1. **מבוא**

מערכת הבריאות בישראל מתמודדת עם אתגרים מורכבים ועם מידה גבוהה של חוסר וודאות בפתח המאה העשרים ואחת. הפערים ההולכים וגדלים בין צרכי האוכלוסיה המתאפיינת בשעורי גידול גבוהים ובשינוי פירמידת הגילאים, השינויים הטכנולוגיים המשנים את דרכי הטיפול וארגון מערך שירותי הבריאות, עלית חלקה של הקהילה במתן פתרונות למגוון צרכי הבריאות של האוכלוסיה, הצפי לשינויים בדפוסי תחלואה ואפידמיולוגיה, כמו גם עליה ברמת החיים ובציפיות האוכלוסיה ודרישותיה ממערכת הבריאות – כל אלו מחייבים **חשיבה אסטרטגית-רוחבית על תפקוד המערכת וצרכיה בעתיד.**

**תכנית המתאר הארצית למוסדות בריאות - תמ"א** **49** , צריכה להתמודד עם הסוגיות המהותיות בפיתוח מערכת הבריאות, להגדיר אסטרטגיות התמודדות עם שינויים חזויים, לבחון את מרחב האפשרויות תוך הגדרת התנאים וההנחיות לפיתוח העתידי ושמירה על עקרון הגמישות המאפשר התאמות לאורך זמן. התוכנית צריכה לשלב עולמות ידע מגוונים ולהכיל חשיבה אסטרטגית על מערכת הבריאות שתבסס את החשיבה התכנונית-המרחבית לעתיד.

חלק משמעותי בהתמודדות עם אתגרי העתיד העומדים מול מערכת הבריאות הוא **תכנון מבנה המערכת והפריסה המרחבית של מערך שירותי הבריאות לאופק תכנוני ארוך, אשר ינסח את צרכי פיתוח המערכת, יבטיח לא רק את אספקת השטח הנדרשת להקמת מוסדות הבריאות לשנת היעד, אלא גם קידום עקרונות אסטרטגיים – דוגמת צמצום אי-שוויון בנגישות לשירותי בריאות, קידום התמחויות ומצויינות ברפואה, הכשרה וקידום כוח אדם מקצועי, מעבר ושילוב מיטבי בין מוסדות ובין אפשרויות קידום מתן שירותים בקהילה ותכנון רב שנתי צופה פני עתיד.**

**מצב קיים ומגמות עתיד בתכנון ופיתוח מוסדות בריאות**

**תמונת הפיתוח והפריסה הקיימת של מוסדות בריאות בישראל הינה תולדה של התפתחויות היסטוריות ופוליטיות כאשר לאורך הדרך חסרה ראייה תכנונית מערכתית כוללת**. מימי העליות הראשונות במאה ה-19 וגידול הישוב היהודי בארץ, בזמן המנדט הבריטי אשר הקים מוסדות בריאות לצורך האוכלוסייה המתפתחת ושירות הכוחות הבריטיים במזה"ת (דוגמת רמב"ם הממוקם בסמיכות לנמל ומסילת ברזל ומאפשר פינוי מהיר של פצועים) ועד להקמתה של מדינת ישראל. העשורים הראשונים שלאחר קום המדינה ועם הקמתו של משרד הבריאות, התאפיינו בתנופת פיתוח של בתי חולים, כך גם בשנות ה-60 וה- 70 של המאה העשרים. משנות ה-80 ועד ימינו הוקמו מספר מועט של בתי חולים כלליים-ציבוריים, כאשר האחרון נפתח ב 2017, "אסותא אשדוד".

**תכניות פיתוח מוסדות הבריאות נערכו באופן נקודתי ובחסות יוזמות מקומיות**. בחלק מהתוכניות נבחנו תחזיות להתפתחות האוכלוסיה, אולם התכנון המוצע נשען במידה רבה על נתונים חלקיים ועל בסיס זמינות קרקע ואפשרויות פיתוח של האתר הקיים, תוך ניסיון למצות את מלוא הפוטנציאל של שטח בית החולים. משרד הבריאות בשיתוף רמ"י נערך בשנים האחרונות לתכנון ארוך טווח של מספר קריות ומרכזי בריאות קיימים וחדשים תוך שימת דגש על ראיה כוללת ומיצוי אפשרויות הבינוי והפיתוח של המתחמים השונים ומתן פתרונות לצרכים של כל מרכז.

**המגמות העיקריות בפיתוח מוסדות אשפוז** מתאפיינות הן בעליה בגודל ובשטח בית חולים, בעלייה ברווחת המטופל והן בקידום תחומי התמחות חדשים בית החולים הופך לקמפוס שלעיתים קרובות כולל מספר בתי חולים ממגוון סוגים, מכונים רפואיים, מוסדות מחקר, מוסדות לימוד אקדמי להכשרת דור העתיד של כח האדם הרפואי והמטפלים למקצועותיהם השונים. מוסדות אלה מפעילים כבר היום, כחלק מבתי החולים, מרפאות חוץ ואשפוז יום המאפשרים קשר ישיר עם הקהילה. הראיה הרחבה של מוסדות הבריאות כקרית בריאות המקדמת שימושים ושירותים נוספים כגון הוספת שירותים מסחריים לרווחת המטופלים והסגל, שרותים מלונאיים ומגורים בצמידות למרכזים אורבנים גדולים. המרכזים הרפואיים הופכים לעוגן עירוני או אזורי מרכזי, ומשמשים בנוסף לשירותים הרפואיים שהם מספקים, גם כמקור תעסוקה לאלפי אנשים, מוקד למחקרים וליוזמות בתחומים רפואיים ומקום מפגש לחוקרים מהפרקטיקה ומהאקדמיה.

**רפואה בקהילה** – בישראל התפתח דגם יחודי של רפואה בקהילה הנשען על ארבע קופות החולים: הכללית, מכבי, לאומית ומאוחדת. דגם זה מספק את המענה לרפואה משפחתית, רפואה יועצת/מתמחה חוץ מאשפוז בבתי"ח. מוסדות הרפואה בקהילה כוללים מגוון דגמים החל ממרפאות ראשוניות שכוללות רפואת משפחה בלבד , טיפות חלב ועד למרפאות רב מקצועיות גדולות ומכונים מתמחים. שירותים אלה ניתנים במרחב הכפרי/אזורי ובישובים העירוניים כאשר בערים הגדולות ישנן מרפאות גדולות יותר שמספקות שירותי ייעוץ רפואי בהיקף רחב והיקף מבוטחים למרפאה גבוה**. מסיבות היסטוריות מרפאות רבות של קופ"ח כללית הוקמו על קרקע ציבורית בהם ניצולת הקרקע נמוכה ולא עומדת בסטנדרטים עכשוויים. לאור מגבלות זמינות הקרקע הציבורית פנו חלק מהמרפאות לקרקע סחירה כולל ניצול שטחים בנויים בתנאי שכירות, דבר המכביד על תכנון ראוי, פיתוח ומימון מערכת הבריאות בקהילה.**

**מבנה מערכת הבריאות בישראל**

הכרת האתגרים איתם תתמודד מערכת הבריאות בישראל בעשורים הקרובים ותכנון מושכל של פתרונות הולמים בהיבט של תכנון מערכת מוסדות אשפוז וטיפול בריאות לטווח הזמן המיועד חייבים להישען על הכרות מערכת הבריאות בהיבט של ארגון, ניהול, תפעול, תקצוב, תכנון ופיתוח והכרת הגורמים והשחקנים המרכזיים המשפיעים עליה ויחסי הגומלין ביניהם.

מקובל לחלק את מערכות הבריאות לכמה סוגים, אם כי במדינות רבות ניתן לראות שילוב של מרכיבים מתוך המודלים. המודלים המוצגים הם הביטוח סוציאלי, שירות הבריאות הממלכתי ושירותי הבריאות הפרטיים. קיימים הבדלים במרכיבי מערכת הבריאות, אותם ניתן להגדיר כשילוב של מוסדות רפואה, משאבי אנוש, מנגנוני מימון, מערכות מידע, מערכות ארגוניות המקשרות בין מוסדות הרפואה והמשאבים האחרים, מערכות ניהוליות המתאמות את פעולות הגורמים האחרים במערכת לשם מניעת תחלואה ומתן טיפול רפואי לחולה וכמובן כח אדם במערכת הבריאות. למערכת מנגנונים פיננסיים, תשתיות פיזיות, מערכות ניהוליות, איגודי עובדים, ברמות שונות. כמובן שקיימים משתנים רבים נוספים, חברתיים וכלכליים, המשפיעים על הבריאות ותרומתה של מערכת הבריאות בסך שקלול בעיות הבריאות – מסתכם בעשרות בודדות של אחוזים.

**מבנה מערכת הבריאות בישראל** מתבסס על מודלים כלליים של שירותי בריאות מקובלים בעולם, ויחד עם זאת, משקף את הייחודיות המקומית, שנובעת מתהליכים שעוצבו וגובשו במשך עשרות שנים תחת נסיבות ותנאים פרטיקולריים, תלויי תהליכים היסטוריים ופוליטיים, זמן ומקום.

מערכת הבריאות בישראל מתבססת על **תכנית ביטוח ציבורית המספקת כיסוי אוניברסלי** לתושביה ("סל שירותי הבריאות"), זאת לצד שירותי בריאות פרטיים. החוק העיקרי אשר מארגן כיום את מערכת הבריאות הינו **חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994**, אשר נכנס לתוקף בתחילת 1995. ביסוד החוק ניצב עקרון מנחה לפיו, השירות הרפואי בישראל יינתן בהתאם להצדקה רפואית, ובמנותק מיכולתו הכלכלית של המבוטח. כל תושב במדינת ישראל זכאי לשירותי בריאות, אשר אמורים להיות זמינים "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו" (לשון החוק).

החוק קובע מס בריאות הנגזר מסך הכנסותיו של כל תושב בשיעור קבוע. עוד הוגדר סל שירותים אחיד, המסופק על-ידי **ארבע קופות חולים**: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, לאומית שירותי בריאות וקופת חולים מאוחדת, כאשר הממשלה היא הגורם המפקח על פעולותיהן של קופות החולים. הן פועלות כארגוני בריאות ללא כוונת רווח. בנוסף לסל השירותים הבסיסי, הקופות מספקות רובד נוסף של ביטוח, המכונה "**ביטוח משלים**" או שב"ן (שירותי בריאות נוספים). בנוסף לכך ניתן לרכוש **ביטוחי בריאות מסחריים** מחברות ביטוח פרטיות.

מערכת הבריאות בישראל מאופיינת ברגולציה כבדה, בשל הצורך להגביל את היצע השירותים הקיים על מנת להגביל את היקף ההוצאה על בריאות, שאלמלא ריסון רגולטורי היה גדל בצורה לא אופטימלית. סה"כ **ההוצאה הלאומית על בריאות** בישראל בשנת 2018 עמדה על מעל 101 מיליארד ₪, שמהווים 7.6% מהתמ"ג לאותה שנה. **ההוצאה הציבורית על בריאות** עומדת על 66% מההוצאה הלאומית כאשר היתר, 34% היא הוצאה פרטית. עיקר ההוצאה הציבורית ניתנת באמצעות "**סל הבריאות**" בהיקף של מעל 50 מיליארד ₪. סל זה ניתן באמצעות קופות החולים וממומן על ידי מס הבריאות ותקציב המדינה. **ההוצאה הפרטית** כוללת בעיקר הוצאה ישירה של משקי בית על תרופות, רפואת שיניים וציוד רפואי ועל ביטוחים משלימם (שב"ן וביטוחים מסחריים). היחס בין ההוצאה הפרטית להוצאה הציבורית לא השתנה משמעותית בשנים האחרונות כאשר חלה עלייה מתונה בהיקף ההוצאה הציבורית זאת לאחר שנים שבהן היתה עלייה הדרגתית בהיקף ההוצאה הפרטית.

הממשלה משפיעה על מערכת הבריאות באמצעות מספר מנגוני תקצוב מרכזיים:

**קפיטציה** - נוסחה שעל בסיסה מתוקצבות קופות החולים בישראל. נוסחה זו אמורה לבטא את היקף צריכת השירותים השונה של מבוטחים ובכך לתקצב באופן הוגן את קופות החולים באופן שימנע מהן לבצע "גריפת שמנת", קרי – העדפת מבוטחים צעירים ובריאים על פני מבוטחים שצפויים לצרוך משאבי בריאות רבים יותר, ויספק תמריצים תקציביים לספק שירותי בריאות לכלל קבוצות האוכלוסייה.

**קאפינג** – נוסחת תקצוב לבתי החולים באמצעותה הרגולטור מגביל את ההוצאה על בריאות. הנוסחה מייצרת תקרת פעילות שמעליה בתי החולים מקבל תמורה מופחתת על פעילות המבוצעת (ביחס לשנה קודמת). כמו כן, המדינה קובעת "רצפה" שמבטיחה לבית החולים תמורה מינימאלית בהיקף מסויים מפעילות השנה הקודמת.

**עדכון מחירים לסל הבריאות** – סל הבריאות מתעדכן באמצעות מספר מנגנונים שמונעים חלק מהשחיקה הקבועה הנובעת מהתייקרויות, עלייה בשכר ובעיקר גידול האוכלוסייה.

**אחד העקרונות החשובים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הוא** עידוד התחרות בין קופות החולים **שנועד להבטיח שיפור באיכות המערכת ואת יעילותה. עם זאת, השלכותיה השליליות של מתבטאות ב"חטיפת מבוטחים" וכפילות שירותים באזורי פריפריה ויישובים קטנים.**

**קופות החולים נבדלות ביניהן במודל ההפעלה, בגודל ובפריסה. "שירותי בריאות כללית"** היא הגדולה בין ארבע הקופות, המבטחת למעלה ממחצית מתושבי ישראל, וברשותה כ- 1,400 מרפאות. תחת אחריותה 14 בתי חולים הפרוסים ברחבי הארץ. **"מכבי שירותי בריאות"** היא השנייה בגודלה במספר מבוטחיה. קופה זו מעניקה שירותי בריאות למבוטחיה בעיקר באמצעות קניית שירותים מספקי שירות חיצוניים (בתי חולים, רופאים עצמאיים, בתי מרקחת ועוד). ל"מכבי" רשת פרטית של מרכזים רפואיים, הנמצאת בבעלותה המלאה ("אסותא"), ביניהם בית החולים אסותא אשדוד – בית חולים ציבורי שנפתח בנובמבר 2017. "**קופת חולים מאוחדת"** היא הקופה השלישית בגודלה בישראל, המשרתת יותר ממיליון מבוטחים בכל הארץ, ומפעילה למעלה מ-300 מרפאות. **"לאומית שירותי בריאות"** היא הקופה הקטנה ביותר, המשרתת כ-730,000 מבוטחים, ומפעילה כ- 320 מרפאות בפריסה ארצית. שיטת הספקת השירותים בשתי הקופות הקטנות דומה לזו הנהוגה ב"מכבי" – התבססות על קניית שירותי בריאות במקום הפעלה והספקה ישירה של שירותים.

על אף הפריסה הארצית של שירותי הבריאות, קיימים הבדלים בזמינות רופאי הקהילה בין קופות ובין מקצועות רפואיים באזורים שונים בארץ. כמו כן יש אזורים גיאוגרפיים שבהם שירותים רפואיים מסוג מסוים אינם קיימים כלל.

**מערך האשפוז בישראל כולל 64 בתי חולים**, בהם 45 בתי חולים לאשפוז כללי, 12 לבריאות הנפש ושני בתי חולים לשיקום. 23 בתי חולים הם בבעלות הממשלה, 11 בבעלות פרטית, 9 בבעלות ציבורית אחרת או עמותות, 14 בבעלות קופות חולים (בעיקר שירותי בריאות כללית) ו- 6 בבעלות המיסיון. בפריסה ארצית, קיים מספר מיטות אשפוז לנפש גבוה יותר מאשר בפריפריה וריכוז מוסדות אשפוז במרכז הארץ, במיוחד לאורך מישור החוף, וכן בערים הגדולות. במחוזות צפון ודרום, מספר מיטות האשפוז לנפש ומצאי בתי החולים נמוכים יותר. **שיעור מיטות האשפוז** הכולל בארץ ביחס לגודלה של אוכלוסיית המדינה נמצא בירידה עקבית בכל מגזרי האשפוז, לרבות האשפוז הכללי, הפסיכיאטרי, הגריאטרי והשיקומי.

נוסף למרכזים הרפואיים ולקופות החולים קיימים **ארגוני בריאות נוספים במגזר השלישי (כגון מגן דוד אדום, האגודה למלחמה בסרטן ועוד**), שפועלים ללא כוונות רווח וכוללים שירותי אשפוז, טיפולים במרפאות כלליות שירותי הוספיס, עזרה ראשונה, יחידות חילוץ אזוריות, טיפולים בנפגעי נפש, טיפולי שיניים, שירותי רפואה משלימה שירותים פרה-רפואיים ועוד. יש גם ארגונים תומכי בריאות הפועלים בתחומים כגון מניעה, חינוך לבריאות, מידע לציבור, השאלה והספקת ציוד רפואי ועוד (כגון: **תחנות טיפות חלב, שירות הבריאות לתלמיד, בריאות השן, יד שרה ועזר מציון, מוקדי רפואה דחופה ובתי המרקחת)**.

**מערכת הבריאות בישראל - אתגרים והזדמנויות**

מערכת הבריאות בישראל ניצבת בפני מספר אתגרים משמעותיים שנובעים **מפער הולך וגדל בין משאבי המערכת (תקצוב, תשתיות, כוח אדם וכיו"ב) ובין הצרכים המתפתחים של האוכלוסייה**. כבר היום חווה מערכת הבריאות הציבורית מצוקה במגוון רחב של מימדים, ובהם: עומסים במחלקות אשפוז, עומסים בחדרי מיון, תורים ארוכים לניתוחים, פרוצדורות ובדיקות ועוד. מצוקה זו צפויה להתגבר נוכח מספר גורמים, שהמרכזיים שבהם הם הגידול באוכלוסיה והזדקנותה, אי שוויון ופערים בבריאות, מצוקת כוח אדם מקצועי ותקצוב חסר. הזדקנות האוכלוסיה והגידול בתחלואה הכרונית מציפה את הצורך הדחוף בהגדלת ההשקעה בבריאות לצד אימוץ פתרונות חדשניים, שימוש בטכנולוגיות חדשות וארגון שירותי הבריאות בהתאם לצרכים. להלן סקירה של האתגרים וההזדמנויות העומדים בפני מערכת הבריאות:

**תחזיות גידול ופריסת האוכלוסיה בשנת היעד** – [ל.מ.ס] מעריכות שהיקף האוכלוסיה בישראל יעמוד על 16.8 מיליון איש בתחזית הגבוהה, 15 מיליון איש בתחזית הבינונית ו- 13.5 מיליון איש בתחזית הנמוכה. מדובר בגידול ובשינוי משמעותי שישפיע על החברה והפרישה המרחבית של האוכלוסיה, על דרישותיה ועל המערך מוסדות הבריאות. התכנית לפריסת אוכלוסייה לשנת 2040 של המועצה הלאומית לכלכלה, בהתאם לתוכנית האסטרטגית לדיור שמובילה הממשלה, כוללת הסטה של הביקוש מאזורי מרכז המדינה אל מחוזות הדרום והצפון. לאורך השנים מדינת ישראל יישמה מספר תוכניות וקווי מדיניות שנועדו לבזר אוכלוסיה ולהטות ביקושים מהמרכז לפריפריה. בחינה של תוכניות אלו ואופן מימושן עם השנים, מציפה את **האתגר שבתכנון מערך שירותי בריאות בהתאם לסיכויי מימוש יעדים ממשלתיים של פריסת אוכלוסייה.**

**הזדקנות האוכלוסיה** – מדינת ישראל היא מדינה צעירה יחסית מבחינת הרכב האוכלוסייה וצפויה מגמה של התבגרות האוכלוסייה ועלייה בממוצע הגיל. צפוי שאוכלוסיית הגיל השלישי תגדל ב-%77 בין השנים 2015-2035, וקצב הגידול שלה יהיה מהיר פי 2.2 מזה של האוכלוסייה הכללית בתקופה זו. ככל שמדובר בתחום הבריאות המשמעויות שנגזרות מנתונים אלו הן: **עליה בשכיחות של מחלות כרונית** (לדוגמה סכרת, מחלות לב וכיו"ב) בקרב האוכלוסייה; **יותר מחלות כרוניות לכל אדם** (עד גיל 65 לרוב האוכלוסייה יש לפחות מחלה אחת ול – 3/2 יש לפחות שתי מחלות כרוניות); **טיפול בתחלואה כרונית לאורך יותר שנים** (עלייה בתוחלת החיים לצד הופעת מחלות כרוניות בגילאים צעירים). במקביל, מחלות, כדוגמת איידס ואף סרטן, הפכו עם ההתפתחויות הטכנולוגיות למחלות כרוניות המלוות את המטופל לשנים רבות. כל אלו צפויים להגדיל את העומס על מערכת הבריאות בישראל. מערכת הבריאות צפויה לחוות: יותר מאושפזים, יותר ימי אשפוז, חולים יותר מורכבים, יותר חולים סיעודיים, עומסים על התשתיות הפיסיות הקיימות, תורים ארוכים ועליה בהוצאה הציבורית והפרטית לבריאות. כאן המקום להדגיש, לצד העליה בתוחלת החיים הממוצעת בישראל, חובתה של מערכת הבריאות לדאוג לשפר את גם איכות חייהם של בני +65 ולהעניק שירות איכותי, נגיש וזמין.

**אי השוויון בבריאות** - על אף הפריסה הארצית של שירותי הבריאות, קיימים **הבדלים בנגישות לשירותי הבריאות בין האזורים השונים בארץ**. הנגישות והזמינות של רופאים, לרבות מומחים, בפריפריה נמוכה משמעותית מאזור המרכז לא רק בקהילה אלא גם בשירותים הניתנים על-ידי בתי החולים. זאת ועוד, תושבי המרכז וירושלים נהנים מאפשרות נרחבת יותר לנצל ביטוחים משלימים ומסחריים במסגרת הרפואה הפרטית בהשוואה לתושבי הפריפריה. פערים קיימים גם בנגישות לטיפות חלב. חשוב לציין, שלא מדובר רק על נגישות פיזית, אלא גם על נגישות תרבותית ושפתית. כמו כן, קבוצות אוכלוסייה מוחלשות צפויות לצרוך יותר שירותי בריאות מאשר אוכלוסיות חזקות יותר.

תכנון, הכשרה וטיפוח כוח אדם **הוא מהמשימות החשובות והמורכבות ביותר אשר ניצבות בפני כל מערכת בריאות. הוא כולל לא רק רופאים ואחיות, אלא גם מקצועות נוספים, לרבות דיאטניות, רוקחים, פסיכולוגים ועוד.** מקצועות רפואיים רבים מאופיינים מסיבות שונות במחסור בכ"א ובתשתית בלתי הולמת לצרכים, עליה בעומס העבודה ותגמול שאינו הולם. התוצאה היא רתיעה מפנייה למקצועות אלו, מה שמוביל למחסור בכ"א ולעומס רב במוסדות הבריאות. התוצאות הישירות לכך הן בראש ובראשונה פגיעה ביכולת הצוות הרפואי להעניק טיפול רפואי ראוי, לחץ ושחיקה בקרב אנשי הצוות הרפואי ופגיעה ביעילות המערכת.

**התפתחות הטכנולוגיות** משנות מהיסוד את תעשיית הבריאות ונוגעות בין היתר לדרך בה אנו מונעים ומאבחנים מחלות, הצורה בה אנו מאתרים ומנטרים את מצב בריאותנו וכושרנו הגופני, וכן הצורה בה לוקחים פרטים אחריות על בריאותם ואיכות חייהם: אמצעי ה- eHealth וטלה-רפואה מרחיבים את נגישות האוכלוסייה לשירותי בריאות תוך הקטנת הפערים הקיימים בין אזורי מרכז לפריפריה בתשתיות פיזיות ובהיקפי כוח האדם הרפואי והציוד הרפואי. על בסיס מאגרי מידע ממוחשבים ניתן להרחיב את הרפואה המותאמת אישית, ופיתוח יכולות מבוססות **"**Big Data" (נתוני-עתק) תקדם את האפשרויות להשתמש בתובנות האלה באופן מעשי, כדי לייעל תהליכים שיובילו לטיפול רפואי מיטבי, מניעתי, ומותאם אישית.

**מעבר שירותים רפואיים מבית החולים לקהילה ולבית** - העומס הגדל על המערכת הרפואית ביחד עם האפשרויות המתפתחות בהיבטים הטכנולוגיים, מחזקים את ההבנה שפלח מהשירותים הרפואיים הניתנים כיום בבית החולים צריך ויכול להינתן במסגרת הקהילה ואף בבית. כפועל יוצא, במדינות רבות, כמו גם בישראל, גוברת בשנים האחרונות המגמה לחזק את מעמדה של רפואת הקהילה ולהעביר אליה את מרכז הכובד של הטיפול הרפואי. מגמות אחרות מתבססות על הנחת היסוד היא שביתו של המטופל הוא לעתים קרובות הסביבה הטובה והנוחה ביותר עבורו לקבל טיפול, ולחוות שיפור במצבו הרפואי כתחליף לאשפוז בבית החולים. השאיפה היא כי חולים כרוניים בדרגות שונות יטופלו בקהילה, כשהמערכת נערכת עם פתרונות מקיימים וחדשים בהתאם לדרישות ולתנאים המשתנים..

**שיפור ברצף הטיפולי** – התמקצעות הרפואה, ההצלחה בהארכת משך החיים והעליה במחלות הכרוניות, מובילים למציאות של ריבוי מטפלים, בדיקות ומסגרות טיפול. שמירה על המשכיות בשירות הרפואי הניתן למטופל, בעיקר בעת חילופי מטפלים (למשל, רופא משפחה ורופאים מקצועיים) או מסגרות טיפול (למשל, מוסדות שונים בקהילה, בתי חולים) הינה חיונית וחשובה למטפלים ולמטופלים כאחד. במהלך השנים פותחו מודלים רב ממדיים, המושתתים על כמה היבטים של המשכיות ורצף טיפול, לרבות המשכיות במידע, המשכיות בניהול המחלה והמשכיות בקשר הבין-אישי.

**תמהיל מאוזן בין "פרטי "ו"ציבורי"** - לצד מערכת הבריאות הציבורית, המבוססת על כספי מיסים ותקצוב ממשלתי, פועל שוק פרטי של שירותי בריאות. אחת הבעיות המרכזיות בתהליכי ההפרטה של מערכת הבריאות, כולל בשירותי השר"פ, היא **היעדר שוויון בין האוכלוסיות**, וזאת בניגוד לרוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חלקו של המגזר הפרטי בשוק הבריאות בישראל הולך וגדל. הרחבה ניכרת של שירותי הרפואה במערכת הפרטית ומימונם ממקורות פרטיים עלולים לגרום לתופעות שליליות שונות בתחום הרפואה הציבורית, ובהן שינוי אופיה של המערכת, אשר נותנת עדיפות לרווח הכלכלי על פני טובת המטופל. תהליכים אלו יוצרים מספר כשלים משמעותיים, בהם פערים בזמני המתנה בין שתי המערכות, "גריפת שמנת", שימוש במשאבי רפואה ציבורית על ידי הפרטית, זליגת כוח אדם למערכת הפרטית ועוד.

התייעלות המערכת ושיתופי פעולה בין קופות החולים **- על רקע חוסר האמון בין קופות חולים והתחרות על מבוטחים, נוצר מצב של הקצאה בלתי יעילה של המשאבים וכפילות בשירותים, בעיקר ביישובים קטנים ובפריפריה. בהיעדר תכנון וניהול תשתיות לאומי, קופות החולים נמנעות משיתופי פעולה חיוניים. נדרש להקים מערך של תמריצים כלכליים וכללי התחשבנות, שיעודדו ויקדמו שיתופי פעולה בין הקופות ולספק מפתחות להפעלת תשתיות בריאות בקהילה שמתחשבים בהיקפי האוכלוסייה ובהתאם לאזורים גיאוגרפיים בעלי מאפיינים ייחודיים.**

אשכול מוסדות בריאות **- איחוד מספר בתי חולים ליחידות משותפות על ידי יצירת מקבצים אזוריים של קמפוסים, לשם ייעול וחסכון במשאבים במערכת: קיצור התורים לאשפוז, שיפור השירות למבוטחים, שמירה על רצף הטיפול והמשכיותו, שימוש יעיל יותר במיטות אשפוז, שיפור יחסי העבודה בבתי החולים וניצול יעיל יותר של תשתיות פיסיות וכוח אדם מקצועי בתוך קמפוס בית החולים. יצירת אשכולות אף עשויה להביא לחיזוק מקצועי של בתי חולים קטנים.**

**היערכות למצבי חירום** – שנובעים מאסונות טבע, אירועי טרור, מלחמה וכו'. בדומה לתחומי בריאות אחרים, המוכנות לחירום של מערכת הבריאות הינה רב תחומית ודורשת שיתופי פעולה בין מגזרים שונים בתוך ומחוץ למערכת הבריאות.

ביצוע שינויים מבניים, ארגוניים ומקצועיים משמעותיים**, דורש לעתים קרובות התמודדות עם אתגרים ועם קשיים מגוונים, המאפיינים מערכות בירוקרטיות גדולות, מורכבות ומרובות בעלי עניין. בין החסמים העיקריים ניתן להצביע על:** כפל תפקידי משרד הבריאותוניגוד האינטרסים המובנה **בעצם היותו מיניסטריון ורגולטור וגם ספק שירותי האשפוז הכללי הגדול ביותר במדינה, חוסר היציבות השלטונית בישראל** והחילופין התדירים של שרי הבריאות המקשים על **תכנון ארוך טווח** ועל ישומן של רפורמות במערכת הבריאות, היעדר תכנון אסטרטגי במערכת הבריאות לגבי אופייה הרצוי וחולשת משרד הבריאות כרגולטור שמתקשה לנקוט במדיניות יוזמת ועצמאית מול גורמים בעלי עוצמה (משרד האוצר, קופות החולים, ארגוני עובדים במערכת הבריאות) פוגע במשילות ובתכנון ארוך טווח. היעדר הסכמה על גבולות פרופסיונאליים גורם למאבקים והתנגדויות של בעלי מקצוע על רקע שינויים טכנולוגיים, ארגונים ומקצועיים.