



# רפורמות מרכזיות במערכות בריאות באירופה, ארצות הברית וקנדה בשנים 2022 ו-2023

רינה מעוז ברויאר      רות וייצברג

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק  
תרגום לאנגלית (תקציר): דוד סימר  
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

הסקירה הוזמנה על ידי משרד הבריאות ומומנה בסיועו

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | טבת תשפ"ד | דצמבר 2023

# תקציר

## רקע ומטרה

המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לסקור את הרפורמות והשינויים העיקריים שבוצעו במערכות הבריאות במדינות באירופה, בארצות הברית ובקנדה. מטרת הסקירה היא לזהות את הנושאים והמגמות שבהם עסקו מערכות בריאות במדינות אלו בשנים 2022–2023.

## שיטה

שיטת הסקירה איכותנית ומבוססת על ניתוח טקסט. הסקירה התבססה על ניתוח משני של נתונים שנאספו על ידי חוקרות מרשת HSPM (Health Systems and Policies Monitor). הניתוח נערך לפי המסגרת האנליטית "אבני הבניין של מערכות הבריאות" (health system building blocks) של ארגון הבריאות העולמי, כך שכל רפורמה סווגה לפי אחת משש אבני הבניין: הספקת שירותי בריאות; כוח אדם; מידע; שירותי בריאות; מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות; מימון ומנהיגות/משילות. מסגרת אנליטית זו מקובלת בספרות החוקרת מערכות בריאות בעולם ומסייעת בהבנת התפקידים, היעדים והמטרות של מערכות הבריאות.

## ממצאים

בסקירה זו נסקרו 87 רפורמות שהונהגו ב-32 מדינות באירופה, בארצות הברית ובקנדה. הרפורמות נבחרו על ידי חוקרות ברשת HSPM בתור הרפורמות המרכזיות במדינתן, רפורמות המעידות על הנושאים הבווערים בהן ועל אופן הטיפול בהם. מרבית הרפורמות היו באבני בניין "הספקת שירותים" ו"מימון". אבני הבניין שבהן מספר הרפורמות המועט ביותר היו "מידע" ו"שירותי בריאות": מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות. הרפורמות נוגעת במגוון אוכלוסיות: תושבי פריפריה, נשים הרות, מתמודדי נפש, חולים מורכבים ומטופלים בסוף החיים. זוהו נושאים רוחביים אחדים המעסיקים מדינות רבות: השקעה בכוח אדם, בריאות הנפש, טיפול בית, קידום בריאות וכן רפואה ראשונית ושניונית. נושא נוסף שעלה בחלק מן המדינות שנסקרו הוא גיבוש תוכניות אסטרטגיות אחרי מגפת הקורונה.

## דיון

מרבית הרפורמות שנסקרו נועדו להשיג שני יעדים: שיפור הנגישות לשירותים ושיפור איכות הטיפול. הרפורמות לשיפור נגישות השירותים כללו שיפור הזמינות על ידי ניסיונות להגדיל את התפוקה של כוח האדם הקיים; שיפור הזמינות על ידי הגדלת מאגר הספקים; והרחבת הכיסוי הציבורי כדי לשפר את הנגישות הכלכלית ואת ההגנה הכלכלית. הרפורמות שנועדו לשפר את איכות הטיפול עשו זאת באמצעות שיפור המיקוד במטופל; שיפור התשתית הארגונית; שיפור המשילות; ושינוי שיטת התשלום. נוסף על כך מדינות מתכננות תוכניות להיערכות למשברים בעתיד הקשורים לשינויי אקלים וכתגובה למגפת הקורונה.

## סיכום

המסגרת האנליטית מאפשרת לאחד את המינוח (טרמינולוגיה), ולהצביע על מגמות ברפורמות בריאות על ידי סיווגן לפי האסטרטגיות להתמודדות ולשיפור באבני הבניין כדי להשיג מטרות ויעדים של מערכת הבריאות: קרי, טיפול רפואי איכותי ונגיש.

## תוכן עניינים

1	1. רקע ומטרה
1	2. שיטה
3	3. ממצאים
8	4. מגבלות הסקירה
9	5. דיון
13	סיכום
14	עוד פרסום של המכון בנושא
15	מקורות
16	נספחים
16	נספח א: פירוט הרפורמות לפי מדינה
24	נספח ב: רפורמות הקשורות לשינויי האקלים, לפי מדינה

## רשימת לוחות ותרשימים

2	תרשים 1: מסגרת אנליטית: אבני הבניין שעליהן נשענות מערכות בריאות
3	לוח 1: רשימת רפורמות לשנים 2022–2023 לפי אבני הבניין שעליהן נשענות מערכות בריאות

# 1. רקע ומטרה

המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לסקור את הרפורמות ושינויי המדיניות שהונהגו במערכות הבריאות במדינות באירופה, בארצות הברית ובקנדה. מטרת הסקירה היא לזהות את הנושאים שבהם עוסקות מערכות בריאות במדינות אלו וכן מגמות חדשות בשנים 2022–2023. סקירה זו מהווה המשך לסקירה שנערכה בשנת 2022 (וייצברג ולורן, 2022) ובוצעה בשיטה דומה.

## 2. שיטה

שיטת הסקירה איכותנית ומבוססת על ניתוח טקסט. הסקירה התבססה על ניתוח משני של נתונים שנאספו על ידי חוקרות מרשת Health Systems and Policies Monitor (HSPM) והיא כוללת 32 מדינות<sup>1</sup> החברות בארגון זה. כל חוקרת מדווחת באופן שוטף על שינויי מדיניות, רפורמות והתפתחויות חשובות במערכות הבריאות במדינתה באתר [European Observatory on Health Systems and Policies](#). כמו כן אחת לשנה, כל חוקרת בוחרת את שלוש הרפורמות המרכזיות שהונהגו במדינתה במשך השנה ומציגה אותן במכש של ה-HSPM. הסקירה התבססה על רשימת הרפורמות שהוצגו. המידע הושלם על ידי סקירת העדכונים באתר.

כדי לנתח את תוכני הרפורמות שנמצאו נבחרה מסגרת אנליטית של ארגון הבריאות העולמי – "אבני הבניין של מערכות בריאות" (health system building blocks) (World Health Organization [WHO], 2007). מסגרת אנליטית זו מקובלת בספרות החוקרת מערכות בריאות בעולם ומסייעת בהבנת התפקידים, היעדים והמטרות של מערכות הבריאות. לפי מסגרת זו מערכת בריאות נשענת על שש אבני בניין: הספקת שירותי בריאות; כוח אדם; מידע; שירותי בריאות; מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות; מימון; ומנהיגות/משילות (להסבר קצר על אבני הבניין ראו קופסה 1). תפקוד טוב של כל אבני הבניין הללו גם יחד תורם להשגת יעדים של איכות ובטיחות הטיפול, נגישות וכיסוי ביטוח אוניברסלי, אשר בתורם תורמים להשגת מטרות העל של מערכות בריאות, ובהן: שיפור הבריאות, היענות לצורכי האוכלוסייה, הגנה כלכלית ושיפור היעילות (ר' **תרשים 1**) (WHO, 2007). כדי לחזק את התוקף והמהימנות של הממצאים, בוצע ניתוח הנתונים עם תילות (triangulation<sup>2</sup>), כלומר שתי החוקרות ניתחו כל אחת בנפרד את הלוח, סיווגו כל רפורמה לפי מאפייניה ולאחר מכן השוו בין ממצאיהן.

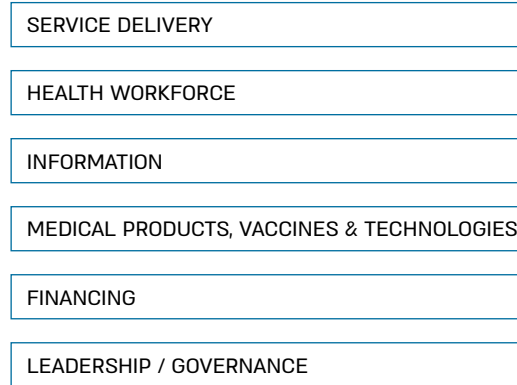
<sup>1</sup> אוסטרליה, איטליה, אירלנד, אסטוניה, ארצות הברית, בולגריה, בלגיה, בריטניה, גרמניה, דנמרק, הולנד, הונגריה, יוון, לטביה, ליטא, מלטה, נורווגיה, סלובניה, ספרד, סקוטלנד, פולין, פורטוגל, פינלנד, צ'כיה, צרפת, קנדה, קפריסין, קואטיה, רומניה, רוסיה, שוודיה, שווייץ.

<sup>2</sup> תילות היא אסטרטגיה במחקר איכותני לבדיקת תוקף ממצאים ממקורות מידע שונים. "תילות בין חוקרים" פירושה, השתתפותם של שניים או יותר חוקרים בניתוח ובפירוש של תוצאות. סוג זה של בדיקה יכול להציג נקודות מבט אחדות המוסיפות עומק לתופעה הנבחנת ואישוש לפירוש הממצאים (Patton, 1999).

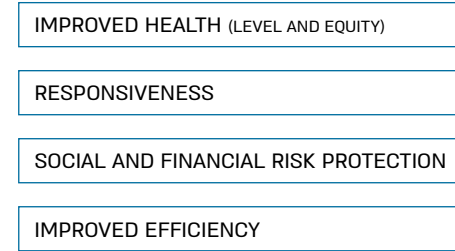
## תרשים 1: מסגרת אנליטית: אבני הבניין שעליהן נשענות מערכות בריאות

### THE WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK

#### SYSTEM BUILDING BLOCKS



#### OVERALL GOALS / OUTCOMES



מקור: WHO, 2007

### קופסה 1: שש אבני הבניין שעליהן נשענות מערכות בריאות

1. הספקת שירותי בריאות (service delivery): הספקת שירותי בריאות יעילים, בטוחים, באיכות גבוהה, לכל מי שצריך, מתי והיכן שצריך, תוך חיסכון במשאבים
2. כוח אדם (health workforce): כוח אדם מגוון, בכמות מספקת, איכותי, שמבצע את עבודתו באחריות, בהוגנות וביעילות לשם השגת תוצאי בריאות מיטביים, בהינתן משאבים זמינים ותנאים נאותים
3. מידע (information): מערכת שתדע להפיק, לנתח ולהפיץ מידע מהימן, תקופתי ועדכני על מצב מערכת הבריאות, על ביצועי המערכת ועל היבטים נוספים לפי צורך
4. מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות (medical products, vaccines & technologies): הבטחת זמינות וגישה שוויונית אל מוצרי בריאות, תרופות, חיסונים וטכנולוגיות רפואיות איכותיות, בטוחות לשימוש, יעילות וחסכוניות
5. מימון (financing): 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. מנהיגות/משילות (governance/leadership): הבטחת קיומה של מדיניות בריאות אסטרטגית המשלבת ראייה רחבה וקואליציונית, וכוללת הסדרה (רגולציה) מתאימה ומתן תמריצים נאותים לביצוע, תוך תשומת לב לתכנון המערכת ולאחריותיות

### 3. ממצאים

**לוח 1** מסכם את כל הרפורמות ושינויי המדיניות שנמצאו בכל מדינה, תוך סיווגם לפי אבני הבניין שעליהן נשענות מערכות בריאות (לפירוט נוסף על הרפורמות ר' **נספח א**). מרבית הרפורמות היו באבני בניין "הספקת שירותים" ו"מימון". מיעוט הרפורמות עסקו ב"מידע" וב"שירותי בריאות: מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות".

**לוח 1: רשימת רפורמות לשנים 2022–2023 לפי אבני הבניין שעליהן נשענות מערכות בריאות**

מדינות שיישמו את הרפורמה	סוג הרפורמה	אבן בניין שבנוגע אליה בוצעה הרפורמה	
בולגריה	רופאות שניוניות <sup>3</sup> מבתי חולים מרכזיים יספקו שירותים לקהילות חלשות	הספקת שירותי בריאות	1
צרפת	הורדת עומס מהרופאות הראשוניות: פנייה ישירה לאחיות מומחיות, לפיזיותרפיסטיות ולקלינאיות תקשורת, והרחבת סמכויות, למשל, של אחיות מומחיות (למתן מרשמים וביצוע הליכים רפואיים) ושל אופטומטריסטיות (להתאמת מרשם למשקפיים ועדשות מגע)	הספקת שירותי בריאות	2
שוויץ	מערכות הבריאות בקנטונים מורשות להגביל את מספר הרופאות כדי להגביל היצע שירותים ולרסן הוצאות	הספקת שירותי בריאות	3
אוסטריה, בולגריה, ליטא, קרואטיה	הקמה או הגדלה של מרכזי רפואה בקהילה המשלבים רפואה ראשונית ושינונית	הספקת שירותי בריאות	4
נורווגיה, פורטוגל, אסטוניה	הקמת קהילות בריאות תוך שיתוף פעולה בין בתי החולים ובין העיריות או רשתות הטיפול הראשוני כדי להקל על רצף הטיפול	הספקת שירותי בריאות	5
בלגיה, יוון	הרחבת שירות אשפוז בית, לטיפול במחלות כרוניות מורכבות ולמתן אנטיביוטיקה דרך הוויד	הספקת שירותי בריאות	6
קרואטיה, אירלנד	הפעלת תוכנית לניהול טיפול רפואי וסיעודי בחולים מורכבים	הספקת שירותי בריאות	7
הונגריה	העברת האחריות לטיפול בחולים כרוניים מורכבים לשירותי הרווחה	הספקת שירותי בריאות	8

<sup>3</sup> משום שבכל המקצועות ישנם גברים ונשים, לשם האחידות ננקטה לשון נקבה לתיאור אנשי ונשות המקצוע, זאת ללא קשר לחלוקה המגדרית בתוך כל מקצוע.

מדינות שיישמו את הרפורמה	סוג הרפורמה	אבן בניין שבנוגע אליה בוצעה הרפורמה	
צ'כיה	העברת המעקב אחר חולים אונקולוגיים מיוצבים לרופאות המשפחה. התשלום על כך מבוצע באמצעות תשלום עבור שירות (fee for service)	הספקת שירותי בריאות	9
אירלנד, קנדה	חיזוק היכולת של מטופל עם מוגבלויות לקבל החלטות	הספקת שירותי בריאות	10
אסטוניה, דנמרק	הפעלת תוכנית לאומית לבריאות הנפש והגדלת המימון הניתן לשירותי בריאות הנפש	הספקת שירותי בריאות	11
יוון, מלטה	הפעלת תוכנית לאומית להרחבת ההיצע והנגישות לטיפול פליאטיבי	הספקת שירותי בריאות	12
פינלנד, דנמרק	הגדרה של חבילות טיפול במחלות	הספקת שירותי בריאות	13
קפריסין, אוסטריה, בלגיה, הונגריה	הרחבת שעות הפתיחה של מרפאות כולל בערבים, בסופי שבוע ובחגים	הספקת שירותי בריאות	14
הונגריה, בלגיה, אוסטריה, בולגריה	הפעלת תוכניות שמטרתן לשפר את הפריסה הגאוגרפית של הרפואה הראשונית	הספקת שירותי בריאות	15
צ'כיה	תיאום תוכניות למניעת מחלות עם המכון הלאומי למידע בריאות וסטטיסטיקה, כדי להבטיח יחס עלות-תועלת גבוה	הספקת שירותי בריאות	16
קפריסין	הרחבת המימון לבתי חולים שפותחים מוקדים לרפואה דחופה	הספקת שירותי בריאות	17
אוסטריה, הולנד, בלגיה	העברת משימות ארגוניות וניהוליות של רופאות לנשות מקצוע אחרות	כוח אדם	18
דנמרק, בריטניה	תוספת כוח אדם מגוון (סטודנטיות, צוות בפנסיה) ותפקידים חדשים (עוזרות רופאה, עוזרות אחות ועוד)	כוח אדם	19
אירלנד, יוון	הסדרה של העבודה במגזר הפרטי לצד העבודה במגזר הציבורי	כוח אדם	20
בריטניה	הפחתה בשעות ההכשרה המעשית לסייעוד הנדרשות להסמכה כדי לזרז את היציאה לשוק העבודה	כוח אדם	21
דנמרק	הקלה על קבלת הרשאה לעבודה לצוות רפואי ממדינות זרות וקיצור תהליך ההרשאה	כוח אדם	22
מלטה, נורווגיה, פורטוגל	תכנון אסטרטגי וניהול יעיל של כוח אדם רפואי למשל, מערכת משותפת לתכנון כוח אדם בבריאות, מערכת משאבי אנוש חדשה אחידה	כוח אדם	23

מדינות שיישמו את הרפורמה	סוג הרפורמה	אבן בניין שבנוגע אליה בוצעה הרפורמה	
סלובקיה, שווייץ, הולנד, מלטה	הטבה בתנאי העבודה – העלאה בשכר, פיתוח מקצועי, שיפור איזון בית עבודה	כוח אדם	24
ספרד, יוון	משיכת כוח אדם לתקנים שקשה לאייש באמצעות תמריצים כלכליים או הפיכתם לתקן משרה חלקית	כוח אדם	25
פולין	פתיחת האפשרות להכשיר רופאות בבתי ספר מקצועיים כאשר חלק מההכשרה תהיה בסימולטורים	כוח אדם	26
פולין	הסדרת תנאי העיסוק במקצועות הבריאות והקמת רשם מרכזי במשרד הבריאות	כוח אדם	27
ספרד, שוודיה, לטביה, סלובניה	פיתוח אסטרטגיה דיגיטלית ושיפור זמינות הנתונים	מידע	28
ספרד, פולין, שווייץ	שיתוף נתוני בריאות לצורך מחקר או פרסום נתונים לטובת הציבור	מידע	29
קפריסין	פיתוח במערכות המידע המאפשר קיבוץ חולים כרוניים כדי להקל על הרופאות האישיות (ראשונית ושניונית) במעקב ובטיפול	מידע	30
שווייץ, שוודיה	הקמת תיק רפואי דיגיטלי נגיש למטופל ולמטפלת	מידע	31
דנמרק	רפורמה בניהול המידע בנוגע לטרטן מעי הכוללת חיזוק של נוהלי דיווח ודגש על נהלים נכונים ליידוע מטופלים על אפשרויות הטיפול	מידע	32
גרמניה, צרפת	הכללת רכיב של איכות בתשלום לבתי חולים	מימון	33
הולנד	הוספת תשלום עבור ביצוע (pay for performance) [P4P] למטפלות בבריאות הנפש למבוגרים בקהילה ובאשפוז	מימון	34
דנמרק	מתן תמריצים עבור עבודה נוספת בבתי חולים	מימון	35
קנדה, דנמרק	מימון ציבורי לבתי חולים פרטיים (דנמרק) ולמרפאות כירורגיות פרטיות (קנדה) כדי להגדיל את ההיצע לניתוחים קלים ולצמצם זמני המתנה	מימון	36
בולגריה	מיסוד שיטת תשלום חדשה למוסדות בריאות שמתמודדת עם מחסור בכוח אדם בכריפריה	מימון	37
סלובניה	יצירת ביטוח סיעודי חובה והכשרת סטנדרט לאומי – כלי מדידה להערכת צרכים וזכאויות	מימון	38

מדינות שיישמו את הרפורמה	סוג הרפורמה	אבן בניין שבנוגע אליה בוצעה הרפורמה	
ארצות הברית	צמצום תנאי הזכאות לביטוח הבריאות הממשלתי שהורחבו בעקבות מגפת הקורונה	מימון	39
סלובניה	ביטול ביטוחי הבריאות המשלימים והחלת הפרשה קבועה לביטוח בריאות	מימון	40
איטליה, בולגריה, רומניה, אירלנד, צרפת	הרחבת הכיסוי הביטוחי והזכאות לשירותי בריאות: הוספת שירותים לסל (אירלנד, צרפת, איטליה – בריאות הנפש) / הרחבת השירותים לאוכלוסיות לא מכוסות (רומניה) או הרחבת האוכלוסיות המכוסות (בולגריה)	מימון	41
סלובקיה	הפעלת תוכניות הבראה שכוללות צמצום הוצאות והגברת יעילות ההקצאה של משאבי קופות חולים שבגירעון: הצעדים מחולקים לשניים – חיסכון אדמיניסטרטיבי בתפעול וצמצום טיפולים ובדיקות מיותרות	מימון	42
רומניה, בולגריה	הוספת P4P לרופאת המשפחה לבדיקות סקר	מימון	43
בלגיה	פיתוח שיטה חדשה לתשלום החזר ליישומים רפואיים כדי לשפר את הנגישות לשירותי בריאות דיגיטליים	מימון	44
הולנד, בריטניה	חתימה על הסכם של הידוק השותפות בין מערכת הבריאות למערכת הרווחה	מנהיגות/משילות	45
הולנד	הידוק הקשר בין רשות הבריאות למדינה כדי להקל את ההנחיות לשעת חירום ולשפר את התיאום ברפואה אקוטית	מנהיגות/משילות	46
איטליה	הרחבת האוטונומיה של השלטון האזורי בתחום הבריאות	מנהיגות/משילות	47
ליטא	העברת שירותי האמבולנס מאחריות העיריות למשרד הבריאות	מנהיגות/משילות	48
הונגריה	העברת האחריות לקביעת תחומי האחריות של רופאות מהעיריות למנהל הארצי לבתי החולים	מנהיגות/משילות	49
קואטיה	חיזוק מערכת בתי החולים ושיפור ניהולם על ידי העברת בעלות על בתי החולים הכלליים מהמחוזות למדינה	מנהיגות/משילות	50
שוודיה	מערכת הבריאות מבוזרת מאוד לכן נעשים ניסיונות לחזק את האוטונומיה של העיריות, בייחוד ביכולתן להעסיק רופאות	מנהיגות/משילות	51
הונגריה, פינלנד, קנדה	העברת האחריות לשירותי הבריאות והעובדים מהעיריות למחוזות	מנהיגות/משילות	52

מדינות שיישמו את הרפורמה	סוג הרפורמה	אבן בניין שבנוגע אליה בוצעה הרפורמה	
ליטא	מיסוד רפורמה ברשת בתי החולים: שינוי (סגירה/מיזוג) בשירותי בריאות אזרחיים כפריים לשם התייעלות ויצירת מרכזי טיפול ייעודיים למחלות מדבקות	מנהיגות/משילות	53
סלובניה, פורטוגל	יזמה של תוכניות מקיפות – פורטוגל: צמצום אי-השוויון וזיהוי הצרכים והציפיות של האוכלוסייה; השקעה בבריאות הציבור (קידום התנהגות בריאה, מזעור ההשפעות של שינויי אקלים) סלובניה: הפיכת המוסד לביטוח בריאות ממממן שירותי בריאות לרוכש פעיל של שירותים; השקעה בשירותי חירום וסיעוד	מנהיגות/משילות	54
נורווגיה	מיסוד רפורמה במינהל הבריאות המרכזי, בתפקידיו ובאחריות שלו	מנהיגות/משילות	55
לטביה, פולין	התניית אספקת שירותים בבתי חולים בקבלת הסמכה תוך עמידה בתקני איכות	מנהיגות/משילות	56
אוסטריה	הרחבת סל השירותים לנשים הרות ויילודים כולל ייעוץ בהריון, סקרי יילוד, בדיקות שמיעה, תזונאית והדרכת הורים	שירותי בריאות: מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות	57
אסטוניה, ארצות הברית, סלובקיה, רומניה, צ'כיה	שיפור זמינות תרופות וחסונים	שירותי בריאות: מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות	58
אירלנד, צרפת	מימון מלא לאמצעי מניעה	שירותי בריאות: מוצרים רפואיים, חיסונים וטכנולוגיות	59

## 4. מגבלות הסקירה

הנתונים נאספו ותוארו על ידי חוקרות מרשת HSPM, והחוקרות במחקר זה הסתמכו על פירושן את התכנים של הרפורמות. ייתכן כי לחוקרות אחרות הייתה פרשנות שונה. עם זאת, סביר להניח כי הידע המקצועי והמדעי של החוקרות מרשת HSPM תורם ליכולתן לתאר שינויי מדיניות לקהל בין-לאומי שלא מכיר לעומק את כל מערכות הבריאות באירופה, קנדה וארצות הברית וכי התיווך שלהן לאיסוף הנתונים משפר את תוקף הנתונים של מחקר זה. גם הבחירה בשלוש הרפורמות החשובות ביותר היא פרשנות של חוקרות מרשת HSPM, אך ניסיוןן של החוקרות והיכרותן את מערכות הבריאות במדינותיהן, כמו גם חוות דעתן המקצועית, דווקא מהוות ערך מוסף לממצאי המחקר. לחוקרות אלו יכולת לתעדף את הרפורמות החשובות ביותר במדינותיהן וכך הממצאים אינם עוסקים ברפורמות חשובות פחות.

## 5. דיון

פרק הממצאים סיווג את הרפורמות לפי אבני הבניין שהן מבקשות לשנות או לשפר. בפרק זה יוצגו הרפורמות לפי היעדים שהן מבקשות להשיג באמצעות אבני הבניין. אפשר להשיג כל יעד באמצעות רפורמות שונות באבני בניין שונים. הבחירה באמצעים להשגת היעדים צריכה להביא בחשבון את ההקשר המקומי, הבעיות הספציפיות של כל מדינה, המשאבים וכוח האדם העומדים לרשות כל מדינה, וכן האינטרסים של השחקנים המעורבים, דוגמת משרדי הבריאות והאוצר, ספקי השירותים והמטופלים.

### רפורמות לשיפור נגישות השירותים

היצע זמינות נאותים של שירותי בריאות הם תנאי מקדים אך לא מספיק לנגישות לשירותי בריאות. זמינות היא הרמה שבה מוצעים שירותי בריאות. אפשר למדוד זמינות לפי פיזור גאוגרפי של כוח אדם או מרפאות, שיעור כוח אדם לנפש, שעות בהיקף שווה ערך למשרה מלאה (FTE – full time equivalent) של מטפלים באזור, שעות פתיחה ופעילות של ספקים, מספר מטופלים בפרק זמן כמו יום או חודש, זמני המתנה לקבלת הטיפול, ועוד (Kuhlthau, 2011). נגישות השירותים לאוכלוסייה תלויה גם ברצון וביכולת של המטופל לצרוך את השירות. כמה חסמים עלולים להגביל את הנגישות לשירותים: האחד הוא מבני, וכולל זמינות, לרבות זמן המתנה, ארגון ומרחק מן השירות; השני הוא כלכלי ונוגע למידת המימון הציבורי ולגובה תשלום השתתפות עצמית; והשלישי נוגע למאפיינים אישיים של האדם, דוגמת התאמה תרבותית, שפה, אמון ורקע חברתי-כלכלי (Gulliford et al., 2002). לפיכך, נגישות נמדדת במונחים של ניצול שירותים או ויתור עליהם ותלויה בעלות, בנגישות הפיזית וברלוונטיות של השירותים ולא רק בהיצע שלהם או בזמינותם. רפורמות אחדות נועדו להתגבר על החסם הראשון (זמינות) והשני (כלכלי). לא נמצאו רפורמות שנועדו להתגבר על החסם השלישי (התאמת השירותים כגון התאמה תרבותית).

1. שיפור הזמינות על ידי ניסיונות להגדיל את התפוקה של כוח האדם הקיים ושימוש בשירותיו:

- שינוי בשיטת התשלום כדי לתמרץ גידול של כוח האדם הקיים וייעול הפעילות. למשל, תשלום לפי ביקור או פעולה אחרת המתמרת את הרופאות לטפל ביותר מטופלים או לבצע יותר בדיקות סקר מאשר שכר גלובלי (רפורמות מספר 9, 34, 43, 35)
- הרחבת הסמכויות של נשות המקצוע הנלוות לרופאות, כגון אחיות, עוזרות רופאה, רוקחות ומזכירות רפואיות. זאת כדי להקל על הרופאות ולהגדיל את מאגר המטפלות המבצעות את המשימות האלה. למשל, כתיבת מרשמים לתרופות מסוימות על ידי אחיות מומחיות (רפורמות מספר 2, 9, 18, 19)
- הרחבת שעות הפעילות של מרפאות כדי להתאימן טוב יותר לצורכי האוכלוסייה (רפורמה מספר 14)
- הנגשת טיפול רפואי לאוכלוסיות חלשות ולתושבי הפריפריה (רפורמות מספר 1, 37)

2. שיפור הזמינות על ידי הגדלת מאגר הספקים:

- הכנסת תשלום ציבורי לספקים פרטיים או הרחבתו וכן שימוש במערכת הפרטית כדי להגדיל את ההיצע במערכת הציבורית (רפורמה מספר 36)
- יישום הקלות להכשרה ולקליטה של כוח אדם חדש כדי להרחיב את מאגר הספקים, למשל קיצור משך ההכשרה המעשית בלימודי סיעוד (רפורמות מספר 21–23, 26, 27)
- שיפור בתנאי העבודה כדי למשוך נשות מקצוע לאייש תקנים או מקצועות שחסר בהם כוח אדם רב (רפורמות מספר 24, 25)
- שיפור פריסת שירותים לאזורים מרוחקים (רפורמה מספר 15)

3. הרחבת הכיסוי הציבורי כדי לשפר את הנגישות הכלכלית ואת ההגנה הכלכלית: 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 הוצאות קטסטרופליות או גורמים לצרכים שלא נענים (ויתור על שירותים) (Wagstaff, 2008; WHO & World Bank, 2021). כיסוי אוניברסלי הוא תנאי מקדים להגנה כלכלית והוא מורכב משלושה ממדים: האוכלוסיות המכוסות, השירותים המכוסים ומידת המימון הציבורי (WHO, 2022). מדינות פעלו כדי להרחיב את הכיסוי הציבורי בשלושת הממדים:

- הרחבת האוכלוסיות המכוסות (רפורמה מספר 41)
- הרחבת השירותים המכוסים (טיפול סיעודי, רפורמות מספר 38, 40, 41, 57, 59)
- הרחבת גובה המימון לשירותים (רפורמות מספר 58, 59)

## רפורמות לשיפור איכות הטיפול

איכות הטיפול חשובה כדי להפיק את התוצאות הרצויות מן הטיפול. טיפול איכותי הוא כזה שניתן בזמן הנכון, בתיאום בין המטפלים השונים וללא פערים בין אוכלוסיות. טיפול איכותי ממוקד במטופל, כלומר הוא מותאם לצרכים, להעדפות ולערכים של המטופל. טיפול איכותי הוא גם טיפול בטוח, יעיל ומבוסס ראיות (WHO, 2023a). נמצא שמדינות פעלו בשלושה אמצעים עיקריים כדי לשפר את איכות הטיפול:

1. שיפור המיקוד במטופל:

- תוכניות הנותנות מענה למגוון היבטים של בריאותו של הפרט במהלך חייו, תוך התחשבות ברווחה הפיזית, הנפשית והרגשית: בריאות הנפש (רפורמות מספר 10, 34), חולים מורכבים (רפורמות מספר 6–8, 30, 32), טיפול פליאטיבי (רפורמה מספר 11), טיפול סיעודי (רפורמה מספר 38)
- קידום בריאות ומניעת מחלות על ידי תוכניות ייעודיות (רפורמות מספר 16, 54), ייעוץ ותרוכות (רפורמות מספר 57–59), מעקב מתאים אצל הרופאה הראשונית (רפורמות מספר 30, 43) והידוק הקשר בין שירותי הרווחה והבריאות (רפורמה מספר 45)
- העצמת המטופל לקבלת החלטות בנוגע לטיפול בו על ידי מידע או סמכות חוקית (רפורמות מספר 10, 32)

## 2. שיפור בתשתית הארגונית:

- בניית מאגרי מידע ותיקים רפואיים דיגיטליים כדי לשפר את הנגישות והזרימה של המידע למטופל, וכך לחזק את עצמאותו; כדי לשפר את זרימת המידע למטפלת כדי לחסוך עלויות ולשפר את איכות הטיפול הניתן; וכן כדי לשפר את זרימת מידע לחוקרות וקובעות מדיניות לשם קבלת החלטות מושכלת ומבוססת ראיות (רפורמות מספר 28–32, 44)
- שינוי בארגון ובשיטת הספקת השירותים כדי ליצור טיפול משולב ולחזקו (ראשוני, שניוני ואשפוז) ולשפר את רצף הטיפול (רפורמות מספר 4–8, 16, 17)
- 3. שיפור במשילות: רפורמות רבות עוסקות במשילות ובחלוקת הסמכויות לשירותי בריאות כדי לתת מענה מותאם לצרכים המקומיים ולשפר את היענות של המערכת לצורכי האוכלוסייה:
  - ריכוז סמכויות והעברת האחריות לשירותי הבריאות או לעובדות מהעיריות למחוז או למדינה (רפורמות מספר 48–50, 52, 55)
  - הרחבת האוטונומיה של השלטון האזורי (רפורמה מספר 47) ושל העיריות (רפורמה מספר 51) בתחום הבריאות
- 4. שינוי בשיטת התשלום:
  - שינוי בשיטות התשלום והכללת רכיב של איכות ותשלום עבור ביצוע (P4P) (רפורמות מספר 34, 56)

## תוכניות לשיפור ההיענות של מערכות בריאות

### 1. תוכניות להתמודדות עם שינויי אקלים

לפי ארגון הבריאות העולמי, היענות היא אחת מהיעדים המרכזיים של מערכות בריאות (WHO, 2007). מערכת בריאות שיש לה היענות טובה היא כזו שחוזתה ומתאימה את עצמה לצורכי בריאות קיימים ועתידיים ולציפיות הסבירות של האוכלוסייה, ובכך תורמת לתוצאי בריאות טובים יותר (Darby et al., 2000). בשנים האחרונות שינויי אקלים נידונו בהרחבה כאיום מתמש שיכולות להיות לו השפעות ניכרות על העולם, ואף מערכות בריאות מתחילות להתייחס אליו. למשל, התחממות כדור הארץ, לרבות מקורות מים, שהובילה להתפרצות של מחלות באזורים חדשים, או טמפרטורות קיצוניות שהשפיעו על בריאות האוכלוסייה (הקרן לבריאות וסביבה ומשרד הבריאות, 2020). ארגון הבריאות העולמי מצביע על שינויי האקלים כאיום מהותי על בריאות האדם, כזה שמשפיע על כוח העבודה, על התשתיות ועל היכולת של המערכת לספק כיסוי אוניברסלי (WHO, 2023b).

אומנם מבין הרפורמות שנבחרו מרכזיות לשנים 2022–2023 לא היו רפורמות ייעודיות בנושא זה, אך נמצאו כמה התייחסויות לכך ברפורמות שנסקרו: בהולנד, שינוי האקלים היה אחד משלושה זרזים לחתימת הסכם בין-מגזרי בין שירותי רווחה ובריאות (רפורמה מספר 45); בתוכנית הלאומית המתוכננת בפורטוגל יש התייחסות למזעור ההשפעות של משבר האקלים (רפורמה מספר 54); באסטוניה, כחלק מרפורמה הקשורה בזמינות של תרופות, יש התייחסות לרישום תרופות מבוסס ראיות ורציונלי, תוך העלאת מודעות הציבור וצמצום הנזק הסביבתי של תרופות, למשל צמצום פסולת תרופות ופינוי מתאים שלה.

כיוון שמשרד הבריאות בישראל רואה בשינויי האקלים נושא חשוב במיוחד, נעשה חיפוש מכוון באתר ה-HSPM אחר רפורמות נוספות הקשורות לשינויי האקלים (ר' נספח ב). נמצאו שתי רפורמות, ובשתיהן התוכנית במערכת הבריאות היא חלק מתוכנית לאומית בנושא התמודדות עם שינויי האקלים. נושא נוסף שלעיתים נכלל בהתמודדות עם שינויי האקלים הוא הגנה מפני התפרצות של מחלות זיהומיות, בהן גם מחלות זואוונטיות (מחלה זיהומית אשר מועברת בין בני אדם ובעלי חיים) כמו מגפת הקורונה. אך כעת עיקר העיסוק של מערכות בריאות באירופה, ארצות הברית וקנדה נעשה ברמת תכנון תוכניות, וטרם נמצאו רפורמות שמבקשות לבצע שינויים בפועל במערכות הבריאות כתגובה לשינויי אקלים.

## **2. תוכניות אסטרטגיות אחרי מגפת הקורונה**

גורם נוסף שאפשר לזהות בכל המדינות שנסקרו הוא ההשפעה המתמשכת של מגפת הקורונה. המגפה הבליטה נקודות חולשה במערכות הבריאות, ובחלק מהמדינות העיסוק הוא בהפקת לקחים, בחיזוק המערכת ובהיערכות למקרי חירום ומשברים בעתיד (רפורמות מספר 21, 24, 46, 51, 53, 54). מנגד, ישנם שירותי בריאות שהוכנסו לסל הציבורי במהלך ההתמודדות עם מגפת הקורונה ונעשה תהליך של החלטה האם לאמץ את השינוי (רפורמה מספר 41) או לזנוח אותו (רפורמה מספר 39).

## סיכום

במחקר מהיר זה נסקרו 87 רפורמות מ-32 מדינות באירופה, ארצות הברית וקנדה. רפורמות אלו נבחרו על ידי חוקרות ברשת HSPM כרפורמות המרכזיות במדינה שלהם ומעידות על הנושאים הבווערים במדינות אלו ועל אופן הטיפול בהם. הניתוח נערך לפי מסגרת אנליטית "אבני הבניין של מערכות הבריאות" של ארגון הבריאות העולמי. המסגרת האנליטית מאפשרת לאחד את המינוח (טרמינולוגיה), ולהצביע על מגמות ברפורמות בריאות על ידי סיווגן לפי האסטרטגיות להתמודדות ולשיפור באבני הבניין כדי להשיג יעדים של מערכת הבריאות: קרי, טיפול רפואי איכותי ונגיש. המדינות פועלות כדי לשפר את **נגישות השירותים** על ידי הגדלת התפוקה של כוח האדם הרפואי הקיים, הגדלת מאגר הספקים והרחבת הכיסוי הציבורי; ואת **איכות השירותים** על ידי שיפור המיקוד במטופל, שיפור תשתית ארגונית, שיפור משילות, ושינוי בשיטת התשלום. נוסף על כך מדינות מתכננות תוכניות להיערכות למשברים בעתיד הקשורים לשינויי אקלים וכתגובה למגפת הקורונה.

## עוד פרסום של המכון בנושא

וייצברג, ר. ולורן, א. (2022). רפורמות, מגמות שינוי ותוכניות של מערכות בריאות במדינות באירופה, בקנדה ובארצות הברית, 2022-2020. דה-904-22

את הפרסום אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

## מקורות

- <https://www.ehf.org>. 103–93, 2020, בריאות וסביבה בישראל 2020, שינויי אקלים. (2020). [il/magazines/he/EnvHealthIsrael2020/92/](https://www.ehf.org/magazines/he/EnvHealthIsrael2020/92/)
- וייצברג, ר. ולורן, א. (2022). רפורמות, מגמות שינוי ותוכניות של מערכות בריאות במדינות באירופה, בקנדה ובארצות הברית, 2022-2020. דת-904-22. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/reforms-trends-and-planning-in-the-healthcare-systems/>
- Darby, C., Valentine, N., Murray, C.J.L., & De Silva, A. (2000). World Health Organization (WHO): Strategy on measuring responsiveness. GPE Discussion Paper series: No. 23. [https://www.researchgate.net/publication/268295796\\_World\\_Health\\_Organization\\_WHO\\_Strategy\\_on\\_Measuring\\_Responsiveness](https://www.researchgate.net/publication/268295796_World_Health_Organization_WHO_Strategy_on_Measuring_Responsiveness)
- 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://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902760082517>
- Kuhlthau, K. A. (2011). Measures of availability of health care services for children. *Academic Pediatrics*, 11(3), S42-S48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.11.007>.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34 (5 Pt 2), 1189–1208. PMID: 10591279; PMCID: PMC1089059.
- Wagstaff, A. (2008). *Measuring financial protection in health* (Vol. 4554). World Bank Publications. <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-4554>
- WHO (World Health Organization). (2007) *Every Body's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf?sequence=1).
- WHO (World Health Organization) & World Bank. (2021). *Global monitoring report on financial protection in health 2021*. <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/30e5cec5-023d-593e-8452-bd14ee2f1db3>
- WHO (World Health Organization). (2022). *Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
- WHO (World Health Organization). (2023a). *Quality of care*. [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)
- WHO (World Health Organization). (2023b). *Climate change*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

## נספח א: פירוט הרפורמות לפי מדינה<sup>4</sup>

מדינה	פירוט
אוסטריה	הקמת יחידות רפואה ראשונית – מרפאות רב-תחומיות (PHC) המנוהלות על ידי שלוש רופאות מההתמחויות האלה: משפחה/ ילדים/ גניקולוגיה. המרפאות מעסיקות לפי הצורך גם מיילדות, פסיכולוגיות, פסיכותרפיסטיות, פיזיותרפיסטיות, אחיות מומחיות ועובדות סוציאליות. מטרת היחידות היא לספק לקהילות המקומיות, במיוחד באזורים כפריים, מגוון רחב של שירותים ולהקל על מחלקות החוץ של בתי החולים. כל יחידה צריכה להבטיח שעות פעילות מורחבות, כולל בשעות הערב, בסופי שבוע ובחגים
אוסטריה	קופת החולים הגדולה באוסטריה נותנת תמריצים לרופאות לעבוד בפריפריה (50 מלגות לסטודנטיות שיתחייבו לעבוד במרפאות של הקופה באזורים מוחלשים לתקופה של לפחות 5 שנים מסיום הכשרתן), וכן חבילת תמיכה מקצועית המאפשרת לרופאות לבצע מיקור חוץ של משימות ארגוניות וניהוליות
אוסטריה	הרחבת סל השירותים לנשים הרות ויילודים (ייעוץ בהריון, סקרי יילוד, בדיקות שמיעה, תזונאית והדרכת הורים). כמו כן יופק כרטיס אם-תינוק דיגיטלי
איטליה	שירותי הבריאות הלאומיים באיטליה מבזרים מאוד ולכן בפני מערכת הבריאות ניצב אתגר הקשור לקשרים שבין המדינה לרמה האזורית. "אזורים מובדלת" מאפשרת להרחיב את העצמאות של השלטון האזורי בתחום הבריאות ולהתנתק מאזורים אחרים, למשל באספקת שירותי הבריאות
איטליה	בתקופת מגפת הקורונה ניתנה הטבה של פגישות פסיכותרפיה שנקראת "בונוס הפסיכולוג". הטבה זו הוכנסה באופן קבוע לסל ופותח מדד לקביעת הזכאות לקבלת השירות
אירלנד	חוקק חוק לקבלת החלטות נתמכת שממקסם את יכולתם של מטופלים לקבל החלטות ומאמץ מסגרת של קבלת החלטות נתמכת ומותאמת ליכולות של כל מטופל. החוק מבטל ומחליף את מערכת האפוטרופוסות שהייתה בעבר באירלנד ומסמן שינוי ניכר במדיניות ובפרקטיקה: מעבר מגישה רפואית לגישה מבוססת זכויות ויכולת, עם השפעות רבות במקרים של מטופלים הסובלים ממצבים רפואיים שעשויים להשפיע על קבלת החלטות הקשורות לטיפול, על בני משפחתם, על ספקי שירותי בריאות ועל שירותי הבריאות והרווחה
אירלנד	לרופאות יועצות העובדות בבתי חולים ציבוריים מוצע חוזה חדש המאפשר להן לעסוק בפרקטיקה פרטית בתנאי שמילאו את תנאי החוזה הציבורי שלהן – 37 שעות בשבוע (dual practice)
אירלנד	הוחלה סדרת רפורמות שמטרתן הגברת הנשיגות (affordability) של שירותי הבריאות, כגון ביטול השתתפות עצמית באשפוז, הרחבת זכאות לטיפול רפואה ראשונית, קבלת אמצעי מניעה בחינם והפעלת תוכנית לניהול מחלות כרוניות

<sup>4</sup> פירוט נוסף על הרפורמות אפשר למצוא באתר ה-HSPM

מדינה	פירוט
אסטוניה	הפעלת תוכנית פיתוח של רשת בתי חולים שכוללת: תוכניות לטיפול ראשוני, שירותי אמבולנס ופיתוח בתי חולים. התוכנית כוללת הצעה להפיכת כמה בתי חולים לבתי חולים קהילתיים אשר ישולבו ברשת הטיפול הראשוני
אסטוניה	הפעלת תוכנית פעולה לבריאות הנפש שכוללת אסטרטגיות מקיפות המכסות היבטים מגוונים של תמיכה בבריאות הנפש, החל ממניעה ותמיכה קהילתית ועד גישה לשירותי בריאות וניהול משברים
אסטוניה	קביעת מדיניות תרופות לאומית שעוסקת בשני היבטים: (1) זמינות פיזית וכלכלית של תרופות ותמיכה בפיתוח תרופות; (2) שימוש רציונלי ומבוסס ראיות בתרופות, העלאת מודעות הציבור לתרופות, צמצום ההשפעה הסביבתית של תרופות ופיתוח שירותי רוקחות איכותיים
ארצות הברית	דיונים על תנאי זכאות לכיסוי ביטוחי. אחד מאמצעי החירום שננקט במהלך מגפת הקורונה היה הגדלת שירותי הבריאות באמצעות הרחבת תנאי הזכאות לתוכנית הביטוח MEDICAID. התוכנית זכתה בהתאמה לעלייה בשיעור ההתאמה של המימון הפדרלי. כל זה הופסק ב-2023. משוער כי השינויים שהתוכנית צפויה לבצע בתנאי הזכאות ובהשתתפויות העצמיות יגרמו ל-15 מיליון מבטחים (מתוך 85 מיליון) לאבד את זכאותם
ארצות הברית	הגדלת תפקיד הממשלה ב-MEDICARE הביאה לדיונים על מחירי תרופות מרשם במטרה להפחית עלויות
בולגריה	חל שינוי בשיטת התשלום למוסדות בריאות שייצע להתמודד עם מחסור בכוח אדם בכריפריה; הוצע פיילוט שבו רופאות יועצות מבתי חולים מרכזיים יספקו שירותים לקהילות חלשות; נפתחו מוסדות בקהילה
בולגריה	רף הזכאות לתמיכה סוציאלית עלה לקו העוני הארצי, לכן גדל מספרם של הזכאים לביטוח בריאות על ידי המדינה. כמו כן ניתנה זכאות לביטוח בריאות על ידי המדינה לזכאי ההגנה הזמנית (פליטי המלחמה מאוקראינה)
בולגריה	החלת רפורמה בשיטת התשלום לרופאות המשפחה עבור ביצוע בדיקות מניעה. התעריף לבדיקה עלה ומחושב ביחס לשיעור כיסוי של בין 46%–60% מטופלים שנבדקו
בלגיה	הטמעה של תוכנית "בית חולים בבית" לטיפול בסרטן ולמתן אנטיביוטיקה דרך הווריד
בלגיה	החלת שיטת מימון חדשה עבור יישומים רפואיים כדי לשפר את הנגישות של רפואה דיגיטלית
בלגיה	נחתם חוזה מימון חדש הכולל ארגון מחדש של מרפאות רפואה ראשונית כדי להביא לפריסה מספקת של מרפאות; צמצום משימות אדמיניסטרטיביות; שיפור הנגישות למטופלים; השקעה במודל ארגוני טוב; פיתוח מודל מימון שמביא בחשבון טוב יותר כונוניות ושיתוף פעולה תוך תחומי ובין-תחומי, המשכיות טיפול, איכות ומניעה
בריטניה	הפעלת תוכנית לשיפור הנגישות לרפואה ראשונית, בדגש על זמינות תורים
בריטניה	הפעלת תוכנית לטווח ארוך להגדלת כוח האדם במערכת הבריאות, כולל הכפלה של מקומות ההכשרה לרופאות ולאחיות סיעודיות בעשור הקרוב, הפחתה בשעות ההכשרה המעשית בסיעוד הנדרשות להסמכה כדי לזרז את היציאה לשוק העבודה והכנסה של תפקידים חדשים (למשל עוזרות רופאה) שיבצעו חלק מהמשימות של רופאות ואחיות. התוכנית נועדה להגיב למגמות עדכניות באיוש שירותי הבריאות הציבוריים, כולל שיעורים גבוהים של התפטרות והיעדרות בשל מחלה שנצפו לאחר מגפת הקורונה

מדינה	פירוט
בריטניה	הושג הסכם בין COSLA, המייצגת את הרשויות המקומיות בסקוטלנד, בין ממשלת סקוטלנד ובין NHS להמשך חלוקת האחריות לשירותי הרווחה. הוסכם גם כי הממשלה המקומית תמשיך להחזיק באחריות לאספקת שירותי רווחה, וכן תקצה נכסים מקומיים וצוות
גרמניה	שינוי במודל המימון לבתי חולים
דנמרק	יצירת "חבילה אקוטית" לשם קיצור זמני המתנה ולתוספת תקנים מגוונים: תמריצים להרחבת היקף העבודה בבתי חולים, הרחבת מסגרת הזמן של הפניות מ-30 ל-60 יום וניצול מקומות בבתי חולים פרטיים. כמו כן תהליך ההרשאה לצוות רפואי ממדינות זרות יתקצר ויטייעל, וייעשה ניסיון להקל את העומס מהצוות הרפואי על ידי שימוש בסטודנטיות לרפואה, צוות רפואי בפנסיה וצוות אדמיניסטרטיבי
דנמרק	רפורמה בניהול המידע בנוגע לסרטן מעי שכוללת: בטווח הקצר – חיזוק נהלי דיווח בדגש על נהלים נכונים ליידוע מטופלים על אפשרויות הבחירה שלהם; בטווח הארוך – קבוצת עבודה שעובדת על "חבילת סרטן"
דנמרק	גידול הדרגתי מדי שנה במימון שירותים פסיכיאטריים. המשמעות היא שאחרי עשר שנים יהיה גידול קבוע במימון שירותים אלו (בגובה של ארבעה מיליארד כתר דני)
הולנד	החלת מודל מימון אחיד לטיפול נפשי למבוגרים (לא כולל רפואה ראשונית): תשלום עבור ביצועים (ייעוץ וימי אשפוז). על הספק להצהיר בכל יום על הטיפול שנתן במקום המודל הקודם שבו הוצהר על חבילת טיפול, בסיום סדרת הטיפולים
הולנד	נחתם הסכם בין בעלי עניין בתחומי הבריאות והרווחה (Integraal ZorgAkkkoord, IZA) כדי לשמור על שירותי בריאות ורווחה איכותיים ונגישים פיזית וכלכלית. השותפות מעבירה את המיקוד ממחלה לבריאות, תוך שימת דגש על יותר מניעה ותמיכה באנשים פגיעים ומענה בין-מגזרי לבקשות טיפול, למשל, הערכה באילו מקרים מתאים מענה רפואי ובאילו מקרים יתאים יותר מענה חברתי. ההסכם ידאג לפריסת כוח אדם טובה יותר, על ידי תכנון מוכוון, וגם לאיזון עבודה-בית מוצלח, פיתוח מקצועי והפחתה בעבודות אדמיניסטרציה. חלק מהמטרות האלה יושגו באמצעות חדשנות טכנולוגית ואיסוף מידע
הולנד	בוצעו שינויים בחוק בריאות הציבור כדי לבסס בסיס חוקי לצעדים שיינקטו בעתיד למניעת התפשטות של מחלות זיהומיות שעלולות לגרום למגפה. השינוי הראשון מתייחס לתחום השיפוט של אמצעים מגבילים קולקטיביים, לרבות שמירת מרחק, חבישת מסכות פנים, הגבלת נסיעות. השינוי השני עוסק בהגדלת התיאום בין רשויות בריאות הציבור העירוניות לרמה הארצית, ולשיפור התיאום ברפואה אקוטית
הונגריה	במסגרת ארגון מחדש של מערכת הבריאות ישנה תוכנית פיילוט להעברת אחריות מבתי החולים למערכת הרווחה לטיפול בחולים כרוניים מורכבים הזקוקים לשירותי סיעוד ארוכי טווח ואינם זקוקים להשגחה רפואית צמודה
הונגריה	במסגרת המאמצים לרכז וליצור שירותי סיעוד לאומיים, הועברה האחריות לאחיות טיפות חלב לבתי החולים של המחוז. הרפורמה משנה את המעמד התעסוקתי של האחיות אך לא את משימותיהן או את המטופלים המשוויכים אליהן

מדינה	פירוט
הונגריה	במסגרת ארגון מחדש של מערכת הבריאות בהונגריה, הטיפול הראשוני וטיפול החירום עוברים שינוי: ארגון מחדש של שירותי החירום מחוץ לשעות העבודה – עד השעה 22:00 רופאות המשפחה יהיו זמינות ולאחר מכן חולים יופנו למרכזי רפואה דחופה. כדי להבטיח שלכולם תהיה רופאה אישית, האחריות לקביעת תחומי אחריות מחוזיים של רופאות הועברה מהעיריות למינהל הארצי לבתי החולים. גודל האוכלוסייה המינימלי הוא 600 מטופלים לכל רופאת ילדים ו-1,200 לכל רופאת משפחה
יוון	הקמה של מערכת אוטונומית למתן טיפול פליאטיבי: טיפול פליאטיבי יינתן במוסדות ציבוריים או פרטיים לטיפול פליאטיבי, לרבות יחידות לשירות בית, מרפאות חוץ מיוחדות, מרכזי יום, הוספיס ויחידות טיפול פליאטיבי הפועלות בבתי חולים ציבוריים או במרפאות פרטיות. היחידות יאוישו על ידי צוותים רב-תחומיים המורכבים מרופאה, אחות, עובדת סוציאלית, פסיכולוגית, מרפאה בעיסוק, פיזיותרפיסטית, דיאטנית, קלינאית תקשורת, רוקחת ונשות מקצועות הבריאות המוסמכות בטיפול פליאטיבי
יוון	הוקם "בית חולים בית" לתמיכה במטופלים, לרבות, ילדים, מתבגרים ומבוגרים עם בעיות בריאות כרוניות חמורות הגורמות לנכות ארוכת טווח או קבועה
יוון	תקנים לא מאוישים הפכו לתקני משרה חלקית, וניתנה אפשרות לעבוד במגזר הפרטי לצד עבודה במגזר הציבורי (dual practice)
לטביה	נקבעה אסטרטגיה לבריאות דיגיטלית שמגדירה את הכיוונים והמשימות לטרנספורמציה דיגיטלית הנדרשת כדי להשיג יעדי מדיניות בריאות. מטרת האסטרטגיה היא ליצור הבנה וחזון משותפים בין כל בעלי העניין ולשפר את זמינות הנתונים, את יכולת הפעולה ההדדית ואת פיתוחם של שירותים דיגיטליים במגזר הבריאות
לטביה	נקבע כי על בתי חולים שלא יעמדו בתקני איכות תוטל הגבלה על הספקת שירותים מסוימים. המסגרת המשפטית להגדרת מדדי איכות (PROMS [Patient Reported Outcome Measures], עלות-תועלת, בטיחות חולים) נמצאת בפיתוח. מטרת הרפורמה היא לקבוע תקנים לשירות ומדדי איכות של בתי החולים כדי להבטיח הקצאת משאבים יעילה וטיפול באיכות גבוהה
ליטא	חלו שינויים בהספקת טיפול ראשוני ונוצר סוג חדש של ספק – "מרכז בריאות" שישפק שירותי טיפול ראשוני וחלק מהטיפולים השניוניים; כמו כן נוצר תפקיד חדש של "מתאם טיפול"
ליטא	הוחלט למרכז את שירותי האמבולנס בליטא. בעבר שירותי האמבולנס היו באחריות השלטון העירוני וכעת הם באחריות משרד הבריאות הפועל ממרכז אחד שיש לו שלוחות בעיריות
ליטא	רפורמה מבנית גדולה בליטא כוללת רפורמה ברשת בתי חולים: שינוי (סגירה, מיזוג) בשירותי בריאות אזוריים כפריים לצורך התייעלות ובד בבד פיתוח מומחיות במחלות מדבקות, כולל יצירת מרכזי טיפול ייעודיים
מלטה	הוזנקה תוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי. תוכנית ראשונה מסוגה שמטרתה לסמן את הכיוון בכל הנוגע למתן טיפול פליאטיבי בכל המסגרות, כולל מסגרות קליניות וביתיות. לפי התוכנית הטיפול מביא בחשבון לא רק את התסמינים הפיזיים אלא גם את ההיבטים הרגשיים, הרוחניים, החברתיים והכלכליים
מלטה	הוזנקה תוכנית לאומית לחיזוק כוח אדם רפואי. התוכנית נועדה לטפל במחסור בכוח אדם בתחום הבריאות ולהתמודד עם פערים בהכשרה, עם שימור ועם פיתוח מקצועי. התוכנית מפרטת כמה פעולות לחיזוק כוח האדם הרפואי, לרבות פיתוח מערכת משופרת לתכנון כוח אדם, פיתוח מערכת משאבי אנוש חדשה אחידה בכל המחלקות הקשורות לבריאות, וכן שיפור הרווחה הפיזית והנפשית

מדינה	פירוט
מלטה	נקבעה אסטרטגיה כוללת ראשונה מסוגה המעגנת את החזון לפיתוח מערכת הבריאות לעשור הקרוב. מטרת הליבה של האסטרטגיה הן לשפר את בריאות ורווחת האוכלוסייה, את חוויית המטופל, את הערך בשירותי הבריאות ואת ההשקעה בכוח אדם
נורווגיה	הוכרז על שיתוף פעולה בין בתי חולים לשירותי רפואה ראשונית: בשנת 2019 הוקמו 19 קהילות בריאות (helsfelleskap) כגשר בין בתי חולים לשירותי בריאות ראשוניים, כדי ליצור שירותי בריאות וטיפול קוהרנטיים. הקהילות הן שיתוף פעולה בין בית החולים לעיריות. הוגשו המלצותיה של ועדה ממשלתית שהוקמה כדי להעריך את מודל הקהילות ולהציע דרכים לשפר את שיתוף הפעולה
נורווגיה	הוגשו המלצותיה של ועדה מקצועית לחיזוק רפואה ראשונית. הוועדה בחנה מודלים שונים לארגון ולמימון, כולל שעות כוננות ויכולות מקצועיות. ההמלצות יוטמעו עד שנת 2025
נורווגיה	משרד הבריאות והשירותים החברתיים מציע לשנות את הארגון, התפקידים והאחריות של מינהל הבריאות המרכזי. השינויים הקרובים ישפיעו ישירות על מוסדות שונים, כולל מנהלת הבריאות, המכון הנורווגי לבריאות הציבור (NIPH), מנהלת ה-eHealth (NDE), מרשם הסרטן וסוכנות התרופות הנורווגית
סלובניה	הוחלט על ביטול ביטוחי הבריאות המשלימים ועל החלה של הפרשה חודשית קבועה לבריאות בגובה של 35 אירו מכל תושב
סלובניה	חוקק חוק להחלת ביטוח סיעודי חובה שייגבה מהמעסיק ומהעובד (1% מהשכר). נוסף על מימון, החוק החדש מכשיר תקן לאומי לקבלת הטיפול הסיעודי שהוא כלי מדידה להערכת צרכים (וזכאויות)
סלובניה	מונתה קבוצת ייעוץ אסטרטגית כדי לסייע בתכנון רפורמה במערכת הבריאות, כולל: מימון שירותי בריאות (כולל הפיכת המוסד לביטוח בריאות של סלובניה ממממן לרוכש פעיל של שירותי בריאות), דיגיטציה של שירותי הבריאות; שמירה על איכות ובטיחות המטופל; ניהול היעדרות (בעיקר עקב עלייה בעלויות דמי מחלה, שהגיעו ל-700 מיליון אירו ב-2022); שיפור שירותי חירום: הכשרה כוח אדם רפואי; שיפור התקשורת עם מטופלים
סלובקיה	בתגובה להידרדרות שירותי הבריאות הכריז האיגוד המקצועי של הרופאות על מצב חירום ועל כוונה לשבות. איגודים ולשכות של מקצועות רפואיים אחרים הצטרפו גם הם להכרזת השביתה. בתגובה אישר הפרלמנט העלאה בשכר של עובדי בתי החולים
סלובקיה	הופעלה תוכנית הבראה לקופת החולים שבבעלות המדינה בשל הפסדים כספיים משמעותיים. תוכנית ההבראה כוללת חיסכון אדמיניסטרטיבי על ניתוחים וצמצום טיפולים ובדיקות מיותרות לרבות בדיקות מעבדה, והגברת יעילות ההקצאה של משאבי הקופה
סלובקיה	ננקטו אמצעים אחדים כדי להבטיח הספקה של תרופות, כולל: שינויים בתהליך סיווג התרופות, שקיפות והפשטה של החוזים והתהליכים במשרד הבריאות להכנסה של תרופות חדשות
ספרד	נכתב מסמך הנחיות לתפקידים שקשה לאייש ברפואה ראשונית, תוך גיבוש קריטריונים לזכאות לתמריצים ובונוסים, קידום מקצועי, הכשרות ועוד
ספרד	פותחה אסטרטגיה לאומית לבריאות דיגיטלית: שיתוף סיכומי טיפול ורשומת המרשמים האלקטרוניים בין מדינות האיחוד האירופי ופיתוח פלטפורמה לשימוש משני בנתוני בריאות. שתי התוכניות האלה ישתמשו בפלטפורמה של האיחוד האירופי MyHealth@EU

מדינה	פירוט
פולין	הוסדרו תנאי העיסוק במקצועות הבריאות: נחקק חוק שהסדיר את עקרונות ההתפתחות המקצועית המתמשכת והתפקידים, פירט את ההשכלה וההכשרה הנדרשת והקים את המרשם המרכזי של המורשים לעסוק במקצוע רפואה, שהוא מרשם ציבורי המנוהל על ידי שר הבריאות
פולין	נפתחה האפשרות להכשיר רופאות בבתי ספר מקצועיים (ולא רק בבתי חולים אוניברסיטאיים), חלק מההכשרה תהיה בסימולטורים
פולין	חוקק חוק חדש להבטחת איכות ובטיחות בשירותי הבריאות. החוק כולל אישור מוגבל בזמן לבתי חולים למתן שירותים במימון המדינה, דרישה להפעלת מערכת ניהול איכות ובטיחות פנימית; דרישה שהמוסד הנותן שירותים רפואיים יעמוד בתקני ההסמכה. המוסד מחויב להגיש חלק מהנתונים ולפרסם דוחות המבוססים על נתונים אלו לפחות פעם בשנה
פורטוגל	הוקמו יחידות בריאות המאגדות תחתן בתי חולים ומרכזי בריאות. כל יחידה כזו מרכזת את כוח האדם, הכספים והמתקנים, ומקלה את המעבר של מטופלים בין מרכזי בריאות ובתי חולים. היחידות יחזקו את ההתמקדות בקידום בריאות ומניעת מחלות
פורטוגל	הוחלט לחזק את הקשרים ולהבהיר את התפקידים של הארגונים האמונים על תכנון אסטרטגי של כוח אדם במערכת הבריאות
פורטוגל	הוזנקה תוכנית לאומית שיעדיה: צמצום אי-השוויון; קידום התנהגויות בריאות; מזעור ההשפעות של שינויי אקלים וגורמים סביבתיים אחרים על הבריאות; הפחתת נטל המחלות המדבקות והלא מדבקות
פינלנד	הוחלט על הגדרה ותיאום של חבילות טיפול
פינלנד	הוחלט להעביר את ארגון שירותי הבריאות מעיריות למחוזות (חלק מרפורמה מבנית גדולה בפינלנד)
פינלנד	הפחתת חלוקת עלויות – חוק זה נחקק על ידי הממשלה הקודמת וגרר שינויים שנמשכו עוד ב-2023, הממשלה החדשה שואפת לבטל את הצעדים, לכן בעת כתיבת הדוח המצב לא ברור
צ'כיה	פיתוח תוכניות מניעה וגילוי מוקדם: כדי להבטיח יחס עלות-תועלת גבוה ולהשיג את ההשפעה החיובית המקסימלית לתוכנית, תוכניות מניעה משנת 2023 ואילך יתואמו במסגרת מרכז המיזם הלאומי של המכון למידע וסטטיסטיקה בריאותית של צ'כיה (ÚZIS). עשר תוכניות מניעה חדשות מוכנות ליישום, ועוד עשר יועברו לפיילוט בשנים הקרובות
צ'כיה	הוחלט על הרחבת היכולות של רופאות המשפחה: חולים אונקולוגיים שהחלימו ושאינם זקוקים עוד לטיפול מרפא יועברו למעקב וטיפול אצל רופאות משפחה. התשלום על תפקיד חדש זה יהיה עבור שירות (fee for service) (נוסף על תשלומי קפיטציה כלליים). כמו כן ישנם תמריצים מבתי חולים לפיתוח יכולות רפואיות, להגברת זמינות הטיפול הרפואי ולקידום מניעה
צ'כיה	גובשו הנחיות להבטחת הספקה רציפה של תרופות: חברות התרופות שהורשו לספק תרופות לשוק הצ'כי חויבו להחזיק באספקת תרופות המתאימה לחודש/חודשיים; המכון הממלכתי לבקרת סמים (SÚKL) חייב לקבל מידע על כל שינוי בהספקת התרופות (התחלה, הפסקה, חידוש, סיום). אם מודיעים על הפסקת הספקה של תרופה שאין לה תחליף, על SÚKL לדווח מייד למשרד הבריאות

מדינה	פירוט
צרפת	הוחלט על רגולציה שמאפשרת גישה ישירה לנשות מקצוע ללא הפניה מרופאה: אחיות מומחיות, פיזיותרפיסטיות ומרפאות בתקשורת. נוסף על כך הורחבו סמכויות, למשל, אושר לאחיות מומחיות לרשום מרשמים ולאופטומטריסטיות להתאים מרשם למשקפיים ועדשות מגע
צרפת	כרה רפורמה: דיונים מתמשכים לשינוי מודל המימון של בתי חולים מתשלום מבוסס פעילות לשיטת תשלום מורכבת יותר שמביאה בחשבון רכיבים נוספים כמו מבחני תמיכה
צרפת	הוחלט כי ייעוץ למניעת מחלות יינתן חינם: לבני 20–25: מניעה ראשונית וקידום בריאות (הרגלי תזונה וכד'); לבני 40–45: מניעת מחלות כרוניות; לבני 60–65: אבחון שבריריות ואובדן אוטונומיה. אמצעי מניעה זמינים בחינם לנשים צעירות ותהיה גישה חופשית לבדיקת מחלות מין
קנדה	ניתן מימון למרפאות כירורגיות או אבחון בבעלות פרטית כדי להגדיל את תפקידן. המרפאות יבצעו גם ניתוחים קלים כולל הסרת קטרקט, סריקות MRI ו-CT, והחלפת ברכיים וירך
קנדה	בוצעו כמה רפורמות במחוזות השונים שמטרתן מרכז מערכת הבריאות במחוז. העדכנית היא קוויבק שהצטרפה למגמה זו והכריזה לאחרונה על רפורמה שמטרתה לצמצם צפיפות בבתי חולים וזמני המתנה לניתוחים ולייעול/לפשט את מסע המטופל. אחיות ועובדות בריאות אחרות שהועסקו על ידי השלטון האזורי יהפכו לעובדות הסוכנות המחוזית; שינוי זה מייעל את המשא ומתן הקיבוצי ועשוי להגביר את הניידות של עובדות ברחבי המחוז
קנדה	אושרה המתת חסד לחולה על רקע של מחלה נפשית
קפריסין	עקב ביקורת חריפה על זמני ההמתנה למימון, הוחלט במערכת הבריאות להגדיל את מספר חדרי המימון במדינה על ידי הרחבת המימון לכך. בעקבות זאת שני בתי חולים כבר הרחיבו את שירותיהם. נוסף על כך מרפאות החוץ שינו את שעות פעילותן כדי לענות טוב יותר על צורכי המטופל, זאת בעקבות ניתוח של דפוסי ניצול השירותים. זמני הפתיחה המעודכנים – 11:00–17:00 בסופי שבוע ובחגים
קפריסין	במערכת המידע הוכנס פיתוח שמאפשר קיבוץ חולים כרוניים (במחלות: תלסמיה, סרטן והיפרליפידמיה) כדי להקל על עבודתן של הרופאות האישיות (גם ראשוניות וגם שניוניות) בנוגע לצורך בשירותים נלווים, תרופות, מעקב אחר מצב הבריאות וקבלת טיפול
קפריסין	הונהגה שיטת תשלום חדשה של תשלום לפי אבחנה (CY-DRG) לבתי חולים שתתבסס על קריטריונים של איכות עם פוטנציאל להגדיל שיעור תגמול ב-25% (השיטה מביאה בחשבון: אקרדיטציה, שביעות רצון של מטופלים, שיעורי אשפוז חוזר, שיעור הידבקות ועוד) ושיטת ניקוד שנותנת תגמול בהתבסס על שיפור ביצועים שנתי
קרואטיה	הוחלט על ריכוז שירותי הבריאות הראשוניים על ידי הקמת מרכז בריאות אחד לכל מחוז וחיזוק תפקידו כספק היסוד של שירותי הבריאות הראשוניים
קרואטיה	הוחלט על חיזוק התיאום והאינטגרציה של טיפולים רפואיים וסיעודיים (long term care) בחולים מורכבים
קרואטיה	הוחלט על חיזוק מערכת בתי החולים בקרואטיה ועל שיפור ניהולם על ידי העברת הבעלות על בתי החולים הכלליים מהמחוזות למדינה; שינוי זה נועד להשיג יציבות כלכלית על ידי חיזוק מנגנוני הבקרה העסקיים ברמה הלאומית והאזורית, והגברת דרישות למימנות של צוותי הניהול של מוסדות הבריאות

מדינה	פירוט
רומניה	הורחבה חבילת ההטבות לאוכלוסייה שאינה מבוטחת. אוכלוסייה זו תקבל חבילה מורחבת של שירותי בריאות ראשוניים כמו אוכלוסיית המבוטחים, לרבות שירותי מניעה, אבחון וטיפול, טיפול ביתי וכו'. אוכלוסייה זו עדיין צריכה לשלם מכיסה עבור שירותים מסוימים, כגון בדיקות מעבדה והדמיה ותרופות שאינן בסל
רומניה	כדי להעביר את מאזן הטיפול משירותי אשפוז לשירותים בקהילה ומשירותים מרפאים למניעתיים, הוכנס שינוי בתשלום עבור שירותי הבריאות הראשוניים. בבסיס השינוי תמריץ להגדלת היקף השירותים הניתנים על ידי רופאות המשפחה, ובמיוחד שירותי מניעה. הקפיטציה שונתה מתשלום עבור שירות של 50/50 ל-35/65 והוכנס תשלום עבור ביצוע (P4P). התשלום משולם בתשלום אחד, שנתי, ובהתבסס על השגת אינדיקטורים ספציפיים בשנה הקודמת (למשל, מספר אנשים מעל גיל 40 ואנשים מעל גיל 60 שעברו בדיקה לסיכונים בריאותיים מסוימים)
רומניה	ננקטו צעדים להעלאת שיעורי ההתחסנות: חיסונים רבים זמינים במרפאות הקהילתיות ואינם כרוכים בתשלום (למעט חיסונים כמו שפעת עונתית ונגיף הפפילומה (HPV) הניתנים בהשתתפות עצמית של 50% לקבוצת המבוגרים הרלוונטית)
שוודיה	פותחה רפורמה בתשתית הדיגיטלית בבריאות כך שיהיו מערכות משותפות ואחידות בכל המדינה. הרפורמה כוללת שלוש משימות: הראשונה היא ליצור מתווה ליישום תשתית דיגיטלית לאומית לבריאות (כולל רפואת שיניים); השנייה מורכבת מבדיקת התנאים לפיתוח פתרון המאפשר העברת מידע אוטומטית למאגרי איכות לאומיים; המשימה השלישית היא ביצוע מחקר על הוצאת מסמכים, למשל אישורים על דמי מחלה
שוודיה	מערכת הבריאות בשוודיה מבוזרת מאוד ונעשים ניסיונות למרכז את השירותים ולהעבירם לאחריה המדינה. המגבלות של המדיניות המבוזרת בלטו במיוחד בתקופת מגפת הקורונה כאשר העיריות לא יכלו להעסיק רופאות. משום כך, מונתה ועדה שגיבשה מתווה המחזק את יכולתן של העיריות להבטיח נגישות לרופאות בתחומי הבריאות והרפואה העירונית. המתווה כולל גם יצירת תנאים טובים יותר להספקת כוח אדם ולהבטחת בעלי תפקידים עם מיומנויות בבריאות העירונית ובטיפול רפואי
שוויץ	אומצה יוזמת הסייעוד הכוללת קמפיין ידע, שיפור הכשרה, פיתוח מקצועי, תגמול מתאים עבור שירותי טיפול ויוזמות לשיפור איזון בית ועבודה
שוויץ	חוקק חוק רישוי חדש לנותני שירותי חוץ ונשות מקצוע ולפיו הקנטונים מורשים להגביל את מספר הרופאות לפי התמחות או אזור כדי להתמודד עם הגידול בהוצאות על בריאות
שוויץ	החל תהליך תיעוד בריאות אלקטרוני אוניברסלי: הנושאים לדיון: (1) הרחבת הדרישה לשימוש בתיק דיגיטלי לכל הספקים; (2) יצירה אוטומטית של תיקים לכל התושבים עם ביטוח בריאות חובה (עם זכות ביטול ואפשרות להחליט לאילו נשות מקצוע בתחום הבריאות יש גישה לרשומה); (3) מתן אפשרות למטופלים להפוך את הנתונים שלהם לזמינים למחקר (אפשר לא לכלול נתונים מסוימים). עוד נידונה חלוקת המשימות והיכולות בין הממשל הפדרלי והקנטונים

## נספח ב: רפורמות הקשורות לשינויי האקלים, לפי מדינה

מדינה	שנה	תוכן הרפורמה
איטליה	2023	התוכנית הלאומית למניעת סיכונים סביבתיים לבריאות 2020–2025 היא אסטרטגיה בין-מגזרית, שמטרתה סינרגיה בין שירותי הבריאות של האדם ובעלי החיים והגוף האחראי להגנת הסביבה, כדי לחזק את גישת "בריאות אחת". המטרה היא להפחית מחלות הניתנות למניעה ומקרי מוות בטרם עת הקשורים להשפעת הסביבה. התוכנית היא חלק מתוכנית לאומית לחוסן והתאוששות (ממגפת הקורונה)
אירלנד	2019	תוכנית הסתגלות לשינויי האקלים לשנים 2019–2024 שמגדירה את הגישה הלאומית לצמצום ההשפעות המזיקות על בריאות של שינויי האקלים באמצעות מניעת מחלות, הגברת החוסן של שירותי הבריאות והשירותים החברתיים וכן הגנה על תשתיות מפני אירועי מזג אוויר קשים. התוכנית בוחנת שישה תרחישים: חשיפה לשמש; גלי חום; זיהום אוויר; סופות רוח; הצפות; קור. התוכנית היא חלק מאסטרטגיה לאומית להסתגלות לשינויי אקלים ואחת מתוך שתיים עשרה תוכניות הסתגלות מגזריות שפותחו