

التوجه النيو ليبرالي في تحرير نظام الرعاية الصحية في إسرائيل

(١) مقدمة

عليها، وتوزيع المخصصات المالية على أساس متساوٍ على صناديق المرضى العامة الأربعة التي تعمل في إسرائيل، واستخدام الموارد على نحو يتسم بقدر أكبر من النجاعة والفعالية. ومع ذلك، فسرعان ما تقوض العديد من الآثار المحمودة التي أقرها القانون المذكور بسبب الإجراءات العامة التي أفضى إليها التوجه النيو ليبرالي في تحرير المجتمع الإسرائيلي، والتي استُهلّت في منتصف الثمانينيات من القرن الماضي. فبينما كانت جميع الأحزاب السياسية الإسرائيلية الرئيسية شريكة في التوجه النيو ليبرالي في تحرير المجتمع الإسرائيلي، يُعتبر بنيامين نتنياهو أبرز السياسيين النيو ليبراليين الراديكاليين في إسرائيل. فبعد سنة من انتخابه رئيساً للحكومة، وجهت حكومته الضربة القاصمة الأولى إلى نظام الرعاية الصحية العام، وذلك عندما ألغت في العام ١٩٩٧ «الضريبة الموازية»، وهي المساهمة التي كان أرباب العمل يدفعونها لتمويل نظام الرعاية الصحية العام. وفي العام ١٩٩٨، أدخلت حكومة

مهد سنّ قانون التأمين الصحي الوطني في العام ١٩٩٤ السبيل أمام إنشاء نظام الرعاية الصحية الذي يفوق ما سبقه في أفضليته ومراعاته المساواة بين المواطنين في إسرائيل. فمن بين الإنجازات البارزة التي حققها هذا القانون أنه دمج ما نسبته ٧٪ من سكان إسرائيل، ممن لم يحظوا بالتأمين الصحي في السابق، ضمن نظام الرعاية الصحية العام (ولا سيما بالنسبة للمواطنين الفلسطينيين من سكان إسرائيل، الذين كان ما نسبته ٢٥٪ منهم يفتقرون إلى خدمات التأمين الصحي).

كما عمل هذا القانون على فصل الحق في خدمات الرعاية الصحية عن اشتراط القدرة على دفع المستحقات لقاء الحصول

(*) أستاذ في قسم العلوم السياسية وأنظمة الحكم، جامعة بن غوريون- بئر السبع.

تختص في المحافظة على الصحة العامة. وتتعدد هذه المنظمات وتوفر كافة خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية تقريباً، كما تموّل خدمات الإيواء في المستشفيات (وتقدم هذه الخدمات في بعض الحالات). وتقوم المنظمات التطوعية غير الربحية بإدارة المستشفيات (مستشفى هداسا، والمستشفيات المسيحية)، أو تقديم خدمات الطوارئ (منظمة نجمة داود الحمراء) أو تنسيق الأعمال التي تستهدف مواجهة أمراض معينة (من قبيل السرطان أو السل). أما المجالس البلدية فتتولى المسؤولية عن تقديم بعض خدمات الرعاية الصحية الوقائية والخدمات الصحية العامة، وهي تدير المستشفيات كذلك (كما هي الحال في مستشفى إخيولوف في تل أبيب). وتشارك المنظمات غير الحكومية في تنظيم جملة من القضايا المتصلة بقطاع الصحة، من قبيل حقوق المرضى، وحقوق الإنسان، ومصالح المرضى الذين يعانون من أمراض معينة، ودعم الأسر، وغير ذلك من القضايا.

ويتولى القطاع العام والخاص تمويل نظام الرعاية الصحية في إسرائيل من مواردهما الخاصة. وفي هذا السياق، ينص قانون التأمين الصحي الوطني على تخصيص ثلاثة مصادر عامة رئيسية لتمويل نظام الرعاية الصحية، وهي «ضريبة الصحة» التي يرصد لها بند خاص، و«الضريبة الموازية» التي يدفعها أرباب العمل، والموازنة العامة التي تتكفل بتمويل مجالات معينة كالصحة العامة وخدمات العلاج النفسي. وتتألف المصادر الخاصة، في جانب كبير منها، من النفقات المباشرة، والتأمين الخاص، والتأمين الصحي «التكميلي» الذي شرعت صناديق المرضى العامة في تسويقه منذ مطلع العام ١٩٩٨.

وبينما عمل قانون التأمين الصحي الوطني في بدايات عهده على تعزيز قطاع الرعاية الصحية العام، كما ذكرنا ذلك أعلاه، فقد يسّر هذا القانون مباشرة إجراءات الخصخصة الجزئية لهذا القطاع خلال العام ١٩٩٧، ولا تزال هذه الإجراءات قيد التنفيذ حتى هذا اليوم.

٣) خصخصة التمويل

مع الشروع في تنفيذ قانون التأمين الصحي الوطني في العام ١٩٩٥، تولى القطاع العام تمويل ما نسبته ٧٥٪ من الإنفاق العام على قطاع الصحة، في حين عمل القطاع الخاص على تمويل النسبة المتبقية (٢٥٪) من هذا الإنفاق. وفي العام ١٩٩٧، أي بعد سنتين فقط من سن القانون المذكور، أصدرت الحكومة قانون تسوية الموازنة الذي نص على إلغاء مساهمة أرباب العمل في تمويل نظام الرعاية الصحية. كما أصدرت الحكومة، خلال العام ١٩٩٨، قانوناً آخر لتسوية الموازنة. وقد أضاف هذا القانون الأخير زيادة معتبرة على

نتيهاه تعديلات جوهرية على قانون التأمين الصحي الوطني، حيث نصت هذه التعديلات على مشاركة المؤمن عليهم في تغطية التكاليف المترتبة على زيارة الاختصاصيين والتصوير الطبي، وهو ما أسهم في زيادة نسبة المصاريف التي يدفعونها لتغطية تكاليف الأدوية التي يصفها الأطباء لهم، وسمح لصناديق المرضى العامة بتسويق أشكال من التأمين الصحي «التكميلي» شبه الخاص. وكانت تلك هي الخطوات الأولى التي استهلت عملية الخصخصة الجزئية لقطاع الرعاية الصحية، وهي عملية تشكل تهديداً حقيقياً لنظام الرعاية الصحية العام وتتسبب في تدهور هذا النظام وتراجعها من ناحية مساواته بين المواطنين الإسرائيليين ومن ناحية فعاليته وكفاءته.

ولكي نتوصل إلى فهم أفضل لعملية الخصخصة الجزئية التي يخضع لها قطاع الرعاية الصحية، ينبغي لنا أن نسلط الضوء على ثلاثة مستويات متباينة: خصخصة التمويل، وخصخصة الملكية وإزالة الحدود الفاصلة بين القطاعين الخاص والعام، ونشر ثقافة ترتكز على إدارة قطاع الأعمال في أوساط مؤسسات القطاع العام.

٢) نظام الرعاية الصحية في إسرائيل: نظرة عامة

يتسم نظام الرعاية الصحية في إسرائيل، على مدى تاريخه، بتفُسُّحه وتعقيده. فالقطاعات المختلفة التي يتألف منها هذا النظام (الطب الوقائي، والرعاية الصحية الأولية المقدمة في العيادات الخارجية، والرعاية الصحية المتخصصة في العيادات الخارجية، والرعاية الصحية من الفئة الثالثة - المستشفيات) تفتقر التي الترابط فيما بينها. كما تتولى عدة مؤسسات تمويل نظام الرعاية الصحية وتقوم على ملكيته (وسوف نستعرض هذه المسألة بال مزيد من التفصيل في ثنايا هذه المقالة)، حيث يضطلع القطاع الخاص والعام بتمويل نظام الرعاية الصحية (من خلال برامج التأمين الخاص والإنفاق «المباشر»)، بينما تمتلك الدولة والمجالس البلدية والمؤسسات التي لا تهدف إلى الربح والقطاع الخاص مرافق الرعاية الصحية.

تتمثل المؤسسات الرئيسية التي تؤلف قطاع الرعاية الصحية في إسرائيل في وزارة الصحة والمستشفيات التابعة لها، وصناديق المرضى، والمنظمات التطوعية (الدينية منها وغير الدينية)، والمجالس البلدية والمنظمات غير الحكومية. وتتولى وزارة الصحة المسؤولية عن إعداد الخطط والإشراف، إضافة إلى إدارة المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الوقائية ومراكز العلاج النفسي. وتشكل صناديق المرضى منظمات غير ربحية تضطلع بالمسؤولية عن توفير الخدمات الصحية التي يقرها القانون لأعضائها. وتعمل هذه الصناديق، بصورة أساسية، باعتبارها منظمات غير ربحية

نسبته ٥٤٣٪، في حين وصلت نسبة الإنفاق المباشر إلى ٢٩٪ من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة الوطني (منظمة الأمن والتعاون في الميدان الاقتصادي، ٢٠١١).

نفقات قطاع الصحة الوطني في إسرائيل حسب قطاع التمويل (المكتب المركزي للإحصاء الإسرائيلي، ٢٠٠٩)

النسبة المئوية للمساهمة في الإنفاق العام		
السنة	الحكومة	الأُسْر
١٩٩٥	٧٥	٢٥
١٩٩٦	٧٤,٥	٢٥,٥
١٩٩٩	٧٠,٥	٢٩,٢
٢٠٠١	٦٥,٥	٣٠,٨
٢٠٠٢	٦٥,٧	٣١,٥
٢٠٠٣	٥٩,٤	٢٩,٨
٢٠٠٤	٥٧,٨	٣٠,٨
٢٠٠٥	٥٥,٩	٣٢,٤
٢٠٠٦	٥٤,٥	٣٣,٥
٢٠٠٧	٥٤,٣	٣٣,٤
٢٠٠٨	٥٤,٣	٣٢,١

النفقات التي يساهم بها المواطنون لتغطية تكاليف الرعاية الصحية التي يحصلون عليها، كما نص على إعمال اختبار الأحوال المادية للمواطنين بغية دراسة مدى استحقاقهم للحصول على المساعدات الحكومية، وأتاح للحكومة أن تتنصل من التزامها بجسر الهوة القائمة بين تكاليف برامج الرعاية الصحية والأموال التي يرصدها قانون التأمين الصحي الوطني. ومنذ ذلك الحين، لم تزد الحكومة عن تأدية مبلغ زهيد يتم تحديده في كل سنة، مما تسبب في تحويل المسؤولية عن العجز في الموازنة إلى صناديق المرضى. وبالتالي، لضُطرت مؤسسات صناديق المرضى إلى رفع مستوى «كفافتها» في العمل، بمعنى أنه بات يتعين عليها اقتطاع التكاليف وتحميل بعض النفقات على المرضى. ونتيجة لذلك، طرأت زيادة معتبرة منذ العام ١٩٩٧ على حصة التكاليف التي تتحملها صناديق المرضى، والتي يجري تمويلها من النفقات التي يساهم بها المواطنون في تغطية تكاليف خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم. وفي هذه الأيام، تمثل هذه النفقات ما يزيد عن ١٠٪ من دخل صناديق المرضى.

ومنذ العام ١٩٩٨، تراجعت حصة الحكومة في الإنفاق على قطاع الصحة الوطني، حيث تم تحميل التكاليف لأفراد الجمهور في صورة دفع نفقات «مباشرة» أو الاشتراك في برامج التأمين الخاص. وبحلول العام ٢٠٠٨، انخفض التمويل العام لنفقات الرعاية الصحية العامة إلى مستوى غير مسبوق، حيث بلغت



نتنياهو: التوليبرالي الأول في إسرائيل

ترتبط طريقة الخصخصة الثانية بملكية موارد الرعاية الصحية. وفي الواقع، تعمل خصخصة الملكية على نزع الصفة الحيادية التي تسم جوهر تقديم الرعاية الصحية. فخدمات الرعاية الصحية تمثل بالنسبة للقطاع الخاص سلعة أو منتجاً يتاجر به من أجل تحقيق الأرباح، بينما تشكل هذه الخدمات من وجهة نظر القطاع العام خدمة ينبغي عليه أن يقدمها للمواطنين

٤) خصخصة الملكية

ترتبط طريقة الخصخصة الثانية بملكية موارد الرعاية الصحية. وفي الواقع، تعمل خصخصة الملكية على نزع الصفة الحيادية التي تسم جوهر تقديم الرعاية الصحية. فخدمات الرعاية الصحية تمثل بالنسبة للقطاع الخاص سلعة أو منتجاً يتاجر به من أجل تحقيق الأرباح، بينما تشكل هذه الخدمات من وجهة نظر القطاع العام خدمة ينبغي عليه أن يقدمها للمواطنين (وهذه الخدمة عادة ما تكون فائدة من الفوائد التي ترتبها المواطنة أو الإقامة في الدولة). أما في إسرائيل، فقد ارتفعت نسبة مشاركة القطاع الخاص في الإنفاق على نظام الرعاية الصحية الوطني من ١٨٫٩٪ في العام ١٩٨٤ إلى ٢٣٫٣٪ خلال العام ١٩٩٣ (المكتب المركزي للإحصاء الإسرائيلي، ٢٠٠٣). وارتفع عدد المستشفيات الخاصة من ٥٧ مستشفى في العام ١٩٨٠ إلى ٩٤ مستشفى في العام ١٩٩٣، مع العلم بأن حصة هذه المستشفيات من إجمالي عدد المستشفيات بقيت ثابتة لم تتغير. ومع ذلك، طرأ ارتفاع على حصة القطاع الخاص من الأسرة في المستشفيات العامة، حيث ازدادت نسبتها من ٢٫٩٪ إلى ٣٫٦٪ بين العامين ١٩٨٠ و١٩٨٩، ووصلت نسبة هذه الأسرة في العام ١٩٩٣ إلى ٤٪ من مجمل عددها في تلك المستشفيات. وفضلاً عن ذلك، ارتفعت نسبة الأسرة المخصصة لمن يعانون من أمراض الشيخوخة من ٢٩٪ إلى ٣٤٪ في الفترة نفسها (١٩٩٣، Bin Nun and Chinitz)، ووصلت نسبة هذه الأسرة إلى ٣٧٪ في العام ١٩٩٣. ويشير عدد الأسرة في المستشفيات إلى معدل النمو الذي شهده القطاع الخاص. ففي الوقت الذي ارتفع فيه عدد الأسرة في مستشفيات القطاع العام بنسبة ١٤٫٤٪ في الفترة الممتدة بين العامين ١٩٨٠ و١٩٩٣، ازداد عدد الأسرة في مستشفيات القطاع الخاص بما نسبته ٥٠٪. كما كانت الخصخصة هي التوجه المفضل في مجالات أخرى كالتمريض، حيث جرى تركيز جانب كبير من خطط بناء الوحدات الجديدة على القطاع الخاص - ولا يزال هذا التركيز قائماً على هذا القطاع^٢.

وفي السنوات التي سبقت صدور قانون التأمين الصحي الوطني، نمت حصة القطاع الخاص من ١٨٫٨٪ من إجمالي النفقات التي بلغت ٨٠٠ مليون شيكل في العام ١٩٨٥ إلى ٢٣٫٣٪ من النفقات الكلية التي سجلت ٢٨٦٤٦ مليون شيكل خلال العام ١٩٩٣.

لقد لُصّر القطاع العام، بسبب خصخصة الملكية في قطاع الرعاية الصحية، إلى تقديم الإعانات المالية لرفد الأرباح التي يحققها القطاع الخاص. وفي هذا المقام، يشكل قانون تأمين الرعاية الطبية طويلة الأمد، الذي يتيح للشركات الخاصة تقديم الرعاية الصحية التي تمولها مصادر القطاع العام، أحد الأمثلة على الأموال العامة التي تقدّم لرفد أرباح شركات القطاع الخاص. فقبل إنفاذ هذا القانون في العام ١٩٨٨، لم يكن هناك سوى ١٣ مؤسسة (بعضها ربحي وبعضها غير ربحي) تقدم خدمات التمريض المنزلي، ولكن هذا العدد ارتفع إلى ٨٤ مؤسسة بحلول العام ١٩٩١ (Gal, 1994). ولم تفتأ الحكومة تعمل، منذ منتصف العقد الماضي، على خصخصة الخدمات المقدمة لأمراض الشيخوخة المستعصية وخدمات المختبرات الطبية.

وقد استمر العمل على تحويل تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى سلعة عقب سن قانون التأمين الصحي الوطني. فخلال الفترة الواقعة بين العامين ١٩٩٥ و١٩٩٧، كانت الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص تمثل ما نسبته ٢٣٪ من الإنفاق على قطاع الصحة الوطني. أما بعد صدور قانون تسوية الموازنة في العام ١٩٩٨، فقد شهدت حصة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية زيادة مطردة وصلت إلى ٢٧٪ خلال العام ٢٠٠٣. وفي هذا العام نفسه، عدّل المكتب المركزي للإحصاء الإسرائيلي التصنيف الذي يعتمد مختلف القطاعات، حيث تبني تعريف نظام الحسابات القومية الذي يعتبر جميع المؤسسات التي تبيع منتجاتها بالسعر الكامل السائد في السوق بمثابة «منتجين في السوق». كما تم، خلال العقد الماضي، تحويل الكثير من المرافق التي تملكها الحكومة إلى صناديق ائتمان، بمعنى مؤسسات شبه

لقد اضطر القطاع العام، بسبب خصخصة الملكية في قطاع الرعاية الصحية، إلى تقديم الإعانات المالية لرفد الأرباح التي يحققها القطاع الخاص. وفي هذا المقام، يشكل قانون تأمين الرعاية الطبية طويلة الأمد، الذي يتيح للشركات الخاصة تقديم الرعاية الصحية التي تمولها مصادر القطاع العام، أحد الأمثلة على الأموال العامة التي تقدّم لرفد أرباح شركات القطاع الخاص. فقبل إنفاذ هذا القانون في العام ١٩٨٨، لم يكن هناك سوى ١٣ مؤسسة (بعضها ربحي وبعضها غير ربحي) تقدم خدمات التمريض المنزلي، ولكن هذا العدد ارتفع إلى ٨٤ مؤسسة بحلول العام ١٩٩١ (Gal, 1994).

الرعاية الصحية إلى سلعة تجارية في تبني ثقافة التجارة في أوساط مؤسسات الرعاية الصحية في القطاع العام، ناهيك عن إزالة الحدود الفاصلة بين القطاعين العام والخاص. فقد «استوردت» صناديق المرضى العامة والمستشفيات العامة الثقافة والمنهجيات التنظيمية المرعية في تنظيم العمل من قطاع الأعمال. وبذلك، تحول «المرضى» أو «الأعضاء» إلى «زبائن» أو «مستهلكين»، كما تبني القطاع العام هذه الأشكال النيوليبرالية النمطية في تنظيم أعماله، بما شمله ذلك من الاستعانة بمصادر خارجية لتأدية الوظائف الموكلة إليه وتعيين الموظفين لفترات محدودة. وفضلاً عن ذلك، تدير المستشفيات العامة الخدمات الطبية الخاصة، من قبيل معاهد عمليات التجميل، وتبيع صناديق المرضى العامة خدمات التأمين الصحي الخاص وتدير مراكز تشخيص الأمراض. وقد ساهم عاملان رئيسان في تحويل القطاع العام إلى قطاع تجاري». بالنسبة للعامل الأول، أسهم تحويل المسؤولية المالية من الدولة إلى المستشفيات وصناديق المرضى في دفع هذه المستشفيات والصناديق إلى التفكير بنفس العقلية التي يفكر بها قطاع الأعمال. وكما رأينا فيما تقدم من هذه المقالة، فقد قلصت الحكومة ما تقدمه من تمويل للمستشفيات ولم تسمح بربط حصة القطاع العام في موازنات صناديق المرضى على نحو حقيقي، وذلك ضمن التوجه العام الذي اعتمدته في الخصخصة الجزئية لقطاع تقديم خدمات الرفاه وتقليص التكاليف التي تتحملها في هذا الجانب. وقد حدت القيود المفروضة على الموازنة بالمستشفيات وصناديق المرضى إلى البحث عن مصادر دخل بديلة ترتبط بالسوق، واعتماد منهجيات تنظيمية استوردتها من قطاع الأعمال (وتطبيقها على العاملين فيها وتجاه المستفيدين من خدماتها في الوقت ذاته). ويتمثل العامل الثاني من العاملين المذكورين في «أمركة» الثقافة الإسرائيلية بعمومها، والطب الإسرائيلي على وجه التحديد. فقد تسبب التأثير الذي أفرزته الثقافة الأميركية على إسرائيل (وهي ثقافة ترتبط بالتحالف الجيو-سياسي القائم بين الدولتين) وكثرة

تجارية. ومنذ العام ٢٠٠٤، طرأ انخفاض ملحوظ على مساهمة الحكومة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، بينما شهدت حصة القطاع الخاص زيادة معتبرة في ذلك. ويعكس هذا التغيير الإجراءات التي نستعرضها في القسم التالي من هذه المقالة.

النسبة المئوية للإنفاق العام على قطاع الصحة في إسرائيل حسب القطاع المشغل (المكتب المركزي للإحصاء الإسرائيلي، ٢٠٠٩)

السنة	الحكومة	صناديق المرضى	المنظمات غير الربحية	الشركات التجارية
١٩٩٥	٢٢	٤٣,١	١٢,٣	٢٢,٦
١٩٩٦	٢٢,٢	٤٢,٣	١٢,٣	٢٣,٢
١٩٩٩	٢١	٤١	١١,٩	٢٦,١
٢٠٠١	٢٠	٤١	١١,٣	٢٧,٧
٢٠٠٢	٢٠,٢	٤٠,٢	١١,٣	٢٨,٣
٢٠٠٣	٢١	٤٠	١٢	٢٧
٢٠٠٤	٦,٩	٣٤,٢	٥,٩	٥٣
٢٠٠٥	٦,٦	٣٤,٥	٥,٤	٥٣,٥
٢٠٠٦	٦,٤	٣٤,٥	٥,٣	٥٣,٨
٢٠٠٧	٦,٢	٣٣,٣	٥,٤	٥٥,١
٢٠٠٨	٥,٨	٣٣,٣	٥,٣	٥٥,٦

٥) إزالة الحدود الفاصلة

بين القطاعين العام والخاص

يتمثل أحد التجليات الأخرى التي أفرزها تحويل تقديم خدمات

الأطباء الإسرائيليين الذين يعملون على أساس برامج الزمالة في مستشفيات الولايات المتحدة، في رفع أسعار الوسائل التكنولوجية المتقدمة المستوردة من الولايات المتحدة إلى مستويات باهظة، ناهيك عن تحويل النظام الطبي المخصص، في جانب كبير منه، إلى نموذج يعتمد المشتغلون في مهنة الطب في إسرائيل.

وقد أدرجت المستشفيات العامة وصناديق المرضى العامة على أجدنة عملها تقديم خدمات طبية خاصة تسوّفها بالتوازي مع خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها بصفتها مؤسسات عامة. فقد أُجبرت المستشفيات العامة، نتيجة تحولها إلى مؤسسات تشبه صناديق الائتمان في عملها، إلى تولي المسؤولية عن تنظيم موازنتها وحدها، وبالتالي وجدت هذه المستشفيات نفسها مضطرة لاعتماد أسلوب تجاري في تقديم خدمات الرعاية الصحية (Shirom and Amit, 1996). وفي هذا الإطار، لا تزال الأهداف المعلنة للسياسة الجديدة التي تبنتها الحكومة منذ مطلع التسعينيات من القرن الماضي ترمي إلى تقليص التكاليف، وتعزيز عمل مؤسسات الرعاية الصحية ورفع مستوى كفاءتها (Shalom and Harrison, 1996). كما اشترط على المستشفيات العامة التي تملكها الحكومة بيع «منتجاتها» بالسعر الكامل السائد في السوق. وقد تمت عملية تحويل المستشفيات العامة التي تملكها الحكومة إلى «منتجين في السوق» (بحسب تعريف المكتب المركزي للإحصاء الإسرائيلي) على نحو تدريجي، حيث تم تنفيذها على مدى السنوات الخمس عشرة الماضية. وفضلاً عن ذلك، عملت المستشفيات العامة التي تملكها الحكومة على تطوير خدمات صحية جديدة (من قبيل الفحوص الطبية الشاملة والروتينية التي تقدمها لمديري الشركات الكبيرة، وتعلن عنها لأفراد الجمهور كذلك)، وزيادة النشاطات التي تدر الأرباح عليها، كعمليات المجازة الأبهريّة-الإكليلية (coronary by-passes) وقسطرة القلب (cardiac catheterization)، إضافة إلى منح المكافآت المالية للأطباء الذين يشاركون في هذه النشاطات (Chinitz and Rosen, 1991).

وقد أدرجت المستشفيات هذه المبادرات الخاصة وشبه الخاصة ضمن جملة النشاطات الروتينية التي تؤديها من خلال ثلاث أدوات رئيسية تتمثل في نظام «شاراب» (وهو اختصار عبارة الخدمات الطبية الخاصة)، ونظام «شاران» (وهو اختصار عبارة الخدمات الطبية الإضافية)، وتشغيل المرافق الخاصة داخل المستشفيات العامة. وفي هذا السياق، يمثل نظام «شاراب» نظاماً يستطيع المرضى فيه اختيار الأطباء الذين يعالجونهم في مستشفى عام عن طريق دفع رسوم إضافية. وقد تم تطبيق هذا النظام في مركز هداسا الطبي في أول الأمر، ثم جرى طرحه في مستشفيات أخرى على مدى السنوات القليلة الماضية. أما نظام «شاران» فهو نظام تقوم المستشفيات العامة

من خلاله ببيع الخدمات، التي لا يغطيها التأمين الصحي الوطني، لصناديق المرضى أو شركات التأمين في القطاع الخاص أو الأفراد. وفضلاً عما تقدم، عملت المستشفيات العامة وصناديق المرضى على افتتاح مراكز خاصة - وحتى مستشفيات خاصة - بغية تقديم الخدمات الطبية التي تدر الأرباح عليها، وكان ذلك من جملة الوسائل التي سلكتها لرفع مستوى دخلها. وفي هذا السياق، افتتح مركز شيبا الطبي، الذي تملكه وزارة الصحة، عيادة خاصة لعمليات التجميل وجناًساً خالصاً للتوليد. كما افتتح مركز سوارسكي الطبي، الذي يملكه مجلس بلدي مدينة تل أبيب، معهد الفحوص الطبية المتخصصة الذي يقدم خدمات طبية تشمل علاج الغدد الصماء، والعلاج النفسي، وبرامج الحماية الغذائية، والجراحة وعمليات التجميل.

وفيما يتصل بالخدمات التي تقدمها المستشفيات، تتمثل الخطوة الأخيرة التي أتت في إزالة الحدود الفاصلة بين القطاعين العام والخاص في افتتاح مستشفى جديد في مدينة أسدود، والذي يشغله مركز الخدمات الطبية الخاص - أسوتا. ويتم تمويل ما يقرب من ثلثي تكلفة هذا المستشفى من الأموال العامة.

ولا يقتصر العمل على إزالة الحدود الفاصلة بين القطاعين العام والخاص على قطاع المستشفيات وحده، بل يسير هذا الأمر على قدم وساق داخل صناديق المرضى العامة كذلك. فقد دأبت هذه الصناديق، وعلى مدى سنوات، على بيع تأمين صحي خاص و«تكميلي». وهذا التأمين مصمم لتحسين الخدمات الطبية التي يقدمها برنامج الرعاية الصحية العام وتوسيع نطاقها. وقد طرأ توسع سريع على ملكية التأمين التكميلي، بحيث بات يشكل أحد العوامل الرئيسية التي تفسر زيادة التمويل الذي يضخه القطاع الخاص لرفد الإنفاق على قطاع الرعاية الصحي الذي ترعاه الحكومة. ففي حين لم تكن نسبة المواطنين الذين يشتركون في خدمة التأمين التكميلي تتجاوز ٣٥٪ في منتصف العقد التاسع من القرن الماضي، ارتفعت هذه النسبة إلى ٨٠٪ خلال العام ٢٠٠٧. وتعمل صناديق المرضى الأربعة على بيع خدمات التأمين الصحي الخاص ضمن برنامجين مختلفين، أحدهما محدود والآخر شامل يقدم عدداً أكبر من الخدمات الطبية. ومنذ العام ١٩٩٨، شهد برنامج التأمين الخاص المذكوران توسعاً في عملهما، بحيث باتا يقدمان ما يقرب من ١٣٠ خدمة مختلفة في هذه الآونة (Barmeli-Greenberg and Gross, 2011). وتشمل هذه الخدمات، من جملة أمور، الأجهزة التكنولوجية والأدوية التي تندرج ضمن برنامج الرعاية الصحية العام، إضافة إلى الاختبارات الجينية المعقدة، وإمكانية اختيار الجراحين والخضوع للعمليات الجراحية في المستشفيات الخاصة (وبالتالي تفادي انتظار من سبقهم من المرضى للخضوع

وعلاوةً على ما تقدم، يتسبب التأمين التكميلي الخاص بانعدام التوازن في الاستفادة من موارد نظام الرعاية الصحية الذي يرباه القطاع العام، ويعزز ازدواجية الخدمات ويلحق الضرر بالمستشفيات العامة، وذلك لأن القطاع الخاص يغري المرضى ويتيح لهم الخضوع للعمليات الجراحية التي تمولها برامج التأمين التكميلي، كما يستقطب الأطباء الذي يجرون هذه العمليات.

لهذه العمليات) والالتقاء بخبراء مختصين للاطلاع على «رأي ثانٍ» منهم. وتتسبب برامج التأمين الخاص، التي تسوقها المؤسسات العامة، بتشكيل مستويين متباينين من الرعاية الصحية داخل القطاع العام، وذلك لأن أصحاب التأمين الخاص يتمتعون بالقدرة على الحصول على قدر أكبر من الخدمات، بل وعلى مستوى أفضل منها في بعض الأحيان. وفي هذا السياق، يتناول أحد الأبحاث التي أعدها بارميلي-غرينبرغ وغروس (Barmeli-Greenberg and Gross) تحليل أهمية المساهمة التي تقدمها برامج التأمين التكميلي في جودة خدمات الرعاية الصحية. وقد توصل الباحثان إلى نتيجة مفادها أن هذه المساهمة تُعتبر مهمة ولا يستغنى عنها في بعض المجالات، كعلاج الحالات الخطيرة، والطب الوقائي وتولد الأورام (onco-genetics). وفي الإجمال، يسهم تسويق خدمات التأمين التكميلي، داخل قطاع الرعاية الصحية العام، في خلق فجوة في جودة الخدمات التي يتلقاها حاملو هذا التأمين وتلك الخدمات التي يحصل عليها المواطنون الآخرون الذين لا يشتركون في هذا التأمين (Barmeli-Greenberg and Gross)، المصدر السابق). وعلاوةً على ما تقدم، يتسبب التأمين التكميلي الخاص بانعدام التوازن في الاستفادة من موارد نظام الرعاية الصحية الذي يرباه القطاع العام، ويعزز ازدواجية الخدمات ويلحق الضرر بالمستشفيات العامة، وذلك لأن القطاع الخاص يغري المرضى ويتيح لهم الخضوع للعمليات الجراحية التي تمولها برامج التأمين التكميلي، كما يستقطب الأطباء الذي يجرون هذه العمليات.

إدراج علاج الأسنان للأطفال ضمن برنامج الرعاية الصحية)، في تعديل هذا التوجه أو تغييره. ولكي يعود نظام الرعاية الصحية إلى الاضطلاع بدوره وإنجاز الأهداف التي رسمها قانون التأمين الصحي الوطني له، يتعين إنفاذ جملة من الإجراءات الجزئية: أولها زيادة حجم الموارد العامة (كأن يكون ذلك بإعادة فرض الضريبة التي يؤديها أرباب العمل)، وثانيها تحديث برامج الرعاية الصحية بغية إتاحة الفرصة أمام إدراج العلاجات والأجهزة التكنولوجية المستخدمة في تشخيص الأمراض، والتي تمتاز بفائدتها وبجوداها من ناحية تكلفتها، من أجل تقليص الحاجة التي تدفع المواطنين إلى شراء خدمات التأمين الصحي «التكميلي» الخاص. ويتمثل الأمر الثالث في الفصل الواضح بين القطاعين العام والخاص من أجل تقادي تضارب المصالح ومن أجل تقليص انعدام المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

[مترجم عن الانكليزية . ترجمة ياسين السيد]

الهوامش

- ١ وقد انعكس تقليص تمويل الحكومة على شكل زيادة لما تنفقه الأسر على خدمات الرعاية الصحية. ففي العام ١٩٩٧، وصل الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية إلى ما نسبته ٣٨٪ من إجمالي نفقات الأسر. وارتفعت هذه النسبة إلى ٤٩٪ بحلول العام ٢٠٠١، وإلى ٥١٪ في العام ٢٠٠٩. وقد أقلت هذه الزيادة التي طرأت على نفقات الرعاية الصحية بظلالها على المساواة في الحصول على تلك الخدمات. فقد كانت المصاريف التي تنفقها الأسر على خدمات الرعاية الصحية في أوساط الأسر الموسرة، التي تشكل ما نسبته ٢٠٪ من مجموع عدد السكان، أعلى بكثير مما تنفقه الأسر الفقيرة التي تمثل ٢٠٪ من إجمالي عدد السكان كذلك - حيث تضاعفت هذه الزيادة من ٢٩ مرة في العام ١٩٩٧ إلى ٣٥ مرة في العام ٢٠٠١ وإلى ٣٦ مرة في العام ٢٠٠٨ (Horev and Keidar, 2010).
- ٢ ارتفع عدد الأسرة في المستشفيات العامة، على مدى الفترة الممتدة بين العامين ١٩٩٢ و ٢٠٠٠، بنسبة ١٦٪ بالمقارنة مع ما نسبته ٣٥٪ من أسرة المستشفيات التي يديرها القطاع الخاص (المكتب المركزي للإحصاء، ٢٠٠٣).
- ٣ تجدر الإشارة، في هذا المقام، إلى أن الأموال العامة تسهم في تمويل جانب من برامج التنمية التي يرباهها القطاع الخاص - فالوؤسسات العامة التي تعنى بالمحافظة على الصحة تشتري ما يقرب من ثلث الخدمات التي تبيعها المستشفيات الخاصة.

وفي المحصلة، ففي الوقت الذي سعى فيه قانون التأمين الصحي الوطني إلى ضمان حصول المواطنين على خدمات الرعاية الصحية على قدم المساواة فيما بينهم، تسبب فتح قطاع الرعاية الصحية أمام قوى السوق بتقويض الإنجازات التي حققها هذا القانون وأسهم في إنشاء قطاع صحي يفتقر إلى المساواة في تعامله مع المواطنين وإلى الكفاءة والنجاعة في عمله.

وفي هذا الإطار، لم تفلح التدابير المجترأة، والصائبة، التي اتخذتها وزارة الصحة على مدى العامين المنصرمين (من قبيل