



۱

بهداشت و امنیت ملی هر دو با هم از دست رفتند؟

دکتر دوریت نیتزان - ناتان سموآخ

ترجمه: مرکز مطالعات سورین



اردیبهشت ۱۴۰۱





بهداشت و امنیت ملی هر دو با هم از دست رفتند؟ موشه بار سیمان توو، آیریس گینزبورگ دکتردوریت نیتزان-ناتان سموآخ

نوامبر ۲۰۲۱







فهرست مطالب:

۷	پیشگفتار
۱۱	مقدمه
۱۵	اعضای انجمن همراه که طی بحث در موسسه بهداشت به عنوان مؤلفه ای از مفهوم امنیت ملی با آنها مشورت کردیم.
۱۶	سلامت به عنوان بخشی از مفهوم امنیت ملی
۱۹	ساختار نظام سلامت در اسرائیل، زیرساخت های قانونی برای عملکرد آن و دخالت دولت در آن
۱۹	ویژگی های نظام سلامت اسرائیل
۲۰	زیرساخت های قانونی
۲۶	ساختار سیستم
۲۸	ساختار هزینه های ملی
۳۱	زیرساخت سیستم
۳۳	کیفیت نیروی انسانی
۳۷	چالش های سیستم در سال های آینده

پیشگفتار

سیستم سلامت و مدیریت بحران سلامت به عنوان بخشی از امنیت ملی اسرائیل

سرلشکر عاموس یادلین، رئیس سابق موسسه مطالعات امنیت ملی

در مارس ۲۰۲۰، با شیوع اپیدمی کرونا، ما اهمیت مقابله چند بعدی با اپیدمی را که اسرائیل و همینطور جهان را تحت تأثیر قرار داده است، درک کردیم. این آسیب نه تنها به سلامت عمومی بلکه به اقتصاد اسرائیل، رفاه ساکنان این کشور، اعتماد عمومی به نهادها و تصمیم‌گیرندگان، سیستم آموزشی و حتی توانایی عملیاتی ارتش اسرائیل وارد شد. در این زمینه، مؤسسه با نگاهی کلی و با سنجیدن ابعاد مختلف مقابله به تفکر و برنامه‌ریزی استراتژیک در زمینه مبارزه با اپیدمی کرونا روی آورد: «اقتصاد کرونايي» زندگی در حضور ویروس و همچنین نیاز به مکانیسم‌های مدیریتی و تصمیم‌گیری - جنبه‌هایی که برای مردم شفاف و پرداختن به آنها ممکن است اعتماد عمومی را به مقامات دولتی و رفتار مناسب در مواجهه با اپیدمی تشویق کند.

همه اینها در مواجهه با بحرانی که بدون هشدار پیش آمده و ویژگی‌های آن با آنچه در عصر و محیط رسانه‌های اجتماعی شکل گرفته متفاوت است و کیفیت تصمیمات خط مشی، ملاحظاتی که آنها را هدایت می‌کند و توانایی اجرای آنها نیز تداوم بحران سیاسی در اسرائیل و کاهش اعتماد عمومی به آن متفاوت است.

در واقع، اپیدمی کرونا یک نمونه آزمایشی برای عملکرد اضطراری سیستم بهداشت و درمان و مکانیسم‌های مدیریت و تصمیم‌گیری ملی و همچنین مصونیت جامعه به طور کلی در زمان بحران بوده و هست.

در پایان موج اول اپیدمی و زمانی که موشه بارسیمان توو از سمت خود به عنوان مدیرکل وزارت بهداشت بازنشسته شد، از او خواستیم که به عنوان پژوهشگر ارشد مهمان به این موسسه بپیوندد و آمادگی و سیستم سلامت را به عنوان یک جزء حیاتی از امنیت ملی و انعطاف‌پذیری اجتماعی اسرائیل بررسی کند.

از موشه بار سیمان توو به همراه ایریس گینزبورگ، یکی از نویسندگان مطالعه خواسته شد تا توصیه‌های سیاست‌گذاری را در خلاصه کار در دو حوزه اصلی تدوین کنند: بهبود مدیریت کروناویروس فعلی و امواج آتی بیماری. اجرای گسترش لازم مفهوم امنیت ملی به منظور در





بر گرفتن حوزه سلامت، چالش‌ها و تهدیداتی که ممکن است در چارچوب آن ایجاد شود و اطمینان از آمادگی نظام سلامت برای مقابله با یک بحران ناگهانی، گسترده و عمیق. به عنوان یک نقطه شروع برای تحقیق، لازم است پارادوکس مرتبط با سیستم بهداشتی را توضیح دهیم: از یک سو، اسرائیل دارای سیستم بهداشتی است که یکی از بهترین‌ها در جهان محسوب می‌شود.

سازمان‌ها و شاخص‌های بین‌المللی به طور مرتب آن را به عنوان یکی از ده سیستم برتر جهان رتبه‌بندی می‌کنند. از سوی دیگر، بدون توجه به همه‌گیری، سیستم اسرائیل با چالش‌های استراتژیک، برخی جهانی و برخی محلی مواجه است. چالش اصلی همه، پیری جمعیت و افزایش عوارض مزمن (چالش جهانی)، در کنار افزایش مداوم جمعیت (چالش محلی) است. به اینها یک سری چالش اضافه شده است که شامل افزایش توقعات شهروندان می‌شود که دولت به طور کلی و سیستم بهداشتی به طور خاص و ناامیدی ناشی از عدم پاسخ کامل به این انتظارات یک راه حل فوری برای هر مشکلی پیدا کنند. چالش دیگر افزایش هزینه فناوری‌های پزشکی است که نتیجه توسعه و اصلاح شتابان آنهاست. و همانطور که تحقیقات موشه بار سیمان توو و آپریس گینزبورگ نشان داد، این جنبه نیز با فرصت‌هایی در سیستم سلامت مرتبط است که اصلی‌ترین آنها تغییرات تکنولوژیکی است که در سیستم نفوذ کرده است. علاوه بر این، به دلایل تاریخی، زیرساخت داده‌های بهداشتی در اسرائیل برای استفاده از دو مورد از بهترین‌ها در جهان وجود دارد و این در حال تبدیل شدن به وسیله‌ای برای پیشرفت‌های تکنولوژیکی است که به همه سیستم‌های بهداشتی در جهان مرتبط خواهد بود. با این حال، برخورد با موج اول طاعون و امواج پس از آن، معضل آشکار اسرائیل را نشان می‌دهد: مشکل در تمرکز توجه ملی بر مشکلات جاری، یعنی محدودیت‌های توانایی جامعه به عنوان یک کل و دولت برای بسیج برای رویارویی با چالش‌های غیرعادی از بزرگی، دامنه و مدت.

یک نتیجه‌گیری اصولی که توسط موشه بار سیمان توو و آپریس گینزبورگ گرفته شده این است که برای مقابله طولانی مدت با ویروس کرونا به یک استراتژی بلندمدت نیاز است ضمن اینکه نمی‌توان سناریویی را که کرونا در آن سال‌ها ما را همراهی خواهد نمود، رد کرد. نتیجه دوم این است که اهمیت یک سیستم سلامت سالم که بتواند شوک‌های عمیق را با حفظ عملکرد مناسب جذب کند، باید در سطح ملی درونی شود و مهمتر از همه

پرداختن به اپیدمی کرونا بدون اشاره به استراتژی اقتصادی غیرممکن است. محققان نشان می‌دهند که هدف حفظ یک هسته اقتصادی کارآمد حداقل ۹۰ درصد است، در حالی که موتورهای رشدی توسعه زیان ده درصدی را جبران می‌کند.

در بحران‌های اقتصادی جهانی که در گذشته رخ داده، ابتکار و خلاقیت اسرائیل بخشی از واکنش جهانی بوده است. این مورد در اوایل دهه ۲۰۰۰، پس از حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر در ایالات متحده تجربه شد، همانطور که در بحران اقتصادی که در سال ۲۰۰۸ رخ داد. روح خلاق اسرائیل را می‌توان برای مبارزه با ویروس کرونا از طریق کمک‌های دولتی برای تشویق سرمایه‌گذاری‌های فناوری به کار گرفت.

کشورهایی که به خوبی با اپیدمی مقابله خواهند کرد، کشورهایی خواهند بود که به رهبری اقتصاد جهانی دست خواهند یافت. در عین حال، شکست ساختاری مدلی که کنست ارائه داد باید به رسمیت شناخته شود و به مدل‌هایی تبدیل شود که یک روال فعال و روابط کار را حفظ کند.

مطابق با مفهومی که مطالعه را هدایت کرد (ارائه بینش‌ها و نتیجه‌گیری‌های عینی که می‌تواند برای کمک به تصمیم‌گیری مقامات ذیصلاح استفاده شود)، در خلاصه آن توصیه‌های سیاست‌گذاری عملی ارائه شده است که هدف آن بهبود نظام سلامت و آمادگی آن برای پاسخگویی به شرایط اضطراری است. این توصیه‌ها عبارتند از:

- ترویج یک تصمیم‌دولتی که توصیه‌های کلیدی این مطالعه را در مورد ایجاد یک چهارچوب برنامه‌ریزی بلندمدت برای نظام سلامت تثبیت می‌کند. برخی از تغییرات همچنین مستلزم اصلاح قانون بیمه سلامت دولتی است که تحت اختیار کمیته کار، رفاه و سلامت کنست است.

- درونی‌سازی ملاحظات بهداشتی در تمام سیستم‌های سیاست‌گذاری - ترکیبی از ملاحظات بهداشتی در برنامه‌ریزی و قوانین سیاست‌گذاری دولت از طریق تعیین الزام به تهیه یک بررسی سلامت، مشابه الزام به ارائه اثرات اقتصادی-بودجه‌ای.

- تخصیص بودجه، نیروی انسانی و زیرساخت‌ها با تخصیص زمین‌های تعیین شده به سازمان‌های بهداشتی برای اطمینان از استقرار مناسب کلینیک‌های اجتماعی، موسسات پزشکی ثانویه و کلینیک‌های شیردهی در مراکز جمعیتی و با ارتقای سریع ساخت دو بیمارستان که مراحل ساخت آنها از قبل در بئر السبع در جنوب و در اردوگاه‌های شمالی آغاز شده است. در عین حال، استفاده از مدل‌های مراقبت در منزل و بستری که از قبل از شیوع





- طاعون کرونا آغاز شده و در طی آن شتاب بیشتری گرفته است، باید همچنان ترویج شود.
- بررسی افزایش حق بیمه سلامت، که نرخ آن در اسرائیل یکی از پایین ترین نرخ ها در کشورهای OECD است. افزایش آنها تضمین می کند که اجرای طرح های پیشنهادی از چارچوب های مالی بودجه دولتی فراتر نمی رود.
- بهبود قابل توجهی در ارتباط سیستم بهداشت و درمان با دولت محلی باید از طریق انتصاب مقامات بهداشتی انجام شود که کارمندان مقامات محلی خواهند بود و وزارت بهداشت و نظام سلامت را با دولت محلی مرتبط خواهند کرد.
- باید تلاش کرد تا پتانسیل رشد سیستم بهداشتی اسرائیل در عرصه دیجیتال محقق شود.

ذکر این نکته ضروری است که در چهارچوب قراردادهای ائتلافی امضا شده قبل از تشکیل دولت سی و ششم در ژوئن ۲۰۲۱ در اسرائیل، این موضوعات و مسائل بیان شده است. اکنون لازم است اطمینان حاصل شود که توافقنامه ائتلاف به عنوان بخشی از تهیه بودجه دولتی برای سال های ۲۰۲۱-۲۰۲۲ به طور کامل اجرا می شود. اهمیت آمادگی برای زندگی در حضور کرونا با ظهور مجدد سویه ی جدید (نوع متفاوت) نشان داده شد. یک خط دفاعی مهم در مقابله با آن، افزایش ظرفیت نظام سلامت به ویژه برای آمادگی برای زمستان پیش رو و زمستان های بعدی است. من معتقدم که در کار تحقیقاتی پیش روی ما، در مورد توصیه های سیاست گذاری که آن را خلاصه می کند، خطی در سطح بین المللی نیز وجود دارد. این تا حدی به این دلیل است که بر اساس وابستگی پیشینی بین مناطقی است که اسرائیل در آن به عنوان یک رهبر جهانی شناخته می شود زمینه هایی مانند فناوری، رفاه عمومی و سیستم بهداشت عمومی که ارکان اصلی امنیت ملی هستند. من از نویسندگان این مطالعه، آقای موشه بار سیمان توو و خانم آیریس گینزبورگ و آقای پینی کوهن که کمک سخاوتمندانه شان بودجه تحقیقاتشان را تامین کرد، سپاسگزارم.

سرلشگر عاموس یادلین

رئیس موسسه مطالعات امنیت ملی

نوامبر ۲۰۱۱ تا می ۲۰۲۱

مقدمه

اپیدمی کرونا نظم های جهانی، از ابتدایی ترین سبک زندگی ما گرفته تا روابط قدرت ژئوپلیتیک، همچنین جایگاه و نقش دولت ها و مشارکت آن ها در زندگی شهروندان را تغییر می دهد یا باید تغییر دهد و بر اهمیت سیستم های اجتماعی و عمومی کارآمد، پایدار و تاب آور تأکید دارد.

اپیدمی کرونا باید درک امنیت ملی را هم از نظر تخصیص منابع ملی و هم از نظر توجه عمومی و سیاسی تغییر دهد (چه مولفه هایی در آن گنجانده شده و کدام یک باید جایگاه محوری تری در اولویت ملی داشته باشند).

همه گیری آنچه را که برخی از ما می دانستیم ثابت کرد. یک سیستم مراقبت بهداشتی کافی سیستمی است که خود زندگی را بیش از هر سیستم عمومی دیگری تضمین می کند. به نظر می رسد که آسیب احتمالی به زندگی انسان در یک سیستم مراقبت بهداشتی ناکارآمد بیشتر از هر جنگ، امنیت یا رویداد دیگری که برای ما شناخته شده است. به عنوان مثال، حملات ۱۱ سپتامبر به برج های دوقلو در نیویورک به طور چشمگیری بر زندگی ما تأثیر گذاشت - نحوه پرواز ما از مکانی به مکان دیگر را تغییر داد، صنعت سایبری و رایانش ابری و موارد دیگر را ارتقا داد و در عین حال جان ۲۹۷۷ نفر را گرفت. اپیدمی کرونا یک رویداد مهم بزرگ است. تا اواخر سال ۲۰۲۱، بیش از ۲۰۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا شده اند و بیش از پنج میلیون نفر در سراسر جهان در نتیجه آن جان خود را از دست داده اند. بین پایان نوامبر ۲۰۲۰ و اواسط فوریه ۲۰۲۱، تعداد روزانه مرگ و میر تنها در ایالات متحده برای چندین روز از ۳۰۰۰ نفر فراتر رفت و هنوز نمی توان گفت که همه گیری را پشت سر گذاشته ایم. در یک سناریوی معقول، ممکن است سال های زیادی کووید با ما همراه باشد، که در طی آن به جای یک رویداد حاد، به یک بیماری مزمن تبدیل می شود و به جای یک بیماری همه گیر، دارای یک ویژگی بومی خواهد بود، در حالی که هر از گاهی دچار فوران می شود. واضح است که در کنار تهدیدات همه گیری، تهدیدات غیرنظامی و امنیتی دیگری نیز وجود دارد که می تواند به آرامش عمومی آسیب برساند. بنابراین لازم است تغییراتی ایجاد شود که توانایی سیستم های عمومی را برای پاسخ سریع به حوادث از طریق مکانیسم هایی تضمین کند که حداقل تداوم عملکردی، بازگشت سریع به عملکرد و ارائه پاسخ سریع به تلفات را به عنوان مبنایی برای بهبود سیستمی فراهم می کند.





مانند هر رویداد مخرب، در رویداد کرونا نیز فرصت‌هایی ایجاد شد. یکی از اصلی‌ترین آن‌ها، درون‌سازی ملی با توجه به اهمیت نظام سلامت سالم است که در مواقع عادی و اضطرابی پاسخ مناسبی ارائه می‌دهد. سازمان‌های مختلف بهداشتی در اسرائیل در پاسخ به بیماران در طول همه‌گیری سرآمد بودند، اما توانایی‌ها و منابع خود را تا حد اکثر ممکن گسترش دادند و در نتیجه در حالت فرسایشی هستند که توانایی آنها را برای عملکرد بعدی تهدید می‌کند.

پرداختن به این چالش‌ها نیازمند نگاه ملی متفاوت به نظام سلامت و چارچوبی متفاوت تر و گسترده‌تر برای بحث امنیت ملی است. با انجام این کار، تجدید بحث در مورد اولویت‌های ملی در تخصیص منابع و ارائه پاسخ محوری تر به حوزه سلامت و مهمتر از آن، دخالت دولت در ارائه خدمات سلامت نیز ضروری است. مناسب به نظر می‌رسد در این چهارچوب بخشی از بار مالیاتی در نظر گرفته شده برای تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی انجام شود تا از چهارچوب منابع پایدار و استقلال نسبی سیستم در تعیین چهارچوب‌ها تحت شرایط قطعیت لازم اطمینان حاصل شود.

در حالی که درک این موضوع که مراقبت بهداشتی جایگاهی مرکزی در مفهوم امنیت ملی دارد، برای ما شهودی و بدیهی به نظر می‌رسد، نویسندگان این مقاله و سایر عوامل در مؤسسه مطالعات امنیت ملی، برای سالیان متمادی چنین رفتاری را در میان دولت نیافته‌اند. اولویت‌های بودجه‌ای عمدتاً سیاسی است و بهداشت در گوشه و کنار قرار دارد. امروزه نیز بسیاری از تصورات، تعریف امنیت ملی را به تهدیدات امنیتی خارجی یا تهدیدات ناشی از یک عامل خارجی تقلیل می‌دهند.

شکی نیست که کرونا که در سال ۲۰۲۰ آغاز شد به طور بی سابقه‌ای آگاهی عمومی، مشارکت دولت در مراقبت‌های بهداشتی و حتی اولویت‌های کوتاه مدت بودجه را افزایش داده است. با این حال، با توجه به تاریخچه شناخته شده، باید فرض کرد که اگر امروز زیرساخت‌های عمومی مناسبی ایجاد نشود که تداوم وزن دهی مناسب سلامت را در برنامه‌ریزی سیاست‌گذاری بلندمدت دولت در امنیت ملی تضمین کند، پس از گذشت زمان خاطره این همه‌گیری در آگاهی عمومی تضعیف خواهد شد و درس‌های آموخته شده از آن و کاربرد آنها تضعیف می‌شود. به عنوان بخشی از بحث در مورد گسترش محتوای امنیت ملی، صداها خواستار گسترش بیشتر این تعریف هستند تا خدمات اجتماعی را به طور گسترده دربرگیرد.

با این حال، واضح است که مفهوم امنیت ملی را نمی‌توان به همه سیستم‌های عمومی بسط داد. اگر همه چیز مهم است، پس هیچ چیز اهمیت خاصی ندارد. همانطور که در زیر به تفصیل شرح داده شده است، جایگاه سلامت در امنیت ملی ناشی از تأثیر مستقیمی است که بر زندگی انسان مشابه هدف اولیه سیستم‌های امنیتی دارد.

شکافی که ما بین چارچوب مورد قبول بحث در مورد امنیت ملی در اسرائیل و درک شهودی در مورد اهمیت سیستم سلامت در مفهوم به روز امنیت ملی شناسایی کردیم، کاتالیزور این کار است. پس از استعفای من از وزارت بهداشت، سرلشکر عاموس یادلین، که در آن زمان رئیس مؤسسه بود، با من تماس گرفت. تمایل به برگزاری چنین بحثی در چارچوب مؤسسه مطالعات امنیت ملی موضوع ساده‌ای نیست.

این نیاز به شجاعت عمومی و تفکری خارج از چارچوب دارد که از او تشکر می‌کنم. برای انجام درست این کار به همکار سابقم آیریس گینزبورگ، متخصص در اقتصاد سلامت و سیاست عمومی مراجعه کردم و از او خواستم که در این کار به من بپیوندد. در همان زمان به مشاور ناتان ساموآخ، معاون سابق مشاور حقوقی وزارت بهداشت مراجعه کردیم و از او خواستیم در نگارش قسمت‌های قانونی کار به ما کمک کند.

ما همچنین با دکتر دوریت نیتزان، مدیر اورژانس اروپا در سازمان جهانی بهداشت تماس گرفتیم، که تخصص خود را در مقررات بین‌المللی بهداشتی ارائه و در نوشتن فصل زیرساخت‌های بهداشت ملی مورد نیاز در موقعیت‌های معمول و اضطراری کمک کرد. در ابتدای کار، نوعی انجمن همراهی ارشد راه‌اندازی کردیم که با آن در مورد این موضوع بحث می‌کردیم. اسامی اعضای انجمن در زیر آمده است. مایلیم از اعضای انجمن که به طور عمیقی در تحقیق شرکت کردند و نظرات کمک‌کننده‌شان در نسخه نهایی گزارش گنجانده شد تشکر کنیم: پروفسور حییم بیترمن از مؤسسه ملی تحقیقات خدمات بهداشتی، پروفسور آوی پاروت از دانشکده پزشکی دانشگاه بن گوریون، سرلشکر عاموس یادلین و مائیر الران از مؤسسه مطالعات امنیت ملی.

از طرف مؤسسه مطالعات امنیت ملی، این کار توسط سرتیپ احتیاط ایتای برون همراهی شد که به عنوان کارشناس محتوا برای ما در رابطه با تعریف امنیت ملی در تجسم‌های مختلف آن در اسرائیل خدمت کرد که در کار به ما کمک زیادی می‌کند. ما از او بسیار سپاسگزاریم.

همچنین از رئیس هیئت امنای مؤسسه مطالعات امنیت ملی اسرائیل، آقای پینخاس (پینی)



کوهن که آغازگر و رهبری تعامل موسسه با موضوع سلامت به عنوان بخشی از امنیت ملی بود و تا حد زیادی مسئول شروع این کار است، تشکر می کنیم. سیستم بهداشتی اسرائیل بارها اهمیت خود را - در مواقع بحران به دلایل امنیتی یا بهداشتی و همچنین در مواقع عادی - در ایجاد یک بافت کاری مشترک برای همه بخش‌های جامعه اسرائیل نشان داده است و امیدواریم که بخشی از بازسازی این بحران نیز باشد. آزمون هر فعالیت کارکنان در سهم عملی آن در بحث عمومی و سیاست گذاری است.

به منظور ایجاد یک بحث عمومی مثمر ثمر، توصیه های عملی را در کار گنجانده ایم که در مدت زمان نسبتاً کوتاهی قابل اجرا هستند. ما امیدواریم که این کار به گونه ای به بحث عمومی کمک کند که ایجاد یک سیاست بلندمدت را تضمین کند که پاسخ مناسب به چالش هایی را که در آینده در انتظار ما است امکان پذیر می کند.

موشه بار سیمان توو

آیریس گینزبورگ



اعضای انجمن همراه که در طول بحث در موسسه با آنها مشورت کردیم

سلامت به عنوان مؤلفه ای در مفهوم امنیت ملی (به ترتیب حروف الفبا)

سرتیپ (احتیاط) دکتر مائیر الران - موسسه مطالعات امنیت ملی
دکتر ایلانا آربل - گروه فلسفه، دانشگاه تل آویو
پروفیسور جییم بیترمن - موسسه ملی تحقیقات سیاست سلامت
دکتر دنی باخار - موسسه بروکینگز، ایالات متحده آمریکا
سرتیپ (احتیاط) ایتای بارون - موسسه مطالعات امنیت ملی
پروفیسور مومی دهن - دانشکده سیاست عمومی، دانشگاه عبری
دکتر ناتان زکس - موسسه بروکینگز، ایالات متحده آمریکا
سرلشکر (احتیاط) عاموس یادلین - موسسه مطالعات امنیت ملی
دکتر دوریت نیتزان - سازمان بهداشت جهانی
دکتر دورون نیتزر - سرویس بهداشت عمومی
ناتان سموآخ - دفتر حقوقی در وزارت بهداشت (سابق)
پروفیسور آوی پورات - دانشکده علوم بهداشت، دانشگاه بن گوریون
پروفیسور کارنیت فلگ - موسسه دموکراسی اسرائیل





سلامت به عنوان بخشی از مفهوم امنیت ملی

مفهوم امنیت ملی محدود به عنوان توانایی یک ملت برای محافظت از ارزش های داخلی خود در برابر تهدیدات خارجی تعریف می شود. در سال های اخیر، در بحث هایی که در اسرائیل و در سراسر جهان پیرامون موضوع امنیت ملی صورت گرفته است، مرزهای تعریف امنیت ملی گسترش یافته - از حوزه های که به چالشی که دولت در مواجهه با مسائل خارجی با آن مواجه است، می پردازد. رویدادهایی که به صورت خشونت ظاهر شدند (تهدیدات نظامی) به پوشش گسترده تری از سایر تهدیدها که موجودیت و منافع ملی را به خطر می اندازد.

بر اساس مفهوم کلان، پیگیری امنیت ملی باید همه مؤلفه های قدرت جامعه در کشور را در برگیرد و به آن پردازد، چرا که ظرفیت حفاظت بر روی آنها ساخته می شود. اینها عبارتند از اقتصاد، تقسیمات اجتماعی، آموزش، برخورد با جمعیت های آسیب پذیر، هویت جامعه، توانایی آن در ایجاد یکنواختی بین تمام بخش های آن و غیره. این مسائل توانایی جامعه را برای مقاومت در برابر فشارها، تهدیدها و جنگ ها مشخص می کند.

بنابراین، به گفته یعکوو آمیدور، کالج ملی امنیت ملی ارتش اسرائیل تصمیم گرفت یک مسیر میانی را در پیش بگیرد و بر مسئله آمادگی برای تهدیدات خارجی از سوی دولت های رقیب و دشمن و ارگان های غیردولتی و تهدیدات داخلی از منابع مختلف تمرکز کند.



با این حال، تصمیم بر این شد که ضمن تأکید بر تأثیر مستقیم آنها بر امنیت ملی، از حوزه های اقتصادی، اجتماعی، روابط خارجی و اخلاقی غافل نشوند. تعریف امنیت ملی در ایالات متحده در سال های اخیر حتی گسترده تر است. اینگونه است که استراتژی امنیت ملی ایالات متحده توسط پرزیدنت ترامپ در سال ۲۰۱۷ تدوین شد؛ حفاظت از منافع ملی حیاتی، از جمله حفاظت از میهن، شهروندان ایالات متحده و سبک زندگی آمریکایی؛ ترویج رفاه در سراسر آمریکا؛ حفظ صلح بواسطه قدرت و ترویج نفوذ آمریکا. حوزه سلامت بر حسب شرایط و ترجیحات وی و متناسب با نیازهای جامعه بر روی پیوستاری بین سلامت عمومی و خدمات سلامت فردی قرار دارد. حوزه بهداشت عمومی به منظور ایجاد حفاظت یکسان و همه جانبه برای ساکنان کشور در برابر تهدیدات بهداشتی جمعی برای جمعیت از جمله پیشگیری از بیماری های عفونی، اطمینان از زیرساخت های آب و غذا در سطح بهداشتی کافی، حفاظت در برابر آلودگی های محیطی و غیره در نظر گرفته شده است.

خدمات بهداشت عمومی به سه حوزه اصلی خدمات بهداشتی واگذار می شود؛ حفاظت از سلامت، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت. به همین دلیل، خدمات بهداشت عمومی یک محصول کاملاً عمومی مانند خدمات امنیتی و پلیسی است که توسط دولت ارائه می شود، حتی در کشورهایی که بیمه درمانی دولتی وجود ندارد.

حوزه بهداشت عمومی شامل آماده سازی واقعی و برخورد با سناریوهای اضطراری در انواع مختلف، در حالی که رابط با سایر سیستم های عمومی مرتبط بسته به نوع رویداد حفظ می شود. به عنوان مثال، با وزارت کشاورزی در صورت شیوع بیماری های مشترک بین انسان و دام؛ با وزارت حفاظت محیط زیست در موارد مخاطرات زیست محیطی برای خطرات بهداشتی؛ با نهادهای انتظامی و امنیتی در مواردی که منشا خطر سلامتی خرابکاری عمدی و غیره باشد. بنابراین می توان گفت که یک شباهت تقریباً کامل بین خدمات بهداشت عمومی و سایر خدمات امنیتی وجود دارد.

در آغاز اپیدمی کرونا، خدمات بهداشت عمومی وزارت بهداشت اسرائیل و همتابان آنها در سراسر جهان در خط مقدم واکنش کشورهای مختلف نسبت به وضعیت اضطراری جدید از جمع آوری داده ها و انجام ارزیابی موقعیت تا تدوین روش های مقابله گرفته تا توصیه های خط مشی دولت در تمام زمینه های زندگی و رهنمودهایی برای عموم قرار داشتند. با پیشرفت همه گیری و گسترش دایره افراد مبتلا و بیماران، مقابله سیستم بهداشتی با همه گیری به سرعت گسترش یافت و به همه بخش های آن، از بیمارستان ها، آزمایشگاه



ها، خدمات فوریت های پزشکی، موسسات سالمندان گرفته تا آخرین کلینیک های HMO رسید.



سیستم بیمارستانی که خط اول درمان بیماران و مقابله با اپیدمی جدید بود، در حقیقت همچنین مهمترین حفاظ "بیمار" در برابر فروپاشی بود؛ زمانی که در واقع یکی از اولین توجیحات برای اولین قرنطینه در اسرائیل و خارج از کشور با اعمال همه پیامدهای اقتصادی آن، برای پیشگیری از فروپاشی وضعیت ناکافی سیستم بیمارستانی بود. با پیشرفت همه گیری و دانسته های ما بیشتر در مورد علت و سیر بیماری جدید، سازمان های حفظ سلامت (HMO)، باورهای پزشکی اولیه در جامعه نقش مهم تری را ایفا نمودند تا جایی که اکثر قریب به اتفاق بیماران کرونایی را درمان کردند، بنابراین درمان بیماران سخت تر را به بیمارستان ها واگذار کردند. اوج عملکرد HMO ها در مقایسه در سطوح بین المللی برتری داشتند، کمپین واکسیناسیون است که بدون وجود زیرساخت منحصر به فرد HMO در اسرائیل (همانطور که در زیر توضیح داده خواهد شد) به نتایج چشمگیر خود نمی رسید. بنابراین امروزه می توان گفت که بدون یک سیستم بستری مناسب و بدون استقرار خدمات بهداشتی جامعه که به طور معمول برای ارائه خدمات سلامت شخصی استفاده می شود، نمی توان با یک فوریت بهداشتی جدی مانند همه گیری کرونا مقابله کرد. این تجربه در واقع مرکزیت نظام سلامت را به عنوان یک کل در زیرساخت های امنیت ملی نشان می دهد و به این نتیجه می رسد که نمی توان آن را از این جنبه فقط به خدمات بهداشت عمومی تقلیل داد.





ساختار نظام سلامت در اسرائیل، زیرساخت های قانونی برای عملکرد آن و دخالت دولت در آن ویژگی های نظام سلامت اسرائیل

سیستم بهداشتی اسرائیل یکی از بهترین و کارآمدترین سیستم های بهداشتی در جهان محسوب می شود. بسیاری از سازمان های بین المللی که سیستم های بهداشتی را با هم مقایسه می کنند، سیستم اسرائیل را از نظر شاخص های هزینه-فایده و شاخص های کیفیت در بالاترین رتبه قرار می دهند. OECD سیستم اسرائیل را رشک برانگیز تعریف کرد. بلومبرگ که سیستم های بهداشتی را بر اساس کیفیت و کارایی رتبه بندی می کند، سیستم سلامت اسرائیل را در رتبه بندی سیستم های موثر قبل از شیوع بیماری (پس از هنگ کنگ و سنگاپور) در رتبه سوم و مانند بسیاری از سازمان های دیگر در رتبه پنجم پس از شیوع بیماری قرار داد. عملکرد سیستم سلامت و ارگان های تشکیل دهنده آن در طول بحران کرونا، آگاهی عمومی را در اسرائیل و سراسر جهان نسبت به توانایی های بالای این سیستم به ارمغان آورده است.

این که میزان مرگ و میر ناشی از کرونا در بین بیماران اسرائیلی از پایین ترین میزان در جهان است، نشان می دهد که مراقبت های باکیفیت و بهینه به بیماران ارائه می شود و این افتخاری برای نظام است. تعداد کمی از سیستم های بهداشتی دیگر در جهان، از جمله در پیشرفته ترین کشورها، وجود دارند که می توانند چنین قدردانی را به دست آورند.



بارها از من پرسیده شده راز موفقیت این سیستم چیست؟ مانند هر موفقیت دیگری، برای موفقیت سیستم بهداشتی اسرائیل، و مانند هر موضوعی در افکار عمومی اسرائیل، در مورد عوامل موفقیت این سیستم و وزن آنها اختلاف نظر وجود دارد. با این حال، اجماع نسبتاً گسترده‌ای وجود دارد که موفقیت از ویژگی‌های زیر ناشی می‌شود:

- زیرساخت قانونی قانون بیمه سلامت دولتی، که تحت آن خدمات درمانی در اسرائیل فعالیت می‌کنند.
- ضمیمه سوم قانون شامل خدمات بهداشت عمومی نیز می‌شود.
- ساختار سیستم و تمرکز تصمیم‌گیری، نحوه استقرار زیرساخت‌ها از جامعه، ترکیب بودجه عمومی-خصوصی و ارائه خدمات.
- ماهیت عمدتاً عمومی سیستم. آموزش به ورزش و کیفیت نیروی کار.
- آمادگی اضطراری (IHR - مقررات بین‌المللی بهداشت).
- تحقیق و توسعه.
- در زیر به توضیح هر یک از ویژگی‌های فوق می‌پردازیم.



زیرساخت‌های قانونی

نظام سلامت در چارچوب وسیعی از قوانینی عمل می‌کند که فعالیت‌های آن را از فرمان بهداشت عمومی اجباری، تا قانون بیمه سلامت دولتی در سال ۱۹۹۴ تا قانون حقوق بیمار تنظیم می‌کند. قانون بیمه سلامت دولتی اخیراً به مجموعه قانونگذاری اجتماعی اضافه

شده است. این قانون ۴۰ سال یا بیشتر پس از تصویب قانون بیمه ملی و اکثر قوانین اصلی مربوط به حوزه های رفاهی و کمک هزینه معیشتی به تصویب رسید. به طور متناقض، این واقعیت منعکس کننده یک غفلت تاریخی از بخش سلامت نیست، بلکه نشان دهنده تاریخ منحصر به فرد نظام سلامت است که در طول سالیان متمادی به ابتکار سازمان های غیر دولتی به عنوان شبکه ای جامع از زیرساخت های فیزیکی و انسانی ساخته شده است؛ اما همچنین از تمهیدات بیمه جامعی که بیشتر نیازهای اکثریت مردم را برآورده می کند عقب تر است.

ساخت، توسعه و عملکرد نظام سلامت در طول ۴۵ سال یا بیشتر که از زمان تأسیس دولت (و در برخی بخش ها حتی قبل از آن) تا زمان تصویب قانون می گذرد، فرصت استثنایی برای مشاهده و مقایسه این دو دوره و برای بررسی وضعیت سیستم، وضعیت حقوق بیمه شده یا متغیرهای متغیر مشخصات پزشکی هائو چلاوسیر فراهم می کند، به خصوص که قوانین محدود هستند. در واقع، چهارچوب مفهومی، هنجاری و بودجه ای جدیدی را برای ساختار موجود فراهم می کند که آن را به طور کامل حفظ کرده است، بدون اینکه از آن کم و زیاد شود، نه در آن زمان و نه پس از آن. حتی امروز، چهار صندوق سلامت در کنار دولت در حوزه های متغیر مسئولیت خود، تنها بیمه گرهای عمومی هستند.

در عین حال، اهمیت قانون بیمه سلامت کشور و تغییر ادراکی آن را نمی توان نادیده گرفت: ز یک مدل قراردادی داوطلبانه بین HMOs و بیمه شدگان آنها گرفته تا مدلی از "سیاست جمعی" قانون ایجاد می شود - که در آن دولت "صاحب بیمه" است و مسئول تامین مالی آن از منابعی است که جمع آوری می کند، از جمله مالیات بر بیمه شدگان؛ صندوق ها بیمه گذاران هستند (مطابق مدلی که به تفصیل در قانون تعریف شده است حق بیمه دریافت می کنند) و بیمه شدگان همگی ساکن کشور هستند (مطابق فهرست بسته و تفصیلی خدمات، حق برخورداری از "مزایای نقدی" را دارند)؛ حقوق قراردادی مطابق با پیوست شخصی بر اساس قواعد حقوق خصوصی بدون هیچ وظیفه بیمه ای و بدون بیمه کردن ضروری به "بیمه اجباری" که در آن جنبه قراردادی سنتی که همچنان به صورت تئوری وجود دارد، تقریباً در تمام جنبه های اساسی یک قرارداد قانونی جایگزین می شود که تنها فضاهای باریکی را برای آزادی عمل بیمه گذار یا بیمه گذاران باقی می گذارد. اما نکته اصلی روی دیگر سکه است: حق هر ساکن برای دریافت خدمات جامع و همگانی مراقبت های بهداشتی بر اساس قانون یکسان و مساوی در بودجه دولتی که هر از چند





گاهی از طریق یکی از HMO های انتخابی آن به روز می شود و این مسئولیت دولت است که این ترتیب را از منابع خود تأمین کند.

این منابع همچنین شامل مالیات جدید - "حق بیمه سلامت" - می شود، اما نرخ آن، میزان وصول آن و حتی انجام تعهدات پرداختی بیمه شده بر بودجه ای که دولت در اختیار سیستم قرار می دهد ("هزینه سبد خدمات درمانی") یا در مورد حق بیمه شده از خدمات درمانی و همچنین به روز رسانی واقعی آن ("شاخص هزینه سلامت") تأثیری ندارد.

بخشی از قانون به طور خلاصه تمام تورات را بر روی یک ستون بیان می کند: آ. طبق این قانون هر مقیمی مستحق برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی است، مگر اینکه به موجب قوانین دیگری استحقاق آن را داشته باشد.

ب. دولت مسئول تأمین مالی خدمات بهداشتی از منابع مشترک در بخش ۱۳ اصلاحیه شماره ۵۰ (۲۰۱۰) است. ج. صندوق سلامت در قبال کسانی که در آن ثبت نام کرده اند برای ارائه خدمات کامل بهداشتی آن مسئول است، طبق این قانون بیمه شونده حق دارد، اما نسبت به کسانی که در یک شرکت معین ثبت نام کرده اند - شرکت تعیین شده در قبال ارائه خدمات عمومی دندانپزشکی مندرج در جدول دوم در قبال آن مسئول خواهد بود. د. خدمات بهداشتی موجود در خدمات بهداشتی در اسرائیل برای مراقبت های پزشکی با کیفیت معقول، در مدت زمان معقول و در فاصله معقول از محل سکونت بیمه شده، همه در چهارچوب منابع مالی در دسترس HMO ها در دسترس است؛ بخش ۱۳.

ه. خدمات بهداشتی با حفظ کرامت انسانی، حفظ حریم خصوصی و حفظ رازداری پزشکی ارائه خواهد شد.

از این بند به بعد قانون تمهیدات مختلفی را که بافت ساختاری و هنجاری لازم برای اجرای قانون را تشکیل می دهد، مشخص می کند، از جمله سبد خدمات (بند ۷ قانون (هزینه و به روز رسانی سبد سلامت)، بند ۹، (منابع آن)، بخش ۱۳ مکانیسم ثبت بیمه سلامت حق و تعهد آن برای ثبت نام بخش ۵-۴ وضعیت دولت در زمینه های خدماتی که همچنان مشمول مسئولیت آن است (ماده ۶۹) و غیره.

جداسازی یا تقسیم بندی بین منابع یا حتی سازوکار اداری مسئول جمع آوری برای تجمیع و تخصیص آنها توسط موسسه بیمه ملی و HMO، ارائه خدمات به بیمه شدگان (خدماتی که بیان عملی «حقوقی» است که قانون به آنها داده است) بدون توجه به میزان مشارکت مالی هر بیمه شده در سبد منابع، بیانگر مبانی عقیدتی-ایدئولوژیک قانون است؛ همانطور

که در بخش ۱ آن ظاهر می شود: بیمه سلامت دولتی به موجب این قانون بر اساس اصول عدالت، برابری و کمک متقابل است.

اگرچه این اصول همچنین سازوکار مترقی ساختار مالیات بر سلامت را دیکته می کند و به ماهیت هماهنگ قانون در تمام بخش های آن کمک می کند، "دیوار بزرگ چین" که قانون بین حقوق و خدمات و اجرای جهانی آنها قرار می دهد ("استفاده هر کس بر حسب نیازش") و مکانیسم جمع آوری تفاضلی ("هر کس به میزان توانایی خود") معنای نمادین عمیقی دارد که قانون بیمه سلامت دولتی را از اکثر قوانینی که شبکه های ایمنی اجتماعی را تنظیم می کند متمایز می کند. به بیمه گذاران خود اعلام کند اگر چه آنها عمدتاً مبتنی بر یک مفهوم اصولی مشابه از همبستگی یا تضمین متقابل هستند. فرسایش اصل جهانی بودن نیز از ثبات "این دیوار" کاسته است هنگام ایجاد سبزی از فرانشیزهای تفاضلی برای هر HMO همچنین نیاز به توجه به ظرفیت مالی هر بیمه شده و ارتباط بیمه شده با صندوقی که در آن ثبت شده است، می باشد.

با این حال، فرسایش تقریباً به طور کامل پس از تصویب بندهای ۸ (a1) و (a2) قانون ("تغییر در خدمات بهداشتی و پرداخت ها") متوقف شد. این بخش ها بیانگر نقطه اوج این حرکت است که ادامه ای نداشت و تنها بخش کوچکی از اهداف آغازگرانه آن را محقق کرد. مسئله رابطه بین اجزای عمومی و خصوصی قانون، که هم به هویت بیمه گران، هم به هویت تأمین کنندگان و هم به تعیین منابع تأمین مالی آن و حتی بیشتر از زمان تصویب بند ۸ (a1) و (a2) و جایگزینی بند ۱۰ ("خدمات بهداشتی تکمیلی" که به عنوان "بیمه تکمیلی" نیز شناخته می شود) مربوط می شود، از بدو پیدایش با این قانون همراه بوده است.





منصفانه است که بگوییم اگرچه مسئله روابط عمومی و خصوصی تقریباً همیشه به سؤالات تفاوت در برابر جهانی بودن و برابری در مقابل ایجاد یا تعمیق نابرابری ها وارد می شود، اما تغییرات در قانون در این جنبه ها نشان دهنده وفاداری مداوم به اکثر موارد ویژگی های اصلی آن است. سید سلامت ساختار جهانی خود را حفظ کرد؛ اختیار HMOها برای ارائه یک سید پرداخت تفاضلی به طور کلی منجر به اختلاف قابل توجهی در مکانیسمها و مبالغ قابل کسر نشده است. ممنوعیت تمایز بر اساس شرایط پزشکی به عنوان یک اصل باقی مانده است که حتی در طراحی اصول برنامه خدمات بهداشتی اضافی که در آگاهی عمومی هنوز نماینده بارز ایده خصوصی سازی تلقی می شود از آن عدول نمی شود (اگرچه بخش ۲۰ قانون، در نسخه فعلی خود، بسیار معتدل تر است) و ابتکارات شامل بیمه‌گران خصوصی یا نهادهای انتفاعی کنار گذاشته شده یا نادیده گرفته شده است.

در واقع، حفظ ماهیت عمومی نظام سلامت به هدف اجماعی اکثر عوامل مؤثر بر نظام سلامت هر عاملی به دلایل خاص خود تبدیل شده است. بسیاری از ترتیبات گنجانده شده در قانون در سال‌های اخیر یا حتی در حرکت‌های قانونی موازی، هویت عمومی نظام را تقویت می‌کنند، گاهی اوقات با تبدیل تدریجی عناصر خصوصی به گونه‌ای که ویژگی‌های عمومی را منعکس یا جذب کنند:

اولین بیمارستان دولتی خصوصی آسوتا اشدود (Assuta Ashdod) خدمات پزشکی خصوصی (PR) ارائه نمی دهد؛ بسیاری از بیمارستان‌های خصوصی سهم رو به رشدی از خدمات را به نفع بازار عمومی کنار می‌گذارند و نسخه‌ای از ویژگی‌های خدمات خصوصی را ارائه می‌دهند (انتخاب پزشک بدون پرداخت حقوق خصوصی، با بودجه کاملاً دولتی).

طرح‌های مراقبت‌های بهداشتی اضافی امکان انتقال کامل بیمه‌شدگان از پرداخت به پرداخت بین سطوح خدمات موازی را فراهم می‌کند و اجازه اعمال حق جراحی با بازپرداخت برای خرید خصوصی (یا پرداخت خصوصی برای ارتقاء خدمات ارائه شده توسط جراحان سفارشی) را نمی‌دهند. دریافت خدمات از یک پزشک به صورت خصوصی و عمومی، به جز بعد از “دوره نقاحت ممنوع است؛ این موضوع منجر به ترتیباتی برای تداوم مراقبت با بودجه عمومی بین خدمات عمومی عمومی و پزشکی ثالث ارائه شده در سیستم خصوصی مرتبط با برخی از بودجه HMOها و موارد دیگر شد.

اگرچه سید خدمات در قانون مشخص شده است، اما قانون در مورد پارامترهای کیفیت، مسافت و در دسترس بودن که بر اساس آن خدمات در سید ارائه می شود، ابهام نسبی دارد. بیانیه اصلی

قصد قانون در مورد جزئیات بیشتر سبد در رابطه با بند ۸ (و): «زمان انتظار برای خدمت، فاصله داده شده از بیمه شده، طرف تصمیم‌گیری در مورد ارائه خدمات، نحوه ارائه و کیفیت - ظرف دو سال پس از تصویب آن ۸ (و)».

بنابراین ما با بند ۳ (د) قانون باقی مانده ایم که تصریح می‌کند «خدمات بهداشتی که در سبد خدمات بهداشتی گنجانده شده است باید در اسرائیل، بنا به صلاحدید پزشکی، با کیفیت معقول در مدت زمان معقول و در فاصله معقول از محل سکونت بیمه شده همه در چارچوب منابع مالی موجود در اختیار صندوق‌های بهداشتی طبق بند ۱۳» ارائه شود.

این بخش بیانگر این درک است که اگر HMO مختار باشد خدمات پزشکی را در زمان، مسافت یا کیفیتی که برایش مناسب دیده می‌شود ارائه دهد، معنای زیادی ندارد؛ اما همچنین اذعان می‌کند که منشاء این سیستم نامحدود نیست، بنابراین برخی مصالحه‌ها بین الزامات یا انتظارات بیمه‌گران و توانایی نظام سلامت برای برآورده کردن آنها اجتناب‌ناپذیر است.

در طول سال‌ها، تنظیم‌کننده تلاش کرده است تا محتوا را به الزام منطقی بودن در قانون، از جمله با تعیین شاخص‌های زمانی تعریف‌شده که در روش خود منعکس‌کننده آزمون معقول بودن در بخش‌های خدماتی خاص (مانند خدمات دندان‌پزشکی یا رشد کودک) است، سرازیر کند. اما در بیشتر حوزه‌های خدمات، مؤلفه‌های زمان، مسافت و کیفیت همچنان در معرض محدودیت‌های بودجه‌ای به دلیل کمبود زیرساخت‌ها و منابع و به خصوص کمبود نیروی انسانی (و برای رقابت برای این نیروی انسانی بین بخش دولتی و خصوصی و گاهی نیز بین بازیگران بخش دولتی و خودشان) و همچنین به شکاف‌های سنتی بین مرکز و حاشیه هستند. بحث طولانی مدت در مورد نیاز، فایده یا عملی بودن تعریف دقیق شاخص‌های در دسترس بودن به زودی منجر به تصمیم‌گیری نخواهد شد و منطقی است که فرض کنیم در آینده، الزامات جزئی تر فقط در موارد زیر تعیین خواهد شد:

نامعقولی آشکار در نحوه ارائه خدمات خاص؛ زمانی که راهی برای ارائه این خدمات با دسترسی بهتر از طریق آموزش و جذب پرسنل مناسب و گسترش تعامل با این پرسنل وجود دارد، زمانی که سودمندی این مجموعه از معایب آن بیشتر باشد (از جمله ترس از اینکه یک استاندارد «حداقل» به «حداکثر» تبدیل شود و ترمزی برای پیشرفت دیگری، فراتر از آستانه تعیین شده باشد).

می‌توان توافق کرد که محدودیت منابع مالی ذکر شده در بخش ۳ (د) یک معیار هنجاری قابل اندازه‌گیری یا مؤثر را نشان نمی‌دهد، در غیاب امکان عملی برای "ترجمه" دامنه



منابع نسبت به معیارهای تعریف شده نظیر در دسترس بودن، فاصله یا کیفیت و اینکه هدف آن مشروعیت بخشیدن به معیارهای در دسترس بودن نیست که اهمیت آنها فراتر از مرزهای «معقول بودن» به معنای عینی است. مفهوم عملی این است که تنظیم کننده - که دارای دانش و تخصص ویژه، چه در جنبه های پزشکی و چه در جنبه های اقتصادی مربوط به اعمال حقوق است - باید محدوده وظایف HMOها را به دقت تعریف کند و تصمیم بگیرد که چه نوع مداخله ای از آن لازم و نیاز است، اگر تجربه نشان دهد که در غیاب آن نمی توان به استفاده عادلانه از حقی که قانون داده است رسید.



ساختار سیستم

می توان گفت که ساختار نظام سلامت اسرائیل از ترکیبی از اعوجاجات ساختاری تاریخی تشکیل شده است که در تعادل عملکردی قرار دارند و به نحوی کارآمد و با کیفیت عمل می کنند. تصور اینکه هر برنامه ریز مرکزی، در صورت نیاز به طراحی یک سیستم بهداشتی، ساختاری شبیه به سیستم اسرائیل ایجاد کند، دشوار است. ترکیبی از ساختمان های تاریخی (که برخی از آنها قبل از تأسیس دولت بوده است)، سیستمی از انگیزه های اقتصادی، قوانین و مقررات، این سیستم را به جایگاه امروزی رسانده است. سازمان های اصلی که این سیستم را هدایت می کنند، وزارت های بهداشت و دارایی، چهار کلاییت، مکابی، میهدت و لئومیت و



سیستم بستری در بیمارستان های HMO هستند. سیستم HMO در ابتدا بر اساس «مدل بیمه‌کار» سازمان‌های بهداشتی که عمدتاً در سازمان‌های کارگری (هیستادروت و انجمن عمومی و ملی) تأسیس شده بودند، شکل گرفت که اعضای خود را بیمه می‌کنند و به سازمان‌های اقتصادی غیرانتفاعی قدرتمند تبدیل شده‌اند، اما در یک محیط رقابتی که تحت مقررات گسترده دولتی مدیریت می‌شود.

در کنار سیستم HMO، بیمارستان‌های عمومی وجود دارد که به استثنای حاشیه‌ها، عمدتاً سازمان‌های عمومی غیرانتفاعی هستند و دارای مالکیت مرکزی هستند. حدود نیمی از تخت‌های بیمارستانی عمومی (در بیمارستان‌های عمومی) به طور مستقیم در اختیار دولت است. یک سوم دیگر متعلق به صندوق‌های بهداشتی است (تقریباً همه آنها متعلق به Clalit Health Services و زنجیره بیمارستان Assuta متعلق به Maccabi است) و مابقی (هداسا، شعر زدک، مایان هایشوا، لانیادو و بیمارستان‌های ناصره) به طور خصوصی در مالکیت غیرانتفاعی است.

رقابت در سیستم در محدوده مقررات سنگین مدیریت می‌شود، هم بین HMOها و هم بین بیمارستان‌ها (که در آن رقابت به دلیل محدودیت آزادی انتخاب بیمه شده در سیستم بیمارستانی، از طریق HMOها شدت کمتری دارد) و یکی از عوامل کارآمدی و رضایت نسبتاً بالای مردم اسرائیل از سیستم بهداشتی است.

ساکنان اسرائیل می‌توانند در هر زمان بدون محدودیت بین HMOها جابجا شوند، بنابراین تنش رقابتی بین آنها منجر به بهبود خدمات برای بیمه شده می‌شود، حتی اگر همیشه به بهترین شکل و با بهبود سطح خدمات در سیستم نباشد. علاوه بر این و بدون پرداختن به جزئیات بیش از حد لازم، یکی از کارایی‌ها و همچنین اصطکاک موجود در سیستم، تنش بین سیستم بهداشت و درمان جامعه و بیمارستان‌ها است. اسرائیل همچنین با تعداد بسیار کم تخت‌های بیمارستانی (۱,۷۵ تخت در مقایسه با حدود سه تخت در هر هزار نفر در کشورهای عضو OECD) شناخته می‌شود. رقابت بین بیمارستان‌ها برای انجام فعالیت، به دلیل وضعیت قانونی سازمان‌های بهداشتی درمانی در تعیین ترتیبات انتخاب در بیمارستان‌ها برای بیمه شدگان، محدودتر است اما تنش رقابتی بین آنها زیاد است و آنها را به سمت تعالی سوق می‌دهد.

وزارتخانه‌های دولتی در مدیریت روزمره سیستم بسیار مشارکت دارند، همچنین به دلیل اینکه وزارت بهداشت در سه بخش در این سیستم (تنظیم‌کننده، مالک بیمارستان‌های دولتی



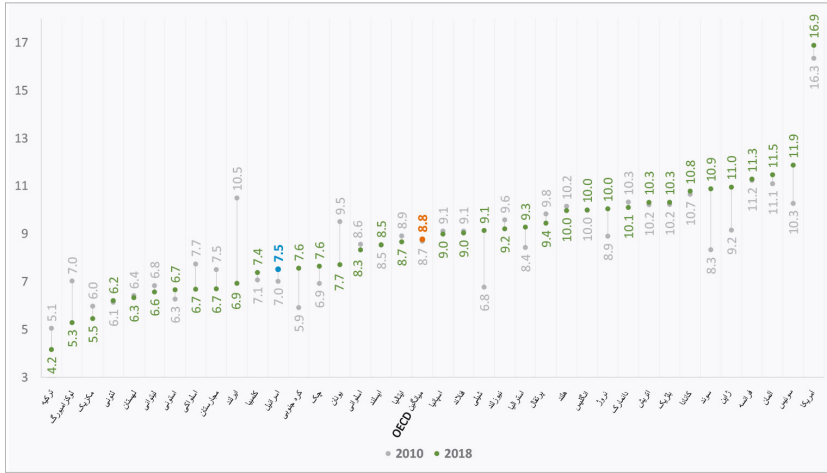
و ارائه‌دهنده مستقیم خدمات بهداشت عمومی) و همچنین به دلیل اتکای سازمان‌های بهداشتی و درمانی به بودجه و مقررات دولتی فعالیت می‌کند. همانطور که گفته شد وزارت بهداشت سه نقش در سیستم دارد: هسته اصلی نقش او یک تنظیم‌کننده است و خط مشی را تعیین می‌کند؛ در نقش دوم، او یک ارائه‌دهنده خدمات است که حدود نیمی از سیستم بستری عمومی، بیشتر سیستم بستری روانپزشکی و بخشی از سیستم بستری سالمندان و همچنین کلینیک‌های سلامت روان و کلینیک‌های شیردهی را اداره می‌کند. این سیستم همچنین یک بیمه‌گر است؛ به عنوان بخشی از تعهد قانونی وی برای ارائه خدمات مندرج در جدول سوم قانون بیمه سلامت کشور که وظیفه او را در ارائه خدمات پزشکی پیشگیرانه، ترک اعتیاد و خدمات ترک شیر تصریح می‌کند؛ خدمات بهداشتی دانشجویی و بستری در سالمندان (که او از طریق برون‌سپاری انجام می‌دهد) و موارد دیگر را انجام می‌دهد.



ساختار هزینه‌های ملی

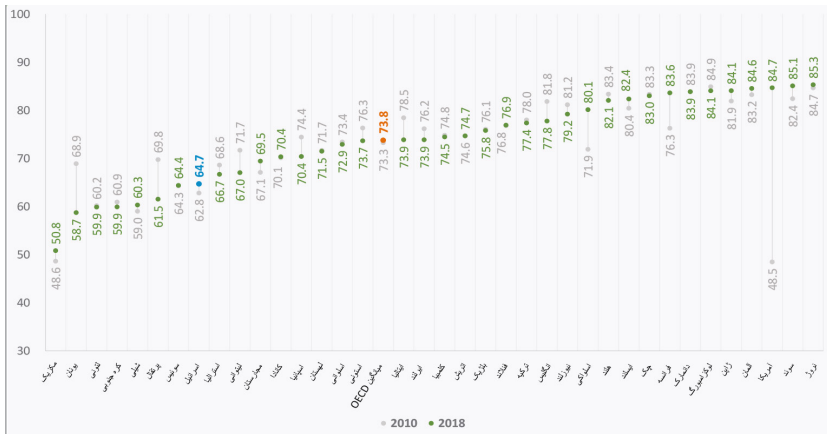
ساختار هزینه‌ها در نظام سلامت از چند لایه تشکیل شده است. ردیف اول میزان کل هزینه‌های ملی سلامت (عمومی و خصوصی) از محصول ملی است. در این زمینه، اسرائیل حدود ۷,۵ درصد از تولید ناخالص داخلی را به طور مداوم در طول سال‌ها خرج می‌کند. این رقم به طور قابل توجهی کمتر از میانگین هزینه در کشورهای عضو OECD است (نمودار ۱ را ببینید). این نشان‌دهنده کارایی بالای سیستم به دلیل رتبه بالای نتایج در رابطه با هزینه کم است، اما همچنین سطح هزینه‌ای که فشار بودجه ثابتی را ایجاد می‌کند که منجر به فرسایش مداوم در سطح درمان می‌شود.





نمودار شماره ۱: نرخ مخارج سلامت ملی تولید ناخالص داخلی (درصد)
 منبع: سیستم سلامت در اسرائیل در پرتو OECD برای سال ۲۰۱۸، وزارت بهداشت

بعد دیگر در ساختار مخارج، تقسیم بین مخارج خصوصی و دولتی است. این توزیع در سالهای اخیر از دیدگاه عمومی بهبود یافته است (و حدود ۶۵ درصد هزینه های عمومی در مقابل حدود ۳۵ درصد هزینه های خصوصی است) (نمودار شماره ۲ را ببینید).



نمودار شماره ۲: نرخ هزینه های بهداشت عمومی کل هزینه ملی (درصد)
 منبع: سیستم سلامت در اسرائیل در پرتو OECD برای سال ۲۰۱۸، وزارت بهداشت

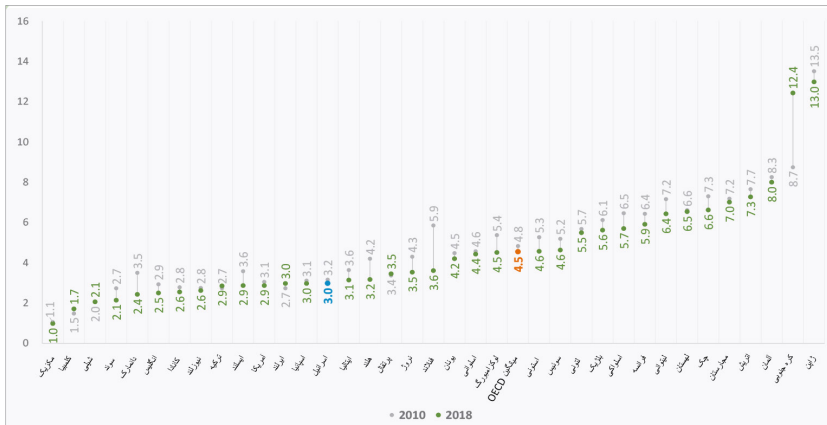


با این حال، همانطور که مشاهده می‌شود، این نسبت نیز به طور قابل توجهی کمتر از تقسیم بندی پذیرفته شده در کشورهای OECD است و باعث ایجاد چالش‌هایی در حفظ شخصیت عمومی سیستم و اعوجاج در مدل عملیاتی آن می‌شود. بنابراین، به عنوان مثال، بخش قابل توجهی از پزشکان ارشد در سیستم دولتی نیز در سیستم خصوصی به کار گرفته می‌شوند، بنابراین احتمال تعارض در مورد ارجاع بیماران از سیستم دولتی به سیستم خصوصی ایجاد می‌شود. همین امر در مورد HMO ها نیز صدق می‌کند که طبق قانون بیمه سلامت ملی به عنوان یک سیستم عمومی عمل می‌کنند، اما در عین حال به بیمه شدگان خود، همچنین در چارچوب قانون، خدمات بهداشتی تکمیلی را ارائه می‌دهند که اغلب به عنوان میانبر برای سیستم عمومی عمل می‌کنند. تقریباً همه وجوه به یک طریق در راه اندازی یک زیرساخت خصوصی برای انجام عمل‌های جراحی با بودجه خصوصی یا عملیاتی مشارکت دارند. اینگونه است که مکابی آسوتای تل آویو را اداره می‌کند یعنی بزرگترین بیمارستان خصوصی در اسرائیل که خدمات را در یک محیط عمومی نیز ارائه می‌دهد. خدمات بهداشتی Clalit در مرکز پزشکی هرترلیا مشارکت دارند. Meuhedet در شبکه NARA و Leumit نیز به دنبال یک زیرساخت خصوصی است که در آن مشارکت داشته باشد. در عین حال، بیمارستان‌های غیردولتی یا Clalit Health Services خدمات بهداشتی خصوصی را در زیرساخت‌های عمومی خود ارائه می‌کنند (PR)، که عمدتاً در بیمارستان‌های Hadassah و Shaare Zedek استفاده می‌شود). در سال‌های اخیر، تعدادی حرکت قانونی و نظارتی دیگر برای رسیدگی به تعارضات و تحریف‌های ذاتی در عملکرد یک سیستم ترکیبی به این روش انجام شده است، اما طبیعتاً آنها فقط تا حدی موفق بوده‌اند. با وجود این چالش‌ها برای ساختار سیستم و منابع مالی آن، سیستم بهداشتی اسرائیل در چارچوب اخلاق عمومی عمل می‌کند. همانطور که در بالا گفته شد، در ۲۶ سال گذشته، بیمه درمانی دولتی در اسرائیل اجرا می‌شود که با توجه به انتخاب بیمه شده، کلیه ساکنان این کشور را از طریق بیمه یکی از چهار صندوق سلامت تحت پوشش قرار می‌دهد. سید خدمات عمومی اسرائیل یکی از پیشرفته‌ترین خدمات بهداشتی و درمانی را در بر می‌گیرد و یکی از بزرگ‌ترین آنها در جهان است. سید بهداشتی سالی یک بار از طریق بودجه اضافی به روز می‌شود که هزینه افزوده واقعی خدمات تعیین شده توسط کمیته عمومی برای گسترش سید خدمات بهداشتی را تأمین می‌کند که هر ساله توسط وزیران بهداشت و دارایی تعیین می‌شود. علاوه بر این، دولت خدمات گسترده پزشکی پیشگیرانه و بهداشت عمومی را به عنوان بخشی از سیستم قطرات شیر و خدمات بهداشتی دانش‌آموزی ارائه می‌کند و اکثر ارگان‌های این سیستم به صورت غیرانتفاعی فعالیت می‌کنند. اساس همه اینها قانون بیمه سلامت دولتی است که در سال ۱۹۹۴ بر اساس اصول عدالت، برابری و کمک متقابل تصویب شد.



زیرساخت سیستم

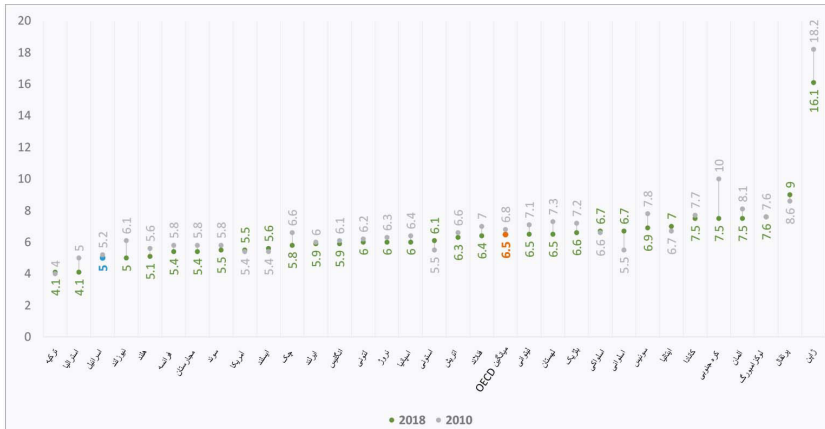
زیرساخت اصلی سیستم بهداشت عمومی شامل سیستم بستری است که شامل تمام بیمارستان‌های دولتی (عمومی، سالمندان و روانپزشکی) با هزینه‌های مختلف و کلینیک‌ها و طیف وسیعی از خدمات بهداشتی اجتماعی است که توسط HMOها اداره می‌شوند. مقایسه بین‌المللی پذیرفته شده در مورد زیرساخت‌های بهداشتی، تعداد تخت‌های عمومی (در بیمارستان‌های عمومی) به ازای هر هزار نفر است. به عنوان بخشی از این مقایسه، اسرائیل با تعداد بسیار کم تخت در انتهای رتبه بندی قرار دارد، تا جایی که در تأمین بارهای فصلی در سیستم بستری شدن در بیمارستان با مشکل واقعی مواجه است (نگاه کنید به نمودار شماره ۳).



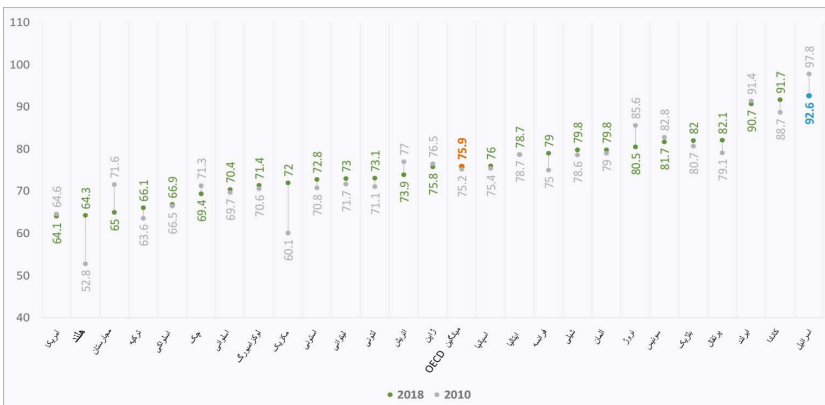
نمودار شماره ۳: درصد تخت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های عمومی به ازای هر هزار نفر
منبع: نظام سلامت در اسرائیل در پرتو OECD برای سال ۲۰۱۸، وزارت بهداشت



نرخ پایین تخت به این معنی است که طول مدت بستری در بیمارستان‌های عمومی اسرائیل در میان کشورهای توسعه‌یافته کوتاه‌ترین و نرخ اشغال تخت‌ها در میان آنها بالاترین است (نمودار شماره ۴ و ۵ را ببینید).



نمودار شماره ۴: میانگین مدت بستری در بیمارستان عمومی



نمودار شماره ۵: ضریب اشغال تخت در بستری عمومی (بر حسب درصد)

در کنار این واقعیت، تردیدی وجود ندارد که فقدان زیرساخت بستری، انگیزه‌هایی را برای HMOها ایجاد می‌کند تا در ارائه خدمات اجتماعی خارج از بیمارستان، از جمله بستری شدن در منزل، تلاش کنند، بنابراین مراقبت‌هایی را که اغلب با کیفیت بهتر و مناسب‌تر برای بیمار است، ممکن می‌سازد.





کیفیت نیروی انسانی

اسرائیل دارای نیروی انسانی حرفه‌ای با کیفیت در تمامی ارگان‌هایی است که نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. تقاضا برای تحصیل در رشته‌های بهداشتی، از پزشکی و پرستاری گرفته تا سایر حرفه‌های بهداشتی زیاد است و امکان پذیرش داوطلبان با کیفیت را فراهم می‌کند که به ویژه علاقه‌مند به دنبال کردن این حرفه و گذراندن دوره‌های آموزشی سخت هستند.

با این حال، چالش‌های عمده‌ای در این زمینه نیز وجود دارد فشار بر نیروی انسانی که دائماً دچار کمبود هستند رو به افزایش است و نشانه‌های فرسایش در سیستم محسوس است. با تغییر نسل‌ها، اکنون پزشکان و کارورزان هنجار ساعات کاری طولانی را به چالش می‌کشند، چیزی که در گذشته در سیستم مراقبت‌های بهداشتی بدیهی بود. حوادث خشونت‌آمیزی که هر از چند گاهی علیه اعضای کادر پزشکی رخ می‌دهد نیز تاب‌آوری کارکنان را مختل می‌کند. در عین حال، میزان آموزش بومی پزشکان نسبت به نیازها در حال افزایش است، به گونه‌ای که باعث می‌شود به ازای هر هزار نفر، میزان پزشکان فرسوده شوند و بیش از نیمی از نیروی انسانی پزشکی که وارد سیستم می‌شوند، در خارج از اسرائیل آموزش ببینند؛ در کشورهایی که سطح آموزش لزوماً غربی نیست (به نمودارهای شماره ۸-۶ مراجعه کنید). اخیراً وزارت بهداشت در تلاش است استانداردی را برای به رسمیت شناختن آموزش پرسنل پزشکی تعیین کند که ممکن است باعث کاهش شدید

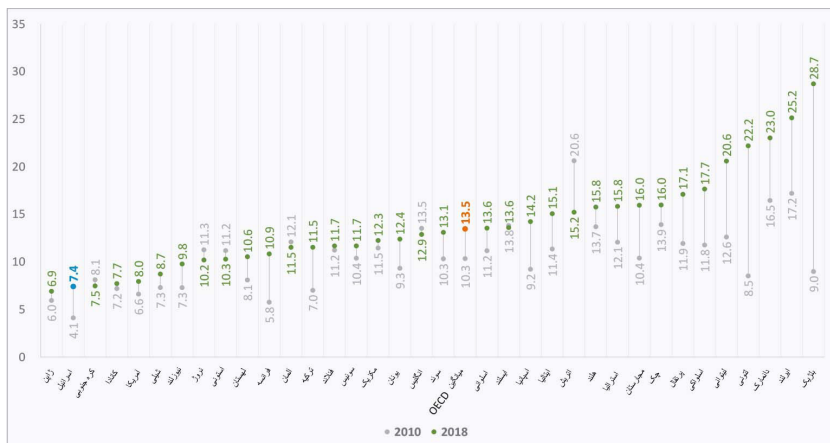




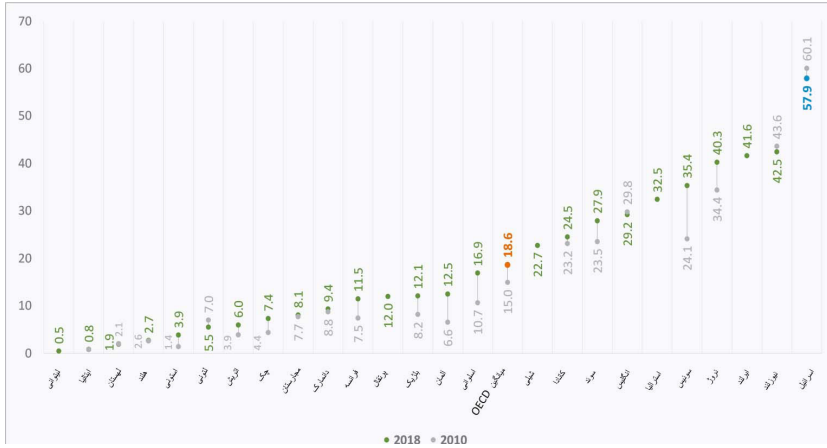
دامنه کلی آموزش شود و کمبود نیروی انسانی مورد انتظار سیستم را به چالش بکشد. در عین حال، یک مشکل واقعی در افزایش تعداد دانشجویان پزشکی در حال تحصیل در اسرائیل وجود دارد که عمدتاً به دلیل کمبود رشته های بالینی، زیرساخت های آموزش عملی در بیمارستان های دانشگاهی (و تمایل روسای دانشکده به حفظ گروه موجود به اندازه برای اطمینان از تدریس است). این یکی از موضوعات اصلی است که سیستم باید به آن رسیدگی کند: سلامت و امنیت ملی. همچنین در چند سال آینده تعدادی پزشک و دندانپزشک فعال خواهند بود و باید برای تخصص های پزشکان نیز برنامه ریزی شود.



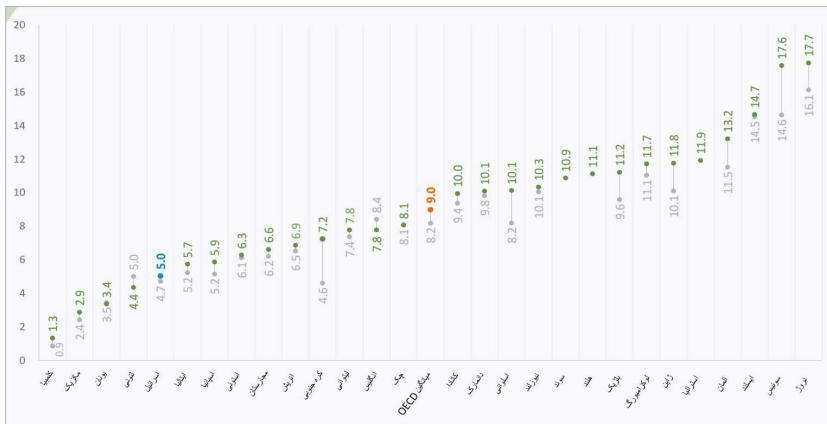
نمودار شماره درصد پزشکان و پزشکان فعال به ازای هزار نفر



نمودار شماره ۷: نرخ فارغ التحصیلان پزشکی برای صد هزار نفر

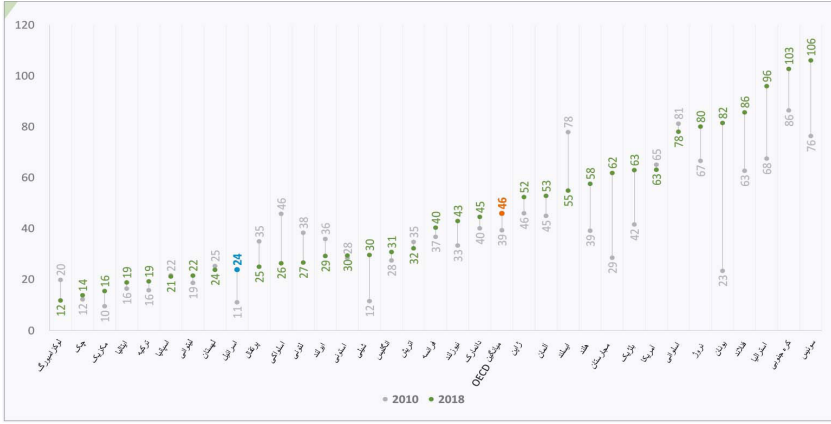


نمودار شماره ۸: درصد پزشکان شاغل و پزشکان آموزش دیده خارج از کشور، از کل افراد شاغل



نمودار شماره ۹: درصد پرستاران فعال به ازای هزار نفر

در عین حال، در میزان پرستاران مرد و زن به ازای هر هزار نفر، بهبودهایی اما همچنان به دور از رضایتمندی صورت گرفته است و دولت باید به سرمایه‌گذاری شماره ۶ را برای افزایش تعداد دانشجویان در این برنامه‌ها ادامه دهد.
(به نمودارهای شماره ۹ و ۱۰ مراجعه کنید).



نمودار شماره ۱۰: میزان فارغ التحصیلان رشته پرستاری برای یکصد هزار نفر

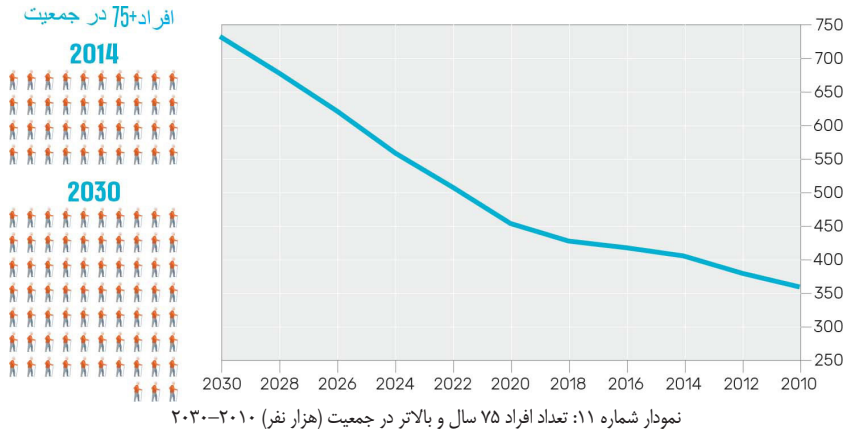




چالش‌های سیستم در سال‌های آینده

سیستم بهداشتی اسرائیل، مانند سایر سیستم‌های زیرساختی در اسرائیل و سراسر جهان، همیشه در آستانه شکست است. تقاضا برای خدمات بهداشتی، عمدتاً به دلیل پیری جمعیت، همراه با توسعه شتابان فناوری در خدمات پزشکی در حال رشد است، در حالی که توانایی سیستم برای رسیدگی مناسب به این موضوع در مدل ارائه خدمات موجود به طور فزاینده‌ای پیچیده می‌شود.

اسرائیل با چالش‌های جهانی سیستم‌های بهداشتی جهان و همچنین چالش‌های محلی معمولی خود مواجه است. چالش‌های جهانی افزایش مستمر تقاضا برای خدمات بهداشتی است که در نتیجه پیری جمعیت ایجاد می‌شود. در اسرائیل این چالش به دلیل کشور مبدأ که در آن جمعیت در اسرائیل در مقایسه با سایر کشورهای توسعه یافته همیشه جوان‌تر بوده است، از شدت بیشتری برخوردار است. به عنوان مثال، انتظار می‌رود تا پایان دهه، تعداد افراد ۷۵ ساله و بالاتر در اسرائیل که بزرگترین مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی هستند، دو برابر شود (نگاه کنید به نمودار ۱۱)، در حالی که افزایش خالص در تعداد افراد سالمند تعداد ۷۵ نفر و بیشتر در سال ۲۰۲۱ چهار برابر تعداد آنها در سال ۲۰۱۸ خواهد بود.



*منبع: اداره برنامه ریزی راهبردی و اقتصادی وزارت بهداشت

در عین حال، افزایشی در عوارض مزمن وجود داشته است، فراتر از آن چیزی که ناشی از پیری جمعیت است. ما شاهد افزایش ابتلا به بیماری های مزمن هستیم و افراد بیشتری در سنین پایین تر به بیماری های مزمن مبتلا می شوند. این چالش به چالش پیری جمعیت می پیوندد و بار بیماری را بر سیستم افزایش می دهد. یکی دیگر از چالش های منحصر به فرد اسرائیل افزایش جمعیت است. در حالی که در اکثر کشورهای غربی انتظار می رود جمعیت کاهش یابد یا ثابت بماند، در اسرائیل نرخ رشد جمعیت ۲ تا ۱٫۸ درصد در سال است. واضح است که رشد جمعیتی (نگاه کنید به نمودار شماره ۱۲)، که شامل نرخ بالای زاد و ولد و افزایش امید به زندگی است، چالش بزرگی را برای همه سیستم های عمومی ایجاد می کند - از آموزش گرفته تا مسکن و زیرساخت ها، اما به خودی خود یک چالش بزرگ برای نظام سلامت است که به دلیل تعداد زیادی از عوامل فراتر از حد قابل قبول در کشورهای توسعه یافته به شمار می رود که باید از پس افزایش تقاضا برآید.

همزمان با افزایش تقاضا برای خدمات بهداشتی، قیمت فناوری های پزشکی نیز افزایش یافته است. بنابراین، هزینه ورود مراقبت های پزشکی به سبب سلامت برای یک بیمار سرطانی در سال ۲۰۱۹ نسبت به سال ۲۰۰۸ هفت برابر شد (نگاه کنید به نمودار شماره ۱۳).





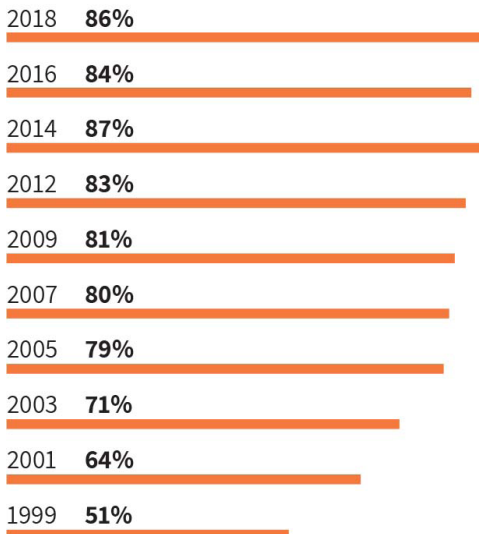
سال فراتر رفته است. فناوری‌هایی که در سال‌های اخیر وارد شده‌اند، به عنوان مثال، درمان کودکان مبتلا به بیماری SMA است که قیمت اولیه آن حدود دو میلیون شکل بود و بعداً به نصف کاهش یافت.

تعداد افراد مشمول این درمان سالانه حدود ۱۰۰ نفر است. هزینه درمان انکولوژی CAR-T نیز حدود ۱ میلیون شکل برای هر بیمار است (در این مورد درمان یکباره)، زمانی که هر سال حدود ۱۰۰ بیمار جدید واجد شرایط درمان هستند. نمونه‌های دیگری از درمان‌های حتی با هزینه بالاتر نیز وجود دارد. این پیشرفت‌های فن‌آوری احتمالاً تنها آغاز موجی از پیشرفت‌های فن‌آوری جدید است که انتظار می‌رود مدل‌های موجود تأمین مالی عمومی و جهانی داروها در اسرائیل و سراسر جهان را به چالش بکشد. اسرائیل برخلاف تعدادی از کشورهای توسعه یافته دیگر از دریافتی‌های صنعت داروسازی و فناوری پزشکی بهره‌ای نمی‌برد زیرا دارای صنعت دارویی و بیوتکنولوژی نوآورانه گسترده‌ای نیست. این در حالی است که در مراحل اولیه فعالیت نوآوری گسترده‌ای در اسرائیل در این زمینه‌ها به عنوان بخشی از شرکت‌های نوپا وجود دارد. متأسفانه مراکز سوددهی آنها معمولاً در مرحله بلوغ تجاری از کشور خارج می‌شوند.

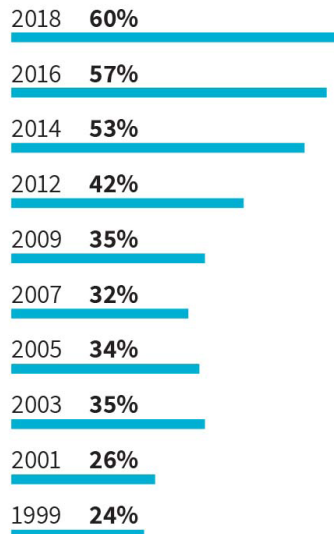
یکی دیگر از ویژگی‌هایی که بر سیستم‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته تأثیر می‌گذارد، تقویت آگاهی مصرف‌کننده در این زمینه تا حد تبدیل خدمات بهداشتی به کالای مصرفی یعنی سلامت بر اساس تقاضا است. بنابراین، تمایل مصرف‌کنندگان برای انتظار برای یک پزشک حرفه‌ای یا یک بخش فوریت‌های پزشکی در حال کاهش است و تمایل به دریافت خدمات در اینجا و اکنون وجود دارد، مشابه تجربه مشتری که در سایر صنایع خدماتی در حال بهبود است. یکی دیگر از چالش‌های این سیستم حفظ سطح اعتماد عمومی و سطح رضایت بالای مردم اسرائیل از این سیستم در مقایسه با سایر خدمات عمومی است. سیستم اسرائیل از سطح بالایی از اعتماد و رضایت برخوردار است، که این امکان را برای ادامه حفظ شخصیت عمومی سیستم و توده بسیار زیادی از خدماتی که نمی‌توان به صورت خصوصی خریداری کرد، فراهم می‌کند.

با این حال، نشانه‌های زیادی از فرسایش در این موضوع وجود دارد که نشان‌دهنده افزایش نرخ پوشش بیمه‌های خصوصی در اسرائیل است که در طول سال‌های گذشته نسبت به دنیا بالاست (که سهم آن در بیمه‌های خصوصی تکمیلی دسته جمعی HMO ها همراه با افزایش نرخ بیمه شدگان در بیمه‌های خصوصی تجاری توضیح داده شده است). علاوه بر این، درصد افرادی که فکر می‌کنند برای دریافت مراقبت مناسب در طول یک بیماری جدی نیاز به برقراری ارتباط دارند، ۸۴ درصد است.

دارندگان خدمات بهداشتی اضافی (بیمه تکمیلی)



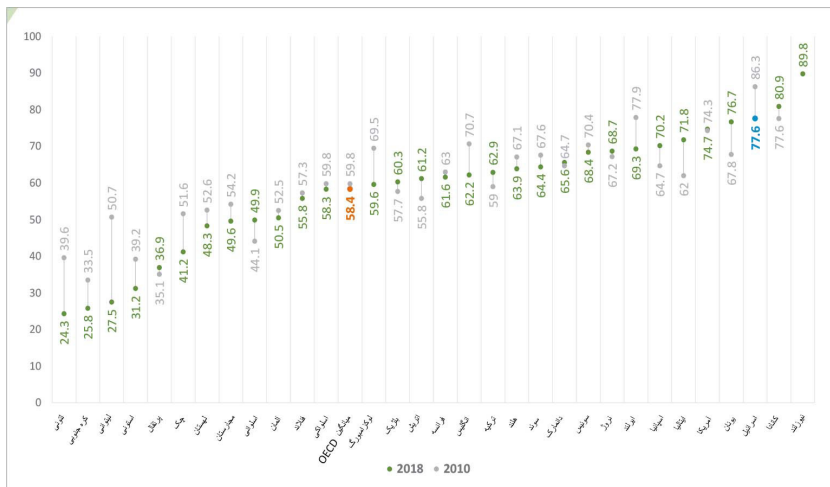
دارندگان بیمه تجاری



نمودار شماره ۱۴: توسعه مالکیت بیمه های درمانی تجاری و بیمه ای (بر حسب درصد)

*منبع: موسسه بروکدیل

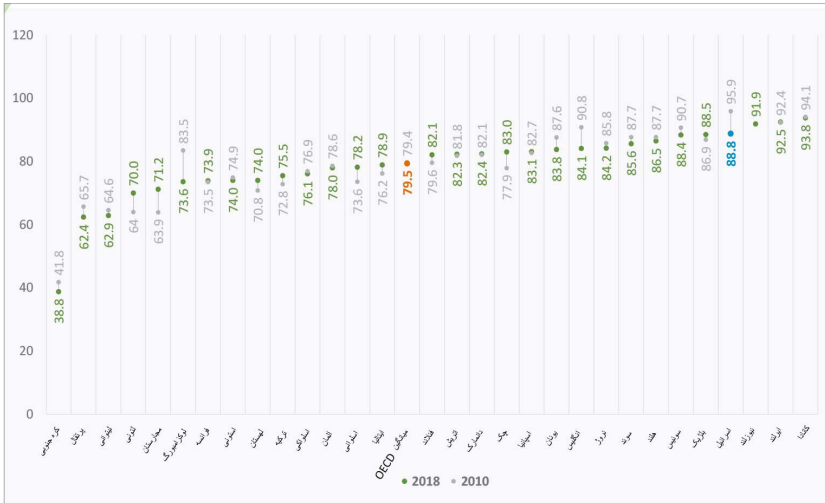
در عین حال، میزان کسانی که سطح بالایی از سلامت را در جمعیت گزارش می کنند، هم در پنجک پایین و هم در پنجک بالا نسبتاً بالا است (نمودار شماره ۱۵ و ۱۶ را ببینید). این امر حاکی از اعتماد و رضایت بالای ساکنین از سیستم است.



نمودار شماره ۱۵: میزان افرادی که سطح سلامت بالایی را در پنجک پایین درآمد گزارش می کنند (به درصد)

*منبع: نظام سلامت در اسرائیل در پرتو OECD برای سال ۲۰۱۸، وزارت بهداشت





نمودار شماره ۱۶: نرخ گزارشگران سلامت در سطح بالای پنجک درآمدی (درصد)

*منبع: نظام سلامت در اسرائیل در پرتو OECD برای سال ۲۰۱۸، وزارت بهداشت





همه‌گیری ویروس کرونا نظم جهانی را از ابتدایی‌ترین شیوه زندگی به روابط نیروهای ژئوپلیتیکی تغییر می‌دهد و به نظر می‌رسد حتی پس از واکسیناسیون نیز این امر صادق است. پیامدهای این بیماری همه‌گیر برای مدت طولانی با ما باقی خواهد ماند و مانند سایر رویدادهای مهم در گذشته مستلزم تغییر در شیوه زندگی ما است. تأثیر این بیماری همه‌گیر بر زندگی در اسرائیل و سراسر جهان عمیق بود و از حوزه سلامت فراتر رفت. درس‌های متنوع و قدرتمند اپیدمی کرونا باید مفهوم امنیت ملی کشور اسرائیل را گسترش دهد تا ثبات و انعطاف‌پذیری سیستم بهداشت عمومی را نیز در بر گیرد. این بیماری همه‌گیر به دلیل پیامدهای قدرتمند خود ثابت کرد که عملکرد صحیح سیستم بهداشت عمومی برای تضمین خود زندگی ضروری‌تر از عملکرد هر سیستم عمومی دیگری است و احتمال آسیب به یک سیستم بهداشتی که به طور مطلوب کار نمی‌کند قابل توجه است. در واقع این آسیب بیش از آنچه که ناشی از هر رویداد جنگی است که کشور در دهه‌های اخیر متحمل شده است. این رویداد اهمیت آمادگی کشورها برای مقابله با طیف وسیعی از تهدیدات را نشان داد که نه تنها ایمنی ساکنان بلکه زندگی روزمره را در همه جنبه‌ها به خطر می‌اندازد.