



۲

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 خدمات بهداشتی به عنوان یک جزء اساسی از میثاق اجتماعی دولت با مردمش
۱۰ خدمات سلامت به عنوان یک محصول عمومی و ویژگی های منحصر به فرد اقتصادی بازار سلامت
	ارتباط بین عملکرد صحیح سیستم بهداشت و درمان به طور معمول و توانایی آن در پاسخگویی در شرایط اضطراری
۱۲ کشوری
۱۶ جنبه های اقتصادی و بودجه ای
۱۶ وضعیت منشأ نظام سلامت - توصیف کمی و کیفی در مقایسه بین المللی؛ شاخص ها و نتایج، ورودی ها و برون دادها ...
	لزوم رفع خلأهای بودجه در پایه بودجه و ایجاد زیرساخت های بودجه ای و اقتصادی برای استحکام، تاب آوری و
۲۶ پایداری سیستم در بلند مدت
۲۹ نیاز به زیرساخت های ملی حیاتی مازاد برای انطباق قوی سیستم در حالت عادی و اضطراری
۳۵ خلاصه و توصیه هایی برای اقدامات عملی
۳۹ لیست نمودارها

خدمات بهداشتی به عنوان یک جزء اساسی از میثاق اجتماعی دولت با ساکنان آن

دامنه بحث در مورد جایگاه مراقبت های بهداشتی در سیستم های عمومی گسترده تر از آن است که در این سند گنجانده شود. اما در میان کشورهای توسعه یافته (و بسیاری از کشورهای در حال توسعه) اتفاق نظر گسترده ای وجود دارد که دولت در تضمین ارائه سبیدی از خدمات اولیه بهداشتی و مهم تر از آن برای کل جمعیت، جایگاهی مرکزی دارد. و هم به دلیل الزام اجتماعی به انجام این کار و هم به دلیل ویژگی های مراقبت های بهداشتی به عنوان یک محصول عمومی از جمله شکست های بازار که مشخصه آن است، همانطور که در زیر توضیح داده شده است.

سلامت به طور عام و سلامت عمومی به طور خاص یک محصول عمومی در ویژگی های اقتصادی آن است. فراتر از آن، خدمات بهداشتی و درمانی یکی از مؤلفه های اساسی در خدمات اجتماعی است که توسط دولت به ساکنان ارائه می شود. در اسرائیل که با ناهمگونی اجتماعی و اقتصادی نسبتاً بالایی مشخص می شود، سلامت نوعی سنگ بنای زیرساخت همبستگی اجتماعی است. قانون بیمه سلامت دولتی که یکی از پیشرفته ترین قوانین اجتماعی در قوانین اسرائیل محسوب می شود، به صراحت بر اصول عدالت، برابری و کمک متقابل استوار است.

همه کشورهای توسعه یافته، به استثنای ایالات متحده، یک سیستم مراقبت بهداشتی همگانی را تأمین می کنند که یک سبب اولیه از خدمات و حتی بیشتر از آن را برای کل جمعیت فراهم می کند و حتی در بیمه و بهره برداری از خدمات مشارکت دارد. ایالات متحده یک نمونه افراطی و تقریباً حکایتی از یک سیستم مراقبت بهداشتی مبتنی بر اقتصاد بازار با حداقل مداخله نظارتی است.

نتیجه این امر سطح بسیار پایین خدمات است، به طور متوسط حدود ۱۰٪ جامعه اصلاً بیمه نیستند و ده ها درصد دیگر با بیمه بسیار جزئی بیمه شده اند این یکی از بالاترین هزینه ها، با اختلاف زیاد، از بقیه جهان است (به نمودار ۲ در بالا مراجعه کنید).

به منظور حفظ ماهیت عمومی و جهانی خدمات بهداشتی، لازم است از سطح نسبتاً پیشرفته خدمات اطمینان حاصل شود، بنابراین از وضعیتی که در آن خدمات عمومی برای جمعیت ضعیف و خدمات خصوصی برای افراد قوی در نظر گرفته شده است، اجتناب شود. لزوم





پرهیز از این وضعیت ناشی از چالش‌های ایجاد تعادل بین سیستم خصوصی و عمومی است که در همه نظام‌های بهداشتی دنیا وجود دارد که به دلیل سیستم ابزارهای درهم تنیده و تعامل بین سیستم عمومی و خصوصی است. به طور خلاصه، هر دو سیستم متکی به یک منبع کمیاب - نیروی انسانی پزشکی - هستند که آموزش آنها از طریق بودجه عمومی در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های دولتی انجام می‌شود. اکثر کشورها این چالش را از طریق بودجه عمومی گسترده برطرف می‌کنند، به طوری که میانگین نرخ بودجه عمومی در سیستم‌های بهداشتی در بین کشورهای OECD حدود ۷۴ درصد است. بودجه عمومی برای تأمین مالی خدمات همگانی در نظر گرفته شده است و بودجه عمومی در کنار قوانین حاکم بر روابط بین سیستم عمومی و سیستم خصوصی تنظیم می‌شود.

در اسرائیل، نرخ بودجه عمومی به طور قابل توجهی کمتر از میانگین OECD است، اگرچه در سال‌های اخیر افزایش یافته است و خصلت عمومی نظام عمدتاً از طریق قوانین نظارتی و علاوه بر وزن بالای بیمه‌های تکمیلی در بیمه سلامت خصوصی حفظ می‌شود. صندوق‌های سلامتی که بیمه‌های تکمیلی را اداره می‌کنند، نهادهای عمومی هستند که تحت نظارت دقیق سیستم نظارتی قرار دارند.

بنابراین، بیشتر بیمه‌های خصوصی تجاری نیستند، بلکه تحت بیمه‌های تکمیلی اختیاری صندوق‌های سلامت به فروش می‌رسند که طبق قانون بیمه سلامت کشور تنظیم می‌شود و انتفاعی نیست. تنظیم‌کننده تضمین می‌کند که بین حق بیمه جمع‌آوری شده و ارزش مابه‌التفاوت دریافتی بیمه شده تعادل وجود دارد. بیش از ۸۰ درصد جمعیت دارای بیمه درمانی خصوصی و حدود ۷۵ درصد آنها دارای بیمه درمان تکمیلی هستند (و بخش قابل توجهی هم تحت بیمه تکمیلی و هم بیمه خصوصی تجاری یکی از شرکت‌های بیمه هستند).

علاوه بر این، HMOها همچنین در ارائه خدمات بهداشتی خصوصی از طریق مالکیت و دارایی در بیمارستان‌ها و اتاق‌های عمل خصوصی مانند آسوتا، مرکز پزشکی هرتزلیا، نارا و غیره مشارکت دارند. بنابراین، علیرغم ضریب نفوذ بالای بیمه خصوصی که بر سهم نسبتاً بالای مخارج خصوصی از کل هزینه‌های سلامت کشور تأثیر می‌گذارد.

بخش قابل توجهی از تأمین مالی و تأمین خصوصی از طریق ارگان‌های دولتی انجام می‌شود و در نتیجه به بخش خصوصی سیستم نیز ویژگی عمومی خاصی می‌بخشد و پتانسیل آسیب رساندن به برابری در خدمات بهداشتی خصوصی را کاهش می‌دهد (مثلاً از



طریق الزام به بیمه کردن در بیمه‌های تکمیلی صندوق‌های سلامت هر فردی که به آن علاقه دارد، بدون امکان استثناء بر اساس سن یا شرایط پزشکی و از طریق قوانینی که از ارجاع بیمار برای درمان از سیستم دولتی به خصوصی جلوگیری می‌کند).
با این حال، زیرساخت‌های بهداشتی خصوصی پیامدهای منفی مانند پدیده «کرم مالی» (تماس سطحی) در مورد بیماران برای سیستم دارد و همچنین در کل حوزه‌ها، به نحوی که پیچیدگی روند درمان بیمار را در ترکیب مواردی که به سیستم عمومی می‌آیند افزایش می‌دهد.

سیستم خصوصی همچنین باعث کمبود برخی از زمینه‌های بالینی ضروری برای آموزش پرسنل پزشکی در بیمارستان‌ها می‌شود و در نتیجه آنها را ضعیف می‌کند. حتی اگر مالکیت برخی از زیرساخت‌های خصوصی متعلق به نهادهای دولتی باشد و بخش فزاینده‌ای از داروهایی که ارائه می‌کنند دولتی باشد، تنش بین استفاده از زیرساخت‌های پزشکی عمومی و افزایش رقابت در آن و جلوگیری از سوء استفاده از توانایی آنها در انتخاب بیماران و حوزه‌های خدماتی وجود دارد. این افزایش زیرا آنها همچنین برای سهم یک منبع عمومی (به عنوان تامین کنندگان سبد عمومی) رقابت می‌کنند.





خدمات سلامت به عنوان یک محصول عمومی و ویژگی های منحصر به فرد اقتصادی بازار سلامت

کالای عمومی در علم اقتصاد به محصولی گفته می‌شود که به سختی می‌توان مردم را از استفاده از آن منع کرد، حتی اگر هزینه‌ای برای آن پرداخت نکرده باشند، یا مصرف آن توسط یک فرد باعث کاهش دسترسی آن به دیگران نشود. محصولات عمومی کلاسیک عبارتند از: خدمات امنیتی، پلیس، محصولات زیست محیطی مانند هوای پاک، زیرساخت‌های حمل و نقل، برق، ارتباطات و همچنین عملکرد نهادهای اجتماعی مانند قوه قضاییه، آزادی بیان، حمایت از حقوق مالکیت و غیره. با توجه به ماهیت این خدمات، دشواری دریافت هزینه برای آنها از همه ذینفعان یا ارزش اجتماعی آنها بیشتر از تمایل افراد به پرداخت هزینه است (عمدتاً به این دلیل که عدم وجود آنها باعث تأثیرات منفی خارجی می‌شود که به عموم مردم آسیب می‌رساند) بازار آزاد عموماً در تولید و عرضه این محصولات شکست خواهد خورد و از طرف دولت یا نهادها تأمین مالی یا تأمین می‌شود.

در مورد خدمات بهداشتی، اگرچه نمی‌توان آنها را به عنوان یک محصول عمومی خالص تعریف کرد، اما توافق کلی وجود دارد که تعریف یک محصول عمومی حداقل در مورد خدمات بهداشت عمومی و پزشکی پیشگیرانه اعمال می‌شود، از جمله نمونه‌های قابل توجهی مانند واکسیناسیون جمعیت‌ها علیه بیماری‌های عفونی، تضمین کیفیت غذا، آب و هوا و موارد دیگر. با این حال، بیهوده نیست که اکثر کشورهای توسعه یافته، فراتر از خدمات بهداشتی عمومی به عنوان



یک محصول عمومی متمایز، چتر وسیعی از خدمات بهداشتی را با بودجه عمومی برای کل جمعیت ارائه می‌کنند. این در پرتو ویژگی‌های منحصر به فرد اقتصاد سلامت است که منجر به شکست‌های قابل توجهی در بازار در رابطه با اداره بازار آزاد می‌شود. در این شرایط، تأمین مالی عمومی و ارائه خدمات بهداشتی از نظر اقتصادی کارآمدتر بوده و با هزینه کمتر به نتایج بهتری دست می‌یابد. این واقعیت در هر مقایسه بین‌المللی که ارتباط بین سیستم بهداشت عمومی پیامدهای سلامت را از نظر امید به زندگی، پیشگیری از بیماری و موفقیت در مقابله با رویدادهای بهداشتی شدید مانند همه‌گیری جهانی افزایش می‌دهد، همانطور که اخیراً متوجه شده‌ایم، منعکس می‌شود.

مشخصه بازار مراقبت‌های بهداشتی در درجه اول عدم تقارن اطلاعات بین تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان است. بنابراین ارائه‌دهنده سلامت (بیمارستان، پزشکان) بر اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری در مورد لزوم انجام عملیات پزشکی کنترل خواهد داشت، در حالی که مصرف‌کننده عموماً در مضیقه خواهد بود. در چنین شرایطی، ارائه‌دهندگان خدمات در واقع محدوده فعالیت و مجموع هزینه‌های مردم برای خدمات بهداشتی را تعیین خواهند کرد. از سوی دیگر، تقاضا برای خدمات بهداشتی، به ویژه کنترل رویدادهای بهداشتی، در سمت مصرف‌کننده قوی است. بنابراین، زمانی که اطلاعات حرفه‌ای در دست ارائه‌دهندگان خدمات است و مصرف‌کننده در مضیقه و اضطرابی قرار می‌گیرد که تقاضای قوی ایجاد می‌کند؛ قیمت خدمات نیز به حداکثر سطحی می‌رسد که ارائه‌دهنده می‌تواند هزینه کند.

اداره یک بازار خصوصی در این شرایط برابر است با چند برابر شدن فعالیت مازاد با قیمت‌های بالاتر از حد مورد نیاز، به طوری که بازده مخارج از نظر تولید بهداشت جهانی کمتر از بازدهی است که در یک سیستم بهداشت عمومی به دست می‌آید، جایی که نیروهای بازار با ابزارهای مختلف مهار می‌شوند. بر اساس داده‌های OECD، نرخ هزینه‌های ملی نسبت به تولید ناخالص داخلی در ایالات متحده که توسط یک بازار بهداشت خصوصی اداره می‌شود (حتی پس از اصلاحات OBAMACARE)، که نرخ بودجه عمومی را افزایش داد، اما ساختار بازار خصوصی باقی می‌ماند) این بالاترین در جهان است که در سال ۲۰۱۹ به ۱۶٫۸ درصد رسید و در مقایسه با میانگین OECD که میانگین نرخ آن تنها ۸٫۸ درصد در مقایسه با نرخ ۷٫۵ درصد در اسرائیل است. این در تضاد با همبستگی معکوس در نتایج سلامت است که توسط شاخص میانگین امید به زندگی هدایت می‌شود: در ایالات متحده - ۷۸٫۷ سال، میانگین OECD - ۸۰٫۶ سال و در اسرائیل - ۸۲٫۹ سال و مرگ و میر نوزادان در هر هزار تولد زنده: در ایالات متحده - ۵٫۸، میانگین OECD - ۳٫۷ و در اسرائیل - ۳.





ارتباط بین عملکرد صحیح سیستم بهداشت و درمان به طور معمول و توانایی آن در پاسخگویی در شرایط اضطراری کشوری

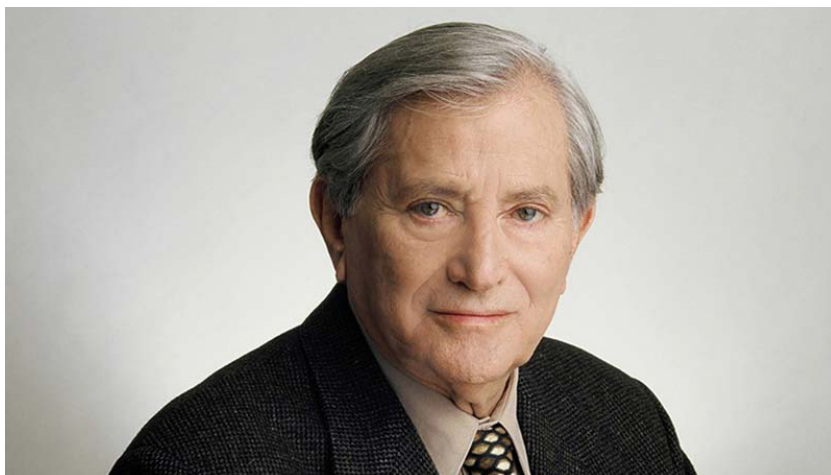
سلامت به عنوان جزئی در تار و پود خدمات اجتماعی، نظام سلامت جایگاهی محوری در هر طرح اضطراری دارد. کشور اسرائیل با بسیاری از موارد اضطراری احتمالی با پتانسیل رویدادهای چند جانبه مشخص می شود که برخی از آنها جهانی مانند بیماری همه گیری و سایر رویدادهای بیولوژیکی یا سناریوهای طبیعی شدید مانند زلزله یا تحقق مخاطرات دیگر مانند حمله سایبری هستند.

در کنار این موارد، موارد اضطراری وجود دارد که در مورد شرایط اضطراری امنیتی بیشتر از سایر کشورها در اسرائیل دیده می شود. سیستم مراقبت های بهداشتی به عنوان بخشی از فعالیت های معمول خود برای سناریوهای اضطراری و سناریوهای شدید احتمالی آماده است. به عنوان مثال، این سیستم برای توصیف وضعیت جنگی آماده است که در آن مجروحان جسمی و روحی زیاد و از جمله آسیب مستقیم به مراکز بهداشتی وجود خواهد داشت؛ بیوتروریسم یا سلاح های شیمیایی؛ زلزله (در اسرائیل دو خط گسل و تعدادی بیمارستان در کنار آنها قرار دارد)؛ آتش سوزی؛ آنفولانزای فصلی خارج از کنترل، بیماری همه گیری یا سایر رویدادهای بیولوژیکی؛ اعتصاب غذای گسترده زندانیان امنیتی که بار



شدیدی را بر دوش نظام سلامت وارد می‌کند و بسیاری از سناریوهای دیگر که از قبل قابل پیش‌بینی نیست.

فراتر از نیاز به آمادگی و آماده‌سازی برای توصیف‌های مختلف اضطراری، اساس عملکرد مناسب در شرایط اضطراری، عملکرد صحیح در یک روال درست است. به تعبیری عمیق‌تر، آماده‌سازی سیستم برای هر سناریوی شدید (دفاع موشکی، زلزله، آتش) غیرممکن است، زیرا هزینه‌های اضافی منابع بستری و زیرساخت‌های پزشکی اضافی به میلیاردها دلار می‌رسد که برای نیازهای مداوم سیستم، مانند ساخت اتاق اورژانس، به روز رسانی سید دارو و موارد دیگر لازم است. بنابراین، رویکرد پذیرفته شده و هدایت شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) رویکرد خطرات کلی (رویکرد همه‌خطرات) است که مبتنی بر این شناخت است که امکان تهیه سیستم برای هر سناریو به طور جداگانه وجود ندارد بنابراین لازم است شرایطی فراهم شود تا سیستم هر چه سریعتر و گسترده‌تر به کار خود بازگردد.



در تدارک کنفرانس الی هورو یتر ۲۰۲۰ موسسه دموکراسی اسرائیل، نویسندگان این سند کارگروهی متشکل از کارشناسان و مقامات نظام سلامت و سایر سیستم‌ها از گذشته و حال را گرد هم آوردند تا آمادگی سیستم را برای شرایط اضطراری مختلف بررسی کنند. توصیه‌های کلیدی شامل ایجاد افزونگی سیستمیک، هم‌در جامعه و هم‌در سیستم بستری، برای ارائه مراقبت‌های پزشکی برای انواع مختلف اورژانس بود؛ در حالی که تا حد امکان





عملکرد کامل پزشکی روتین را حفظ می کنیم و رابط ها را با عوامل مختلف حتی در یک روال بهبود می بخشیم، زیرا عملکرد مناسب در شرایط اضطراری در واقع به کیفیت عملکرد سیستم در یک روتین، از جمله رابط بین عوامل مختلف در محل وقوع یک رویداد بستگی دارد. زیرا طبیعتاً در مواقع اضطراری، همکاری نزدیک بین بسیاری از عوامل دخیل در عملکرد سیستم های عمومی و همچنین بهبود مکانیسم های کنترل و نظارت سیستمی برای بهبود روابط با نهادهای خارج از سیستم بهداشتی و ایجاد ارگان های کارکنان به رهبری بهداشت مقامات سیستم های محلی لازم است.

سیستم بهداشتی اسرائیل با رابط های بسیاری در شرایط روتین و اضطراری مشخص می شود؛ به عنوان مثال در شرایط اضطراری نظامی یک رابط واضح با سیستم امنیتی هم با نیروهای پزشکی نظامی و هم با فرماندهی جبهه داخلی وجود دارد. در این چهارچوب یک مرجع عالی بیمارستانی که تعیین کننده اولیه عملکرد سیستم است، فعالیت می کند. ریاست این مرجع برعهده مدیرکل وزارت بهداشت است و در کنار وی افسر ارشد پزشکی ارتش اسرائیل و مدیر ارشد پزشکی خدمات بهداشتی و درمانی Clalit (مسئول حدود ۳۰ درصد از سیستم عمومی بستری) و اعضای همه سازمان های بهداشتی HMO ها، بیمارستان ها، MDA، فرماندهی جبهه داخلی و موارد دیگر حضور دارند. فراتر از آن و همانطور که در طول همه گیری ویروس کرونا منعکس شد، وزارت بهداشت با تمام وزارتخانه های دولتی و ادارات محلی و جوامع ارتباط دارد. بنابراین، به منظور بهبود عملکرد اضطراری، باید به بهبود ارتباطات با دولت محلی ادامه داد و در عین حال توانایی دولت برای تصمیم گیری مرکزی را حفظ کرد.

حکومت محلی یک عامل مسلط در روال زندگی شهروندان است، به ویژه به این دلیل که مسئولیت ارائه برخی از خدمات آموزشی را مطابق با نیازهای جامعه بر عهده دارد و در بخش های دیگر مشارکت دارد و همچنین مسئول ارائه خدمات اجتماعی است. همانطور که در گزارش نوشته شده در کنفرانس هورو یتز آمده است، مجموعه ای از توصیه ها برای تقویت ارتباطات با دولت محلی ارائه شده که اصلی ترین آنها استانداردهای مقامات بهداشتی در مقامات محلی است که پیوندی بین وزارتخانه ایجاد خواهد کرد. بهداشت و درمان و مقامات محلی و ارگان های بهداشتی فعال در حوزه آن و دارای گواهینامه وزارت بهداشت به عنوان مسئول اجرای سیاست های معمول و اورژانس بهداشتی در سطح محلی می باشند. در مورد ارتباط با سیستم اقتصادی و بخش تجاری، درست است که این فعالیت توسط

وزارتخانه های تخصصی ذیربط (دارایی، اقتصاد، کار و رفاه و ...) بسته به تصمیم سطح سیاسی و وزارتخانه متمرکز خواهد شد اما سلامت عامل محوری در بحث و تصمیم گیری خواهد بود. اغلب استدلال می شود که در مواقع اضطراری می توان به مجموعه بیمارستان های صحرایی ارتش اسرائیل اعتماد کرد، اما این پیشنهادات ارزش واقعی ندارند زیرا ارتش اسرائیل تجهیزاتی برای اداره بیمارستان ها و تقریباً هیچ پرسنل پزشکی قادری برای اداره بیمارستان ها ندارد. ارتش اسرائیل بر روی سیستم غیرنظامی بر طب معمول و اورژانس تکیه می کند و در صورت لزوم پرسنل را از سیستم غیرنظامی به عنوان بخشی از خدمات ذخیره جذب می کند، به طوری که این یک بازی حاصل جمع صفر بین سیستم های نظامی و غیرنظامی است. فراتر از آن، بیمارستان های دولتی زیرساخت آماده ای برای استقرار سیستم بیمارستانی اورژانسی از جمله در پارکینگ های بیمارستانی دارند، به نحوی که امکان افزایش تعداد تخت های فیزیکی یا حفظ یک روال عملکردی در جنگ یا سایر شرایط اضطراری را فراهم می کند.

بر این اساس، به منظور ایجاد یک ظرفیت پاسخ اضطراری گسترده، باید مقداری افزونگی سیستمیک در زمان های معمول ایجاد شود که به بهبود خدمات معمول و کاهش بارهای فصلی که سیستم در آن مشخص می شود، کمک و عملکرد آن را دشوار می کند. این افزونگی باید هم در اضافه شدن تخت ها و هم در گسترش طرح مراقبت در منزل منعکس شود. اسرائیل با بالاترین نرخ اشغال تخت های سرپایی در سیستم مشخص می شود (نمودار ۵ را ببینید)، به طوری که در طول دوره های اوج اشغال بیمارستان ها به طور قابل توجهی و در طول زمان از ۱۰۰ درصد فراتر می رود.

به منظور دستیابی به افزونگی مورد نیاز، ابتدا لازم است که نابرابری های بودجه ای اساسی که سیستم بهداشتی اسرائیل از آن به طور مزمن رنج می برد، کاهش یابد، همانطور که در زیر به تفصیل توضیح داده خواهد شد.



جنبه های اقتصادی و بودجه ای



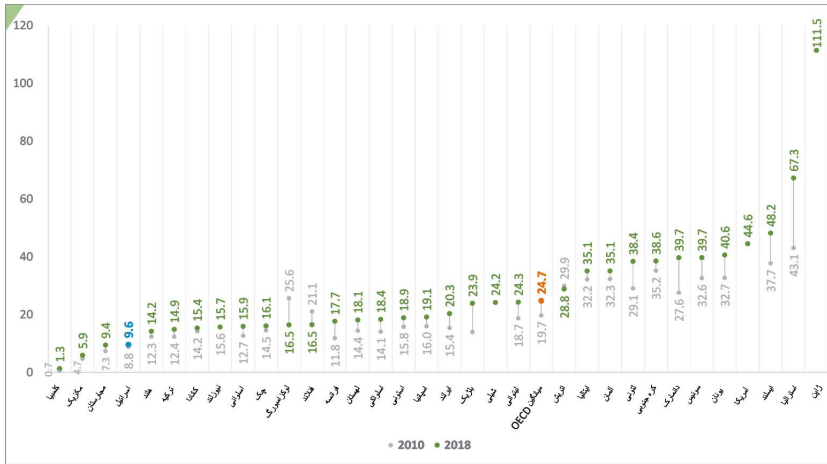
وضعیت منشأ نظام سلامت - توصیف کمی و کیفی در مقایسه بین المللی: شاخص ها و نتایج، ورودی ها و بروندادها

همانطور که در بالا ذکر شد، سیستم بهداشتی اسرائیل با کمبود بودجه مزمن شناخته می شود که در معیارهای متعدد منعکس شده است. مهمترین آنها مقیاس هزینه های ملی و عمومی است همانطور که در نمودار بالا نشان داده شده است؛ به طور قابل توجهی کمتر از کشورهای OECD است.

در بسیاری از ابعاد بودجه ای دیگر، اسرائیل در انتهای رتبه بندی کشورهای عضو OECD قرار دارد. به عنوان مثال، همانطور که در بالا توضیح داده شد، نرخ تخت های عمومی بستری در هر هزار سرانه کمتر از میانگین موجود در کشورهای توسعه یافته است (نگاه کنید به نمودار شماره ۳) و در سایر شاخص ها نیز اسرائیل با کمبود مواجه است. اگرچه تعداد پزشکان فقط اندکی کمتر از میانگین است، اما از نظر کادر پرستاری، وضعیت اسرائیل وخیم است.

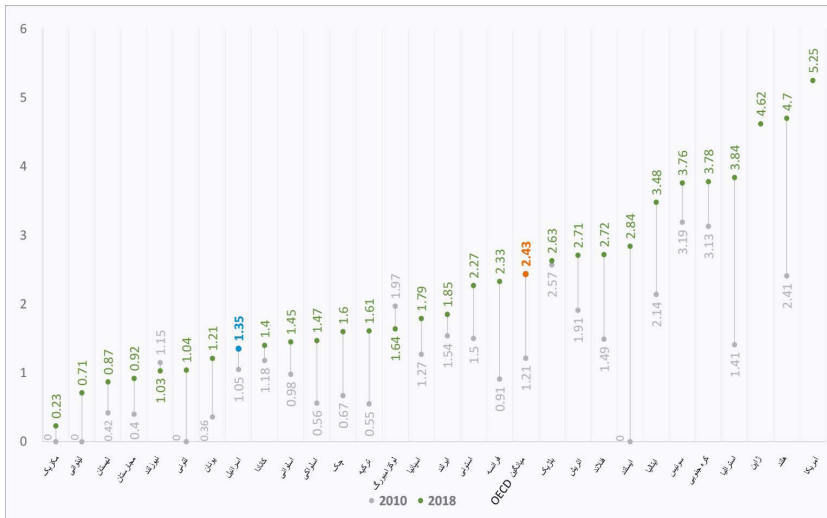
وقتی صحبت از پزشکان به میان می آید، کمبود فارغ التحصیلان پزشکی که در اسرائیل تحصیل کرده اند وجود دارد و دولت بر این واقعیت تکیه می کند که اکثر دریافت کنندگان مجوز پزشکی از خارج فارغ التحصیل شده اند، برخی در مؤسساتی که حتی نمی توان سطح





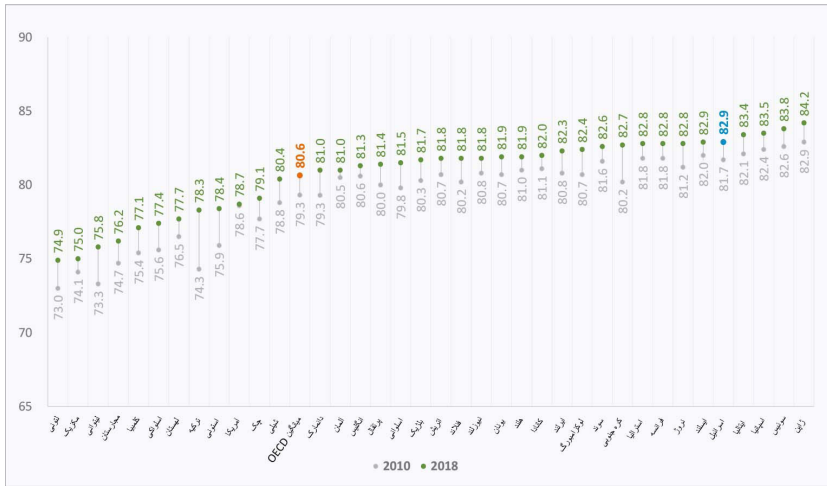
نمودار شماره ۱۷: نرخ دستگاه های سی تی به ازای هر میلیون نفر جمعیت

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



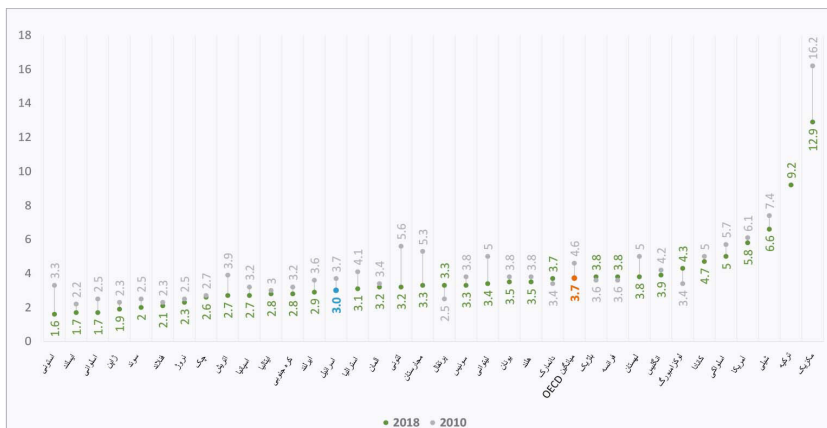
نمودار شماره ۱۸: درصد دستگاه های PET CT به ازای هر میلیون نفر جمعیت

در عین حال، معیارهای پیامدهای نظام سلامت، هم در امید به زندگی در بدو تولد و هم در سایر شاخص های منتخب عالی هستند.



نمودار شماره ۱۹: امید به زندگی در بدو تولد - جمعیت عمومی (سال)

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

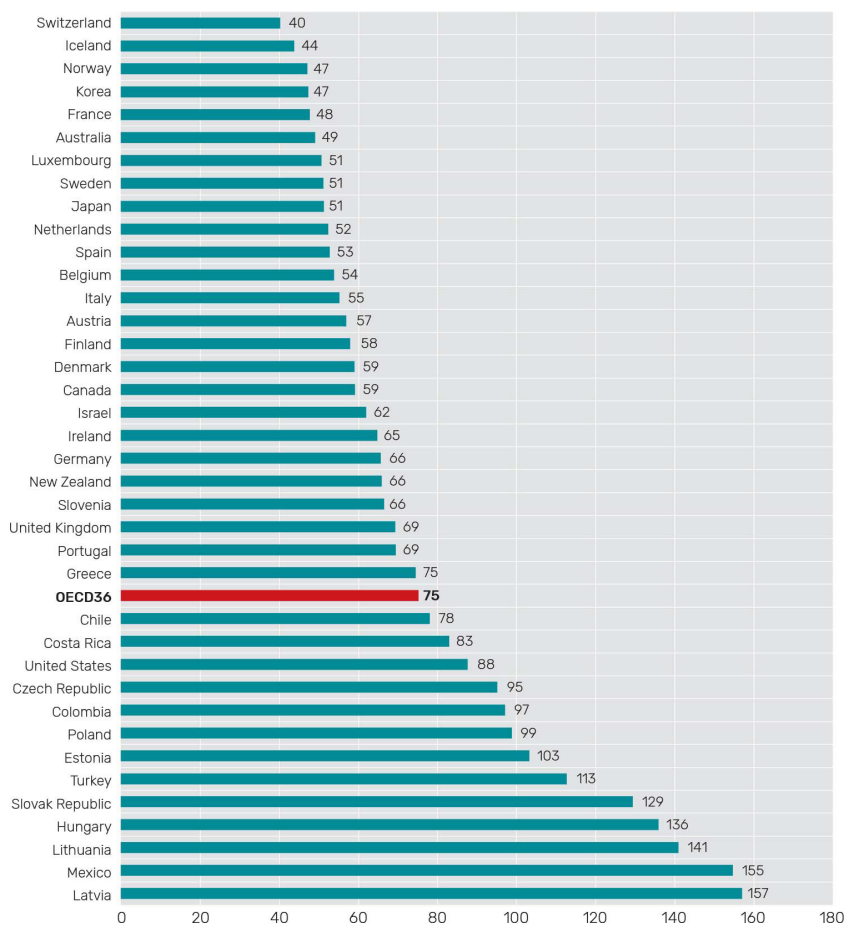


نمودار شماره ۲۰: نرخ مرگ و میر نوزادان در هر هزار تولد زنده

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

فراتر از معیارهای اساسی امید به زندگی و مرگ و میر نوزادان که شاخص های مهمی هستند اما نظام سلامت تأثیر محدودی بر آنها دارد امروزه مرسوم است که سایر شاخص های عمیقی را که تصویر کامل تری از کیفیت سلامت را منعکس می کنند بررسی و تحلیل کنیم. این سیستم شامل مرگ و میر قابل پیشگیری و مرگ و میر ناشی از بیماری های

منتخب است که عامل اصلی مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته می شود.

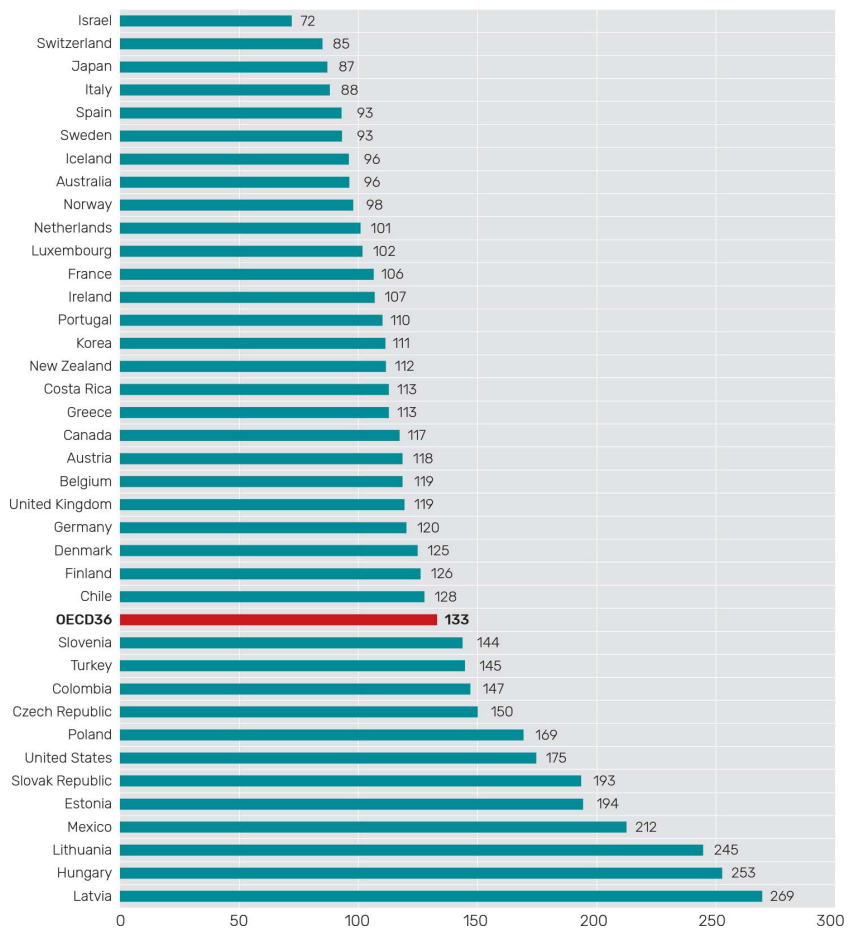


نمودار شماره 21A: میزان مرگ و میر ناشی از عوامل قابل درمان، بر حسب سن در هر صد هزار نفر

*منبع:

OECD, <http://doi.org/888934014973/10.1787>





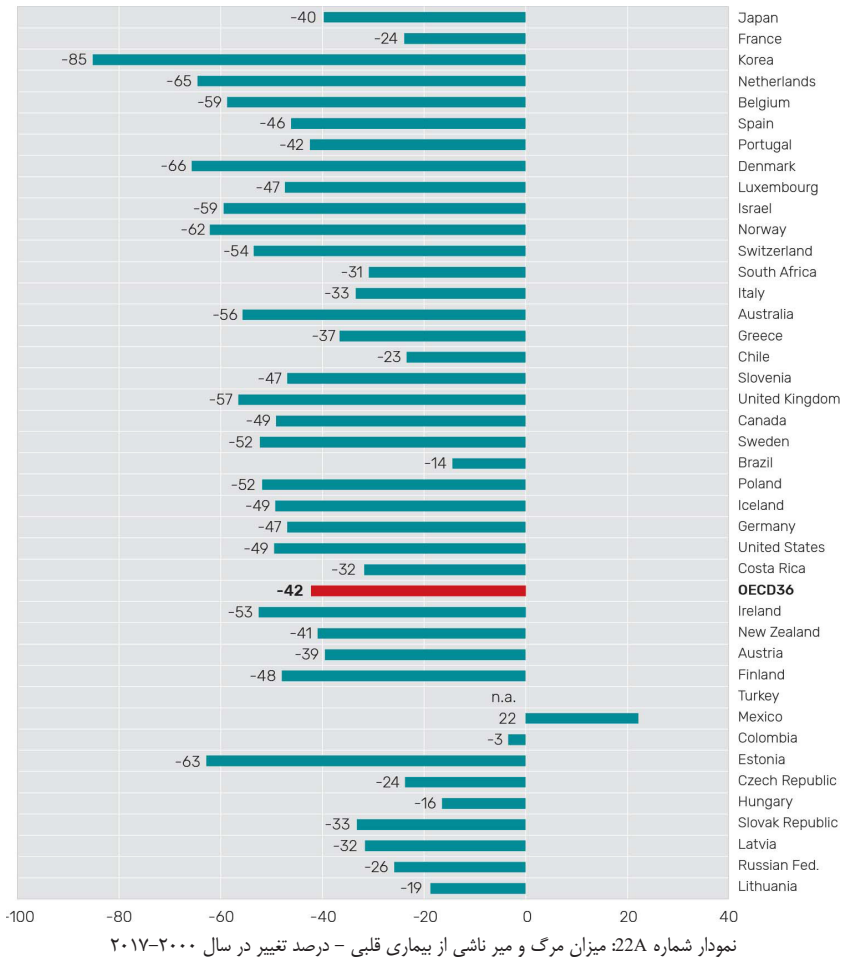
نمودار شماره 21B: میزان مرگ و میر ناشی از عوامل قابل پیشگیری، بر حسب سن در هر صد هزار نفر

*منبع:

OECD, <http://doi.org/888934014973/10.1787>

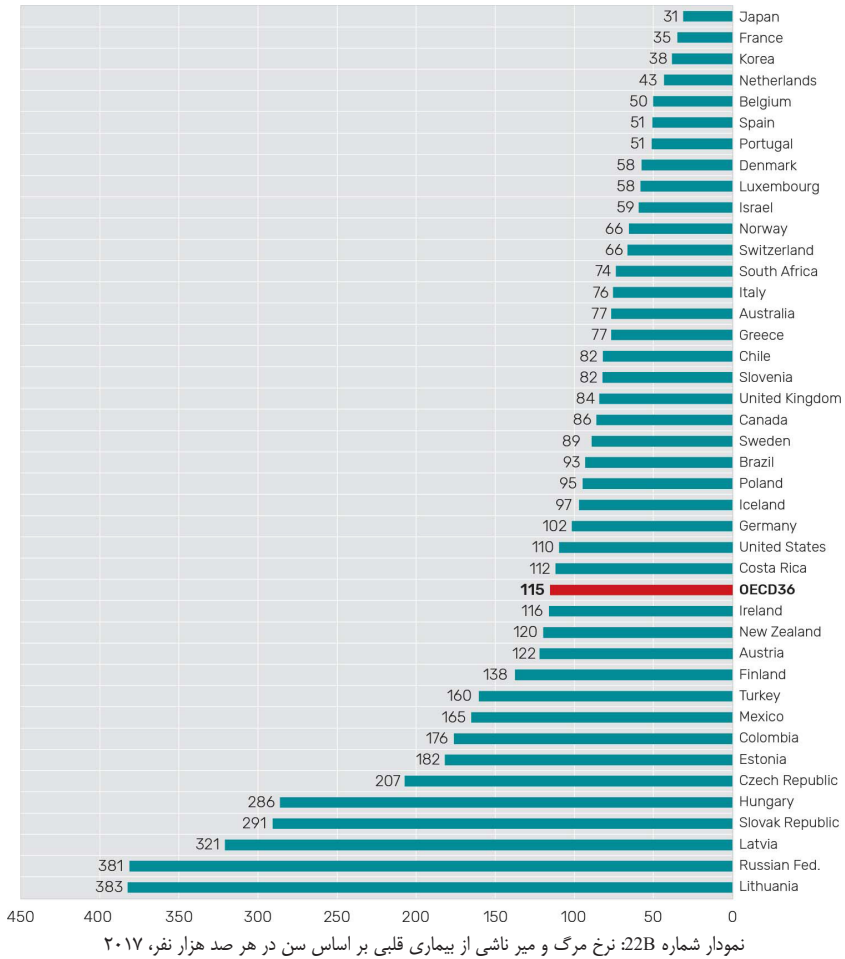


بهداشت و امنیت ملی هر دو با هم از دست رفتند؟



*منبع:

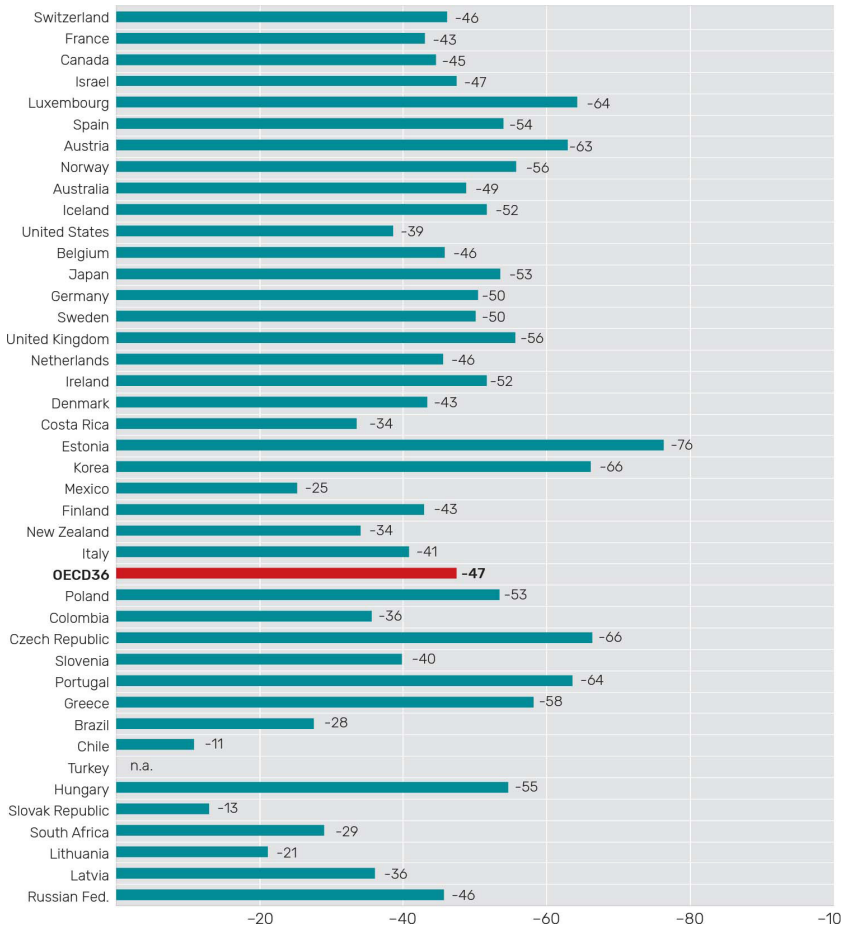
OECD, 2019 <http://doi.org/888934014992/10.1787>



*منبع:

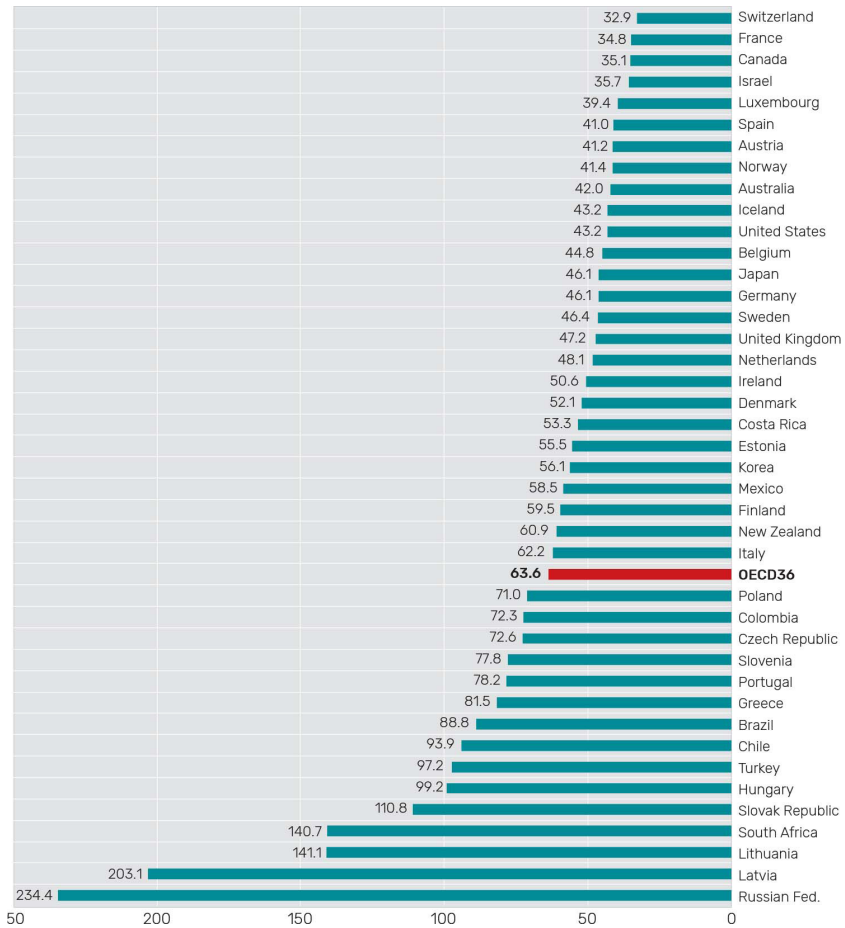
OECD, 2019 <http://doi.org/888934014992/10.1787>



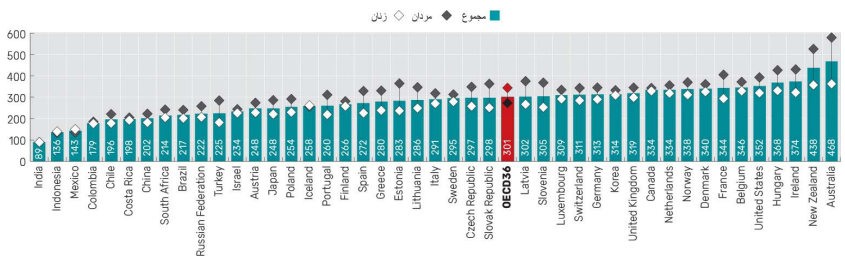


نمودار شماره 23A: نرخ مرگ و میر ناشی از سگته مغزی - درصد تغییر در ۲۰۰۰-۲۰۱۷

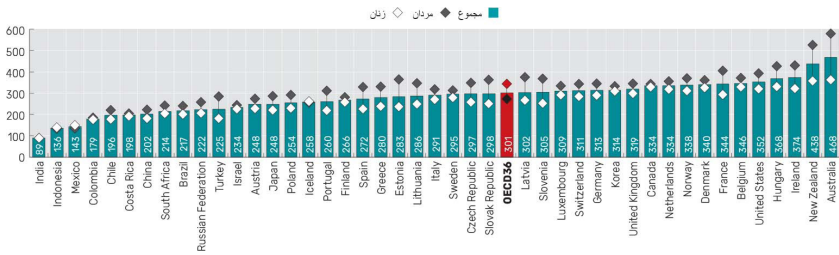
*منبع: آمار بهداشت OECD ۲۰۱۹



نمودار شماره 23B: میزان مرگ و میر ناشی از سکنه مغزی بر اساس سن در هر صد هزار نفر، ۲۰۱۷



نمودار شماره 24A: نرخ ابتلا به سرطان بر اساس جنسیت در هر صد هزار نفر، ۲۰۱۷



نمودار شماره 24B: نرخ ابتلا به سرطان بر اساس سن به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، ۲۰۱۸

*منبع:

OECD، 2019، <https://doi.org/10.1787/ac388762-en>





لزوم رفع خلأهای بودجه در پایه بودجه و ایجاد زیرساخت های بودجه ای و اقتصادی برای تاب آوری، تاب آوری و وجود سیستم در محدوده کابینه

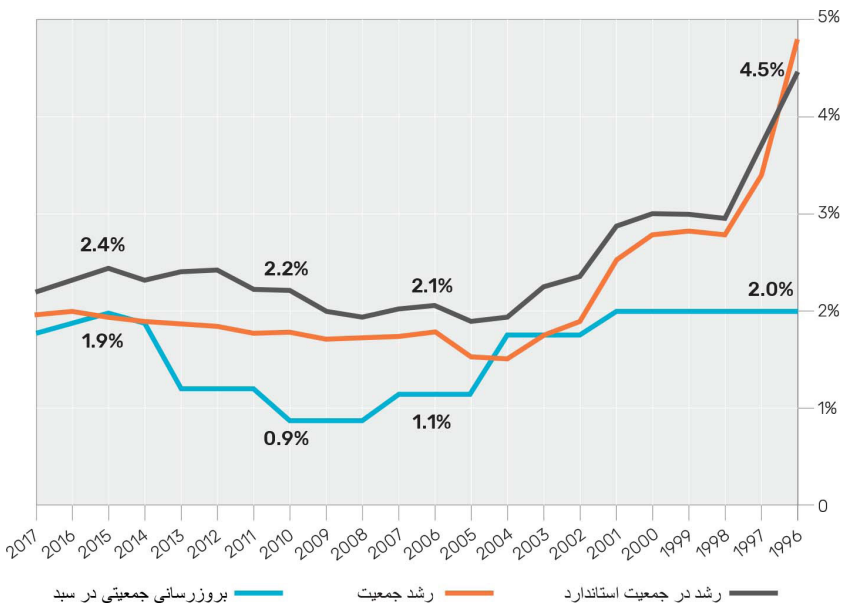
بنابراین در نظام سلامت اسرائیل دوگانگی برتری و کارایی بسیار بالا همراه با کمبود منابع مزمن وجود دارد. کمبود منابع، توانایی سیستم را برای پاسخگویی به شرایط اضطراری یا ازدحام فصلی زیر سوال می‌برد و این مشکل سال به سال به دلیل روند طبیعی رشد و پیری جمعیت، در کنار افزایش عوارض مزمن، بیشتر می‌شود. به همین منظور، برنامه های بسیاری برای بهبود وضعیت بودجه ای نظام و آماده سازی آن برای چالش های آینده حداقل در دهه آینده تدوین شده است. آخرین برنامه توسط معاونت برنامه ریزی راهبردی وزارت بهداشت در سال ۲۰۱۹ تهیه شده است. در این زمینه، تغییراتی در سازوکارهای بودجه ریزی نظام سلامت پیشنهاد شده است تا از تاب‌آوری و توانایی آن در مقابله با چالش‌های آینده در دهه آینده اطمینان حاصل شود. موارد زیر اصلی هستند:

● اصلاح مکانیسم به روز رسانی جمعیتی بهای تمام شده سبد خدمات درمانی

بند ۹ (ب) (۳) قانون بیمه سلامت کشور مقرر می‌دارد که «وزیر بهداشت و وزیر دارایی می‌توانند بنا به پیشنهاد شورای بهداشت و با تصویب کمیته کار و رفاه کنست [...] هزینه سبد صندوق‌ها را به دلیل تغییرات جمعیتی ایجاد شده در جمعیت به روز کند.»



از سال ۲۰۱۴، نرخ به روز رسانی با توجه به نرخ رشد جمعیت تعیین می شود، اما هیچ غرامتی به HMO ها به دلیل پیر شدن جمعیت به ارزش حدود نیم درصد از هزینه سبد خدمات در هر سال، داده نمی شود. تأثیر تجمعی این فرسایش چشمگیر است و با نگاهی به آینده - انتظار می رود تا پایان همین دهه، تعداد سالمندان ۷۵ سال و بالاتر دو برابر شود به طوری که انتظار می رود فرسایش در آینده قابل توجه تر باشد، به ویژه به دلیل این واقعیت که افراد مسن ۷۵ سال و بالاتر تا شش برابر حجمشان در جمعیت کشور بزرگترین مصرف کنندگان خدمات سلامت هستند. بر این اساس، فراتر از لزوم رسیدگی به فرسایش ایجاد شده، باید اطمینان حاصل شود که در آینده بودجه با توجه به جمعیت سالمند، طبق فرمولی که برای این منظور از سوی وزارتخانه های بهداشت و دارایی تعیین شده است، نیازهای جمعیت را برطرف خواهد کرد.



نمودار شماره ۲۵: نرخ به روز رسانی جمعیتی در سبد نسبت به نرخ رشد و پیری جمعیت و فرسایش تجمعی ایجاد شده توسط هزینه سبد به دلیل به روز رسانی جزئی ضریب جمعیتی.

*منبع: اداره برنامه ریزی راهبردی و اقتصادی وزارت بهداشت





● اصلاح مکانیزم قیمت در سبد خدمات سلامت

سازوکار به روز رسانی بهای سبد کالا به دلیل تغییرات قیمت در جدول پنجم قانون بیمه سلامت کشور تعیین شده است، با این حال، به دلیل استفاده از شاخص‌های مجاورت (پروکسی) به جای شاخص‌هایی که منعکس‌کننده تغییرات واقعی هستند، بین قیمت‌های واقعی سبد و شاخص قیمت تعیین شده در الحاقیه قانون شکاف داخلی وجود دارد؛ وضعیتی که HMOها نسبت به تغییرات قیمت بی تفاوت هستند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که برای رفع شکاف بین این شاخص‌ها از مشوق‌هایی که از بی تفاوتی نسبت به قیمت‌ها جلوگیری می‌کند استفاده شود.

● تعیین محدوده ضریب ثابت برای به روز رسانی فناوری

قانون بیمه سلامت، وزرای بهداشت و دارایی را ملزم می‌کند تا سبد خدمات را مطابق با تحولات فناوری به روز کنند. از زمان تصویب قانون بیمه سلامت ملی تا به امروز، سبد خدمات اسرائیل یکی از به روزترین سبد خدمات در جهان محسوب می‌شود، اما سرعت رشد سریع فناوری در سال‌های اخیر در هزینه‌های مربوط به فناوری‌های جدید منعکس شده است؛ همانطور که شرح داده شد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود حداقل نرخ به روز رسانی یا محدوده به روز رسانی برای سبد خدمات از ۱,۵ تا دو درصد در سال تعیین شود. در کنار این اصلاحات، انجام اصلاحات اضافی برای اطمینان از استحکام و کفایت سیستم بستری در دو مکانیسم پیشنهاد شده است: اولین مورد تعیین افزایش سالانه تخت‌های بیمارستانی عمومی به گونه‌ای است که از تداوم کاهش نرخ تخت‌های بیمارستانی عمومی جلوگیری کرده و حداقل ۱,۸ تخت به ازای هر هزار نفر باشد. این به معنای افزودن حدود ۳۰۰ تا ۳۵۰ تخت بیمارستانی عمومی و ساخت زیرساخت‌های بیمارستانی اضافی، از طریق ساخت بیمارستان جدید در بئر شوع و بیمارستان اضافی در کریوت است. مکانیسم دوم ایجاد مکانیزمی برای بودجه‌ریزی مستمر بیمارستان‌های دولتی است که یا غیردولتی هستند یا متعلق به خدمات عمومی بهداشت هستند. این بیمارستان‌ها که زیرساخت‌های ضروری برای پاسخگویی به نیازهای مراقبت‌های بستری روتین و اورژانسی هستند، در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها کمبود بودجه دارند و دارای مشکلات نقدینگی هستند. اینها هزینه‌های مالی قابل توجهی را بر آنها تحمیل می‌کند یا منجر به ارائه تخفیف به بیمه‌گران می‌شود به نحوی که وضعیت مالی آنها را تشدید می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که بودجه‌های جاری بیمارستان‌هایی که متعلق به دولت یا متعلق به HMO

نیستند، از طریق یک مکانیسم تنظیم بودجه از بودجه دولتی تضمین شود. برای رفع این نیازها پیشنهاد شده است که مالیات سلامت در اسرائیل که یکی از پایین ترین مالیات های غرب است و بر کارفرمایان اعمال نمی شود، نسبت به پایه مالیاتی بین ۵،۰ تا یک درصد افزایش یابد. حتی پس از این افزایش مالیات، نرخ مالیات برای سیستم مراقبت های بهداشتی نسبت به کشورهای OECD پایین خواهد ماند. واضح است که تغییراتی که به دنبال کرونا رخ داد، نیاز به رفع نیازهای سیستم را نشان می دهد، اما در مورد مکانیسم مالیاتی نیاز به تفکر بیشتری است؛ این به دلیل تغییراتی است که در این مدت در بازار کار رخ داد و بیم آن است که افزایش مالیات به انگیزه های افزایش دامنه اشتغال چه از سوی کارفرمایان و چه از سوی کارمندان آسیب برساند. به طور کلی، اجرای این اقدامات توانایی سیستم را برای ارائه پاسخ مناسب به نیازهای معمول و اضطراری، با در نظر گرفتن چالش های مهمی که در دهه آینده در انتظار آن است، قدرت و توانایی آن را در ارائه خدمات در بلندمدت تضمین خواهد کرد.



نیاز به زیرساخت های ملی حیاتی اضافی برای انطباق قوی سیستم در حالت عادی و اضطراری

برای تامین امنیت ملی باید سلامت نظام سلامت و زیرساخت های حیاتی آن را نیز در بر گیرد. این تلاش باید مبتنی بر تقویت رابطهای بین قابلیت های اصلی نظام سلامت و سلامت عمومی و توانمندی های ملی برای اجرای قوانین بین المللی سلامت باشد. به این منظور، دولت باید به سرعت توانمندی های اصلی کل نظام سلامت از جمله سلامت





عمومی را تقویت کند و آن را به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از امنیت ملی تلقی کند. ارزیابی عینی، مستقل و شفاف از عملکرد دولت در آمادگی، واکنش و توانبخشی در جنبه های خطر خاص و همه خطرات باید بر اساس استانداردهای سازمان بهداشت جهانی باشد). ارزیابی و نظارت بر توانمندی های دولت به منظور شناسایی شکاف های توانایی هایی که در هر زمان در اسرائیل وجود دارد و امکان برنامه ریزی، به روزرسانی و اجرای یک برنامه ملی برای دستیابی و حفظ این قابلیت ها مهم است. این طرح باید با جزئیات، شامل برنامه زمانی و زمان ارزیابی و بودجه مورد نیاز برای این کار باشد.

این طرح باید به ایجاد و به روزرسانی سیاست ها و قوانین اختصاصی برای آمادگی، واکنش و توانبخشی در شرایط اضطراری و همچنین جنبه های مختلف از جمله عملیات سیستم فرماندهی، کنترل و هماهنگی منجر شود. این مجموعه باید به رسمیت شناخته شود، تمرین کند، آماده باشد و به انجام وظایف در سطح کشوری، با بازوهای با دقت نظیر مقامات محلی و جامعه مدنی در جامعه که مناسب کاربرد آنجاست، کمک کند.

امنیت سلامت ملی باید بر بسیاری از موانع ساختاری و رویه ای مرتبط با تضمین حاکمیت سلامت ملی غلبه کند. سیستم سلامت باید جامع باشد و امکان دسترسی به خدمات بهداشتی و گسترش محتوای زیرساخت های بهداشتی ضروری محلی را فراتر از زیرساخت های اصلی موجود مانند پرسنل پزشکی، تخت های بیمارستانی، کلینیک ها، دستگاه های پزشکی خاص و غیره فراهم کند.

همچنین باید از طریق تمهیدات داوطلبانه یا انواع دیگر، پاسخی به جمعیت هایی که ساکن دائمی کشور نیستند وجود داشته و حداقل شامل خدمات پزشکی پیشگیرانه باشد. برنامه ریزی و همکاری در همه سطوح، از سطح محلی تا سطح جهانی، برای مقابله با تهدیدات فعلی و آتی امنیت بهداشت ملی ضروری است.

بسیاری از این تهدیدات، مانند بیماری های همه گیر، رابط بین انسان، حیوانات و محیط زیست رخ می دهد که به عنوان یک واحد کل سلامت شناخته می شود. عوامل تهدید کننده احتمالی نتایج وابستگی متقابل وجود انسان در تغییرات آب و هوایی، از دست دادن زیستگاه، رقیق شدن تنوع زیستی و تأثیر آنها بر تضعیف امنیت غذایی، اقتصاد، جامعه، درگیری ها و مهاجرت است.

گنجانیدن "یک واحد کل سلامت" در امنیت سلامت ملی برای شروع و اجرای اقدامات پیشگیرانه، آمادگی و واکنشی که تعاملات پیچیده بین بازیگران مربوطه را فعال می کند

و آنها را به همکاری با یکدیگر در زیر چتر امنیت ملی و جهانی می‌رساند، مهم است. بنابراین، پلتفرم امنیت ملی باید در زمینه تغییرات آب و هوایی و راه‌هایی برای کاهش بسیاری از تهدیدات موجود کار کند: عفونت‌های نوظهور و عفونت‌های دوباره ظهور، مقاومت میکروبی، تغییرات آب و هوایی، ایمنی شغلی و آزمایشگاه، و جمع‌آوری و گزارش شفاف اطلاعات. در دسترس است، تا امکان شناسایی سریع رویدادهایی که ممکن است ایجاد شوند را فراهم می‌کند. سیستم‌های هشدار اولیه باید سلامت حیوانات و انسان‌ها را رصد کنند، با توالی خدمات بهداشتی (حیوانات، انسان‌ها و گیاهان) مرتبط باشند و گزارش‌دهی قابل اعتماد و شفاف را در سطوح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی، همانطور که برای سازمان بهداشت جهانی لازم است، امکان‌پذیر کنند. امنیت سایبری برای عملکرد سیستم سلامت ضروری است و نیاز به یک برنامه اختصاصی دارد. تسهیلات اورژانس ملی بر اساس رویه‌های عملیاتی و جریان‌های مناسب باید عملکرد کل سیستم مراقبت‌های بهداشتی را به مدت شش ماه بدون هیچ‌گونه تدارکاتی از خارج تضمین کنند. آنها همچنین باید تا مین سه ماهه نیازهای قابل پیش‌بینی برای شرایط اضطراری خاص، برای عموم مردم، با تاکید بر افراد و جوامع با نیازهای ویژه را تضمین کنند.

تأسیسات باید در انبارهای زیرزمینی در سراسر کشور پراکنده شده و به طور مستمر تجدید شوند تا برای استفاده به طور معمول در دسترس باشند. آنها همچنین باید برای تامین منابع کافی برای کشورهای همسایه و دیگر کشورها با هماهنگی سازمان بهداشت جهانی در دسترس و قابل دسترسی باشند. در سطح ملی، تحقیق، کشف و توسعه داروها و فناوری‌های پزشکی و دیجیتال باید تشویق شود. جنبه‌های فراگیر مورد نیاز برای تضمین حاکمیت سلامت اسرائیل باید مورد تاکید قرار گیرد و شامل خدمات بهداشتی و بهداشت عمومی، آزمایشگاه‌ها، کشاورزی و محیط زیست می‌شود. حمایت دولت از مؤسسات دانشگاهی و مؤسسات تحقیقاتی و امنیتی در کشور موجب تسريع در این زمینه می‌شود.

باید اقداماتی صورت گیرد تا اطمینان حاصل شود که حقوق ثبت اختراع و قیمت‌گذاری مانعی برای در دسترس بودن و معقول بودن ارائه درمان‌ها و واکسن‌های لازم را ایجاد نمی‌کند و در عین حال تولید کامل و جامع داروهای ژنریک و خدمات دیجیتال را تشویق می‌کند. قطعات و محصولات که در اسرائیل تولید یا توسعه نمی‌یابند و به واردات بستگی دارد باید نقشه‌برداری شود و بررسی شود که کدام یک از آنها در مرزهای اسرائیل قابل تولید است.



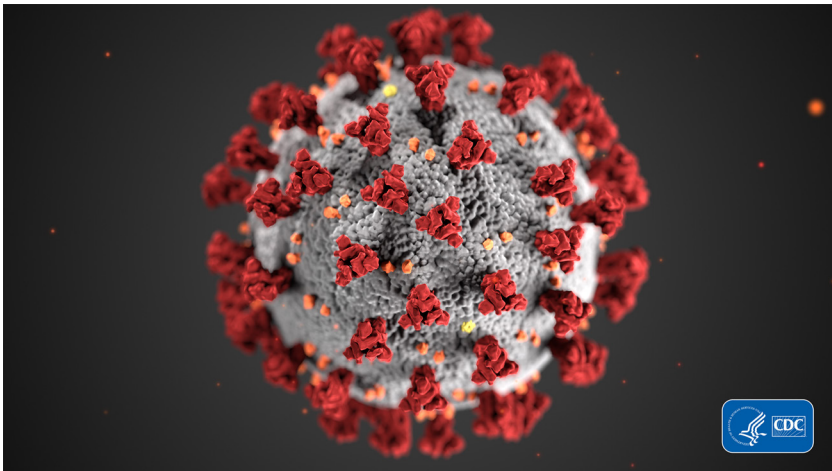


مرزهای بین کشورها نقاط واسط هستند که نیاز به توجه منحصر به فردی دارند. به این منظور، مهم است که این کشور در چارچوب امنیت ملی خود روابطش را با همسایگانش تقویت کند و همکاری‌ها را در زمینه‌هایی از جمله «سلامت واحد» (با تشکیلات خودگردان فلسطین، اردن و مصر، و همچنین سوریه، لبنان و همه آنها که از طریق هوا، دریا و خشکی مرتبط هستند) افزایش دهد. برنامه‌های بهداشتی باید تضمین کنند که همه گروه‌های جمعیتی، از جمله جمعیت‌هایی که در فقر زندگی می‌کنند، جمعیت‌های دارای معلولیت، جمعیت‌های آسیب‌پذیر و جمعیت‌هایی با نیازهای ویژه و منحصر به فرد، حضور دارند. هر طرحی باید برای همه قابل دسترس باشد و افراد یا جوامع را پشت سر نگذارد یا به حاشیه نرود.

در نگاه کلی امنیت ملی، گسترش محتویات زیرساخت‌های حیاتی سلامت محلی فراتر از زیرساخت‌های اصلی موجود نظام سلامت ضروری به نظر می‌رسد مانند پرسنل پزشکی، تخت‌های بستری، کلینیک‌ها، تجهیزات پزشکی تخصصی و غیره و سایر زیرساخت‌هایی که در روزهای منتهی به شیوع ویروس کرونا برای آن متکی به واردات از خارج از کشور بودیم. اپیدمی کنونی به ما آموخته است که در شرایط اضطراری جهانی مانند شرایط اضطراری ایجاد شده در همه‌گیری ویروس کرونا، خطر واقعی در دستیابی به محصولات خاص مورد نیاز سیستم بهداشتی و جمعیتی وجود دارد، از جمله تجهیزات حفاظتی، مواد آزمایشگاهی، ماسک‌ها، داروها، واکسن‌ها و موارد دیگر... وجود دارد. علاوه بر این، زیرساخت‌های سازمانی و بین‌سازمانی فناوری اطلاعات سیستم مراقبت‌های بهداشتی و همچنین قابلیت‌های تحقیق و توسعه، نه فقط به طور فیزیکی باید بهبود یابد.



دولت اسرائیل که اقتصاد آن صادرات محور و به ویژه صادرات تجارت و خدمات است، در دهه های اخیر تولید داخلی بسیاری از محصولات از جمله محصولات مورد استفاده نظام سلامت را کاهش داده و بر واردات این محصولات تکیه کرده است. از جمله، به عنوان بخشی از کاهش فعالیت تولیدی طبیعی، اخیراً تولید محلول های ضروری برای آماده سازی دارویی و همچنین تولید بسیاری از داروهای تولید شده در اسرائیل متوقف شد و اسرائیل شروع به واردات این محصولات ضروری کرد. توقف تولید محلول ها نمونه ای از محصولاتی است که بدون آن نمی توان بسیاری از خدمات پزشکی را به دلیل اتکا به محلول ها (مثلاً بیماران دیالیزی) ارائه کرد.



این محصول توسط تولیدکنندگان معدودی در سراسر دنیا تولید می شود و دائماً ترس از بی نظمی در عرضه آن وجود دارد. با وجود این نگرانی، تاکنون نتوانسته ایم ظرفیت تولید داخلی این محصول را به اسرائیل بازگردانیم.

با شیوع همه گیری در سراسر جهان کمبود بسیاری از محصولات ضروری وجود دارد که به طور معمول توسط سیستم بهداشتی مورد استفاده قرار می گیرند و به دلیل همه گیری در مقیاس بسیار بزرگتر مورد نیاز هستند. در مورد وسایل حفاظتی و همچنین در مورد ماسکها همینطور بود. همه گیری تقاضا برای این محصولات را به موازات کاهش ظرفیت تولید آنها یا اجزای اساسی این محصولات از جمله در چین به دلیل تعطیلی مناطق گسترده در آنجا افزایش داده است. واضح است که قیمت این محصولات دو یا سه برابر و حتی بیشتر





افزایش یافته است، اما فراتر از آن، تهیه آنها حتی با هزینه گزاف واقعاً دشوار بود. پاسخ اسرائیل در ابتدای این رویداد این بود که به هر قیمتی که ممکن است مواد اولیه از هر منبع معتبری خریداری و در عین حال برای تولید داخلی این محصولات آماده شود. در کنار کمبود محسوس این محصولات، این نگرانی نیز وجود دارد که محصولات تولیدی در کشورهای مختلف که مواد اولیه آن در چین تولید می شود نیز با کمبود مواجه شود و به همین دلیل سیستم بهداشتی برای افزایش موجودی این محصولات آماده شده است. شکی نیست که تولید تمامی محصولاتی که ممکن است کمبود جهانی ایجاد کند در اسرائیل امکان پذیر نیست، اما باید یک استراتژی ملی برای آمادگی برای کمبود جهانی این محصولات ایجاد کرد.

این استراتژی باید شامل تصمیم گیری در مورد فهرستی از محصولاتی باشد که قرار است تا حد معینی به صورت معمول به صورت محلی تولید شوند، حتی اگر بتوان آنها را تحت شرایط اقتصادی مساعد وارد کرد؛ افزایش موجودی سایر محصولات و قراردادهای با شرکت ها یا کشورها گزینه ای برای افزایش خرید با شرایط ترجیحی در شرایطی است که تقاضای جهانی مازاد برای آن وجود دارد. همچنین بررسی چگونگی تبدیل ظرفیت تولید بومی در مناطق مختلف به نیازهای نظام سلامت و سایر سیستم ها (در مواقع ضروری) ضروری است. نظام سلامت و بودجه دولتی می تواند هزینه های مربوط به اجرای این استراتژی را در برگیرد که بالاتر از هزینه هایی است که در مواقع اضطراری و قطعاً در شرایطی که این محصولات با کمبود مواجه می شوند، بالاتر است.

اپیدمی کمبود برخی محصولات را ایجاد کرده است، اما نباید چنین استنباط کرد که اینها محصولاتی هستند که در حوادث اضطراری آینده در انواع مختلف کمبود خواهند داشت و بنابراین باید فهرست گسترده تری از تجهیزاتی که در حادثه کرونا استفاده شده است، تهیه شود.

به عنوان یک قاعده کلی، به دلیل دشواری تنظیم یک لیست تجهیزات یکسان برای تمام تاریخ های اضطراری، ما باید به عنوان خط مقدم بر افزایش ظرفیت تولید تکیه کنیم. وزارت بهداشت فهرستی از محصولات بهداشتی مورد نیاز برای هر سناریو و خط مقدم ارائه خدمات را تنظیم کرده است که بدون آن خدمات اولیه بهداشتی (محلول، داروهای بیماران دیابتی و ...) ارائه نمی شود.



خلاصه و توصیه هایی برای اقدامات عملی

به طور خلاصه، توصیه هایی در مورد یک سری مراحل عملی ارائه شده است که می تواند به طور هدفمند و در یک بازه زمانی معقول اجرا شود. در رأس این توصیه ها، اهمیت مدیریت بحث عمومی درباره همه اجزای آن در جامعه اسرائیل و درونی سازی افکار عمومی و دولت در رابطه با جایگاه ویژه ای است که نظام سلامت دارد - هم به عنوان عاملی که حفظ جان مردم کشور را تضمین و هم به عنوان عاملی که به شدت همبستگی و برابری را در جامعه اسرائیل ترویج می کند.

در سطح عملی، این مفهوم باید در ایجاد چارچوبی از برنامه های چندساله برای نظام سلامت که با هدف شناسایی و پرداختن به چالش های بلندمدت سیستمی که در این کار بر روی آن گسترش داده ایم، منعکس شود. یعنی افزایش شدید تقاضا برای خدمات مراقبت های بهداشتی به دلیل پیری جمعیت، افزایش عوارض مزمن در کنار آن و افزایش هزینه فناوری های جدید پزشکی مورد انتظار است.

مقابله با افزایش مورد انتظار در تقاضا برای خدمات سلامت باید با تخصیص طیف گسترده ای از منابع مورد نیاز مانند بودجه، کادر پزشکی و اداری و زیرساخت های بهداشتی به سیستم انجام شود.

اولاً از طریق تخصیص زمین تعیین شده برای سازمان های بهداشتی به منظور امکان استقرار مناسب کلینیک های اجتماعی، موسسات پزشکی ثانویه و کلینیک های شیردهی در مراکز جمعیتی و ثانیاً از طریق ارتقاء سریع ساخت دو بیمارستان جدید در بئر شوع به نام





شیمون پرز و بیمارستان دیگر در کریوت که روند ساخت آنها از قبل آغاز شده است. در عین حال، استفاده از مدل‌های بستری و مراقبت در منزل که از قبل از شیوع پاندمی کرونا آغاز شده و در طی آن شتاب بیشتری گرفته است، باید همچنان ترویج شود.

چنین منابعی باید به طور مؤثر برای اطمینان از بازده عمومی مناسب تخصیص داده شوند. همانطور که در بالا گفته شد، پس از بهبود اقتصادی دوران پسا بحران کرونا، فضای برای افزایش حق بیمه سلامت وجود دارد که نرخ آن در اسرائیل یکی از پایین‌ترین نرخ‌ها در کشورهای OECD است. این تضمین می‌کند که اجرای این طرح‌ها از چارچوب‌های مالی بودجه دولتی خارج نمی‌شود.

یکی دیگر از تغییرات مورد نیاز، نیاز به درونی کردن ملاحظات بهداشتی در همه سیستم‌های سیاست‌گذاری است، به دلیل تأثیری که این جنبه‌ها بر سلامت عمومی و سلامت بر همه سیاست‌ها دارند. در این چارچوب، ملاحظات بهداشتی باید در برنامه‌ریزی زیست‌محیطی با ایجاد وظیفه برای تهیه نظرسنجی بهداشتی، مشابه الزام به ارائه اثرات اقتصادی بودجه، گنجانده شود.

عرصه دیگری که در آن بهبود قابل توجهی در ارتباط با نظام سلامت لازم است، دولت محلی است. مقامات محلی تأثیر بسیار زیادی بر سلامت ساکنان خود دارند. این تأثیر تا حدی در اپیدمی کرونا و ویروس، اما همینطور از طریق بسیاری از تصمیمات اتخاذ شده در روزهای معمول مانند تغذیه در محیط‌های آموزشی، ترویج برنامه ریزی شهری که سبک زندگی سالم را ترویج می‌کند و تخصیص زمین به موسسات بهداشتی، منعکس شده است. در کار تهیه شده توسط ما در مورد تقویت آمادگی سیستم بهداشتی برای شرایط بحرانی در موسسه دموکراسی اسرائیل، انتصاب افسران امنیتی در دولت محلی را به عنوان کارمندان مقامات محلی و ایجاد ارتباط بین وزارت بهداشت و درمان، نظام سلامت و دولت محلی توصیه کردیم. این کارمندان به طور همزمان به وزارت بهداشت و رئیس اداره محلی گزارش خواهند داد.

آنها به ایجاد و حفظ ارتباط مستمر جامعه با نظام سلامت برای تنوع و خدمات آن نظیر: بیمارستان‌ها، صندوق‌های بهداشتی، ارائه دهندگان خدمات اضطراری (MDA)، سازمان‌های اورژانس و نجات، سازمان آتش نشانی، پلیس، خدمات اجتماعی و سازمان‌های داوطلب اختصاص خواهند یافت. آنها همچنین وظیفه دارند جامعه را برای شرایط اضطراری مختلف آماده کنند. در کنار تخصیص چند ساله منابع، ما به پیشبرد برنامه‌هایی برای به حداکثر

رساندن پتانسیل رشد سیستم بهداشتی اسرائیل در عرصه دیجیتال ادامه خواهیم داد. حتی قبل از همه‌گیری، اسرائیل در موقعیتی قرار داشت که نقشی کلیدی در عرصه سلامت دیجیتال داشته باشد. این عوامل شامل کیفیت اطلاعات پزشکی دیجیتال موجود در اسرائیل، یکپارچگی، عمق تاریخی و تداوم اطلاعات، همراه با تنوع ژنتیکی جمعیت اسرائیل است. اپیدمی کرونا، استفاده از پزشکی از راه دور را همزمان با توسعه سریع برنامه‌های کاربردی پزشکی دیجیتال بر اساس هوش مصنوعی و قابلیت‌های تجزیه و تحلیل داده‌های بزرگ تسریع کرده است، همان مناطقی که اسرائیل در آنها دارای مزیت داخلی است، همراه با شهرت بسیار خوبی که سیستم بهداشتی اسرائیل در جهان دارد و این شهرت با همه‌گیری و به ویژه کمپین موفق واکسیناسیون افزایش یافته است.

بنابراین توصیه اصلی ما این است که یک تصمیم دولتی را ترویج کنیم که در آن توصیه‌های اصلی برای ایجاد چارچوب برنامه‌ریزی بلندمدت برای نظام سلامت، همانطور که در این سند به تفصیل شرح داده شده است، تثبیت شود. برخی از تغییرات همچنین مستلزم اصلاح موارد اضافه شده به قانون بیمه سلامت دولتی تحت اختیار کمیته کار، رفاه و بهداشت کنست است.

در پایان، ما تأکید می‌کنیم که سیستم بهداشتی اسرائیل همیشه بین برتری و عدم کفایت قرار دارد به این معنی که برتری و کارایی پیشرو در سطح جهانی، همراه با فرسایش طولانی مدت منابع سیستم به گونه‌ای که دائماً توانایی آن در ادامه ارائه خدمات کافی به ساکنان اسرائیل را به چالش می‌کشد.

پاندمی کرونا شرایطی را ایجاد کرده است که نیاز به یک سیستم قوی و کارآمد به مرور زمان در کنار جایگاه محوری نظام سلامت در حفظ جان ساکنان کشور و مقابله مناسب با شرایط اضطراری مورد انتظار و غیرمنتظره و در کنار محوری آن در حفظ همبستگی اجتماعی و ترویج ارزش‌های ملی عدالت، برابری و کمک متقابل آشکار شده است. در عین حال، این سیستم توانایی خود را در بهبود و ارائه خدمات عالی به اثبات رسانده است، تنها اگر منابعی را که شایسته آن است دریافت کند. این فرصت بسیار خوبی برای نظام سلامت است تا به استقرار رهبری خود و تنظیم توانایی خود برای حفظ قدرت خود و ارائه پاسخ مناسب به چالش‌های عظیمی که در سال‌های آینده در انتظار آن است، ادامه دهد.

بعلاوه، گسترش گفتمان در مورد امنیت ملی امری مهم و فرصتی برای پیشبرد گامی به سوی دیدگاهی چند بعدی و پیچیده در مورد امنیت ملی اسرائیل است. کشوری که در بافتی



از چالش های منحصر به فرد زندگی می کند؛ تهدیدات امنیتی به قدری جدی هستند که تلاش برای تضعیف موجودیت آن، همراه با پیچیدگی اجتماعی ناشی از ناهمگونی بسیار زیاد جمعیت است. سیستم مراقبت های بهداشتی بخش مهمی از پاسخگویی به چالش ها و تهدیدات وجودی است، همراه با یک جزء کلیدی در بستری که ما را به عنوان یک جامعه در کنار هم نگه می دارد و سنگ بنای ساختاری است که از انسجام اجتماعی اسرائیل حمایت می کند.

تغییر گفتمان و ایجاد یک برنامه ریزی بلندمدت و چارچوب کاربردی برای این سیستم تضمین می کند که سیستم بهداشتی اسرائیل در آینده نیز با موفقیت به ایفای این نقش ها ادامه خواهد داد.



لیست نمودارها

شماره نمودار	عنوان	منبع
1	نرخ مخارج سلامت ملی از تولید ناخالص داخلی (بر حسب درصد)	
2	میزان هزینه های عمومی برای سلامت از کل هزینه های ملی (بر حسب درصد)	
3	نرخ تخت های بیمارستانی در بیمارستان های عمومی به ازای هر هزار نفر	
4	میانگین مدت بستری در بیمارستان عمومی	
5	ضریب اشغال تخت در بستری عمومی (بر حسب درصد)	
6	درصد پزشکان و پزشکان فعال در هر هزار نفر	سیستم سلامت در اسرائیل در پرتو OECD
7	درصد فارغ التحصیلان پزشکی به ازای صد هزار نفر	برای سال 2018، وزارت بهداشت
8	درصد پزشکان شاغل و پزشکان آموزش دیده در خارج از کشور، از کل افراد شاغل	
9	درصد پرستاران زن و مرد فعال در هر هزار نفر	
10	میزان فارغ التحصیلان رشته پرستاری برای صد هزار نفر	
11	تعداد افراد 75 سال و بالاتر در جمعیت (هزار نفر) (2010-2030)	اداره برنامه ریزی راهبردی و اقتصادی، وزارت بهداشت، 1398
12	نرخ باروری به ازای هر زن	سیستم سلامت در اسرائیل در پرتو OECD برای سال 2018، وزارت بهداشت
13	هزینه سالانه درمان با دارو یا فناوری جدید در به روز رسانی فناوریانه سبب سلامت	اداره برنامه ریزی راهبردی و اقتصادی، وزارت بهداشت، ۲۰۱۹
14	توسعه مالکیت بیمه سلامت تجاری و ISA (به درصد)	موسسه بروکدیل





15	درصد کسانی که سطح بالایی از سلامت را در پنجم پایین درآمد گزارش می کنند (بر حسب درصد)
16	میزان کسانی که سطح بالایی از سلامت را در پنجم درآمد بالا گزارش میکنند (به درصد)
17	نرخ دستگاه های سی تی در هر میلیون نفر جمعیت
18	نرخ دستگاه های PET CT به ازای هر میلیون نفر جمعیت
19	امید به زندگی در بدو تولد - کل جمعیت (سال)
20	نرخ مرگ و میر نوزادان در هر هزار تولد زنده
آ ۲۱	نرخ مرگ و میر ناشی از عوامل قابل درمان، بر اساس سن در هر صد هزار نفر
ب ۲۱	میزان مرگ و میر ناشی از عوامل قابل پیشگیری، بر اساس سن در هر صد هزار نفر
آ ۲۲	نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی - درصد تغییر در 2000-2017
ب ۲۲	نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی بر اساس سن در هر صد هزار نفر، 2017
آ ۲۳	نرخ مرگ و میر ناشی از سکته مغزی - تغییر در درصد در سال های 2017-2000
ب ۲۳	نرخ مرگ و میر ناشی از سکته مغزی بر اساس سن در هر صد هزار نفر، 2017
آ ۲۴	نرخ ابتلا به سرطان بر اساس جنسیت در هر صد هزار نفر، 2017

<p>OECD, 2019 https://doi.org/10.1787/ac388762-en</p>	<p>نرخ بیماری سرطان بر اساس سن به ازای هر صد هزار نفر، 2018</p>	<p>۲۴ب</p>
<p>اداره برنامه ریزی راهبردی و اقتصادی، وزارت بهداشت، ۲۰۱۹</p>	<p>نرخ به روز رسانی جمعیتی در سبد در مقابل نرخ رشد و پیری جمعیت، و فرسایش تجمعی ایجاد شده توسط هزینه سبد به دلیل به روز رسانی جزئی ضریب جمعیتی</p>	<p>25</p>





درصد افرادی که به دلیل بیماری کرونا کار نمی کنند؛ در دسامبر ۲۰۲۰ به ۷۱ درصد رسید و به تدریج به ۱۶ درصد در ابتدای سال ۲۰۲۲ (و به ۱۰ درصد در بین افراد ۱۸ تا ۴۴ ساله) کاهش یافته است. در همین حال، درصد افرادی که به دلیل همه گیری کار نمی کنند و هیچ گونه کمکی از دولت (از جمله کمک هزینه بیکاری) دریافت نکرده اند، در ابتدای سال ۲۰۲۲ به ۶۹ درصد در مقایسه با ۱۶ درصد در دسامبر ۲۰۲۰ رسیده است که حدود ۲۵۰ هزار نفر را تشکیل می دهد. این وضعیت باید نگرانی هایی را در میان سیاست گذاران ایجاد کند، زیرا این خطر وجود دارد که این ۲۵۰۰۰۰ اسرائیلی که کار نمی کنند و کمک هزینه بیکاری دریافت نمی کنند، به زودی مجبور شوند در غیاب هر جایگزینی به حمایت درآمدی تکیه کنند. لازم به یادآوری است که اینها افرادی هستند که در زمان شروع بیماری همه گیری یا پس از ورود آن در بازار کار در این دوره زمانی فعالیت می کردند. یعنی بدون کرونا این احتمال وجود دارد که آنها به کار خود ادامه می دادند یا شروع به کار می کردند.