابتکار سلامت جهانی

گروهی از کشورهای عضو تحت ابتکار سیاست خارجی و سلامت جهانی که توسط بیانیه وزیران اسلو در سال ۲۰۰۷ راه‌اندازی شد (MoFA Brazil et al., 2007)، از سال ۲۰۰۸ پیش‌نویس قطعنامه‌هایی را در مورد سلامت جهانی و سیاست خارجی به مجمع عمومی پیشنهاد کرده‌اند^۲. به لطف نسخه ۲۰۱۲ قطعنامه «سلامت جهانی و سیاست

1- Koro Bessho

2- The Member States taking part in the Foreign Policy and Global Health Initiative are Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand

خارجی» ارائه شده توسط فرانسه، پوشش همگانی سلامت برای اولین بار در مجمع عمومی مورد بحث قرار گرفت (UN, 2013). در سال ۲۰۱۷، ژاپن، یکی از حامیان قدیمی پوشش همگانی سلامت، به تایلند که ریاست سیاست خارجی و ابتکار سلامت جهانی را بر عهده داشت، پیشنهاد کرد که قطعنامه آتی «سلامت جهانی و سیاست خارجی»، در نشست سطح عالی در مورد پوشش همگانی سلامت مطرح گردد. پس از مذاکراتی که به رهبری تایلند و حمایت سایر حامیان پوشش همگانی سلامت انجام شد، به اتفاق آرا براساس قطعنامه جدید تصمیم گرفته شد که چنین نشستی در سطح عالی در سال ۲۰۱۹ برگزار شود (UN, 2018a).

کشورهای عضو

در طول مذاکرات در مورد بیانیه سیاسی، کشورهای عضو یا به صورت انفرادی مذاکره کردند یا مواضع خود را به عنوان بخشی از گروه‌ها هماهنگ می‌کنند. گروه‌های اصلی در این مذاکرات گروه کشورهای آفریقایی، اتحادیه اروپا و گروه CANZ (کانادا، استرالیا و نیوزلند) بودند. گروه ۷۷ که بزرگترین ائتلاف کشورهای در حال توسعه در سازمان ملل است، که تا آن زمان به عنوان یک گروه مذاکره نکرده بود، اگرچه در جریان مذاکرات منتهی به دو نشست سطح عالی در مورد سل و بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۱۸ این کار را انجام داده بود. به نظر می‌رسد که گروه ۷۷ کشور به دلیل دامنه وسیعتر بیانیه سیاسی در مورد پوشش همگانی سلامت نتوانسته‌اند در مورد یک موضع مشترک به توافق برسند. دو گروه دیگر که در این رابطه قابل ذکر هستند گروه هفت و گروه ۲۰ هستند که هر دو گروه در سال‌های اخیر مذاکراتی در مورد پوشش همگانی سلامت را داشته‌اند (گروه ۷ در سال‌های ۲۰۱۶ و ۲۰۱۹؛ گروه ۲۰ در سال ۲۰۱۹). گروه‌های دیگر و تک تک کشورهای عضو نیز به طور قابل توجهی به مذاکرات کمک کردند و ائتلاف‌هایی را به صورت موقت تشکیل دادند.

سازمان جهانی بهداشت

تدروس آدهانوم گبریسوس (۲۰۱۷) مدیرکل سازمان جهانی بهداشت از زمان آغاز به کار خود به صراحت اعلام کرده است که پوشش سلامت همگانی "اولویت اصلی" سازمان است. سازمان جهانی بهداشت به عنوان آژانس فنی سازمان ملل متحد در زمینه سلامت، نقش اصلی را در ارائه پشتیبانی فنی در طول مذاکرات ایفا کرد، همان طور که قبلاً برای جلسات سطح عالی در مورد موضوعات سلامت در مجمع عمومی انجام داده بود. سازمان جهانی بهداشت در طول مذاکرات به عنوان دبیرخانه فنی فعالیت کرد: وظایف آن شامل پاسخ به درخواست‌های کشورهای عضو برای شفاف‌سازی فنی و اطمینان از یکپارچگی فنی بیانیه سیاسی بود. علاوه بر این، سازمان جهانی بهداشت به رئیس مجمع عمومی در سازمان‌دهی جلسه استماع چندجانبه در آوریل ۲۰۱۹ به مانند نشست سطح عالی خود، کمک کرد.

مشارکت بین‌المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰

مشارکت بین‌المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰ یک مشارکت چند ذی‌نفعی است که در سال ۲۰۱۷ برای تسهیل پیشرفت عادلانه و پایدار به سوی پوشش همگانی سلامت تأسیس شد.^۱ این مشارکت با گرد هم آوردن چندین ذینفع (از جمله نهادها مدنی، بخش خصوصی، موسسات بشر دوستانه و دانشگاه) نقش مهمی در آماده‌سازی جلسه سطح عالی از طریق سلسله نشست‌های مشاوره ای داشت. این موارد منجر به گردآوری مجموعه‌ای از «درخواست‌های کلیدی» توسط تسهیلگران مذاکرات از طریق جلسات توجیهی ارائه شده توسط گروه دوستان پوشش همگانی سلامت و جلسه استماع چند ذینفعی در سال ۲۰۱۹ به کشورهای عضو جمع آوری شد. در مجموع هفت

^۱ - See <https://www.uhc2030.org/>.

درخواست کلیدی وجود دارد: (۱) "اطمینان از رهبری سیاسی فراتر از سلامت"، (۲) "هیچ کس عقب نیافتد"؛ (۳) "مقررات و قانون گذاری"؛ (۴) "حمایت از کیفیت مراقبت"؛ (۵) "سرمایه گذاری بیشتر، سرمایه گذاری بهتر"؛ (۶) "حرکت همگانی"؛ و (۷) "برابری جنسیتی و حقوق زنان به عنوان محرک های سلامت".

ابزارها و رویکردها

تهیه پیش نویس بیانیه سیاسی توسط تسهیگران رهبری شد و شامل رایزنی های گسترده و فراگیر با کشورهای عضو سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، جامعه مدنی، دانشگاه، بخش خصوصی و سایر ذینفعان بود. رویکردهای اصلی به کار گرفته شده برای اطمینان از یک فرآیند فراگیر و مؤثر که منجر به یک بیانیه مبتنی بر اجماع معنادار به شرح زیر بود:

مشارکت چندجانبه

یکی از ورودی های مهم برای اعلامیه، سؤالات کلیدی ارائه شده توسط پلتفرم چند ذینفعان پوشش همگانی سلامت ۲۰۲۳ بود (2019b). به ذینفعان این فرصت داده شد تا در جلسه مربوط به شش درخواست کلیدی قبل از اینکه این سؤالات برای بررسی توسط تسهیگران به عنوان بخشی از توسعه پیش نویس اولیه بیانیه ارائه شود، شرکت کنند. ذینفعان همچنین توانستند نظرات خود را در جلسات توجیهی گروه دوستان پوشش همگانی سلامت و سلامت جهانی و در جلسه استماع چندجانبه تعاملی که توسط رئیس مجمع عمومی در ۲۹ آوریل ۲۰۱۹ برگزار شد، بیان کنند. در جلسه استماع، پیشنهاد شد که حوزه برابری جنسیتی و حقوق زنان به عنوان موضوع هفتم درج شود. این پیشنهاد به نحو مقتضی پذیرفته شد.

گروهی دوستان پوشش همگانی سلامت و سلامت جهانی به‌عنوان پلتفرم در نیویورک تأسیس شد

گروه دوستان مجموعه‌ای از جلسات توجیهی را در نیویورک تشکیل داد که در آن آژانس‌های سازمان ملل متحد (از جمله سازمان جهانی بهداشت که در مورد قطعنامه‌ها و بحث‌های مربوطه در ژنو توضیحاتی ارائه کرد)، کارشناسان و سازمان‌های جامعه مدنی گرد هم آمدند. این گروه همچنین یک جلسه توجیهی برای راه‌اندازی Key Asks که توسط مشارکت بین‌المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰ تهیه شده بود، ترتیب داد. این جلسات توجیهی برای کمک به دیپلمات‌ها در نیویورک برای ایفای نقشی آگاهانه و سازنده در مذاکرات درباره بیانیه سیاسی بسیار مفید بود.

ارتباط بین ژنو و نیویورک

در مقر سازمان جهانی بهداشت در ژنو به‌عنوان مبنایی برای تدوین پیش‌نویس بیانیه، تایلند و ژاپن به‌طور مشترک تدوین قطعنامه‌ای تحت عنوان «آماده‌سازی برای نشست سطح عالی مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد پوشش جهانی سلامت» را رهبری کردند که توسط هیئت اجرایی در ژانویه ۲۰۱۹ (مجمع جهانی سلامت) و توسط مجمع جهانی سلامت ۲۰۱۹ به تصویب رسید. نمایندگان دائم تایلند و گرجستان در سازمان ملل متحد در نیویورک که به‌عنوان تسهیلگر مذاکرات در مورد بیانیه سیاسی منصوب شده‌اند، در ماه می ۲۰۱۹ به ژنو سفر کردند تا کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت را در مورد وضعیت مذاکرات در نیویورک توضیح دهند و با کارشناسان فنی در مقر سازمان جهانی بهداشت مشورت کنند تا از انسجام بین دو شهر در روند مذاکرات اطمینان حاصل شود.

همسو کردن بیانیه با ابتکارات مربوطه

در طول تهیه پیش‌نویس اعلامیه سیاسی و مذاکرات در مورد آن، تسهیلگران مشترک تلاش کردند تا اطمینان حاصل کنند که این بیانیه با ابتکارات و نتایج مربوطه همسو است. این ابتکارات عبارت بودند از:

(الف) اعلامیه آستانه، تأیید شده در کنفرانس جهانی مراقبت‌های اولیه بهداشتی که در آستانه (اکنون نورسلطان)، قزاقستان، در اکتبر ۲۰۱۸ برگزار شد (WHO, 2019b). (ب) طرح اقدام جهانی برای زندگی سالم و رفاه برای همه که در مجمع عمومی سازمان ملل در سپتامبر ۲۰۱۹ برای تقویت همکاری بین سازمان‌های چندجانبه باهدف کمک به کشورها برای دستیابی به پیشرفت سریع‌تر در اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت راه‌اندازی شد. (ج) بیانیه رهبران گروه ۲۰ در اوزاکا (مصوب در نشست جهانی گروه ۲۰، اوزاکا ژاپن سال ۲۰۱۹) که شامل تعهد برای پوشش همگانی سلامت بود. اعلامیه آستانه در بند ۱۳ بیانیه سیاسی مورد استناد قرار گرفت که بیان می‌کند "مراقبت‌های بهداشتی اولیه سنگ بنای یک سیستم سلامت پایدار برای پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت است". پیشنهاد گنجاندن ارجاع به برنامه اقدام جهانی برای زندگی سالم و رفاه برای همه در ابتدا توسط برخی از کشورهای عضو حمایت نشد، اما چنین ارجاعی در نهایت در پاراگراف ۷۷ ظاهر شد. که در آن از عبارت توافق شده از بیانیه رهبران گروه ۲۰ در اوزاکا استفاده شد. برخی از مفاهیم بیانیه رهبران گروه ۲۰ در اوزاکا نیز در بیانیه سیاسی گنجانده شد. به‌عنوان مثال، "پیری سالم و فعال" (بند ۳۰) و همکاری بین مقامات مالی و سلامت (بند ۳۹).

نتایج و چالش‌ها

با تکیه بر روندهای متوالی که با دقت در ژنو و نیویورک تعیین شده بود طیفی از دیدگاه‌های ذینفعان مختلف به هم نزدیک کرده بود. تسهیلگران یک پیش‌نویس اولیه

از بیانیه سیاسی که در اواخر ماه می ۲۰۱۹ بین کشورهای عضو پخش شده بود؛ تدوین کردند و یک سری مذاکرات را آغاز کرده بودند. بیش از ۱۰ رایزنی غیررسمی تا پایان جولای علاوه بر جلسات گروه‌های کوچک و دوجانبه برای رسیدگی به نگرانی‌های خاص برگزار شد. پس از مذاکرات، پیش‌نویس نهایی در ۲۴ جولای در فرآیند نظرخواهی^۱ کشورها قرار گرفت. این روند سکوت دو بار در اوایل ماه اوت به دلایل مناقشه برانگیز شکسته شد (PGA, 2019b, 2019c, 2019d). با این حال، به لطف مهارت و پشتکار دو تسهیلگر (که جلسه نهایی سفیران را در ۴ سپتامبر و همچنین چندین بحث دوجانبه غیررسمی سازمان‌دهی کردند) پیش‌نویس نهایی بیانیه سیاسی توانست دوباره در ۱۰ سپتامبر تحت روال سکوت قرار گیرد (PGA, 2019e). در پایان دوره سکوت دو روز بعد، اعلامیه سیاسی با اجماع مورد توافق قرار گرفت.

بیانیه سیاسی نشست سطح عالی در مورد پوشش همگانی سلامت مجدداً بر توافقاتی مرتبط تأکید می‌کند و بر نقش محوری پوشش همگانی سلامت برای اجرای دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار تأکید می‌کند. علاوه بر این، تعهد رهبران جهان برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۳۰ را مشخص می‌کند. نکات اصلی بیانیه توسط مشارکت بین‌المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰ به‌عنوان «اهداف کلیدی، تعهدات و اقدامات» با اشاره به «خواست‌های کلیدی» که در جلسه قبلی سطح بالا که بر مشارکت تأکید کرده بود، خلاصه شد (UHC2030, 2019c). برخی از نکات برجسته بیانیه سیاسی به شرح زیر است:

۱ - رویه سکوت به کشورهای عضو سازمان ملل حداقل ۷۲ ساعت فرصت می‌دهد تا نسبت به پیش‌نویس قطعنامه یا تصمیم اعتراض کنند و امکان توضیح موضع را فراهم می‌کند. در این سناریو رای‌گیری در زمان اعمال رویه به دلایل فنی امکان‌پذیر نیست.

۱. اهداف کلیدی

از جمله مهم‌ترین اهداف بیانیه سیاسی (اهدافی که در طول مذاکرات به شدت مورد بحث قرار گرفت) عبارت‌اند از: ارائه خدمات سلامت ضروری به همه مردم تا سال ۲۰۳۰؛ معکوس کردن روند افزایش هزینه‌های کمر شکن سلامت؛ و از بین بردن فقر ناشی از هزینه‌های مربوط به سلامت تا سال ۲۰۳۰. دستیابی به توافق بر سر این اهداف به لطف جلسه توجیهی فنی ارائه‌شده توسط کارشناسان مقر سازمان جهانی بهداشت که توسط تسهیگران برنامه ریزی شده بود، امکان‌پذیر گردید. کشورهای عضو، از جمله ژاپن که مشتاق تعیین اهداف عددی معنادار و جاه طلبانه بودند، توضیحات فنی مختلفی از جمله روندها و برآوردها را درخواست کردند. سایر اهداف کلیدی در شکل ۱ خلاصه شده است.

شکل ۱: بیانیه سیاسی: اهداف پیامدی

اهداف جهانی	اهداف ملی
<p>تسریع تلاش‌ها برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۳۰</p> <ul style="list-style-type: none"> تا سال ۲۰۲۳ یک میلیارد نفر دیگر و تا سال ۲۰۳۰ همه افراد را به تدریج تحت پوشش قرار دهید. معکوس کردن روند هزینه‌های کمر شکن سلامت و حذف فقر ناشی از هزینه‌ها تا سال ۲۰۳۰ <p>[۴۲] خدمات را گسترش دهید، سیستم‌های سلامت را تقویت کنید و منابع را بسیج کنید، با توجه به اینکه ۳.۹ تریلیون دلار اضافی تا سال ۲۰۳۰ می‌تواند از ۹۷ میلیون مرگ زودرس جلوگیری کند و ۳.۱ و ۸.۴ سال به امید به زندگی در کشورهای کم درآمد و متوسط اضافه کند.</p> <p>[۶۰] رفع کمبود ۱۸ میلیون کارمند سلامت و درخواست برای ایجاد ۴۰ میلیون شغل کارمند سلامت تا سال ۲۰۳۰.</p>	<p>[۴۰] بهینه‌سازی تخصیص بودجه برای سلامت، فضای مالی، و اولویت دادن به سلامت در هزینه‌های عمومی، با تأکید بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، و توجه به این که سازمان جهانی بهداشت هدف پیشنهادی تخصیص ۱٪ بیشتر از تولید ناخالص داخلی را توصیه می‌کند.</p>

۲. تعهدات کلیدی

این بیانیه سیاسی شامل تمام هفت «درخواست کلیدی» است که توسط مشارکت بین‌المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰ گردآوری شده‌اند، با تأکید قوی

بر موارد ذیل: اهمیت تعهد سیاسی؛ توسعه و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مبتنی بر شواهد؛ مالکیت ملی؛ مقابله با نابرابری‌های سلامتی به گونه‌ای که هیچ کس را پشت سر نگذارد؛ درگیر کردن ذینفعان؛ و افزایش سرمایه‌گذاری به‌ویژه از طریق افزایش همکاری بین مقامات سلامت و مالی. این بیانیه نیاز مبرم به تقویت سیستم‌های سلامت و نقش محوری مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت را به رسمیت می‌شناسد. علاوه بر این، بیانیه خواستار رعایت مکانیسم‌های عدالت اجتماعی و حمایت اجتماعی است تا سیستم‌های مراقبت سلامت واقعاً جامع و مردم محور باشند.

۳. حوزه های بحث برانگیز

سه حوزه اصلی بحث برانگیز وجود داشت که نیاز به توجه و مشورت متمرکز در طول فرآیند مذاکره داشت.

حقوق سلامت جنسی و باروری

یکی از بحث برانگیزترین موضوعات در طول مذاکرات، سلامت و حقوق جنسی و باروری بود که بسیاری از کشورهای عضو به طرق مختلف نسبت به آن مواضع شدیدی داشتند، همانطور که قبلاً در دیگر مجامع سازمان ملل اتفاق افتاده است. هنگامی که یک موضوع دشوار در جریان مذاکرات در سازمان ملل مطرح می‌شود، یک رویکرد آزموده شده استفاده از زبان توافق شده در اسناد قبلی است که به اتفاق آرا توسط کشورهای عضو تصویب شده است. با این حال، در این مورد، توافق بر سر زبان مورد توافق برای استفاده دشوار بود. یکی از رویکردهای ممکن استفاده از سند نتیجه نشست ۲۰۱۹ کمیسیون سازمان ملل متحد در مورد وضعیت زنان بود. (UN-Women, 2019) واژگان از آن سند در پیش نویس اولیه بیانیه سیاسی استفاده شد، اما برخی از کشورهای عضو به این دلیل که متن منع ممکن است یک سند مبتنی بر اجماع نباشد و اینکه زمینه متفاوت

است، اعتراض داشتند. یکی دیگر از رویکردهای ممکن، استفاده از زبان قطعنامه مجمع جهانی سلامت در زمینه آمادگی برای نشست سطح عالی (قطعنامه WHA72.4) بود که به «سلامت جنسی و باروری» اشاره داشت. با این حال، برخی از کشورهای عضو احساس کردند که این کافی نیست، زیرا هیچ اشاره ای به حقوق وجود ندارد. هر یک از این رویکردها به یک اندازه معتبر بود، اما پس از رایزنی‌های گسترده و تلاش‌های متقاعدسازی که تا آخرین لحظه ادامه داشت، کشورهای عضو، همانطور که توسط تسهیلگران پیشنهاد شد، در نهایت موافقت کردند که موضوع را با استفاده از زبان توافق شده از اهداف توسعه پایدار (به طور خاص از اهداف ۳.۶ و ۵.۶ اهداف توسعه پایدار) در بند ۶۸ بیانیه سیاسی حل و فصل کنند. (UN, 2015)

مهاجران

موضوع مهاجران یکی دیگر از زمینه‌های بحث برانگیز بود که نیاز به رایزنی‌های گسترده‌ای مانند برخی دیگر از مجامع سازمان ملل داشت، برخی از کشورهای عضو احساس کردند که نیازی به ارجاع موضوع مهاجران در بیانیه سیاسی نیست، در حالی که برخی دیگر آن را ضروری می‌دانستند. به طور مشابه، برخی از کشورهای عضو احساس کردند که باید به پیمان جهانی برای مهاجرت ایمن، منظم و قاعده مند استناد کنند، در حالی که برخی دیگر مخالف بودند و اشاره کردند که پیمان جهانی به طور کلی توسط کشورهای عضو سازمان ملل متحد مورد توافق قرار نگرفته است. در نهایت، همانطور که توسط تسهیلگران پیشنهاد شد، کشورهای عضو موافقت کردند که پاراگراف ۷۰ بیانیه سیاسی را بر اساس زبان توافق شده از قطعنامه «سلامت جهانی و سیاست خارجی» که در دسامبر ۲۰۱۷ توسط مجمع عمومی تصویب شد (UN, 2018a) استوار کنند. متن پایانی آن پاراگراف به طور کلی به موضوع اینکه هیچ کی عقب نیفتند از جمله مهاجران در میان سایر گروه‌های آسیب پذیر، اشاره دارد.

مالکیت فکری و شفافیت قیمت

مسئله چگونگی ایجاد تعادل بین اطمینان از مقرون به صرفه بودن محصولات پزشکی و حفاظت از مالکیت فکری به منظور ایجاد انگیزه در نوآوری، موضوع همیشگی بحث در مذاکرات مرتبط با سلامت به ویژه در مذاکرات در مورد بیانیه سیاسی است. علاوه بر این، موضوع افزایش شفافیت در قیمت گذاری محصولات پزشکی گران قیمت که در هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت در ماه می ۲۰۱۹ به طور مفصل مورد بحث قرار گرفت، در این مذاکرات مطرح شد. با توجه به مالکیت فکری، تسهیلگران تصمیم گرفتند که زبان مورد توافق در جریان مذاکرات برای بیانیه سیاسی نشست سطح عالی مجمع عمومی در مورد مبارزه با سل در سال ۲۰۱۸ (UN, 2018c) را در بند ۵۱ اعلامیه بگنجانند. در مورد شفافیت قیمت، کشورهای عضو در نهایت تصمیم گرفتند از زبان مورد توافق قطعنامه WHA72.8 مجمع جهانی سلامت (WHO, 2019e) در بند ۵۰ بیانیه سیاسی، به جای پیشنهاد نیویورک که بحث‌های فنی آن در ژنو انجام شده بود، استفاده کنند

۴. پاسخگویی و پیگیری

بیانیه سیاسی بیشتر بر شناسایی وظایف اولویت دار برای اقدام، پیگیری و پاسخگویی در سطح ملی و جهانی متمرکز است، مانند: تعیین اهداف ملی و تقویت پلت فرم‌های نظارت و ارزیابی ملی؛ نظارت و تقویت ابتکارات انجام شده برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت از طریق گزارش‌های پیشرفت تهیه شده توسط دبیر کل؛ و سازمان‌دهی یک نشست بررسی سطح عالی در مورد پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۲۳ با این هدف که همه تلاش‌های مرتبط با سلامت تجمیع شوند. تعهدات مربوط به پاسخگویی و پیگیری در جدول ۲ خلاصه شده است.

پیگیری های ملی	پیگیری های جهانی
<p>[۵۵] تقویت ظرفیت مقامات دولتی ملی برای رهبری استراتژیک و هماهنگی، با تمرکز بر مداخلات بین بخشی، و همچنین تقویت ظرفیت مقامات محلی</p> <p>[۷۹] تعیین اهداف ملی قابل اندازه گیری و تقویت پلت فرم های نظارت و ارزیابی ملی</p> <p>[۸۰] بنا به درخواست کشور عضو، از پتانسیل کامل سیستم چندجانبه، از جمله سازمان جهانی بهداشت، سیستم توسعه سازمان ملل، نمایندگان کشورها و تیم های کشوری سازمان ملل، و سایر بازیگران مرتبط، برای کمک و حمایت از کشورها در سطح ملی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت استفاده کنید.</p>	<p>[۸۲] گزارش پیشرفت دبیر کل در هفتاد و پنجمین جلسه مجمع عمومی (۲۱/۲۰۲۰)</p> <p>[۸۲] گزارش دبیر کل سازمان ملل با توصیه هایی در مورد اجرای بیانیه سیاسی در ۷۷ امین جلسه مجمع عمومی (۲۳/۲۰۲۲)</p> <p>[۸۳] نشست مقامات عالی رتبه در پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۲۳ - دامنه و روش ها تا هفتاد و پنجمین جلسه مجمع عمومی (تا سپتامبر ۲۰۲۱) تصمیم گیری می شود.</p>

درس های آموخته شده و مراحل بعدی

درس های کلیدی آموخته شده در طول برنامه ریزی و آماده سازی، مذاکرات و تشکیل جلسه در سطح عالی به شرح زیر است:

۱. دستور کار مناسب در زمان مناسب

پس از تصویب اهداف توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵ و مجموعه ای از نشست های سطح بالا در سازمان ملل متحد که بر مسائل خاص سلامت متمرکز بود (۲۰۱۱، ۲۰۰۶، ۲۰۰۱)،

۲۰۱۴، ۲۰۱۶ و ۲۰۱۸)، شتاب فزاینده ای برای رویکرد جامع به سلامت به وجود آمد. در سطح سران کشورها مورد بحث قرار گیرد. این واقعیت که نمایندگان ۱۶۵ کشور عضو، از جمله ۵۷ رئیس دولت و حکومت، قبل از نشست سطح عالی در مورد پوشش همگانی سلامت اعلام حضور کردند، نشان می دهد که این موضوع بسیار شایسته توجه جامعه بین المللی بود. برنامه ریزی جلسه برای برگزاری در اولین روز از هفته نشست سطح بالای مجمع عمومی سازمان ملل متحد به تضمین مشارکت بسیاری از نمایندگان ارشد دولت کمک کرد.

۲. رهبری و تعهد توسط قهرمانان پوشش همگانی سلامت

رهبری و تعهد قهرمانان پوشش همگانی سلامت برای نتیجه موفقیت آمیز این نشست سطح بالا ضروری بود. تایلند و گرجستان، تسهیلگران و تیم‌هایشان پشتکار و مهارت زیادی در طول مذاکرات نشان دادند. دبیر کل سازمان ملل متحد، مدیر کل سازمان جهانی بهداشت و رئیس مجمع عمومی از طریق بیانیه ها و اقدامات خود، مانند تشکیل جلسات مقدماتی، حمایت خود را از دستور کار در همان ابتدا به وضوح اعلام کردند. کشورهای عضو از جمله قهرمانان پوشش همگانی سلامت مانند برزیل، گرجستان، ژاپن و تایلند و همچنین اعضای گروه دوستان سلامت جهانی و پوشش همگانی سلامت به هدایت مذاکرات و تشکیل جلسه در سطح بالا کمک کردند.

کارشناسان تایلندی و گرجستانی (به عنوان تسهیلگران مشترک)، رئیس مجمع عمومی، رئیس گروه دوستان و سازمان جهانی بهداشت (به عنوان دبیرخانه فنی مذاکرات) هر روز در مورد مسائل عملی برای کمک در جهت پیشبرد روند ارتباط برقرار می کردند.

۳. تعامل چند ذینفعی

"درخواست های کلیدی" که توسط مشارکت بین‌المللی بهداشت برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰ گردآوری شد و بر اساس رایزنی‌های گسترده با جامعه مدنی، بخش خصوصی، مؤسسات بشردوستانه و دانشگاهیان، در حصول اطمینان از انعکاس دیدگاه‌های طیف گسترده‌ای از ذینفعان در بیانیه سیاسی مؤثر بود. علاوه بر این، جلسه استماع چند ذی‌نفعی که توسط رئیس مجمع عمومی تشکیل شد و جلسه توجیهی گروه دوستان پوشش همگانی سلامت و بهداشت جهانی برای دعوت از مشارکت بین‌المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰ برای ارائه «درخواست‌های کلیدی» به هدایت صدای این ذینفعان در مذاکرات نهایی کمک کرد.

۴. آماده‌سازی دیپلمات‌ها در نیویورک برای مذاکرات

از آنجایی که دیپلمات‌های نیویورک لزوماً در مسائل سلامت متخصص نیستند، گروه دوستان سلامت جهانی و پوشش همگانی سلامت به‌عنوان بستری برای کشورهای عضو ایجاد شد تا درک خود را از پوشش همگانی سلامت و دیدگاه‌های ذینفعان مختلف عمیق‌تر کنند.

جلسات توجیهی در مورد بحث‌های مربوطه در مقر سازمان جهانی بهداشت و نهادهای حکمرانی در ژنو و رایزنی‌های چندجانبه به دیپلمات‌ها کمک کرد تا برای مذاکرات آماده شوند و به‌طور سازنده در آن شرکت کنند. همچنین جلسات توجیهی، به‌طور مشترک توسط کشورهای عضو و شرکای علاقه‌مند، در مورد موضوعاتی مانند نقش بخش خصوصی در مراقبت‌های سلامت، تأمین مالی پوشش همگانی سلامت و پیری جمعیت برگزار شد.

۵. ارتباط بین ژنو و نیویورک

تمام تلاش‌ها برای اطمینان از انسجام بین بحث‌های ژنو و نیویورک که پویایی‌ها و اولویت‌های متفاوتی داشتند، انجام شد. این امر عمدتاً از طریق قطعنامه مقدماتی مجمع جهانی سلامت (WHA72.4; WHO, 2019d)، جلسه توجیهی تسهیلگران در ژنو و مشارکت کارشناسان از مقر سازمان جهانی بهداشت به دست آمد. به این ترتیب پایه‌های فنی مذاکرات گذاشته شد و امکان رسیدگی به برخی مسائل بحث‌برانگیز مانند شفافیت قیمت وجود داشت. با این حال، برخی از موضوعات - به ویژه سلامت جنسی و باروری و حقوق و مهاجران - در نیویورک بحث‌برانگیزتر از ژنو شد. این‌ها نیاز به میانجیگری و متقاعدسازی متمرکز داشتند که در بالا توضیح داده شد. دیپلمات‌هایی که در مذاکرات آینده سلامت در نیویورک شرکت می‌کنند، باید ماهیت سیاسی خود را که ارتباط نزدیکی با تحولات گسترده‌تر در مجمع عمومی دارد، در نظر داشته باشند.

بیانیه سیاسی نشست سطح عالی در مورد پوشش همگانی سلامت که توسط رهبران جهان در ۲۳ سپتامبر ۲۰۱۹ تأیید شد، بار دیگر بر نقش پوشش همگانی سلامت به عنوان یک مفهوم بزرگ برای اهداف مرتبط با سلامت و اهداف مندرج در دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار تأکید کرد. این بیانیه به منزله یک فراخوان جهانی برای سلامتی برای همه تا سال ۲۰۳۰ است که توسط اهداف، تعهدات و فرآیندهای پیگیری پشتیبانی می‌شود. این توافق مهم با مجموعه‌ای از تلاش‌های چندجانبه هماهنگ، که بر اساس ابتکارات قبلی و در حال انجام در زمینه سلامت جهانی، امکان‌پذیر شد. دستیابی به اهداف مشخص مختلف برای سال‌های ۲۰۲۳ و ۲۰۳۰ که در این بیانیه ذکر شده است به تعهد همه کسانی که در زمینه سلامت جهانی دست اندر کار هستند بستگی دارد.

منابع

Abbreviations used in the in-text citations are given in square brackets after the full name of the author at first mention in the reference list below.

Adhanom Ghebreyesus T (2017). All roads lead to universal health coverage. *Lancet Glob Health* :^(۹)E839–40 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30295-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30295-4), accessed 14 September 2020)

. Group of Seven [G7] (2016). G7 Ise-Shima Leaders' Declaration. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (<https://www.mofa.go.jp/files/000160266.pdf>, accessed 14 September 2020).

Group of Seven (2019). G7 Health Ministers' Declaration. In: Ministry of Solidarity and Health [website]. Paris: Ministry of Solidarity and Health (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/declaration_de_l_engagement_des_etats_du_g7_.pdf, accessed 14 September 2020).

Group of 20 [G20] (2019). G20 Osaka Leaders' Declaration. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (https://www.mofa.go.jp/policy/economy/g20_summit/osaka19/en/documents/final_g20_osaka_leaders_declaration.html, accessed 14 September 2020).

International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 [UHC2030] (2019a). Group of Friends of UHC. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (<https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/group-of-friends-of-uhc/>, accessed 14 September 2020).

International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 (2019b). Moving together to build a healthier world: key asks from the UHC movement. In: UHC2030 [website]. Geneva/ Washington (DC): World Health Organization/World Bank (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_Key_Ask_final.pdf, accessed 14 September 2020).

International Health Partnership for UHC2030 (2019c). United Nations High-Level Meeting on Universal Health Coverage in 2019: key targets, commitments & actions. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (<https://www.uhc2030.org/>

fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_key_targets_actions_commitments_15_Nov_2019__1_.pdf, accessed 14 September 2020).

Ministers of Foreign Affairs [MoFA] of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 369:1373–8 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60498-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60498-X), accessed 14 September 2020).

Ministry of Foreign Affairs [MoFA] of Japan (2017). Hosting the UHC Forum 2017. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs. 14 December (https://www.mofa.go.jp/press/release/press11e_000015.html, accessed 14 September 2020).

Ministry of Foreign Affairs of Japan, World Bank, World Health Organization, United Nations Children’s Fund, Japan International Cooperation Agency, International Health Partnership for UHC2030 (2017). Tokyo Declaration on Universal Health Coverage. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (<https://www.mofa.go.jp/files/000317581.pdf>, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly [PGA] (2019a). Letter of 6 March 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/03/6March-co-facilitator-UHC.pdf>, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly (2019b). Letter of 24 July 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/PGA-letter-political-declaration-UHC-HLM-silence_procedure.pdf, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly (2019c). Letter of 7 August 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure2.pdf>, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly (2019d). Letter of 9 August 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations

(<https://www.un.org/pga/73/wpcontent/uploads/sites/53/2019/08/HLM-UHC-silence-broken.pdf>, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly (2019e). Letter of 10 September 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (<https://www.un.org/pga/73/wpcontent/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure.pdf>, accessed 14 September 2020).

United Nations [UN] (2001). Declaration of Commitment on HIV/AIDS [resolution adopted by the General Assembly on 27 June 2001]. New York: United Nations (A/RES/S-26/2; <https://undocs.org/en/A/RES/S-26/2>, accessed 14 September 2020).

United Nations (2013). Global health and foreign policy [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012]. New York: United Nations (A/RES/67/81; <https://undocs.org/en/A/RES/67/81>, accessed 14 September 2020).

United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015]. New York: United Nations (A/RES/70/1; https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, accessed 14 September 2020).

United Nations (2017). Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development [resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017]. New York: United Nations (A/RES/71/313; <https://undocs.org/A/RES/71/313>, accessed 14 September 2020).

United Nations (2018a). Global health and foreign policy: addressing the health of the most vulnerable for an inclusive society [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2017]. New York: United Nations (A/RES/72/139; <https://undocs.org/en/A/RES/72/139>, accessed 14 September 2020).

United Nations (2018b). International Universal Health Coverage Day [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2017]. New York: United Nations (A/RES/72/138; <https://undocs.org/en/A/RES/72/138>, accessed 14 September 2020).

United Nations (2018c). Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis: “United to end tuberculosis: an urgent global response to a global epidemic” [resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018]. New York: United Nations (A/RES/73/3; <https://undocs.org/en/A/RES/73/3>, accessed 14 September 2020).

United Nations (2019a). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage: “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” [resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019]. New York: United Nations (A/RES/74/2; <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>, accessed 14 September 2020).

United Nations (2019b). UN welcomes “most comprehensive agreement ever” on global health. In: UN News [website]. New York: United Nations. 23 September (<https://news.un.org/en/story/2019/09/1047032>, accessed 14 September 2020).

United Nations (2019c). Scope, modalities, format and organization of the high-level meeting on universal health coverage [resolution adopted by the General Assembly on 13 December 2018]. New York: United Nations (A/RES/73/131; <https://undocs.org/en/A/RES/73/131>, accessed 14 September 2020).

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN-Women] (2019). Social protection systems, access to public services and sustainable infrastructure for gender equality and the empowerment of women and girls. 2019 Commission on the Status of Women, agreed conclusions. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/63/conclusions63-en-letter-final.pdf?la=en&vs=3258>, accessed 14 September 2020).

World Health Organization [WHO] (2019a). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019b). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization (WHO/HIS/SDS/2018.61; <https://apps.who>

int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019c). Resolution EB144.R10. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. In: Executive Board, 144th session, Geneva, 24 January–1 February 2019. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144-REC1/B144_REC1-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019d). Resolution WHA72.4. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R4-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019e). Resolution WHA72.8. Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf, accessed 14 September 2020).