

Research Paper

The Role of National Governance Structure in Public Health Promotion Policy: a Case Study of the Nordic Countries

Arash Beidollahkhani¹

1. Department of Political Science, Faculty of Law and Political Science, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Use your device to scan
and read the article online

Citation: Beidollahkhani A. (2020). [The Role of National Governance Structure in Public Health Promotion Policy; a Case Study of Nordic Countries (Persian)]. *Journal Strategic Studies of Public Policy*, 10(37), 138-159.



Received: 27 Mar 2020

Accepted: 09 May 2021

Available Online: 18 Mar 2021

ABSTRACT

Promoting a health policy system is among the essential aspects of public policy in different countries. Given the enormous costs of public health policies in the development planning of different countries, the degree of socio-political responsibility of governments and individuals, as ordinary citizens, vary in different countries. The degree to which governments are responsible for promoting public health is directly related to the structure and system of the governance of countries and their political orientations. Accordingly, the main purpose of this study was to explore the impact of the role and orientation of governance structures in Nordic countries (Denmark, Finland, Sweden, & Norway) on the public health policy system. We mainly investigated the presence/absence of a common ideological-political orientation in public health policies in the Nordic countries. The present study emphasized that each of the 4 Nordic countries fosters different political approaches to this issue; some of them are commonalities and in some cases there exist differences. Each of these countries has a range of strategies, regarding the context of the government and its policy structure and governance. This research, based on the descriptive-library analysis method, explained these strategies. Eventually, based on the output and results of research and experiences of Nordic countries, some policy recommendations were proposed. Such suggestions help to improve the public health and care policy system in the Islamic Republic of Iran.

Key words:

Health promoting policy, Public policy, Governance, Nordic countries

Corresponding Author:

Arash Beidollahkhani, PhD.

Address: Department of Political Science, Faculty of Law and Political Science, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

E-mail: beidollahkhani@um.ac.ir

مقاله پژوهشی

نقش ساختارهای حکمرانی ملی در سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی؛ مطالعه موردی کشورهای منطقه نوردیک

آرش بیدالله خانی^۱ 

۱. گروه علوم سیاسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی از جمله حوزه‌های مهم سیاست‌گذاری عمومی در کشورهای مختلف است. جهت‌گیری سیاسی و ساختار نظام حکمرانی ارتباط مستقیمی با کیفیت نظام سلامت عمومی کشورهای مختلف و متعاقباً درجه توسعه آن‌ها دارد. درجه مسئولیت‌پذیری سیاسی - اجتماعی دولت‌ها و شهروندان در رابطه با سلامت عمومی در کشورهای مختلف متفاوت است. بر همین مبنا، هدف اصلی این پژوهش شناسایی نقش و جهت‌گیری ساختارهای حکمرانی در کشورهای نوردیک (دانمارک، فنلاند، سوئد و نروژ) و تأثیر آن بر نظام سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی در رابطه با درجه‌بندی مسئولیت‌پذیری دولت - شهروندان است. سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا کشورهای نوردیک در سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی، جهت‌گیری سیاسی - ایدئولوژیک مشترکی دارند؟ مقاله بر این امر تأکید می‌کند که چهار کشور منطقه نوردیک هر کدام رویکردهای سیاسی و سیاستی متفاوتی را در این زمینه طرح‌ریزی کرده‌اند که در برخی مسائل اشتراکات و در برخی موارد افتراقاتی دارند. پژوهش بر مبنای روش واکاوی توصیفی - کتابخانه‌ای این رویکردها را توضیح می‌دهد و در نهایت بر مبنای خروجی و نتایج پژوهش و تجربیات کشورهای نوردیک، برخی توصیه‌های سیاستی برای بهبود نظام سیاست‌گذاری سلامت عمومی و درمان در جمهوری اسلامی ایران پیشنهاد شده است.

تاریخ دریافت: ۰۸ فروردین ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۹
تاریخ انتشار: ۲۸ اسفند ۱۳۹۹

کلیدواژه‌ها:

ارتقای سلامت،
سیاست‌گذاری
عمومی، ساخت
حکمرانی، کشورهای
نوردیک

* نویسنده مسئول:

دکتر آرش بیدالله خانی

نشانی: مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، گروه علوم سیاسی.

پست الکترونیکی: beidollahkhani@um.ac.ir

www.SID.ir

مقدمه

تمرکز را به سمت مسئولیت‌های فردی و رفتار فردی می‌دانند. بر همین مبنای، جهت‌گیری این رویکردها طیف‌های مختلفی را بر مبنای یک خط پژوهشی ترسیم می‌کند. مقاله جهت‌گیری و مختصات سیاسی هر چهار کشور را بر مبنای ساخت‌بندی سیاسی دولت‌های این کشورها و سند راهبردی سلامت عمومی ملی آن‌ها بررسی می‌کند. برخی نیز میانه این خط را گرفته‌اند و بر مسئولیت دولتی - سیاسی و مسئولیت فردی به طور هم‌زمان تأکید می‌کنند. تمرکز بر رفتارهای فردی و شرایط زندگی هر دو به عنوان دلایل اصلی بیماری و سلامتی هستند. مبنای اصلی این پژوهش ترسیم یک خط دوجوهی از سلامت عمومی بر مبنای رفتارهای فردی و شرایط زندگی اجتماعی است که محدودکننده رفتارهای فردی و انتخاب‌های عمومی در حوزه سلامت هستند. بر همین اساس، پژوهش حاضر برنامه‌های سیاستی در حوزه سلامت عمومی را در چهار کشور دانمارک، سوئد، فنلاند و نروژ بر مبنای سیاست‌های ملی این کشورها بررسی می‌کند. مقاله تأکید می‌کند که هیچ رویکرد سیاسی مشترکی در بین کشورهای نوردیک برای سلامت عمومی وجود ندارد. همه برنامه‌ها حاوی سیاست متناقض و اظهارات متفاوت در مورد تأکید بر رفتار فردی در مقابل انتخاب و شرایط زندگی و مسئولیت سیاسی - اجتماعی هستند. سیاست‌ها از طریق جهت‌گیری و موضع سیاسی دولت‌ها قابل پیش‌بینی هستند و به نظر می‌رسد ساختار حکمرانی ملی نقش زیادی در تفاوت سیاست‌گذاری در این زمینه دارند. روش پژوهش حاضر مبتنی بر واکاوی توصیفی و تبیین تحلیلی از طریق جست‌وجو در منابع کتابخانه‌ای، اینترنتی و مقالات و کتب تخصصی در زمینه مطالعه سیاست‌گذاری عمومی سلامت و حکمرانی سیاسی در کشورهای حوزه جغرافیایی نوردیک و

سلامت عمومی محصول مکانیسم‌های ترکیبی و روابط پویا و پیچیده بین انسان‌ها و سازمان‌های دولتی - غیردولتی است. بر همین اساس سلامت یک هدف کلان اجتماعی است که نه تنها جزایری ناپذیر از رفاه انسانی، توسعه اجتماعی و اقتصادی و حفظ محیط زیست است، بلکه یکی از عناصر ضروری و معرف حکمرانی مطلوب برای توسعه پایدار است. دستیابی به توسعه انسانی و پایدار و رعایت عدالت در سلامت و حصول نتایج مطلوب سلامت برای عموم جامعه مستلزم تعهد اجتماعی تازه‌ای بین بخش‌های مختلف است (ملک‌محمدی و وحدانی‌نیا، ۱۳۹۵: ۷۵). تعهدی که رهبری یکپارچه‌ای را در بین دولت‌ها، بخش‌های مختلف (محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی) طلب می‌کند. اهداف دولتی زمانی به بهترین نحو قابل دستیابی هستند که تمامی بخش‌ها، سلامت و بهزیستی را به عنوان عناصر کلیدی توسعه سیاستی‌شان لحاظ کنند. توسعه بدون ارتقای سلامت عمومی، حتی با سیاست رفاهی فراگیر احتمالاً به شکست می‌انجامد. درجه‌بندی رفاه و میزان توجه و اهتمام به ارتقای سلامت عمومی در سیاست‌گذاری‌های عمومی کشورهای مختلف بر مبنای جهت‌گیری و ساختار ایدئولوژی و مکانیسم‌های راهبردی دولت‌ها جهت‌گیری و درجه‌بندی شده است. درجه‌بندی بر مبنای این سؤال اساسی ساخت‌بندی می‌شود که آیا مسئولیت و متعاقباً هزینه سلامت عمومی باید تماماً بر عهده دولت باشد یا شهروندان، انتخاب‌ها و رفتارهای فردی شهروندان به چه میزان در تعیین وضعیت سلامتی‌شان نقش دارد.

در پاسخ، برخی بر مسئولیت دولت در زمینه سلامت عمومی تأکید می‌کنند و برخی چرخه

سلامت عمومی قابل شناسایی است. در یک تقسیم‌بندی سیاسی، در یک طرف خط، تأکید بر رفتار مستقل افراد و مسئولیت آن‌هاست. این مسئله به این معناست که سلامتی افراد مستقل از دولت و متکی به خودشان است و دولت مسئولیت زیادی در این زمینه ندارد و این انتخاب‌های فردی است که سلامت و یا ناسالم بودن و مریض شدن افراد را مشخص می‌کند (Vallgård, 2011: 7).

در طرف دیگر چشم‌اندازی وجود دارد که افراد را وابسته به هم و به عنوان یک کل اجتماعی در نظر می‌گیرد که در هنگام تولد محدودیت‌های اجتماعی و سیاسی بر آن‌ها بار می‌شود و بر همین مبنا افراد کنترل محدودی بر انتخاب‌های شخصی خودشان دارند. در این چشم‌انداز، شرایط اجتماعی و سیاسی کنترل افراد بر زندگی خودشان را محدود و متعاقباً انتخاب‌ها و آزادی‌های فردی و اجتماعی آن‌ها را کنترل و مدیریت می‌کند و بر همین مبنا دولت باید به عنوان مدیر، شرایط اجتماعی و سیاسی را کنترل و متعاقباً سلامت و خوب‌زیستی افراد را نیز بر عهده بگیرد (Sundin, 2019: 131). تصویر شماره ۱ این دو تقسیم‌بندی خطی دوطیفی را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در تصویر شماره ۱ مشاهده می‌شود، چشم‌انداز اول غالباً با دیدگاه لیبرال پیوند می‌خورد که بر این امر تأکید می‌کند که دولت نباید در زندگی شهروندان مداخله کند، مگر در مواقعی که آن‌ها به یکدیگر آسیب می‌رسانند و بر مبنای این دیدگاه افراد مسئولیت بزرگی برای حفظ سلامتی خودشان دارند (Shiffman, 2019: 258). وظیفه دولت در این نگاه، محدود به ارائه اطلاعات به شهروندان برای گسترش انتخاب‌های شخصی و افزایش آگاهی‌های عمومی است (Bodenheimer, 2005). چشم‌انداز دوم غالباً با ایده دولت مسئول و متعهد ارتباط دارد که در

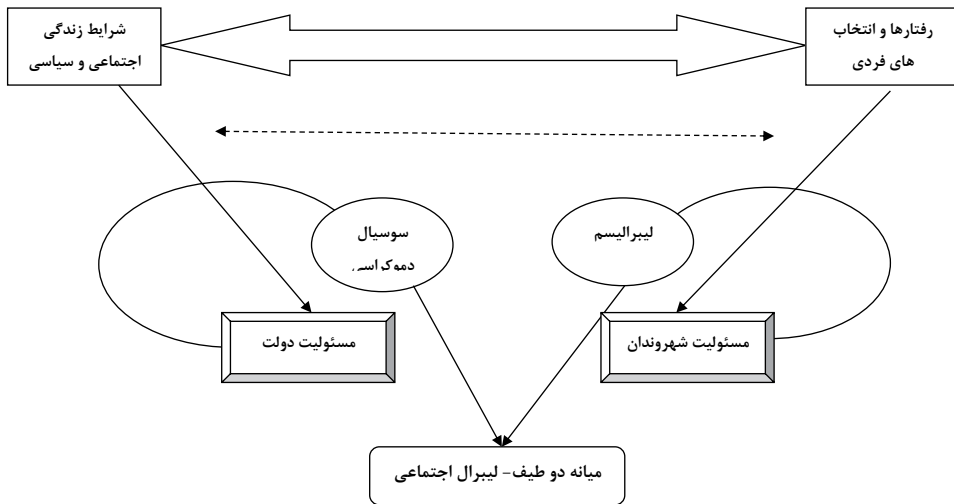
اسکاندیناوی است. نویسندگان ابتدا ضمن جست‌وجوی واکاوانه و اکتشافی در منابع مختلف، به توصیف و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده در رابطه با چهار کشور حوزه نوردیک و اسکاندیناوی پرداخته و ارتباط نظام حکمرانی سیاسی آن‌ها را با حوزه سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی توضیح داده است.

خروجی و هدف پژوهش درس‌گیری از و آشنایی با سازوکارهای سیاست‌گذارانه و نحوه سیاست‌گذاری نظام ارتقای سلامت عمومی در کشورهای نوردیک بر مبنای ساخت و جهت‌گیری حکمرانی سیاسی در این کشورهاست. این کشورها از جمله کشورهای پیشرفته دنیا هستند که مدل سیاست‌گذاری و سبک زندگی آن‌ها مورد تقلید بسیاری از کشورهای دنیا حتی کشورهای پیشرفته است. بر همین اساس آشنایی با مدل سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی و به‌زیستی در این کشورها، می‌تواند درس‌های مثبت و منفی برای طراحی و ساخت‌بندی مدل مطلوب سلامت عمومی و به‌زیستی در نظام جمهوری اسلامی ایران داشته باشد.

نقطه مفهومی پژوهش؛ جهت‌گیری ایدئولوژیکی ساختار سیاسی و مکانیزم‌های سیاست‌گذاری سلامت عمومی

سیاست‌گذاری و جهت‌دهی به حوزه سلامت عمومی هم‌زمان موضوعی سیاسی^۱ و سیاستی^۲ است. در حوزه سیاسی ساختار حوزه سلامت به بافت سیاسی و ساختار ایدئولوژیکی دولت‌ها ارتباط دارد و در حوزه سیاستی این مسئله به مدل حکمرانی و جهت‌گیری اقتصادی دولت ارتباط پیدا می‌کند (Gomez, 2016: 4-5). روش‌های مختلفی برای درک و رفع مشکلات

1. Politics (Political)
2. Policy



تصویر ۱. مکانیسم ارتباطی شکل‌گیری ساخت‌بندی سیاست‌گذاری سلامت عمومی و ارتباط آن با مسئولیت دولت

(Vallgård, 2007: 208).

شوارتز و دیز رکس^۴، راه دیگر برای توصیف سیاست‌های سلامت عمومی کشورها را میزان دسترسی به عوامل مختلف شیوع بیماری‌ها می‌دانند؛ جامعه چقدر به عوامل شیوع بیماری اجازه رشد و کنترل می‌دهد و شرایط اجتماعی و سیاسی چگونه باعث گسترش بیماری‌ها می‌شود؛ شادی و نشاط در جامعه چقدر است؛ سطح کلسترول غذاها، عوامل چاقی، شرایط و عوامل شیوع و گسترش بیماری در تار و پود جامعه چقدر نهفته است (Schwartz and Diez Roux, 2001: 436). با در نظر گرفتن این مسائل، بحث اصلی این است که چه کسی یا چه ساختاری در گسترش یا کاهش این عوامل نقش دارد. آن‌ها به نقش قاطع دولت‌ها اشاره می‌کنند. به عنوان مثال استعمال سیگار و آلودگی هوا، افراد را از طریق هوایی که استنشاق می‌کنند، در خطر قرار

اندیشه سوسیال‌دموکراسی یا دموکراسی اجتماعی گسترش پیدا کرده است. دولتی که به تأمین کالاهای عمومی و حفظ سلامت جمعیت متعهد است. این چشم‌انداز همچنین شامل اقدامات دولت پدرسالارانه‌ای است که مانند پدر برای سلامتی همه اعضای خانواده خود تلاش می‌کند (Greer and Et al, 2017: 41). در میانه این دو نیز دولت‌هایی در منطقه نوردیک وجود دارند که با وام‌گیری از مبانی اندیشه‌ای و ایدئولوژیک سوسیال‌دموکراسی در منطقه اسکاندیناوی و لیبرالیسم بازاری و فردگرای انگلیسی - آمریکایی، سیاست‌هایی را ساخت‌بندی و طراحی می‌کنند که ترکیبی از این دو بافت سیاست‌گذاری و مدل حکمرانی هستند. دولت‌های فنلاند و سوئد در سال‌های اخیر معمولاً متعلق به این طیف از سیاست‌گذاری بوده‌اند که با نام دولت‌های لیبرال اجتماعی^۳ شناخته می‌شوند

4. Schwartz and Diez-Roux

3. Social liberal

فرد در زمینه کنترل بیماری خود و عدم انتقال زنجیره ای آن به دیگران دارد (Oliver, 2006: 199). ممکن است فرد در یک فرهنگ سنتی و مدیریت سیاسی ناکارآمد، به قرنطینه اعتقاد نداشته باشد و قرنطینه را عامل حادثه شدن مریضی و عدم توجه اجتماعی و سیاسی به خود بداند و این مسئله زیان‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و شخصی فرد را گسترش دهد. بر همین مبنا نقش فرهنگ و ساختار شرایط زندگی اجتماعی و سیاسی برای سیاست‌گذاری سلامت، نقش اساسی و حیاتی دارد. نکته اصلی تحلیل مبتنی بر تمرکز بر رفتارهای فردی و مطابقت این رفتارها با مسئولیت فردی را می‌توان در حوزه ایدئولوژی لیبرالیسم سیاسی پیدا کرد (Kethineni, 1991: 44). تمرکز روی شرایط اجتماعی و سایر عوامل خارج از حوزه تصمیم‌گیری فردی با رویکرد سوسیال‌دموکراسی بهتر تطبیق دارد؛ جایی که مردم به عنوان موجودات اجتماعی وابسته به یکدیگر و به عنوان یک جامعه زنده تلقی می‌شوند (Immergut, 1992: 123-124).

دولت‌های نوردیک از دهه ۱۹۸۰ به این سو، سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت عمومی خودشان را با منطقی جدید سازمان‌دهی کرده‌اند. این سیاست‌ها درک آن‌ها را از مشکلات مربوط به سلامت عمومی و همچنین مسائل و مشکلات مربوط به حوزه سیاست‌گذاری این کشورها، نشان می‌دهد. سیاست کشورهای نوردیک در زمینه سیاست سلامت عمومی مشترک نیست و هر کدام رویکرد خاصی را در این زمینه مد نظر قرار داده‌اند (Asgeirsdottir and Gerdtham, 2016: 12).

برنامه‌های انتخابی مورد بررسی، سیاست‌گذاری این کشورها در حوزه مسئولیت فردی و دولتی را از سال ۲۰۰۱ به این سو نشان می‌دهند. در دانمارک

می‌دهد. فرد اساساً می‌تواند بر استعمال دخانیات و سایر رفتارها تأثیر بگذارد (از طریق سیگار نکشیدن و دوری از محیط‌هایی که افراد سیگاری در آنجا وجود دارند)، در حالی که آلودگی هوا باید در یک سطح کلان جمعی و سیاسی برطرف شود.

بر همین اساس گاهی اوقات مکان و ساختار سیاسی، در زنجیره علی سلامت و بیماری و مسئولیت شخصی علت‌یابی مسئله، در امور مربوط به سلامتی با هم ترکیب می‌شوند (Gore and Park-er, 2019: 485). عوامل به خطر انداختن سلامت فردی و عمومی، به طور بالقوه می‌تواند در کنترل فرد باقی بماند، اما این عوامل باید با سیستم‌های ارزشی و اعتقادی فرهنگ فرد هم‌گرا باشد (Campos and Reich, 2019: 227). بر مبنای این سیستم ارزشی سرنوشت شخصی فرد و پیامدهای آن به سیستم کلان اجتماعی پیوند می‌خورد. یک فرد مبتلا به مریضی حاد و واگیردار می‌تواند به راحتی خود را قرنطینه کند و بدین طریق سلامت عمومی را در جامعه بهبود بخشد. اما قرنطینه این فرد علاوه بر اینکه مسئله‌ای شخصی است، می‌تواند مسئله‌ای سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و ارزشی باشد و آزادی‌های وی را محدود کند. دولت مسئول و پاسخ‌گو می‌تواند با مداخله در شیوه قرنطینه برای حفظ جان بقیه افراد تلاش کند. اما در دولت لیبرالی که به آزادی‌های حداکثری فردی و مسئولیت فرد اعتقاد دارد، مدیریت قرنطینه و دخالت و یا محدودیت در آزادی افراد، هزینه‌های حقوقی و مالی بر دوش دولت می‌گذارد و دولت سعی می‌کند تا حد ممکن آزادی‌های فرد را محدود نکند؛ به طوری که آزادی‌های دیگران نیز مختل نشود.

ارزش‌ها و فرهنگ هر فرد و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، نقش مهمی در ساختار اندیشه‌ای

سیاست‌گذارانه است. با تعیین و شناسایی مسئله و مشکل اساسی در روند دستور کار سیاسی، اعمال قدرت سیاسی بر مبنای یک جهت‌گیری خاص می‌تواند خودش را به شکل پاسخ‌های مسئله‌یاب و حل‌المسائل نشان دهد (Foucault, 1998). بر همین مبنای مسئله بررسی می‌شود که برنامه‌های مختلف سیاست‌گذاری در حوزه سلامت عمومی، علل اصلی سلامتی و بیماری را چه می‌دانند و بر این مبنای سیاست‌های دولتی چه ایده و ایده‌آل‌هایی را برای حل مسئله پیشنهاد می‌دهند؟ این سؤال ما را به مسئله اصلی مقاله ارتباط می‌دهد. بر این مبنای سؤال اصلی این است که چه کسی مسئولیت اصلی سلامت مردم را در کشورهای نوردیک و اسکاندیناوی بر عهده دارد؟ در سطوح پیش‌رو به طور جداگانه این سؤال را در هریک از کشورهای مورد مطالعه بررسی می‌کنیم.

دانمارک: انتخاب شخصی و مسئولیت رفتار فردی؛ لیبرالیسم ناب در حوزه سلامت عمومی

ایده مسئولیت شخصی در مورد سلامتی در دو زمینه اصلی ایجاد می‌شود؛ اول اینکه مهم‌ترین علل سلامتی، رفتارهای افراد است و دوم اینکه افراد هم توانایی و هم وظیفه دارند تا بر رفتار خود تأثیر بگذارند. این تصور که رفتارها مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر سلامت افراد هستند، خود را در بیان مفهوم ارتباطی سبک زندگی و بیماری‌های مختلف نشان می‌دهد. در این مفهوم ارتباطی رفتارهای انسان به عنوان عامل اساسی بیماری‌ها شناخته می‌شوند و این به معنی این مسئله است که اگر افراد مسائل مختلف مربوط به بهداشت را رعایت کنند، می‌توانند سلامتی خود را به طور حداکثری رعایت کنند و دولت مسئولیت کمی در بیماری‌ها و سلامتی افراد

دولت لیبرال محافظه‌کار دو برنامه اقدام مشترک برای سیاست‌گذاری در زمینه سلامت عمومی را در سال ۲۰۰۲ و ۲۰۰۹ اجرا کرده است (Minis-try of Health and Interior, 2003). در فنلاند دولت‌های ائتلافی که همیشه ترکیبی از لیبرال‌ها و سوسیال‌دموکرات‌های فنلاندی بوده‌اند، برنامه‌های را در سال ۲۰۰۱ به اجرا درآورده‌اند که این برنامه در سال ۲۰۱۹ بر مبنای یک سند چشم‌انداز جدید مورد بازبینی قرار گرفت. دولت نروژ با رویکرد سوسیال‌دموکرات برنامه جدید اقدام مشترک برای سلامت عمومی را از سال ۲۰۰۳ اجرا کرده است و تا به امروز کمترین تغییر را در سطح سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی داشته است (Hofstad, 2016). در سوئد نیز دولت سوسیال‌دموکرات‌های متمایل به محافظه‌کاری و فردگرایی لیبرال، در سال ۲۰۰۲ برنامه مشترکی را برای سیاست‌گذاری در حوزه سلامت عمومی ساخت‌بندی و اجرا کرده است که این برنامه در سال ۲۰۱۸ مورد ارزیابی جدیدی قرار گرفته و نسخه به‌روزتر آن به عنوان سند راهبردی در سال ۲۰۲۰ تهیه شده است. آنچه در این پژوهش مورد مطالعه قرار می‌گیرد، فرایند مسئله‌یابی و ساخت‌مندی قواعد سیاست‌های سلامت و سلامت عمومی در کشورهای نوردیک و ارتباط آن با ساخت دولت و موضع‌گیری سیاسی آن است. این مسئله یک فرایند گفت‌وگویی است که به موجب آن موضوعات تنظیم می‌شوند و از طریق اقدامات سیاسی در دسترس قرار می‌گیرند. به قول میشل فوکو، دگرگونی و تبدیل دسته‌ای از مشکلات و موانع به یک مسئله خاص و ایجاد راه‌حل‌های متنوع برای تولید پاسخ و علت‌یابی آن مسئله، از جمله فرایندهای اساسی حل مشکلات

5. Michel Foucault

یک مسئولیت شخصی است. اما این مسئولیت شخصی باید توسط مشوق‌ها و انگیزه‌های مثبتی حمایت شود تا انتخاب‌های سالم زندگی را آسان کند؛ بنابراین دولت نقش مهمی در کمک به ایجاد ساختارهایی دارد که انتخاب‌های سالم شهروندان را امکان‌پذیر و آسان می‌کند؛ به عنوان مثال دولت حداقل سن خرید الکل را به ۱۸ سال افزایش داده و مالیات مواد غذایی ناسالم را در حد جزئی افزایش داده است (Christiansen and Et al, 2018: 14). به طور کلی دولت دانمارک به جز اقدامات معدودی که برخی از آن‌ها ذکر شد، مایل به مداخله در بخش خصوصی نیست و بیشتر بخش خصوصی را ترغیب و تشویق می‌کند که مسئولیت‌پذیری بیشتری در رابطه با مسئله سلامت فردی و عمومی داشته باشد و بر همین اساس دولت به همین مقدار مداخله راضی است. نتیجه این سیاست‌ها، همکاری با بخش خصوصی و افزایش کیفی بهداشت و سلامت عمومی در دانمارک است (Martinussen and Magnus-sen, 2009: 45).

منتقدان مشکل اساسی این دیدگاه لیبرال را عدم توجه دولت به مسائل قشر کم‌برخوردار و کودکان و افراد بی‌خانمان می‌دانند. گسترش انتقادات باعث اصلاح این سیاست در سال ۲۰۱۲ شد. دولت دانمارک در سال ۲۰۱۲ اعلام کرد اگر مردم اقدامات مربوط به سلامت خود را جدی نگیرند، دولت مسئولیت اجتماعی خود را در زمینه‌ای محدود بر عهده خواهد گرفت. آن هم برای اقشار خاصی. در این زمینه توجه ویژه‌ای به کودکان، جوانان و گروه‌های کم‌برخوردار و با نیازهای ویژه خواهد شد که برای مراقبت از خود به کمک ویژه نیاز دارند؛ بنابراین اگر برخی از مردم با آزادی انتخابی که دارند، انتخاب اشتباهی انجام داده‌اند که منجر به

دارد. این مفهوم اغلب در دانمارک استفاده می‌شود (Vrangbæk and Christiansen, 2005: 31)

برنامه‌های سلامت عمومی و قانون مبتنی بر آن در دانمارک مبتنی بر پیروی از این ایده است. بر مبنای این ایده دولت آرزو می‌کند که هرکدام از ما مسئولیت حفظ سلامتی خود و سلامتی نزدیکان خود را بر عهده بگیریم. با احترام به اصل مسئولیت قانونی و حقوق شهروندی، آزادی انتخاب ما باید ضمن احترام به آزادی انتخاب دیگران باشد. در راستای این دیدگاه لیبرال، برنامه سیاست‌گذاری سلامت عمومی در دانمارک بر نقش دولت در ارائه اطلاعات تأکید می‌کند (Rostgaard, 2014: 187). بخش عمومی باید اطلاعات مربوط به انتخاب‌های سالم و ناسالم را در زمینه مسائل سلامتی ارائه دهد. علی‌رغم تأکید دولت دانمارک بر آزادی و کمال فرد برای شکل دادن به زندگی و انتخاب‌های فردی، این دیدگاه با آرمان بهبود سلامت عمومی مردم در تضاد است. هدف دولت دانمارک افزایش میانگین سه‌ساله امید به زندگی در یک بازه زمانی ده‌ساله است. در سال ۲۰۱۹ میانگین امید به زندگی در مردان ۷۹ سال و در زنان ۸۳ سال بوده است (Statistics Den-mark, 2019). دولت دانمارک می‌خواهد در یک بازه زمانی ده‌ساله، سه سال به این میانگین اضافه کند. این امر مستلزم این مسئله است که عموم مردم نه تنها باید به تصمیم‌گیری آگاهانه اقدام کنند، بلکه باید اقدامات و تصمیمات درست را نیز گزینش کنند. یکی از این تصمیمات مهم، مسئله انتخاب‌های مربوط به سلامت است. این مسئله در آخرین برنامه سلامت دولت دانمارک مورد تأکید قرار گرفته است. دولت باید سیاست‌هایی را پیشنهاد دهد که انتخاب‌های سالم را تشویق و ترغیب می‌کند. دولت دانمارک بر این امر تأکید می‌کند که زندگی سالم

سیاست‌گذاری سوئدی به ارائه اطلاعات صحیح و صادقانه به شهروندان متکی است. اطلاعات بهداشتی یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های ارتقادهنده سلامتی است که به افراد امکان می‌دهد تا به طور داوطلبانه رفتارهای فردی مربوط به حوزه سلامتی خود را تغییر دهند. مانند دولت دانمارک، دولت سوئد نیز کمک به مردم را برای انتخاب صحیح در زمینه سلامت عمومی، از جمله وظایف ضروری خود می‌داند. بر همین مبنا دولت سوئد بر ایجاد انگیزش و توانایی تغییر رفتار از طریق فعالیت‌های عمومی و اطلاعاتی تمرکز می‌کند (Anell, Glengard and Merkur, 2012: 15). ارتقای سلامت مربوط به فرایندهایی است که مردم را قادر می‌کند که کنترل خود را بر سلامتی و بهبود آن افزایش دهند؛ بنابراین به مردم این امکان داده می‌شود تا آنچه را دولت در حوزه سلامت عمومی ضروری و درست می‌داند تشخیص دهند و به انجام آن اقدام ورزند. دولت در این زمینه مشوق‌های زیادی از جمله بیمه‌های اجتماعی رایگان را در این کشور ارائه می‌دهد. در سوئد زمینه‌های جدید سلامت عمومی مسئله حمایت از والدین را دربر می‌گیرد (Czarny, 2017: 114). این مسئله به دلیل اهمیت خانواده و مسائل مربوط به پیشگیری از وقوع مسائل حاد اجتماعی و سلامت روانی مانند خودکشی در خانواده‌ها، تلاش برای ارتقای عادات غذایی خوب، ورزش بدنی و کاهش استفاده از سیگار است. بنابراین تلاش‌ها برای دستیابی به تغییرات رفتاری بسیار برجسته است.

با وجود این، عوامل اجتماعی نیز به عنوان مسائل مهم و تعیین‌کننده‌ای در نظر گرفته می‌شوند. این مسئله به دلیل اهمیت و غالب بودن عوامل اجتماعی در تفکر سوئدی در رابطه با سلامت عمومی است که بر مبنای برنامه‌های سوسیال‌دموکراسی بنا شده‌اند

اتخاذ تصمیمات اشتباه شده است، (همان‌طور که از افراد فقیر انتظار می‌رود) دولت به آن‌ها کمک می‌کند تا انتخاب‌های دیگری بکنند و تصمیمات درست‌تری بگیرند (Christiansen and Et al, 2018: 23). این امر، مسئله فلسفی تضاد دولت مسئول را در اندیشه لیبرالیسم مطرح می‌کند. در دانمارک ساختار لیبرالیستی به این امر اعتقاد دارد که افراد کم‌برخوردار و فقیر به خاطر انتخاب‌های اشتباه خود و گذشتگان‌شان، دچار گرفتاری و مشکل شده‌اند و دولت در این زمینه هیچ نقشی نداشته و ساختار اجتماعی و سیاسی نیز نقش کمتری در این زمینه داشته است. ضعف افراد، بیکاری، مریض شدن و غیره همه به دلیل انتخاب و گزینش اشتباه ایده‌ها و روش‌های زندگی ناسالم بوده که توسط افراد انجام شده است و دولت نمی‌تواند مسئولیت تمام آن‌ها را بر عهده بگیرد.

سوئد: صداقت فردی و وابستگی اجتماعی

برنامه سلامت عمومی در سوئد با موضعی ترکیبی ساخت‌بندی شده است. برخی از جنبه‌های این برنامه رویکردی لیبرال و برخی رویکردی اجتماعی و سوسیال‌دموکرات دارند. سوئد مرکز رشد و گسترش ایده دولت رفاهی سوسیال‌دموکرات و مثال موفق از کاربرد مدل حکمرانی دموکراسی اجتماعی و دولت رفاهی بوده است (Sundin and Willner, 2007: 21). بر مبنای مدل سوئدی، سلامت عمومی نیاز فرد به صداقت و آزادی انتخاب را به عنوان پایه و اساس سلامت عمومی جامعه ایجاد می‌کند و بر مبنای یک رابطه مستقیم بین پیش‌شرط‌های سلامت عمومی، ظرفیت‌های فردی پیش‌نیاز عمومی سلامت افراد جامعه است. پیش‌نیازهایی که در رفتار سالم، صادق و صحیح اجتماعی خود را نشان می‌دهد (Saltman, 2015: 198).

را به خطر می‌اندازد (Sundin and Willner, 2009). بر همین اساس دولت‌های سوسیال‌دموکرات و همچنین دولت‌هایی که گرایش لیبرال‌تری در سوئد دارند، کار را عامل مهمی برای سلامتی می‌دانند. هرچند تفاوت‌هایی جزئی در این زمینه وجود دارد. زندگی کاری به عنوان بخشی از اجتماع برای بهزیستی و سلامت مردم از اهمیت بالایی برخوردار است (Rostgaard, 2014: 183). ما از طریق شغل درآمد داریم، در جامعه شرکت می‌کنیم و موجودیت اجتماعی کسب می‌کنیم. کار، هویت و موقعیت اجتماعی به ما می‌دهد و از طریق کار چهره شخصی و وجودی ما شکل می‌گیرد. تفاوت دولت‌های سوئد در نگاه به ارتباط کار و سلامتی است. لیبرال‌های سوئد زندگی کاری را عامل مثبتی در ارتقای سلامتی می‌دانند؛ در حالی که دولت‌های سوسیال‌دموکراتیک بر خطرات شغلی تمرکز دارند و به کنترل خطرات شغلی اصرار می‌ورزند. بیمه‌های اجتماعی در سوئد نیز تماماً بر مبنای همین مدل طراحی می‌شوند. بر همین مبنا برنامه‌های مختلف دولت‌های سوئد در زمینه سلامت عمومی، ترکیبی از آرمان‌های محافظه‌کارانه لیبرال و سوسیال‌دموکراتیک است (Vallgarda, 2011: 8). سبک‌نمایی نظارت و فعالیت دولت در زمینه سلامت عمومی نوعی نگرش محافظه‌کارانه پدرسالار است که بر جامعه به مثابه اعضای یک خانواده بزرگ نظارت می‌کند و مواظب سلامت تک‌تک اعضای خانواده است.

فنلاند، استقلال فردی و لیبرالیسم اجتماعی؛ پیوندی ترکیبی

فنلاندی‌ها مانند دانمارکی‌ها و سوئدی‌ها بر استقلال و انتخاب مردم و همچنین مسئولیت آن‌ها

(Brundenius, 2020: 50). ایده اجتماعی همبستگی و مسئولیت سیاسی بر این عقیده تأکید می‌کند که افراد از لحاظ شخصی و اجتماعی به یکدیگر وابسته هستند و علل بیماری‌ها و علل رفتارهای ضدسلامت را می‌توان در محیط فیزیکی و اجتماعی افراد یافت. برنامه دولت سوئد بیان می‌کند که ترکیبی از شرایط زندگی و رفتارهای فردی سلامت فرد را شکل می‌دهند. این برنامه همچنین بر اهمیت روابط اجتماعی برای سلامتی افراد تأکید می‌کند (Vallgar- da, 2011: 9). انسان‌ها موجودات اجتماعی هستند و شکل‌گیری اجتماع از جمله نیازهای اساسی بشر است و یک انسجام و همبستگی اجتماعی مستحکم پایه اصلی سلامت عمومی برای همه و در شرایط برابر است. ارزش ایده اجتماع در اندیشه سیاسی حکمرانی در سوئد بسیار گسترده است. انسان فارغ از اجتماع و محیط اجتماعی نمی‌تواند خلاقیت حداکثری خود را به نمایش بگذارد و به رفاه و آزادی‌های فردی خود دست یابد. ایده انسان اجتماعی مبنای اصلی طول عمر بالای شهروندان سوئدی و منطقه اسکاندیناوی است. سوئدی‌ها تنهایی را مضر و از جمله رفتارهای اشتباه فردی و دلایل اصلی مریضی و کاهش کیفیت سلامت عمومی می‌دانند. انسان‌های اجتماعی در جامعه‌ای که تشکیل داده‌اند، فعالیت‌های خود را برای دیگران ارزشمند می‌دانند و این ادراک ارزشمندی، محبت، پیوند، هم‌گرایی و استحکام را افزایش می‌دهد و جمعیت از طریق این پیوندها برای سلامتی و سلامت عمومی خودشان ارزش قائل می‌شوند (Czarny, 2017: 121). وظیفه دولت نیز گسترش کیفی اجتماعات و کمک به افراد برای پیوندهای مثبت به اجتماع و زدودن ناملایمات و مشکلات اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی است که بر اجتماعات و متعاقباً افراد تشکیل‌دهنده این اجتماعات تأثیر منفی می‌گذارد و سلامت آن‌ها

رفتارهای پشتیبانی‌شده رفتارهای سالمی خواهند بود. دولت فنلاند هنگامی که دلایل و عوامل مریضی و مرگ‌ومیر را در این کشور ذکر می‌کند، رفتارهای فردی هیچ تأثیری در گسترش این عوامل و دلایل ندارند؛ به عنوان مثال مواردی مانند عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی، شیمیایی، جسمی و اجتماعی در محیط‌های عادی که افراد در آن فعالیت می‌کنند، مانند خانه‌ها، مناطق مسکونی، ترافیک، مدرسه، محل کار و فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، از جمله عواملی است که نقش دولت را پر رنگ می‌کند و عوامل مربوط به رفتار فردی نقش زیادی در آن ندارند. بر همین اساس در استراتژی جدید فنلاند در سال ۲۰۱۲، نقش رفتارهای فردی تا حدودی کم‌رنگ‌تر شده و با عوامل مربوط به محیط زندگی و شرایط اجتماعی و سیاسی ترکیب شده است و نتیجه آن ارتقای مسئولیت دولت در حوزه سلامت عمومی بوده است (Melkas, 2013: 14).

از سال ۲۰۱۲ دولت و سیاست‌مداران نقش مهمی در تصمیمات مربوط به ارتقای سلامت عمومی در فنلاند دارند. تصمیمات آن‌ها مواردی از قبیل تغییرات سیاست‌گذارانه در محیط زندگی اجتماعی، مدیریت خدمات خوب‌زیستی، هدف‌گذاری مالیات، پیشرفت در آموزش و پرورش، ایجاد شغل، تضمین کیفیت محصولات، امنیت اجتماعی و برابری را دربر می‌گیرد. سیاست‌گذاری صحیح در این حوزه‌ها به ارتقای مثبت سلامت عمومی در این کشور کمک کرده و در سال ۲۰۱۹ کشور فنلاند رتبه اول بهترین سیستم درمانی دنیا را به دست آورده است (Rege, 2019). ترکیبی از روش‌های مبتنی بر لیبرالیسم با تأکید بر رفتارهای فردی و مسئولیت اجتماعی و سیاسی دولت در زمینه ارتقای سلامت عمومی باعث دستیابی به جایگاه برتر این کشور در زمینه سیستم کارآمد سلامت عمومی شده است. ترکیب

در زمینه سلامت فردی و سلامت جامعه تأکید می‌کنند. درنهایت این مردم هستند که تصمیم می‌گیرند زندگی خود را با چه انتخاب‌هایی و چگونه، شکل و ادامه دهند. تمایل به استقلال از جمله ویژگی‌های اساسی انسان‌هاست. روزانه از طریق رسانه‌های مختلف جمعی و بصری، به مردم اطلاعات، فرصت‌ها و چالش‌های مختلفی داده می‌شود، اما آن‌ها نهایتاً خودشان تصمیم اصلی را برای زندگی خود می‌گیرند. در این زمینه کودکان و جوانان برای گزینش راه و رفتار درست نیازمند هدایت و راهنمایی از طرف بزرگسالان و دولت هستند. تفاوت فنلاند با دانمارک در زمینه حمایت سنی است. در فنلاند برعکس دانمارک، کمک‌ها به افراد جوان و کودکان بیشتر از افراد فقیر و بدون منابع است، در حالی که در دانمارک در سیاست‌گذاری سلامت عمومی به افراد کم‌درآمد توجه ویژه‌ای می‌شود (Ministry of Social Affairs and Health, 2001).

علاوه بر این در فنلاند مسئولیت انتخاب‌های اشتباه و عواقب آن بر عهده خود شخص است. بر همین مبنا مردم همیشه باید نسبت به عواقب تصمیماتی که در مورد زندگی خود اتخاذ می‌کنند، بیندیشند و احساس مسئولیت‌پذیری شخصی داشته باشند. در برنامه سلامت عمومی فنلاند به رفتارهای مختلفی اشاره شده است؛ به عنوان مثال افراد می‌توانند از طریق ورزش کردن، خوردن معقول و قطع سیگار، سلامتی خود را ارتقا دهند. دولت برای ایجاد زیرساخت‌های مثبت ورزش کردن، تولید مواد غذایی سالم و جلوگیری از تولید و پخش مواد غذایی ناسالم و مشوق‌های ترک دخانیات، تلاش می‌کند (Christiansen and Et al, 2018: 32-35).

علاوه بر این، مردم در رابطه با تصمیماتشان به اطلاعات و پشتیبانی نیاز دارند. شکی نیست که

و شرایطی که مردم در آن زندگی می‌کنند. وجود عوامل تشدیدکننده محیطی و شبکه‌های اجتماعی از جمله اینکه آیا مردم احساس انسجام اجتماعی و زندگی نرمال دارند یا نه از جمله عواملی است که در کاهش یا افزایش بهبود حوزه سلامت عمومی در نروژ نقش مؤثری دارد (Hofstad, 2016: 569). اگرچه گفته می‌شود فرد مسئولیت سلامتی خودش را دارد، اما این مسئله نیز بیان شده است که دولت و جامعه از طریق فرایند اطلاعات و تأثیرگذاری روی نگرش‌ها می‌توانند روی انتخاب‌های حوزه عمومی افراد تأثیرگذار باشند و آن‌ها را وادار کنند که دست به انتخاب‌های سالم‌تر و جذاب‌تری بزنند. علاوه بر این، برنامه‌ریزی صحیح دولتی می‌تواند انتخاب‌های ناسالم افراد را دشوار کند، بدون اینکه هم‌زمان نگرش منفی نسبت به افرادی را که دست به انتخاب‌های متفاوت و گاه ناسالم و اشتباه می‌زنند، گسترش دهد. این مسئله آزادی انتخاب فردی در یک دموکراسی لیبرال را نیز تا حدودی حفظ می‌کند (Magnus- sen and Martinussen, 2013: 105).

برنامه دولت نروژ تنها برنامه‌ای است که صریحاً به چالش‌های اخلاقی اشاره می‌کند. چالش‌هایی که با عدم مداخله دولت‌های لیبرال هم‌خوانی ندارد و به ترس‌های ناشی از لکه‌دار کردن و خوار کردن مردمی که بیمار می‌شوند اشاره دارد. دولت نروژ همانند دولت سوسیال دموکرات سوئد، تأکید می‌کند که با وجود مهم بودن امکان انتخاب و بر عهده گرفتن مسئولیت رفتارهای فردی در زمینه سلامتی، نابرابری‌های عمومی در زمینه سلامت عمومی به طور حتم موضوعی سیاسی و اجتماعی است (Vallgarda, 2011: 9). از آنجا که سیاست‌گذاری سلامت عمومی از الگوهای اجتماعی واضحی پیروی می‌کند، علت اصلی نابرابری در حوزه سلامت

ایده‌های مثبت لیبرالیسم و سوسیال دموکراسی در زمینه سلامت عمومی، نوعی لیبرالیسم اجتماعی را در حوزه سیاست‌گذاری بهزیستی و سلامت به وجود آورده که در عین تأکید بر مسئولیت‌های شخصی بر مسئولیت سیاسی و اجتماعی دولت در مراقبت از شهروندان و حفظ سلامتی آن‌ها تأکید دارد. مقایسه برنامه سوئد با برنامه فنلاند نشان می‌دهد برنامه دولت فنلاند بر شرایط زندگی اجتماعی و محیطی بیشتر تأکید می‌کند و بر همین مبنا، دولت مسئولیت بیشتری را در زمینه بهبود سلامت بر عهده گرفته است. رویکرد دولت فنلاند به برنامه‌های سلامت عمومی، دموکراتیک و مردم‌گرایانه‌تر است و برعکس دانمارک که مسئولیت دولت تنها در مواقع اضطراری پر رنگ شده است، در برنامه جدید فنلاند، دولت فنلاند ضمن تأکید بر مسئولیت فردی، مسئولیت دولت را هم در نظر گرفته است.

نروژ: مسئولیت حداکثری دولت و انطباق برابر رفتارهای فردی و زندگی اجتماعی

دولت نروژ از نظر اندیشه کلاسیک، کمترین گرایش‌های لیبرالی را در حوزه سیاست‌گذاری سلامت عمومی دارد، حتی اگر این برنامه‌ها توسط یک دولت لیبرال محافظه‌کار ساخت‌بندی و برنامه‌ریزی شده باشند (Gulbrandsen, 2019: 12). همانند برنامه‌های سوئد و فنلاند، در سیاست‌گذاری مربوط به سلامت عمومی در نروژ، به ترکیبی از انتخاب‌های فردی و عوامل اجتماعی به عنوان اصلی‌ترین دلایل سلامتی و بیماری اشاره شده است. این برنامه عوامل آسیب‌زا و منفی سلامتی را از عوامل مثبت و تقویت‌کننده سلامت عمومی متمایز می‌کند. عوامل آسیب‌زا عبارت‌اند از حوزه تغذیه و اینکه مردم چه می‌خورند و می‌نوشند و محیط اجتماعی و فیزیکی

تا حدودی با لیبرال‌های اجتماعی هم‌خوانی دارد.

نتیجه‌گیری

شباهت‌هایی بین برنامه‌های سلامت عمومی در چهار کشور حوزه نوردیک وجود دارد. همه آن‌ها به اهمیت انتخاب و مسئولیت‌های فردی به عنوان عامل مهم سلامت فردی و عمومی تأکید می‌کنند. بخشی از مسئله اینکه چه چیزی بخورید یا بنوشید به انتخاب‌های شخصی شما ربط دارد؛ اما شرایط زندگی اجتماعی شما از جمله شغل، شرایط اقتصادی، فرهنگ و ارزش‌های جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنید و غیره می‌تواند خوردن و نوشیدن شما را کنترل و محدود کند. آن‌ها همچنین این ایده را تقویت می‌کنند که دولت‌ها باید گزینه‌های انتخاب مردم را شکل دهند. تفاوت اصلی در میزان تأثیرگذاری عوامل اجتماعی در سلامت فردی و عمومی و مسئولیت سیاست‌مداران و دولت در حوزه سلامت عمومی و فردی جمعیت است. در حالی که دولت دانمارک تأکید کمتری بر شرایط اجتماعی و مسئولیت دولت دارد (با وجود اهمیت آن در برنامه‌های سیاست‌گذاری سلامت سال ۲۰۰۲ و ۲۰۰۹) و بیشتر بر شرایط فردی و لیبرال تأکید می‌کند، اهمیت شرایط اجتماعی و مدیریت و مسئولیت دولت در مرکز برنامه‌های دولت نروژ هستند. سیاست‌های دولت سوئد و فنلاند تا حدودی حد وسط سیاست دولت نروژ و دولت دانمارک است و این دو کشور در میانه قرار می‌گیرند و اصطلاح لیبرال اجتماعی برای آن‌ها کاربرد دارد؛ چراکه دولت‌های سوئد و فنلاند به ترکیب استراتژی‌های لیبرالیسم و سوسیال‌دموکراسی در حوزه سیاست‌گذاری سلامت و بهزیستی اقدام کرده‌اند. امروزه کلیت سیاست سلامت عمومی در کشورهای نوردیک تا حدودی تغییر کرده است و این مسئله به موضع

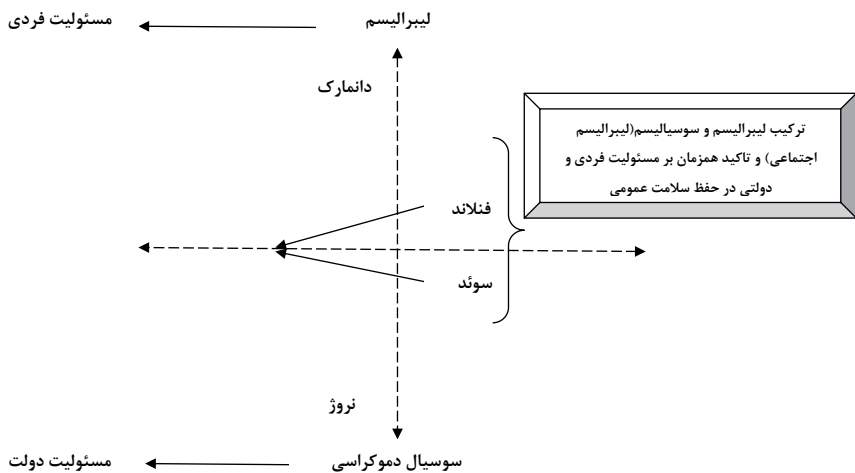
عمومی انتخاب آگاهانه افراد و سبک زندگی‌شان نیست. این مسئله به این معناست که رفتارها در یک حوزه معنایی گسترده تا حدودی در یک زمینه اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرند. علاوه بر این دولت نروژ تأکید می‌کند که سلامت جمعیت نیز می‌تواند تا حدودی به رفتارها و گزینش‌های سیاسی و اجتماعی و تحولات سیاسی خارج از حوزه انتخاب فردی ارتباط داشته باشد (Helgesen, 2014: 26).

در برنامه‌های نروژ، مسئله سلامت روانی نیز در نظر گرفته شده است. بر همین مبنای فعالیت‌های مربوط به حمایت‌های اجتماعی و شمولیت فردی، توانایی‌های مقابله با شرایط سخت، حس معنادار بودن و وجود داشتن در زندگی فردی و اجتماعی، افسردگی‌های روانی و اجتماعی - سیاسی، فعالیت‌های مربوط به حمایت از افراد متفاوت و غیره همه در زمره مسئولیت دولت در نظر گرفته شده است. در این زمینه حتی شرایط زندگی به عنوان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت فردی و عمومی ذکر شده است. اینکه شهروندان شغل مناسب، درآمد کافی، آرامش فردی، سیاسی - اجتماعی و زندگی عاطفی و روانی نرمالی داشته باشند، نقش مهمی در سلامت عمومی کل جامعه دارد (Rostgaard, 2014: 184). بر همین اساس دولت نروژ مسئولیت اجتماعی بهبود شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی افراد کل جامعه را در نظر گرفته است؛ چراکه به زعم دولتمردان نروژ، بهبود شرایط زندگی به بهبود سلامت عمومی و فردی منجر می‌شود. به طور کلی در برنامه‌های نروژ، بر این ایده تأکید می‌شود که سلامت فردی و عمومی نتیجه شرایط زندگی اجتماعی است و بهبود این شرایط یک وظیفه سیاسی است که بر عهده دولت گذاشته شده است. این سیاست بیشتر با دیدگاه سوسیال‌دموکرات‌ها و

حدودی بیشتر از مبانی فردگرایانه و لیبرالیستی است و در فنلاند نیز ضمن گسترش مسئولیت دولت در سال‌های گذشته، فردگرایی و مسئولیت فردی نقش مهمی در زمینه حفظ سلامت عمومی دارند. همه برنامه‌ها توسط دولت‌هایی انجام گرفته که بخشی از این دولت‌ها توسط احزاب لیبرال تشکیل شده‌اند. به عنوان مثال دولت فنلاند ترکیبی از ائتلاف لیبرال‌ها با سوسیال‌دموکرات‌هاست و در سایر کشورها دولت‌ها از ائتلاف سوسیال‌دموکرات‌ها با محافظه‌کاران لیبرال تشکیل شده‌اند. با وجود این، هر کدام از این کشورها حامی سیاست‌های بسیار متفاوتی هستند. در این منطقه معمولاً دولت دانمارک به عنوان لیبرال‌ترین دولت (دارای گرایش‌های لیبرالی در سیاست‌گذاری) منطقه شناخته می‌شود. به طور کلی و همان‌طور که ذکر آن رفت، برنامه‌های دانمارک لیبرال‌ترین برنامه‌های سلامت عمومی در بین کشورهای حوزه نوردیک و اسکاندیناوی است و بیشتر بر روی رفتارها و انتخاب‌های فردی تأکید دارد. برنامه دولت

سیاسی این کشورها و ساختار سیاست‌گذاری آن‌ها برمی‌گردد. به عنوان مثال در چند سال گذشته، با وجود روی کار آمدن دولت سوسیال‌دموکرات در سوئد، سیاست اقتصادی و سلامتی این کشورها بیشتر به سمت لیبرالیسم اجتماعی رفته است و تأکید بر مسئولیت‌های شخصی هم‌زمان با مسئولیت دولت گسترش پیدا کرده است. تصویر شماره ۲ جهت‌گیری و درجه‌بندی سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای نوردیک را نشان می‌دهد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، دولت دانمارک لیبرال‌ترین گرایش را دارد و به همین دلیل به لیبرالیسم خیلی نزدیک است. ساخت اصلی سیاست‌گذاری دولت نروژ در زمینه بهزیستی و سلامت عمومی، سوسیال‌دموکراسی و مسئولیت حداکثری دولت است. دولت سوئد و فنلاند نیز در میانه قرار گرفته‌اند با این تفاوت که مبانی دولت‌محور و سوسیالیستی سیاست‌های سلامت در سوئد تا



تصویر ۲. نمودار خطی درجه‌بندی سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای نوردیک

توصیه‌های سیاستی برای ایران

در دوره جمهوری اسلامی ایران، سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی، پیچیدگی و تناقضات بسیاری داشته است. از جمله این پیچیدگی‌ها عدم اطلاع شهروندان از میزان مسئولیت دولت در زمینه حمایت از شهروندان در زمینه بیماری‌ها و سلامت عمومی است. علاوه بر این، مسئله میزان و نحوه مسئولیت شهروندان و دولت در هر دوره‌ای با توجه به ساخت سیاسی دولت روی کار متفاوت بوده است. هزینه‌های بهداشت و درمان از جمله هزینه‌های سنگین در سید خانوارهای ایرانی است. بخش اعظمی از ساختار نظام سیاست‌گذاری سلامت در ایران پیرو و درگیر معادلات سیاسی هستند و به مثابه دیگر بخش‌های نظام سیاست‌گذاری در ایران، تعارض منافع با منافع عمومی شهروندان دارند. سیاسی کردن حوزه درمان و عدم بافتار سیاستی آن، از جمله معضلات نظام سلامت عمومی در ایران است. جهت‌دهی سیاسی به مسئله سلامت و تغییر ناگهانی گاه و بیگاه آن از جمله مواردی است که هزینه‌های سلامت و درمان را در ایران به شدت افزایش داده است. در سال‌های اخیر با توجه به بحران‌های پی‌درپی نظام جمهوری اسلامی ایران و درگیری در چند جبهه منطقه‌ای و بین‌المللی، نظام سیاست‌گذاری سلامت عمومی به سمت خصوصی‌سازی و کاهش مسئولیت دولتی پیش‌رفته است و بر همین اساس، کارایی و عملکرد آن به شدت تضعیف شده است. این مسئله هم‌زمان مسئولیت شهروندان را بدون ایجاد زیرساخت‌های درمانی و آموزشی مناسب از جانب دولت، گسترش داده است. بافت و زیرساخت‌های فرسوده نظام سلامت عمومی در ایران از جمله معضلات دیگری است که در سال‌های اخیر چاره‌ای برای آن اندیشیده نشده است.

نروژ بیشتر جهت‌گیری سوسیال‌دموکراتیک دارد و بر انتخاب‌های اجتماعی و مسئولیت دولت و سیاست‌مداران برای بهبود محیط فیزیکی و افزایش سلامت عمومی جمعیت تأکید می‌کند. بر همین مبنا برنامه‌های سوئد و فنلاند نیز در میانه دانمارک و نروژ حرکت می‌کند و حد وسط لیبرالیسم دانمارکی و مسئولیت اجتماعی نروژی‌هاست. دولت‌های فنلاند و نروژ بر مسئولیت خود در مورد سلامت مردم تأکید می‌کنند. به نظر می‌رسد تفاوت‌های ملی به اندازه تفاوت‌های بین ایدئولوژی‌های سیاسی در شکل دادن به سیاست‌های سلامت عمومی مهم هستند؛ به عنوان مثال در حالی که سیاست نروژ صرف نظر از تغییر ساختار دولت، الگوی پایداری را نشان می‌دهد، سیاست سوئد با تغییر دولت سوسیال‌دموکرات آن کشور و تبدیل آن به دولتی با جهت‌گیری لیبرال‌تر، تغییر چشم‌گیری کرده است. بر همین مبنا سیاست‌گذاری سلامت عمومی در کشورهای نوردیک ارتباط مستقیمی به محتوای سیاست و جناح‌بندی داخلی آن‌ها، سنت‌های ملی و ایدئولوژی ساختار سیاست‌گذاری دولت‌های این کشورها دارد. با وجود تفاوت‌های مختلف این کشورها، اکثر آن‌ها سیستم سلامت عمومی کارآمدی دارند و بر همین مبنا در اکثر شاخص‌بندی‌های دنیا و منطقه اروپا، سیستم سلامت عمومی کشورهای نوردیک در رتبه‌های آغازین و در بین ده کشور برتر دنیا قرار دارد. این مسئله اهمیت درس‌گیری و آموزدگی ساختار سیاست‌گذاری عمومی این کشورها را برای کشورهای در حال توسعه از جمله ایران نشان می‌دهد. در بخش آخر این پژوهش، به نکات مهم و توصیه‌های سیاستی کشورهای نوردیک در زمینه سیاست‌گذاری سلامت عمومی برای ایران پرداخته شده است.

آموزش عمومی در رابطه با مسئولیت‌های فردی باید گسترش یابد. استفاده بیشتر از رسانه‌های اجتماعی و جمعی و طراحی محیط‌های آموزشی به این مسئله کمک می‌کند.

ج) با وجود تأکید بر مسئولیت فردی در زمینه سلامت عمومی، زیرساخت‌های سلامت عمومی (از جمله بیمارستان‌ها، مراکز درمان، تعداد کادر پزشکی و غیره) در کشورهای نوردیک، بسیار به‌روز، پیشرفته و متناسب با سطح جمعیت این کشورهاست. این امر در سیاست‌گذاری سلامت عمومی در جمهوری اسلامی ایران باید مورد توجه قرار گیرد. عدم تخصیص بودجه مناسب برای زیرساخت‌های سلامت عمومی باعث کمبودهای بهداشتی و درمانی در نقاط مختلف ایران شده است. در کشورهای اسکانديناوی در کوچک‌ترین و دورافتاده‌ترین مناطق بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مجهزی وجود دارد. بر همین اساس شهروندان نیازی به طی مسافتی طولانی برای دسترسی به درمان ندارند. زیرساخت‌های نظام سلامت و درمان در ایران به خصوص در مناطق کم‌برخوردار باید توسعه یابد و این زیرساخت‌ها باید تماماً در اختیار دولت باشد تا شهروندان مناطق کم‌برخوردار به دلیل استفاده از نظام سلامت عمومی، مجبور به پرداخت هزینه‌های کلان نشوند.

د) در کشورهایی مثل نروژ و سوئد دولت‌ها با حداکثر امکانات و در کمترین زمان ممکن به امور مربوط به سلامت و درمان شهروندان رسیدگی می‌کنند. زمان رسیدگی به بیماران از جمله شاخص‌های مهم سطح توسعه‌یافتگی نظام درمان و سلامت عمومی کشورهاست. در ایران زمان دسترسی شهروندان به نظام سلامت عمومی و درمان باید کاهش یابد و بیماران باید بتوانند بدون

خروجی پژوهش حاضر مجموعه‌ای از توصیه‌های سیاستی را برای نظام سلامت عمومی جمهوری اسلامی پیشنهاد می‌کند. این توصیه‌ها برگرفته از تجربیات مهم نظام سیاست‌گذاری سلامت عمومی در کشورهای نوردیک است که می‌تواند به بهبود نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران کمک کند.

الف) جدایی حوزه سلامت عمومی از حوزه سیاسی و تبدیل آن به یک بافت تخصصی و سیاستی به دور از مسائل سیاسی روز از جمله موارد مهم ارتقای مثبت نظام سلامت عمومی در کشورهای اسکانديناوی است. کشورهای اسکانديناوی هر کدام بر مبنای چشم‌اندازهای بلندمدت طرح و برنامه‌ای استراتژیکی برای حوزه سلامت عمومی طراحی کرده‌اند که این برنامه مورد اجماع کل نظام سیاسی قرار گرفته و در دولت‌های مختلف اجرا می‌شود. این مسئله باید مورد توجه مسئولان و نظام سیاست‌گذاری درمان و سلامت جمهوری اسلامی ایران قرار بگیرد. در اکثر موارد، سیاست‌گذاری نظام سلامت در ایران جهتی سیاسی دارد و بر مبنای تحولات روز و عدم ثبات سیاستی، تغییر جهت پیدا می‌کند. این مسئله حوزه سلامت عمومی را به شدت بی‌ثبات می‌کند. نظام سلامت عمومی از جمله حوزه‌هایی است که بر مبنای ساختاری غیرسیاسی باید جهتی سیاستی داشته و ثبات کامل بر آن حکم‌فرما باشد.

ب) از جمله درس‌های دیگر سیاستی کشورهای نوردیک، تأکید هم‌زمان بر آموزش مسائل مربوط به سلامت عمومی در تمام سطوح جامعه و مسئولیت فردی شهروندان است. بخش زیادی از نظام بودجه‌گذاری در سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی، افزایش آموزش در تمام سطوح اجتماعی در زمینه سلامت عمومی است. در ایران هم‌زمان با گسترش خصوصی‌سازی نظام درمان و سلامت،

ندارند و نظام جامع و دیجیتالی خدمات اجتماعی و درمانی در کشورهای نوردیک به طور مستقیم به سرور تمام بیمارستان‌ها و مراکز درمانی متصل است و کادر درمان و دیگر مسئولان اداری به راحتی می‌توانند به اطلاعات بیمه‌ای و درمانی شهروندان دسترسی داشته باشند و این مسئله به شهروندان کمک می‌کند تا اسیر معضلات اداری در زمینه نظام بیمه درمانی و سلامت نباشند. این مسئله در ایران نیز می‌تواند سرلوحه سیاست‌گذاران بخش نظام تأمین اجتماعی قرار بگیرد تا با طراحی یک پایگاه اطلاعاتی بزرگ داده و دسترسی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به آن و اتصال آن به نظام تأمین اجتماعی و درمانی، شهروندان را اسیر اداره‌های بیمه و بوروکراسی نظام تأمین اجتماعی برای تأییدیه‌ها نکنند.

ز) تعارض منافع در نظام سلامت عمومی اسکاندیناوی بسیار محدود و پایین است و این مسئله همیشه در کشورهای اسکاندیناوی مدیریت می‌شود. بر همین مبنای بخش اعظمی از پزشکان و کادر درمانی در کشورهای اسکاندیناوی شاغل در بخش عمومی و کارمند دولت محسوب می‌شوند و بر همین مبنای با توجه به نوع قراردادهای حق کار خصوصی ندارند. در کشورهای اسکاندیناوی هیچ داروخانه، مرکز پزشکی یا طبابت خصوصی وجود ندارد و قانون این کشورها، این مسئله را ممنوع کرده است. بر همین مبنای سطح کیفی و کمی خدمات در مراکز دولتی بسیار خوب و در سطح متعادلی است. این مسئله در ایران نیز باید مد نظر قرار بگیرد. بخش اعظمی از کادر درمانی ایران، در مراکز خصوصی و دولتی به طور هم‌زمان مشغول کار هستند و بر همین مبنای تعارض منافع در بخش خصوصی و دولتی در نظام درمانی ایران باید اصلاح شود. این مسئله یکی از حیاتی‌ترین مسائلی است که به افزایش بهبود و کیفیت نظام سلامت

کمترین هزینه به دکتر، بیمارستان و دیگر موارد مربوط به سلامتی دسترسی داشته باشند.

ه) در دانمارک و فنلاند نیز با وجود تأکید گسترده بر مسئولیت فردی شهروندان، دولت این کشورها، از شهروندان کم‌برخوردار (بیکاران، کودکان، زنان، ازکارافتادگان، افراد بازنشسته، فقرا و غیره) به صورت حداکثری حمایت به عمل می‌آورند و تمام هزینه‌های مربوط به بهداشت و درمان آن‌ها را پوشش می‌دهند. در ایران نیز، باید از شهروندان کم‌برخوردار، حمایت همه‌جانبه‌ای در زمینه درمان و بهداشت صورت بگیرد. نکته مهم در رابطه با کشورهای اسکاندیناوی تعادل هزینه‌های سلامت عمومی با درآمد فردی است. با برنامه‌ریزی صحیح دولت‌های نوردیک، هزینه درمان و سلامت عمومی بخش کوچکی از هزینه‌های زندگی را تشکیل می‌دهد. آموزش عمومی مناسب و ایجاد زیرساخت‌های مناسب مربوط به سلامت عمومی از جمله زیرساخت‌های ورزشی، تفریحی، حل مشکلات و مسائل اجتماعی و غیره باعث کاهش مریضی‌ها و متعاقباً افزایش سلامت عمومی می‌شود. دولت نیز متناسب با درآمد هر فرد، حمایت‌های لازم را از وی به عمل می‌آورد. بر همین اساس افرادی که بر مبنای محاسبه دولت‌های اسکاندیناوی کم‌درآمد محسوب می‌شوند، حمایت‌های حداکثری را از دولت در زمینه سلامت عمومی و بیمه‌های درمانی دریافت می‌کنند. این مسئله در ایران نیز باید مد نظر قرار بگیرد.

و) کاهش بوروکراسی نظام تأمین اجتماعی و بیمه درمانی در سیاست‌گذاری ارتقای سلامت عمومی در کشورهای نوردیک از جمله نکات مهم مربوط این کشورهاست. این مسئله به این معناست که افراد تحت حمایت بیمه‌های درمانی، به خصوص افراد کم‌درآمد نیازی به درگیر شدن در بوروکراسی اداری

عمومی در ایران کمک می‌کند.

ح) صداقت فردی در کشورهای نوردیک از جمله علل اصلی سلامت شهروندان و وظیفه حداکثری آن‌ها در زمینه سلامت عمومی است. صداقت فردی در یک ساختار منسجم، ارتباط مستقیمی با شفافیت و صداقت ساختار حکمرانی و سیاست‌گذاری دارد. بدون وجود ساختار شفاف و دموکراتیک، صداقت فردی شهروندان در زمینه سلامتی کاهش پیدا می‌کند. در این زمینه ساختار حکمرانی در ایران باید سازوکارهای شفافیت، صداقت و اعتمادپذیری را نسبت به نظام سیاسی افزایش دهد. افزایش اعتماد عمومی و اذعان به شفافیت ساختارهای حکمرانی، صداقت فردی و مسئولیت شهروندان را در زمینه حفظ سلامت عمومی گسترش می‌دهد و باعث عدم فشار بیهوده به سیستم درمانی و نظام سلامت عمومی می‌شود. شهروندان سالم و صادق و حاکمیت دموکراتیک و شفاف باعث افزایش بهره‌وری سیستم درمانی و نظام سلامت عمومی و افزایش بهزیستی عمومی می‌شود.

مشغول کار است، فارغ‌التحصیل رشته حقوق از دانشگاه برگن نروژ است و بر همین مبنای نگاه منافع‌محور و مکانیسمی به وزارتخانه بهداشت ندارد. این مسئله در حالی است که اکثر وزرای بهداشت و درمان در جمهوری اسلامی از پزشکان و کادر درمانی بوده‌اند و بر همین اساس بخش اعظمی از سیاست‌هایی که طراحی کرده‌اند، بر مبنای منافع کادر درمانی و تعارض آن با دیگر بخش‌های جامعه از جمله شهروندان عادی و سلامت عمومی آن‌ها بوده است. در کشورهای نوردیک این مسئله به‌خوبی رعایت شده و نظام سیاست‌گذاری سلامت عمومی، مسئله تعارض منافع را در نظر گرفته و ساخت‌بندی سیاستی در نظام سلامت عمومی بر مبنای تعادل منافع شهروندان و نظام سلامت عمومی طراحی شده است. در نظر گرفتن این مسئله می‌تواند به کارایی و کارآمدی بهتر نظام سلامت عمومی و درمانی در ایران کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده این مقاله تعارض منافع ندارد.

ط) مدیریت تخصصی و غیرسیاسی نظام سلامت عمومی مانند کشورهای اسکاندیناوی می‌تواند از تعارض منافع جلوگیری و به افزایش کیفی سطح خدمات سلامت عمومی کمک کند. در کشورهای نوردیک از جمله در سوئد، دانمارک، فنلاند و نروژ وزیر تخصصی وزارتخانه‌های مربوط به سلامت از افرادی هستند که هیچ تعارض منافی با کادرهای مختلف نظام سلامت عمومی و بقیه بخش‌های جامعه ندارند؛ به عنوان مثال در نروژ وزیر سلامت و خدمات درمانی^۶ آقای بنت هیخ^۷ از حزب لیبرال محافظه‌کار نروژ که از سال ۲۰۱۳ در این وزارتخانه

6. Minister of Health and Care Services

7. Bent Høie

منابع فارسی

ملک‌محمدی، ح. ر.، و وحدانی‌نیا، و. (۱۳۹۵). تکامل سیاست‌گذاری سلامت: گذار به پارادایم حکمرانی برای سلامت. *سیاست‌گذاری عمومی*، ۲(۲)، ۷۳-۹۴.

References

- Anell, A., Glengård, A. H., & Merkur, S. (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5), 1-159. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf
- Ásgeirsdóttir, T. L., & Gerdtham, U. G. (2016). Health behavior in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 28-40. [DOI:10.5617/njhe.2717]
- Bjerre, J. (2019). Life expectancy. Retrieved from <https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/befolkning-og-valg/dofald-og-middelevetid/middelevetid>
- Bodenheimer, T. (2005). The political divide in health care: A liberal perspective. *Health Affairs*, 24(6), 1426-35. [DOI:10.1377/hlthaff.24.6.1426] [PMID]
- Brundenius, C. (2020). Social democracy and the fate of the Swedish model. In C. Brundenius (Eds.), *Reflections on socialism in the twenty-first century* (pp. 47-102). Cham: Springer. [DOI:10.1007/978-3-030-33920-3_3]
- Campos, P. A., & Reich, M. R. (2019). Political analysis for health policy implementation. *Health Systems & Reform*, 5(3), 224-35. [DOI:10.1080/23288604.2019.1625251] [PMID]
- Christiansen, T., Lauridsen, J. T., Kifmann, M., Lyttkens, C. H., Ólafsdóttir, T., & Valtonen, H. (2018). Public health, healthcare, health and inequality in health in the Nordic countries. *COHERE Discussion Paper*, No. 2/2018. https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2018/2018_2.pdf
- Czarny, R. M. (2017). Social equality in the Nordic region. In R. M. Czarny. *A modern Nordic saga: Politics, economy and society* (pp. 113-130). Cham: Springer. [DOI:10.1007/978-3-319-42363-0_6]
- Foucault, M. (1998). Polemics, politics and problematizations. In P. Rabinow, (Ed.), *Essential works of foucault, ethics* (pp. 381-390). Vol. 1. New York: The New Press. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4256765/mod_resource/content/1/FOUCAULT_Polemics_Politics_Problematizations.pdf
- Gómez, E. J. (2016). Introduction: The state of political science research in global health politics and policy. *Global Health Governance*, 10(3), 3-8. <https://blogs.shu.edu/ghg/2016/12/05/introduction-the-state-of-political-science-research-in-global-health-politics-and-policy/>
- Gore, R., & Parker, R. (2019). Analysing power and politics in health policies and systems. *Global Public Health*, 14(4), 481-8. [DOI:10.1080/17441692.2019.1575446] [PMID]
- Greer, S. L., Bekker, M., de Leeuw, E., Wismar, M., Helderma, J. K., & Ribeiro, S., et al. (2017). Policy, politics and public health. *European Journal of Public Health*, 27(Suppl_4), 40-3. [DOI:10.1093/eurpub/ckx152] [PMID]
- Gulbrandsen, T. (2019). Elite support for the Norwegian version of the Nordic welfare state model. In T. Gulbrandsen. *Elites in an egalitarian society* (pp. 101-136). Cham: Palgrave Macmillan. [DOI:10.1007/978-3-319-95984-9_5]
- Helgesen, M. K. (2014). Governance of public health: Norway in a Nordic context. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(15 Suppl), 25-30. [DOI:10.1177/1403494814546925] [PMID]
- Hofstad, H. (2016). The ambition of health in all policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*, 120(5), 567-75. [DOI:10.1016/j.healthpol.2016.03.001] [PMID]
- Immergut, E. M. (1992). *Health politics: Interests and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press. <https://books.google.com/books?id=K-KNOAAAAIAAJ&dq>
- Kethineni, V. (1991). Political economy of state intervention in health care. *Economic and Political Weekly*, 26(42), 2427-33. www.jstor.org/stable/4398186
- Magnussen, J., & Martinussen, P. E. (2013). From centralization to decentralization, and back: Norwegian health care in a Nordic perspective. In J. Costa-Font & S. L. Greer (Eds.), *Federalism and decentralization in European health and social care* (pp. 101-120). London: Palgrave Macmillan. [DOI:10.1057/9781137291875_6]
- Malek Mohammadi, H. R., & Vahdaninia, V. (2016). [The evolution of health policy: Transition to the governance paradigm for health (Persian)]. *Public Policy*, 2(2), 73-94. [DOI:10.22059/PPOLICY.2016.59232]
- Martinussen, P. E., & Magnussen, J. (2009). Health care reform: The Nordic experience. In J. Magnussen, K. Vrangbaek, & R. B. Saltman (Eds.), *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges* (pp. 21-52). Maidenhead: McGraw-Hill Education. <https://books>

[google.com/books?id=fvFEBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq](https://books.google.com/books?id=fvFEBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq)

Melkas, T. (2013). Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(11_Suppl), 3-28. [DOI:10.1177/1403494812472296] [PMID]

Ministry of Social Affairs and Health. (2001). *Government resolution on the health 2015 public health programme*. Vol. 6. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74588>

Ministry of Health and Interior. (2003). Healthy throughout life - the targets and strategies for the public health policy of the Government of Denmark. Retrieved from <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8403>

Oliver, T. R. (2006). The politics of public health policy. *Annual Review of Public Health*, 27, 195-233. [DOI:10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123126] [PMID]

Rege, A. (2019). 10 countries with the best public health systems. Retrieved from <https://www.beckershospitalreview.com/care-coordination/10-countries-with-the-best-public-health-systems.html>

Røstgaard, T. (2014). Nordic care and care work in the public service model of Denmark: Ideational factors of change. In M. León (Eds.), *The transformation of care in European societies* (pp. 182-207). London: Palgrave Macmillan. [DOI:10.1057/9781137326515_9]

Saltman, R. B. (2015). Structural patterns in Swedish health policy: A 30-year perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 10(2), 195-215. [DOI:10.1017/S1744133114000292] [PMID]

Schwartz, S., & Diez-Roux, R. (2001). Commentary: Causes of incidence and causes of cases -- a Durkheimian perspective on Rose. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 435-9. [DOI:10.1093/ije/30.3.435] [PMID]

Shiffman, J. (2019). Political context and health financing reform. *Health Systems & Reform*, 5(3), 257-9. [DOI:10.1080/23288604.2019.1633894] [PMID]

Sundin, J. (2019). Public health is politics. *Interchange*, 50, 129-36. [DOI:10.1007/s10780-019-09367-z]

Sundin, J., & Willner, S. (2007). *Social change and health in Sweden: 250 years of politics and practice*. Stock-

holm: Swedish National Institute of Public Health. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A17729&dsid=7659>

Vallgård, S. (2007). Review article: Public health policies: A Scandinavian model? *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 205-11. [DOI:10.1080/14034940600858433] [PMID]

Vallgård, S. (2011). Addressing individual behaviours and living conditions: Four Nordic public health policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6_Suppl), 6-10. [DOI:10.1177/1403494810378922] [PMID]

Vrangbæk, K., & Christensen, T. (2005). Health policy in Denmark: Leaving the decentralized welfare path? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), 29-52. [DOI:10.1215/03616878-30-1-2-29] [PMID]