AdvaCenter مركز أدفا
מרכז אדוה
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל

الدولة لا تحافظ على الصحة

عن تمويل جهاز الصحة في إسرائيل

باربره سڤيرسكي

أيلول 2012

على أبواب موازنة 2013

الصحة | التعليم | السكن

أ

مدخل عن تمويل جهاز الصحة

يتولّى جهاز الصحة العام بإسرائيل في المقام الأول مهمة تقديم سلة الخدمات الصحية، وفق تعريفها الوارد في قانون تأمين الصحة الرسمي. أما الخدمات التي تشملها السلة فتتولى مهمة تقديمها صناديق المرضى. علاوة على ذلك، تقدّم وزارة الصحة على خدمات إضافية مباشرة، ومنها الصحة النفسية وخدمات الصحة العامة وخدمات الاستشفاء التمريضية.

يرِد تمويل جهاز الصحة العام من عدة مصادر:

1. موازنة وزارة الصحة؛
2. ضريبة الصحة؛
3. مساهمة صناديق المرضى في كلفة سلة الخدمات الصحية؛
4. الضريبة الموازية (التي أُلغِيت عام 1997)؛
5. التمويل الخاص – الرسوم التي يدفعها المرضى لقاء الأدوية والخدمات.

تخصَّص غالبية موازنة وزارة الصحة لتمويل حصة الحكومة في كلفة سلة الخدمات الصحية (العمود 4 في الجدول الوارد على الصفحة التالية). أما سائر موازنة وزارة الصحة فتخصَّص لتمويل الخدمات التي تقدّمها وزارة الصحة مباشرة، ومنها خدمات الصحة النفسية، وخدمات الصحة العامة وتمويل الاستشفاء التمريضي (العمود 5) إضافة إلى تمويل الأعمال التطويرية (العمود 6).

ضريبة الصحة (العمود 1) تقوم على تسديد حصة الجمهور في تمويل خدمات الصحة.

المصدر الثالث لتمويل سلة خدمات الصحة يكمن في المساهمة التي تقدّمها صناديق المرضى (العمود 3).

مصدر التمويل الهام الآخر لجهاز الصحة العام يكمن في الرسوم التي يدفعها المرضى عن الأدوية والخدمات الطبية (الجدول المذكور لا يشمل تلك الرسوم لكونها لا تمثّل إلا مصادر التمويل العامة).

يُظهر الجدول 1 بكل وضوح فجوات تمويلية بين الخدمات الشتى: فقد ارتفع الدخل من ضريبة الصحة زهاء ٪76، وارتفعت مساهمة صناديق المرضى بنسبة مشابهة (٪77). في المقابل، لم تزِد حصة وزارة الصحة في الموازنة والمخصصة لـ"استكمال السلة" إلا بـ٪28، أما الموازنة العادية (دون "استكمال السلة") فلم ترتفع إلا بنسبة ٪24. والأنكى من ذلك أن موازنة التطوير انكمشت بنسبة ٪15.

سوف نتوقف لاحقا في هذه الورقة عند تآكل موازنات الخدمات التي تقدّمها وزارة الصحة مباشرة. أما الآن، فسوف نتناول تمويل سلة خدمات الصحة، الذي يشكّل المصدر الرئيسي من التمويل العام لجهاز الصحة العام.

الجدول 1

مصادر التمويل العام لجهاز الصحة العام، 1995-2011

بمليارات الشواقل، أسعار ثابتة لعام 2011

	العمود 1	العمود 2	العمود 3	العمود 4	العمود 5	العمود 6
	ضريبة الصحة	**الضريبة الموازية**	**مساهمة صناديق المرضى**	**استكمال السلة من موازنة وزارة الصحة**	**موازنة وزارة الصحة** دون بند استكمال السلة ودون موازنة التطوير	**موازنة التطوير لوزارة الصحة**
1995	8.10	8.34	1.15	2.64	3.37	0.42
1997	10.07	1.02	1.19	10.54	4.08	0.58
1999	11.24	בוטל	1.25	11.18	4.94	0.39
2001	13.29	–	1.38	11.40	4.99	0.43
2003	12.76	–	1.35	10.89	4.91	0.24
2005	13.89	–	1.44	12.17	5.21	0.21
2007	15.28	–	1.54	11.71	5.05	0.24
2009	15.96	–	1.93	12.33	5.59	0.37
2011	17.73	–	2.10	13.43	5.07	0.49
نسبة التغيير 1997–2011	76%	-	77%	28%	24%	−15%

ملاحظات:

1. قررنا البدء بعام 1997 لأنه شهد إلغاء للضريبة الموازية وشهد كذلك استكمال بعض التغييرات في جهاز الصحة التي استدعاها سن قانون الصحة الرسمي عام 1994.
2. كافة المعطيات الواردة أعلاه هي معطيات التطبيق.
3. لا يشمل موازنة الاستشفاء التمريضي التي رُصدَت كنتيجة مشروطة وتم تسجيلها في تقرير المحاسب العام كنفقة عادية.

المصادر: وزارة الصحة، المحاسب العام، تقرير مالي، سنوات مختلفة؛ وزارة الصحة، دانيئلا أرينلي، طوڤيا حوريڤ ونير كيدار، *قانون التأمين الصحي الرسمي: مجلّد بيانات إحصائية 1995-2011*، وزارة الصحة، قسم الاقتصاد والتأمين الصحي.

ب

تمويل سلة خدمات الصحة الذي توفّره صناديق المرضى

يقوم تمويل سلّة الخدمات الصحية الذي تقدمه صناديق المرضى على مصدرين رئيسيين اثنين: إيرادات ضريبة الصحة وحصة الحكومة من تمويل "استكمال السلة". تعتمد إيرادات ضريبة الصحة على أمرين اثنين: نسبة الضريبة ووضع الأجور في السوق – إذ كلما ارتفعت الأجور ارتفعت معها الإيرادات أيضا التي تجبيها ضريبة الصحة.

أما حصة "استكمال السلة" فتقررها الحكومة. يخوّل قانون التأمين الصحي الرسمي الصادر في 1994 الحكومة بأن تحدّد "كلفة السلة" مرة كل عام. بعدما تحدّد الحكومة "كلفة السلة" وبعد معرفة حجم الإيرادات التي تحصّلها ضريبة الصحة وحجم مساهمة صناديق المرضى في كلفة السلة، يمكن معرفة حجم الالتزامات الحكومية لـ"استكمال الضريبة". تعلم الحكومة طبعا بأن الارتفاع في "كلفة السلة" يعني أن تأخذ على عاتقها واجب رفع حصتها في تمويل "استكمال الضريبة".

تآكل التمويل الحكومي لكلفة السلة وازدياد نفقات اقتصادات الأسر

جهاز الصحة العام في إسرائيل جيد، ويمكن القول بأن سلة الصحة المتوفّرة لكافة سكان إسرائيل لقاء ضريبة الصحة كريمة مقارنة بأجهزة أخرى في العالم للصحة العامة. لكن المشكلة تكمن في اضطرار اقتصادات الأسر إلى الإنفاق أكثر فأكثر على برامج التأمين الإضافية.

ما هو سبب ذلك؟ ثمّة جواب جزئي يتمثّل في أن فرع التأمين الطبي يتميّز بربحية فائقة، أما العرض المتنامي والتسويق الشرس فيخلقان زيادة في الطلب. يمكن تفسير ما يجري كذلك بأنه نتيجة لعدم لحاق السلة العامة، رغم كرمها، باحتياجات مستهلكي الخدمات الصحية (إلى المزيد من الأدوية، ولاستشارة طبيب إضافي، ولاختيار الطبيب الجرّاح وغير ذلك). تستغل صناديق المرضى وشركات التأمين هذا الوضع لتقترح حلولا تجارية لكل من يحتاج إلى أدوية وخدمات لم تُدرَج بعد في السلة الأساسية. بكلمات أخرى، تموّل اقتصادات الأسر جزءا كبيرا من الفجوة القائمة بين "كلفة السلة" الموجودة والكلفة المنشودة. يُنظَر الرسم على الصفحة التالية.

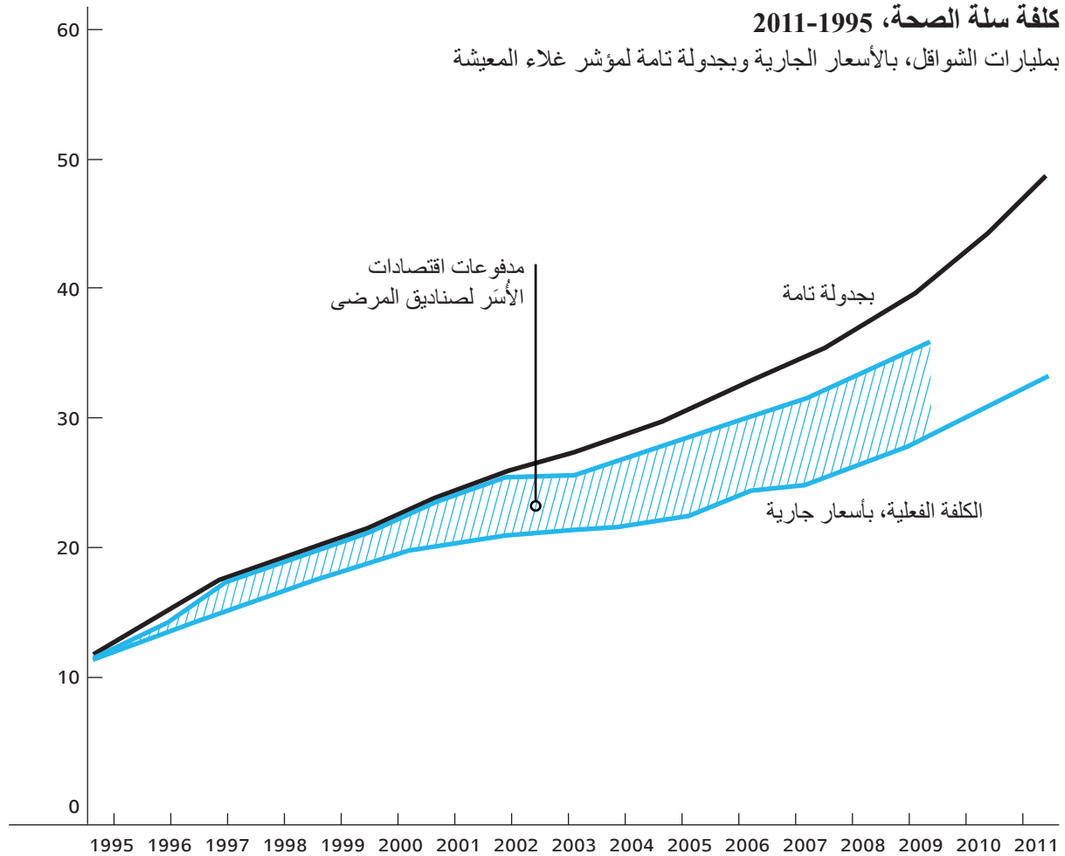
نلاحظ على الرسم وعلى الجدول في الصفحة 6، وجود فجوة تصل إلى حوالي 16 مليار ش.ج بين كلفة السلة بجدولة تامة لمؤشر غلاء المعيشة وكلفة السلة القائمة اليوم. لقد اتسع الفارق وسوف يستمر في الاتساع (أو بكلمات أخرى، سوف يتعمّق التآكل أكثر فأكثر) طالما لم يتقرر تمويل قانون التأمين الصحي الرسمي بمستويات أكبر (بواسطة رفع "كلفة السلة" وكنتيجة لذلك – زيادة التمويل الحكومي للسلة).

يقترن رفع تمويل السلة بتبني معادلة استحداث ترتكز إلى ثلاثة أبعاد:

1. التغيير الديموجرافي (زيادة عدد السكان وتقدّم عمرهم)؛
2. التغيير في تكاليف مدخلات الصحة (الأجور، المواد الخام، اليوم الاستشفائي، وغيرها)؛
3. التغيير التقني (في مجال الأدوية والعمليات الطبية الجديدة).

كلفة سلة الصحة، 1995-2011

بمليارات الشواقل، بالأسعار الجارية وبجدولة تامة لمؤشر غلاء المعيشة



تجري العادة في الوقت الحاضر على أن يقوم وزيرا المالية والصحة بتحديد نسبة الاستحداث الديموجرافي مرةً كل ثلاث سنوات عبر مفاوضات تنتهي دائما باعتماد استحداث ناقص. أما الاستحداث التقني، فيتقرر في الحكومة مرة كل سنة، وفقا لسلم الأولويات من وجهة نظر الحكومة. استحداث مدخلات الصحة بدوره لا يحظى بكامل حقه، إذ أنه يقوم على المؤشر المسمى "مؤشر غلاء الصحة" الذي لا يعطي تعويضا كاملا للتكاليف السارية على مدخلات الصحة. يُظهر الرسم أن الاستحداث الكامل لـ"كلفة السلة" يتطلّب اعتماد سلة تتجاوز كلفتُها كلفةَ السلة المعتمَدة حاليا بنحو 50٪.

في سبيل رفع كلفة السلة يجب رفع تمويلها العام بإحدى الوسيلتين التاليتين:

1. سن قانون يضع آلية للاستحداث تفضي إلى رفع التمويل الحكومي لـ"كلفة السلة".
2. رفع ضريبة الصحة.

الجدول 2

كلفة سلة الصحة، 1995-2011

بمليارات الشواقل، بالأسعار الجارية وبجدولة تامة لمؤشر غلاء المعيشة

السنة	كلفة سلة الصحة، بأسعار جارية	مدفوعات اقتصادات الأُسر لصناديق المرضى، بالأسعار الجارية	كلفة سلة الصحة، بجدولة تامة لمؤشر غلاء المعيشة
1995	12.24	المعطى غير متوفّر	12.24
1996	13.86	المعطى غير متوفّر	14.72
1997	15.36	1.80	16.87
1998	16.61	2.20	18.73
1999	18.01	3.00	20.74
2000	19.27	3.30	22.96
2001	20.27	3.70	24.35
2002	21.12	4.30	26.27
2003	21.14	4.80	27.15
2004	22.01	5.30	28.94
2005	22.77	5.80	31.15
2006	24.04	6.23	33.15
2007	24.95	6.70	35.02
2008	26.58	7.10	37.52
2009	28.14	7.60	40.95
2010	30.33	المعطى غير متوفّر	44.41
2011	32.59	المعطى غير متوفّر	48.83

ملاحظات:
1. كلفة سلة الصحة بجدولة تامة لمؤشر غلاء المعيشة. حُسبت الكلفة استنادًا إلى ثلاثة مؤشرات: التغيّر الديموجرافي، التغيّر التقني، والتغير في مؤشر مدخلات الصحة.
2. التغير الديموجرافي – حُسب بناء على متوسط عدد الأفراد المقياسي. نشر هذا المعطى في تقارير صادرة عن وزارة الصحة وهو يأخذ بالحسبان ضريبة الرؤوس لعام 2005. النظام الساري شديد التأثر بتغير عدد السكان.
3. هناك تغيرات إضافية في سلة الصحة غير تلك التي تناولناها هنا.
4. تُحسب نفقات اقتصادات الأسر على الصحة (باستثناء ضريبة الصحة) اعتمادا على التقارير التي تُجمِل عمل صناديق المرضى. يُنظَر مركز أدفا، صورة *الوضع الاجتماعي*، سنوات عدة؛ وهي تشمل نفقات اقتصادات الأسر على برامج التأمين المكمّلة وبرامج التأمين الخاصة ونفقاتٍ على الأدوية وغيرها من الاقتطاعات خارج السلة أو ضمنها.

المصادر: معالجة أجراها مركز أدفا لمعطيات صادرة عن وزارة الصحة، *قانون التأمين الصحي الرسمي، 1995-2011*، مجلد بيانات إحصائية، إعداد: دانيئلا أريئلي، طوڤيا حوريڤ ونير كيدار، كانون الثاني 2012؛ مركز أدفا، صورة *الوضع الاجتماعي 2011*، كانون الأول 2012.

1. سنّ قانون لاعتماد استحداث ثابت

يكمن أحد السُبل إلى زيادة التمويل الحكومي لـ"كلفة السلة" في سن قانون لاعتماد آلية استحداث ثابت لكلفة السلة. نعتقد بأنه من الحري ضمان زيادةٍ سنوية للسلة الأساسية بمعدل 2٪ لتمويل التحسينات التقنية وزيادةٍ إضافية أخرى بالمعدل ذاته لتمويل الخدمات ذات العلاقة بزيادة عدد السكان وتقدُّم أعمارهم. منذ 1997 ارتفع عدد المؤمَّنين المقياسيين (الذي يأخذ بالحسبان سِن المؤمَّنين) بمعدل سنوي متوسط بواقع 2،46٪، فيما لم يتجاوز متوسط العلاوة السنوية التي خُصِّصت للزيادة في عدد السكان نسبةَ الـ-1،52٪، أما متوسط العلاوة التي خصّصت للتغيرات التقنية فلم تتجاوز الـ-1،1٪ من كلفة السلة، عِلمًا أن متوسط العلاوة المعتمَدة في الدول النامية التي يعمل فيها جهاز صحة عام يقترب إلى 2٪.

الجدول 3

كلفة السلة: متسوط الاستحداث السنوي المنشود مقارنةً بمتوسط الاستحداث السنوي الفعلي

1997-2010، بالنسبة المئوية

	التغيرات التقنية	التغيرات الديموجرافية	التغيرات في مدخلات الصحة
متوسط الاستحداث السنوي المنشود	2.00	2.46	3.64
متوسط الاستحداث السنوي لكلفة السلة الذي تجريه الحكومة	1.10	1.52	2.98

ملاحظات:
1. تم حساب الاستحداث المنشود بناء على البيانات الفعلية للتغير الديموجرافي ولمؤشر مدخلات الصحة في الفترة 1997-2010. معطى التغير التقني يستند إلى توصيات عالمية.
2. استحدثت الحكومة كلفة السلة الصحة بناء على متوسط مؤشر غلاء الصحة (2،98٪) وليس بناء على مؤشر متوسط مدخلات الصحة (3،64٪).
3. تم حساب التغير الديموجرافي المنشود بناء على المتوسط السنوي الفعلي لعدد الأفراد المقياسي المؤمَّنين في صناديق المرضى.

المصادر: معالجة أجراها مركز أدفا لمعطيات صادرة عن وزارة الصحة، *قانون التأمين الصحي الرسمي*، مجلد بيانات إحصائية، إعداد: دانيئلا أريئلي، طوڤيا حوريڤ ونير كيدار، سنوات مختلفة.

قدّم أعضاء الكنيست ال-18 دوڤ حنين ومحمد بركة وحنا سويد وعفو إغبارية مشروع قانون (كان قد قدّمه سابقا عضو الكنيست حاييم أورون) يحدّد استحداثا ثابتا لكلفة السلة بمعدل 2٪ لتمويل خدمات الصحة الجديدة. من شأن إقرار هذا المشروع المساهمة في تحسين السلة.

2. رفع ضريبة الصحة وحظر بيع برامج التأمين المكمّل (التابعة لصناديق المرضى) وبرامج التأمين الصحي التجارية

بلغت إيرادات صناديق المرضى عام 2010 نتيجة جباية أقساط برامج التأمين المكمل 2،8 مليار ش.ج، وبلغت إيرادات شركات التأمين نتيجة جباية أقساط برامج التأمين الطبي 2،1 مليار ش.ج.[1] أي أن الأقساط بلغت بمجملها قرابة الـ-5 مليار ش.ج. خلُص بحث أجراه روني ليندر چانس إلى أن كلا نوعَي برامج التأمين هذه يتميّزان بتغطيات متطابقة وبنسبة استغلال منخفضة، لا سيما برامج التأمين التابعة لشركات التأمين.[2] وفقا لمعطيات وزارة الصحة، "لقاء كل شاقل يدفعه المواطن في إسرائيل لشركات التأمين الخاصة عن التأمين الصحي، يستعيد بالمتوسط أقل من 50٪ عن الخدمات الصحية".[3]

يملك حوالي 80٪ من المؤمَّنين في صناديق المرضى تأمينا مكملا، ويملك حوالي 39٪ تأمينا مكملا وآخر تجاريا.[4] ثَمة علاقة بين دخل اقتصاد الأسرة واقتناء التأمينات الإضافية: ففي عام 2010، أنفقت اقتصادات الأسر من العشرية الثانية كل شهر 99 ش.ج بالمتوسط على التأمينات الإضافية، وأنفقت اقتصادات الأسر من العشرية السادسة 219 ش.ج، أما اقتصادات الأسر في العشرية العليا فأنفقت 441 ش.ج.[5]

تجدر الإشارة إلى أن الإيرادات التي تراكمت نتيجة التأمينات الإضافية – 4،9 مليار ش.ج – تعادل ما يربو على ربع رسوم الصحة التي جُبيت عام 2011. إننا نعتقد أنه كان من الأجدى، ومن الأكثر إنصافًا طبعا، أن ترفَع رسوم الصحة قليلا لفسح المجال أمام توسيع السلة الرئيسية لفائدة كافة سكان إسرائيل (وحيث أن هناك درجتَين في جباية الرسوم، فإن الزيادة التي سيدفعها ذوو الأجر المتدني سوف تكون طفيفة للغاية). بدل اقتناء تأمين طبي إضافي تحوم الشكوك حول جدواه المالية، يفضَّل أن يدفع سكان إسرائيل ضريبة صحة أكبر بقليل فيحصلوا في المقابل عند الحاجة على خدمات صحية أوسع بكثير.

أما لمن يرغب، رغم ذلك، اقتناء تأمين إضافي، يمكن إبقاء التأمين التجاري لحالات العمليات الجراحية الاختيارية التي لا علاقة حيويّة لها بالحالة الصحية.

ج

النفقة الوطنية على الصحة: حصة الدولة في انخفاض، وحصة اقتصادات الأسر في ازدياد

رأينا أن غياب الآلية لإجراء استحداث كامل لكلفة سلة الخدمات الصحية يؤدي إلى رفع التمويل من طرف اقتصادات الأسر. يبدو الأمر على نحو جلي عندما نرصد مجمل النفقة في إسرائيل على الصحة – ما يسمى بـ"النفقة الوطنية على الصحة": فبمقياس عالمي، نجد أن المساهمة الحكومية في تمويل جهاز الصحة في انخفاض نسبي، بينما ترتفع نسبة مساهمة اقتصادات الأسر.

النفقة الوطنية على الصحة: وزن التمويل الحكومي في انخفاض، ووزن التمويل الخاص في ارتفاع

يبين الجدول 4 أن وزن التمويل الحكومي لجهاز الصحة انخفض منذ 1995 من 67٪ إلى 61٪، وفي المقابل، ازداد وزن تمويل اقتصادات الأسر من 28٪ إلى 36٪ (بيانات العام 2010 مؤقتة وقد تتغيّر).

إذا قارنا هذا الأمر بمتوسط التمويل العام المعتمَد في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (*OECD*)، نجد أن هذا يصل هناك إلى حد ال-72٪ (عام 2009) فيما بلغت النسبة المقابلة في إسرائيل 61٪.[6]

نفقات اقتصادات الأسر

تنفق اقتصادات الأسر قسما أكبر من إيراداتها في الوقت الحاضر على خدمات صحية عما كانت تفعله في الماضي: ففي عام 1997 أنفقت اقتصادات الأسر على الصحة بالمتوسط ما يعادل 3،8٪ من مجمل نفقاتها الشهرية (علاوة على ضريبة الصحة)، أما في 2010 فقد أنفقت 5،0٪[7] في وقت بلغت فيه النسبة في دول ال-*OECD* 3،2٪.[8]

السبب الرئيسي لزيادة نفقات اقتصادات الأسر على الصحة يكمن في **المدفوعات عن برامج التأمين الطبي** (ما عدا ضريبة الصحة): برامج التأمين المكمّلة التابعة لصناديق المرضى وبرامج التأمين التجارية التابعة لشركات التأمين. يُذكَر بأن الكنيست كانت قد قرّرت عام 1997، من خلال قانون التسويات، أن تتيح لصناديق المرضى بيع برامج التأمين المكمّل لخدمات الصحة غير الحيوية كوسيلة من جملة أُخر لموازنة العجز الذي تشهده ميزانياتها. في 1999، بعد مرور سنتين فقط على هذا القرار، اقتنى 45،8٪ من مجمل المؤمَّنين في صناديق المرضى تأمينا مكمّلا من صناديق المرضى التي يتلقون خدماتها؛ وقد ارتفع هذا المعدل في 2012 إلى زهاء 80٪.[9] تجدر الإشارة إلى أن 39٪ من المؤمَّنين يملكون في الوقت الحاضر تأمينا مكملا وآخر تجاريا في الآن معا.[10]

في الفترة بين 1997 و-2010 ارتفع متوسط المدفوعات الشهرية عن برامج التأمين المكملة التابعة لصناديق المرضى 5،75 مرة بالمتوسط، من 23،5 ش.ج إلى 135،3 ش.ج (بأسعار 2010)، أما مدفوعات اقتصادات الأسر عن برامج التأمين الصحي التي تسوّقها شركات التأمين فارتفعت 4،4 مرة، من 17،6 ش.ج بالمتوسط في الشهر إلى 77،4 ش.ج (بأسعار 2010).[11]

الجدول 4

النفقة الوطنية على الصحة وفقا للجهة المموِّلة: الحكومة واقتصادات الأسر، 1995-2010

بالنسبة المئوية من مجمل النفقة الوطنية على الصحة

السنة	التمويل الحكومي: من موازنة الدولة ومن الضرائب ذات العلاقة	التمويل الخاص: المدفوعات المباشرة لاقتصادات الأسر والمدفوعات عن برامج التأمين الخاصة
1995	67%	28%
2000	62%	33%
2005	62%	36%
2008	61%	36%
2010 (אומדן)	61%	36%

ملاحظة: سائر النفقة يصل من التبرعات الواردة من خارج البلاد ومن المؤسسات الخاصة غير الربحية.
المصادر: الدائرة المركزية للإحصاء، بيان صحافي، "في عام 2011: النفقة الوطنية للصحة 7،7٪ من الناتج المحلي الإجمالي"، 13 آب 2012. بيانات نشرها فرع الحسابات الوطنية، نيسان 2012.

د

تمويل الخدمات المقدَّمة مباشرة على يد وزارة الصحة

مدخل

أظهر الجدول 1 أعلاه بكل وضوح أن موازنات الخدمات التي تقدّمها وزارة الصحة على نحو مباشر ترتفع بمعدّل منخفض أكثر بكثير من الموازنات التي تموِّل الخدمات المقدَّمة على يد صناديق المرضى. النتيجة – تآكل في هذه الخدمات.

السبيل الصحيح لمنع هذا التآكل يكمن في إدراج هذه الخدمات- الصحة النفسية والاستشفاء التمريضي وعلاج أسنان الأطفال والمسنين في السلة الأساسية للخدمات التي تقدّمها صناديق المرضى.

حين سُنّ قانون التأمين الصحي الرسمي (1994)، كان من المقرر أن تُدرَج خدمات الصحة النفسية والاستشفاء التمريضي في المستقبل في سلة الخدمات التي تقدّمها صناديق المرضى. من شأن إدراج هذه الخدمات في سلة صناديق المرضى المساهمة في توفير تعاقُب العلاج على نحو منتظم، سواء على المستوى التعاقب العمري أو بعدم الفصل بين علاج الجسم والنفس. أما طب الأسنان، فطالما كان حكرا على القطاع الخاص، ما أدى إلى أن يعاني ذوو الدخل المتدني من مشاكل في الأسنان واللثة.

خدمات الصحة النفسية

بلغ صافي ما رصدته موازنة الدولة لعام 2011 لخدمات الصحة النفسية (لا يشمل النفقة المرهونة بالدخل) 1،9 مليار ش.ج أي 10٪ من موازنة وزارة الصحة العادية. تجدر الإشارة أن هذه النسبة كانت ثابتة طيلة العشرية الأخيرة.

قبل 5 سنوات (2007) قُدِّم مشروع قانون يدمج خدمات الصحة النفسية مع خدمات صناديق المرضى ("البرنامج الإصلاحي").[12] إلا أن النجاح لم يحالف هذا البرنامج لأن الموازنة التي رُصدَت كانت منخفضة للغاية، برأي صناديق المرضى وبعض الخبراء، ولخشية العاملين في مجال الصحة من المس بالمرضى وبظروف عمل المعالِجين.

في 2012 قرر المجلس الحكومي المصغَّر تطبيق "البرنامج الإصلاحي" (الذي شهد في الأثناء تغييرات جمّة اقترحها عاملون في المجال ومنظمات اجتماعية) وفق مرسوم[13] لا وفق قانون صادر عن الكنيست. وقد سحبت صناديق المرضى اعتراضها على دمج خدمات الصحة النفسية في مجمل سائر خدماتها. أما العاملون في المجال الصحي فلا يزال الخلاف قائما فيما بينهم.

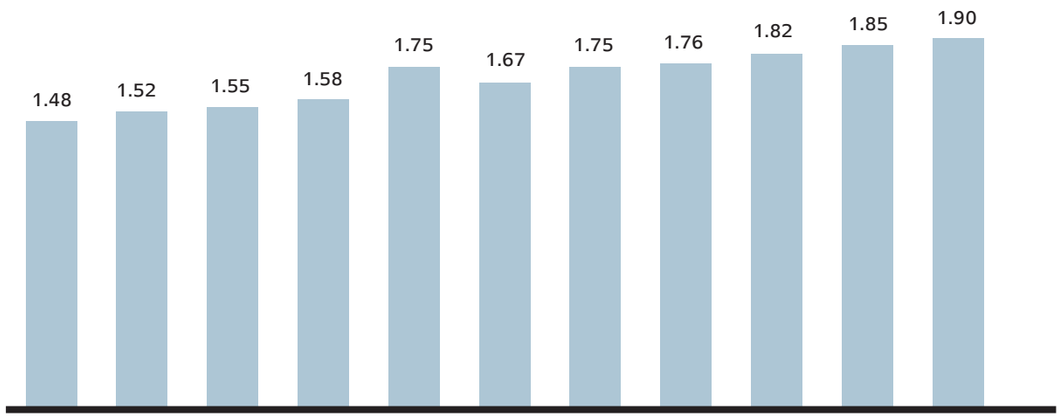
القضايا التي لا تزال محل خلاف هي:

1. هل ستواصل العيادات، التي تسيّرها اليوم وزارة الصحة، عملها، سواء على يد صناديق المرضى أو أطراف أخرى؛ يزعم العاملون في مجال الصحة النفسية أن إغلاق العيادات سوف يمس بحجم الخدمات وبالمرضى؛
2. هل سيكون العلاج النفسي، المقدَّم في إطار البرنامج الإصلاحي، من نصيب المرضى المشخَّصين فحسب، أم سيستفيد منه كذلك الأشخاص الذين يعانون من ضائقة ظرفية؛ يزعم العاملون في مجال الصحة النفسية أن الخدمات يجب أن تتوفَّر لكافة المرضى؛
3. هل سيفي العلاج المقدَّم في إطار البرنامج الإصلاحي باحتياجات المرضى؟ يزعم العاملون في مجال الصحة النفسية أنه في حالة ما كانت العلاجات محدودة جدا، لن تفي الخدمة باحتياجات المرضى؛
4. يشمل البرنامج الإصلاحي خصخصة لبعض جوانب الخدمة – ما سيتيح للمرضى اختيار معالِجيهم، لكن العلاج سيكون مدفوع الثمن. يزعم العاملون في مجال الصحة النفسية أن هذا الحل يشكّل منحدرا للسقوط يخلق مستويين اثنين من العلاج.

لقد جاء برنامج إدراج خدمات الصحة النفسية في صناديق المرضى متأخرا للغاية وعلى وقع موازنات لا تستجيب للاحتياجات. تجدر الإشارة إلى أن فترة الانتظار قبل تلقّي العلاج طويلة، وقد تصل إلى ستة أشهر أو أكثر قبل حلول موعد المراجعة الأولى.[14]

موازنة الصحة النفسية، 2001-2011

بمليارات الشواقل، بأسعار 2011



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
معدّل التغيير	20%	−1%	0%	13%	−10%	9%	0%	1%	4%	−1%	−2%

ملاحظات:
1. البيانات أعلاه هي بيانات تنفيذية بحت.
2. يقوم المعطى لعام 2011 على المادة 13 (الصحة النفسية) والمادة 0713 (خدمات الصحة النفسية).

المصدر: معالجة أجراها مركز أدفا لبيانات صادرة عن وزارة المالية، المحاسب العام، تقرير مالي، سنوات مختلفة.

الاستشفاء التمريضي

ترصد الحكومة كل عام علاوات موازنية يُفترَض أن تدعم تمويل عدد أكبر من الاستشفاء التمريضي في المستشفيات التمريضية والحكومية والخصوصية. يدعى هذا الدعم المالي "كود"؛ تقدّم وزارة الصحة من خلال هذه الموازنة المساعدة لنحو ٪70 من الأسر التي تضطر إلى إدخال أحد أفرادها إلى المؤسسات التمريضية. يتقرر حجم الدعم وفق إمكانيات المريض وأبنائه وأبناء شريك/ة حياته.

شهدت موازنة الاستشفاء التمريضي منذ عام 2000 نزولا وصعودا. بلغ الارتفاع في الفترة 2000-2012 – ٪3. والسؤال المطروح: هل يستجيب هذا الارتفاع إلى الاحتياجات؟

كلا. هناك مشكلة في حجم الدعم الذي تقدمه وزارة الصحة. يقتصر ما تدفعه الأسرة الفقيرة على مخصصات الشيخوخة أو على المبلغ الذي يتلقاه المريض لاستكمال دخله (في حالة المسنّين – الذين يشكّلون الغالبية). أما الأسر غير الفقيرة فتدفع ما بين 2,350 ش.ج و-9,000 ش.ج في الشهر كمساهمة خاصة.[15] بل هناك أسر تجاوز ما دفعته المبلغ المذكور. لا شك في أن مثل هذه المبالغ تهدّد بتقويض العديد من الأسر.

العلاج التمريضي العام لا يقتصر على الاستشفاء فقط، بل يتعداه إلى العلاج في المجتمع، ما تغطيه مؤسسة التأمين الوطني طبقا لقانون التمريض (1988)، علمًا أن جزءًا من المدفوعات يذهب لتغطية جزء من ساعات عمل مهاجرات العمل الأجنبيات.

في عام 2009 بلغت نسبة العاجزين في أوساط البالغين 65 عاما – أولئك المحتاجين لمساعدة في البيت وأولئك المستشفين في مشافٍ تمريضية – حوالي ٪23: تلقى ٪19,5 منهم المساعدة في البيت، و-٪3,5 منهم كانوا مستشفيين.[17] طرحت وزارة الصحة قبل بضع سنوات خطة تهدف إلى إدراج الاستشفاء التمريضي في سلة خدمات صناديق المرضى، لكن الخطة واجهت معارضة وزارة المالية. يسعى السيد يعقوف ليتسمَن، نائب وزير الصحة، إلى النهوض بهذه القضية بالتعاون مع منظمات اجتماعية الداعمة لهذه الفكرة. يُتوقَّع أن يكلّف البرنامج الإصلاحي الذي يقوده نائب الوزير ليتسمن 1,2 مليار ش.ج، وأن يتم تمويله من رفع ضريبة الصحة تدريجيا حتى ٪0,5. لكن معارضة البرنامج لا تقتصر على وزارة المالية فحسب، بل ومؤسسة التأمين الوطني أيضا، تلك المؤسسة المأمونة على علاج المرضى التمريضيين، علمًا بأن شركات التأمين تقاوم هي أيضا البرنامج المذكور.[17]

البرنامج الإصلاحي الذي يقف نائب الوزير ليتسمن وراءه يوحّد الخدمات الاستشفائية وينقل المسؤولية الأساسية على العلاج الاستشفائي إلى صناديق المرضى. يكفل البرنامج العلاج الاستشفائي لكل محتاج لقاء رفع طفيف لضريبة الصحة.

طب الأسنان

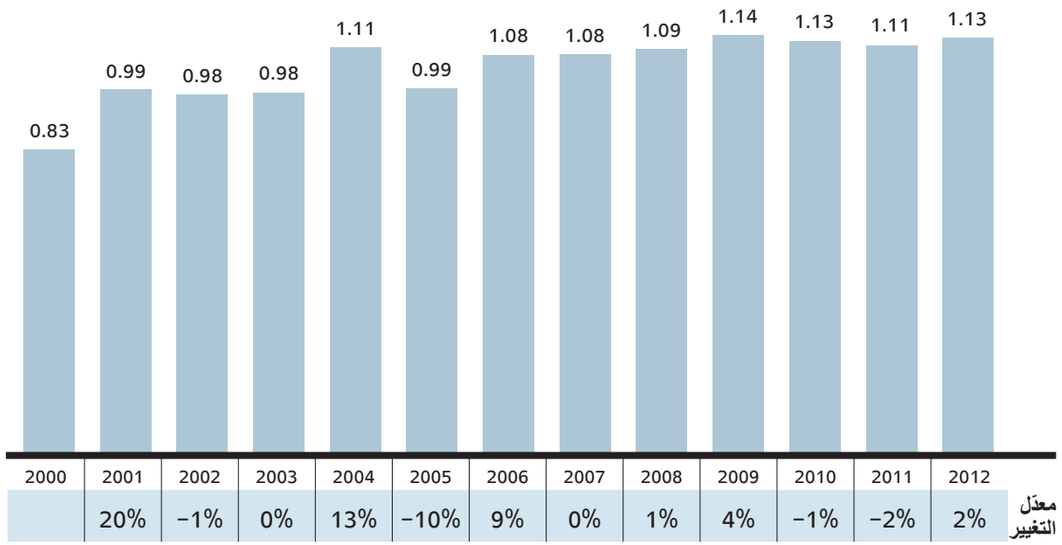
قبل موازنة 2011-2012 لم يحظَ طب الأسنان بموازنة خاصة نتيجة سيطرة القطاع الخاص عليه. في 2010 قررت كلٌّ من الحكومة والكنيست تمويل علاج أسنان واقٍ للأطفال الذين لم يتجاوزوا سن الثامنة من عمرهم، وأن يقوم هذا التمويل على العلاوة التي مُنحت في تلك السنة لسلة الخدمات التابعة لصناديق المرضى بهدف التحسين التقني. موازنة الدولة للعامين 2011 و-2012 تناولت طب الأسنان للمرة الأولى – في إطار تحديد كلفة سلة الخدمات التابعة لصناديق المرضى. فقد تقرر أن تتضمّن علاوة التقنية لعام 2011 مبلغ 127 مليون ش.ج لعلاج أسنان الأطفال، وأن يخصَّص في كلٍّ من 2012 و-2013 مبلغ 80 مليون ش.ج إضافية. كان الهدف من هذه الخطوة رفع سن الأطفال الذين يستحقون تلقي علاج الأسنان على نحو تدريجي حتى الرابعة عشرة[18]. في تموز 2011 تم توسيع الخدمة لتصل سن العاشرة.

بدأت المساعي لإدراج علاج الأسنان الواقي للأطفال في سلة الخدمات التابعة لصناديق المرضى مع الجهود المكثفة التي بذلها "الائتلاف لصحة الأسنان الجماهيرية" الذي يضم 9 منظمات، بالتعاون مع قسم طب الأسنان الجماهيري التابع لكلية طب الأسنان في مستشفى هداسا. وقد صاغ الائتلاف مشروعَ قانونٍ جديدًا يمنح علاج الأسنان للمسنين.

يمكننا القول بأن نقل علاج الأسنان الواقي للأطفال من يد القطاع الخاص إلى يد القطاع العام هو أحد التطورات الإيجابية التي شهدها جهاز الصحة العام في السنوات الأخيرة. ونتوقع بأن يساهم هذا التطور مساهمة كبرى في تحسين حالة أسنان سكان إسرائيل ولثّاتهم.

موازنة الاستشفاء التمريضي: المؤسسات العامة والخاصة، 2000-2012

بمليارات الشواقل، بأسعار 2011



ملاحظات:
يقوم الاستشفاء التمريضي على مواد الموازنة التالية: 1008 للفترة 2000-2010؛ 1007 للفترة 2000-2005؛ 071001 للفترة 2011-2012.
بيانات الأعوام 2000-2010 هي بيانات تنفيذ بحت. معطى 2011-2012 مأخوذ من أحكام الموازنة.
المصادر: معالجة أجراها مركز أدفا لبيانات صادرة عن وزارة المالية، المحاسب العام، تقرير مالي، سنوات مختلفة؛ وزارة المالية، *أحكام موازنة السنة المالية 2012*، وزارة الصحة، آذار 2011.

إجمال

تشكّل هذه الورقة جزءا من وثيقة أكبر تبحث في أهداف الصحة للسنوات القادمة.

يكمن الهدف الرئيسي في وقف سيرورة الخصخصة التي يشهدها جهاز الصحة العام. للخصخصة أبعاد عدة. البعد الذي سلّطنا الضوء عليه في هذه الورقة يتمثّل في انخفاض النفقة العامة على الصحة وارتفاع النفقة الخاصة عليها، لا سيما من خلال المدفوعات التي تضطر اقتصادات الأسر إليها.

يمكن إنهاض هدف إيقاف عملية الخصخصة في جهاز الصحة العام بثلاث طرق:

1. تكمن الطريق الأولى في سن قانون لاعتماد آلية ثابتة لاستحداث كلفة السلة.
2. تكمن الطريقة الثانية في رفع ضريبة الصحة وحظر بيع برامج تأمين الصحة المكمّلة (التابعة لصناديق المرضى) وبرامج تأمين الصحة التجارية (التابعة لشركات التأمين) في الخدمات المعتبَرة حيوية أو هامة لجمهور مستهلكي الخدمات الصحية في إسرائيل.
3. وتكمن الطريقة الثالثة في إدراج مجالات الصحة النفسية والاستشفاء التمريضي وطب الأسنان للأطفال والمسنين في السلة الأساسية للخدمات التي تقدمها صناديق المرضى.

المصادر

أرينلي، دانيئلا، طوڤيا حوريڤ ونير كيدار، كانون الثاني 2012، *قانون التأمين الصحي الرسمي: مجلّد بيانات إحصائية 1995-2011*، وزارة الصحة، قسم الاقتصاد والتأمين الصحي.

أرينلي، دانيئلا، طوڤيا حوريڤ ونير كيدار، *النفقة على برامج التأمين الصحي الخاصة في إسرائيل مقابل دول ال-OECD*. عرض مصوّر، آذار 2012، وزارة الصحة، فرع الاقتصاد والتأمين الصحي.

مصرف إسرائيل، الناطق الإعلامي الاقتصادي، آذار 2012، "جهاز الخدمات العامة للعلاج المتعاقب للمسنين في إسرائيل".

چروس، رويطل، شولي براملي چرينبرچ، باروخ روزين، نوريت نيرئيل وروتي ڤايسبرچ، *2009، الضائقة النفسية وأنماط تلقي العلاج قبل نقل المسؤولية عن الصحة النفسية إلى صناديق المرضى: نظرة على مستهلكي الخدمات*، كلية بروكديل.

الدائرة المركزية للإحصاء، *مسوح نفقات اقتصادات الأسر*، سنوات مختلفة.

الدائرة المركزية للإحصاء، *مذكرة من فرع النفقات*، نيسان 2012.

لجنة خبراء النضال الاجتماعي، "الصحة النفسية والعدالة الاجتماعية – المبادئ الأساسية".

وزارة المالية، المحاسب العام، *تقرير مالي*، سنوات مختلفة.

وزارة المالية، *مشروع موازنة الدولة للسنتين الماليتين 2011-2012 وتوضيحات وزارة الصحة، تشرين الأول 2010*.

وزارة الصحة، مكتب الناطق الرسمي، آذار 2012، بيان صحافي: "وتيرة الزيادة في برامج التأمين الصحي الخاصة في إسرائيل أعلى بكثير عنها في دول ال-OECD".

وزارة الصحة، تموز 2011، *التأمين العام في مجال التمريض: مسار نحو الإصلاح*.

ليندر چانس، روني، "ساحة جهاز الصحة الخلفية"، ذِه ماركر، أيار 21، 2012.

ليندر چانس، روني، "مدير عام وزارة الصحة: 'كل شيء ينهار أمام أعيننا'"، ذِه ماركر *6 أيلول*، 2012.

OECD, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*

ملاحظات

1. سڤيرسكي شلومو وإيتي قونور أطياس، *صورة الوضع الاجتماعي 2011: 32*.
2. ليندر چانس، روني، "ساحة جهاز الصحة الخلفية"، ذِه ماركر، 21 أيار 2012.
3. وزارة الصحة، *بيان صحافي*، 14 آذار 2012.
4. ليندر چانس، روني، ذه ماركر، 6 أيلول 2012.
5. سڤيرسكي شلومو وإيتي قونور أطياس، *صورة الوضع الاجتماعي 2011:33*.
6. OECD, *Health at a Glance 2011:157*
7. الدائرة المركزية للإحصاء، *مسح نفقات اقتصادات الأسر للأعوام 1997 و-2010*.
8. OECD, *Health at a Glance 2011:135*
9. ليندر چانس، روني، ذه ماركر، 6 أيلول 2012.
10. المصدر ذاته.
11. معالجة أجراها مركز أدڤا لبيانات تلقاها من فرع النفقات في الدائرة المركزية للإحصاء.
12. منذ سن قانون التأمين الصحي الرسمي كانت هناك محاولات مختلفة لإدراج خدمات الصحة النفسية في جهاز الخدمات التابع لصناديق المرضى وفقا لما كان يقصده المشرّعون.
13. من المقرر أن يدخل المرسوم حيز التنفيذ في عام 2015. حتّئذٍ، يفترَض من صناديق المرضى أن تجري الاستعدادات لتحمّل المسؤولية التامة عن تقديم هذه الخدمات.
14. طبقا لورقة الموقف التي أصدرها طاقم خبراء الحركة الاحتجاجية عام 2011.
15. ليندر چانس، روني، ذِه ماركر، 21 أيار 2012.
16. وزارة الصحة، *التأمين العام في مجال التمريض: مسار للإصلاح*، تموز 2011: 45
17. ليندر چانس، المصدر ذاته.
18. وزارة المالية، 2010: 74.

עיצוב: סטודיו נעם תמרי

AdvaCenter مركز أدفا
מרכז אדוה
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל