

مراقبت‌های سلامتی در فنلاند

مترجمین: ندا شعریاف شعار^۱، دکتر حسین زارع^۲

۱. چشم انداز

۱-۱. جمعیت شناسی

فنلاند کشوری است در شمال اروپا که بین سوئد و روسیه قرار گرفته است. جمعیت کشور فنلاند تا پایان سال ۲۰۰۷ به ۵/۲۴ میلیون نفر می‌رسید. ۱۶/۹ درصد از این جمعیت را افراد زیر ۱۵ سال و ۱۶/۴ درصد را افراد بیش از ۶۵ سال تشکیل می‌دهند، بالا رفتن سن جمعیت نیز همچنان ادامه دارد. چنین پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۲۰، ۱۶ درصد جمعیت این کشور را افراد زیر ۱۵ سال و ۲۳ درصد جمعیت را افراد بیش از ۶۵ سال تشکیل دهند.

۱-۲. مرگ و میر

میزان مرگ و میر نوزادان در فنلاند از پایین‌ترین آمار در میان کشورهای مختلف است. تا پایان سال ۲۰۰۷، متوسط عمر مردان ۷۵/۱ و زنان ۸۲/۱۵ سال بوده است. کاهش پیوسته و یکسانی در مرگ و میر جمعیت فنلاند بر اساس سن و جنسیت افراد وجود دارد، اما تفاوت بارزی میان

۱. کارشناس ارشد زبانهای خارجی، سرپرست دفتر همکاریهای علمی و بین‌المللی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

۲. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدیر گروه پژوهشی بررسیهای اقتصاد سلامت مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

میزان مرگ و میر زنان و مردان دیده می‌شود. همچنین، تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی و تربیتی نیز در میزان مرگ و میر و شیوع بیماری‌ها وجود دارد. تغییرات منطقه‌ای هنوز در مرگ و میر ناشی از بیماری‌های شایع وجود دارد.

رایج‌ترین دلیل مرگ مردان (۶۴-۱۵ ساله) بیماری‌های قلبی، مرگ ناشی از مصرف مشروبات الکلی، تصادفات و خودکشی می‌باشد، درحالی‌که علت مرگ زنان در همان فاصله سنی، سرطان پستان، مرگ ناشی از مصرف مشروبات الکلی، خودکشی و تصادف است.

۳-۱. وضعیت سلامت جمعیت

به طور کلی، وضعیت سلامت جمعیت فنلاند ارتقا یافته است. دو سوم (۲/۳) جمعیت فنلاند، وضعیت سلامت خود را مناسب و خوب اعلام کرده‌اند. این عقیده مخصوصاً در میان افراد بالای ۴۵ سال افزایش پیدا کرده است.

تعداد افراد سنگین وزن در طول دهه جاری به طور فزاینده‌ای گسترش یافته است. در سال ۲۰۰۳، ۵۴ درصد مردان و ۳۸ درصد زنان با سنگین وزنی روبرو بوده‌اند. برخی بیماری‌های رایج از قبیل بیماری‌های قلبی عروقی کمتر از حد انتظار در میان افراد دیده می‌شود، اما بالا رفتن سن جمعیت منجر به افزایش بیماری‌هایی همچون سرطان‌ها شده است. در نتیجه، نیاز به مراقبت‌های پزشکی افزایش پیدا کرده است.

اختلالات روانی، بیماری‌های عضلانی و قلبی - عروقی از عمده‌ترین دلایل بازنشستگی و استفاده از مستمری از کارافتادگی در این کشور محسوب می‌شود.

بیماری‌های مسری، مشکلی در فنلاند محسوب نمی‌شوند. اجرای دقیق برنامه واکسیناسیون، ابتلا به بیماری‌های عفونی از دوران طفولیت کاهش داده است. برای مثال، سرخک و اریون در فنلاند بسیار نادر هستند. بیش از ۹۵ درصد کودکان بر طبق این برنامه تحت واکسیناسیون قرار می‌گیرند.

تا سال ۱۹۹۹، کمتر از ۱۰۰ مورد جدید ابتلا به HIV (ایدز) هر ساله گزارش شده است. از آن به بعد، این بیماری عفونی در میان معتادان تزریقی افزایش یافت، اگرچه هم اکنون موقعیت تحت کنترل است. در سال ۲۰۰۳، ۱۳۲ نفر از مبتلایان جدید به این بیماری شناخته شدند.

۴-۱. استعمال دخانیات و مشروبات الکلی

آمار استعمال دخانیات در فنلاند از سایر کشورهای اروپایی کمتر است. بر اساس آمار، ۲۶ درصد مردان و ۱۹ درصد زنان روزانه دخانیات مصرف می‌کنند. از سال ۱۹۸۰، استعمال دخانیات در میان مردان کمتر شده است در حالیکه در مورد زنان تغییری حاصل نشده است. ۲۳ درصد مردان جوان (۲۴-۱۵ ساله) و ۲۰ درصد زنان جوان، روزانه دخانیات مصرف می‌کنند.

مصرف مشروبات الکلی در میان فنلاندی‌ها بسیار رایج است. رابطه نزدیکی میان مصرف الکل و مرگ و میر ناشی از مصرف نوشیدنی‌های الکلی وجود دارد، سالیانه در حدود ۲۲۰۰ نفر به دلیل مصرف نوشیدنی‌های الکلی جان خود را از دست می‌دهند. با این وجود، مصرف الکل همچنان ادامه دارد و در حال افزایش است. در سال ۲۰۰۳ به ازای هر نفر، ۹.۴ لیتر الکل مصرف شده است.

آمار استفاده از مواد غیرقانونی در طول مدت زمان زیادی ثابت بود، اما در دهه ۱۹۹۰ بسیار بیشتر شد. در سال ۱۹۹۲، آمار ۵ درصدی استعمال مواد غیرقانونی به ۱۲ درصد در سال ۲۰۰۲ رسید. هر ساله حدود ۱۰۰ نفر در فنلاند، جان خود را به دلیل استعمال مواد مخدر از دست می‌دهند.

۲. سیاست سلامت

سیاست سلامت فنلاند کاهش مرگ‌های نابه‌هنگام، ارتقای سطح زندگی سالم و فعال، تضمین با کیفیت‌ترین نوع زندگی برای همه و کاهش تفاوت سلامت در میان بخش‌های مختلف جمعیت را دنبال می‌کند. این کشور درصدد پررنگتر کردن نقش سلامت در برنامه‌ها و سیاست‌ها و در تمامی تصمیم‌گیری‌های عمومی است. علاوه بر این یک برنامه گسترده در عرصه سیاست‌های سلامت، بر اهمیت خدمات بهداشتی درمانی مؤثر و قابل دسترس همگان تأکید می‌کند.

با توجه به ارزیابی‌های داخلی و بین‌المللی، سیاست سلامت فنلاند در تطابق با استراتژی‌های برگزیده ارتقا یافته است. سلامت جمعیت در کل بهبود پیدا کرده است؛ با این وجود، تفاوت در میان بخش‌های مختلف دیده می‌شود. این امر باعث ایجاد چالشی در سیاست‌های آتی سلامت و همچنین، تفاوت‌های منطقه‌ای در سیستم خدمات شده است.

۳. سازمان خدمات بهداشتی درمانی و سیستم خدمات بهداشتی درمانی

۳-۱. وزارت اموراجتماعی و سلامت

وزارت امور اجتماعی و سلامت^۱، قوانین را در عرصه رفاه اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی وضع کرده و بر نحوه به کارگیری قوانین نظارت دارد. این وزارتخانه، اهداف و برنامه‌های رفاه اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی را هر چهار سال یکبار آماده می‌کند که باید توسط دولت به تصویب برسد. این برنامه‌ها شامل تصمیماتی در خصوص تأمین منابع رفاه اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی است که باید هر ساله در ارتباط با بودجه دولتی مصوب بازبینی شود.

۳-۲. ادارات و مؤسسات

بخش رفاه اجتماعی و سلامت شامل تعدادی از ادارات و مؤسساتی است که در همکاری با وزارت امور اجتماعی و سلامت، عهده‌دار تحقیق، توسعه و فعالیت‌های آماری و نظارتی است. این ادارات و مؤسسات به شرح زیر هستند:

- مؤسسه سلامت عمومی ملی^۲
- آژانس ملی دارو^۳
- مرکز توسعه دارو درمانی^۴
- مرکز ملی تحقیق و توسعه رفاه و سلامت^۵
- آژانس ملی نظارت بر محصولات رفاه و سلامت^۶
- سازمان ملی پزشکی قانونی^۷
- سازمان امنیت هسته‌ای و پرتویی^۸
- سازمان نظارت بیمه^۹

1. Ministry of Social Affairs & Health
2. National Public Health Institute (KTL)
3. National Agency for Medicines (LL)
4. Centre for Pharmacotherapy Development (ROHTO)
5. National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes)
6. National Product Control Agency for Welfare and Health (STTV)
7. National Authority for Medicolegal Affairs (TEO)
8. Radiation and Nuclear Safety Authority (STUK)
9. Insurance Supervisory Authority (VVV)

۳-۳. ادارات و دفاتر دولتی استانی^۱

به منظور سرپرستی و نظارت دولت مرکزی، فنلاند به شش استان تقسیم شده است. هر کدام از این استان‌ها توسط یک استاندار سرپرستی می‌شود. دپارتمان‌های اجتماعی و سلامت ادارات این استان‌ها، مسئول راهنمایی و نظارت بر بخش رفاه اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی در استان‌های مربوطه می‌باشند. برای مثال، ادارات و شعبات استانی به شکایات در خصوص کارکنان بخش سلامت پرداخته و عهده‌دار ایجاد طرح‌های آموزشی و توسعه‌ای هستند. مسئولیت بخش سلامت و خدمات بهداشتی درمانی در استان خودگردان آلاند تحت نظر دولت استانی است. دولت استانی، اکثر وظایفی را که در سایر نقاط فنلاند بر عهده دولت مرکزی است را عهده‌دار است.

۳-۴. بازرسان سلامت و ایمنی شغلی^۲

هشت بازرس سلامت و ایمنی شغلی در فنلاند وجود دارند. این افراد، مقامات ناظر و سرپرستان دولتی‌اند که مسئول ایجاد ملزومات لازم برای سلامتی و ایمنی شغلی به منظور ارتقای ظرفیت‌های کاری هستند. این بازرسان در مورد احتیاجات و نیازهای توسعه دپارتمان سلامت و ایمنی شغلی^۳ وزارت امور اجتماعی و سلامت، گزارش‌هایی را ارائه می‌کنند.

۳-۵. مقامات محلی^۴

مسئولیت تدارک خدمات بهداشتی درمانی در فنلاند در حوزه اختیارات ۴۴۰ شهرداری در کشور قرار گرفته است. این شهرداری‌ها با ایجاد مرکز سلامت و خدمات بهداشتی درمانی به صورت مستقل و یا به صورت برنامه‌های مشترک با سایر شهرداری‌ها، مسئولیت خود را به انجام می‌رسانند. همچنین، یک شهرداری می‌تواند خدمات بهداشتی درمانی را از سایر شهرداری‌ها، سازمان‌های غیردولتی و یا بخش خصوصی خریداری نماید. مناطق بیمارستانی که توسط شهرداری‌ها احداث شده‌اند، مسئول تدارک خدمات تخصصی پزشکی هستند. در

1. State Provincial Offices
2. Occupational Safety and Health Inspectorates
3. Department for Occupational Safety and Health
4. Local Authorities

حدود ۲۱ منطقه بیمارستانی که منطقه آلاند^۱ نیز جزو آن می‌باشد در فنلاند وجود دارند که هر کدام تحت نظر شهرداری آن منطقه فعالیت می‌کند.

اعتبارات و بودجه خدمات بهداشتی درمانی عمدتاً از طریق درآمدهای مالیاتی تأمین می‌شود. ۴۳ درصد این خدمات از طریق درآمد مالیات‌های محلی، ۱۷ درصد از طریق وام‌های دولتی (که خود از طریق مالیات‌های ملی حاصل می‌شود) و ۱۶ درصد نیز از طریق درآمدهای بیمه‌ای حاصل می‌شود. ۲۰ درصد نیز از طریق مصرف‌کنندگان خدمات پرداخت می‌شود. مشارکت دولت در مخارج بخش رفاه اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی به عواملی از قبیل جمعیت، ساختار سنی و میزان بیماری و همچنین عوامل محاسباتی دیگری بستگی دارد.

قانون، ماهیت اساسی و چارچوب عملیاتی خدمات بهداشتی درمانی را تبیین نموده است، اما جزئیات مربوط به قلمرو، محتوا یا سازماندهی این خدمات را ذکر نکرده است. بنابراین ممکن است تفاوت‌هایی در ضوابط و قوانین خدمات بهداشتی درمانی شهرداری‌ها دیده شود. علیرغم این؛ قانونگذار، خدمات اولیه بهداشتی درمانی و خدمات تخصصی پزشکی را که باید توسط تمامی مقامات محلی ارائه شود، مقرر ساخته است.

خدمات بهداشتی درمانی عمومی با خدمات بهداشتی درمانی بخش خصوصی تکمیل می‌شود، خصوصاً در شهرهای بزرگ. سیستم ملی بیمه سلامت، آن بخش از هزینه‌ها را که باید توسط مراجعه‌کنندگان به بخش خصوصی پرداخت شود به آنها مسترد می‌دارد.

۴. ارتقای سلامت

ارتقای سلامت، شامل پیشگیری از بیماری‌ها، به مدت چندین دهه است که در رأس برنامه‌ها و سیاست‌های خدمات سلامت فنلاند قرار گرفته است. این اقدام منجر به کاهش چشمگیر بیماری‌های مسری^۲، کاهش برخی بیماری‌هایی که در ارتباط با نحوه زندگی افراد است و ارتقای سطح سلامت افراد شده است. این موقعیت در فنلاند به نسبت سایر کشورهای اروپایی از رشد چشمگیری برخوردار بوده است.

نقطه آغاز ارتقای سلامت این است که سلامت باید در تمامی جنبه‌های زندگی از جمله در خانه، در مراقبت‌های روزانه کودکان، در مدارس، محل کار و در اوقات فراغت ارتقا یابد در

1. Åland
2. communicable diseases

غیر این صورت تنزل خواهد یافت. هدف، توجه به مسائل سلامت در تمامی بخش‌ها و در تمامی برنامه‌هاست. این هدف بر اساس برنامه سلامت عمومی سال ۲۰۱۵ به وجود آمده است که توسط دولت نیز به تصویب رسیده است. اولویت‌های مهم، شامل ورزش‌های جسمانی که سلامت را ارتقا می‌دهد، تغذیه، مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر، سلامت روانی و پیشگیری از تصادفات و حوادث است.

ارتقای سلامت در سطحی ملی و شهری به انجام می‌رسد. همچنین، سازمان‌ها نیز برنامه‌های گسترده‌ای را برای ارتقای سلامت به کار می‌بندند. اعتبارات ارتقای سلامت عمدتاً از طریق سرمایه‌گذاری‌های شهری تأمین می‌شود. به علاوه، بودجه دولت به همین منظور شامل بودجه خاص جداگانه‌ای می‌باشد؛ ۷.۵۵ میلیون یورو در سال ۲۰۰۴ که از این مقدار، حق‌بیمه برحسب کاربرد طرح‌های شهرداری، سازمان‌های غیردولتی و سایر بخش‌ها تعیین می‌شود. همچنین، سازمان‌ها این صلاحیت را دارند که برای تأمین مالی از درآمد حاصل از فعالیت‌های تفریحی مؤسسه‌ای که در سال ۱۹۸۳ تأسیس شده در راستای برنامه‌های ارتقای سلامت در جامعه استفاده نمایند.^۱

۵. پیشگیری از بیماری‌های واگیردار

واکسیناسیون مطابق با برنامه مصون‌سازی دولت، به عنوان بخشی از مراقبت‌های سلامتی مدارس، به صورت رایگان در کلینیک‌های خدمات سلامت کودکان در اختیار آنها قرار می‌گیرد. این برنامه از بیماری‌هایی نظیر سل، دیفتی، کزاز، سیاه سرفه، فلج اطفال، سرخک، اریون، سرخچه و بیماری‌های هموفیلی پیشگیری می‌کند. به علاوه، واکسن‌های آنفلوانزا در اختیار افراد بیش از ۶۵ سال و افرادی که در معرض خطر بیماری هستند قرار داده می‌شود.

وقوع بیماری‌های مسری از طریق یک سیستم گزارشی صحیح نظارت می‌شود. شهرداری‌ها با کنترل‌های بهداشتی، موارد اپیدمیک محلی را بررسی می‌کنند. مؤسسه ملی سلامت عمومی^۲، مؤسسه تخصصی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های مسری است. پیشگیری از بیماری‌های مسری در خارج مرزهای فنلاند در جهت همکاری با اتحادیه اروپا به انجام می‌رسد.

1. Raha automaattihdistys

2. National Public Health Institute

۶. کاهش تأثیرات زیان‌آور دخانیات در سلامت افراد

از سال ۱۹۷۰، فنلاند قوانین زیادی را در مورد جلوگیری از آگهی‌های تبلیغاتی مربوط به دخانیات و استعمال آن در اماکن عمومی، به تصویب رسانیده است. در سال ۱۹۹۵، استعمال دخانیات در محل کار ممنوع شد و در سال ۱۹۹۹، محدودیت‌هایی در خصوص استعمال دخانیات در رستوران‌ها اعمال گردید. اگر چه، استعمال دخانیات در رستوران‌هایی که کمتر از ۵۰ متر مربع زیربنا داشته باشند و یا در رستوران‌های بزرگتری که مکان مخصوص سیگار کشیدن را تبعیه کرده باشند مجاز است. همچنین، فروش سیگار و تنباکو به افراد زیر ۱۸ سال ممنوع شده است.

۷. مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱

مراقبت‌های بهداشتی اولیه از جمله وظایف مراکز سلامت می‌باشد. شهرداری‌ها می‌توانند مراکز سلامت خود را داشته باشند و یا هیئت‌ها و شوراهای مشترکی با مراکز سلامت داشته باشند. در سال ۲۰۰۳، حدود ۲۷۸ مرکز سلامت در فنلاند وجود داشته است که ۷۰ مرکز توسط شوراهای مشترک شهرداری‌ها، این مراکز و ۲۰۸ مرکز نیز کاملاً توسط شهرداری‌ها اداره می‌شود. یک مرکز سلامت متشکل از بخش‌هایی در شهرداری یا شوراهای مشترک می‌باشد. همچنین، اکثر مراکز سلامت دارای بخش‌های بستری بیماران نیز می‌باشند.

بر اساس مصوبه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، عملکردهای مراکز سلامت عبارتند از:

- فراهم نمودن راهنمایی‌های سلامتی و انجام اقداماتی جهت پیشگیری از بیماری‌ها
- به انجام رسانیدن معاینات و مربوط به مادر آزمایش‌های پزشکی از افراد محلی
- سرپرستی و اداره کلینیک‌های بارداری و کودک
- فراهم نمودن خدمات سلامت شغلی و دانش آموزی
- تأسیس مراکز دندانپزشکی
- وضع ضوابط و قوانین معالجات پزشکی برای ساکنان محلی
- تأسیس خانه‌های پرستاری
- ارائه خدمات توانبخشی

- وضع قوانین خدمات بهداشت روانی در مراکز سلامت
- ارائه خدمات اورژانسی

۷-۱. کلینیک‌های مادران^۱

هدف این کلینیک‌ها، ارتقای سلامت و رفاه مادر، جنین و نوزاد است. از جمله وظایف این مراکز، کمک به والدین در کسب آمادگی برای بچه‌دار شدن و تغییراتی است که با ورود بچه به زندگی ایجاد می‌شود. علاوه بر این، ارتقای نحوه زندگی سالم را پیگیری می‌کند. برای تمامی اعضای خانواده، حمایت‌هایی در نظر گرفته شده است که توجه اصلی به والدین و رابطه میان آنها معطوف می‌شود و نقش و مسئولیت پدر به عنوان بخش بسیار مهمی تلقی می‌شود. همچنین، کلینیک مادران مسئول تدارک وسایل و ملزومات وضع حمل، شناسایی مشکلات و دشواری‌های مرتبط با بارداری و رسیدگی به مشکلات زنان باردار در صورت نیاز آنها به معالجات بیشتر می‌باشد.

تقریباً از تمامی زنان باردار تا قبل از پایان ماه چهارم بارداری، معاینات کامل به عمل می‌آید. این معاینات شرط دریافت وام‌های بارداری است. توصیه شده است که زنان بارداری که در شرایط طبیعی^۲ به سر می‌برند ۱۵-۱۱ بار مراجعه حضوری [در طول ایام بارداری] به این مراکز داشته باشند. که شامل ملاقات با پرستار و پزشک می‌باشد. همچنین، کلاس‌های آموزشی خاصی نیز برای والدین قبل از متولد شدن نوزاد برگزار می‌شود.

۷-۲. کلینیک‌های سلامت کودکان^۳

هدف کلینیک‌های سلامت کودکان، ارتقای سلامت کودکان و رفاه خانواده‌ها و کاهش نابرابری سلامتی در میان خانواده‌ها می‌باشد. نقش کلینیک‌های سلامت کودکان، کنترل و حمایت از پیشرفت اجتماعی، روانی و جسمی کودکان قبل از سن مدرسه و به عمل آوردن حمایت‌هایی از والدین در ایجاد محیط تربیتی سالم و مراقبت‌های مناسب و کمک به رابطه خوب والدین می‌باشد. در این خصوص، توجه فزاینده‌ای بر شناسایی مشکلات محتمل در میان خانواده‌هایی که به تازگی دارای فرزند شده‌اند، می‌شود و حمایت‌های فعالیت از آنها به عمل می‌آید.

1. Maternity Clinics
2. Normal
3. Child Health Clinics

توصیه این است که ۱۶ معاینه و کنترل دوره‌ای توسط کلینیک‌های سلامت کودکان در نظر گرفته شود، که ۵ مورد آن با یک پزشک و پرستار انجام شود. تقریباً نیمی از این معاینات برای نوزادان زیر یک سال و مابقی معاینات در هنگام نیاز انجام می‌شود. پرستار سلامت نیز، یکبار قبل و یکبار بعد از تولد و نیز در مواقع لزوم ملاقات‌های خانگی را به عمل می‌آورد. مراکز سلامتی به طور فزاینده‌ای با سایر مراکزی که در ارتباط با مسائل خانواده و فرزندان قرار دارند، همکاری می‌کنند. همچنین، این کلینیک‌ها واکسیناسیونی را که طبق برنامه مصون‌سازی وضع شده نیز پیگیری و اجرا می‌کنند.

۷-۳. کلینیک‌های سلامت مدارس^۱

هدف کلینیک‌های سلامت مدارس، ارتقای رفاه، مدرسه، وضعیت سلامت دانش‌آموزان و ارتقای وضعیت سلامتی دانش‌آموزان است. مراقبت‌های سلامت مدارس در همکاری با دانش‌آموزان، سایر کارکنان رفاه دانش‌آموزی، معلمان و والدین به انجام می‌رسد. این خدمات عمدتاً در طول دوران دانش‌آموزی و در هنگام حضور در مدرسه در دسترس هستند. با توجه به توصیه‌های کیفی برای مراقبت‌های سلامت مدارس و بر اساس برنامه رفاه و سلامت، معاینات کاملی باید از دانش‌آموزان حداقل سه بار در سال توسط پزشک و پرستار مدرسه در طول سال تحصیلی به عمل آید. از والدین دانش‌آموزان دعوت به عمل می‌آید که در تمامی جلسات معاینه شرکت داشته باشند. در این میان، توجه چشم‌گیری به سلامت ذهنی و جنسی، خشونت، رفتارهای تهدیدآمیز و کنترل وزن معطوف می‌شود.

رفاه مدرسه از طریق مشارکت در آماده‌سازی برنامه و تضمین ارتقای سلامت در محیط مدرسه و ارائه راهنمایی‌هایی در موارد خاص از قبیل موقعیت‌های بحرانی و رفتارهای تهدیدآمیز ارتقا داده می‌شود.

۷-۴. کلینیک‌های سلامت دانش‌آموزی و دانشجویی^۲

هدف مراکز سلامت دانش‌آموزی و دانشجویی، حفظ و بهبود رفاه دانش‌آموزان و دانشجویان از طریق ارتقای وضعیت سلامت و ظرفیت مطالعه آنان، ارتقای سطح سلامت و امنیت محیط

1. School Health Care

2. Student Health Care

آموزشی و فراهم نمودن خدمات پزشکی و بهداشتی درمانی برای آنها می‌باشد. همچنین، مراکز سلامت دانش آموزی و دانشجویی درصدد تضمین رفاه کل جامعه دانش آموزی و دانشجویی می‌باشد.

مقامات محلی، مسئول تأسیس مراکز سلامت دانش‌آموزان در مقاطع راهنمایی و آموزشکده‌های فنی حرفه‌ای هستند در حالیکه خدمات سلامت دانشجویی، خدمات بهداشت و درمان را برای دانشجویان مهیا می‌کند.

۷-۵. کلینیک‌های سلامت شغلی^۱

مراکز سلامت شغلی، مراقبت‌های اولیه سلامت را برای جمعیت کارگری مهیا می‌کند. اهداف نیز، تضمین سلامت و ایمنی فعالیت‌های اشتغال و محیط کاری و حفظ، ارتقا و کنترل وضعیت سلامت و کار و ظرفیت عملی کارگران در مقاطع مختلف اشتغال است.

کارفرمایان موظف به فراهم نمودن مراقبت‌های سلامتی پیشگیرانه هستند و می‌توانند درمان‌های پزشکی و یا سایر خدمات بهداشتی درمانی را بسته به خواست خود تأمین کنند. مؤسسه بیمه اجتماعی ۵۰ درصد هزینه‌های مربوط به تأمین خدمات سلامت شغلی را به کارفرمایان مسترد می‌کند. در حالی که مراکز سلامت وابسته به شهرداری باید به منظور فراهم نمودن خدمات سلامت برای کارفرمایانی که می‌خواهند این نوع خدمات را ارائه دهند، برنامه‌ریزی شوند. همچنین، کارفرما می‌تواند این خدمات را به صورت مستقل ارائه یا آنها را از بخش خصوصی خریداری نماید.

۷-۶. غربالگری^۲

مقامات محلی، موظف به فراهم نمودن غربالگری ماموگرافی سرطان پستان برای زنان ۵۰-۵۹ ساله و غربالگری سرطان گردن رحم^۳ برای زنان ۳۰-۶۰ ساله است. در سال ۲۰۰۱، از ۸۷ درصد زنان برای مشارکت در غربالگری ماموگرافی^۴ و از ۷۲ درصد برای غربالگری سرطان گردن رحم دعوت به عمل آمد.

1. Occupational Health Care
2. Screening
3. cervical cancer
4. mammographic screening

۷-۷. مراقبت‌های سلامت سالمندان^۱

مراقبت‌های سلامت عمومی، رایج‌ترین شکل تدارک خدمات سلامت برای سالمندان می‌باشد. مراقبت‌های خانگی و سایر خدمات مرتبط باعث ماندن هر چه بیشتر افراد در منازل خود می‌شود. در سال ۲۰۰۲، ۵ درصد افراد بالای ۷۵ سال این خدمات و مراقبت‌ها را در آپارتمان‌های با خدمات جانبی، ۵ درصد در خانه‌های سالمندان و کمتر از ۳ درصد نیز از خدمات سلامت مرکز بهداشتی درمانی استفاده کردند. ۱۲ درصد سالمندان نیز از مراقبت‌های مرتب خانگی بهره بردند.

۷-۸. توانبخشی پزشکی

خدمات توانبخشی پزشکی را مراکز سلامت و بیمارستان‌ها ارائه می‌دهند. خدمات توانبخشی پزشکی شامل مشاوره توانبخشی، آزمایش‌هایی به منظور تبیین نیاز افراد به توانبخشی، درمان و دوره توانبخشی به منظور ارتقای ظرفیت عملی و کاری افراد، ضوابط و قوانین امدادهای تخصصی، آموزش سازگاری و راهنمایی‌های توانبخشی می‌باشد.

ضوابط و قوانین توانبخشی به لزوم همکاری میان مراکز سلامت و نهادهایی از قبیل ادارات رفاه اجتماعی، سازمان‌های کار، مدارس، مؤسسات بیمه اجتماعی و شرکت‌های بیمه‌ای نیاز دارد. ترتیب خدمات توانبخشی در شهرداری‌ها توسط یک گروه رابط انجام می‌شود.

در سال‌های اخیر، خدمات توانبخشی به طور فزاینده‌ای برای کارگران و افراد بیش از ۴۵ سال به کار رفته است. افراد اغلب از بیماری‌های عضلانی رنج می‌برند و همچنین، در توانبخشی معلولان و افرادی که دارای مشکلات و اختلالات روانی هستند، افزایش قابل ملاحظه‌ای دیده می‌شود.

بخشی از هزینه خدمات توانبخشی پزشکی بخش خصوصی می‌تواند از طریق سیستم ملی بیمه سلامت بازپرداخت شود.

۷-۹. سلامت دهان و دندان

تمام جمعیت فنلاند تحت مراقبت‌های دندانپزشکی شهری هستند و یا در صورت استفاده از این خدمات در بخش خصوصی، هزینه‌های آنان توسط بیمه سلامت به آنها بازپرداخت

1. Elderly

می‌شود. بیمه سلامت، ۶۰ درصد نرخی را که توسط مؤسسه بیمه اجتماعی برای معالجه و درمان مقرر شده به افراد مسترد می‌دارد.

از ابتدای سال ۲۰۰۲، حق خدمات دندانپزشکی در مراکز بهداشتی و درمانی و یا حق برخورداری از بازپرداخت هزینه‌های مصرف شده در بخش خصوصی برای تمامی جمعیت فنلاند قابل بهره‌مندی است.

۸ خدمات سلامت روانی

اختلالات روانی تبدیل به گسترده‌ترین نوع اختلالات در سال‌های اخیر شده است که این امر در شماری از مستمری‌های از کارافتادگی به دلیل اختلالات روانی کاملاً مشهود است. همچنین، مشکلات روانی به طور رو به افزایشی در میان کودکان، نوجوانان و جوانان دیده می‌شود. شهرداری‌ها، مسئول تدارک خدمات سلامت روانی برای ساکنان منطقه خود می‌باشند. خدمات بهداشتی درمانی سرپایی، رایج‌ترین نوع ارائه خدمات سلامت روانی می‌باشند و شمار خدمات بستری شدن در این خصوص از کاهش قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده است. خدمات سرپایی توسط مراکز سلامت، نهادهای سلامت روانی مرتبط با این مراکز و آسایشگاه‌ها فراهم می‌شود. خدمات بستری نیز توسط بخش‌های روانی بیمارستان‌ها ارائه می‌شود. فنلاند دارای دو بیمارستان روانی دولتی می‌باشد که معالجات و درمان‌های روانی را برای بیمارانی که وضعیت روانی خطرناک و یا پیچیده‌ای دارند فراهم می‌کند. همچنین، خدماتی نیز وجود دارند که می‌توان آنها را ما بین خدمات سرپایی و بستری در نظر گرفت؛ مانند خدمات اسکان افرادی که تحت توانبخشی روانی قرار دارند.

توانبخشی روانی، بخشی از فرایند مراقبت‌های سلامت روانی بیماران را تشکیل می‌دهد. بیمارستان منطقه، خدمات توانبخشی را برنامه‌ریزی کرده و بیماران را بر اساس اولویت طبقه‌بندی می‌کند. نقطه آغاز، تقسیم کار میان خدمات بهداشتی درمانی اولیه، خدمات پزشکی تخصصی و خدمات اجتماعی است. یک برنامه توانبخشی با همکاری فرد بیمار ترتیب داده می‌شود که در این خصوص، حمایت سایر افراد خانواده و دوستان نیز در نظر گرفته می‌شود.

هزینه معالجات روان درمانی افراد بیش از ۱۶ سال که با تهدید ناتوانی در کار و یا تحصیل مواجه‌اند و یا بدون حمایت معالجات روان درمانی قادر به بازگشت به اشتغال و تحصیل نیستند به آنها مسترد می‌شود.

در مورد افراد کمتر از ۱۶ سال، مؤسسه بیمه اجتماعی بر ارائه برنامه‌های توانبخشی خانوادگی تأکید دارد. دولت نیز بودجه خاص جداگانه‌ای را به توانبخشی روانی کودکان و نوجوانان اختصاص داده است.

۹. مراقبت‌های پزشکی تخصصی^۱

مقامات محلی، مسئول فراهم نمودن خدمات پزشکی تخصصی برای ساکنان منطقه خود می‌باشند. به همین منظور، کشور به بیست منطقه بیمارستانی تقسیم شده است؛ به علاوه، آلمان نیز از منطقه بیمارستانی خاص خود برخوردار است. بزرگترین منطقه بیمارستانی بر حسب جمعیت، حدود ۱.۴ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داده است، در حالیکه کوچکترین منطقه نیز حدود ۶۵۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. هر شهرداری باید متعلق به شورای شهر باشد که بر فعالیت‌ها و عملکرد بیمارستان آن منطقه نظارت داشته باشد. تعداد اعضای این شورا بسته به منطقه بیمارستانی میان ۶ تا ۵۸ نفر است. هر منطقه بیمارستانی دارای یک بیمارستان مرکزی و بخش‌های دیگری است. ۵ بخش از این بخش‌های دیگر شامل بیمارستان‌های دانشگاهی می‌باشد که خدمات تخصصی نیز ارائه می‌دهند.

بیش از یک چهارم جمعیت فنلاند (در حدود ۱.۵ میلیون نفر) به صورت سالیانه از خدمات مناطق بیمارستانی استفاده می‌کنند و هر سال حدود ۳۸۰۰۰۰ عمل جراحی انجام می‌گیرد. بزرگترین منطقه بیمارستانی حدود ۱۷۶۰۰ پرسنل و ۳۷۰۰ تخت بیمارستانی و کوچکترین بخش بیمارستانی نیز حدود ۸۶۰ پرسنل و ۲۰۵ تخت بیمارستانی در اختیار دارد. در سال ۲۰۰۳، هزینه عمل‌های جراحی مناطق بیمارستانی رقمی در حدود ۳۹۰۰ میلیون یورو بود.

۱۰. خدمات بهداشت محیط^۲

خدمات بهداشت محیط، اشاره به حفظ سلامت افراد و محیط او دارد. رایج‌ترین بیماری‌هایی که انسان به آن دچار می‌شود توسط عوامل محیطی از قبیل مسمومیت‌های مسری آبی و غذایی، بیماری‌های تنفسی از طریق آلودگی‌های هوایی و آلرژی‌های قارچی ایجاد می‌شوند.

1. Specialized Medical Care
2. Environmental Health Care

قلمروی بهداشت محیط شامل بررسی کیفیت و بهداشت مواد غذایی، تأثیر مسکن و مناطق عمومی بر سلامت، آلودگی‌های صوتی، کیفیت آب نوشیدنی و استحمامی، تأثیرات سلامت محیطی و مدیریت ناکارآمد می‌باشد. همچنین، نظارت بر مواد شیمیایی و تکنولوژی ژنتیکی و ایمنی رادیواکتیوی بخشی از مراقبت‌های بهداشت محیط را تشکیل می‌دهد.

مقامات محلی، مسئول به کارگیری مراقبت‌های سلامت محیطی در مناطق تحت پوشش خود هستند. بازرسان سلامت شهری نیز تبعیت از قوانین وضع شده سلامت محیطی را بررسی کرده و در مورد مسائل سلامت محیطی، مشاوره‌ها و راهنمایی‌هایی را به عمل می‌آورند.

دولت نیز به طور کلی بر خدمات سلامت محیطی نظارت و سرپرستی دارد. وظایف مربوطه در میان وزارتخانه‌های مختلف تقسیم می‌شود. در مورد مسائل محیطی، وزارت امور اجتماعی و سلامت مسئول مسائل مربوط به بهداشت محیط است، وزارت محیط زیست مسئول حفظ و رسیدگی به مسائل محیطی و وزارتخانه تجارت و صنایع نیز مسئول نظارت بر بازار و وزارت کشاورزی و جنگل‌بانی^۱ نیز مسئول رسیدگی به مواد غذایی حیوانات می‌باشد. استانداری‌ها، بر خدمات بهداشت محیط به صورت منطقه‌ای سرپرستی و نظارت دارد.

۱۱. خدمات سلامت در بخش خصوصی

ضوابط و مقررات سلامت عمومی با خدماتی که در بخش خصوصی ارائه می‌شود و در سال‌های اخیر نیز افزایش داشته است تکمیل می‌گردد. در سال ۲۰۰۲، هزینه‌های خدمات سلامت در بخش خصوصی ۱۴ درصد مخارج کل هزینه‌های صرف شده در بخش خدمات بهداشتی درمانی را به خود اختصاص می‌داد. حدود ۱۵۳۰۰۰ نفر توسط بخش خدمات سلامت استخدام شدند که ۲۰ درصد این تعداد در بخش خصوصی مشغول به خدمت هستند. خدمات سلامت در بخش خصوصی عمدتاً در زمینه روان درمانی، عمل‌های جراحی پزشکان خصوصی، خدمات سلامت شغلی و آزمایش‌های پزشکی ارائه می‌شود. این خدمات اغلب توسط خانواده‌ها، کارفرمایان و مؤسسه بیمه اجتماعی خریداری می‌شود. البته این خدمات به میزان کمتری نیز توسط شهرداری‌ها خریداری می‌شود.

در سال ۲۰۰۳، ۱۷۵۰۰ پزشک شاغل در فنلاند وجود داشت. از این تعداد، ۱۵۰۰ پزشک به صورت تمام وقت به عنوان پزشک‌های خصوصی به کار مشغول بودند و ۴۴۰۰ پزشک نیز عمل‌های جراحی را برنامه کاری خود انجام دادند. بخشی از هزینه خدمات سلامت بخش خصوصی از طریق بیمه سلامت به مراجعه‌کنندگان بازپرداخت شود.

۱۲. دارو

در فنلاند، تنها داروخانه‌ها از حق فروش دارو برخوردار هستند. این قانون در مورد داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه اعمال می‌شود. مجوز تأسیس یک داروخانه توسط سازمان ملی دارو که خود یکی از زیر مجموعه‌های وزارت سلامت و امور اجتماعی است داده می‌شود. حدود ۸۰۰ داروخانه در فنلاند وجود دارد.

در سال ۲۰۰۳، مؤسسه بیمه اجتماعی برای حدود ۲۸ میلیون نسخه دارویی به ارزش ۱.۴ میلیارد یورو هزینه‌های پرداخت شده را مسترد داشت. به طور متوسط، برای هر نسخه دارویی حدود ۲۵ یورو مسترد شد.

هزینه تولیدات دارویی به صورت مداوم در حال افزایش است، در حالیکه این روند تا حدی از طریق «جایگزینی» که از سال ۲۰۰۳ اعمال شده است مهار شده است. «جایگزینی» به این معنی است که داروخانه‌ها، داروهای مشابه و جایگزین داروهای اصلی را که حاوی همان مقدار دارو مانند نسخه تجویز شده است با قیمتی نزدیک و یا کمتر از داروهای اصلی به مراجعه‌کنندگان پیشنهاد می‌دهند. مراجعه‌کننده به خواست خود تصمیم می‌گیرد که آیا از داروی جایگزین با قیمتی پایین‌تر استفاده نماید یا خیر؟ قوانین و ضوابط جایگزین کردن دارو در آوریل سال ۲۰۰۳ به اجرا درآمد که در طول یک سال منجر به پس‌انداز اندوخته‌ای بالغ بر ۶۳ میلیون یورو شد که معادل ۴ درصد کل هزینه مربوط به بازپرداخت دارویی بود.

۱۳. حقوق بیمار^۱

فنلاند، قوانینی در خصوص حقوق بیمار نیز دارد. ماده قانونی حقوق بیماران به تمامی بخش‌های سیستم خدمات سلامت عمومی و همچنین خدمات بهداشتی درمانی که توسط مؤسسات رفاه اجتماعی فراهم می‌شود اطلاق می‌گردد. طبق مقررات و ضوابط این قانون:

- درمان نمی‌تواند بدون رضایت بیمار ارائه شود.
- موافقت بیمار باید به عنوان بخشی از فرایند درمان حاصل شود.
- در صورت تقاضای بیماران باید اطلاعات وضعیت سلامت، نحوه درمان، عوامل مخاطره‌آمیز و شکل‌های محتمل درمان به آنها داده شود.
- بیماران مجاز هستند که پرونده پزشکی خود را ملاحظه و اصلاح کنند.
- به بیمارانی که در لیست انتظار برای درمان به سر می‌برند دلیل تأخیر و مدت زمان توضیح داده شود.
- بیمارانی که از نحوه درمان خود ناراضی هستند مجاز به تسلیم شکایات خود به مقام‌های ذیربط می‌باشند.
- مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی باید بازرس ویژه بیمارداشته باشند، که وظیفه او اطلاع دادن به بیماران در مورد حقوق آنها و کمک به آنها در تسلیم دادخواست و یا شکایت خود برای دریافت غرامت باشد.
- نظر بیماران جوان باید در صورت رسیدن آنها به مرحله رشدی که قادر به ابراز عقاید خود باشند لحاظ شود. این مرحله رشد توسط پزشک و یا سایر متخصصان عرصه سلامت ارزیابی می‌شود.
- والدین و یا قیم کودکان مجاز به قطع درمانی که موقعیت خطرناکی را برای کودک به وجود می‌آورد یا به نجات زندگی فرد صغیر می‌انجامد، نمی‌باشند.

۱۴. محدودیت زمانی در دسترسی به مراقبت‌های پزشکی

قوانینی که ساختار زمانی در دسترس بودن خدمات پزشکی لازم را برای افراد تعریف می‌کند در سال ۲۰۰۵ لازم الاجرا شد. این قانون همچنین به درصد کوچکی از درمان‌هایی که غیرفوری

در نظر گرفته می‌شوند اشاره دارد. تیم‌های تحقیقاتی از کارشناسان رشته‌های مختلف، موجبات دستیابی به خدمات پزشکی را با توجه به تخصص خود تعریف کرده‌اند. به علاوه، پزشکان از رهنمون‌ها و پیشرفت‌های اخیر در خصوص بیماری‌های متفاوت تبعیت کرده و درمان لازم را تشخیص می‌دهند. پزشکان تمامی رهنمون‌ها و راهنمایی‌ها را صرفاً به عنوان توصیه مد نظر قرار می‌دهند و با تشریح و بررسی نهایی تصمیم لازم را برای درمان بیمار اتخاذ می‌کنند.

مراکز درمانی باید فوراً با پزشک تماس برقرار سازند و از زمان تماس به مدت سه روز، درمان لازم باید ارزیابی و شروع شود. این ارزیابی لزوماً به معنای مراجعه حضوری به مراکز سلامت نیست بلکه می‌تواند به صورت تلفنی به اطلاع فرد رسانده شود، همچنین ممکن است نظر سایر متخصصان نیز علاوه بر پزشک مربوطه بررسی شود. در خدمات سلامت اولیه، درمانی که فوری و لازم تشخیص داده شده است باید در عرض سه ماه در دسترس قرار بگیرد، مگر اینکه به دلیل مشکلی برای بیمار بدون مطرح شدن خطر برای بیمار، با نظر پزشک به تعویق می‌افتد.

در مورد خدمات تخصصی پزشکی، ارزیابی درمان لازم باید در عرض سه هفته از تاریخ مراجعه به مرکز سلامت مربوطه اخذ شود (اگر درمان به صورت سرپایی باشد). در صورت نیاز به بستری شدن این مدت زمان، شش ماه در نظر گرفته شده است. اگر در عرض مدت زمان‌های ذکر شده، خدمات لازم به بیمار ارائه نشود، آنگاه مقامات محلی و یا شورای شهر مسئول ترتیب درمان فرد و اعزام او به سایر بیمارستان‌ها بدون تغییر در هزینه فرد می‌باشند. خدمات سلامت روانی کودکان و نوجوانان باید ظرف سه ماه ارائه داده شوند.

۱۵. بیمه بیمار

مراکز پزشکی و سلامت باید در مقابل خطر صدمه به بیماران بیمه شوند. بیماران نیز برای صدمات جسمانی واقع شده در زمان درمان پزشکی در مرکز سلامت تحت پوشش قرار می‌گیرند. پرداخت غرامت بدون توجه به اشتباه، بی دقتی یا غفلت پرسنل مرکز درمانی صورت می‌گیرد. غرامت برای صدمات مرتبط با روند درمانی شناخته شده‌ای که مستلزم چنین صدمه یا جراحاتی باشد و همچنین برای صدمات مختصر پزشکی پرداخت نمی‌شود.

۱۶. متخصصان مراقبت از سلامت^۱

فعالیت کارکنان مراقبت از سلامت از طریق قانون متخصصان مراقبت از سلامت^۲ جنبه قانونی پیدا می‌کند. هدف این قانون، ارتقای ایمنی بیماران، ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، آموزش صحیح و مناسب کارکنان بخش سلامت و تعلیم افرادی خیره و مطمئن در انجام وظایف خود می‌باشد.

مسئولیت آموزش متخصصان عرصه سلامت به عهده وزارت آموزش و پرورش می‌باشد در حالیکه نظارت کلی بر کارکنان بخش سلامت در زمره فعالیت‌های وزارت امور اجتماعی و سلامت است. همچنین، سازمان پزشکی قانونی و استانداری‌ها نیز بر کار متخصصان مراقبت از سلامت نظارت دارند. برای مثال، به شکایات رسیده از این متخصصان رسیدگی می‌کنند. علاوه بر آموزش‌های تخصصی، بخش‌های خاصی از متخصصان مراقبت از سلامت به اجازه رسمی و یا مجوزی برای انجام حرفه خود نیاز دارند. این مجوز و تصدیق توسط سازمان پزشکی قانونی اعطا می‌شود.

در حالی که برخی بخش‌های متخصصان مراقبت از سلامت به چنین مجوزی نیاز ندارد، اما منطقی است که بیماران از تخصص و مهارت فردی که درمان آنها را به عهده دارد اطمینان یابند. به همین منظور گروه‌های تخصصی مجوز دریافت می‌کنند و اعضای آنها می‌توانند از عنوانی که در گواهینامه‌های مذکور با آنها اعطا شده استفاده کنند.

۱۷. بیمه سلامت

سیستم بیمه سلامت ملی توسط مؤسسه بیمه اجتماعی سرپرستی شده و از طریق مسترد کردن بخشی از هزینه‌های پرداختی از طرف مصرف‌کنندگان در استفاده از خدمات سلامت بخش خصوصی در واقع نقش پوشش مکمل را ایفا می‌کند. این سیستم همچنین، هزینه‌های توانبخشی و مسافرتی را نیز بازپرداخت می‌کند. یک مقرری روزانه برای جبران درآمد بیمارانی که بیماری آنها بیش از ۱۲ ماه به طول انجامیده در نظر گرفته شده است. سطح این مقرری روزانه توسط درآمد سالیانه مشمول مالیات متقاضی برآورد می‌شود.

1. Health Care Professionals
2. Act on Health Care Professionals

بودجه بیمه سلامت ملی از طریق حق بیمه کارفرمایان و کارکنان بیمه شده تأمین می‌شود. دولت مسئول تضمین کفایت بودجه بیمه‌های سلامتی می‌باشد.

۱۸. هزینه‌های بخش سلامت

بودجه خدمات مراقبت از سلامت در فنلاند عمدتاً از طریق درآمدهای مالیاتی تأمین می‌شود. در سال ۲۰۰۳، مخارج خدمات مراقبت از سلامت حدود ۱۱ میلیارد دلار بود. این مقدار ۷.۶ درصد از تولید ناخالص داخلی را تشکیل می‌داد که هنوز مبلغی پایین‌تر از متوسط کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه است. در سال ۲۰۰۲، ۴۳ درصد بودجه کل خدمات مراقبت از سلامت توسط شهرداری‌ها تأمین شد در حالی که سهم دولت ۱۷ درصد، بیمه سلامت ۱۶ درصد، خانواده‌ها ۲۰ درصد و بخش خصوصی (نظیر شرکت‌های بیمه‌ای) ۴ درصد بود.

در سال ۲۰۰۲، سهم مبالغ پرداختی مراجعه‌کنندگان در تأمین بودجه خدمات مراقبت از سلامت شهری ۸ درصد بود، در حالی که سهم شهرداری‌ها ۶۷ درصد و دولت ۲۵ درصد بود. مقامات محلی برای خدمات سلامت و رفاه اجتماعی، وام‌هایی را از دولت دریافت می‌کنند و مقدار این وام‌ها به جمعیت ساکن در هر منطقه، توزیع سنی جمعیت آن منطقه، نرخ بیکاری و سایر عوامل مرتبط بستگی دارد.

منبع

Health Care in Finland, Ministry of Social Affairs & Health, Helsinki, Finland, 2004.

سیاست‌های رفاهی خانواده در فنلاند

ترجمه و تدوین: علی محمد گودرزی^۱

۱. سیاست‌های رفاهی خانواده در فنلاند

۱-۱. حمایت جامعه از خانواده‌ها

هدف سیاست‌های رفاهی خانواده فنلاند، فراهم نمودن محیطی سالم برای رشد و پرورش کودکان و تدارک امکانات مادی و معنوی برای والدین به منظور تعلیم و تربیت صحیح فرزندان می‌باشد. نهایتاً، این اقدامات منجر به حمایت از بچه‌دار شدن و همبستگی خانواده می‌شود. خانواده نهاد اجتماعی بسیار مهمی است که توجهی را که ناشی از روابط انسانی محکم می‌باشد برای اعضای خود مهیا می‌کند. به همین منظور، جامعه حمایت‌های مالی و مراقبت از کودکان را به اشکال مختلف به منظور تعدیل هزینه فرزندان برای خانواده‌ها فراهم کرده است.

در سال‌های اخیر، سن ازدواج بسیار رشد حیرت‌انگیزی داشته است و سبب مشکلاتی در برقراری ارتباط میان تحصیلات و زندگی شغلی آنها شده است. با این وجود، تقاضاهای رو به افزایش برای صلاحیت در کار و عدم اطمینان از امنیت شغلی، فشار مضاعفی را بر والدین ایجاد کرده است. استرس‌های ناشی از کار، فشار زمانی و بیکاری از جمله عواملی هستند که زندگی خانواده‌های دارای فرزند را با مشکل رو به رو ساخته است. آشتی دادن

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

اشتغال حقوقی با زندگی خانوادگی از جمله چالش‌های سیاست‌های رفاهی خانواده در فنلاند به شمار می‌آید.

تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی در مورد مسکن، محیط، آموزش و پرورش و اشتغال، تأثیر خاص خود را بر زندگی خانواده‌های دارای فرزند ایجاد کرده است. از این رو، این تصمیم‌های و برنامه‌ریزی‌ها نیز بخشی از سیاست‌های خانواده فنلاند را تشکیل می‌دهد.

نظام حمایت از سیاست‌های رفاهی خانواده در فنلاند در سال ۱۹۴۸ و با برقراری مقرری عائله‌مندی به وجود آمد. در آن زمان، این مقرری بخش قابل توجهی را به درآمد خانواده‌های دارای فرزند را افزایش داد، به طوری که تأثیر آن در سطح جامعه نیز به طور ملموس قابل رؤیت بود. در سال ۱۹۵۰ که مقرری عائله‌مندی، تنها مزایای سیاست‌های خانواده در فنلاند به شمار می‌رفت، حمایت مالی از خانواده‌ها تقریباً ۴ درصد تولید ناخالص داخلی را تشکیل می‌دهد.

در چند دهه بعد نیز به دلیل محوریت بیمه سلامت و درمان و نظام بازنشستگی، توجه کمتری به توسعه سیاست‌های خانواده مبذول شد. این وضعیت در سال ۱۹۷۰ و با محور قرار گرفتن سیاست‌های خانواده تغییر کرد. مقرری عائله‌مندی، که ارزش آن به واقع تنزل یافته بود، به تدریج افزایش یافت، به طوری که ارزش واقعی آن در سال ۱۹۹۰ به سه برابر ارزش آن در سال ۱۹۷۰ رسید. در سال ۱۹۹۴، اصلاحاتی در مزایای نظام خانواده به وقوع پیوست از جمله: حذف کسور مالیاتی که قبلاً در مورد خانواده‌های دارای فرزند نیز اعمال می‌شد و تفویض یک یارانه برابر در مقرری‌های عائله‌مندی که در مدت کوتاهی به میزان چشمگیری افزایش یافت. هرچند این مزایا به دلیل رکود اقتصادی در اوایل دهه نود متوقف شدند و به دلیل افزایش قیمت و تورم از ارزش واقعی آنها نیز کاسته شد. به طوری که با آغاز سال ۲۰۰۰، ارزش مقرری عائله‌مندی به کمتر از مقدار آن در اوایل ۱۹۹۰ رسیده بود و در آغاز سال ۲۰۰۴ دولت مجبور شد میزان آن را افزایش دهد. توضیح آنکه مقرری عائله‌مندی بر مبنای قدرت خرید، شاخص‌گذاری نشده است.

خدماتی که از سال ۱۹۷۰ برای خانواده‌های دارای فرزند در نظر گرفته شده است، اغلب بر محور خدمات مراقبت از کودکان قرار دارد. در فنلاند، والدین در بیشتر خانواده‌هایی که دارای فرزند زیر سن مدرسه هستند شاغل‌اند. تحت چنین شرایطی، یک سیستم مراقبت و پرستاری روزانه قابل اعتماد، امن و با قیمت مناسب از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است.

قانونی مراقبت روزانه از کودکان^۱ در سال ۱۹۷۳ لازم الاجرا شد. این ماده قید می‌کند که شهرداری‌ها باید مراقبت‌های روزانه را برای کودکان زیر سن مدرسه در مراکز مخصوص و یا به شکل نظارت بر مراقبت‌های خانوادگی تدارک ببینند. از سال ۱۹۹۰ به بعد، والدین از حق و حقوق نسبتاً نامحدودی برای مراقبت از فرزندان زیر ۳ سال خود بهره‌مند شده‌اند که این حق و حقوق شامل مراقبت و نگهداری از فرزندان زیر سه سال در مراکزی که شهرداری به این منظور تهیه دیده است و یا در صورت مراقبت از فرزندان در خانه، این مزایا به صورت مقرر در اختیار والدین قرار می‌گیرد. از سال ۱۹۹۶ به بعد، والدین تمامی کودکان زیر سن مدرسه، مشمول مراقبت‌های روزانه فرزندان خود قرار گرفته‌اند. در سال ۱۹۹۷ نیز، مقرر شد مراقبت از فرزندان در بخش خصوصی برای والدین برقرار شد.

ارائه خدمات مربوط به آمادگی پیش از دبستان نیز به یکی از ملزومات قانونی برای مقامات شهری در سال ۲۰۰۱ تبدیل شد. آمادگی پیش از دبستان به معنی آموزش نیمروزی کودکان شش ساله است تا به این منظور مهارت‌هایی را که در دبستان به آنها نیاز خواهند داشت به دست آورند. در سال ۲۰۰۴، دستورالعمل فعالیت‌های مربوط به کودکان مقطع اول و دوم دبستان در ماده قانونی آموزش و پرورش پایه گنجانده شد.

اولین دفتر بازرسی ویژه برای کودکان در سپتامبر سال ۲۰۰۵ تأسیس شد. وظیفه این دفتر، تحکیم موقعیت و حقوق کودکان در فنلاند است. تأسیس چنین مرکزی در کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل متحد^۲ نیز آورده شده است.

۱-۲. فراهم کردن خدمات توسط شهرداری‌ها

در فنلاند، شهرداری‌ها مسئول تدارک خدمات اجتماعی و سلامت هستند. آنها ممکن است این خدمات را خود به صورت مستقل فراهم کنند و یا همراه با شهرداری‌های مجاور، شوراهای شهری مشترکی برای ارائه خدمات تأسیس کنند. بودجه و هزینه این خدمات عمدتاً از طریق مالیات‌های عمومی که توسط شهرداری‌ها لحاظ می‌شود و همچنین وام‌هایی که از طرف دولت مرکزی در اختیار آنها قرار داده می‌شود تأمین می‌شود. استفاده کنندگان از خدمات نیز بخشی از این هزینه‌ها را می‌پردازند. میزان مشارکت دولت مرکزی در همراهی شهرداری بستگی به

1. Children's Daycare Act
2. UN Convention on the Rights of the Child

ساختار سنی، میزان شیوع بیماری، تراکم جمعیت و وضعیت مالی شهرداری آن منطقه دارد. در سال ۲۰۰۶، میزان مشارکت دولت مرکزی در اداره هزینه‌های اجتماعی و بهداشتی درمانی حدود ۳۳ درصد است.

شهرداری‌ها می‌توانند خدمات را برای خانواده‌ها از سایر مقامات شهری یا ارائه‌دهندگان خدمات در بخش خصوصی خریداری کنند. قوانین دقیقی در مورد اندازه، محتوا یا ترتیب این خدمات وجود ندارد. به همین دلیل، خدمات اجتماعی و بهداشتی درمانی ممکن است در شهرداری‌های مختلف متفاوت باشند. اگرچه باید خاطر نشان ساخت، خدمات پایه‌ای که تمامی شهرداری‌ها موظف به تدارک آن هستند توسط قانون مشخص شده‌اند.

فنلاند به ۵ شهرداری که هر کدام توسط استاندار آن استان سرپرستی می‌شود تقسیم شده است. همچنین این استانداران بر خدمات اجتماعی و بهداشتی درمانی ارائه شده در آن استان سرپرستی و نظارت دارند. فردی که ساکن یکی از مناطق شهرداری باشد می‌تواند از استانداری مربوطه بخواهد که در مورد ارائه و تدارک خدمات مناسب و کافی توسط شهرداری آن منطقه به تحقیق و بررسی بپردازد.

وزارت سلامت و امور اجتماعی بر توسعه و پیشبرد تأمین اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط سرپرستی و نظارت دارد. این وزارتخانه به همراه دولت و مجلس، خط‌مشی‌ها، برنامه‌ها و سیاست‌های خدمات اجتماعی و بهداشتی درمانی را مقرر، قوانین مرتبط را وضع و اصلاحات لازم را به عمل می‌آورد. وزارت سلامت و امور اجتماعی به همراه مقامات شهری، اجرای درست قوانین را بر عهده دارد. در سال ۲۰۰۶، ۴۳۱ شهرداری در فنلاند وجود داشت.

۳-۱. توزیع مزایای خانواده

مزایای خانواده، برخی از هزینه‌های مراقبت از فرزندان را تحت پوشش می‌گیرد. در سال ۲۰۰۵، مزایای خانواده به میزان ۵.۲ میلیارد یورو و معادل ۳ درصد تولید ناخالص داخلی رسید. مزایای خانواده عمدتاً به شکل مقرری عائله‌مندی و خدمات مراقبت‌های روزانه در اختیار خانواده‌ها قرار می‌گیرد. در پایان سال ۲۰۰۵، جمعیت فنلاند ۵/۳ میلیون نفر بود. ۱/۴ میلیون خانوار وجود داشت که ۵۹۲,۰۰۰ خانوار دارای فرزند بودند. شمار متوسط فرزندان که

به همراه خانواده زندگی می‌کردند ۱/۸ و شمار متوسط فرزندان خانواده ۲/۳ بود. در سال ۲۰۰۵، نرخ باروری در فنلاند ۱/۸۰ بوده و جمعاً ۵۷,۷۴۵ نوزاد در سال ۲۰۰۵ به دنیا آمدند. متوسط درآمد خالص یک فرد در سال ۲۰۰۵، ۲۴۸۴ یورو در ماه بوده و متوسط سرانه درآمد در اختیار خانوارها ۱۵,۲۴۰ یورو بوده است. جدول شماره ۱ توزیع مزایا در خانواده‌های فنلاند را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. توزیع مزایای خانواده در سال ۲۰۰۵

نوع مزایا	توزیع در سال ۲۰۰۵
مقرری والدین	٪۱۲/۴
مقرری عائله‌مندی	٪۲۷/۵
آموزش‌های پیش‌دبستانی	٪۵/۱
خدمات مسکونی	٪۶
مقرری مسکن	٪۴/۵
مقرری خرجی	٪۱/۵
مقرری مراقبت از فرزند در بخش خصوصی	٪۱/۱
مقرری مراقبت از فرزند در خانه	٪۶/۸
مراقبت روزانه	٪۲۷/۳
سایر خدمات	٪۷/۸

۲. حمایت مالی مستقیم از خانواده‌ها

۲-۱. وام‌های بارداری^۱

هر زن باردار مقیم فنلاند که حداقل ۱۵۴ روز از بارداری او گذشته باشد، مشمول وام بارداری قرار می‌گیرد. به منظور برخوردار شدن از این وام مادر باید در کلینیک‌های مخصوص توسط پزشک و قبل از ماه چهارم حاملگی تحت معاینه قرار بگیرد.

زن باردار می‌تواند بسته به انتخاب خود این وام را به صورت مبلغی مقطوع و نقدی و یا به صورت غیرنقدی دریافت دارد. در سال ۲۰۰۶، مبلغ نقدی این وام ۱۴۰ یورو بود. این وام

1 . Maternity grant

به صورت غیرنقدی نیز شامل پوشاک و سایر ملزومات نگهداری از نوزادان از قبیل جای خواب و پتوی نوزاد، لباس‌های سرهم نوزاد و سایر انواع پوشاک و همچنین اسباب‌بازی می‌باشد. استفاده از این بسته غیرنقدی در فنلاند و در میان مادران رواج بیشتری دارد و بیش از ۷۵٪ مادران از آن استفاده می‌کنند. این درصد در مورد مادرانی که در انتظار اولین فرزند خود هستند رقم بالاتری را نشان می‌دهد. باید گفت که قیمت واقعی ملزوماتی که در قالب این بسته در اختیار مادران قرار می‌گیرد از مبلغ نقدی بیشتر می‌باشد.

۲-۲. مقرری اولاد^۱

مقرری اولاد توسط بودجه دولت و برای حمایت از کودکان زیر ۱۷ سال مقیم در فنلاند پرداخت می‌شود. مقرری اولاد، معاف از مالیات است و به وضعیت مالی خانواده‌ها بستگی ندارد. مقدار این مقرری به تعداد بچه‌ها در هر خانواده بستگی دارد. همچنین، یک مستمری تکمیلی نیز علاوه بر این مقرری به مقدار ۳۶.۶۰ یورو در ماه (جدول شماره ۲) به خانواده‌های تک سرپرست تعلق می‌گیرد.

جدول شماره ۲. مقدار مقرری اولاد در سال ۲۰۰۶

تعداد فرزندان	یورو در هر ماه
فرزند اول	۱۰۰
فرزند دوم	۱۱۰.۵۰
فرزند سوم	۱۳۱
فرزند چهارم	۱۵۱.۵۰
فرزند پنجم و بعدی	۱۷۲

۲-۳. مقرری خرجی^۲

مقرری خرجی به منظور فراهم نمودن خرجی مکفی برای فرزندان زیر ۱۸ سال مقیم فنلاند که نمی‌توانند خرجی کافی را از والدین خود دریافت کنند مقرر شده است. در سال ۲۰۰۶، مقدار کامل این مقرری ۱۱۸.۱۵ یورو در ماه برای هر فرد بود.

1. Child allowance

2. Maintenance allowance

کودکانی مشمول این مقرری قرار می‌گیرند که والدین آنها در پرداخت خرجی که از طریق توافق‌نامه و یا دستور دادگاه به عهده آنها گذارده شده قصور نمایند. در صورت پرداخت این مقرری توسط دولت و مشخص شدن قصور و کوتاهی والدین در پرداخت مقرری، مقامات شهری باید مقدار خرجی مربوطه را از پدر یا مادر متعهد اخذ کند. اگر مقدار خرجی (نفقه) تعهد داده شده به دلیل ناتوانی والدین، کمتر از میزان مقرری باشد، فرزند مابه‌التفاوت مقرری کامل و مقدار تعهد داده شده توسط والدین را دریافت می‌کند. فرزندى که در نتیجه رابطه نامشروعی به دنیا آمده و پدر او مشخص نیست و همچنین کودکی که توسط زن یا مردی به تنهایی به فرزندخواندگی قبول می‌شود مشمول این مقرری قرار می‌گیرند. در پایان سال ۲۰۰۴، حدود ۱۰۴,۵۰۰ کودک این مقرری را دریافت کردند که در حدود ۶۰ درصد این مزایا به دلیل قصور و کوتاهی والدین پرداخت شد.

۲-۴. حمایت از مسکن^۱

شکل‌های مختلف حمایت از مسکن برای خانواده‌های دارای فرزند شامل مقرری مسکن، وام‌های تضمینی دولتی، یارانه‌های مالیاتی بر وام‌های مسکن و سایر معیارهای یارانه‌ای دیگر می‌باشد. مقرری مسکن در واقع هزینه‌های مسکن را برای خانواده‌های کم درآمد متعادل ساخته و بخشی از این هزینه‌ها را از طریق بودجه دولتی تحت پوشش قرار می‌دهد. مقدار مقرری مسکن به ابعاد خانوار، درآمد و هزینه خانوار و همچنین به اندازه و عمر بنا بستگی دارد.

۲-۵. مساعده‌های اجتماعی^۲

مساعده‌های اجتماعی به عنوان آخرین شیوه کمک مالی به افراد، با عنوان برنامه‌های رفاه اجتماعی است که درآمد و استقلال مالی افراد را تضمین می‌کند. یک شهرداری می‌تواند این مساعده‌ها را در موقعیت‌هایی بپردازد که خانواده هیچ درآمدی نداشته و یا درآمد کافی برای مرتفع ساختن نیازهای لازم خود را ندارند. مقدار این مساعده‌ها بر اساس مقداری است که

1. Housing support
2. Social assistance

هزینه‌های متعارف افراد بالغ بر درآمد و دارایی او می‌شود. هدف مساعده‌های اجتماعی، تضمین نیازهای پایه و امور معیشتی فرد می‌باشد.

۶-۲. مالیات

مالیات مبتنی بر خانواده فنلاند در سال ۱۹۷۶ تبدیل به مالیات مبتنی بر فرد شد. حتی بعد از این تاریخ برخی از ویژگی‌های مالیات مبتنی بر خانواده هنوز باقی مانده است از قبیل: کسور خانوادگی، با این وجود اهمیت آنها رویه کاهش است. در سال ۱۹۹۴، کسور مالیاتی از برنامه‌ها و سیاست‌های خانواده به طور کامل حذف شد البته به جز مواردی که پدر یا مادر به پرداخت مبالغی متعهد شده‌اند. با حذف مالیات‌های مبتنی بر خانواده، مقرری اولاد نیز شروع به افزایش کرد. اتخاذ نظام‌های مالیاتی مبتنی بر فرد و حذف کسورات مبتنی بر خانواده، مالیات‌بندی را سهل‌تر و مشخص‌تر نموده است. در فنلاند، اتخاذ نظام‌های مالیاتی مبتنی بر فرد سبب افزایش شمار زنان متأهل شده است.

۳. سیستم مرخصی خانواده^۱

فرض اصلی در سیستم مرخصی خانواده، دادن فرصت‌های برابر به پدر و مادر در مراقبت از فرزندان بوده است. پدر و مادر می‌توانند بنا به دلایلی از قبیل بارداری، وضع حمل و مراقبت از فرزندان از مرخصی‌های مقرر شده استفاده کرده و مقرری بارداری و عائله‌مندی دریافت کنند. مقرری بارداری و والدین به مدت ۲۶۳ روز کاری داده می‌شود. در این شرایط، به پدر نیز مقرری پدر شدن تعلق می‌گیرد.

مرخصی زایمان این شرایط را برای زن باردار و فرزندان متولد نشده نیز مهیا می‌کند که از سلامت آنها مراقبت کاملی به عمل آید. مرخصی بعد از زایمان نیز به مادر اجازه می‌دهد که سلامت خود را بازیابد و از نوزاد مراقبت کند. مرخصی والدین به خانواده اجازه می‌دهد که در مورد ماندن پدر یا مادر در خانه و مراقبت از فرزند تصمیم‌گیری کند. مرخصی پدر شدن نیز به پدران فرصت می‌دهد که در مراقبت از فرزندان و ایجاد ارتباط قوی میان خود و کودک، مدت زمان لازم را در اختیار داشته باشند.

۱-۳. مرخصی و مقرری بارداری^۱

یک زن باردار می‌تواند از مرخصی بارداری خود ۳۰ تا ۵۰ روز پیش از تاریخ وضع حمل خود استفاده کند. مدت زمان مرخصی بارداری ۱۰۵ روز است. در این مدت، مقرری بارداری در اختیار زن قرار داده می‌شود که میزان آن بر پایه درآمد او و حداقل ۱۵.۲۰ یورو در ماه است. زن بارداری که در مشاغل حساسی کار می‌کند از مرخصی و مقرری به خصوصی بهره‌مند می‌شود مگر این که کارفرما شغل دیگری را به او محول کند. در مواقع لزوم، مرخصی بارداری می‌تواند تمام طول مدت بارداری را تحت پوشش قرار دهد. قرار گرفتن در معرض موادشیمیایی و رادیواکتیوی از جمله مشاغل حساس و خطرناک تلقی می‌شود.

۲-۳. مرخصی و مقرری والدین^۲

پس از مرخصی بارداری، هر کدام یک از والدین می‌توانند از مرخصی استفاده کنند. والدین می‌توانند این مرخصی را در میان خود تقسیم کرده و یا هر کدام از ساعات کاری خود کم کنند و به صورت نوبتی برای مراقبت از فرزند در خانه بمانند: برای مثال، یکی از والدین می‌تواند از ۲ روز مرخصی در هفته و دیگری از سه روز مرخصی هفتگی استفاده کند. مرخصی که به والدین تعلق می‌گیرد ۱۵۸ روز است و در صورت چندقلو بودن فرزندان به ازای هر یک ۶۰ روز اضافه می‌شود. مقرری والدین نیز همانند مقرری بارداری و پدر شدن بر پایه درآمد می‌باشد و حداقل ۱۵.۲۰ یورو به ازای هر روز است (در سال ۲۰۰۶). در سال ۲۰۰۵، ۹.۵ درصد پدران از مرخصی‌های مخصوص والدین استفاده کردند، اگرچه این روند در حال افزایش است.

۳-۳. مرخصی و مقرری پدر شدن^۳

پدر می‌تواند ۱۸ هفته (۶ روز در هفته) از مرخصی پدر شدن به هنگام تولد نوزاد و زمانی که مادر در مرخصی بارداری به سر می‌برد استفاده کند. در طول این مدت نیز، مقرری پدر شدن به او تعلق می‌گیرد. در صورتی که پدر از ۱۲ روز پایانی مرخصی والدین استفاده می‌کند، او می‌تواند از مرخصی اضافه‌ای به میزان ۱ تا ۱۲ روز کاری نیز فوراً پس از مرخصی والدین

1. Maternity leave and maternity allowance
2. Parental leave and parental allowance
3. Paternity leave and paternity allowance

استفاده کند. مقدار مقرری پدر شدن نیز بر پایه درآمد است و میزان آن حداقل ۱۵/۲۰ یورو در ماه است (سال ۲۰۰۶).

مرخصی پدر شدن به طور فزاینده‌ای در حال رواج است. در سال ۲۰۰۵، ۶۹ درصد پدران از این مرخصی استفاده کردند.

۳-۴. مرخصی مراقبت^۱

والدینی که فرزندان کوچک دارند، تا سه سالگی فرزندان خود می‌توانند مشمول مرخصی بدون حقوق قرار گیرند. این مرخصی بدون حقوق می‌تواند توسط هر کدام از والدین مورد استفاده واقع شود، اما پدر و مادر به صورت همزمان نمی‌توانند از آن استفاده کنند. پس از اتمام مرخصی، والدین باید به سر کار قبلی خود و یا مشاغل قابل مقایسه بازگردند. مرخصی مراقبت بدون حقوق می‌باشد و خانواده می‌تواند در طول این مدت از مقرری مراقبت از فرزندان در خانه استفاده کند.

یکی از والدین می‌تواند تا پایان سال دوم دبستان فرزند خود و در موارد لازم تا پایان سال سوم، مشمول کاهش رایگان ساعت‌های کاری یا مرخصی‌های مراقبت پاره وقت قرار گیرد. کارفرما و کارمند در این مورد باید به توافق برسند. هر دو والدین نمی‌توانند به صورت همزمان از مرخصی مراقبت پاره وقت استفاده کنند اما می‌توانند به صورت نوبتی به این کار اقدام کنند (برای مثال، یکی از والدین دو روز در هفته و دیگری از سه روز مرخصی در هفته استفاده کند).

برای واجد شرایط بودن برای این نوع مرخصی، یکی از والدین باید حداقل ۶ ماه اخیر شاغل باشد. مرخصی پاره‌وقت مراقبت، بدون حقوق می‌باشد اما خانواده می‌تواند در طول این مدت از مقرری مراقبت از فرزندان به صورت پاره وقت استفاده کند.

والدین کودکان زیر ۱۰ سالی که بیمار می‌شوند مشمول ۴ روز مرخصی موقتی به منظور مراقبت از فرزندان خود هستند. به منظور استفاده از این نوع مرخصی، هر دو والدین و یا یکی از آنها باید شاغل باشند. فقط یکی از والدین می‌تواند از مرخصی مراقبت‌های موقتی استفاده کند. کارفرما در طول مرخصی موقت کارمند خود، از نظر قانونی موظف به پرداخت حقوق او نمی‌باشد مگر اینکه با هم به توافق رسیده باشند.

1 . Care leave

۴. مراقبت از فرزند^۱

خانواده‌ها به طرق مختلفی می‌توانند مراقبت‌هایی را از فرزندان خود به عمل آورند آنها برای انتخاب نوع این مراقبت‌ها حق‌گزینه‌شان دارند. مشارکت فعال زنان در زندگی کاری سبب ارتقا و توسعه قوانین در مورد مراقبت از فرزندان کوچک و نقش حفاظت والدین از آنها شده است. پس از مرخصی والدین، خانواده‌ها به سه طریق دیگر هم می‌توانند از فرزندان کوچک خود که زیر هفت سال سن دارند مراقبت به عمل بیاورند از جمله: مراقبت‌های روزانه شهری، مراقبت از فرزندان در بخش خصوصی با اتکا بر کمک هزینه ای که در این مورد در اختیار خانواده‌ها قرار می‌گیرد و یا مراقبت از فرزندان در خانه و استفاده از مرخصی‌های پرستاری و کمک هزینه مراقبت خانگی از فرزند.

۴-۱. مراقبت روزانه و پیش دبستانی^۲

تمامی کودکانی که به سن مدرسه نرسیده‌اند می‌توانند با انقضای زمان مقرری والدینی و بدون توجه به سطح درآمد والدین و یا شاغل بودن آنها، از مراقبت‌های روزانه شهری بهره‌مند شوند. هدف مراقبت‌های روزانه، حمایت از والدین در تربیت و رشد فرزندان و کمک به ارتقای فردی آنها است. با همگانی کردن حقوق مراقبت‌های روزانه از تمامی کودکان زیر سن مدرسه، در واقع بر جنبه آموزشی و عملی این مراقبت‌ها تأکید می‌شود. در فنلاند، مراقبت‌های روزانه آموزش و مراقبت را توأمان در بر دارد که در بسیاری از کشورهای اروپایی اینگونه نیست. این سیستم که به عنوان تلفیقی از "آموزش" و "مراقبت" شناخته شده است همواره ویژگی‌ها و خصایص آموزش را در مراقبت و مراقبت را در آموزش تلفیق می‌کند. این سیستم به دلیل نیاز به مراقبت از کودکان به دلیل شاغل بودن هر دو والدین به وجود آمد.

شهرداری موظف است که این مراقبت‌ها را به زبان مادری کودک فراهم کند اگر آن زبان، یکی از زبان‌های رسمی فنلاند (فنلاندی، سوئدی و یا سامی) باشد. کارکنان بخش مراقبت از کودکان باید از توسعه زبان و فرهنگ بومی و همچنین کودکان مهاجرین نیز حمایت کنند. شهرداری‌ها مراقبت‌های روزانه را در مراکز مخصوص و از طریق نظارت بر مراقبت‌هایی که خانواده از فرزندان به عمل می‌آورد و یا به شکل مراقبت‌های خانوادگی فراهم می‌کند.

1. Child care

2. Daycare and pre-school

همچنین، خدماتی نیز تحت عنوان مراکز باز مراقبت‌های روزانه وجود دارند که بازی‌ها و سرگرمی‌هایی را در زمین‌های بازی در اختیار عموم قرار می‌دهد.

در مراکز مراقبت‌های روزانه، برای هر چهار فرزند زیر ۳ سال و هر هفت فرزند بالای ۳ سال یک پرستار و یا معلم کودکستان وجود دارد. یک پرستار خانوادگی ممکن است مراقبت تمام روزی را از حداکثر ۴ بچه به عمل آورد که می‌تواند شامل فرزند پرستار نیز باشد در شرایطی که به سن مدرسه نرسیده باشد. به علاوه، مراقبت‌های پاره وقت نیز برای کودکان پیش دبستانی و دبستانی نیز وجود دارد.

اغلب کودکان در فنلاند، تحت پوشش مراقبت‌های تمام وقت روزانه قرار دارند. همچنین، شهرداری‌ها خدمات ۲۴ ساعته و شبانه روزی را برای کودکانی که شغل والدین آنها به صورت شیفته می‌باشد مهیا کرده‌اند. وعده‌های غذایی کافی و سالمی به کودکان در این مراکز در طول روز داده می‌شود.

کارکنان بخش مراقبت‌های روزانه باید حداقل دارای تحصیلات متوسطه در بخش سلامت و خدمات اجتماعی باشند. در چنین مراکزی، یک نفر از هر سه فرد شاغل در آن مرکز باید دارای تحصیلات عالی و دانشگاهی باشد. معلم کودکستان باید حتماً دارای تحصیلات دانشگاهی باشد. پرستاران بخش مراقبت‌های خانگی نیز باید آموزش‌های لازم را دیده باشند. مدت و محتوای این آموزش‌ها متفاوت است اما توصیه شده است که پرستاران این بخش، دروس مرتبط با کار خود را حتماً گذرانده باشند.

شهرداری‌ها با توجه به وسع و درآمد خانواده، درصدی از هزینه‌ها را از آنها مطالبه می‌کند. این مبلغ حداکثر ۲۰۰ یورو برای فرزند اول، ۱۸۰ یورو برای فرزند دوم و ۴۰ یورو برای فرزند سوم و فرزندان بعدی است. خانواده‌های کم درآمد به طور کلی از دادن این مبالغ معاف هستند. استفاده‌کنندگان از این خدمات، کلاً ۱۵ درصد هزینه‌های مصرف شده در این بخش را می‌پردازند.

همچنین، آموزش‌های پیش دبستانی به صورت رایگان برای بچه‌هایی که یک سال به سن مدرسه رسیدن آنها مانده باشد، فراهم شده است. آموزش بر اساس یک برنامه درسی صورت می‌گیرد که به نوبه خود از برنامه درسی پیش دبستانی ملی گرفته شده است. مقامات شهری بر طبق قانون موظفند که ۷۰۰ ساعت آموزش پیش دبستانی را برای هر بچه در سال مهیا کنند. در عمل، این به معنی سه تا چهار ساعت آموزش در طول روز است. در حالی که شرکت در

آموزش‌های پیش دبستانی اختیاری است، بالغ بر ۹۵ درصد بچه‌های شش ساله از این خدمات استفاده کرده و ۶۶ درصد نیز از خدمات مراقبت‌های روزانه استفاده کرده‌اند. (سال ۲۰۰۵)

۲-۴. مقرری مراقبت از فرزند در بخش خصوصی^۱

شهرداری می‌تواند هزینه مراقبت از کودکان را در بخش خصوصی بپردازد تا بدین منظور از بچه‌های زیر ۷ سال مقیم فنلاند مراقبت و نگهداری کند. این مراقبت‌ها به صورت انتخاب یک پرستار خصوصی توسط والدین و یا مراقبت‌های روزانه در مراکز بخش خصوصی است. این مقرری می‌تواند با اتمام مقرری والدین و تا رسیدن سن فرزند به هفت سالگی پرداخت شود. اگر کودک به یکی از کودکان شهرستان‌های شهرداری منتقل شود، این مقرری قطع خواهد شد.

مقرری مراقبت در بخش خصوصی شامل یک مقرری پایه به میزان ۱۳۷/۳۳ یورو برای هر کودک در یک ماه و یک مقرری مکمل است که بر اساس وسع و سطح درآمد خانواده‌ها در اختیار آنان قرار می‌گیرد. حداکثر این مقرری مکمل ۱۳۴/۵۵ یورو برای هر کودک در ماه است. اگر کودک به مراکز پیش دبستانی شهری انتقال یابد، مقرری مراقبت ۸۷/۵۸ یورو خواهد بود و مقرری مکمل نیز نصف خواهد شد. مقرری مراقبت در بخش خصوصی مستقیماً به پرستار پرداخت می‌شود و مشمول مالیات قرار می‌گیرد.

۳-۴. مقرری مراقبت از فرزند در خانه^۲

مقرری مراقبت از فرزند در خانه در اختیار خانواده‌هایی قرار می‌گیرد که دارای فرزندان زیر سه سال باشند و از خدمات مراکز شهری (کودکستان‌های تحت نظر شهرداری) استفاده نمی‌کنند. همچنین، این مقرری می‌تواند در اختیار سایر بچه‌هایی که هنوز به سن مدرسه نرسیده‌اند و از مراکز مراقبت‌های شهری نیز استفاده نمی‌کنند قرار داده شود. برای دریافت مقرری مراقبت از فرزند در خانه باید به مؤسسه بیمه اجتماعی فنلاند^۳ (KELA) تقاضا داده شود. برخی شهرداری‌ها نیز بسته به صلاحدید و اختیار خود، مقرری مکملی را در اختیار خانواده‌هایی که خود از فرزندانشان مراقبت می‌کنند قرار می‌دهد.

1. Private child care allowance
2. Child home care allowance
3. Social Insurance Institution (KELA)

مقرری مراقبت از فرزند در خانه می‌تواند فوراً و پس از اتمام مقرری والدینی و تا هنگام رسیدن فرزند به سه سالگی و یا تصمیم خانواده مبنی بر استفاده از مراقبت‌های شهری یا خدمات بخش خصوصی اعطا شود. مقرری مراقبت از فرزند در خانه شامل یک مبلغ پایه است که به طور جداگانه‌ای برای هر فرزند اختصاص داده شده است. این مقرری پایه برای هر بچه زیر سه سال ۲۹۴/۲۸ یورو در هر ماه، به همراه ۸۴/۰۹ یورو در هر ماه به ازای بچه‌های بعدی کمتر از سه سال و ۵۰/۴۶ یورو برای هر بچه بیشتر از سه سال و کمتر از هفت سال است. علاوه بر این مقرری پایه، خانواده ممکن است یک مقرری مکمل مبتنی بر درآمد را بسته به وضعیت و سطح درآمد خود دریافت کنند. این مقرری مکمل فقط برای یک فرزند پرداخت می‌شود و حداکثر مقدار آن ۱۶۸/۱۹ یورو در هر ماه است. مقرری مراقبت از فرزندان در خانواده مشمول مالیات نیز می‌شود.

۴-۴. مقرری مراقبت پاره وقت در خانه^۱

یک خانواده می‌تواند مشمول مقرری مراقبت پاره وقت از فرزندان در خانه قرار بگیرد اگر یکی از والدین به دلیل مراقبت از فرزند، کمتر از میزان معمول کار کند. مقرری مراقبت پاره وقت از فرزندان در خانه در صورتی به یکی از والدین شاغلی که فرزند کمتر از سه سال و یا فرزند مقطع اول یا دوم دبستان پرداخت می‌شود که مدت زمان کار او به دلیل مراقبت از فرزند کمتر از ۳۰ ساعت در هفته باشد. مقرری مراقبت پاره وقت از فرزندان در خانه ۷۰ یورو در ماه است که مشمول مالیات نیز قرار می‌گیرد. اگر خانواده دارای چند فرزند باشد که همگی نیاز به مراقبت داشته باشند، مقرری مراقبت پاره وقت از فرزندان در خانه تنها به یکی از فرزندان تعلق می‌گیرد.

۴-۵. خانواده‌ها و نیاز به انواع مختلفی از مراقبت

اغلب خانواده‌ها از تمامی انواع مراقبت، قبل از رسیدن فرزند به سن هفت سالگی استفاده می‌کنند. در ابتدا، از فرزندان در خانه و با استفاده از مقرری والدینی مراقبت می‌شود. آنگاه

1. Partial home care allowance

اغلب خانواده‌ها بر مقرری مراقبت از فرزند در خانه، حداقل به مدت کوتاهی استفاده می‌کنند و سپس فرزند به مراکز مراقبت‌های شهری (کودکستان) و یا مراقبت‌های خانوادگی سپرده می‌شود و یا خانواده با استفاده از مقرری مراقبت از فرزندان در بخش خصوصی، مقدمات لازم را تدارک می‌بیند. مراقبت‌هایی که برای کودکان زیر سن مدرسه در نظر گرفته شده است در جدول شماره ۳ آمده است.

حدود ۴۰۰,۰۰۰ بچه زیر سن مدرسه در فنلاند وجود دارند که نیمی از آنها از خدمات مراقبت‌های شهری استفاده می‌کنند که مراقبت از ۷۷ درصد بچه‌ها به صورت تمام روز انجام می‌گیرد. حدود ۳/۵ درصد بچه‌ها نیز از مراقبت‌های بخش خصوصی استفاده می‌کنند.

۴-۶. فعالیت‌های صبحگاهی و عصرگاهی برای دانش‌آموزان مقاطع اول و دوم دبستان ماده قانونی آموزش و پرورش شامل مقرراتی است که شهرداری‌ها را به دلیل فراهم نمودن فعالیت‌های صبحگاهی و عصرگاهی برای دانش‌آموزان مقاطع اول و دوم دبستان، مشمول دریافت بخشی از هزینه‌ها از طریق دولت مرکزی می‌کند. برای بهره‌مند شدن از این بودجه دولتی، شهرداری باید حداقل ۵۷۰ ساعت فعالیت را برای بچه‌ها در هر سال مهیا کند. شورای ملی آموزش و پرورش^۱ اصولی را برای فعالیت‌های صبحگاهی و عصرگاهی تصدیق نموده است که این فعالیت‌ها از کار آموزشی خانه و مدرسه حمایت کرده و محیط سالمی را برای بچه‌ها به وجود می‌آورد. در پاییز سال ۲۰۰۴، ۳۵۸ شهرداری فنلاند این فعالیت‌ها را دایر کردند که طی آن ۳۸ درصد دانش‌آموزان مقاطع اول و دوم دبستان در این فعالیت‌ها شرکت کردند. شهرداری‌ها می‌توانند در ازای تدارک این فعالیت‌ها، هزینه‌ای را از استفاده‌کنندگان این خدمات اخذ کنند. در شرایطی که بچه‌ها کمتر از سه ساعت در روز از این فعالیت‌ها استفاده کنند، هزینه اخذ شده نباید بیش از ۶۰ یورو در ماه باشد. بیشتر بچه‌ها به بیش از سه ساعت فعالیت در روز نیاز دارند. با این وجود، در چنین مواردی، مقامات شهرداری مجاز به تعیین مقدار هزینه‌ای هستند که باید از طرف خانواده پرداخت شود. مشارکت در فعالیت‌های صبحگاهی و عصرگاهی اختیاری است.

جدول شماره ۳. خدمات مراقبت‌های روزانه برای کودکان زیر ۳ سال در سال ۲۰۰۵

توزیع در سال ۲۰۰۵	نوع مزایا
٪۲۸/۹	مقرری والدین
٪۲/۴	مقرری مراقبت از فرزند در بخش خصوصی
٪۴۱/۵	مقرری مراقبت از فرزند در خانه
٪۱۱/۷	مراکز مراقبت روزانه شهری
٪۱۵/۵	سایر خدمات

۴-۷. وعده‌های غذایی همگانی در مدارس

وعده‌های غذایی مدارس در فنلاند از حدود شصت سال پیش آغاز شده است. در مدارس شبانه‌روزی، متوسطه، فنی حرفه‌ای و دانشگاه‌ها هر روزه غذاهای سالمی به صورت رایگان ارائه می‌شود. این وعده‌های غذایی به منظور تغذیه مناسب دانش آموزان در اختیار آنها قرار می‌گیرد که در حدود یک سوم مواد غذایی مورد نیاز آنها را باید تأمین کند. یک وعده غذایی مدارس شامل غذای اصلی، سالاد، نان و یک نوشیدنی است. بچه‌ها و دانش‌آموزانی که رژیم‌های غذایی خاصی دارند (برای مثال گیاه‌خوارند و گوشت و یا قند^۱ مصرف نمی‌کنند) از غذاهای خاصی که برای آنها تهیه می‌شود استفاده می‌کنند.

جدول شماره ۴. خدمات مراقبت‌های روزانه برای کودکان زیر ۷ سال در سال ۲۰۰۵

توزیع در سال ۲۰۰۵	نوع مزایا
٪۱۲/۵	مقرری والدین
٪۳/۸	مقرری مراقبت از فرزند در بخش خصوصی
٪۲۵/۸	مقرری مراقبت از فرزند در خانه
٪۳۲/۴	مراکز مراقبت روزانه شهری
٪۱۳/۴	مراقبت‌های خانوادگی شهری
٪۱۵/۵	سایر خدمات

1. lactose intolerance

۵. راهنمایی کودکان و مشاوره خانوادگی

راهنمایی کودکان و مشاوره خانوادگی شامل مشاوره با افراد توسط کارشناسان و معاینات و درمان‌های اجتماعی، روانشناختی و پزشکی به منظور کمک به آنها می‌باشد. این خدمات درصدد به وجود آوردن شرایطی سالم و امن برای پرورش و تربیت بچه‌ها و مشارکت در ارتقای ظرفیت کاربردی و رفاه خانواده و اعضای خانواده می‌باشد. تهیه و تدارک این خدمات بر عهده مقامات شهری می‌باشد. غالباً، خانواده‌ها به دلیل مشکلاتی فرزندان خود از این خدمات استفاده می‌کنند. سایر دلایل استفاده از این خدمات شامل روابط اعضای خانواده، حل و فصل اختلافات خانوادگی و بهره‌مندی از نظرات کارشناسان می‌باشد. این خدمات به صورت رایگان در اختیار افراد قرار می‌گیرد.

۶. رفاه کودک

۶-۱. معیارهای پیشگیری^۱

جامعه، خدمات و حمایت‌های مالی را از خانواده‌ها به منظور آموزش و پرورش فرزندان فراهم نموده است. کلینیک‌های خانوادگی، کلینیک‌های پزشکی، کودکان‌ها، خدمات روانشناختی مدارس و برنامه‌های جوانان توسط مقامات و مسئول‌های رفاه کودکان ایجاد شده‌اند. اغلب، کارکنانی که در بخش‌های فوق مشغول به کار هستند از اولین افرادی هستند که در مواقع بروز مشکلات در خانواده‌ها به یاری و کمک آنها می‌شتابند.

۶-۲. خدمات و مساعده‌های غیر اقامتی^۲

اگر خانواده با مشکلات مالی و مسکن دست به گریبان باشد، شهرداری باید حمایت‌های مالی لازم را از خانواده به عمل آورده و درصدد رفع مشکلات مسکن برآید. مقامات اجتماعی شهری، حمایت‌هایی را جهت سکنی دادن به خانواده‌ها، کودکان و بزرگسالانی که محیط خانه آنها تهدید کننده سلامتی این افراد باشد به عمل می‌آورند. این امر بر سایر معیارهای رفاهی کودکان تقدم دارد. خدمات رفاهی و مسکونی کودکان و خانواده‌ها بستگی به نیاز و وضعیت

1. Preventive measures

2. Non-residential services and assistance

فرد یا خانواده دارد. یک خانواده می‌تواند در صورت تمایل تحت حمایت و پشتیبانی فرد و یا خانواده دیگری قرار بگیرد. یک کودک می‌تواند به صورت موقت تحت سرپرستی یک خانواده و یا مؤسسه قرار بگیرد در صورتی که اعتقاد بر ارتقای وضعیت فرد تحت چنین شرایطی وجود داشته باشد. همچنین، تمامی اعضای خانواده می‌توانند به دلیل اعتیاد به مواد مخدر تحت خدمات توانبخشی قرار بگیرند. سایر خدماتی که در این بخش ارائه می‌شود شامل مشاوره‌های خانوادگی، خدمات خانگی، مراقبت‌های روزانه، خدمات درمانی و کمک به دانش آموزان در سرگرمی‌های آنها و در به دست آوردن مهارت‌های شغلی می‌باشد. این خدمات نیاز به رضایت والدین و کودک دارد اگر او ۱۲ ساله و یا بیش از ۱۲ سال سن داشته باشد.

۳-۶. خدمات قیمومیتی^۱

خدمات قیمومیتی روندهایی هستند که در صورتی که شرایط خانه و یا رفتار خود کودک، سلامت و پیشرفت او را به مخاطره اندازد و یا خدمات غیر اقامتی ناکافی باشد به انجام می‌رسند. همچنین باید در نظر گرفته شود که واگذاری سرپرستی کودک به دیگران و یا به مددکاران بهترین، راه و به نفع کودک باشد.

واگذاری سرپرستی کودک به مددکار اجتماعی و یا تفویض سرپرستی او به یک خانواده دیگر می‌تواند به عنوان اقدامات پیشگیری فوری به شمار آید. این تفویض سرپرستی می‌تواند اختیاری و یا در صورت تصمیم شورای رفاه اجتماعی شهری، اجباری باشد. کودک و خانواده او باید در جریان این اقدامات قرار بگیرند. اگر کودک، کمتر از ۱۲ سال سن داشته باشد و والدین یا قیم او با سپردن سرپرستی به مددکار و یا افراد دیگر مخالفت داشته باشند، تصمیم باید توسط یک دادگاه صالح اداری گرفته شود. همچنین، اگر کودک ۱۲ سال به بالا یا والدین او خواهان تفویض سرپرستی به خانواده دیگری باشند باید تقاضای خود را در دادگاه دیوان عالی کشور مطرح کنند.

تفویض سرپرستی فرزند با هجده سالگی او پایان می‌پذیرد. همچنین، این سرپرستی واگذار شده می‌تواند با رفع مانعی که دلیل آن واگذاری بوده است و در صورتی که فرزند تمایل داشته باشد، منتفی شود. به هنگام انقضای مدت سرپرستی، شورای رفاه اجتماعی شهری موظف است که مراقبتهای بعدی را از فرد تا ۲۱ سالگی او به عمل آورد.

1 . Taking into care and foster care

اصلاحات جامعی در زمینه رفاه کودک در حال پیگیری و قانونگذاری است. هدف از این اصلاحات، که ۲۰ سال از عمر آن می‌گذرد، برداشتن اتخاذ قوانینی است که متناسب با نیازهای فعلی کودکان در جامعه است.

۷. نظام سلامت برای خانواده‌هایی که دارای فرزند هستند

هر شهرداری دارای کلینیک‌هایی مخصوص والدین و فرزندان به صورت مراکز سلامت یا بخش‌های مستقل می‌باشد. هدف از تأسیس چنین مراکزی، تضمین سلامت مادران باردار، کودکان آنها و کل اعضای خانواده می‌باشد. نظام مراقبت از سلامت در مدارس، معایناتی را از سلامت کودکان در کلینیک‌ها خاص به عمل می‌آورد. این خدمات به منظور ارتقای سطح سلامت دانش آموزان ارائه می‌شود. خدماتی که توسط این مراکز ارائه می‌شود به صورت رایگان در اختیار افراد قرار می‌گیرد.

۷-۱. کلینیک‌های پیش از زایمان^۱

تقریباً از تمامی مادران باردار در طول چهار ماه اول بارداری خود در کلینیک‌های پیش از زایمان، معایناتی به عمل می‌آید. در این کلینیک‌ها، یک پرستار، سلامت مادر و رشد جنین را تحت کنترل دارد. در موارد معمولی، مادران در طول دوران بارداری خود، ۱۱ تا ۱۵ بار به این کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند. معاینات اکثراً توسط یک پرستار انجام می‌شود و پزشک ۲ یا ۳ مرتبه مادر را معاینه می‌کند. همچنین در این کلینیک‌ها، آموزش‌های پیش از زایمان و آموزش‌های خانوادگی که پدر نیز در آنها شرکت دارد داده می‌شود. هدف کلینیک‌های پیش از زایمان، تضمین رفاه مادر و نوزاد تازه به دنیا آمده است. توجه روزافزونی نیز در حال پرداختن به رفاه پدر است.

کلینیک‌های پیش از زایمان در ارتباط نزدیک با بیمارستان‌های بارداری و بخش‌های وضع حمل بیمارستان‌ها قرار دارد. بیش از ۹۹ درصد مادران در بیمارستان وضع حمل می‌کنند.

۷-۲. کلینیک‌های سلامت کودکان^۱

دو هفته پس از تولد نوزاد، یکی از پرستاران کلینیک‌های پیش از زایمان از مادر و کودک در خانه ملاقات می‌کند و پس از این ملاقات، کودک به یکی از اعضای دائمی کلینیک‌های سلامت کودکان تبدیل می‌شود. در طول یک سالگی نوزاد، مراجعه بسیار زیادی از این مراکز به عمل می‌آید که تدریجاً از تعداد دفعات مراجعه کاسته شده و تقریباً به هر شش ماه یکبار و نهایتاً به یکبار مراجعه در طول سال می‌انجامد. خانواده تا رسیدن فرزند به هفت سالگی با این مراکز همکاری دارند.

معاینات به عمل آمده در این بخش شامل معاینات جسمی، فیزیولوژیکی و رشد اجتماعی می‌باشد و در موارد خاص و لازم، کودکان به سایر مراکز پزشکی به منظور معاینات کامل‌تر و دقیق‌تر ارجاع داده می‌شوند. تمامی واکسیناسیون لازم در این مراکز به انجام می‌رسد و یکی از وظایف خطیر این مراکز حمایت از والدین در رشد و تربیت فرزندان می‌باشد.

۷-۳. نظام سلامت مدارس^۲

کودکان هنگام ورود به مدرسه به عضویت مراکز سلامت مدارس در می‌آیند. پرستاران و پزشکان بخش سلامت مدارس، معاینات مرتبی را از دانش آموزان به عمل می‌آورند که فواصل این معاینات از مدرسه‌ای به مدرسه دیگر متفاوت است. پرستارهای مدارس بر طبق زمان توافق شده در دسترس دانش آموزان هستند. مراکز سلامت مدارس، ادامه برنامه واکسیناسیون کودکان را متعهد می‌شوند. به طوری که دانش آموزان حداقل سه بار در سال تحت معاینات پزشکی قرار بگیرند. مراقبت‌های دندانپزشکی و خدمات خاص دیگری نظیر خدمات روانشناسی و گفتاردرمانی مدرسه نیز بخشی از خدمات مراکز سلامت مدارس را تشکیل می‌دهد. آموزش سلامت نیز از خدمات قابل ملاحظه این مراکز به شمار می‌آیند.

۷-۴. خدمات پزشکی کودکان^۳

مراکز سلامت شهرداری، که نقش آنها فراهم کردن مراقبت‌های اولیه سلامت برای کل جمعیت است، مسئول مراقبت‌های پزشکی کودکان نیز می‌باشند. در مواقع لزوم، کودکان برای معاینات

1. Child health clinics
2. School health care
3. Children's medical care

و آزمایش‌های بیشتر به بیمارستان‌ها ارجاع داده می‌شوند. بیمارستان‌ها غالباً دارای بخش‌های مجزای اطفال هستند.

فرزندان زیر هجده سال، مشمول ملاقات‌های رایگان با پزشکان عمومی قرار می‌گیرند. خدمات بیمارستانی نیز که بیش از هفت روز به طول انجامد برای فرزندان زیر هجده سال رایگان است، البته برای هفت روز اول مبلغی باید پرداخت شود.

علاوه بر مراقبت‌های سلامت شهری، شهرهای بزرگتر از خدمات خاصی در بخش خصوصی استفاده می‌کنند. بیمه سلامت همگانی، بخشی از هزینه‌هایی را که در بخش خصوصی مصرف شده است را جبران می‌کند.

۵-۷. مراقبت‌های دندانپزشکی برای کودکان^۱

مراقبت‌های دندانپزشکی کودکان در کلینیک‌های سلامت کودکان و از هنگامی که شش ماهه هستند آغاز می‌شود. دندان‌های آنها معاینه می‌شود و به والدین توصیه‌هایی در مورد مراقبت و بهداشت دهان و دندان و برنامه غذایی آنها داده می‌شود. دندان‌های دانش‌آموزان نیز به طور مرتب توسط دندانپزشکان مراکز سلامت معاینه و درمان می‌شود. مراقبت‌های دندانپزشکی برای فرزندان زیر هجده سال رایگان است.

۸. خدمات و حمایت‌های خاص از کودکان معلول و خانواده آنها

کودکان معلول و خانواده‌های آنها، مشمول تمامی خدماتی می‌شوند که در اختیار سایر کودکان و خانواده‌های آنها قرار می‌گیرد. علاوه بر این خدمات، آنها مشمول خدمات و حمایت‌های خاصی نیز قرار می‌گیرند که نوع و مقدار آن به معلولیت کودک نیاز دارد. بخش سلامت و اجتماعی این خدمات را در اختیار والدینی که دارای فرزندان معلول هستند قرار داده و اطلاعاتی را در مورد چگونگی رفتار با فرزندان از مراحل آغازین برای آنها فراهم می‌کنند. کلینیک‌های سلامت کودکان در فواصل زمانی مرتب، معایناتی را از آنها به عمل می‌آورند. در مواقع لزوم و برای آزمایشات و معالجات بیشتر، کودکان به مراکز تخصصی ارجاع داده می‌شوند. به محض شناسایی معلولیت، توانبخشی اجتماعی و آموزش کودک معلول و خانواده او آغاز می‌شود. کودکانی که دارای معلولیت‌های شدیدی هستند، مشمول

1. Dental care for children

توانبخشی‌های پزشکی که از طریق مؤسسه بیمه اجتماعی فراهم می‌شود، قرار می‌گیرند. شهرداری‌ها، مؤسسه بیمه اجتماعی و سازمان‌های بسیاری آموزش‌هایی را برای کودکان معلول و خانواده‌هایشان در نظر گرفته‌اند. این افراد به خدمات متعددی که توسط این سازمان‌ها و نهادها ارائه می‌شود دسترسی دارند. مقامات و مسئولان این سازمان‌ها، برنامه‌ای خدماتی را به همراه والدین بچه‌ها انتخاب می‌کنند که تمامی نیازها و احتیاجات کودک را دربرمی‌گیرد. فردی نیز به عنوان رابط بین مسئولان سازمان‌ها و خانواده کودک در نظر گرفته می‌شود.

خانواده کودک معلول می‌توانند همانند سایر خانواده‌ها از خدمات مراقبت‌های روزانه و شکل‌های مختلف آن بهره‌مند شوند. در مراقبت‌های روزانه شهری (کودکستان‌ها)، کودک معلول نیز در گروه سایر کودکان قرار داده می‌شود. در صورت لزوم، گروه‌های خاصی در نظر گرفته شده و از کودکان معلول در این گروه‌ها مراقبت به عمل می‌آید. مبلغی که با توجه به وضعیت و سطح درآمد خانواده کودک معلول در نظر گرفته می‌شود باید توسط آنها برای استفاده از خدمات پرداخت شود. خدمات خاص مانند تعیین پرستار برای کودک معلول در کودکستان و یا توانبخشی‌های تخصصی و وسایل خاص توانبخشی به صورت رایگان در اختیار این افراد قرار داده می‌شود.

والدین کودک بیمار و یا معلول، مشمول مزایای مالی می‌شوند که توسط مؤسسه بیمه اجتماعی فراهم شده است. مزایای اولیه شامل کمک هزینه مراقبت و کمک هزینه‌های روزانه خاص است. والدین در صورتی که حداقل شش ماه بار مالی مراقبت از فرزند معلول و یا بیمار خود را بر عهده داشته باشند مشمول این کمک هزینه‌ها قرار می‌گیرند. کمک هزینه‌های خاص روزانه، آن بخش از مخارجی را که خانواده برای مراقبت و یا معالجات کودک بیمار متحمل شده است جبران می‌کند.

۹. فرزندخواندگی^۱

هدف از فرزندخواندگی به عمل آوردن بهترین شکل اقدامات به نفع فرزند از طریق تحکیم ارتباط میان او و والدین قیم اوست. فرزندخواندگی باید توسط دادگاهی صالح تأیید شود. بچه‌ای که به فرزندخواندگی پذیرفته شود و خانواده قیم او دقیقاً مشمول همان خدمات و مزایای خانواده‌ها و فرزندان می‌شود.

1. Adoptions

مشاوره یکی از گام‌های لازم در فرزندخواندگی بچه نابالغ است. این مشاوره توسط مقامات شهری و آژانس‌های فرزندخواندگی که مخصوصاً توسط وزارت سلامت و امور اجتماعی تأسیس شده‌اند به انجام می‌رسد. اگر فردی خواهان پذیرفتن فرزندی از کشوری خارجی باشد، او باید به بخش فرزندخواندگی بین‌المللی مراجعه کند. فرزندخواندگی بین‌المللی به اجازه شورای فنلاندی سازمان امور فرزندخواندگی نیاز دارد که این بخش نیز به نوبه خود از توابع وزارت سلامت و امور اجتماعی می‌باشد.

در فرزندخواندگی بین‌المللی، والدین به منظور جبران هزینه‌های انجام شده مشمول حمایت‌های مالی خاصی قرار می‌گیرند. این حمایت‌های مالی در صورتی که خانواده چند بچه را به صورت همزمان (اغلب خواهر و برادر) به فرزندخواندگی بپذیرد به حداکثر میزان خود می‌رسد. مؤسسه بیمه اجتماعی، حمایت‌های مالی و وام‌هایی را برای این خدمات در نظر گرفته است. این خدمات به منظور پوشش بخشی از مخارج از جمله ترجمه اسناد، هزینه‌های ارائه‌کنندگان خدمات، هزینه‌های سفر و هزینه‌های اداری را در بر می‌گیرد.

۱۰. سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی^۱

سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی در حوزه خدمات اجتماعی و بهداشتی درمانی بسیاری در فنلاند وجود دارد که مکمل خدمات عمومی هستند. سازمان‌هایی که به برنامه‌های خانوادگی و ارتقای رفاه کودکان می‌پردازند و از حقوق خانواده‌های دارای فرزند در مسائل قانونی دفاع می‌کنند، می‌توانند در ارتقای وضعیت خانواده‌ها نقش بسزایی را ایفا کنند. این سازمان‌ها، خدمات گوناگونی را برای خانواده‌های دارای فرزند فراهم می‌کنند. مراقبت از کودک و کمک‌های خانگی، مراقبت از کودکان بیمار و تأسیس انواع باشگاه‌های مختلف و به راه‌اندازی خطوط تلفنی به منظور کمک به کودکان و بزرگترها از جمله این خدمات است.

منابع و مأخذ

1. Finland's Family Policy, Ministry of Social Affairs & Health, Helsinki, Finland, 2006.
2. Social Welfare in Finlands, Ministry of Social Affairs & Health, Helsinki, Finland, 2006 .

1 . non-governmental organizations (NGOs)