



רפורמות, מגמות שינוי ותוכניות של מערכות בריאות במדינות באירופה, בקנדה ובארצות הברית, 2022-2020

רות וייצברג אורי לורן

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
תרגום לאנגלית (תקציר): דוד סימר
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

מחקר זה מומן בסיוע משרד הבריאות

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | אייר תשפ"ב | מאי 2022

רקע ומטרות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות נערך בימים אלו לגיבוש תוכנית אסטרטגית. המינהל פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לסקור את מערכות הבריאות במדינות באירופה, קנדה וארצות הברית כדי לזהות את המוקדים האסטרטגיים, קרי את הנושאים שבהם עוסקות מערכות בריאות במדינות אלו ואת הנושאים שבהם הן מתכננות לעסוק החל משנת 2022, ואת הרפורמות והשינויים העיקריים שבוצעו בהן בשנים 2020-2021.

מקורות המידע ושיטת הניתוח

מחקר מהיר זה נעשה בשיטה איכותנית והתבסס על ארבעה מקורות מידע:

1. ניתוח משני של סקר שנערך בקרב מומחים ב-32 מדינות החברות בארגון Health Systems and Policies Monitor (HSPM) של ה-European Observatory on Health Systems and Policies (להלן: Observatory)
 2. ריאיון עם ראש הסניף של ה-Observatory בברלין
 3. סקירת עדכונים על שינויי מדיניות ורפורמות במערכות בריאות המופיעים באתר ה-Observatory
 4. סקירת דוחות של מכוני מחקר נבחרים בעולם המקבילים למכון ברוקדייל
- הניתוח נערך לפי מסגרת אנאליטית (analytical framework) של ארגון הבריאות העולמי (WHO): אבני הבניין של מערכות בריאות (health system building blocks).

ממצאים

במחקר נמצאו יותר מ-200 רפורמות שבוצעו בין השנים 2020-2021 ב-32 מדינות באירופה ובצפון אמריקה. ניתוח הרפורמות העלה נושאים רחביים שמעסיקים מדינות רבות: בריאות הנפש, הרחבת הכיסויים של הביטוח הציבורי (הוספת שירותים, אוכלוסיות ומימון השירותים), שיפור הנגישות וצמצום פערים, תיאום והמשכיות הטיפול.

כדי לשקם את מערכות הבריאות אחרי פנדמיית הקורונה, ולתכנן את המערכת לעתיד הקרוב, מדינות עוסקות ב:

1. הסטת מטופלים מבתי חולים לקהילה, תוך דגש על תיאום והמשכיות טיפול, בעיקר טיפול במחלות כרוניות.
2. הרחבת הכיסויים של הביטוח הציבורי בשלושת הממדים של הכיסוי האוניברסלי: הרחבת השירותים המכוסים בסל הבסיסי, הרחבת האוכלוסיות המכוסות (דוגמת מהגרים) והרחבת מימון השירותים על ידי צמצום ההשתתפות העצמית של המטופלים.
3. השקעה בכוח אדם בכמה כיוונים: הרחבת ההכשרה של רופאים ושל אנשי כל מקצועות הבריאות כדי להגדיל את זמינות

השירותים; הרחבת הסמכויות של אנשי כל מקצועות הבריאות כדי להפחית את העומס המוטל על רופאים ואחיות; השקעה בתמיכה נפשית ורגשית במטפלים כדי לצמצם מצוקה ושחיקה בכוח האדם הקיים.

4. הרחבת תקציב מערכת הבריאות, בעיקר על ידי הגדלת חלקן של הממשלות (כספים ממיסים כלליים) במימון המערכת. גישה זו מחליפה את הגישה של ריסון הוצאות על בריאות, שהייתה נהוגה בהרבה מן המדינות האלה עד לתחילת פנדמיית הקורונה.

5. שיפור הנגישות לשירותים, בעיקר על ידי פיתוח רפואה דיגיטלית. רפואה דיגיטלית התפתחה מהר במהלך פנדמיית הקורונה, ומערכות הבריאות ממשיכות להרחיב את השירותים הניתנים דיגיטלית.

תוכן עניינים

1	1. רקע
2	2. מקורות המידע ושיטת הניתוח
5	3. ממצאים
10	4. דיון: הרפורמות בתחומים של אבני הבניין מקדמות השגת מטרות ביניים ויעדים של מערכות בריאות
14	מקורות

רשימת לוחות ותרשימים

3	תרשים 1: מסגרת אנליטית: אבני הבניין של מערכות בריאות, ארגון הבריאות העולמי
5	לוח 1: רשימת רפורמות ושינויי מדיניות, לפי אבני הבניין של מערכות בריאות, ארגון הבריאות העולמי

1. רקע

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות נערך בימים אלו לגיבוש תוכנית אסטרטגית. המינהל פנה אל מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לסקור את מערכות הבריאות במדינות באירופה, קנדה וארצות הברית כדי לזהות את המוקדים האסטרטגיים שלהן, קרי את הנושאים שבהם עוסקות מערכות הבריאות במדינות אלו ואת הנושאים שבהם הן מתכננות לעסוק החל משנת 2022, ואת הרפורמות והשינויים העיקריים שבוצעו בהן בין השנים 2020-2021. מסמך זה מציג את מקורות המידע ששימשו לאיסוף החומרים, את ממצאי ניתוח התכנים ואת פרשנות צוות המחקר לממצאים.

2. מקורות המידע ושיטת הניתוח

מחקר מהיר זה נעשה בשיטה איכותנית והתבסס על ארבעה מקורות מידע :

1. ניתוח משני של סקר שנערך בקרב מומחים מ-32 מדינות¹ החברות בארגון (HSPM) Health Systems and Policies Monitor של ה-European Observatory on Health Systems and Policies (להלן: Observatory). הסקר נערך בשני סבבים, אחד באוקטובר 2020 והשני באוקטובר 2021. הנתונים נאספו על ידי שאלון במייל, שהופץ על ידי ה-observatory. במסגרת הסקר, כל מומחה, נציג מדינה מסוימת, הציג את שלוש הרפורמות החשובות ביותר שחלו במדינתו בשנים 2020-2021. (Polin et al., 2021).
 2. ריאיון עם ראש הסניף של ה-Observatory בברלין. בריאיון נבחנו הסוגיות העיקריות שבהן עוסקות המדינות השונות. הריאיון בוצע ב-4.4.2022.
 3. סקירת עדכונים על שינויי מדיניות ורפורמות במערכות בריאות המופיעים באתר ה-Observatory (<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/overview>)
 4. סקירת דוחות על תוכניות אסטרטגיות של מערכות בריאות שפורסמו על ידי מכוני מחקר באירופה ובצפון אמריקה, המקבילים למכון ברוקדייל:
 - דוח של מכון Nuffield Trust באנגליה הממליץ לשירות הבריאות הלאומי (NHS) כיצד לשקם את מערכת הבריאות אחרי פנדמיית הקורונה (Department of Health and Social Care, 2021; Reed et al., 2022).
 - דוח של אוניברסיטת סטנפורד הממליץ לממשלה לארגן מחדש את שירותי הבריאות למטופלים עם אירוע לבבי (HR) לאחר שחרורם מבית החולים: הפניה מיידית למרפאות לניהול מחלות, ביקורי בית על ידי אח/ות, וניהול ומעקב צמוד על ידי אח/ות (Blum et al., 2020).
 - נייר מדיניות של הבנק העולמי בהודו המציע לממשלה להעלות את תקציב הבריאות (Chatterjee & Smith, 2021).
- צוות המחקר סקר יותר מ-200 שינויי מדיניות או רפורמות שבוצעו בין השנים 2020-2021 ב-32 מדינות באירופה ובצפון אמריקה. לאחר מכן מיין וניתח צוות המחקר את תוכני הרפורמות לפי מסגרת אנליטית (analytical framework) (ראו להלן) וזיקק את מגמות השינוי ואת הנושאים העיקריים.

¹ אוסטריה, איטליה, אירלנד, אסטוניה, ארצות הברית, בולגריה, בלגיה, בריטניה, גרמניה, דנמרק, הולנד, הונגריה, יוון, לטביה, ליטא, מלטה, נורווגיה, סלובניה, ספרד, סקוטלנד, פולין, פורטוגל, פינלנד, צ'כיה, צרפת, קנדה, קפריסין, קרואטיה, רומניה, רוסיה, שוודיה, שווייץ

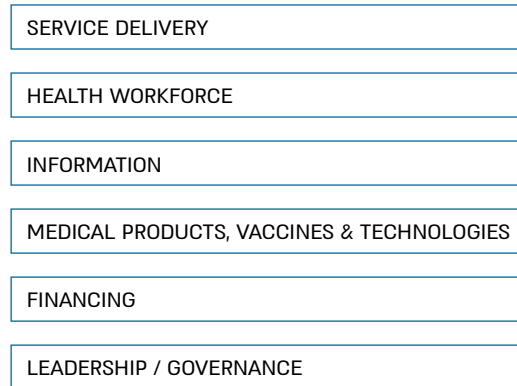
המסגרת האנליטית לניתוח שינויי מדיניות של מערכות בריאות בעולם

כדי לנתח את תוכני הרפורמות שנמצאו, נבחרה מסגרת אנליטית של ארגון הבריאות העולמי (WHO): אבני הבניין של מערכות בריאות – health systems building blocks (World Health Organization [WHO], 2007) (תרשים 1). מסגרת אנליטית זו מקובלת בספרות החוקרת מערכות בריאות בעולם ומסייעת בהבנת התפקידים והמטרות של מערכות הבריאות. שש אבני הבניין הן: הספקת שירותי בריאות; כוח אדם במערכת הבריאות; מידע; מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות; מימון; ומנהיגות/משילות (להסבר קצר על אבני הבניין ראו קופסה 1). יחד, אבני הבניין הללו תורמות להשגת יעדי הביניים של איכות ובטיחות הטיפול, נגישות וכיסוי ביטוח אוניברסלי, אשר בתורם תורמים להשגת יעדי מערכת הבריאות הכוללים של שיפור הבריאות (רמה ושוויון), היענות (רמה ושוויון), הגנה חברתית וכלכלית ושיפור היעילות. מסגרת אנליטית זו מגדירה מערכת בריאות כ"כל הארגונים, האנשים והפעולות שמטרתם העיקרית היא לקדם, לשקם או לשמור על הבריאות".

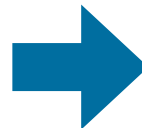
תרשים 1: מסגרת אנליטית: אבני הבניין של מערכות בריאות, ארגון הבריאות העולמי

THE WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK

SYSTEM BUILDING BLOCKS



ACCESS
COVERAGE



QUALITY
SAFETY

OVERALL GOALS / OUTCOMES

IMPROVED HEALTH (LEVEL AND EQUITY)

RESPONSIVENESS

SOCIAL AND FINANCIAL RISK PROTECTION

IMPROVED EFFICIENCY

מקור: (WHO, 2007)

קופסה 1: שש אבני הבניין של תפקידי מערכות בריאות

1. **Service Delivery (הספקת שירותי בריאות):** הספקת שירותי בריאות יעילים, בטוחים, באיכות גבוהה, לכל מי שצריך, מתי והיכן שצריך, תוך חיסכון במשאבים.
2. **Health Workforce (כוח אדם במערכת הבריאות):** כוח אדם איכותי שמבצע את עבודתו באחריות, בהוגנות וביעילות לשם השגת תוצאי בריאות מיטביים, בהינתן משאבים זמינים ותנאים נאותים.
3. **Information (מידע):** מערכת שתדע להפיק, לנתח ולהפיץ מידע מהימן, תקופתי ועדכני על מצב מערכת הבריאות, על ביצועי המערכת ועל היבטים נוספים לפי צורך.
4. **Medical Products, Vaccines & Technologies (מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות):** הבטחת זמינות וגישה שוויונית אל מוצרי בריאות, תרופות, חיסונים וטכנולוגיות רפואיות איכותיות, בטוחות לשימוש, יעילות וחסכוניות במשאבים.
5. **Financing (מימון):** מערכת אשר ממומנת בהוגנות, המאפשרת לה לספק שירותי בריאות לאנשים הזקוקים להם. מימון המערכת צריך להיות חסין בפני משברים כלכליים או מפני הידרדרות כלכלית.
6. **Leadership/Governance (מנהיגות/משילות):** הבטחת קיומה של מדיניות בריאות אסטרטגית המשלבת ראייה רחבה, קואליציונית ומגובשת, לשם ביצוע הסדרה (רגולציה), מתן תמריצים נאותים לביצוע, תשומת לב לתכנון המערכת ולאחריות ביצועית.

3. ממצאים

לוח 1 מסכם את כל הרפורמות ושינויי המדיניות שנמצאו, תוך סיווגם לפי אבני הבניין של מערכות בריאות. הלוח מציין את המדינות שביצעו כל רפורמה ואת שנת הביצוע.

לוח 1: רשימת רפורמות ושינויי מדיניות, לפי אבני הבניין של מערכות בריאות, ארגון הבריאות העולמי

המדינה שבה בוצעה הרפורמה		רפורמה	אבן בניין
2021	2020		
שוודיה, בולגריה, קנדה, צ'כיה, צרפת, גרמניה, הולנד איטליה, סלובניה, סקוטלנד, ספרד	אוסטריה, בלגיה, קנדה, יוון, אסטוניה, צרפת, גרמניה, הונגריה, ליטא, נורווגיה, פולין, רומניה, ספרד, שוודיה	e-health הספקת שירותים בכל תחומי הרפואה (ראשונית ויועצת, מרשמים, תיק רפואי) תוך שימוש באמצעים דיגיטליים מתקדמים (מרשמים, טלה-רפואה, ייעוץ בטלפון/בווידאו, רפואה מרחוק)	הספקת שירותי בריאות
אוסטריה	אוסטריה, מלטה	העברת שירותים מבתי חולים לקהילה, חיזוק הרפואה הראשונית	
בולגריה		העברת הליכים רפואיים וטיפולים על ידי רופא או אחות לבית המשפחה, עבור תינוקות עד גיל 14 יום	
בריטניה	קנדה, בריטניה	הקמת מרפאות המשלבות כמה תחומי מומחיות לשיפור איכות הטיפול והמשכיות הטיפול; איחוד ספקי רפואה יועצת לצמצום ככל שירותים ושיפור המשכיות הטיפול	
הולנד, צ'כיה	יוון, דנמרק, אירלנד	פתיחת מרפאות לביצוע בדיקות לגילוי מחלת הקורונה ולטיפול בה; פתיחת שירותי שיקום רפואי למטופלים הסובלים מתסמינים מתמשכים לאחר החלמה מקורונה (long-COVID)	
שוודיה	שוודיה	קביעת תקנים חדשים לשירות רפואי עבור אוכלוסיות מיוחדות	
	שווייץ	העלאת הביטחון בהספקת תרופות	
נורווגיה, ליטא	בריטניה	שיפור הנגישות הפיזית לבתי חולים: הסעה, בנייה נגישה, שירותים דיגיטליים; רכישת מסוק-אמבולנס להטסת חולים; הגדלת כמות האמבולנסים ומוקדי החירום כדי לצמצם פערים גאוגרפיים	
קואטיה		הרחבת זמינות הטיפול הפליאטיבי	
פינלנד		קביעת זמן המתנה מרבי של 7 ימים לשירותי רפואה ראשונית	

המדינה שבה בוצעה הרפורמה		רפורמה	אבן בניין	
2021	2020			
	אסטוניה	שירות ייעוץ רפואי טלפוני על ידי רופא משפחה מחוץ לשעות פעילות קופת החולים כדי לצמצם פניות לשירותי חירום	הספקת שירותי בריאות	
בלגיה, צרפת, ליטא, שווייץ, אסטוניה	צ'כיה, דנמרק, פינלנד, מלטה, סלובקיה	הקמת מרכזים לבריאות הנפש, למניעה, אבחון מוקדם והרחבת היצע השירות הפסיכיאטרי, פסיכותרפיה וטיפול בהתמכרות		
בריטניה		הקמת משרד לשיפור תוצאי בריאות, לצמצום פערים ולקידום שירותי מניעה וטיפול בהתמכרויות		
בריטניה, ספרד		יצירת סוכנות מדינית לבריאות הציבור		
סלובניה, פינלנד		ביזור סמכויות בריאות הציבור לרשויות מקומיות		
אסטוניה	סלובקיה	כיסוי בדיקות סקר לגילוי מוקדם של מחלות סרטן עבור אנשים שאינם מבוטחים		
	צ'כיה	הספקת קנאביס רפואי במרשם במימון הביטוח הרפואי הציבורי		
	סלובניה	קידום חיסון נגד שפעת לאוכלוסייה		
אסטוניה	שווייץ	הפעלת תוכניות לקידום בריאות ומניעה במטרה לצמצם פערים בין אוכלוסיות		
	פורטוגל	הוספת יחידות לאשפוז ביתי		
קרואטיה, אירלנד	ליטא	שילוב הטיפול הסייעודי ומערכת הבריאות		
אוסטריה		הרחבת שירותי סיעוד קהילתיים על ידי הוספת תקנים והגדלת פיזור המרכזים הרפואיים		
	בולגריה	השקעה בכוח אדם איכותי לעתיד: שיפור תנאי ההתמחות הרפואית, גמישות וסיוע בבחירת מקום עבודה, מלגות		כוח אדם במערכת הבריאות
	גרמניה, צ'כיה, בולגריה	תקצוב להגדלת מספר הסטודנטים בלימודי רפואה ורוקחות, להקלה על מצוקת כוח אדם ושיפור השירות לקהילה		
צרפת, הונגריה, אסטוניה	איטליה, צרפת	תוספת תקנים לאנשי צוות רפואי בבתי חולים		
אסטוניה	צרפת	תוספת תקנים לאנשי צוות רפואי ברפואה ראשונית		
	הונגריה	הסדרת מעמד מקצועות הבריאות		
	צ'כיה	חישוב זמן העבודה במחלקות קורונה כזמן התמחות של רופאים חדשים		
	בולגריה	הרחבת הסמכויות של אחיות מומחיות: מתן הרשאה לאחיות מוסמכות לעבוד כמיילדות עצמאיות; מתן סמכות לפתוח מרפאה עצמאית ולבצע טיפולים בבית המטופל		

המדינה שבה בוצעה הרפורמה		רפורמה	אבן בניין
2021	2020		
קרוואטיה		מעבר מהעסקה ישירה של רופאים להתקשרות עם רופאים עצמאיים וחובת רופא ראשוני כשומר שער (gatekeeper)	כוח אדם במערכת הבריאות
סלובקיה		צמצום פערים בשיעורי הצוותים הרפואיים הפרושים באזורים גאוגרפיים שונים: קביעת שיעור מינימלי אשר מעבר לו יינתנו סובסידיות מן המדינה להשקעה בצוותים רפואיים נוספים	
ספרד	בולגריה	הקמת מרכז לאיסוף נתוני קורונה	
צרפת		פיתוח גרסה חדשה למערכת קידוד של הליכים רפואיים	
בלגיה, ספרד, גרמניה	צ'כיה	יצירת מערכת אחידה למידע רפואי בכל התחומים ולכל הארגונים. הכנסת גיליון היסטוריית תרופות למאגר דיגיטלי כדי להקל על הפקת מרשמים דיגיטליים	
בלגיה, אסטוניה	שווייץ	הרחבת ההיצע של טכנולוגיות מתקדמות ופלטפורמות מידע לציבור	
	ספרד	הקמת משרד חדש לחדשנות, מידע ושירותי בריאות דיגיטליים לצורך הקלה על היכולת לנטר מידע ולהפיק נתונים למטרות מחקר, תוך שילוב מאפיינים דמוגרפיים	
	אסטוניה	הפעלת מערכת לתמיכה בקבלת החלטות עבור רופאי משפחה	
צרפת	דנמרק, סלובקיה	הקמת "ועדה לחדשנות בטיפולים" פיתוח ולמידה של מוצרים וטכנולוגיות חדשניות והטמעתם במערכת	מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות
ארצות הברית		הרחבת תוכנית הביטוח Medicare לכיסוי טיפולי שיניים, בדיקות שמיעה וראייה	
בלגיה		יצירת תקציב בריאות רב-שנתי	מימון
סלובקיה		קביעת תקרת הכנסות מותרת לחברות הביטוח הרפואי	
	צ'כיה	הרחבת מחלקות מיון וטראומה: מימון להוספת מבנה, ציוד וכוח אדם מתאים	
אסטוניה	צרפת, נורבגיה	צמצום מימון שירותים לבתי חולים לפי אבחנה (DRG) ומעבר לתשלום לפי "אפיזודת טיפול" (episode of care – כלל הטיפולים והשירותים הניתנים למטופל עם בעיה רפואית עד לסיום הטיפול בו)	
אירלנד, ארצות הברית	קפריסין, צ'כיה (דיירי רחוב)	יצירת כיסוי ביטוח אוניברסלי (הוספת שירותים ואוכלוסיות לביטוח הציבורי)	
	קנדה	מתן ביטוח רפואי ציבורי לפליטים	
בולגריה, סלובניה, בריטניה וליטא (העלאת מס)	אסטוניה, פורטוגל, צ'כיה, ליטא, נורווגיה	הגדלת חלקה של המדינה במימון הביטוח הרפואי הציבורי	
	שווייץ, צ'כיה	העלאת מס על טבק	

המדינה שבה בוצעה הרפורמה		רפורמה	אבן בניין
2021	2020		
צ'כיה, קפריסין	סלובקיה, סלובניה, ארצות הברית, קנדה, אסטוניה	הגדלת המימון הציבורי לתרופות וטיפולים יקרים, חיסונים, טיפולי שיניים והוספיס (טיפול תומך)	מימון
קנדה, אסטוניה	סלובניה	שיפור מימון טיפולים סיעודיים והוספת כוח אדם לשיפור נגישות	
	ארצות הברית	כיסוי בדיקות קורונה ושירותים נוספים לאנשים שאינם מבוטחים	
בולגריה		עריכת מחירון מקסימלי למימון מכשור רפואי ותרופות על ידי הביטוח הלאומי	
ליטא	קפריסין	יצירת מאגר ספקי שירותי בריאות אשר מספקים מחיר תחרותי ובהיקף גבוה	
נורווגיה		תיאום טיפול בין בתי חולים ומרכזים לרפואה ראשונית לצמצום כפל שירותים	
נורווגיה		מעבר מתשלום עבור שירות לתשלום עבור מסלול ביטוחי	
ספרד		הפעלת תוכנית השקעה ברכישת ציוד רפואי מתקדם במטרה לצמצם פערים בין מחוזות שונים במדינה	
ספרד	פינלנד	קביעת פטור מהשתתפות עצמית ברכישת תרופות לפנסיונרים עם הכנסה נמוכה ולנכים	
נורווגיה		קביעת תקרה אחידה לכל תשלומי ההשתתפות העצמית על שירותי בריאות	
ארצות הברית		הפחתת מחירי תרופות במרשם, הצעה להתאמת מחירי תרופות במרשם למחירים במדינות אחרות.	
ארצות הברית		הפעלת תוכנית ביטוח רפואי פרטי בחסות המדינה במטרה ליצור תחרות עם שוק ביטוח הבריאות הפרטי	
	אוסטריה	איחוד ביטוחי בריאות מחוזיים ויצירת ביטוח בריאות ציבורי אחיד לכלל אזרחי המדינה	
	ספרד	הגדלת מימון ייעודי לפיתוח וחדשנות מטעם המדינה	
	בלגיה, פולין	מתן מעמד רשמי למטפלים סיעודיים לא פורמליים לשיפור תנאי העסקתם	מנהיגות/ משילות
	קנדה, לטביה, ליטא	קביעת תקן לאומי להפקת מרשמים לשם הקלה ברכישת תרופות ולצמצום פערים במחירים	
	אסטוניה	איסור על סיטונאים להחזיק במניות של בתי מרקחת כלליים כדי למנוע אינטגרציה אנכית	
	גרמניה, צ'כיה	הטלת חובת חיסון לילדים	

המדינה שבה בוצעה הרפורמה		רפורמה	אבן בניין
2021	2020		
	הונגריה, לטביה	הידוק הפיקוח על הפעילות הכלכלית של בתי חולים במטרה לצמצם ואף למנוע גירעונות	מנהיגות/ משילות
	פולין	פרויקט להערכת טכנולוגיות בבתי חולים	
	רומניה	פרויקט לתיאום ושליטה יעילים יותר בכל הקשור לפנדמיית הקורונה	
רוסיה	סלובקיה	יצירת תקן מדיני חדש לאיכות שירותי בריאות: קביעת מדדי איכות וזמני המתנה מקסימליים; יצירת תחרות בין חברת הביטוח הציבורית ובין החברות הפרטיות	
	בריטניה ואירלנד	הקמת מחלקה משותפת לבריאות הציבור במשרד הבריאות	

4. דיון: הרפורמות בתחומים של אבני הבניין מקדמות השגת מטרות ביניים ויעדים של מערכות בריאות

במחקר מהיר זה נסקרו יותר מ-200 רפורמות שבוצעו בין השנים 2020-2021 ב-32 מדינות באירופה ובצפון אמריקה וכן תוכניות אסטרטגיות לשנת 2022 והלאה. בסקירה עלו כמה נושאים רחביים שמעסיקים מדינות רבות: בריאות הנפש, הרחבת הכיסויים של הביטוח הציבורי (הוספת שירותים, אוכלוסיות ומימון השירותים), שיפור הנגישות וצמצום פערים, תיאום והמשכיות הטיפול.

בחינת הרפורמות לעומק מאפשרת לזהות מגמות של שינוי ולגבש מסקנות כוללות על כיוון חדש של מערכות בריאות.

אפשר להסיק כי על ידי רפורמות באבני הבניין של מערכות הבריאות, מדינות באירופה, קנדה וארצות הברית מקדמות את השגת מטרות הביניים ואת היעדים של מערכות הבריאות. להלן סיכום הרפורמות העיקריות שמשיגות את מטרות הביניים של מערכות הבריאות.

שיפור הנגישות לשירותי בריאות

נגישות לשירותי בריאות מוגדרת על ידי ה-Institute of Medicine (1993) כ"שימוש בשירותי בריאות אישיים בזמן, כדי להשיג את תוצאות הבריאות הטובות ביותר שאפשר" (Gulliford et al., 2002). ישנם מדדים אחדים המשקפים את מידת הנגישות של אדם לשירותי בריאות. מדדים אלו נוגעים בעיקר לשלושה סוגי חסמים (Millman, 1993): הראשון הוא חסם מבני, הכולל זמינות, לרבות זמן המתנה, ארגון ומרחק מן השירות; החסם השני נוגע למידת המימון הציבורי ולתשלום השתתפות עצמית; והחסם השלישי נוגע למאפיינים אישיים של האדם דוגמת (התאמה של) תרבות, שפה, אמון, או רקע חברתי-כלכלי. נגישות לשירותי בריאות מניחה שאין פערים בין קבוצות אוכלוסייה שונות.

הרפורמות שנסקרו מקדמות את הנגישות של האוכלוסייה לשירותי בריאות, בעיקר בדוגמאות שלהלן:

1. פיתוח שירותים דיגיטליים לשיפור הזמינות ולצמצום מרחק. לרבות ביקורים מקוונים, מרשמים ותיקים רפואיים (אוסטריה, בלגיה, קנדה, יוון, אסטוניה, צרפת, גרמניה, הונגריה, ליטא, נורווגיה, פולין, רומניה, ספרד, שוודיה)
2. שיפור הנגישות הפיזית לבתי חולים: הסעה, בנייה נגישה; רכישת מסוק-אמבולנס להטסת חולים; הגדלת כמות האמבולנסים ומוקדי החירום כדי לצמצם פערים גאוגרפיים (בריטניה, נורווגיה, ליטא)
3. צמצום פערים בשיעורי הצוותים הרפואיים הפרושים באזורים גאוגרפיים שונים: קביעת שיעור מינימלי אשר מעבר לו יינתנו סובסידיות מן המדינה להשקעה בצוותים רפואיים נוספים (סלובקיה)
4. הפעלת תוכנית השקעה ברכישת ציוד רפואי מתקדם לשיפור הזמינות (ספרד)
5. הפעלת תוכניות לקידום בריאות ומניעה לשיפור הזמינות ולצמצום פערים בין אוכלוסיות (אסטוניה, שווייץ)
6. שיפור הנגישות על ידי התאמת השירותים למאפיינים האישיים של האדם, על ידי איסוף המידע הרפואי והנגשתו (כגון תיקים רפואיים ממוחשבים) למטפלים, למטופלים ולרגולטור (בלגיה, ספרד, צ'כיה, גרמניה)

7. הקמת מאגר מידע מיוחד לקורונה (בולגריה, ספרד)

8. שיפור הנגישות הכלכלית על ידי הורדת מחירים ושיפור העלות-תועלת של המערכת: יצירת מערכת הפקת מרשמים לאומית עם מחירים אחידים (בולגריה); יצירת הסכמי התקשרות עם ספקים מתוך מאגר (יצירת מחיר תחרותי ובהיקף גבוה) (קפריסין, ליטא)

הרחבת הכיסוי האוניברסלי וקידום הגנה כלכלית

ארגון הבריאות העולמי והבנק העולמי מגדירים הגנה כלכלית כאשר אין חסם כלכלי לנגישות לשירותי בריאות, וכאשר תשלומים ישירים (הוצאות בריאות מן הכיס) או השתתפות עצמית להשגת שירותי בריאות אינם מהווים גורם למצוקה כלכלית (Wagstaff, WHO & World Bank, 2021; WHO, 2008). כיסוי אוניברסלי הוא תנאי מקדים להגנה כלכלית והוא מורכב משלוש ממדים: האוכלוסיות המכוסות, השירותים המכוסים ומידת המימון הציבורי (WHO, 2022b).

רפורמות רבות עסקו בהרחבת הכיסוי של מערכות בריאות כדי לקרבן לכיסוי אוניברסלי: הוספת שירותים חדשים לסל, הוספת אוכלוסיות לביטוח הציבורי, הגדלת המימון הציבורי וצמצום ההשתתפות העצמית. להלן דוגמאות של רפורמות בתחומים אלו:

1. הוספת שירותים: כיסוי בדיקות סקר לגילוי מוקדם של מחלות, לרבות סרטן, עבור אנשים שאינם מבוטחים (ארצות הברית, סלובקיה ואסטוניה), הרחבת תוכנית הביטוח Medicare לכיסוי טיפולי שיניים, בדיקות שמיעה וראייה (ארצות הברית)
2. הוספת אוכלוסיות: ביטוח רפואי ציבורי לפליטים (קנדה), דיירי רחוב (צ'כיה), מבוגרים שאינם עניים ואינם זקנים (אירלנד, קפריסין, ארצות הברית). איחוד ביטוחי בריאות מחוזיים ויצירת ביטוח בריאות ציבורי אחיד לכלל אזרחי המדינה (אוסטריה)
3. הוספת מימון לשירותים קיימים: הרחבת הטיפול הסיעודי (קנדה, אסטוניה, סלובניה), הגדלת המימון הציבורי לתרופות ולטיפולים יקרים, לחיסונים, לטיפולי שיניים והוספיס (סלובקיה, סלובניה, ארצות הברית, קנדה, אסטוניה, צ'כיה, קפריסין)
4. הרחבת "רשת הביטחון" בתשלום השתתפות עצמית (צמצום תשלומים מן הכיס): פטור מהשתתפות עצמית ברכישת תרופות לכנסיונרים עם הכנסה נמוכה ולנכים (פינלנד, ספרד); תקרה אחידה לכל תשלומי ההשתתפות העצמית על שירותי בריאות (נורבגיה)
5. הגדלת מקורות המימון למערכת הבריאות הציבורית על ידי תוספת מכספי ממס (אסטוניה, פורטוגל, בולגריה, סלובניה, צ'כיה, ליטא, נורווגיה) או העלאת מיסים כלליים (בריטניה וליטא) ומס טבק (שווייץ, צ'כיה). יצירת תקציב בריאות רב-שנתי (בלגיה)

שיפור איכות ובטיחות הטיפול

איכות ובטיחות הטיפול חשובים כדי להפיק את התוצאות הרצויות מן הטיפול. טיפול איכותי מבוסס על ראיות בנוגע לסוג הטיפול הבטוח והמועיל ביותר לכל מטופל, הוא ממוקד במטופל (patient centered), וניתן בזמן הנכון, בתיאום בין המטפלים השונים וללא פערים בין אוכלוסיות (WHO, 2022a). רפורמות רבות מקדמות את איכות ובטיחות הטיפול במדינות באירופה ובצפון אמריקה:

1. השקעה בבריאות ציבור: היערכות למשברים, קידום בריאות ורפואה מונעת, סקר לגילוי מוקדם של מחלות. חלק מן המדינות (בריטניה וספרד) מרכזות את שירותי בריאות הציבור בידי גוף ייעודי (לפעמים חדש), וחלקן מבזרות את השירות לרשויות המקומיות (סלובניה, פינלנד)

2. דגש על בריאות הנפש והתמכרויות: הרחבת הזמינות, הגדלת כוח האדם, שיפור הנגישות, השקעת תקציבים, פיתוח שירותי מניעה, אבחון וטיפול רחב (צ'כיה, דנמרק, פינלנד, מלטה, סלובקיה, בלגיה, צרפת, ליטא, שווייץ, אסטוניה)
3. שיפור המשכיות הטיפול וטיפול משולב לחולים כרוניים: יצירת מרפאות המשלבות כמה תחומי מומחיות (קנדה ובריטניה), וכן מרפאות לאבחון וטיפול בחולי קורונה ו-long COVID (יוון, דנמרק, אירלנד, הולנד, צ'כיה). תיאום טיפול בין בתי חולים ומרכזים לרפואה ראשונית לצמצום כפל שירותים (נורווגיה)
4. השקעה בכוח אדם: הרחבת מספר מקומות ההכשרה (גרמניה, צ'כיה, בולגריה), שיפור תנאי העבודה וקביעת מלגות לימודים ומחייה (בולגריה), הגדלת תקנים בבתי חולים (צרפת, גרמניה, הונגריה, איטליה, אסטוניה) ובקהילה (צרפת, אסטוניה)

גיבוש תוכניות אסטרטגיות אחרי פנדמיית הקורונה – "בונים מחדש טוב יותר"

פנדמיית הקורונה השפיעה רבות על תכנון התוכניות האסטרטגיות של מערכות בריאות באירופה ובצפון אמריקה. המוטו הוא "בונים מחדש טוב יותר", כלומר, הדגש הוא על שיקום כדי ליצור מערכות בריאות שיהיו חסינות למשבר הבא. לנוכח חוסר המוכנות של רוב המדינות להתמודדות עם פנדמיית הקורונה, הבינו מדינות באירופה ובצפון אמריקה את החשיבות של הכנת תוכניות להיערכות לאירוע משבר דוגמת אסון טבע, שינויי אקלים, מלחמה, איום כימי, מגפה, רעידת אדמה ואף משבר כלכלי חריף כמו זה שהתרחש בכמה מדינות בשנת 2008. לכן מדינות רבות עוסקות בתקופה זו בבניית תוכניות היערכות של מערכת הבריאות למקרי חירום או למשברים עתידיים. מלבד תוכנית פעולה, המדינות נערכות למשברים אלו מבחינת תכנון, ארגון והגדלת משאבים (דוגמת תרופות, חיסונים, מיטות אשפוז "גמישות" – שניתן לפתוח ולסגור לפי הצורך) וכן כוח אדם.

הגדלת היקף כוח האדם והשקעה בו הוא נושא שמעסיק מדינות רבות. במהלך פנדמיית הקורונה, הובן שצוואר הבקבוק בעל המשמעות הרבה ביותר שחוו מערכות בריאות היה מצוקת כוח אדם רפואי ומנהלי, אנשי מעבדה וכל יתר מקצועות הבריאות. בין אפריל ליוני 2020 הצליחו רוב המדינות לצמצם את מצוקת המשאבים הפיזיים שהפנדמיית הציבה למערכת, דוגמת מחסור בחומרי הגנה אישית (מסיכות וכפפות), מחסור במיטות טיפול נמרץ, מיטות אשפוז למטופלי קורונה ומשאבים אחרים. אולם, המצוקה והשחיקה של כוח האדם הקיים, עקב עבודה מרובה ולחץ רב, הייתה בעיה שאימה על מערכות בריאות מתחילת הפנדמייה ועד היום. מדינות רבות פועלות להגדלת היקף כוח האדם בתחומי בריאות רבים, הכוללים, בין היתר, רופאים ואחיות. מדינות שונות פועלות בכיוונים שונים, אבל הפעולות כוללות ניסיונות לצמצם את שחיקת כוח האדם הקיים, הכשרת כוח אדם חדש ושיפור תנאי העבודה. נוסף על כך שלוש מדינות (פולין, אסטוניה וסלובקיה) פועלות לחיזוק הרפואה הראשונית, במאמצים שהתחילו עוד לפני פרוץ הפנדמייה והתחזקו בשנתיים האחרונות.

סיכום

כדי לשקם את מערכות הבריאות אחרי פנדמיית הקורונה, ולתכנן את המערכת לעתיד הקרוב, מדינות עוסקות ב:

1. הפניית מטופלים מבתי חולים לקהילה, תוך דגש על תיאום והמשכיות טיפול, בעיקר טיפול במחלות כרוניות.
2. הרחבת הכיסויים של הביטוח הציבורי בשלושת הממדים של הכיסוי האוניברסלי: הרחבת השירותים המכוסים בסל הבסיסי, הרחבת האוכלוסיות המכוסות (דוגמת מהגרים) והרחבת מימון השירותים על ידי צמצום ההשתתפות העצמית של המטופלים.

3. השקעה בכוח אדם בכמה כיוונים: הרחבת ההכשרה של רופאים ושל אנשי כל מקצועות הבריאות, כדי להגדיל את זמינות השירותים; הרחבת הסמכויות של אנשי כל מקצועות הבריאות כדי להפחית את העומס המוטל על רופאים ואחיות; השקעה בתמיכה נפשית ורגשית במטפלים כדי לצמצם מצוקה ושחיקה בכוח האדם הקיים.
4. הרחבת תקציב מערכת הבריאות, בעיקר על ידי הגדלת חלקן של הממשלות (כספים ממיסים כלליים) במימון המערכת. גישה זו מחליפה את הגישה של ריסון הוצאות על בריאות, שהייתה נהוגה בהרבה מן המדינות האלה עד לתחילת פנדמיית הקורונה.
5. שיפור הנגישות לשירותים, בעיקר על ידי פיתוח רפואה דיגיטלית. רפואה דיגיטלית התפתחה מהר במהלך פנדמיית הקורונה, ומערכות הבריאות ממשיכות להרחיב את השירותים הניתנים דיגיטלית. הן גם עוסקות בשיפור מודעות האוכלוסייה לאפשרויות החדשות בשירותים הדיגיטליים, ובקידום הנגישות, ההתאמה והאוריינות של אוכלוסיות הנוהגות להשתמש בשירותים אלו פחות מן הממוצע, דוגמת קבוצות מיעוטים.

- Blum, M., Qien, H., Carmichael, H., A. Heidenreich, P., K. Owens, D., & Goldhaber-Fiebert, J. (2020). *Cost-Effectiveness of Transitional Care Services After Hospitalization With Heart Failure*. Retrieved from SHP Publications: <https://healthpolicy.fsi.stanford.edu/publication/cost-effectiveness-transitional-care-services-after-hospitalization-heart-failure>
- Chatterjee, U., & Smith, O. (2021). *Going Granular: Equity of Health Financing at the District and Facility Level in India*. Retrieved from Health Systems & Reform: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2021.1924934?scroll=top&needAccess=true>
- Department of Health and Social Care. (2021, 03 29). *The future of public health: the NIHP and other public health functions*. Retrieved from gov.uk: <https://www.gov.uk/government/publications/the-future-of-public-health-the-nihp-and-other-public-health-functions>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does "access to health care" mean? *Journal of health services research & policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Institute of Medicine, Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. *Access to health care in America*. Washington, DC: National Academy Press; 1993. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
- Millman, M. (1993). *A model for monitoring access - Access to health care in America - NCBI Bookshelf* (Institute of Medicine (US) Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services, Ed.). National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235891/>
- Polin, K., Hjortland, M., Maresso, A., van Ginneken, E., Busse, R., & Quentin, W. (2021). Major health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019; expert informed identification, clustering, and analyses over time of "top-three" national reforms. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.005>
- Reed, S., Schlepper, L., & Edwards, N. (2022). *Health system recovery from Covid-19: International lessons for the NHS | The Nuffield Trust*. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/health-system-recovery-from-covid-19-international-lessons-for-the-nhs>
- Wagstaff, A. (2008). Measuring financial protection in health. *The World Bank - Policy Research Working Papers*. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-4554>

WHO (World Health Organization). (2022a, May 18). *Quality of care*.

https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

WHO (World Health Organization). (2022b). *Tracking universal health coverage: 2021 Global monitoring report*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

WHO (World Health Organization) & World Bank. (2021). *Global monitoring report on financial protection in health 2021*.

<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36723>

WHO (World Health Organization). (2007). *Every body's business: Strengthening health systems to improve health outcomes who's framework for action*. https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf