

جایگاه دولت رفاه در نظام سلامت نروژ پس از بحران کرونا

زهرا باقری^۱

چکیده

هدف: سیستم مراقبت‌های بهداشتی نروژ مبتنی بر یک سیستم دولتی و نیمه‌متمرکز و با تأمین مالیاتی، بر اساس برابری جغرافیایی و اجتماعی است و از سنت نوردیک نهادهای دولت رفاهی جامع پیروی می‌کند. این کشور توسعه‌یافته دارای سیستم مراقبت‌های طولانی‌مدت است و به سطح بالایی از استاندارد زندگی دست یافته است. هدف این پژوهش نشان دادن جایگاه مهم دولت رفاه نروژ در نظام سلامت این کشور پس از بحران کروناست.

روش: در این پژوهش ضمن بهره‌گیری از داده‌های آماری و مدل نظری گونه‌شناسی نظام‌های رفاهی اسپینگ اندرسن از تکنیک سوات و ردیابی فرایند و نرم‌افزار گرافیکی Smartdraw استفاده شده است.

یافته‌ها: باتوجه به آمارها، تعداد مبتلایان به کرونا در حال کاهش است. شهروندان از نظام سلامت نروژ رضایت دارند و حمایت اجتماعی به‌عنوان یک حق شهروندی در این کشور محسوب می‌شود و سرمایه‌گذاری مناسب دولت و دسترسی مردم به پوشش‌های خدمات درمانی باعث شده است که نظام سلامت به‌سوی بهبودی برود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به ویژگی‌های دولت رفاه نروژ نظیر تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات، حمایت و مراقبت از شهروندان در برابر مشکلات اجتماعی و درمانی و در نتیجه ایجاد برابری در خدمات اجتماعی به شهروندان، نظام سلامت این کشور در حال بهبود است.

واژه‌های کلیدی: بیمه درمان، دولت رفاه، سنت نوردیک، مراقبت‌های بهداشتی، نظام سلامت.

۱. مقدمه

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سیستم سلامت شامل همه سازمان‌ها، افراد و اقداماتی است که هدف اصلی آن‌ها ارتقاء، بازیابی یا حفظ سلامت است؛ شامل تلاش‌های تأثیرگذار بر عوامل تعیین‌کننده سلامت که سلامت را بهبود می‌بخشد. سیستم بهداشتی خوب یکی از مهم‌ترین عناصر در تضمین سلامت یک جمعیت در هر جامعه مدرن است. اگرچه همه کشورها هدف یکسانی در بهبود سلامت جمعیت به شیوه‌ای مقرون‌به‌صرفه و عادلانه دارند، سیستم‌های بهداشتی از کشوری به کشور دیگر بسیار متفاوت است. در واقع، تقریباً هر کشوری به‌طور مداوم در حال انجام اصلاحات و بهبود سیستم بهداشتی خاص است. دولت‌ها دائماً برای یک سیستم مراقبت بهداشتی با کیفیت بالا، مقرون‌به‌صرفه و همگانی تلاش می‌کنند. اهمیت موضوع پژوهش در این است به‌طور کلی شناخت و بررسی سیاست‌های نظام سلامت کشورهای نوردیک برای دیگر کشورها بسیار ضرورت دارد و این دولت رفاه و ویژگی‌های آن از جمله برابری‌های جنسیتی، تأمین مالی مناسب و ایجاد برابری در ارائه خدمات اجتماعی و سلامت به شهروندان جایگاه تعیین‌کننده دارد. با درک اقدامات و عملکردهای دولت در نظام سلامت این کشورها بقیه‌ی کشورهای جهان می‌توانند در جهت اصلاح و بهبود ساختار و سیاست‌های نظام سلامت خود قدم بردارند.

به‌طور کلی در ساختار نظام سلامت نروژ، این کشور دارای یک سیستم نظام سلامت نیمه غیرمتمرکز، متشکل از چهار سازمان بهداشت منطقه‌ای است که مسئولیت مراقبت‌های تخصصی و خدمات اجتماعی را بر عهده دارند. وزارت بهداشت، درمان و خدمات مراقبت با کمک سازمان‌های زیرمجموعه خود، مسئول برنامه‌ریزی، تنظیم و نظارت بر نظام سلامت است و تضمین می‌کند که خدمات بهداشتی و اجتماعی مطابق با قوانین و مقررات ملی ارائه می‌شود. در سیاست‌گذاری نظام سلامت این کشور، برنامه‌های ملی سلامت ابزارهای کلیدی برنامه استراتژیک در بخش سلامت هستند. این برنامه‌ها توسط وزارت بهداشت و خدمات مراقبت با افق برنامه‌ریزی چهارساله تنظیم می‌شوند و اهداف و اقدامات اجرایی را باهدف تحقق آن‌ها پیشنهاد می‌کنند (سانس، ۲۰۲۲: ۳). همچنین نظام سلامت نروژ بر اساس مدل بورجی است؛ زیرا دولت از طریق دریافت مالیات بر درآمد، مراقبت‌های بهداشتی را برای همه شهروندان خود فراهم می‌کند.

در بیان اهمیت پژوهش باید اشاره کرد که نظام سلامت نروژ بر اساس برابری جغرافیایی و اجتماعی است و از سنت نوردیک نهادهای دولت رفاهی جامع پیروی می‌کند. این کشور توسعه‌یافته دارای سیستم مراقبت‌های طولانی‌مدت است و به سطح بالایی از استاندارد زندگی دست‌یافته است و لزوم پژوهش در این نکات به حل و اصلاح نظام سلامت کمک می‌کند و اگر به این اصول توجه کافی نشود عواقب جبران‌ناپذیری را برای نظام سلامت نروژ به وجود می‌آورد.

باتوجه به سیر تاریخی دولت رفاه می‌توانیم بگوییم که از اواخر قرن نوزدهم میلادی، که پیشرفت‌های صنعتی باعث بروز تحولاتی عمده در الگوی سنتی کار و زندگی شهری شد و طبقات کارگر و کارفرمای صنعتی بر عرصه حیات اقتصادی و اجتماعی ملت‌ها ظاهر شدند، به تدریج به برآمدن نظام دولت رفاه منجر شد (فولادیان، ۱۳۸۷: ۱۴۲). دولت رفاه نظامی است که نسبت به محفوظ ماندن سطح زندگی در دوران پیری و حقوق ازکارافتادگی افراد، تولید، توزیع و فراهم کردن بهداشت و درمان، آموزش و پرورش و مسکن متعهد باشد و آن‌ها را تسهیل کند. تاکنون تعاریف مختلفی از دولت رفاه ارائه شده است (فولادیان، ۱۳۸۷: ۱۴۳). از دیدگاه پوپر مفهوم دولت رفاه این است که میزان سختی و فشار قابل اجتناب را به حداقل تقلیل دهید. همچنین از نظر وی، حکومتی که دفاع از ملت را بر عهده دارد، باید بر آمادگی نظامی شهروندان نظارت داشته باشد و بنابراین باید مراقب سلامت آن‌ها باشد و همه باید برخوردار از حمایت دولت باشند (فولادیان، ۱۳۸۷: ۱۵۴).

ارائه‌ی خدمات و مراقبت‌های بهداشتی نروژ با هدف دسترسی یکسان همه‌ی شهروندان و مبتنی بر عدالت اجتماعی است. هدف اصلی این پژوهش بررسی سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت نروژ با تأکید بر نقش و اهمیت دولت رفاه در بهبود ارتقای سلامت شهروندان است. بررسی‌های صورت گرفته در منابع علمی نشان داد که پژوهش‌های متعددی در مورد ارائه‌ی خدمات مراقبت‌های درمانی این کشور صورت گرفته است. بررسی‌های صورت گرفته در این حوزه نشان داد که بیشتر پژوهش‌های انجام شده به بررسی نظام سلامت نروژ، سیاست‌گذاری‌های سلامت و خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمان پرداخته‌اند. تیکانن و همکاران (۲۰۲۰) در کتاب «مشخصات بین‌المللی نظام‌های مراقبت بهداشتی» به بررسی نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان پرداخته‌اند و برای کشور نروژ از مقاله‌ی تألیف شده توسط اسپرسانز بهره گرفته است. اسپرسانز در مقاله‌ی خود به بررسی ساختار و سازماندهی نظام سلامت نروژ و سیاست‌گذاری‌ها پرداخته است و بیان کرده که دولت مسئول ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی با هدف دسترسی یکسان بدون توجه به موقعیت اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی است. تامزک در مقاله‌ی «استراتژی نروژ برای مقابله با همه‌گیری کرونا» به محدودیت‌ها و قوانینی که دولت در دوران کرونا وضع کرده، می‌پردازد و در نتیجه‌گیری به نواقص و ضعف‌های دولت اشاره کرده است.

۲. چهارچوب نظری پژوهش

نظریه‌پردازی در زمینه گونه‌شناسی نظام‌های رفاهی مختلف، امری نسبتاً متأخر به‌شمار می‌رود. معمولاً گونه‌شناسی ارائه‌شده توسط اسپینگ-اندرسن (۱۹۹۰) به‌عنوان سنگ بنای جدی این حوزه پژوهشی محسوب می‌گردد (تاج مزینانی، ۱۳۸۹: ۳۰۵). گونه‌شناسی اسپینگ اندرسن تأکید زیادی بر مسیر وابستگی (به‌ویژه بر پارادایم تحرک منابع قدرت) دارد و معیار اصلی او، دو متغیر کالازدایی و قشربندی است. در چهارچوب نظری مدل اسپینگ اندرسن می‌توان به چهار گونه دولت‌های رفاهی اشاره کرد:

شمال اروپا، اروپای قاره‌ای، لیبرال و جنوب اروپا. این مقاله به دولت رفاه شمال اروپا از دیدگاه اسپینگ اندرسن می‌پردازد. نوع دولت رفاه در کشورهای شمال اروپا مبتنی بر اصول دموکراسی اجتماعی است. دولت رفاه در استراتژی‌های سرمایه‌گذاری اجتماعی که منجر به اشتغال‌زایی و افزایش مراقبت‌های بهداشتی و بازنشستگی می‌شود؛ تجلی می‌یابد. این مدل که در دانمارک، فنلاند، سوئد، هلند و سوئد شایع است در پی آن است که دولت را جایگزین بازار کند. در این مدل رفاه اجتماعی یک حق جهانی است و دولت مهم‌ترین تأمین‌کننده‌ی رفاه محسوب می‌شود. مهم‌ترین ویژگی آن هزینه‌های بالای اجتماعی، سیاست‌های فعالانه بازار و افزایش اشتغال است. این مدل تأکید فراوانی بر توزیع مجدد منابع، مشمولیت اجتماعی، جهان‌گرایی، نیروی کار زنان و اشتغال دارد.

وضعیت مدل دولت رفاه کشورهای شمال اروپا قبل از بحران مالی: در کشورهای شمال اروپا، دولت در سازماندهی و تأمین مالی مزایای رفاهی برای شهروندان نسبت به بقیه‌ی کشورها دخالت گسترده‌تری دارد؛ چراکه رسالت رفاهی دولت، همه شهروندان را در برمی‌گیرد. دولت رفاه در این کشورها بر مبنای سه اصل سازماندهی شده است: امنیت اجتماعی، بهداشت و آموزش رایگان. دایره‌ی دولت رفاه در این کشورها بسیار گسترده است و تقریباً همه چیز را در برمی‌گیرد. از جمله: امنیت اجتماعی، انواع کمک-هزینه‌ی اشتغال، بیکاری، کودکان، درمان و سالمندان، مزایای مادری، حمایت اجتماعی، سیستم بهداشت و درمان عمومی، سیاست‌های بازار کار و آموزش. مهم‌ترین تغییر رخ داده در این کشورها، بعد از شروع بحران و تغییر مفهوم آزادی از خواسته به آزادی در عمل بود. بدان معنا که حرکت اصلی در جهت اشتغال‌زایی و تشویق آزادی عمل که قبلاً اسپینگ اندرسن در کتاب خود از آن دفاع کرده بود رخ داد. این کشورها بهترین شاهد بر موفقیت راه‌حل‌های پاره‌ای برای تغییرات ساختار اجتماعی و تغییر اقتصادی هستند. در مدل شمال اروپا، همکاری نزدیکی میان دولت، شهرداری‌ها، اتحادیه‌ی اروپا، کارفرمایان و احزاب سیاسی شکل گرفت. این مدل افشردی و نوسازی و ایده‌های جدید است. مهم‌ترین چالش این کشورها بعد از بحران، کمبود بودجه‌ی دولت و افزایش سن جمعیت است و بهترین امتیاز آن‌ها، گشوده بودن مرزهای اقتصاد جهانی و استفاده از فناوری‌های جدید مکانیسم جمعی است. پاسخ دولت‌های شمال اروپا به بحران، اجرای بسته‌های مبارزه با بحران بود. آن‌ها این گونه، هم انسجام مالی را تضمین کردند و هم سرمایه‌ی انسانی را ارتقاء دادند.

طبق مدل اسپینگ اندرسن دولت رفاه قادر به ایفای سه نقش اصلی است که در هر کشوری یکی از این نقش‌ها پررنگ می‌شود.

۱. دولت رفاه در نقش رابین هود: دولت به باز توزیع عادلانه‌ی رفاه میان طبقات مختلف می‌پردازد و متشکل از سازوکارهایی است که برای حراست از خطراتی نظیر فقر و درآمد پایین تدوین شده‌اند. قوانین بازار کار از نابرابری‌ها کاسته و حقوق کارگران را تأمین می‌کند.

۲. دولت رفاه در نقش فلک: به شهروندان این امکان را می‌دهد که از خود در برابر مشکلات اجتماعی مراقبت کرده و درآمدها را افزایش دهند. تثبیت حقوق بازنشستگان مهم‌ترین رکن این نقش است.

۳. دولت رفاه در نقش سرمایه‌گذار اجتماعی: دولت را قادر می‌سازد بر روی سرمایه‌ی انسانی و اجتماعی سرمایه‌گذاری کند. مثل برنامه‌های مراقبت از کودکان، آموزش و غیره (نیکنامی، ۱۳۹۶: ۴۴-۴۲).

حتی اسپینگ اندرسن به این می‌پردازد که پس از جنگ جهانی دوم، دولت رفاه مزایایی متناسب باسلیقه و انتظارات طبقه متوسط فراهم و جهان‌گرایی حقوق را حفظ کرده و در واقع با گسترش خدمات اجتماعی و اشتغال عمومی مستقیماً در ساخت طبقه متوسط مشارکت می‌کرد و به‌طور ابزاری وقف سوسیال دموکراسی بود (اسپینگ-اندرسن، ۱۹۹۰: ۳۱). همچنین ایدئال همبستگی و جهان‌شمولی در دولت‌های رفاه اسکاندیناوی تعریف شده است و این دولت‌های رفاه جهان‌گرا با اشتغال کامل در عمل به مرجع احزاب کارگری در سطح بین‌المللی تبدیل شده‌اند (اسپینگ-اندرسن، ۱۹۹۰: ۱۱۰).

جدول ۱. ویژگی‌های اصلی دولت رفاه در مدل دولت رفاه شمال اروپا

شهروندی جهانی	حقوق اجتماعی
برابری	ارزش‌های اصلی
اشتغال کامل بر اساس اخلاق کار	اشتغال
برابری جنسیتی	جنسیت
برابری	اهداف
شهروندی	اصول
جمعی	مسئولیت‌ها
تأمین مالی از طریق مالیات و ایجاد برابری در خدمات اجتماعی	امنیت اجتماعی
فعال	سیاست بازار کار
همه‌ی شهروندان	ذی‌نفعان
دولت	نهادهای اصلی
فعال	حمایت از خانواده

منبع: نیکنامی، ۱۳۹۶: ۴۴

در گونه‌شناسی ارائه‌شده، دولت‌های رفاهی در سه نوع تقسیم‌بندی رژیم‌های اسکاندیناوی، بیسمارک و لیبرال و کشورهای جنوب اروپا توسط فررا^۱ به این نکته می‌پردازیم که نابرابری‌های حوزه سلامت در کشورهای اسکاندیناوی کمتر بوده و حمایت اجتماعی در هر دو مدل جنوبی و اسکاندیناوی به‌عنوان

1- Ferrera

یک حق شهروندی محسوب می‌شود. پوشش بیمه در مدل اسکاندیناوی فراگیر است؛ اما در مدل کشورهای جنوب اروپا کمترین میزان حمایت‌های اجتماعی وجود دارد. مدل انگلوساکسون نیز بر پایه ساختار سازمانی بسیار قوی است.

آنگلوساکسون: پوشش نسبتاً بالای دولت رفاهی، مساعدت اجتماعی مبتنی بر آزمون وسع، چارچوب سازمانی بسیار منسجم که کاملاً توسط یک نظام اداری مدیریت می‌شود.

بیسمارکی: پیوند قوی بین موقعیت کاری و موقعیت خانوادگی، برخورداری از مزایای اجتماعی مزایای متناسب با درآمد، تامین مالی نظام رفاهی از طریق مساعدت‌ها (پرداخت‌های مستمر حق بیمه توسط افراد)، مزایای متناسب اجتماعی قاعدتاً ضروری، طرح‌های بیمه تحت مدیریت اتحادیه‌های صنفی و سازمان‌های کارفرمایی قرار دارد.

اسکاندیناوی: حمایت اجتماعی به عنوان یک حق شهروندی، پوشش فراگیر، مزایای ثابت نسبتاً سخاوتمندانه برای انواع مختلف مخاطرات اجتماعی، تامین مالی عمدتاً از طریق عایدات مالی انسجام سازمانی قوی

جنوبی: نظام متشکست تضمین‌های درآمدی مرتبط با موقعیت کاری، مزایای سخاوتمندانه بدون میزان خالص اعلام شده، کمترین حمایت اجتماعی، مراقبت بهداشتی به عنوان یک حق شهروندی خاص گرایشی در پرداخت مزایای نقدی، تامین مالی از طریق مساعدت‌ها و عایدات مالی

شکل ۱. گونه‌شناسی ارائه‌شده نظام‌های رفاهی فررا

منبع: تاج مزینانی، ۱۳۸۹: ۲۱۰-۲۱۱.

باتوجه به جدول بالا و توضیحاتی که درباره‌ی ویژگی‌ها و مشخصات دولت رفاه بر اساس نظریه‌ی اسپینگ اندرسن و نیز نظریه‌ی فررا بیان شد، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در نظام رفاهی کشورهای نوردیک وظیفه رفاهی دولت تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات، حمایت و مراقبت از شهروندان در برابر مشکلات اجتماعی و درمانی و در نتیجه ایجاد برابری در خدمات اجتماعی به شهروندان است. هدف و ضرورت سیستم سلامت نروژ مبتنی بر رعایت اصول و ارزش‌های حقوق اجتماعی همه‌ی انسان‌ها و نیز رعایت کامل برابری‌های جنسیتی است.

۳. روش پژوهش

این پژوهش مبتنی بر مدل نظری اسپینگ اندرسن، با استفاده از تکنیک تحلیل سوات^۱ انجام شده است که در آن با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای و مبتنی بر روش توصیفی و نرم‌افزارهای گرافیکی و مبتنی بر یک دیاگرام سازمان‌یافته، وضعیت نظام سلامت نروژ پس از بحران کرونا بررسی و تحلیل شده است. این تکنیک به منظور بررسی وضعیت نظام سلامت نروژ پس از بحران کرونا در سیاست‌های سلامت آن اتخاذ شده است. تکنیک سوات به سیاستمداران کمک می‌کند تا نقاط قوت و ضعف فعلی خود و هر فرصت یا تهدیدی که ممکن است با آن مواجه شوند را درک و با یک استراتژی مناسب تصمیمات آگاهانه‌تری در جهت بهبود نظام سلامت اتخاذ کنند.

در این پژوهش می‌توان از روش ردیابی فرایند نیز بهره گرفت. این پژوهش در جستجوی شواهدی مبتنی بر همه پیوندها و داده‌های اطلاعاتی در حوزه سیستم سلامت نروژ و فرصت‌ها و چالش‌های آن در همه‌ی زنجیره‌هاست و در هر مرحله قصد بر آن است که گام‌به‌گام بر مبنای مشاهدات و داده‌های پژوهشی تحلیل شود که هر علت سبب چه معلولی شده است و با ادامه‌ی حرکت رو به عقب به علت اصلی دست پیدا کرد و زنجیره رویدادها و فرایند تصمیم‌گیری سیستم سلامت، توصیف، تحلیل، شناسایی، ارزیابی و بررسی می‌شود و در آخر باتوجه‌به بررسی‌های انجام‌شده فرضیه پژوهش رد و یا تأیید می‌شود.

بیمه درمانی سلامت

نروژ دارای بیمه سلامت و بهداشت همگانی است که عمدتاً از طریق مالیات‌های عمومی و سهم‌های حقوق و دستمزد مشترک توسط کارفرمایان تأمین می‌شود. خدمات تحت پوشش بیمه سلامت شامل مراقبت‌های اولیه، بیمارستانی و سلامت روان است. همچنین نروژ دارای پوشش و بیمه همگانی سلامت و درمان است که در اواسط قرن بیستم میلادی به یک حق جهانی و اجباری برای همه‌ی شهروندان تبدیل شد.

این بیمه سلامت که به نام طرح بیمه ملی^۲ شناخته می‌شود، در حال حاضر توسط قانون بیمه ملی ۱۹۹۷ و حقوق بیمار تنظیم شده است. در جنبش‌های سیاسی و اجتماعی حدود سال ۱۹۰۰، حمایت از بیمه خدمات درمانی و اجتماعی را آغاز کردند. این قانون بیمه سلامت که کارکنان و خانواده‌های آن‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهد در سال ۱۹۰۹ لازم‌الاجرا شد. این بیمه دو جنبه شامل مراقبت‌های بهداشتی و دیگری تضمین درآمد پایه در صورت از دست دادن درآمد به دلیل بیماری داشت. در سال ۱۹۵۶ این سیستم به یک حق جهانی و اجباری برای همه شهروندان تبدیل شد. نقش دولت هم در ارائه‌ی خدمات مراقبت‌های بهداشتی از طریق شوراهای شهرداری است. سازمان‌های بهداشت منطقه‌ای مسئولیت

1- SWOT

2- Folketrygd (NIS)

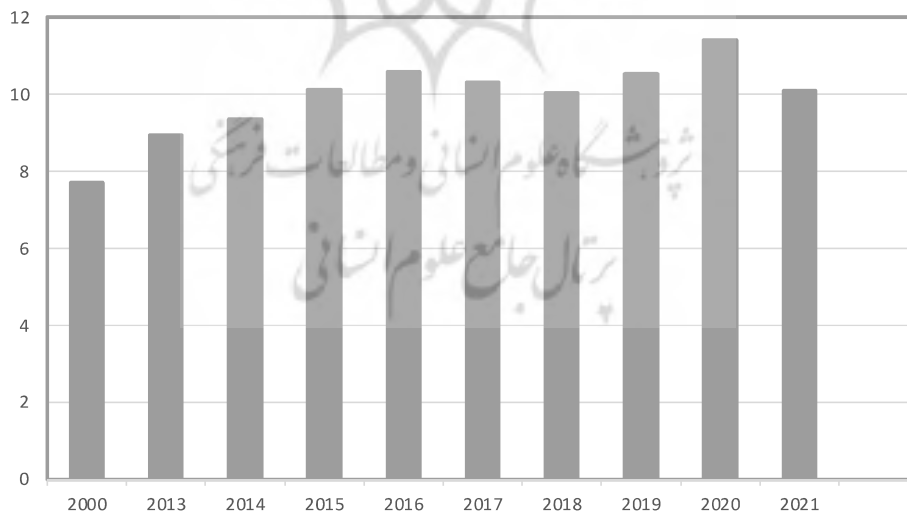
کلی اجرای سیاست ملی سلامت را از طریق برنامه‌ریزی، سازماندهی، مدیریت و هماهنگی اقدامات با مراکز درمانی و داروخانه‌ها در منطقه‌ی خود را دارند (تیکانن، ۲۰۲۰: ۱۵۹). خدمات مراقبت‌های اولیه که عمدتاً توسط پزشکان عمومی ارائه می‌شود، شامل کمک‌های اورژانس پیش از بیمارستان، خدمات بهداشت روان، مراقبت‌های نقاهت و توان‌بخشی، حمایت‌های قبل و بعد از زایمان، پرستاران مدارس و مناطق، ارتقای سلامت عمومی و پیشگیرانه است. علاوه بر سیستم مراقبت‌های اولیه و ثانویه، طرح بیمه ملی نروژ انواع مختلفی از جمله دستمزد بیماری، کمک‌هزینه ارزیابی کار و مستمری از کارافتادگی را هم ارائه می‌کند. در مورد مهاجران هم دسترسی آن‌ها به سیستم بهداشت عمومی از جمله حق داشتن پزشک عمومی به اقامت بستگی دارد نه تابعیت (شوپن، ۲۰۲۱: ۲۵۱).

مکانیسم‌های تأمین مالی

دولت مرکزی نروژ، سالانه بودجه کلی سلامت را تعیین می‌کند و شهرداری‌ها و سازمان‌های بهداشت منطقه‌ای مسئول بودجه خود هستند. حدود ۱۰ درصد از هزینه‌های عملیاتی سازمان بهداشت منطقه‌ای صرف خرید خدمات بهداشتی از ارائه‌دهندگان خصوصی می‌شود. تأمین مالی سلامت نروژ عمدتاً از طریق منابع عمومی تأمین می‌شود که شامل نقل و انتقالات از دولت عمومی که حدود ۷۵ درصد از درآمدهای مالیاتی ملی، شهرستانی و شهری و حدود ۱۰ درصد از طرح بیمه ملی است. از مالیات‌های ملی برای تأمین مالی مراقبت‌های ثانویه و بخشی از مراقبت‌های اولیه استفاده می‌شود. مالیات‌های شهرداری منبع اصلی بودجه برای مراقبت‌های اولیه هستند. طرح بیمه ملی از محل مشارکت بیمه‌ای توسط اعضای آن و ۴۰ درصد از حقوق و دستمزد و ۲۸ درصد از مالیات‌های ملی تأمین می‌شود. مراقبت‌های عمومی دندان برای بزرگسالان یکی از حوزه‌هایی است که در آن سهم پرداخت‌های از جیب زیاد است که تقریباً ۷۰ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های دندان‌دانی است. بیشتر تأمین مالی سلامت خصوصی از پرداخت‌های از جیب خانوارهایی تأمین می‌شود که بیشتر آن صرف دارو و مراقبت‌های دندان‌دانی و طولانی‌مدت می‌شود. سقف‌های تقسیم هزینه سالانه برای محافظت از مردم در برابر هزینه‌های بیش از حد مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد. تا سال ۲۰۲۱ برای پزشک، روان‌شناس، ویزیت و داروهای تجویزی، فیزیوتراپی و توان‌بخشی و برخی مراقبت‌های دندان‌دانی هزینه سالانه جداگانه اعمال می‌شد. الزامات برای به اشتراک‌گذاری هزینه در کل متوسط است و سهم هزینه‌های پرداخت از جیب برای سهم هزینه‌های جاری برای سلامت کمتر از ۱۴ درصد است و نروژ در سال ۲۰۱۹ در میان کمترین میزان در اتحادیه اروپا و منطقه اقتصادی اروپاست (اگرچه از لحاظ پولی با توجه به تولید ناخالص داخلی سرانه بالا، نروژ در بین بالاترین‌ها قرار دارد). بیشترین میزان هزینه‌های بهداشتی در نروژ در سال ۲۰۲۱ توسط دولت عمومی پرداخت شد و تقریباً ۳۵۷,۴ میلیارد کرون نروژ بود. دومین مبلغ بزرگ، تقریباً ۳۱۴,۴ میلیارد کرون نروژ از سوی دولت عمومی، بدون احتساب بیمه سلامت

اجتماعی، به دست آمد (Statista, ۲۰۲۱). سقف‌های اشتراک هزینه برای اکثر خدمات اعمال می‌شود. مراقبت‌های اولیه از طریق مالیات‌های شهرداری، کمک‌های بلاعوض از طریق دولت مرکزی و کمک‌های مالی اختصاص‌یافته برای اهداف خاص تأمین می‌شود. یکی از منابع اصلی مالی برای مراقبت‌های اولیه، طرح بیمه ملی و پرداخت‌های مشارکتی بیماران است. برای مراقبت‌های بستری و طولانی‌مدت نیاز به اشتراک هزینه نیست اما در سایر هزینه‌ها، تقسیم هزینه‌ها معمولاً به شکل پرداخت مشارکتی است و سطح آن در سطح ملی تعیین می‌شود. در کل هزینه‌های بالا در نروژ مطابق با ثروت و ساختار جمعیتی در این کشور است (سانس: ۲۰۲۲). مهم‌ترین سازوکارهای اداره نظام بهداشت و درمان فرآیندهای بودجه ملی و قانون‌گذاری است. بر اساس سیگنال‌های سیاسی بیان‌شده در این اسناد، وزارت بهداشت و خدمات مراقبتی از طریق «دستورالعمل نامه» ابزارهای مالی مختلف و اهداف استراتژیک را ارائه می‌دهد و برنامه‌های کاری برای مراقبت‌های تخصصی ایجاد می‌کند. شهرداری‌ها مسئولیت‌های مشابهی برای مراقبت‌های بهداشتی محلی ارائه‌شده در چهارچوب‌های مالی خود و بر اساس اولویت‌های محلی دارند (شتنی: ۲۰۱۹). نمودار زیر میزان هزینه‌های جاری سلامت نروژ را از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۱ که شروع همه‌گیری ویروس کرونا بود، میزان هزینه‌های جاری سلامت نسبت به سال ۲۰۱۹ افزایش داشت و دولت مرکزی میزان هزینه‌های جاری سلامت را کاهش داد که پس‌از آن با مخالفت‌ها و اعتراضات همراه بود.

شکل ۲. میزان هزینه‌های جاری سلامت از ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ (نسبت به درصد تولید ناخالص داخلی)



منبع: بانک جهانی، ۲۰۲۳.

اقدامات و تصمیم‌گیری‌های نروژ در مواجهه با بحران کرونا

نروژ همانند بسیاری از کشورها برای جلوگیری از ویروس کرونا از ۱۲ مارس ۲۰۲۰ اقدام به قرنطینه کرد؛ اما در مقایسه با بسیاری همسایگان شمال اروپا، چهارچوب مقررات محدودیت کمتری نسبت به فنلاند و دانمارک داشت. تصمیمات در مورد استراتژی حفاظت از سلامت عمومی، قوانین، مقررات و حمایت‌های اقتصادی، به دلیل بیماری‌های همه‌گیر، توسط دولت به نمایندگی از نخست‌وزیر و وزرای مربوطه (بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی، دادگستری، آموزش و پرورش و دارایی) اتخاذ می‌شود. تصمیمات دولت از ۱۲ مارس از قبیل بستن مراکز آموزشی، آرایشگاه‌ها، مهدکودک‌ها و غیره، به سمت آموزش از راه دور، رعایت فاصله دو متری، ممنوعیت پروازهای خارجی، کنترل‌های مرزی، سفر نکردن، ضدعفونی کردن، قرنطینه خانگی، محدودیت استفاده از وسایل نقلیه عمومی و غیره. مقامات شهرداری و پزشک شهرداری اطلاعاتی را در خصوص تعداد افراد مبتلابه و ویروس کرونا، قوانینی که باید رعایت شود را به تلفن ساکنان ارسال می‌کنند. استراتژی قرنطینه اعمال شده، در نسخه سبک‌تر از استراتژی‌های اسپانیایی یا ایتالیایی، توسط اکثریت شهروندان پذیرفته شده و مورد احترام قرار گرفته است. ۹۰ درصد از پاسخ‌دهندگان افکار عمومی با این موضوع موافق بودند که رویکرد دولت درست است. در ۱۴ مه طرح ملی بهداشت و بیمارستان برای سال ۲۰۲۰-۲۰۲۳ در مجلس تصویب شد. این طرح که برای اولین بار در نوامبر ۲۰۱۹ ارائه شد، توسعه بیشتر بیمارستان‌ها و ادغام بهتر خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌ها و شهرداری‌ها در نروژ را مشخص می‌کند. ایجاد خدمات سلامت بیمار محور هدف کلی دولت‌ها و هدف اعلام شده برای ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی به مردم است. دولت امیدوار است از طریق بهبود هماهنگی و برنامه‌ریزی خدمات بین سطوح مختلف مراقبت و ارائه‌دهندگان مختلف، و همچنین افزایش دیجیتالی شدن، که همگی توسط طرح‌های مالی پشتیبانی می‌شوند، به این مهم دست یابد. ایجاد ۱۹ انجمن مراقبت‌های بهداشتی^۱، یک راه حل سازمانی جدید برای چالش‌هایی است که در بالا توضیح داده شد. هر جامعه مراقبت‌های بهداشتی متشکل از یک تراست سلامت و شهرداری‌های منطقه تحت پوشش این تراست بهداشتی است. نهادهای شرکت‌کننده در انجمن‌های مراقبت‌های بهداشتی مسئول اطمینان از درک مشترک از اهداف و انتظارات از دولت مرکزی خواهند بود و به‌طور مشترک (به‌عنوان شرکای برابر) خدماتی را برای دستیابی به این اهداف توسعه و برنامه‌ریزی خواهند کرد. جوامع مراقبت‌های بهداشتی با ارائه خدمات تخصصی در خانه‌های بیماران و همچنین تضمین هماهنگی مراقبت‌های اورژانسی پیش بیمارستانی، نقش اساسی را به‌عنوان تسهیل‌کننده برای بیمارستان‌ها ایفا می‌کنند. آن‌ها همچنین مسئول برنامه‌ریزی مشترک منابع انسانی هستند تا اطمینان حاصل شود که آن‌ها به تعداد کافی و با مهارت‌های مناسب در دسترس هستند. بودجه ملی تجدیدنظر شده برای سال

۲۰۲۰ بودجه‌ای را برای حمایت از راه‌اندازی دبیرخانه‌های محلی برای نظارت بر ایجاد انجمن‌های مراقبت‌های بهداشتی، در نظر گرفته است. شهرداری‌ها باید برای دسترسی به این بودجه به اداره بهداشت مراجعه کنند. دیجیتالی شدن یک جنبه ضروری از برنامه ملی بهداشت و بیمارستان است. این شامل نوسازی سیستم‌های پرونده بیمار، از جمله توسعه بیشتر پرونده‌های مراقبت خلاصه به طوری که آن‌ها در سراسر سیستم بهداشتی در دسترس باشند، و همچنین معرفی لیست‌های دارویی برای بیماران است. ابزارهای ملی برای مدیریت و هماهنگی در زمینه سلامت الکترونیک بیشتر توسعه خواهد یافت و قوانین جدید سلامت الکترونیک پیشنهاد شده است (سانس: ۲۰۲۰).

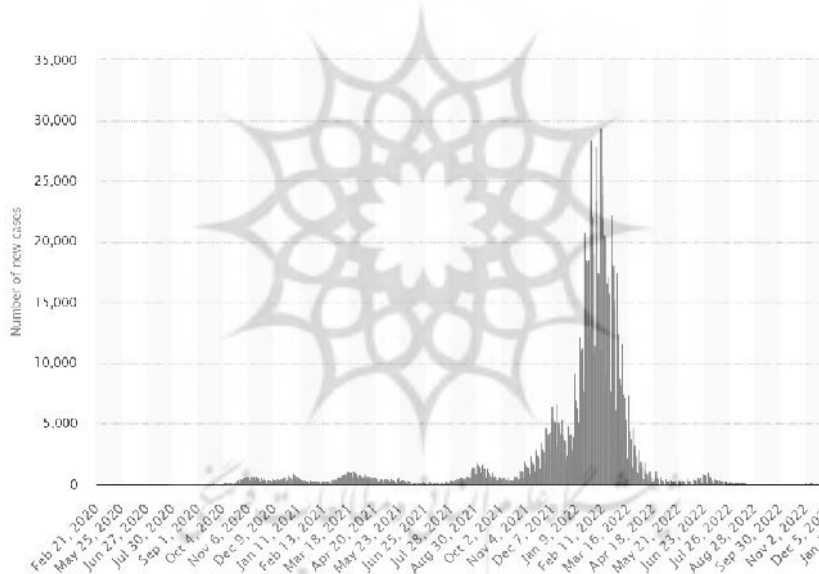
این طرح با یک سری اصلاحات به تصویب رسید. این تغییرات، از جمله، نگرانی‌هایی را در مورد اطمینان از اینکه سیستم بهداشتی ظرفیتی برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت، از جمله در زمان همه‌گیری و سایر بحران‌ها دارد، منعکس کرد. برای این منظور، این طرح اکنون شامل مقرراتی برای حمایت از تولید ملی داروها و تجهیزات حفاظت فردی است. انتظار می‌رود جوامع مراقبت‌های بهداشتی با ایجاد راه‌حل‌هایی که متناسب با نیازهای محلی باشد، فرهنگ همکاری بین بخش‌های اعتماد بهداشت و شهرداری را تقویت کنند. آن‌ها همچنین در نظر گرفته‌اند که به‌عنوان ابزاری برای حمایت از بیمارستان‌ها در ارائه خدمات تخصصی در نزدیکی خانه‌های کاربران خدمت کنند.

جلسه مشارکت یک انجمن سالانه است که در آن جهت استراتژیک جامعه تأیید می‌شود. همچنین فرصتی را برای نمایندگان سطح بالای عرصه‌های سیاسی و اداری از هیئت‌مدیره بیمارستان‌ها و مدیران اجرایی کانون‌های سلامت در شهرداری‌ها فراهم می‌کند تا با آن‌ها دیدار کنند. هدف از این نشست تعیین اولویت‌های محلی و اطمینان از درک مشترک آن‌ها با ایجاد یک چهارچوب محلی است (سانس، ۲۰۲۰: ۳۱).

۴. یافته‌های پژوهش

در مارس ۲۰۲۳ نروژ با مشکلات بزرگی در سیستم بهداشت و درمان خود روبه‌رو شد. دولت به بیمارستان‌های دولتی دستور داد که میزان هزینه‌ها و تعداد کارکنان خود را کاهش دهند و میزان بودجه اختصاص یافته، کاهش یابد. به نظر می‌رسد که هزینه‌های مربوط به جنگ روسیه و اوکراین، بحران انرژی و افزایش نرخ تورم بر نظام سلامت نروژ تأثیر گذاشته است. اما در می‌همان سال دولت نروژ علاوه بر تعدیل قیمت‌ها، هزینه‌ها و دستمزدها افزایش دائمی بودجه بیمارستان‌ها به مبلغ ۴/۷ میلیارد کرون و افزایش وام‌های دولتی به مبلغ ۱/۷ میلیارد کرون را پیشنهاد کرد؛ به نظر می‌رسد این افزایش بودجه، بیمارستان‌ها را قادر می‌سازد که سرمایه‌گذاری‌های بهتر، ارائه‌ی خدمات بهداشتی بهتر به بیماران و در نتیجه وضعیت مالی باثبات‌تر در سیستم بهداشت و درمان در آینده را داشته باشند.

در خصوص تعداد مبتلایان به ویروس کرونا در نروژ، همان‌طور که نمودار زیر نشان می‌دهد اولین مورد در مارس ۲۰۲۰ ثبت شد و اوج مبتلایان کرونا در فوریه ۲۰۲۲ بود، اما تعداد مبتلایان رو به کاهش است و این نشان‌دهنده این است که نظام سلامت نروژ در حال بهبود است. بر اساس آماری که سازمان همکاری اقتصادی و توسعه در مورد وضعیت و کیفیت نظام سلامت نروژ در سال ۲۰۲۳ ارائه کرده است، نشان می‌دهد که همه مردم تحت پوشش مجموعه اصلی خدمات هستند و ۸۰ درصد مردم از در دسترس بودن مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت راضی بودند و این نشان‌دهنده این است که با توجه به ویژگی‌های دولت رفاه نروژ نظیر تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات، حمایت و مراقبت از شهروندان در برابر مشکلات اجتماعی و درمانی و در نتیجه ایجاد برابری در خدمات اجتماعی به شهروندان، نظام سلامت این کشور در حال بهبود است و نیز اهداف سیستم سلامت نروژ از قبیل اصول و ارزش‌های حقوق اجتماعی همه‌ی انسان‌ها و برابری‌های جنسیتی محقق شده است.



شکل ۳. تعداد مبتلایان به ویروس کرونا از فوریه ۲۰۲۰ تا ژانویه ۲۰۲۳

Source : Statista, 2023

دیاگرام زیر به نقاط قوت و ضعف، تهدیدها و فرصت‌های نظام سلامت نروژ پرداخته است. همان‌طور که دیاگرام زیر نشان می‌دهد در سیستم بهداشت نروژ عدم مدیریت در تخصیص بودجه‌های عمومی و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی مشاهده می‌شود و نیز علی‌رغم نقاط ضعفی که در سیستم بهداشت نروژ وجود دارد تعهدات بلندمدت و بسیار قوی در ساختار مدیریتی و دولتی این کشور وجود دارد. نروژ

می‌تواند باتوجه به چالش‌های تغییرات جمعیتی و مهاجرتی و تورم، از فرصت‌های موجود با توانمندی‌های بسیار قوی در ساختار مدیریتی با بهبود هماهنگی سازمانی با نهادهای دولتی و افزایش همکاری‌های بسیار قوی با سازمان‌های بین‌المللی و غیردولتی و ارزیابی خدمات رفاهی سیستم سلامت در جهت کیفیت سیستم سلامت قدم بردارد. عدم توجه به نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و چالش‌های سیستم سلامت نروژ می‌تواند خطرات جبران‌ناپذیری را برای این کشور به همراه داشته باشد. این کشور می‌تواند با هماهنگی سازمانی با نهادهای دولتی و افزایش همکاری‌های بسیار قوی با سازمان‌های بین‌المللی و غیردولتی در جهت کیفیت سیستم سلامت قدم بردارد.

نقاط قوت: ایجاد شبکه‌ای از جوامع بهداشت و درمان که ساختارهای حاکمیتی را برای برنامه ریزی مشترک بین شهرداری‌ها و مراکز بهداشت فراهم می‌کند.
داشتن تعهدات بلندمدت

نقاط ضعف: عدم مدیریت در تخصیص بودجه‌های عمومی
بالا بودن هزینه‌های مراقبت و درمان

تهدیدها: عدم تطبیق و هماهنگ ساختن با آرمان‌های برابری سازمان همکاری اقتصادی و توسعه در مقایسه با سایر کشورهای اتحادیه اروپا در میان گروه‌های آسیب‌پذیر با هزینه‌های رفاهی بالا و چالش‌های مهاجرتی روبه‌روست.

فرصت‌ها: هماهنگ ساختن با اصول و اهداف سازمان همکاری اقتصادی و توسعه در خصوص فراهم کردن خدمات درمان برای سالمندان باتوجه به چالش‌های تغییرات جمعیتی
کمترین میزان مرگ و میر در حوزه سلامت عمومی و مراقبت‌های اولیه در مقایسه با کشورهای اتحادیه اروپا
بهبود هماهنگی بین انواع مراقبت‌های درمانی و تطبیق آموزش پزشکی با نیازهای بهداشتی در آینده

شکل ۴. نقاط قوت و ضعف، تهدیدها و فرصت‌های نظام سلامت نروژ

منبع: یافته‌های تحقیق

۵. نتیجه‌گیری

باتوجه به مطالعه و بررسی پژوهش‌ها و آثار موجود، سیستم سلامت نروژ با کمبودها و نواقصی مواجه است؛ از جمله افزایش هزینه‌های سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، کمبود بودجه در تخصیص هزینه‌های عمومی، چالش‌های تغییرات جمعیتی و دموگرافی، چالش‌ها و بحران مهاجرت و عدم رعایت ترتیبات سازمانی به‌طور متناسب. همچنین به‌نظر می‌رسد که هزینه‌های مربوط به جنگ روسیه و اوکراین،

بحران انرژی و افزایش نرخ تورم بر نظام سلامت نروژ تأثیر گذاشته است. اما داده‌های اطلاعاتی و آماری سازمان همکاری اقتصادی و توسعه نشان می‌دهد که تعداد مبتلایان رو به کاهش است و این نشان‌دهنده این است که نظام سلامت نروژ در حال بهبود است و همچنین افزایش کیفیت خدمات رفاهی را نشان می‌دهد. نروژ می‌تواند با توجه به چالش‌های تغییرات جمعیتی و مهاجرتی و تورم از فرصت‌های موجود با توانمندی‌های بسیار قوی در ساختار مدیریتی با بهبود هماهنگی سازمانی با نهادهای دولتی و افزایش همکاری‌های بسیار قوی با سازمان‌های بین‌المللی و غیردولتی و ارزیابی خدمات رفاهی سیستم سلامت، در جهت کیفیت سیستم سلامت قدم بردارد. عدم توجه به نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و چالش‌های سیستم سلامت نروژ می‌تواند خطرات جبران‌ناپذیری را برای این کشور به همراه داشته باشد. این کشور می‌تواند با هماهنگی سازمانی با نهادهای دولتی و افزایش همکاری‌های بسیار قوی با سازمان‌های بین‌المللی و غیردولتی در جهت کیفیت سیستم سلامت قدم بردارد.



منابع

۱. فولادیان، مجید، غفاری زاده، محمد، فاطمی امین، زینب. (۱۳۸۷). «مبنای تئوریک دولت رفاه از دیدگاه پوپر (بررسی بنیان های فلسفی و نحوه شکل گیری و عملکرد دولت رفاه از دیدگاه کارل پوپر)»، مشهد: مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی. <https://doi.org/10.22067/jss.v0i0.8734>
۲. تاج مزینانی، علی اکبر. (۱۳۸۹). «گونه شناسی نظام های رفاهی جهان»، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۲(۶). صص ۱۱۰-۱۱۱.
3. Tomczak, D. A. (2020). Norway's strategy to cope with Corona pandemics. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1), 59–64 <https://doi.org/10.4467/20842627oz.20.005.12659>
4. Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020). International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. December, 159–168.
5. Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M. Van Den, Westert, G., Devillé, W., & Ginneken, E. Van. (2020). Norway: health system review, *Health Systems in Transition*. 22(1), 1–168.
6. Saunes, I. S., Karanikolos, M., Sagan, A., & Maresso, A. (2022). Norway Health system summary. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
7. Saunes, I. S., & Karanikolos, M. (2020). Norway's healthcare communities are set up to build bridges between hospitals and primary care. *Eurohealth Systems and Politics*, 26(1), 29–33.
8. Ursin, G., Skjesol, I., & Tritter, J. (2020). The COVID-19 pandemic in Norway: The dominance of social implications in framing the policy response. *Health Policy and Technology*, 9(4), 663–672. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.004>
9. OECD. (2022). *OECD Economic Surveys: Norway 2022*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/df7b87ab-en>.
10. World Health Organization Global Health Expenditure Database (2023). The World Bank.
11. Statista. (2022). Health Expenditure per Capita in Norway from 2009 to 2021.
12. Bergqvist, Kersti; Yngwe, Monica; Lundberg, Olle. (2013). Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities – an analytical review. *BMC Public Health*, 13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-1234 .
13. Fouldian, Majid and others. (2007). The theoretical basis of the welfare state from Popper's point of view. *Mashhad: Journal of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Ferdowsi University*. <https://doi.org/10.22067/jss.v0i0.8734> [In Persian]