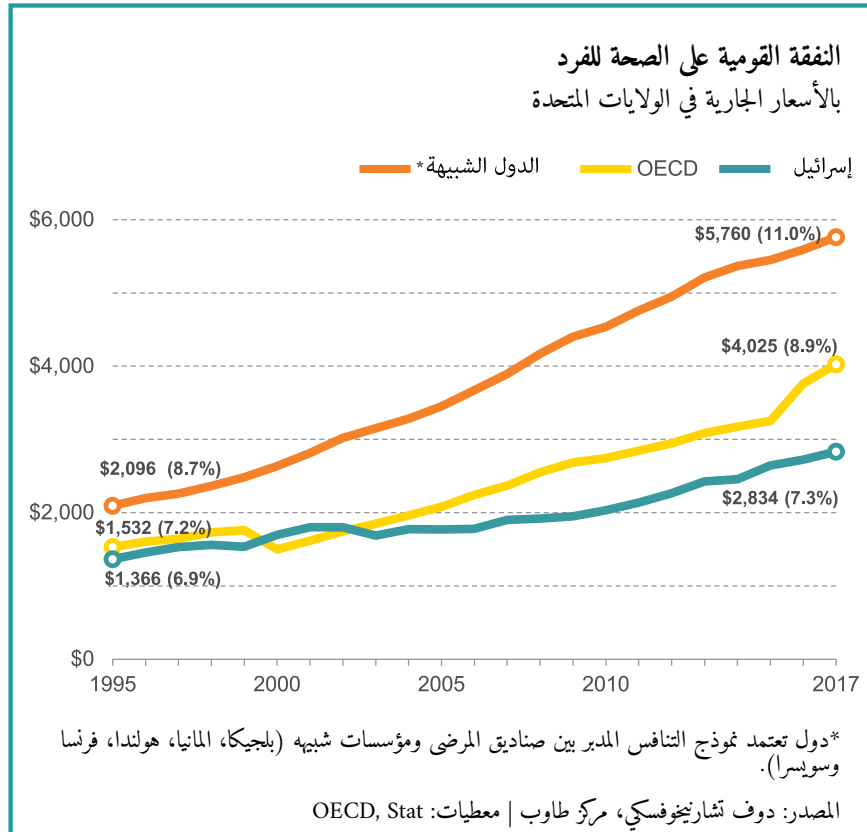


רصد حالة* الإسرائيليون معافون أما المنظومة فلا

بمقارنة دولية حسب مقاييس الوفيات ومتوسط العمر، فإن أداء جهاز الصحة في إسرائيل مثير للانطباع. حيث أن وفاة الأطفال (3.1 لكل ألف ولادة) منخفضة مقارنة بالدول التي يشبه فيها جهاز الصحة نظيره في إسرائيل، أي يعتمد على منظومة صناديق مرضى ومؤسسات شبيهة تتنافس فيما بينها (مثل بلجيكا، هولندا، فرنسا وسويسرا). كما أن متوسط العمر مرتفع نسبة لتلك الدول ويصل حتى 82.5 عام. مع ذلك، وبمنظرة إلى المستقبل، فإن جهاز الصحة يقف أمام تحديات تتعلق، من ضمن أمور أخرى، بارتفاع عمر السكان وتدني أداء الجهاز نفسه.

بين السنوات 1995-2017، ارتفعت نسبة النفقة القومية الجارية على الصحة من مجمل الناتج المحلي الاجمالي بدرجة معتدلة جداً من 6.9% إلى 7.3%، بينما ارتفعت هذه في دول ال-OECD من 7.2% إلى 8.9%، وفي الدول التي يشبه فيها جهاز الصحة نظيره في إسرائيل من 8.7% إلى 11.1%. عموماً، فإن الدول معنية بتقليص نفقاتها على الصحة لكن الارتفاع المنخفض في هذه النفقات في إسرائيل هو أمر مثير للقلق لسببين. الأول يتعلق بارتفاع عمر السكان، الأمر الذي يفترض بأن يؤدي إلى ارتفاع في نفقات الصحة. أما الثاني فيتعلق بأسعار الطب التي ارتفعت أكثر من مؤشر الأسعار العام: بين السنوات 2011-2017، ارتفع أجر الأطباء المستخدمين بأكثر من 40% بينما ارتفع أجر بقية المستخدمين في السوق بحوالي 15% فقط في نفس الفترة. بالإضافة إلى ذلك، فقد ارتفع بين السنوات 2011-2018 سعر خدمات الصحة الخاصة بأكثر من ضعفي مؤشر الأسعار للمستهلك: حوالي 9% مقارنة ب-4%. على ضوء هذه التغييرات، كان من الممكن أن نتوقع بأن ترتفع النفقات على الصحة ولكن ذلك لم يحصل، لهذا فإن ارتفاعها الضئيل من الممكن أن يدل على تدني جودة الخدمة.

تتقسم النفقة القومية على الصحة بشكل عام إلى قسمين: النفقة العامة التي تتمول من أموال الدولة بواسطة صناديق المرضى (مكابي، كلاليت، مؤوحدت ولؤوميت)، والنفقة الخاصة التي يمولها المواطنين (مباشرة من جيوبهم أو بواسطة برامج التأمين المكملة والخاصة). هدف قانون التأمين الصحي الرسمي في إسرائيل، الذي تم تشريعه عام 1995، إلى إتاحة الخدمات الطبية بشكل متساوي لكافة مواطني الدولة. ولكن على مر السنين التي تلت ذلك، وخاصة بعد تشريع قانون التسويات في



1997، طرأ انخفاض في نسبة التمويل العام وارتفاع في نسبة التمويل الخاص، وهو الأمر الذي يمس بقيمة المساواة التي ينص عليها القانون.

وبالفعل، فإن نسبة النفقة العامة من أصل مجمل النفقة على الصحة في إسرائيل أخذت بالنقصان، حيث انخفضت في عام 2017 الى 62.8% مقارنة بـ 73.4% في دول ال-OECD و- 78.2% في الدول المشابهة. مما يعني بأن المواطنين في إسرائيل يمولون قسماً أكبر من نفقات الصحة مقارنةً بهذه الدول. تبعاً لذلك، نرى بأن هناك ارتفاع ثابت في بند النفقة الخاصة على الصحة في الميزانية المتوسطة للأسر: حيث ارتفعت النفقة الخاصة بين السنوات 1997-2017 من 3.9% الى 5.7%.

يأتي ارتفاع مركب التمويل الخاص، على الأقل بشكل جزئي، نتيجة لمبنى جهاز الصحة في إسرائيل الذي يتميز بمزج اشكالي بين العام والخاص. فبالإضافة الى التمويل العام والدفع لقاء برامج التأمين الخاصة والطب الخاص، بإمكان المواطنين أن يشتروا من صناديق المرضى تأمينات لخدمات صحية إضافية (ما يسمى 'ש"ב') معروفة كتأمينات مكاملة. لهذه التأمينات، التي يشترك بها حوالي 80% من السكان، طابع عام لأنها تؤدي إلى دعم متقاطع بين المؤمنين لا سيما وأن جميعهم يدفعون سعر موحد بغض النظر عن حالتهم الصحية. وتمول التأمينات المكاملة علاجات غير مشمولة في سلة الصحة الرسمية كما أنها تسمح بتقصير الدور وبإمكانية أوسع لاختيار الأطباء في حالة العلاجات المشمولة في السلة. بالنتيجة، فإن ذلك يناقض قيمة المساواة التي ينص عليها القانون لأن جزءاً من النشاط الذي كان من المفترض بأن ينفذ في الجهاز العام ينقل لجهاز بملكية خاصة، والمدخولات من التأمينات المكاملة والتجارية تساهم في تمويل الجهاز الخاص بالإضافة الى التأمينات الخاصة.

الأخطر من مزج العام والخاص هو تضارب المصالح الذي ينبثق عن وظائف الدولة المختلفة في خدمات الاستشفاء (أي المكوث في المستشفيات) بإسرائيل. تعمل منظومة الاستشفاء العامة بغالبيتها العظمى ك"سوق داخلي" تشكل مع فرض قانون تأمين الصحة الرسمي عام 1995. في هذا السوق، يتم تزويد خدمات الصحة التي يحق للمواطن الحصول عليها، بتمويل الدولة وبتنظيمها، بواسطة أربعة صناديق مرضى. تؤمن هذه العلاج الطبي - ان كان بواسطة شرائه من المراكز الطبية العامة (المستشفيات) او بإنتاجها الذاتي. في إسرائيل هناك 58 مستشفى (لا يشمل المستشفيات المختصة بالأمراض الدائمة): 44 مستشفى للاستشفاء العام، 12 للصحة النفسية و-2 للتأهيل. 19 منها بملكية الحكومة، 11 بملكية خاصة، 10 بملكية عامة أخرى أو بملكية جمعيات، 12 بملكية صناديق المرضى (بالأساس كلاليت) و- 6 بملكية إرساليات مسيحية.

هناك، كما ذكرنا، مصالح متضاربة في هذه المنظومة. فالدولة، أولاً، تمول صناديق المرضى التي تستخدم جزءاً من الأموال لشراء خدمات من المستشفيات. وثانياً، تعمل كجهة رقابية على المستشفيات، وفي إطار وظيفتها هذه فهي مسؤولة عن تحديد أسعار الخدمات والكميات التي يتم توفيرها للصناديق في كل مستوى من الأسعار. وثالثاً، هي المالكة وأكبر مزودة لخدمات الاستشفاء من خلال المستشفيات التي تملكها. بهذه الطريقة تنافس الدولة عملياً مؤسسات استشفاء أخرى مرتبطة بها من ناحية تمويلية وتتواجد تحت رقابتها. نتيجة لذلك، مثلاً، قد تكون التقييدات على الميزانية مرنة أكثر من ناحية المستشفيات المتواجدة بملكية الدولة لأنها هي التي تغطي ديونها. تضارب المصالح هذا الذي ينبع عن تعدد وظائف الدولة هو موضوع لا بد من التطرق له.

يتمتع الإسرائيليون اليوم بخدمات صحية جيدة لكن جهاز الصحة يقف أمام تحديات ليست سهلة أيضاً بسبب التمويل المنقوص وأيضاً بسبب المصالح المتضاربة. هذه المشاكل ستستمر اذا لم يكن هناك حل لمشكلة تعدد وظائف الدولة كتمولة ورقبية ومشغلة خدمات.