



دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	الاقتصاد البنفسجي والرعاية الصحية: النظام الصحي في السويد نموذجا
المصدر:	مجلة الاستراتيجية والتنمية
الناشر:	جامعة عبدالحميد بن باديس مستغانم - كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
المؤلف الرئيسي:	مباركي، لويذة
مؤلفين آخرين:	لوناس، عبدالحميد(م. مشارك)
المجلد/العدد:	مج10, عدد خاص
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2020
الشهر:	جويلية
الصفحات:	497 - 517
رقم MD:	1104839
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	اقتصاد الصحة، الرعاية الصحية، التنمية الاجتماعية، السويد
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1104839

© 2021 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة. هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

الاقتصاد البنفسجي والرعاية الصحية-النظام الصحي في السويد نموذجا-

Purple Economy and Health Care - Sweden's Health System as Model

لويزة مباركي¹، عبد الحميد لوناس²

Louiza Mebarki¹, Abdel Hamid Lounas²

¹ جامعة عبد الحميد مهري- قسنطينة 2، الجزائر، مخبر المغرب الكبير-الاقتصاد والمجتمع، louiza.mebarki@univ-constantine2.dz

² جامعة الجزائر 3، الجزائر، مخبر إدارة التغيير في المؤسسة الجزائرية، lounas.abdelhamid@univ-alger3.dz

تاريخ النشر: 2020/07/28

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى مطابقة مفاهيم الاقتصاد البنفسجي لنظام الرعاية الصحية بالسويد اعتمادا على الأبعاد الثقافية ل: Hofstede، والتعرف على خصائص الرعاية الصحية وتأثير الأبعاد الثقافية على اقتصاد الصحة في البلد.

أظهرت نتائج الدراسة أن النظام الصحي للسويد متوافق والخصائص الثقافية للمنطقة حسب الأبعاد التي حددها Hofstede وهي: بعد الذكورة، عدم اليقين/اللاأكادة، مسافة السلطة والفرديانية. على الرغم من الصعوبات التي يعانيتها والتحديات فإن الاقتصاد الصحي للسويد متفوق على نظرائه في دول الاتحاد الأوروبي، من خلال استخدامات التكنولوجيا كما يمكن التغلب عليها إذا تمت إزالة بعض القيود القانونية على المبادرات الفردية لمؤسسات: الرعاية الصحية، التأمين والأدوية واستقلالها عن بعض الهيئات الحكومية. كلمات مفتاحية: الاقتصاد البنفسجي، اقتصاد الرعاية الصحية، الأبعاد الثقافية، أخلاقيات الرعاية، الفجوة في الأجور بين الجنسين.

تصنيفات JEL: A10، A13، H51، I11، I13، I15

Abstract:

The study aimed to identify the extent to which the concepts of purple economy correspond to the health care system in Sweden based on the cultural dimensions of Hofstede, and to identify the characteristics of health care and the impact of cultural dimensions on the health economy in the country.

¹ المؤلف المرسل: لويزة مباركي، الإيميل: louiza.mebarki@univ-constantine2.dz

The results of the study showed that Sweden's health system is compatible with the cultural characteristics of the region according to the dimensions defined by Hofstede: *masculinity dimension, uncertainty, power distance and individualism*. Despite the difficulties and challenges, Sweden's healthy economy is superior to that of the European Union, through the uses of technology, it can also be overcome if some legal restrictions on individual initiatives of institutions are removed in health care, insurance, and medicines and independently from some government agencies.

Keywords: Purple economy; Healthcare economy; Cultural dimensions; ethics of care; Gender pay gap.

JEL Classification Codes: A10 ؛A13 ؛H51 ؛I11 ؛I13 ؛I15.

1. مقدمة:

يعد الاقتصاد البنفسجي من المفاهيم المعاصرة التي تنظر للبعد الثقافي كعنصر هام من العملية الإنتاجية للمنتجات والخدمات والتي بدورها تدعو إلى إعادة النظر في أساليب تقديمها من ناحية نوع النشاطات، العمالة (الفجوة الأجرية بين الجنسين وساعات العمل)، علاقات العمل ودور مختلف المتعاملين الاقتصاديين. إن هذا المفهوم يأخذ بعين الاعتبار القيمة غير الملموسة والنظر لما وراء الكم. أخلاقيات الرعاية هي الأخرى مفهوم حديث، يطلق عليها العديد من التسميات منها: الأخلاق النسوية أو العلائقية، وهي مقارنة تتسم بالغموض أحيانا خاصة عندما يتعلق الأمر بالنشاط الاقتصادي والنظرة الكلاسيكية التي ارتبطت به منذ بداياته. إلا أنه يبدو من الضروري التعرف على هذا المفهوم في بعض القطاعات التعليمية، الصحة والتمريض، رعاية الأطفال والمسنين... وغيرها

إن قطاع الصحة نشاط يتعلق بقيمة الرعاية في حد ذاتها، كون المنافع المترتبة عنه غير ملموسة وهو ما يجعل تقييمه من خلال الأطر الاقتصادية التقليدية صعباً ومعقداً، ما يؤثر على المنفعة الأصلية المرتبطة به، إضافة إلى أنه يرتبط بشكل كبير بالثقافة المحلية للأفراد. وعليه تم القيام بالدراسة لتقييم مدى تطابق مفهوم الاقتصاد البنفسجي على النظام الصحي في السويد وكذا تأثير الأبعاد الثقافية للبلد على الأنظمة الصحية والممارسات الإدارية والصحية وذلك بطرح التساؤل الرئيسي التالي: " ما مدى تطبيق مفهوم الاقتصاد البنفسجي في أنظمة الرعاية الصحية في السويد؟". كما ستتم الإجابة على الأسئلة الفرعية التالية:

- ما الذي يعنيه الاقتصاد البنفسجي؟

- ما أثر الأبعاد الاقتصادية التي وضعها **Hofstede** على التوجهات الاقتصادية للرعاية الصحية في السويد؟

- ما لدروس التي يجب تعلمها من تجربة النظام الصحي للسويد؟

- **أهداف الدراسة:** تحديد مفهوم الاقتصاد البنفسجي واقتصاد الرعاية ومدى مطابقتها هذا المفهوم للتوجه الذي اعتمده السويد في نظامها الصحي الوطني وذلك من خلال نموذج Hofstede للأبعاد الثقافية للمجتمعات وتطبيقه على المستوى الكلي للاقتصاد الصحي السويدي.

- **منهج الدراسة:** اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي.

2. تعريف الاقتصاد البنفسجي:

ظهر مصطلح " الاقتصاد البنفسجي " لأول مرة في فرنسا (Tripathi Snehlata Jaiswal, 2018, p. 47). وكان من بين الموقعين أعضاء مجلس إدارة جمعية Diversum التي نظمت المنتدى الدولي الأول للاقتصاد البنفسجي لاحقاً من 11 إلى 13 أكتوبر تحت رعاية اليونسكو والبرلمان الأوروبي والمفوضية الأوروبية (The Purple Economy: An Objective, An Opportunity- English Translation, 2013, p. 02). يعرف الأعضاء المنظمين للمنتدى الأول للاقتصاد البنفسجي على أنه: " أكثر من مجرد المطالبة بمصطلح جديد إذ يدور حول النظر إلى ما وراء القيمة الاقتصادية للمخرجات الثقافية لتشمل البعد الثقافي لأي أصل أو خدمة. الاقتصاد البنفسجي (الأرجواني) هو مقارنة أخلاقية أوسع إذ تساهم في تهيئة بيئة ثقافية أكثر ثراءً وتنوعاً " (أعتمد على الأنترنت: 34: 17, 23/11/2019, <https://whc.unesco.org/en/news/801>). هذه الثروة والتنوع هي بلا شك محركان للتقدم (Tobelem, 2011, p. 57) للانتقال المتواصل إلى ما بعد النمو الكمي البحث (Tripathi & Snehlata Jaiswal, 2018, p. 47). (The Purple Economy: An Objective, An Opportunity- English Translation, 2013, p. 10) الاقتصاد البنفسجي متعدد التخصصات، حيث أنه يشري جميع السلع والخدمات من خلال الاستفادة من البعد الثقافي الملازم لكل قطاع: المحسوس والاقتصاد التجريبي هو أحد هذه التطبيقات... يتطلب هذا التطور منظوراً مختلفاً عن خلفياتنا الثقافية وإعادة النظر في العلاقة بين الثقافة والاقتصاد (Tripathi & Snehlata Jaiswal, 2018, p. 47). " **الاقتصاد البنفسجي:** بيان تحالف جديد بين الثقافة والاقتصاد " وهو عنوان مقال رأي وقعته العديد من الشخصيات الثقافية والاقتصادية البارزة في صحيفة Le Monde في 19 ماي 2011 وكان من بين الموقعين Jean-Jacques Aillagon و Renaud Donnedieu de Vabres، وكلاهما وزراء الثقافة السابقون، Mercedes Erra من Euro RSCG، ووكالات إعلانات Havas، رئيس غرفة تجارة وصناعة

باريس، مدير من Cercle des économistes، رئيس مؤسسة الفن المعاصر، مدير وكالة باريس الكبرى للاستثمار (Tobelem, 2011, p. 57)، دعماً لفكرة الثقافة كمحرك للنمو في فرنسا وفي أوروبا... حيث يرون أن الثقافة هي الدافع للنمو في اقتصاد غير ملموس بشكل متزايد وقائم على الرموز، الأشكال، الإبداع، الصور، الابتكار، القيم والعلامات التجارية (Tobelem, 2011, pp. 56-57). جميع المشاركين يستمدون من الأسس الثقافية وفي المقابل ينتجون الثقافة بدرجات متفاوتة. لدواعي تعريفية فإن هذه التدفقات الثقافية التي تروي الاقتصاد لا يتم الاعتراف بها بشكل كاف كعوامل للابتكار وتنشيط النشاط الاقتصادي وقد تحولت أكثر نحو تلبية الاحتياجات الإنسانية. تقدم العولمة إمكانات جديدة ناشئة عن التفاعلات الديناميكية بين الاقتصاد والثقافة فهي: (1) تشجع الوعي العالمي بالبيئة الثقافية المشتركة للناس على التعرف بشكل أفضل على آثار هذه التفاعلات الثقافية والاقتصادية وخاصة من خلال قياس البصمة الثقافية للمجموعات والأفراد بشكل أكثر دقة، (2) التحول نحو اقتصاد ثقافي سيكون له أيضاً تأثير كبير على العمالة والتدريب (Tripathi & Snehlata Jaiswal, 2018, p. 47). يستلزم الاقتصاد البنفسجي أربعة أعمدة تهدف إلى التعرف على أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر والحد منها وإعادة توزيعها (Ilkharacan, 2018, p. 02): (1) بنية تحتية عالمية لخدمات الرعاية الاجتماعية تتيح لجميع الأسر الحصول على خدمات رعاية مدفوعة، احترافية وعالية الجودة للأطفال، المرضى، المسنين والمعاقين، (2) تنظيم سوق العمل لتحقيق التوازن بين العمل والحياة وتحويل بعض العبء من عمل المرأة غير مدفوع الأجر إلى عمل الرجل بدون أجر من خلال لوائح مثل: الأبوة، الإجازة الأبوية وتخفيض ساعات العمل، (3) تدابير خاصة تهدف إلى تخفيف عبء العمل غير المدفوع الأجر على الأسر الريفية، (4) إطار بديل لسياسة الاقتصاد الكلي يمكن من تنفيذ الركائز الثلاث المذكورة أعلاه عن طريق إعطاء الأولوية لتوليد فرص عمل كافية وخلق حيز مالي للإنفاق الاجتماعي.

يشمل جانب الاقتصاد الأخضر البصمة البيئية والاقتصاد الاجتماعي يشمل البيئة الاجتماعية، أما الاقتصاد البنفسجي فبصمته ثقافية... ويفترض أن الاقتصاد يدمج البصمة الثقافية بالكامل حيث يمتد إلى ما وراء حدود هذا القطاع ليشمل جميع عمليات الإنتاج والتوزيع الحديثة. البعد الثقافي موجود في كل مرحلة من سلاسل القيمة للقطاعات المتنوعة مثل: الغذاء، البناء والسياحة... (The Purple Economy: An Objective, An Opportunity– English Translation, 2013, p. 09)

2. الأبعاد الثقافية حسب نموذج Hofstede:

يجادل Hofstede بأن المجتمعات تختلف على مستوى أربعة أبعاد ثقافية رئيسية: **مسافة السلطة**، الفردانية، الذكورة وعدم اليقين (اللاأكادة). يعتمد هذا التصنيف الثقافي على نتائج العديد من الدراسات التي قام بها خلال سنوات: 1979، 1980، 1983 و1984: (Vitell & Saviour L. Nwachukwu, 1993, pp. 755-756)

1.2 بعد مسافة السلطة Power distance dimension : يشير هذا البعد إلى أن ممارسي الأعمال في البلدان ذات مسافة السلطة الكبيرة هم أكثر عرضة لقبول عدم المساواة في السلطة الموجودة في معظم المنظمات وبالتالي فمن الأرجح أن يمنحوا الأفراد في مناصب بارزة تقديساً لا مبرر له مقارنةً بممارسي الأعمال في البلدان التي لديها مسافة سلطة صغيرة... ومع ذلك في البلدان ذات مسافة القوة الكبيرة من المتوقع أن يتصرف الرؤساء بشكل استبدادي دون استشارة المرؤوسين.

2.2 بعد الفردانية/ الجماعية Individualism/ Collectivism dimension: استناداً إلى تصور Hofstede لبناء الفردية / الجماعية، يميل الممارسون التجاريون من البلدان التي تنخفض فيها النزعة الفردية إلى أن يكونوا أكثر عرضة للتأثير الجماعي والتأثير داخل المؤسسة من نظرائهم من البلدان التي لا تتواجد بها هذه البنية. نظرًا لأن الأفراد في هذه المجتمعات "الجماعية" لا يستطيعون بسهولة الابتعاد عن المجموعات المختلفة التي ينتمون إليها (بما في ذلك الصناعة، المجموعات المهنية، مجموعات الأعمال) ومن المرجح أن تتأثر بقواعد هذه المجموعات. وفقاً لـ Hofstede، تحمي هذه المجموعات مصالح أعضائها ولكنها بدورها تتوقع ولاءً دائماً (أي: الالتزام بمعايير المجموعة). يميل الأشخاص الذين ينتمون إلى مجتمعات أكثر "فردية" للاهتمام بأنفسهم وإلى أن يكونوا أقل تأثراً بالمعايير الجماعية.

3.2 بعد الذكورة/ الأنوثة The Masculinity/ Femininity dimension: يشير هذا البعد إلى وجود بعض البيئات الثقافية تؤدي إلى سلوك غير أخلاقي أكثر من غيرها. المجتمعات التي تتميز بأنها ذكورية تشجع الأفراد وخاصة الذكور على أن يكونوا طموحين وتنافسيين والسعي لتحقيق النجاح المادي، قد تساهم هذه العوامل بشكل كبير في مشاركة الفرد في السلوك غير الأخلاقي. يصنف Hofstede السويد على أنها ثقافة أنثوية بينما تصنف الولايات المتحدة واليابان على أنها ثقافات ذكورية. هذا التوصيف يعني أنه مقارنة بالولايات المتحدة تحدد الو.م.أ واليابان فإن السويد يحدد أدواراً اجتماعية أكثر تداخلاً لكل من الرجل والمرأة ولا يحتاج أي من الجنسين إلى أن يكون طموحاً أو تنافسياً. في الواقع فإن بعض الممارسات، مثل: بيع الضغط العالي High pressure selling: بيع غير أخلاقي وغير متطور

حيث يمارس مندوب المبيعات ضغوطاً مستمرة ولا هوادة فيها على العميل، باستخدام الإغراءات والضغط النفسي للحصول على عملية بيع سريعة. عادةً ما يكون هذا النوع من النشاط مدفوعاً من موظفي المبيعات الذين لديهم أهداف وعمولات. (أعمد على الأترنت: <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803095936174>, 20/12/2019, (52: 17)، والتي تعتبر مجرد أعمال جيدة في ثقافة "ذكورية" قد تعتبر غير أخلاقية من قبل الكثيرين في ثقافة "أنثوية". وبالتالي فإن صانعي القرار في بعض الثقافات (أي: الذكورية) قد لا يدركون حتى بعض المشكلات الأخلاقية لأنها في ثقافتهم غير معرفة.

4.2 بعد تجنب عدم الأكادة Uncertainty avoidnace dimension: يقترح أن يكون ممارسو الأعمال التجارية في المجتمعات التي تميل بقوة لتجنب الشكوك (تجنب عدم اليقين) أكثر احتمالاً لعدم التسامح مع أي انحراف عن المعايير الجماعية/ التنظيمية عن نظرائهم من البلدان التي لديها ضعف اليقين. مثلاً: تتميز الولايات المتحدة وكندا بأنها تتسم بالضعف في اليقين في حين تتميز اليابان بأنها قوية إذ يشير هذا التوصيف إلى أن ممارسي الأعمال في اليابان أكثر عرضة لعدم التسامح مع أي انحرافات عن المعايير الجماعية/ التنظيمية عن نظرائهم في أمريكا الشمالية. نظرًا لأنه لا يُتوقع أن يتم التسامح مع الانحرافات فمن المتوقع أن تتألف العضوية (الولاء) في معظم المجموعات التنظيمية في اليابان... إذ تتمتع الشركات اليابانية من النوع Z بدرجة عالية من الاتساق في ثقافتهم الداخلية كما تشمل على تجمعات حميمة لأشخاص مرتبطين ببعضهم البعض من خلال مجموعة متنوعة من الروابط، على النقيض من مؤسسة هرمية (أي: الشركات الأمريكية) حيث يوجد قدر كبير من عدم الثقة، يسعى الفرد من النوع Z بشكل طبيعي للقيام بما هو في الصالح العام.

3. اقتصاد الرعاية الصحية:

يحدث أن تلتقي وتتقاطع النشاطات الاقتصادية مع نشاطات الرعاية الصحية ولأن لكل منهما أهدافاً تختلف، وكثيراً ما تتعارض فيما بينها فهناك حاجة لإطار أخلاقي مناسب يجمع بين المصالح الاقتصادية بدون إهمال المعاني التي تندرج تحت مصطلح الرعاية، أخذاً بعين الاعتبار الثقافة المرافقة للممارسات الصحية. اقتصاد الرعاية هو ذلك الجزء من النشاط الإنساني، المادي والاجتماعي والتي تعنى بعمليات الرعاية في الحاضر أو المستقبل للقوى العاملة والسكان بصفة عامة بما في ذلك من توفير الاكتفاء الذاتي من الغذاء والملابس (Fernandes, 2017, p. 03). هناك بعض خصائص الرعاية الطبية التي تميزها عن المفاهيم المعتادة للاقتصاد وهي: طبيعة الطلب، السلوك المتوقع للأطباء، عدم التأكد من المنتج،

ظروف العرض وممارسات التسعير (J. Arrow, 1963, pp. 984-953). لحل الصراع الأخلاقي بين الاقتصاد ورعاية الإنسان فإن (Watson, 2006, p. 50):

- الرعاية ليست سلعة يتم شراؤها / بيعها؛

- الرعاية والاقتصاد لا يستبعد أحدهما الآخر؛

- يجب أن يشمل جميع النماذج الاقتصادية الاهتمام التكلفة، لكن فعالية التكلفة تشمل الرعاية.

" تختلف الرعاية الطبية عن الرعاية المقدمة لرجال الأعمال بشكل عام. هذه التوقعات مهمة لأن الرعاية الطبية تنتمي إلى فئة السلع التي يكون المنتج ونشاط الإنتاج متماثلين ... لا يمكن للمستهلك اختبار المنتج قبل استهلاكه وهناك عنصر ثقة في العلاقة (J. Arrow, 1963, p. 949) ". أجرت Kristine Swanson بحثاً كشفت فيه عن النتائج الإيجابية والسلبية لمخرجات رعاية- عدم الرعاية لكل من المرضى والممرضات من خلال تحليلها الشامل ل: 130 دراسة عن الرعاية. فمثلاً عندما اختبر المرضى الرعاية، تم الإبلاغ عن النتائج التالية: الرفاه العاطفي والروحي (الكرامة، ضبط النفس وشخصية معتبرة **personhood**)، تعزيز الحياة المادية، إنقاذ الأرواح، زيادة في التشافي وانخفاض التكاليف. بينما عندما عانى المرضى من عدم الرعاية تم الإبلاغ عن العواقب التالية: الذل، الخوف، عدم السيطرة، اليأس، العجز، الغربة والضعف، بقايا الذكريات السيئة وانخفاض التشافي (Watson, 2006, p. 52). إن القيم والضرورات الأخلاقية لعمل الرعاية منقوصة القيمة (مستخف بقيمتها) غير مسجلة وغير مرئية في معظم المجتمعات (Fernandes, 2017, p. 06). الرعاية الصحية ليست مفهومًا عالميًا مثل الصحة والمرض، بل تتشكل من خلال فلسفة وثقافة الناس ولهذا السبب يجب تحديدها من خلال وجهات نظر الناس وعلاقتهم بالبيئة وبالتالي: يجب أن يأخذ موقف الرعاية الصحية وطرقها في الاعتبار الاختلافات السابقة (M. Vetach, 2000, p. 350). تعتبر الرعاية والاقتصاد، الرعاية وممارسات التسيير في صراع فيما بينها، واحد من أسباب هذا الصراع والتنافر هو فصل القيم الإنسانية للرعاية كأساس أخلاقي ومعنوي لصالح الممارسات. هذه النماذج التجارية أو الاقتصادية المهيمنة التي تخلو من الرعاية لديها حلول قصيرة الأجل لاحتياجات رعاية المرضى... وهي تركز على عدد الأسرة، المرض والجسم كمادة تكنولوجية ومنتجات (Watson, 2006, p. 48).

4. مقارنة أخلاقيات الرعاية:

يعود أصل كلمة الأخلاقيات للكلمة اليونانية Ethos والتي تعني: الشخصية أو العرف ويشير أصل الكلمة إلى شخصية الفرد، بما في ذلك ما يعنيه أن يكون الشخص جيداً والقواعد الاجتماعية

للخطأ والصواب التي تحكم سلوك الفرد (Turnipseed, 2002, p. 02). تعرف كذلك بأنها: " مجموعة القيم والمعايير التي يعتمد عليها أفراد المجتمع في التمييز بين ما هو جيد وما هو سيء، بين ما هو صواب وبين ما هو خاطئ " (الغالي وصالح مهدي محسن العامري، 2008، صفحة 134) وما يجب على الأفراد فعله، عادة فيما يخص الواجبات، المبادئ، فضائل محددة ومنافع نحو المجتمع (James Savara,) p. 12, 2015. يمكن فهم الأخلاقيات بشكل أفضل من خلال النظر في عدد من وجهات النظر: الفلسفة والتفكير الأخلاقي، المشاكل الأخلاقية والحكم الأخلاقي (H.T. Walker, 2008, p. 103). لا يوجد تعريف مقبول عالمياً للأخلاقيات ولا معايير قياس تسمح بالحكم بشكل رسمي على فرد أو حدث على أنه أخلاقي أو غير ذلك. قد يكون لشخصين يحكم عليهما العديد من الأشخاص على أنهما أخلاقيان للغاية وجهات نظر مختلفة حول القضايا وقد يتصرف شخصان أخلاقيان بما يتفق مع قيمهما ويصل كل منهما إلى استنتاجات مختلفة حول قرار معين تماماً كمعنى " أخلاقي " خاص بكل فرد (Turnipseed, 2002, p. 02). أخلاقيات الرعاية: لا تتعدى أخلاقيات الرعاية بضعة عقود وهناك اختلاف من ناحية التسمية خاصة فالكثيرون يشيرون إليها ب: " الأخلاقيات العلائقية "، يتميز مفهوم الرعاية بالاهتمام بالعمل الذي ينطوي عليه رعاية الأشخاص، يعترض دعاة أخلاقيات الرعاية بعدم اقتناعهم بتفسير الأخلاقيات على أنها مثالية وغير عملية (الرعاية هي على حد سواء القيمة والممارسة). تم تطوير أخلاقيات الرعاية كمنظرة أخلاقية لا تتعلق فقط بالعلاقات الأسرية والصدقة ولكن أيضاً بالممارسة الطبية، القانون، الحياة السياسية، تنظيم المجتمع، الحرب والعلاقات الدولية، (Held,) p. 09, 2006 الطب، التمريض والتعليم حيث تكون الاستجابة السريعة، الاهتمام بالأدلة الدقيقة والنتائج السلبية أكثر أهمية، كما أن الحذر من مبادئ الالتزام التي تعد أدوات للحياض يعد سمة من سمات أخلاقيات الرعاية (BEAUCHAMP, 2003, p. 01). تركز أخلاقيات الرعاية على العلاقات والمجتمع (Elliott, 2009, p. 10)

5. تحليل النتائج:

نظام الحكم في السويد ملكي، الملك هو رأس الدولة لكن موقفه رمزي فقط فالسلطة تقع على عاتق البرلمان. يحتوي البرلمان على 349 مقعداً، يتم انتخاب 310 منها بشكل مباشر والباقي مقسم بين الأحزاب السياسية على أساس الأصوات التي تم الحصول عليها على المستوى الوطني، مجلس الوزراء تحت قيادة رئيس الوزراء يحمل السلطة التنفيذية. يعتمد اقتصاد السويد المختلط إلى حد كبير على الخدمات

والصناعات الثقيلة والتجارة الدولية. تشمل الموارد الطبيعية في السويد الغابات، خام الحديد، النحاس، الرصاص، الزنك، الفضة، اليورانيوم والطاقة المائية. يمثل القطاع الزراعي أقل من 5 ٪ من الناتج القومي الإجمالي. تهيمن الصناعات الثقيلة على قطاع التصنيع وتشمل السيارات والآلات والسفن. يتم تصدير حوالي نصف الناتج الصناعي وتصل الصادرات إلى حوالي 30 ٪ من الناتج القومي الإجمالي. يقع على عاتق الدولة توفير الصحة الجيدة والخدمات الاجتماعية الأخرى لجميع سكان السويد. يوفر نظام الضمان الاجتماعي المتقدم والواسع مزايا عالمية للأمراض والبطالة والأطفال ورعاية المسنين والمعوقين (Health Care Systems Sweden, 1996, p. 02).

6. نظام الرعاية الصحية في السويد:

السويد لها واحد من أفضل أنظمة الرعاية الصحية العالمية حيث تصنف نتائج العلاج في السويد من أفضل النتائج في العالم. في الثمانينيات كانت السويد من بين البلدان الأعلى مرتبة في العالم نظراً إلى الأموال المستثمرة في الرعاية الصحية والطبية، القيود على سياسة الميزانية والتوزيع اللامركزي للمسؤولية ... في سنة (2015) لا تزال نفقات الرعاية الصحية تمثل حوالي 10٪ من الناتج القومي الإجمالي (أعتمد على الأنترن: achieved-world-class-medical-and-social-care/, 24/12/2019, 16 :46) لكل فرد في السويد الحق في الرعاية الصحية حتى غير المقيمين (السياح) ويعتبر نظام الرعاية الصحية في السويد عاليًا لدرجة أن العديد من الدول في جميع أنحاء العالم قد استخدمته كنموذج لمخطط الرعاية الصحية الخاص بها (أعتمد على الأنترن: <https://www.internations.org/go/moving-to-sweden/healthcare>, 25/12/2019, 14 :19) تبلغ متوسط تكلفة زيارة غرفة الطوارئ: 38 US\$, متوسط تكلفة زيارة الطبيب: US\$25, عدد الصيدليات: 1400, عدد المستشفيات: 79, وتبلغ نسبة السكان المشمولين بالتأمين الصحي 100٪ (أعتمد على الأنترن :

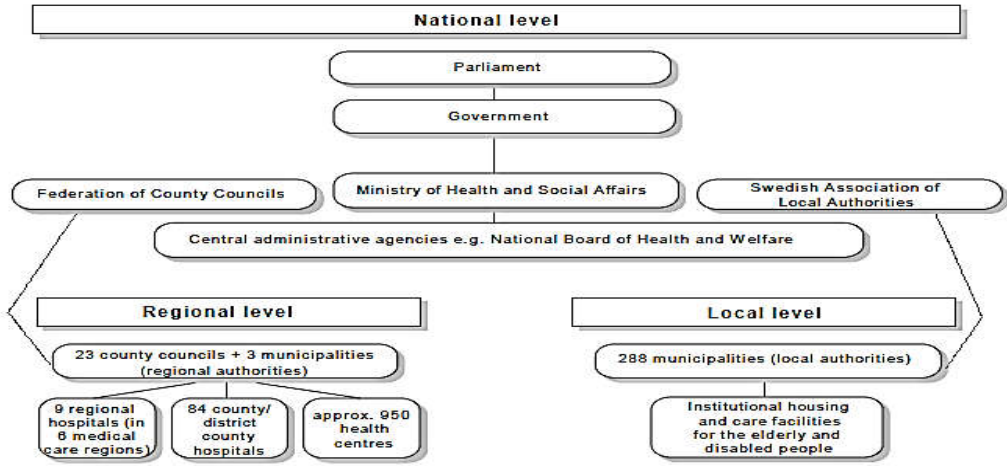
<https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-system-in-sweden>, 25/21/2019, 59: 12. قدر الانفاق على الرعاية الصحية للفرد سنة 2014 ب: \$5306 وبلغ نصيب الفرد من الانفاق على الرعاية الصحية ب: \$787, 4.1 □ من الأطباء الممارسين لكل 1000 نسمة، يقدر إنفاق المستشفيات عند كل تسريح \$12393, كما أن 99 □ من الأطباء مكلفين بالرعاية الأولية للسجلات الطبية الالكترونية (أعتمد على الأنترن:

<https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>, 25/12/2019, 46: 12. تمتلك السويد ثالث أعلى إنفاق للاتحاد الأوروبي على الرعاية الصحية، ومعدل البقاء على قيد الحياة للأزمة القلبية أعلى من متوسط منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (أعتمد على الأنترن :

<https://www.businesstimes.com.sg/consumer/swedes-face-problems-with-health-care-system>, 27/12/2019, 21 :09. نظام الرعاية الصحية السويدي هو خدمة صحية

إقليمية قائمة على الإدارة العمومية، يتم تنظيمها على ثلاثة مستويات: وطنية، إقليمية ومحلية. يشكل المستوى الإقليمي من خلال مجالس المقاطعات إلى جانب الحكومة المركزية وهي أساس نظام الرعاية الصحية. تقع المسؤولية الشاملة لقطاع الرعاية الصحية على المستوى الوطني مع وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية (Hjortsberg & Ola Ghatnekar, 2001, p. 11).

الشكل 1. يوضح هيكل النظام الصحي في السويد



Source: (Health Care Systems Sweden, 1996, p. 05)

المستوى الوطني (Health Care Systems Sweden, 1996, p. 05-06) : تتمثل المسؤولية الرئيسية للحكومة المركزية في السويد في ضمان تشغيل نظام الرعاية الصحية بكفاءة وفقاً لأهدافه الأساسية، تتضمن مسؤولية وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية إعداد أعمال مجلس الوزراء وتتناول مسائل السياسة والتشريعات في مجال الرعاية الصحية وخدمات الرعاية الاجتماعية والتأمين الصحي، تخصيص المساعدة المالية والاشراف على الأنشطة في مجالس المقاطعات. يجوز للحكومة تشريع الأسقف المؤقتة في مجلس المقاطعة ومعدلات ضريبة البلدية المحلية. يضطلع المجلس الوطني للصحة والرعاية الاجتماعية بمهمة إشرافية مركزية للخدمات الصحية والاجتماعية ويشرف على تنفيذ مسائل السياسة العامة والتشريعات ومراقبة وتقييم التطورات. توجد هيئات حكومية مركزية مرتبطة بوزارة الصحة والمجلس الوطني للرعاية الاجتماعية هي:

- المجلس السويدي لتقييم التكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية: هدفه الرئيسي تشجيع استخدام تقنيات الرعاية الصحية الفعالة من حيث التكلفة، يستعرض ويقيم تأثير التكنولوجيا الجديدة والحالية من وجهات النظر الطبية، الاجتماعية والأخلاقية. يتم نشر المعلومات المتعلقة بالنتائج على المسؤولين الحكوميين المركزيين والمحليين والموظفين الطبيين لتوفير البيانات الأساسية لأغراض صنع القرار؛
- المعهد السويدي لتطوير الخدمات الصحية: يعمل على التخطيط وتدبير الكفاءة، الإحصاءات الصحية، جودة الصحة والاقتصاد الصحي، وهو ملكية مشتركة للحكومة المركزية ومجالس المقاطعات؛
- الشركة الوطنية للصيديات السويدية: هي احتكار حكومي يمتلك جميع الصيدليات ويتحكم في نظام التوزيع على مستوى البلاد. تدار الصيدليات المجتمعية وصيدليات المستشفيات بموجب عقود مدتها سنة واحدة مع مجالس المقاطعات، وهو المسؤول عن توفير صحائف الوقائع وغيرها من المعلومات حول الأدوية للجمهور ولأطباء؛
- وكالة المنتجات الطبية: وكالة حكومية مركزية مهمتها الأساسية هي التحكم في المستحضرات الصيدلانية. يجب الموافقة على جميع الأدوية التي تباع في السويد وتسجيلها من قبل الوكالة؛
- المجلس الوطني للتأمين الاجتماعي والتأمين الوطني للصحة الاجتماعية: يعمل مشرفاً على مكاتب التأمين المحلية. يدير المجلس نظام التأمين الاجتماعي ويضمن كفاءته. يرتبط النظام الوطني للأدوية العامة ونظام التأمين الصحي بالرعاية الصحية ووصف الأدوية ووصف الإجازة المرضية؛
- اتحاد مجالس المقاطعات: هي منظمة تعاونية وطنية ذات مصلحة تضم 23 مجلساً للمقاطعات وثلاث بلديات كبيرة هي: Gotland, Gothenburg and Malmoe والتي اختارت عدم الانتماء إلى أي مجلس وبالتالي تتحمل مسؤوليات الرعاية الصحية بنفسها. يدير الاتحاد مجلس منتخب سياسياً، تتمثل مهمته الرئيسية في رعاية المصالح المشتركة لأعضائه ومساعدتهم في أنشطتهم والاطلاع على المسائل التي تهم مجالس المقاطعات. يمثل حلقة وصل مع الحكومة المركزية ومنظمات الموظفين، كما يعمل مع جمعية أصحاب العمل المركزية للتفاوض بشأن الأجور وشروط التوظيف. الاتحاد ليس تابعاً للحكومة المركزية أو أي من وكالاتها الإدارية. يجتمع الممثلون السياسيون شهرياً لمناقشة السياسة الصحية، القضايا والمسائل الاقتصادية الهامة ويقوم بتمويل الأنشطة برسوم الأعضاء؛
- الهيئة الوطنية المناظرة للبلديات: هي الجمعية السويدية المحلية والسلطات وتشكيل منظم ل: 288 بلدية لتعزيز وتطوير الحكم الذاتي المحلي، حماية مصالح الحكومة المحلية، تعزيز التعاون بين السلطات المحلية

وتزويدها بالخبرة المساعدة. يتم تمويل الجمعية برسوم العضوية التي تدفعها السلطات المحلية ويتم تحديد مستويات الرسوم على أساس عدد السكان المحليين في منطقة معينة والوضع المالي للسلطة المحلية. التمويل الإضافي - حوالي النصف - يأتي من رسوم الخدمات المشتراة من السلطات المحلية؛

- المستوى الإقليمي (Health Care Systems Sweden, 1996, p.06-07) : مجلس المقاطعة

هو هيئة حكومية إقليمية مستقلة ينتخب أعضاؤها كل أربع سنوات بالتزامن مع الانتخابات البلدية الوطنية والمحلية. أعضاء المجلس تمثل بالأحزاب السياسية نفسها في البرلمان الوطني. هناك 23 مجلس مقاطعة. لديه الحق في فرض ضريبة الدخل النسبية على سكانها (حوالي 3/2 الدخل). يبلغ عدد السكان في مقاطعة المجالس ما بين 250 ألف إلى 1.7 مليون. داخل كل مجلس مقاطعة العديد من مناطق الرعاية الصحية وتحمل المسؤولية الشاملة عن صحة السكان، من الرعاية الأولية إلى الرعاية في المستشفى بما في ذلك الصحة العمومية والرعاية الوقائية، مصدر دخل المجالس المحلية من التأمينات الحكومية والوطنية، للمقاطعة سلطة شاملة على هيكل المستشفى والمسؤولين عن جميع خدمات الرعاية الصحية. لا توجد إرشادات أو توجيهات بشأن الهيكل التنظيمي للمجالس المحلية طالما أنها تفي بالتزاماتها فيما يتعلق بتقديم الرعاية الصحية (الحكم الذاتي المحلي له تقليد طويل في السويد). مجالس المقاطعات لها شخصية الحكومات المحلية الثانوية المستقلة، مجالس المحافظات لا سلطة لهم عليها إلا أنها تتطفل على الحقوق والصلاحيات الدستورية للبلديات. في جانفي 1984 تم تجميع مجالس المقاطعات الـ 23 والبلديات الثلاث في 6 هيئات طبية، مناطق الرعاية: منطقة ستوكهولم، المنطقة الجنوبية الشرقية، المنطقة الجنوبية، المنطقة الغربية، منطقة Uppsala-Örebro والمنطقة الشمالية، وذلك لتسهيل التعاون بين مجالس المقاطعات والمجالس الثلاثة. في 6 مناطق هناك ما مجموعه تسعة مستشفيات إقليمية متخصصة. ماعدا Örebro وهي تابعة أيضا لكليات الطب وتعمل في البحث وكمستشفيات تعليمية. تتمتع مجالس المقاطعات بسلطة التفاوض على إنشاء ممارسات خاصة جديدة وعدد المرضى خلال عام. نظرًا لأن المزود الخاص يجب أن يكون لديه اتفاق مع مجلس المحافظة من أجل الحصول على تعويض عن طريق التأمينات الاجتماعية فإن المجالس قادرة على تنظيم سوق الرعاية الصحية الخاص. إذا لم يكن لدى مزود الخدمة الخاص أي اتفاق فلا يستخدم جدول الرسوم المنظم والمريض في هذه الحالة خاص ويدفع الرسوم كاملة فهو مريض خاص. يعمل حوالي 8% فقط من الأطباء بدوام كامل في العيادة الخاصة وعادة ما تكون الممارسات الخاصة في المدن الكبرى.

-المستوى المحلي (Health Care Systems Sweden, 1996, p.06-07) : يوجد في السويد 288 بلدية تتمتع أيضًا بمسؤولياتها الخاصة، وهي ليست تابعة أو مسؤولة أمام مجالس المقاطعات، تخضع للمجالس المحلية التي يتم انتخابها كل عام كما يحق لها فرض ضرائب على سكانها. يتضمن التنظيم التقليدي للبلديات مجلسًا تنفيذيًا للبلدية ومجلسًا محليًا وعدة لجان حكومية محلية. يقوم المجلس التنفيذي للبلدية بقيادة وتنسيق جميع أعمال البلدية ويعمل كمشرف على اللجان. المجلس البلدي مسؤول عن متابعة الأمور التي قد تؤثر على تطور واقتصاد البلدية، ويقرر أهداف وميزانيات جميع المنظمات التي يديرها المجتمع. البلديات مسؤولة عن خدمات الرعاية الاجتماعية ورعاية الأطفال، المسنين، المعوقين والمرضى النفسيين على المدى الطويل، رعاية الصحة البيئية وخدمات الصحة المدرسية. في عام 1992 تولت البلديات مسؤوليات رعاية المسنين والمعاقين من مجالس المقاطعات ونتيجة لذلك تقوم اليوم بتشغيل دور رعاية عامة ورعاية منزلية. بطريقة مماثلة في 01 جانفي 1995، تولت أيضًا مسؤولية رعاية الأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية طويلة الأجل بما في ذلك ظروف معيشتهم وعملهم ودعمهم.

1.6 تمويل النظام الصحي في السويد: يتم تمويل العلاجات في السويد إلى حد كبير من قبل القطاع العام ومع ذلك فإن المريض يدفع جزءًا صغيرًا من التكلفة وهو ما يسمى بمسحقات المريض. تختلف رسوم المريض حسب المنطقة التي ترتبط بها وكذلك العلاج الذي يتلقاه، تتوفر السويد على دعم لعلاج الأسنان والأدوية. يتم دفع أغلب تكاليف تشغيل هذا النظام من قبل مجلس المقاطعة والضرائب البلدية بمساهمات من الحكومة الوطنية لتغطية العلاج المتخصص والوصفات الطبية، الحمل، الولادة وإعادة التأهيل. أكبر التحديات التي تواجه النظام العام تشمل الوصول والجودة والكفاءة والتمويل (أعتمد على الأترنت :

<https://www.oresundirekt.dk/en/working-in-sweden/health-care/the-swedish-health-care-system>, 25/12/2019, 15:58)

2.6 نظام الرعاية الصحية الخاص بالسويدي: لا يتم استخدام الرعاية الصحية الخاصة بشكل شائع في السويد ولكنها متوفرة اعتبارًا من 2010. تعد أقساط التأمين الخاصة والعلاج أغلى ثمنًا لكن العديد من المواطنين والوافدين يفضلون الدفع لضمان تلبية جميع احتياجاتهم الطبية وتجنب الانتظار لمدة أطول الخدمة العمومية (حوالي 1 من كل 10 أشخاص لديهم رعاية صحية خاصة) (أعتمد على الأترنت:

<https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-system-in-sweden>, 29/12/2019,

(18: 23). خلال العقدين الماضيين زاد استخدام الرعاية الصحية الخاصة، يوجد عدد صغير من مقدمي الرعاية الصحية الخاصين غير المنتسبين إلى الحكومة في السويد، في الممارسة العملية هناك اختلاف بسيط أو معدوم في جودة العلاج العام والخاص. إذا توقع الوافدون استخدام أحد مراكز الرعاية الصحية الخاصة

فمن المستحسن أن يستثمروا في التأمين الخاص الشامل لتغطية التكاليف (أعتمد على الأنترنت):

<https://www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/national-healthcare-systems/healthcare-in-sweden.html>, 25/12/2019, 13 :05)

يستخدم

معظم الأشخاص الذين يعيشون في السويد نظام الرعاية الصحية الوطني والذي يتم تمويله من خلال

الضرائب (أكثر من نصف دخل السويديين موجه للضرائب) حيث أن الرعاية الصحية العمومية هي أرخص

خيار للمقيمين. إن ما يغطيه النظام العام متروك للبلدية لذلك هناك بعض التنوع. يتم تقسيم الرعاية إلى

7 فئات: (1) عيادات الرعاية الأولية (مختلطة: خاص 40□، عمومي 60□)، عيادات الأمومة

وعيادات الأمراض النفسية الخارجية، (2) الرعاية في حالات الطوارئ، (3) الرعاية الاختيارية، (4)

رعاية المرضى الداخليين، (5) العيادات الخارجية، (6) الرعاية المتخصصة، (7) العناية بالأسنان

(أعتمد على الأنترنت-[https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-\(system-in-sweden](https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-(system-in-sweden)

59 :12, 25/21/2019, sweden. تهتم الحكومة بحوالي 98 ٪ من التكاليف الطبية بما في ذلك

التشاور مع المختصين ودخول المستشفى، رسوم المختبر، رعاية المسنين والمعاقين والمرضى النفسيين وكذلك

رعاية الأمومة والطفولة. لا يُطلب من المواطنين سوى دفع رسوم بسيطة عند زيارة الطبيب أو شراء

الأدوية، جميع خدمات الرعاية الصحية وعلاج الأسنان مجانية للأطفال والشباب تحت سن 20. يختار

الأفراد شراء التأمين الخاص من أجل زيادة تغطيتهم العامة وهو ما يجعل رسوم العلاج أكثر تكلفة من تلك

المرتبطة بالنظام، تتمثل إحدى فوائد ترتيب التأمين الخاص في أن المرضى الذين لهم هذا النوع من التغطية

يمكنهم من تسريع فترات انتظار الجراحة ويمكنهم اختيار المرافق والجدول الزمني الذي يناسبهم وعدم القلق

بشأن التكاليف الباهظة نسبياً للعلاجات (أعتمد على الأنترنت :

<https://www.pacificprime.com/country/europe/sweden-health-insurance/>,

30/12/2019, 16 :51)

3.6 مبادئ النظام الصحي للسويد: يتطلب قانون الرعاية الصحية في السويد لعام 1982 من مجالس

المحافظة تعزيز صحة سكانها ولتقديم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية (Health Care

Systems Sweden, 1996, p. 06). تنطبق عليه ثلاثة مبادئ أساسية: (1) الكرامة الإنسانية:

يتمتع جميع البشر بحقوق متساوية في الكرامة ولهم نفس الحقوق بغض النظر عن وضعهم في المجتمع، (2)

الحاجة والتضامن: أولئك الذين هم في أمس الحاجة إليها لهم الأسبقية في المعالجة، (3) الفعالية من

حيث التكلفة: عندما يتعين الاختيار يجب أن يكون هناك توازن معقول بين التكاليف والعوائد مع قياس

التكلفة فيما يتعلق بتحسين الصحة ونوعية الحياة. تظهر الدراسات التي تلت إصلاح السوق في السويد عام 2010 في مجال الرعاية الأولية أنه تم تحقيق الأهداف المتعلقة بإمكانية الوصول لكن آثار الإصلاح على الجودة والإنصاف والكفاءة غير واضحة (أعتمد على الأنترنت : <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>, 26/12/2019, 22:23)

4.6 تقديم العلاج للمرضى المقيمين وغير المقيمين: عند زيارة السويد بشكل مؤقت يمكن الحصول على علاج طبي في أي من المرافق العامة، أما إذا كان الزائر من بلد في الاتحاد الأوروبي أو المنطقة الاقتصادية الأوروبية، فيمكنه الوصول إلى الرعاية الصحية في السويد باستخدام بطاقة التأمين الصحي الأوروبية (EHIC). لا يتمتع السياح من دول خارج الاتحاد الأوروبي بحق تلقائي في الحصول على رعاية صحية مجانية أو منخفضة التكلفة، يجب أن يتوفر لديهم شهادة من الوكالة الوطنية للتأمينات الاجتماعية توضح أنهم مؤهلون للحصول على العلاج في السويد (أعتمد على الأنترنت : <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>, 25/12/2019, 12:46). يحتاج الشخص الذي يخطط للبقاء في السويد لمدة عام أو أكثر للحصول على رقم تعريف شخصي للضريبة السويدية للوصول إلى نظام الصحة العمومية. إذا كان مقيماً لمدة قصيرة ولم يكن لديه أي شخص فسوف يحتاج إلى الحصول على تأمين صحي خاص. إذا كان الشخص من دول الاتحاد الأوروبي، فيجب عليه التسجيل للحصول على بطاقة التأمين الصحي الأوروبية (EHIC) قبل القدوم إلى السويد، تمنحك هذه البطاقة الوصول إلى الرعاية الصحية بنفس تكلفة المواطن. يحق للعاملين في السويد العلاج في كل من السويد والدنمارك، وهذا ينطبق على حالات الطوارئ والعلاج المخطط له. يجب على المريض استشارة مركز صحي أولاً. يمكن للمسافرين على الحدود (الذين يعيشون في بلد ما ويعملون في بلد آخر) أن يختاروا للعلاج المكان الذي يريدونه (الطوارئ والمخطط له). يتم استبعاد أفراد عائلات العمال الذين يجب أن يطلبوا العلاج المخطط له في بلد الإقامة بينما يحق لهم الحصول على العلاج في حالات الطوارئ في كلا البلدين (أعتمد على الأنترنت: <https://www.oresunddirekt.dk/en/working-in-sweden/health-care/the-swedish-health-care-system>, 25/12/2019, 15:58) تعتبر السويد من البلدان غير الناطقة بالإنجليزية في العالم، يمكن العثور على طبيب يتحدث الإنجليزية في السويد، يحق للمريض الحصول على مساعدة مترجم شفوي مجاناً عند الذهاب للرعاية الطبية أو الأسنان ويجب أن يذكر المريض مقدماً أنه بحاجة إلى مترجم شفوي عند تحديد الموعد (أعتمد على الأنترنت : <https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-system-in-sweden>, 25/21/2019,

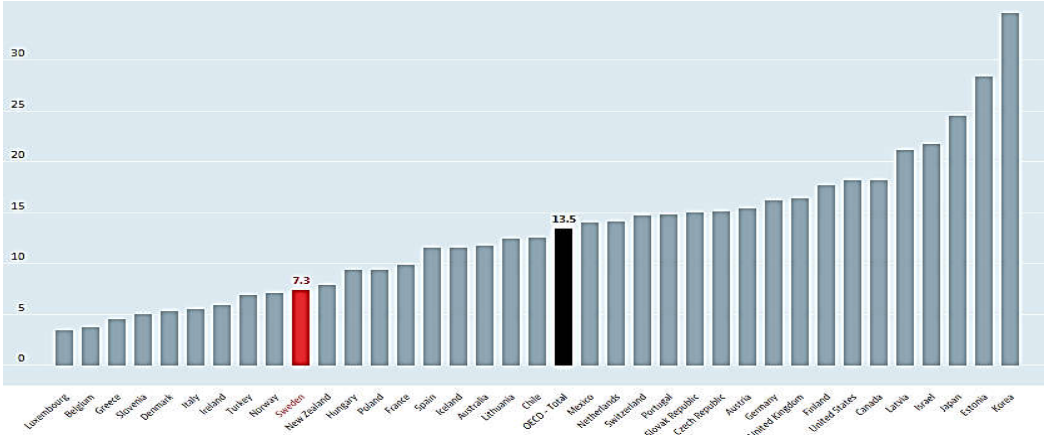
(59:12). تعتمد نوع خطة التأمين الصحي شركة التأمين هي التي تختارها وهي: **(1) قاعدي**: يغطي الاحتياجات الصحية الأساسية مثل الفحوصات، الأدوية، الرعاية الوقائية ونفقات مختلفة غير متوقعة، **(2) ضروري**: يغطي القليل من الخطة الأساسية تكلف هذه الخطة عادةً أكثر، لكنها تغطي مجموعة متنوعة أكبر من أنواع المواعيد والجراحات، **(3) شامل**: ويشمل ذلك العلاج في العيادات الخارجية، **(4) ممتاز**: تغطي هذه الخطة عادةً جميع الاحتياجات الطبية الأساسية، العلاج في العيادات الخارجية وتأمين السفر الدولي. قد لا يتم تضمين الوظائف الإضافية مثل العناية بالعيون والأسنان في جميع الخطط. تختلف تكاليف التأمين الصحي الخاص من مزود إلى مزود بالإضافة إلى خطة العلاج ولكن في المتوسط يمكن أن يدفع المؤمن حوالي (400 دولار أمريكي). الرعاية الصحية الخاصة في السويد تخضع لتنظيم كبير من قبل الحكومة وحتى بعض شركات التأمين الخاصة مدعومة من قبل الحكومة (اعتمد على الأنترنت : <https://www.internations.org/go/moving-to-sweden/healthcare>, 25/12/2019, 14:19)

5.6 العاملين في القطاع الصحي: الأطباء في القطاع العمومي والخاص بما في ذلك أخصائيي المستشفى والمرضات والفئات الأخرى من موظفي الرعاية الصحية على جميع مستويات الرعاية، هم في الغالب موظفون بأجر، متوسط الراتب الشهري للطبيب الحاصل على شهادة متخصصة (بما في ذلك المتخصصون في الطب العام) 6900 دولار أمريكي في عام 2015. لا توجد لائحة تحظر الأطباء (بمن فيهم المتخصصون) والموظفون الآخرون الذين يعملون في المستشفيات العامة أو الرعاية الأولية من ممارسات رؤية المرضى الخاصين خارج المستشفى العام أو ممارسة الرعاية الأولية ويجوز لأصحاب مهنة الرعاية الصحية وضع مثل هذه القواعد لموظفيهم

(اعتمد على الأنترنت: <https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-system-in-sweden>, 25/21/2019, 12:59).

6.6 الفجوة الأجرية بين الجنسين: تعرف الفجوة في الأجور حسب OCED على أنها بين الجنسين على أنها الفرق بين متوسط دخل الرجل والمرأة بالنسبة إلى متوسط دخل الرجل.

الشكل 2. نسب الفجوة في الأجور في السويد مقارنة بالنسب في بعض دول العالم



المصدر: (أعتمد على الأنترنت: <https://data.oecd.org/earnwage/gender-wage-gap.htm>,

30/12/2019, 13 :27

يتوضح من الشكل السابق أن هناك فرق معتبر بين نسبة الفجوة في الأجور بين السويد (7.3%) ومتوسط النسب المحدد من طرف منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي (13.5%)، في عام 2019. في عام 2018 كان متوسط الدخل المكتسب للنساء 77% من متوسط دخل الرجال بزيادة طفيفة عن نسبة 72% في عام 1999 وذلك وفقاً لمكتب الإحصاء الوطني في السويد. وذلك بسبب ارتفاع دخل النساء بمعدل أسرع من دخل الرجال في العقدين الماضيين مع زيادة دخل النساء على دخل الرجال في 268 من أصل 290 بلدية. عادة ما تكون المدن التي شهدت التأثير العكسي هي الأماكن التي تشهد إما اقتصاداً مزدهراً في صناعات يسيطر عليها الذكور، مثل: مراكز التعدين السويدية الشمالية Kiruna and Gällivare، أو التي يكون فيها مستوى الدخل الإجمالي منخفضاً والذي يؤثر على النساء بشكل كبير مثل: ضواحي ستوكهولم (اعتمد على الأنترنت-[https://www.thelocal.se/20191001/this-is-](https://www.thelocal.se/20191001/this-is-how-much-women-and-men-earn-in-sweden)

[how-much-women-and-men-earn-in-sweden](https://www.thelocal.se/20191001/this-is-how-much-women-and-men-earn-in-sweden), 18/03/2020, 14 :19)

7.6 استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال في مجال الرعاية الصحية: للمراقبة المستمرة لكيفية عمل الرعاية الصحية في السويد أنتجت الدولة مسجاً وطنياً سنوياً للمرضى منذ عام 2009، يأخذ هذا المسح في الاعتبار نظرة المرضى إلى الرعاية التي يتلقونها وكذلك طريقتهم إلى الشفاء. ينقسم المسح إلى فئات مثل: العناية بالسرطان والرعاية الأولية والرعاية النفسية للأطفال والكبار. يتم استخدام نتائج هذا المسح لتقييم وإدارة الرعاية الصحية في جميع أنحاء البلاد (أعتمد على الأنترنت : <https://www.internations.org/go/moving-to-sweden/healthcare>, 25/12/2019, 14 :19). لعبت الصناعة وإدخال المستحضرات الصيدلانية والمنتجات والعمليات الجديدة في نظام

الرعاية الصحية السويدي دورًا مهمًا في تطوير النظام وجودته، حيث شجعت شراكات قوية بين الجهات الفاعلة في القطاعين العام والخاص والأوساط الأكاديمية على تطوير منتجات وحلول وعمليات جديدة وكل ما هو مطلوب لتقديم الرعاية الصحية والطبية ذات المستوى العالمي للجميع، وقد ساعد الانفتاح على ضمان قاعدة قوية لكل من شركات الأدوية والهندسة الحيوية والتكنولوجيا الطبية الوطنية والدولية للسويد (أعتمد على الأنترنت-[https://www.symbiocare.org/how-sweden-achieved-world-](https://www.symbiocare.org/how-sweden-achieved-world-class-medical-and-social-care/)

14: 24/12/2019, 16). سجل الأدوية على الأنترنت كان موجودًا في بلدين فقط (السويد والدنمارك)، اليوم موجود في كل بلد تقريبًا، تعرف الصيدليات في السويد باسم **Apotek** ويمكن العثور عليها بسهولة في مراكز المدن. معظمها مفتوحة في 8:00 أو 9:00 صباحًا وتغلق في 7:00 أو 8:00 مساءً، وبعض الصيدليات مفتوحة 7/24. تختلف لوائح الأدوية من بلد إلى آخر وقد يجد المغتربون أنهم يحتاجون إلى وصفة طبية في السويد للأدوية التي يمكنهم شراؤها في بلدانهم الأصلية. يتم دعم الدواء وهو متاح مقابل رسوم رمزية لكل من السكان المحليين والوافدين. مثل معظم النفقات الطبية الأخرى في السويد هناك سقف سنوي للمبلغ الذي يدفعه المرضى مقابل الدواء. بمجرد الوصول إلى الحد الأقصى تستمر الحكومة في الدفع بدون دفع مشترك من المريض.

(أعتمد على الأنترنت-<https://www.internations.org/go/moving-to-sweden/healthcare>, 25/12/2019, 14 :19)

8.6 الصعوبات التي يواجهها النظام الصحي للسويد: السويد لديها خامس أعلى متوسط العمر المتوقع في أوروبا (5 ٪ من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 80 وما فوق)، ومعدلات البقاء على قيد الحياة من السرطان هي من بين أعلى المعدلات في القارة وفقًا لأرقام 2017 منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. ينص القانون السويدي على أنه يجب على المرضى الانتظار أكثر من 90 يومًا لإجراء عملية جراحية أو زيارة طبيب مختص. ومع ذلك ينتظر كل مريض ثالث فترة أطول وفقًا لأرقام الحكومة. يجب على المرضى أيضًا رؤية طبيب عام في غضون سبعة أيام وهو ثاني أطول موعد نهائي في أوروبا بعد البرتغال (15 يومًا). تختلف فترات الانتظار بشكل كبير عبر 21 محافظة في السويد، صرح أحد أطباء الأسنان في مقاطعة Dalarna المركزية لوكالة France أن 6 أشهر مرت قبل فحصه. طوابير غرفة الطوارئ في أكبر مستشفيات ستوكهولم تصل ل: 4 سا انتظار. كانت متوسط فترة انتظار جراحة سرطان البروستاتا في جميع أنحاء البلاد لعام (2016): 120 يومًا و 271 يومًا في مقاطعة Vasterbotten الشمالية حسب الأرقام الرسمية. حوالي 80 □ من قطاع الرعاية الصحية يحتاج إلى ممرضات والخدمات عبر الإنترنت حيث يرى

المرضى الطبيب عبر كاميرا ويب والتي صارت منتشرة. يشتكي السويديون من عدم تمكنهم من رؤية ممارسهم العام بصفة منتظمة - وما يتبع ذلك من قلة الاستمرارية - لأن عدداً متزايداً من الأطباء والمرضى هم من الموظفين المؤقتين الذين تستخدمهم شركات التوظيف. في Solleftea مسقط رأس رئيس الوزراء الشمالي مع ما يقرب من 20000 من السكان تم إغلاق جناح الولادة الوحيد في إحدى السنوات لتوفير المال مع وجود أقرب قسم للولادة على بعد 200 كم وتقدم القابلات دروساً حول كيفية نقل الأطفال في السيارات كما انخفض عدد أسرة المستشفيات السنوات الأخيرة وانخفض متوسط مدة

الإقامة (أعتمد على الإنترنت-<https://www.businesstimes.com.sg/consumer/swedes-face-problems-with-health-care-system>, 27/12/2019, 21 :09).

7. خاتمة:

يتضح من خلال ما سبق أن الاقتصاد النفسي مفهوم حديث ظهر في فرنسا سنة 2011 في محاولة للنظر لقيمة الأنشطة الاقتصادية بما يتوافق والأبعاد الثقافية المرتبطة بالنشاط. في هذه الدراسة تم اختيار النظام الصحي للسويد كنموذج حاول تكييف قطاع الرعاية الصحية بما يتوافق والثقافة المرتبطة بالرعاية للمجتمع السويدي وكذا واجب المؤسسات العمومية في تقديم الخدمات الصحية .إجابة على التساؤل الرئيسي فإن مفهوم الاقتصاد النفسي يتوافق لحد كبير مع هيكلية النظام الصحي في السويد حسب نموذج Hofstede، وفقاً له فالتنظيم اللامركزي للنظام الصحي جعل السلطات المسؤولة عن تقديم الخدمة الصحية أقرب ما يكون لمتلقي الخدمة (المرضى)، إن تقلص المسافة بين السلطة وملتقي الخدمة ساهم إلى حد كبير في التعرف على احتياجاته وبالتالي القيام بالإصلاحات اللازمة لحصوله على العلاج، الأدوية، التأمين، تسهيل وصول الخدمة والاتصال ومراعاة التكاليف من جهة وكذا تحديد رسوم العلاج، التأمين الخاص، سعر الأدوية والنسب المختلفة للضرائب التي يتم تحصيلها على مستوى المقاطعات. حسب طبيعة المجتمع السويدي أين تتداخل الأدوار الذكورية والأنثوية فإنه لا يزال هناك فروقات ملحوظة في الفجوة الأجرية بين الذكور والإناث وهذا راجع إلى طبيعة النشاطات الاقتصادية في البلد، إلا أن الثقافة الأنثوية (ثقافة الرعاية، التعاون ونبد المنافسة) لدى المجتمع السويدي تظهر من خلال جعل النظام الصحي يسعى لتحقيق المساواة والعدالة وشمولية الحصول على العلاج لكل فئات المجتمع (الصغار، كبار السن، المعاقين والمرضى النفسيين) من المقيمين وغير المقيمين في كافة المستويات العلاجية والحصول على الأدوية والتأمين. بعد عدم اليقين / اللأأكادة ليس غريباً على المجال الصحي إذ

أن الخدمة المقدمة معنوية وغير ملموسة ولا يمكن تقييمها مادياً إلا عن طريق النتائج. وبهذا الصدد فإن السويد تحتل مكانة متقدمة بين الدول فيما يخص النتائج المحققة من معدل الحياة، الاستشفاء من مرض السرطان وجودة الخدمات الصحية المقدمة والتي لا تختلف تقريبا عن نظيرتها في القطاع الخاص. إلا أن هذا لا ينفي الصعوبات التي تواجه القطاع العمومي من طول فترة الانتظار وعبء الانفاق المالي ونقص الإمكانيات التي تواجهه. لعل أهم بعد يمكن أن يكون المشكلة والحل في آن واحد هو الفردانية، وتحديد المبادرات الفردية في مشاريع المجال الصحي التي يمكن أن تخلق نوعاً من التعاون مع المؤسسات العامة، ولعل ضعف المبادرات الفردية راجع لوجود قيود (عقود قانونية) ورقابة من السلطات العمومية ومتى ما تمكنت السويد من إيجاد توازن بين هاذين القطاعين والتخفيف من القيود القانونية وتدخل السلطات العمومية في نشاط المؤسسات الخاصة، أو العمل على شراكات كثيرة مع المؤسسات الخاصة خاصة في مجال احتكارها للشركات الدوائية فإن المؤسسات الخاصة ستتقاسم عبء التكاليف ولربما أدى ذلك إلى تخفيض فترات الانتظار وإن كان هناك زيادة في الرسوم المدفوعة لنيل العلاج. يمكن استخلاص نقطة هامة من خلال استعراض تجربة السويد وهي أنها نظرت لمجال الرعاية الصحية نظرة إنسانية مع الحفاظ على متطلباته الاقتصادية وإن لم يكن ذلك سهلاً إلا أنها ميزته بخصائصه الثقافية كنشاط وكتريكية اجتماعية وثقافية لبلد السويد.

8. قائمة المراجع:

- 1) الغالي، صالح مهدي محسن العامري (2008)، المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال (الأعمال والمجتمع)، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 2) Beauchamp, T. L. (2003). Ethical Theory and Bioethics (Ed. 6th). Wadsworth, New York, USA: (New York: Wadsworth.
- 3) Elliott, D. (2009). Ethical Challenges: Building an Ethics Toolkit. Indiana, Library of Congress, USA: Author House.
- 4) Fernandes, A. s. (2017). The Case for Placing the Economics of Care at the Heart of Sustainable Development. The New Economy Foundation, 01-20.
- 5) Health Care Systems Sweden (Preliminary version). (1996). World Health Organization Regional Office for Europe, 01-70.
- 6) Held, V. (2006). The Ethics of Care: Personal, Political, and Global. New York, USA: Oxford University Press.Inc.
- 7) Held, V. (2006). The Ethics of Care: Personal, Political, and Global. (I. Oxford University Press, Ed. New York, USA.
- 8) Hjortsberg, C., & Ola Ghatnekar. (2001). Health Care Systems in Transition (Sweden) 2001. (A. Rico, Wendy Wisbaum, & Teresa Cetani, Eds.) European Observatory on Health Care Systems, 03(08), 01-106.

- 9) Ilkcaracan, I. (2018). Four Things to Know About the Purple Economy. IWRAW (International Women's Rights Action Watch Asia Pacific), 01-02.
- 10) J. Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care (Vol. 53). The American Economic Review.
- 11) M. Vetach, R. (2000). Cross-Cultural Perspectives in Medical Ethics. (2nd Ed) London: Jones and Bartellett, Sudbury, Massachusetts.
- 12) The Purple Economy: An Objective, An Opportunity– English Translation. (2013, June 11). First inter-institutional working group on the purple Economy, 01-16.
- 13) Tobelem, J.-M. (2011). The arts and culture: a financial burden or a way out of the crisis? (O. Culture, Ed.) ENCATC Journal of Cultural Management and Policy, 03(01), 52-60.
- 14) Tripathi, S. K., & Snehlata Jaiswal. (2018). Purple Economy-Component of a Sustainable Economy in India. IOSR Journal of Business and Management, 12(20), 47-50. doi:10.9790/487X-2012034750
- 15) Vitell, S. J., & Saviour L. Nwachukwu, J. (1993). The Effects of Culture on Ethical Decision-Making: An Application of Hofstede's Typology. Journal of Business Ethics, 12, pp.753-760.
- 16) Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices (Vol. 30). Nurs Admin Q.
- 17) Watson, J. (2006). Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices, Nurs Admin Q, (Vol. 30), School of Nursing, University of Colorado Denver and Health Sciences Center, USA.
- 18) WMA. (2005). Medical Ethics Manual. UK: World Health Communication Associates.
- 19) <https://www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/national-healthcare-systems/healthcare-in-sweden.html> , 25/12/2019, 13 :05)
- 20) <https://www.businesstimes.com.sg/consumer/swedes-face-problems-with-health-care-system> , consulted on: 27/12/2019, 21 :09)
- 21) <https://data.oecd.org/earnwage/gender-wage-gap.htm>, consulted on: 30/12/2019, 13:27
- 22) <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>, consulted on: 25/12/2019, 12:46
- 23) <https://www.internations.org/go/moving-to-sweden/healthcare> , consulted on: 25/12/2019, 14 :19
- 24) <https://www.oresunddirekt.dk/en/working-in-sweden/health-care/the-swedish-health-care-system> , consulted on: 25/12/2019, 15:58
- 25) <https://www.pacificprime.com/country/europe/sweden-health-insurance/> , consulted on: 30/12/2019, 16 :51
- 26) <https://www.symbiocare.org/how-sweden-achieved-world-class-medical-and-social-care/> ,consulted on: 24/12/2019, 16 :46
- 27) <https://www.thelocal.se/20191001/this-is-how-much-women-and-men-earn-in-sweden> , consulted on: 18/03/2020, 14 :19
- 28) [https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-\(system-in-sweden](https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-(system-in-sweden) , 25/21/2019, 12 :59
- 29) <https://whc.unesco.org/en/news/801> , consulted on: 23/11/2019, 17 :34