

## מעקב מורחב

# היערכות שירותי הבריאות לחירום

## תקציר

משרד הבריאות אחראי למתן שירותי רפואה ובריאות לתושבי המדינה, ובכלל זה ממונה על הפעלת שירותי מניעה, אבחון, טיפול ושיקום באמצעות קופות החולים, בתי החולים, לשכות הבריאות המחוזיות,<sup>1</sup> מגן דוד אדום (להלן - מד"א) ומוסדות רפואיים אחרים. האוכלוסייה האזרחית זקוקה גם בעתות חירום מתמשכות (כגון במלחמה, מתקפה קונונציונלית או בלתי קונונציונלית של טילים ורקטות; רעידת אדמה שבעקבותיה הרס משמעותי; ואירועים רחבי היקף כגון שרפות, פליטת חומרים מסוכנים או שיטפונות) לשירותים הרפואיים הניתנים בקהילה, כגון רפואה ראשונית,<sup>2</sup> רפואת מומחים, אספקת תרופות, בדיקות מעבדה ובדיקות דימות ולשירותי התחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"). כמו כן זקוקה האוכלוסייה להמשך פעילות סדירה של בתי החולים ושל מד"א. דוח זה עוסק בעיקרו בעתות חירום שהן תוצאה של מלחמה.

## פעולות הביקורת

בשנת 2006, לאחר מלחמת לבנון השנייה, בדק משרד מבקר המדינה את היערכות מערכת הבריאות לעתות חירום ואת תפקודה במלחמה. ממצאי הבדיקה פורסמו בדוח מיוחד בשנת 2007<sup>3</sup> (להלן - הדוח המיוחד). בחודשים ינואר-אוקטובר 2013 שב משרד מבקר המדינה ובדק את היערכות מערכת הבריאות לחירום, בעיקר בקהילה. נבדקו במיוחד נושאים אלה: החובה החוקית, הסמכות והאחריות למתן שירותי בריאות בעתות חירום; אספקת שירותי רפואה לאוכלוסייה בעורף: 1. ב"מרפאות אחודות" של קופות החולים. 2. לשהים במקלטים, במרחבים מוגנים ובבתים וכן על ידי היחידות לטיפול בית של קופות החולים; הטיפול בנפגעי חרדה; ניטור איכות מי השתייה; מלאי התרופות לשימוש הקהילה; הקצאה לאומית של משאבים במחסור כמו רופאים ואמצעי מיגון לצוותים הרפואיים; מיגון חדרי המצב (חמ"לים) במערכת הבריאות. כמו כן נבדקו סוגיות בהיערכות מערכת האשפוז (בתי החולים) ומד"א לעתות חירום.

הביקורת נערכה במשרד הבריאות באגף לשעת חירום (להלן - האגף לשע"ח) ובלשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות בתל אביב ובחיפה; ברשות העליונה לאשפוז

- 1 למשרד הבריאות שבע לשכות בריאות מחוזיות המוציאות מהכוח אל הפועל תכניות ארציות בכלל שירותי הבריאות, בדגש על בריאות הציבור.
- 2 "רפואה ראשונית" מוגדרת בנוהל "הפעלת מרפאה אחודה במתארי חירום" של האגף לשעת חירום במשרד הבריאות (עדכון מאוגוסט 2012) כ"רפואת משפחה, רפואת ילדים, רפואת נשים ושירותי לקיחת דמים לבדיקות מעבדה".
- 3 מבקר המדינה, היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה (יולי 2007).

ובריאאות בשע"ח<sup>4</sup> (להלן - הרשות העליונה לאשפוז); בארבע קופות החולים; בפיקוד העורף של צה"ל (להלן גם - פקע"ר) ובמד"א. בדיקות השלמה נעשו במשרד להגנת העורף ובצה"ל במפקדת קצין רפואה ראשי. במסגרת ביקורת זו לא נבדק תפקודם של המשרד לביטחון פנים ומשטרת ישראל.

## עיקרי הממצאים

### האחריות להכנת העורף לעתות חירום

משרד הביטחון הפיץ בפברואר 2011 את "תזכיר חוק היערכות העורף לשעת חירום, התשע"א-2011". אולם נכון לאוקטובר 2013, מועד סיום הביקורת - למעלה משבע שנים לאחר תום מלחמת לבנון השנייה ויותר מ-22 שנה מאז הקמת פיקוד העורף בצה"ל - אין עדיין חוק מקיף המסדיר את הטיפול בעורף בעתות חירום על כל היבטיו ומבהיר מהם הסמכויות ותחומי האחריות של כל אחד מהגופים הפועלים בתחום ומהם קשרי הגומלין ביניהם.

### סמכות הרשות העליונה לאשפוז

כבר בדוח המיוחד מ-2007 נמצא כי לרשות העליונה לאשפוז אין סמכות להנחות את מוסדות הבריאות - דבר שעלול להקשות את תפקודה. בביקורת עלה כי כבר בשנת 1995 החל משרד הבריאות לקדם טיוטה להצעת חוק בנושא מערך הבריאות בשעת חירום. ואולם עד למועד סיום הביקורת הנוכחית באוקטובר 2013, ואף שחלפו כ-18 שנה מאז הטיוטה הראשונה, טרם גובש סופית חוק המסדיר את סמכויות הרשות העליונה לאשפוז<sup>5</sup>. הדבר עלול לפגוע בהיערכות מוסדות הבריאות לעתות חירום ובתפקודם בחירום. יש לראות זאת בחומרה.

### החובה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי למתן שירותי רפואה בקהילה בעתות חירום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), אינו מתייחס במפורש למתן שירות רפואי בקהילה בעתות חירום. בהיעדר התייחסות מפורשת בחוק לשעת חירום, יש קושי לקבוע על מי חלה האחריות למתן שירות רפואי בעתות חירום, ובאיזה היקף. כבר בדוח המיוחד בשנת 2007 קבע משרד מבקר המדינה כי יש להסדיר בחוק את היערכותן של קופות החולים לעתות חירום ואת היקף השירותים והטיפולים הרפואיים שיינתנו בעתים כאלה לאוכלוסייה. ואולם עד למועד סיום הביקורת הנוכחית (אוקטובר 2013) לא הסדיר משרד הבריאות את הנושא בחוק או בכל דרך אחרת.

4 הרשות העליונה לאשפוז היא רשות ייעודית וגוף המהווה חלק ממערך "משק לשעת חירום" (מל"ח). בראשה עומדים מנכ"ל משרד הבריאות, קצין הרפואה הראשי של צה"ל ומנכ"ל שירותי בריאות כללית או נציגו.

5 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 63 (2013), "היבטים בהיערכות העורף לחירום", עמ' 181.

### משימות הקופות בעתות חירום והסתייגויותיהן

תגובת משרד הבריאות לטענות הקופות לגבי הצורך בהסדרת הנטל הכספי עליהן בעתות חירום ולגבי אופן הכנתן ברגיעה, הייתה כי "ההיערכות למצבי חירום היא חלק מהשוטף ואחריות כל גוף לספוג את ההיערכות. עם זאת נמשיך במאמצנו לנסות להשיג תקציב לעיבוי ההיערכות בפניות חוזרות לאוצר". בכך לא הוצג פתרון שיניח את דעתן של הקופות. הכללית - הקופה הגדולה ביותר, המבטחת 55% מהאוכלוסייה - טוענת כי מאחר שהמדינה אינה מקצה מקורות מימון ומשאבים לתכנון ולהיערכות למצבי חירום, היא אינה יכולה להיערך כנדרש. התקציב שהשקיעה בהיערכות, שנלקח מתקציבה השוטף, אינו מאפשר מוכנות מיטבית, וקיימים תרחישים שהיא אינה יכולה להיערך אליהם. משרד הבריאות אף לא בדק אם הקופות מסוגלות לעמוד בנדרש מהן בעתות חירום.

לפי עמדת הכללית, לקופות יש מחויבות לספק את שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות תוך עמידה בתקציבים שהוקצו לכך וניצול מיטבי שלהם, ואילו כל פעילות אחרת המוטלת עליהן - כמו היערכות לעתות חירום<sup>6</sup> - תבוא על חשבון אספקת השירותים שבסל.

עד למועד סיום הביקורת באוקטובר 2013, לא נקבע בחוק או בנהלים היקף השירותים שעל קופות החולים לספק בהתאם למצבי לחימה שונים ובהתאם למשך הלחימה, במטרה להבטיח רמת שירות ראויה לאוכלוסייה.

בביקורת עלה כי הקופות התייחסו בנוהליהן באופן כללי לאפשרות נדידת אוכלוסייה בין אזורים בארץ, ואולם נמצא כי אין היערכות פרטנית ראויה לאפשרות זו, כגון הכנת תכניות לרענון הסגל הרפואי עם התמשכות הלחימה, לניוד רופאים ואנשי סגל מאזור לאזור ולתגבור כוח האדם.

### אספקת שירותי רפואה בקהילה בעתות חירום

זמינות הסגל הרפואי: 1. הרשות העליונה לאשפוז והאגף לשע"ח לא ביצעו ניתוח כמותי של כוח האדם הזמין לטובת מערך הטיפול הרפואי בקהילה, אף על פי שכבר ב-2001 הצביע "תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות" על הצורך בכך (ראו גם בהמשך). לא נמצא כי הרשות העליונה לאשפוז או האגף לשע"ח ביצעו ניתוח כמותי, בהתבסס על נתוני הביקוש הצפויים, לשם תכנון המענה הנדרש ממערכת הבריאות בחירום. 2. החובה להתייבב לעבודה במפעל חיוני או במפעל למתן שירותים קיומיים אינה חלה על אישה בהיריון או על אישה בשנה שלאחר הלידה<sup>7</sup>. יש גם להביא בחשבון שלא כל העובדים שיוצאו להם צווי ריתוק אכן יתייבבו לעבודה.

פיזור המרפאות האחודות למתן שירות לחברי כל קופות החולים: מערכת הבריאות אמורה להפעיל בעתות חירום כ-300 מרפאות אחודות ממוגנות בפריסה ארצית. ואולם נמצא כי אזורים רבים מרוחקים מהמרפאה האחודה

6 היערכות בקופות לשעת חירום כוללת למשל הדרכה של כ-6,000 רופאים ראשוניים, כ-7,000 אחיות וכ-3,000 עובדים אחרים, וכן תרגול תקופתי של מצבי החירום השונים. ההיערכות כוללת גם הכשרת חדרים מצב לעתות חירום, פריסת מערכות תקשורת מתאימות לחירום ועוד.

7 חוק שירות עבודה בשעת חירום, התשכ"ז-1967.

הקרובה ביותר אליהם. כך למשל, במחוז חיפה אין מרפאות אחדות בעין הים, בקריית שפרינצק ובקריית חיים.

מיגון המרפאות האחדות: עובדי הקופות עצמן הם שמיפו את מצב המיגון של רוב המרפאות, אף על פי שאינם מוסמכים לכך. רמת המיגון של רוב המרפאות לא נבדקה ואושרה בידי פקע"ר או בידי גורם מוסמך אחר.

גיבוי לתשתיות המרפאות האחדות: לרוב המרפאות האחדות אין אמצעי גיבוי כגון גנרטור חירום או מכלי מים וזרביים שיאפשרו פעילות רציפה שלהן גם לאחר פגיעה בתשתיות.

ביטוח הסגל הרפואי הפועל במרפאות האחדות: רוב קופות החולים לא הסדירו ביטוח לאנשי סגל מקופות אחרות שיישלחו לתגבר מרפאות אחדות בשעת חירום.<sup>8</sup>

תרגול הפעילות במרפאות האחדות: משנת 2007 ועד למועד סיום הביקורת לא בוצע תרגול מלא וכולל<sup>9</sup> לבחינת תפקודן של המרפאות האחדות, לרבות אופן איושן בעתות חירום, קבלת נתונים מתיקי חולים שאינם מהקופה המפעילה את המרפאה, עמידות מערכות התקשורת והמחשוב והעברת דגימות למעבדות.

### טיפול בחולים המשויכים בשגרה ליחידות לטיפול בית

סגל היחידות לטיפול בית: היחידות לטיפול הבית בקופות, המטפלות בשגרה בכ-31,000 חולים, נעזרות גם בשירותיהן של חברות חיצוניות. כמו כן נחתמים הסכמים מקומיים עם רופאים עצמאיים לטיפול במאושפזי הבית. רופאים אלו מועסקים בדרך כלל בבתי חולים או בקופות חולים נוספות, ושירות זה ניתן על ידם כעבודה נוספת. קיים חשש כי בעתות חירום ירותקו רופאים אלו למקום עבודתם או יגויסו לשירות מילואים. דבר זה עלול לפגוע בטיפול בשעת חירום בחולים רבים המטופלים על ידי היחידות לטיפול בית. כמו כן לא הוערך מספר הצוותים לטיפול בית שיידרש למתן מענה הולם בשעת חירום. קיים חשש כי חולים המשויכים ליחידות לטיפול בית ושלא יטופלו, יעמיסו את בתי החולים בפעילות.

אומדן מטופלים: בביקורת לא נמצא כי במשרד הבריאות ובקופות נערך אומדן של מספר מטופלי הבית הצפויים בחירום, בהתחשב בפינוי מטופלים מביתם למוסדות גריאטריים (בין היתר בגלל צפי להיעדרות של מטופלים זרים) מחד, ובתוספת המטופלים עקב שחרור מוגבר מבתי החולים כדי לפנות מיטות לנפגעים (בהתאם לתכניות המבצעות) מאידך.

8 סוגיית הביטוח כבר עלתה בדוח המיוחד (ראו עמ' 237), שבו דווח כי קצין רפואה ראשי אשר תחילה על רופאי פקע"ר להגיש טיפול רפואי לאזרחים, למעט במקרים שנשקפה להם סכנת חיים חמורה, וזאת בשל היעדר ביטוח רפואי (ומחשש להביעות על רשלנות רפואית שמשרד הביטחון יאלץ לשאת בעלותן). רק מאוחר יותר במהלך הלחימה הוסדר הביטוח לרופאים. לרופאי הקופות יש ביטוח כנגד רשלנות רפואית, אולם ביטוח זה מכסה רשלנות שנגרמת למבוטחי אותה קופה.

9 ב-2010 בוצע כחלק מתרגיל "נקודת מפנה 4" תרגול של פינוי השוהים במרפאות אחדות למרחבים מוגנים.

## טיפול בחולים השוהים במקלט או בביתם

1. היערכות לביקורי בית כולל אומדן ביקורים צפוי - הקופות דיווחו על כ-128,000 ביקורי בית של רופא בשנת 2012 (נוסף על ביקורי סגל היחידות לטיפול בית, המטפלות בכ-31,000 חולים בביתם). ביקורים אלה כוללים ביקורי נוחות<sup>10</sup>, שמחלקם אפשר להימנע בעתות חירום. ואולם אין בקופות אומדן של הדרישה לביקורי בית, בשל חוסר יכולתם של חולים להגיע למרפאה בעתות חירום, ולא נמצא שהקופות נערכו למתן מענה ראוי לצורך בביקורים כאלה.

משרד הבריאות גיבש ב-2008 טיוטת נוהל לטיפול באוכלוסייה השוהה בעתות חירום בבית או במקלט, והקופות מכבי ומאוחדת כללו את הוראותיו בנוהל שלהן ופרטו בו את אופן הטיפול בחולים השוהים במקלטים; הקופות הכללית ולאומית לעומת זאת מסתייגות מהוראות הנוהל, וטוענות שהנוהל אינו ישים עקב צפי לחוסר במשאבים.

האגף לשע"ח היה אמור לבחון את נוהל ביקורי הבית בחירום ולעדכנו עד לסוף יוני 2013. אולם עד למועד סיום הביקורת לא פנה האגף לקופות לקבל את התייחסותן לנושא, הנוהל לא עודכן ואין פתרון מוסכם לשיטת מתן המענה הרפואי לכלל האוכלוסייה האזרחית בבית או במקלטים.

2. שירותי טלרפואה בעתות חירום - קופות החולים מפעילות שירותי טלרפואה בהיקפים ניכרים לאלפי חולים בבתיהם (למשל לחולי אי-ספיקת לב ומחלת ריאות חסימתית). השירותים כוללים תמיכה ויעוץ באמצעות מערכת מחשב הנמצאת בבית החולה ומחוברת למוקד מיוחד בקופה או בבית חולים. משרד הבריאות והקופות עדיין לא קבעו כללים ונהלים בדבר שירותי הטלרפואה שיינתנו בעתות חירום ולא נערכו למתן השירותים, ויש חשש שחולים אלה יגדשו את בתי החולים והקופות אם לא ימשיכו לקבל את השירות בבתיהם.

## מלאי תרופות לשימוש הקהילה בעתות חירום

בפברואר 2003 החליטה הרשות העליונה לאשפוז לפנות ליבואנים ולספקים בבקשה שיגדילו את מלאי התרופות לשעת חירום הקיים ברשותם, וכמו כן הוחלט לפנות בבקשה דומה לבתי החולים, לקופות החולים ולחברת "שראל"<sup>11</sup>. בשנת 2007 נבדק שוב, כחלק מהפקת הלקחים ממלחמת לבנון השנייה, נושא אספקת התרופות על ידי קופות החולים לחולים כרוניים בעתות חירום. בבדיקה עלה כי רמות המלאי נקבעות בהתאם למדיניות הקופות, וכי לא ניתן להבטיח שנשמר בכל קופה מלאי מספיק ולו לחודש ימים. עד למועד סיום הביקורת - יותר מעשור לאחר קבלת ההחלטה לפנות ליבואנים ולספקים וכשש שנים מאז הבדיקה שהעלתה כי הקופות אינן מבטיחות לשמור על מלאי לעתות חירום - לא הוסדר הנושא עם הקופות ולא הועברה פנייה ליבואנים ולספקים.

10 המבוטח מוכן לשלם על ביקור בית של רופא כדי לא להגיע למרפאת הקופה.

11 חברה פרטית בבעלות עמותת מנהלי בתי החולים הממשלתיים הרוכשת עבורם במרוכז תרופות וציוד רפואי.

## מיגון מטות החירום וחדרי המצב

מטה הרשות העליונה לאשפוז, שאחראי להפעלת מערכת הבריאות במדינת ישראל בעתות חירום, ממוקם באחד ממבני משרד הבריאות בתל אביב ואינו ממוגן כלל. גם מטה (חמ"ל) הרפואה של פיקוד העורף בצה"ל שוכן בבניין שאינו ממוגן. במטות המחוזיים של משרד הבריאות וכן בהנהלות קופות החולים ובמטות המחוזיים שלהן נמצאו חדרי מצב שאינם בנויים או ערוכים באופן שהולם את ייעודם. משרד הבריאות ופקע"ר לא בחנו האם סביר בעתות חירום להפעיל חדרי מצב בקומות גבוהות של בניינים רבי-קומות, שם ממוקמים חלקם.

## הטיפול בנפגעי חרדה

במלחמת לבנון השנייה דווח על 4,547 נפגעי דחק וחרדה. עד אמצע שנת 2013 הכין משרד הבריאות 64 אתרי דחק<sup>12</sup>, כדי שהנפגעים לא יציפו את בתי החולים ויקשו עליהם לטפל בפצועים. משרד הבריאות מסר כי פריסת האתרים נקבעה לפי תרחיש הייחוס, בהתאם למספר הנפגעים המשוער ולמידת קרבתם למוסדות פסיכיאטריים גדולים. בבדיקה נמצא כי לא נקבע מפתח מושכל לפיזור אתרי הדחק כך שתובטח נגישות מיטבית לאתרים בכל האזורים המאוימים בארץ, ואכן קיימים אזורים מאוימים בהם אין די אתרי דחק.

## הקצאה לאומית של משאבים במחסור בעתות חירום

הקצאת רופאים: 1. לפי נתוני מכבי ומאוחדת, בכמה מחוזות של הקופות קיים פער ניכר בין הביקוש הצפוי לשירותי מרפאה בעתות חירום לבין מספר הרופאים שיהיו זמינים לתת מענה לביקוש זה. 2. נמצא כי ההחלטה על שיבוץ הרופאים בקהילה בעתות חירום נתונה בידי צה"ל בלבד, לאחר שמוסדות הבריאות השונים מוסרים לו את בקשותיהם. לקופות החולים אין חלק בהחלטה הסופית, למרות תפקידן החשוב בעתות חירום, והיא מתקבלת בידי סגן קרפ"ר, בהתייעצות עם נציג משרד הבריאות.

רכב ממוגן להסעות: 1. צוותים רפואיים מטפלים - נמצא כי לא תוכננה היערכות להקצאת כלי רכב ממוגנים למערכת הבריאות בקהילה עבור סגל ביקורי הבית והצוותים לטיפול באוכלוסייה במקלטים. 2. הסעת צוותים - נמצא כי לא נבחן נושא הסעת עובדי מערכת הבריאות האמורים לאיש, למשל, את המרפאות האחרות ונושא הסעת ילדי אותם עובדים למעונות ילדי העובדים בקהילה ובבתי החולים. 3. מסירת בדיקות דם ודגימות מעבדה - לדעת קופות החולים לא ניתן להבטיח העברת בדיקות דם ודגימות, החיוניות לאבחון, למעבדות המרכזיות, ובפרט כשיידרש לכך רכב ממוגן.

מיגון אישי: באגף לשע"ח אין אומדן לגבי הדרישה הצפויה למיגון אישי כגון קסדות ואפודי מגן עבור כלל הצוותים הרפואיים של משרד הבריאות ושל קופות

12 מתקנים רפואיים המוקמים בעתות חירום ומשמשים מרכז לסיוע נפשי ראשוני לאוכלוסייה. האתרים מיועדים לטיפול באזרחים, שבעקבות היחשפותם לפעולות איבה, סובלים מתסמונת חרדה ודחק (מרגע הפגיעה ועד כיומיים לאחריה).

החולים שאמורים בעתות חירום לספק שירות ולנוע בדרכים - וממילא לא ידוע מהם החסרים שיש להשלים.

אבטחת בתי החולים: משרד הבריאות, פקע"ר והמועצה לביטחון לאומי לא הסדירו מ-2007 ועד למועד סיום הביקורת את מערך האבטחה בבתי החולים בעתות חירום, באופן שיאפשר להם להמשיך לתפקד ללא הפרעה, במיוחד במקרה של בהלה ושל הגעת נפגעי חרדה רבים עקב פגיעת חומרי לחימה כימיים (או עקב חשש לפגיעה כזו).

### פיקוח על איכות מי השתייה

בעתות שגרה בודקים הרשויות המקומיות או ספקי המים את איכות מי השתייה (בדיקות בקטריאליות וכימיות), ומשרד הבריאות מפקח עליהם<sup>13</sup>. בעתות חירום ייתכן זיהום מכוון של מי השתייה, ועל משרד הבריאות להבטיח כי הרשויות המקומיות וספקי מים יוסיפו לבדוק את איכות המים. נמצא שהמשרד לא הכין תכנית פעולה להבטחת פיקוח על איכות מי השתייה בעתות חירום. כיום, ברגיעה, במספר מקומות בארץ כבר פועלת מערכת אוטומטית לדיגום איכות מי השתייה המעבירה נתונים למרכזי בקרה. יצוין שמשרד מבקר המדינה כבר העיר על כך בעבר בדוח המיוחד.

### סוגיות בהיערכות מערכת האשפוז

יחידות לשעת חירום בבתי החולים: הרשות העליונה לאשפוז המליצה ב-2002 להקצות תקנים לכוח אדם עבור ארבע יחידות לשעת חירום בבתי החולים הכלליים. אף על פי כן אין כיום תקנים כאלה וגם לא הוסדר מימון להכנתה של מערכת האשפוז לקראת עתות חירום, ובתי החולים נאלצים לממן את ההיערכות מתקציביהם.

מיגון בתי החולים: נמצאו פערים משמעותיים בין צורכי המיגון על פי התקנות לבין המצב בפועל, ובבתי חולים רבים ישנם חדרי ניתוח, יחידות לטיפול נמרץ, חדרי מיון, חדרי לידה ויחידות דיאליזה שאינם ממוגנים<sup>14</sup>. הדבר מסכן הן את החולים הן את הסגל הרפואי, ועלול לפגוע בתפקוד הסגל בעתות חירום.

מיגון מערכות המחשוב בבתי החולים והיערכות למניעת השבתתן: משרד הבריאות לא בחן את הצורך להטמיע תכנית התאוששות מאסון עבור מערכות המחשוב השונות בבתי החולים הכלליים, ואת חשיבותה של התכנית לתפקוד בתי החולים במקרה שהמערכות יינזקו בשעת חירום.

13 הבדיקות נעשות על פי תקנות בריאות העם (איכותם התברואתית של מי-שתיה ומתקני מי שתיה), התשע"ג-2013.

14 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, 63 (2013), "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

### הכנת בתי חולים פרטיים וציבוריים למצבי חירום

בתי חולים פרטיים: בתי החולים הפרטיים הגדולים אמורים בעתות חירום להשתלב במערך האשפוז הלאומי ולהוות תוספת משמעותית, ואולם עבודת המטה של פיקוד העורף ושל משרד הבריאות לבחינת אופן שילובם לא הושלמה והרשות העליונה לאשפוז טרם אישרה את תכנית ההיערכות לעתות חירום של בתי חולים אלה.

בתי החולים במזרח ירושלים: במזרח ירושלים פועלים חמישה בתי חולים ציבוריים כלליים. האגף לשע"ח בשיתוף פקע"ר אמור להכין את כל בתי החולים הכלליים בארץ למצבי החירום השונים, ואולם בביקורת עלה כי הרשות העליונה לאשפוז לא החליטה אם לשלב בהיערכות לעתות חירום את בתי החולים במזרח ירושלים, למרות פוטנציאל האשפוז הטמון בהם והאפשרות להקטין את העומס הצפוי על בתי החולים במערב העיר.

### היערכות מד"א לעתות חירום

דרכי ההיערכות של מד"א: משרד הבריאות, פקע"ר, מפקדת קצין רפואה ראשי ומד"א בחנו בשנת 2009 את היקף כוח האדם ואת מספר האמבולנסים הנדרשים לכלל המשימות של מד"א בעתות חירום. בשנת 2012 הגיש מד"א למשרד הבריאות מסמך המפרט את החסרים בכוח אדם וברכב הצלה ממוגן ולא ממוגן. אין כיום תרחיש יחוס מעודכן ומאושר אשר ניתן יהיה לעדכן לפיו את משימות מד"א, לבחון את צורכי ההיערכות שלו לשעת חירום ולפעול להשלמת חסרים שיתגלו. לטענת מד"א המצב בפועל אינו מאפשר מוכנות ראויה, ואולם עד למועד סיום הביקורת משרד הבריאות לא בחן את דרישות מד"א.

מיגון שירותי הדם: מבנה בנק הדם הקיים אינו ממוגן ברובו מפני תקיפה בנשק קונוונציונלי ומפני חל"כ. סקר עמידות המבנה גם קבע כי ברעידת אדמה המבנה צפוי לקרוס. כמו כן אין במקלט הממוגן הקיים שטח מתאים לאחסון מלאי מנות דם ומרכיביו.

תקצוב היערכות מד"א לחירום: תרגול והדרכה בנושא חירום, שאמורים להתבצע בתקופת רגיעה, אינם מתוקצבים ומד"א מממן אותם ממקורותיו.

### סיכום והמלצות

מערכת הבריאות היא מערכת גדולה ומורכבת העוסקת בחיי אדם, ובעתות חירום אחראית לעשרות אלפי מטופלים הזקוקים לשירותים רפואיים הן במערכת האשפוז והן במרפאות בקהילה.

האחריות להכנת העורף בעתות חירום: למעלה משבע שנים לאחר תום מלחמת לבנון השנייה, ויותר מ-22 שנה מאז הקמת פקע"ר בצה"ל, אין עדיין חוק מקיף שמרכז את כל הנוגע לטיפול בעורף בעתות חירום, ואשר מבהיר מהם הסמכויות ותחומי האחריות של כל אחד מהגופים המטפלים בעורף בחירום. יש להסדיר לאתגר את הסמכות החוקית של הרשות העליונה לאשפוז, כך שתוכל

להנחות את קופות החולים וגופים אחרים במערכת הבריאות כיצד להיערך לחירום. משרד מבקר המדינה העיר על כך כבר לפני שבע שנים.

משימות קופות החולים בעתות חירום: כבר לפני שבע שנים העיר משרד מבקר המדינה כי יש להסדיר בחוק את היערכותן של קופות החולים לעתות חירום, ואת היקף השירותים הרפואיים שיינתנו בעתים כאלה לאוכלוסייה. ואולם נכון לאוקטובר 2013 לא הוסדר הנושא בחוק. ראוי להסדירו בהקדם כדי להבטיח רמת שירות ראוי לאוכלוסייה.

מיגון מוסדות הרפואה, חדרי המצב ומערכות התקשורת:  
 1. במצב מלחמה גוברת החשיבות של מיגון המוסדות הרפואיים. על משרדי הבריאות והאוצר, בשיתוף בתי החולים, לצמצם את הפערים המשמעותיים הקיימים בין צורכי המיגון בבתי החולים לבין המצב בפועל. 2. על גורם מוסמך לקבוע את רמת המיגון של המרפאות האחודות שאמורות לפעול בעתות חירום. 3. מן הראוי שבכל מחוז של משרד הבריאות ושל קופות החולים יהיה חדר מצב (וכן חדר מצב חלופי) מתאים לייעודו, ממוגן ואטום כנדרש. 4. בעניין זה על הרשות העליונה לאשפוז ועל פקע"ר לבחון אם נכון למקם חמ"לים בקומות גבוהות של מגדלי משרדים. 5. כמו כן מן הראוי שיהיו בחמ"לים אלו אמצעי תקשורת ייעודיים לעתות חירום.

מתן השירותים לקהילה: יש מקום לנתח את התנהגות האוכלוסייה בעתות חירום, ובין היתר את הביקוש לביקורי בית ולבדיקות במכונים ובמעבדות, כדי שניתן יהיה לגבש אומדנים איכותיים ולהיערך לחירום בצורה מיטבית. ראוי לאמוד תקופתית את החסרים הצפויים בעתות חירום בכוח האדם של היחידות לטיפול הבית בקופות החולים ולתכנן את הדרכים לצמצמם. כמו כן על הרשות העליונה לאשפוז, על משרד הבריאות ועל קופות החולים לוודא שבעתות חירום יהיה בנמצא מלאי תרופות החיוניות לטיפול בקהילה. בעתות חירום יופעלו בקהילה מרפאות אחודות שאמורות להוות את הגורם העיקרי למתן שירות רפואי בעורף. עליהן להיות בגודל מתאים וברמת מיגון גבוהה, המאפשרת מתן טיפול תוך הבטחת ביטחון המטופלים והצוות הרפואי. על משרד הבריאות והקופות לקבוע כללים ונהלים ולהיערך למתן שירותי הטלרפואה בעתות חירום כדי לצמצם את הצורך של החולים המנויים לשרות זה לגדוש את בתי החולים אם לא ימשיכו לקבלו בבתיים.

כדי לשרת כראוי את האוכלוסייה שתשהה בעתות חירום בביתה או במקלטים, ראוי לאמוד את מספר ביקורי הבית שיידרש בחירום, שכן בנוסף על הביקורים הדחופים הנדרשים בעתות רגיעה, עלולות להתווסף דרישות לביקורי בית מצד חולים מוגבלים בניידות, כגון מצד חולים קשישים. יש להתחשב בכך ולגבש נוהל בנדון.

טיפול בנפגעי חרדה: על הרשות העליונה לאשפוז ופיקוד העורף להגדיר אמות מידה לפריסת אתרי הדחק בהתאם למשל להיקף האוכלוסייה, לסיכוי הפגיעה באזורים השונים, למרחק מבתי החולים ולמידת הנגישות שלהם, כך שבעתות חירום תתקבל פריסה מיטבית של מרכזי הטיפול.

אבטחת בתי החולים: משך שנים רבות לא הוסדר נושא מערך האבטחה בבתי החולים בעתות חירום, באופן שיבטיח שהסגל הרפואי יוכל להמשיך ולתפקד בשעת חירום ללא הפרעה, במיוחד במצב של הגעת נפגעי חרדה רבים עקב פגיעת חומרי לחימה כימיים באוכלוסייה האזרחית. מומלץ להסדיר זאת לאלתר.

בתי חולים פרטיים: על הרשות העליונה לאשפוז, משרד הבריאות ופקע"ר לדון בתכנית ההיערכות לחירום של בתי החולים הפרטיים ולאשרה.

תפקוד מד"א: על משרד הבריאות לדאוג לתרחיש ייחוס מאושר ולפיו לבחון את הצורך באמבולנסים ממוגנים נוספים למשימות של מד"א בעתות חירום; מספר האמבולנסים הכולל הנדרש בחירום; היקף כוח האדם (ובמיוחד פרמדיקים<sup>15</sup>) שיהיה נחוץ לארגון, ורמת התגבורת של חיילי פקע"ר שתידרש. אם יש פערים בין הנדרש למצוי יש לגבש פתרונות לצמצומם. בנוסף על כך על הרשות העליונה לאשפוז ועל משרד הבריאות לוודא כי בעתות חירום יוכל מד"א לענות על הביקוש למנות דם, ויש להכין לבנק הדם אתר מתאים לתפוקה הנדרשת בחירום, שיהיה מוגן מפני נשק קונווציונלי ומפני חל"כ ועמיד בפני רעידות אדמה.

הקצאת המשאבים הלאומיים בעתות חירום: רופאים, מאבטחים לבתי חולים, מורות-חיילות המפעילות מעונות לילדי עובדים חיוניים, רכב ממוגן, קסדות ואפודי מגן הם משאבים לאומיים שבחירום מצויים כולם במחסור. על צה"ל, המשרד להגנת העורף, משרד הבריאות והרשות העליונה לאשפוז לקבוע מבעוד מועד סדרי עדיפויות לאופן הקצאתם בחירום.

מן הראוי לקדם את גיבושה של תורת ביטחון המשלבת ברמה הלאומית והמקומית את החזית האזרחית (הקהילה), כך שתהווה בסיס לתכנית עבודה מתוקצבת ורב-שנתית. תכנית לאומית כזו אמורה לקבוע יעדים מוגדרים היטב להיערכות של כלל הגורמים המעורבים לקראת העימות הרחב הבא ואירועי חירום אחרים.



## מבוא

משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) אחראי למתן שירותי רפואה ובריאות לתושבי המדינה, ובכלל זה ממונה על הפעלת שירותי מניעה, אבחון, טיפול ושיקום באמצעות קופות החולים, בתי החולים, לשכות הבריאות המחוזיות<sup>16</sup>, מגן דוד אדום (להלן - מד"א) ומוסדות רפואיים אחרים<sup>17</sup>.

האוכלוסייה האזרחית זקוקה גם בעתות חירום<sup>18</sup> לשירותים הרפואיים השוטפים הניתנים בקהילה, כגון רפואה ראשונית<sup>19</sup>, רפואת מומחים, אספקת תרופות, בדיקות מעבדה, מכוני הדמיה ותחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"). כמו כן זקוקה האוכלוסייה להמשך פעילות סדירה של בתי החולים ושל מד"א.

- 15 חובשי החיאה בכירים.
- 16 למשרד הבריאות שבע לשכות בריאות מחוזיות המוציאות מהכוח אל הפועל תכניות ארציות בכלל שירותי הבריאות, בדגש על בריאות הציבור.
- 17 על פי הצעת התקציב של משרד הבריאות לשנות הכספים 2013-2014 ודברי ההסבר להצעה.
- 18 עתות חירום - איום של מלחמה; התקפה של טילים ורקטות תוך שימוש באמצעי לחימה קונווציונליים, כימיים, ביולוגיים או רדיואקטיביים; רעידת אדמה שבעקבותיה הרס משמעותי; וכך אירועי חירום רחבי היקף כגון שריפות ופליטת חומרים מסוכנים או שיטפונות.
- 19 "רפואה ראשונית" מוגדרת בנוהל "הפעלת מרפאה אחודה במתארי חירום" של האגף לשעת חירום במשרד הבריאות (עדכון מאוגוסט 2012) כ"רפואת משפחה, רפואת ילדים, רפואת נשים ושירותי לקיחת דמים לבדיקות מעבדה".

בעתות חירום מלחמתיות, למשל בעת נפילת מאות טילים ברחבי הארץ, עלולים תושבי האזורים המאוימים לשהות תקופה ממושכת במקלטים או במרחבים מוגנים. גם תושבים אחרים, שאינם באזורים שנפגעו ישירות, עלולים להתבקש לשהות בסמוך לממ"ד (מרחב מוגן דירתי), או בחדר פנימי בבית. גם במצבי חירום אזרחיים, כגון רעידת אדמה, אוכלוסייה עלולה להתבקש להתפנות ולהתרכז באזורים מוגדרים בהם יינתן סיוע רפואי. דוח זה עוסק בעיקרו בעתות חירום שהן תוצאה של מלחמה.

בשנת 2006, לאחר מלחמת לבנון השנייה, בדק משרד מבקר המדינה את היערכות מערכת הבריאות לעתות חירום ואת תפקודה בעת המלחמה. נבדקו תפקודם של מערכת האשפוז, של השירותים בקהילה ושל מד"א, וכן נבדק פינני בהול של המרכז לבריאות הנפש מזרע בעכו שנפגע ושלא היה בו מיגון. ממצאי הבדיקה פורסמו בדוח המיוחד בשנת 2007<sup>20</sup> (להלן - הדוח המיוחד). בחודשים ינואר עד אוקטובר 2013 ביצע משרד המבקר בדיקת מעקב מורחבת באשר להיערכות מערכת הבריאות לחירום, בעיקר בקהילה. נבחנו בעיקר נושאים אלה: החובה החוקית, הסמכות והאחריות למתן שירותי בריאות בעתות חירום; התאמת ההיערכות ל"תרחיש הייחוס"<sup>21</sup> לקהילה; אספקת שירותי רפואה בעורף: 1. ב"מרפאות אחודות"<sup>22</sup> של קופות החולים. 2. לשהים במקלטים, במרחבים מוגנים או בבתים. 3. על ידי היחידות לטיפול בית<sup>23</sup> של קופות החולים; הטיפול בנפגעי חרדה<sup>24</sup>; בדיקת איכות מי השתייה; מלאי התרופות לשימוש הקהילה; מיגון הצוותים הרפואיים; וכן חדרי המצב (חמ"לים) והתקשורת במערכת הבריאות. כמו כן נבדקו סוגיות בהיערכות בתי החולים ומד"א לעתות חירום. הביקורת נערכה באגף לשעת חירום שבמשרד הבריאות (להלן - האגף לשע"ח), ברשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום<sup>25</sup> (להלן - הרשות העליונה לאשפוז), בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת), בלאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית), בלשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות בתל אביב ובחיפה, בפיקוד העורף של צה"ל (להלן - פקע"ר) ובמד"א. בדיקות השלמה נעשו במשרד להגנת העורף ובמפקדת קציני רפואה ראשי בצה"ל. במסגרת ביקורת זו לא נבדק תפקודם של המשרד לביטחון פנים ומשטרת ישראל.

- 20 מבקר המדינה, דוח מיוחד על היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה (2007).
- 21 תרחיש הייחוס - מכלול אפשרי של אירועים והתפתחויות שעשויים לשבש את יכולתו של המשק לספק מוצרים ושירותים חיוניים בשעת חירום. בהתאם לתרחיש כונים תכנית היערכות.
- 22 מרפאות אחודות - מספר מצומצם של מרפאות ממוגנות, שיהיו בעתות חירום מוקדי רפואה ראשונית (רפואת משפחה, רפואת ילדים ורפואת נשים, וכן לקיחת דמים לבדיקות מעבדה), שכל תושב יוכל לפנות אליהן ללא קשר לקופה שהוא מבוטח בה.
- 23 יחידות לטיפול בית - שירות לטיפול רפואי בבית הניתן על ידי קופות החולים. השירות כולל בעיקר טיפולים חלופיים לאשפוז בבית החולים כגון מתן תרופות בעירוני תוך-ורידי, שירותי מרפאה לחולים שאינם מסוגלים להגיע אליהן בכוחות עצמם, וטיפול שיקום לאחר ניתוחים או לאחר אירועים חריפים כמו למשל אירוע מוחי.
- 24 גורם ההפתעה של ירי רקטות וטילים על האוכלוסייה האזרחית וההלם שבעקבותיו גורם תגובה נפשית אצל חלק מהאוכלוסייה, המתבטאת בהתפתחות חרדה או חרדה חריפה; המאפיין הבולט של חרדה בשלב החריף הוא היעדר תפקוד.
- 25 הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום - רשות ייעודית (ראו הערה 32) של משרד הבריאות להכנת מערכת הבריאות לעתות חירום.

## החובה החוקית, הסמכות והאחריות למתן שירותי בריאות בעתות חירום

כל משרד ממשלתי ממונה על הכנת המשק החיוני הנמצא בתחום אחריותו לעתות חירום.

ייעוד הרשות העליונה לאשפוז הוא הכנת מערך בתי החולים והרפואה בקהילה לטיפול בנפגעים ממשק קונוונציונלי ולא-קונוונציונלי באירועים רבי-נפגעים, הן בשגרה והן בעתות חירום, תוך המשך מתן טיפול רפואי שגרתי לאוכלוסייה<sup>26</sup>. הרשות העליונה לאשפוז היא רשות ייעודית וגוף המהווה חלק ממערך "משק לשעת חירום" (מל"ח), הפועל תוך תיאום ושיתוף פעולה עם גופים אחרים. בראש הרשות העליונה לאשפוז עומדים מנכ"ל משרד הבריאות, קצין הרפואה הראשי של צה"ל ומנכ"ל הכללית או נציגו. בתקופת רגיעה מזכיר הרשות העליונה לאשפוז הוא מנהל האגף לשע"ח במשרד הבריאות, ובעתות חירום - המשנה למנכ"ל משרד הבריאות.

האגף לשע"ח מופעל באמצעות תקציב מיוחד בסך כ-11-10 מיליון ש"ח לשנה<sup>27</sup>. תקציב זה נועד לקידום המוכנות של מערכת הבריאות לעתות חירום, בהתאם למדיניות שקובעת הרשות העליונה לאשפוז. הרשות העליונה לאשפוז מסתייעת גם בתקציבים ובאמצעים שמקצים גופים שונים (בתי חולים, מד"א ועוד), בפעילות מתנדבים בוועדות השונות שהיא מפעילה<sup>28</sup> ובכספים שמעמידים משרדי ממשלה אחרים (משרד הביטחון, משרד האוצר ועוד). לדברי משרד הבריאות, הרשות העליונה לאשפוז מבצעת את משימותיה ללא תקציב ייעודי משלה.

בתשובתו מנובמבר 2013 ערכן משרד הבריאות כי התקציב לאגף לשע"ח הוא 13 מיליון ש"ח לשנה, שעליהם נוסף גם תקציב ממשרד הביטחון. בנוסף לכך מתקצבת את האגף גם ועדת ההיגוי הבין-משרדית לצורך היערכות לרעידות אדמה.

## האחריות להכנת העורף לעתות חירום

מאז קום המדינה היה העורף בישראל נתון לאיומים מצד כוחות אויב, והדבר חייב מאז ומתמיד את ממשלות ישראל ואת צה"ל להיערך להגנת האוכלוסייה האזרחית. ייעודו של שירות ההתגוננות האזרחית (להלן - הג"א) הוסדר בחוק ההתגוננות האזרחית, התשי"א-1951. לפי החוק, תפקידו העיקרי של הג"א היו להכין תכניות להתגוננות אזרחית ולהוציאן לפועל; לאמן את חברי הג"א; להדריך את ארגוני העזר<sup>29</sup>; לתאם את פעולות משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות ומפעלים פרטיים בענייני התגוננות אזרחים; להדריך את האוכלוסייה ולציידה באמצעי מיגון, ולסייע לאוכלוסייה שנפגעה. בנובמבר 1991 החליטה ועדת השרים לענייני ביטחון לאומי להקים בצה"ל את פיקוד העורף (פקע"ר), כדי שינהל את ההתגוננות האזרחית כמשמעותה בחוק הג"א.

- 26 על פי אתר האינטרנט של משרד הבריאות.
- 27 לפי הצעת התקציב של משרד הבריאות מוקצים לאגף 10.8 מיליון ש"ח לשנת 2013, ו-9.9 מיליון ש"ח לשנת 2014.
- 28 הרשות העליונה לאשפוז מפעילה בין השאר את הוועדות הבאות: ועדת כוח אדם, ועדת הצטיידות, ועדת רכב, ועדת אחזקה וועדת דם.
- 29 ארגוני עזר לפי חוק הג"א הם: מד"א, קופות החולים, הרשות הארצית לכבאות והצלה, וכן כל גוף אשר שר הביטחון הכריז עליו ברשומות, בהסכמת השר שנקבע כאחראי לאותו גוף, שעיקר עיסוקו הצלת חיי אדם ושעזרתו נדרשת מידית לשם הצלת חיי אדם בעת התקפה.

ועדת מל"ח עליונה היא גוף שנועד להבטיח את הפעלת "המשק החיוני"<sup>30</sup> ואת אספקת המוצרים והשירותים החיוניים לאוכלוסייה ולצה"ל באירועי חירום<sup>31</sup>. מערך מל"ח כולל את המשק החיוני; את ועדת מל"ח העליונה, שתפקידיה בין היתר לתאם בין הרשויות האזרחיות לצה"ל, להנחותן בהכנות לעתות חירום, ובשעת חירום להבטיח את הפעלת מערך מל"ח; את ועדות מל"ח הפיקודיות, המחוזיות והמקומיות; וכן רשויות ייעודיות<sup>32</sup> במשרדי הממשלה.

בדצמבר 2007 החליטה ועדת שרים לענייני ביטחון לאומי (בהחלטתה מס' ב/43) להקים את רח"ל (רשות חירום לאומית), אשר תשמש "גוף מטה מתאם ליד שר הביטחון ותסייע בידו לממש את אחריות-העל לטיפול בעורף בכל מצבי החירום". באוגוסט 2009 החליטה הממשלה (בהחלטתה מס' 706) "לשלב את מטה מל"ח ארצי ... לתוך רשות החירום הלאומית (רח"ל)", וכי "מנהל רשות החירום הלאומית ישמש גם כממלא מקום הקבוע של יושב ראש ועדת מל"ח עליונה".

משרד מבקר המדינה כבר העיר בדוח המיוחד בשנת 2007, כי על הממשלה ליזום חקיקה מקיפה, אחידה ומתואמת, שתרכז את כל העניינים הנוגעים לטיפול בעורף בעתות חירום. על חקיקה זו להבהיר את מדרג הסמכויות ואת תחומי האחריות של כל אחד ממשרדי הממשלה ומהגופים המטפלים בעורף בחירום, וכן להגדיר את קשרי הגומלין ביניהם.

בפברואר 2011 הפיץ משרד הביטחון "תזכיר חוק היערכות העורף לשעת חירום, התשע"א-2011". בדברי ההסבר לחוק נכתב, בין היתר, כי "הדין הקיים מפזר את הטיפול בעורף בידי ערב רב של גופים ובמצב דברים זה נוצר מצב של חוסר וודאות... על כן החוק המוצע בא לקבוע מסגרת כללית, לפיה הממשלה על יסוד הצעת השר הממונה על הטיפול בעורף, תקבע תכנית לאומית, אשר תהווה קו מדיניות לפעולה". כלומר, החוק המוצע נועד להסדיר מדיניות פעולה כוללת, ואולם למועד סיום הביקורת באוקטובר 2013, טרם הסתיים הטיפול בתזכיר.

משרד מבקר המדינה חוזר ומעיר כי למעלה משבע שנים לאחר תום מלחמת לבנון השנייה, ויותר מ-22 שנה מאז הקמת פיקוד העורף בצה"ל - אין עדיין חוק מקיף המרכז את כל הטיפול בעורף בעתות חירום, ומבהיר את מדרג הסמכויות ואת תחומי האחריות של כל אחד מהגופים הפועלים בתחום<sup>33</sup>.

המשרד להגנת העורף הבהיר בתשובתו מנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי תזכיר הצעת חוק היערכות העורף לשעת חירום קשור עבות לנושא הסדרת סמכויותיו של המשרד להגנת העורף, ואילו "ההסדרה האמורה מצויה בתהליך עבודה ... [ש]התחדש לאחר כינון הממשלה ה-33 וטרם הסתיים". עוד הוסיף המשרד להגנת העורף כי השר הממונה הנחה לקדם את חקיקת חוק העורף ולהביאו לאישור בחודשים הקרובים.

- 30 לפי החלטת הממשלה מס' 1716, "משק חיוני" הוא מפעל חיוני כמשמעותו בחוק שירות עבודה בשעת-חירום, התשכ"ז-1967, וכך גם גורמי ייצור, משאבים, שירותים, מוצרים, חומרים, אספקה ופעולות החיוניים לקיום האוכלוסייה, למאמץ המלחמתי ולכלכלת המדינה.
- 31 לפי החלטת ממשלה מס' 1716 מיולי 1986, ולפי החלטת ממשלה מס' 1080 מפברואר 2000.
- 32 רשות ייעודית - גוף שמשרד ממשלתי הועיד, באישור ועדת מל"ח העליונה, לביצוע פעולות המתחייבות מהחלטות הממשלה שלעיל.
- 33 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 63ב (2013), "היבטים בהיערכות העורף לחירום", עמ' 181.

## סמכות הרשות העליונה לאשפוז

כבר בדוח המיוחד נמצא כי לרשות העליונה לאשפוז אין סמכות להנחות את מוסדות הבריאות, דבר שעלול להקשות את תפקודה. כך למשל צוין בדוח כי קופות החולים נערכות לעתות חירום על פי הנחיות הרשות העליונה לאשפוז מתוך הרגשת מחויבות (ולא מכוח החוק). אשר על כן הוצע להסדיר את היערכותן לעתות חירום בחוק. נמצא כי כבר בשנת 1995 החל משרד הבריאות לקדם טיטת הצעת חוק בנושא מערך הבריאות בשעת חירום. על פי ההצעה, ברגיעה יהיו כל מוסדות מערכת הבריאות, לרבות קופות החולים, כפופים להוראות הרשות העליונה לאשפוז בכל מוסדות להכנה לעתות חירום. רק בשנת 2005 גובש תזכיר הצעת חוק "מערכת הבריאות בחירום, התשס"ה-2005", שעל פי נוסחו הראשוני מטרתו להקנות סמכות לרשות העליונה לאשפוז להכין את מוסדות הבריאות ברגיעה ולהפעילם במצב חירום<sup>34</sup>.

באוגוסט 2013 עדכן משרד הבריאות את משרד מבקר המדינה כי הצעת החוק נגנזה עקב הכנת תזכיר להצעת "חוק היערכות העורף לשעת חירום" - היערכות שהייתה אמורה להוביל רח"ל, וכיום המשרד להגנת העורף. החוק המוצע אמור להכפיף את סמכויות כלל הרשויות הייעודיות, לרבות הרשות העליונה לאשפוז, כרשויות ייעודיות של ועדת מל"ח, אל ועדת מל"ח העליונה. במקביל הכין משרד הבריאות טיוטה ל"תקנות שעת חירום (הפעלת שירותי רפואה בשעת חירום) התשס"ט-2010".

בתשובתו מנובמבר 2013 מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי תקנות מגירה לשעת חירום נמצאות בעבודה מול משרד המשפטים.

עד למועד סיום הביקורת באוקטובר 2013, טרם גובש סופית - זה כ-18 שנה - חוק המסדיר את סמכויות הרשות העליונה לאשפוז<sup>35</sup>.

יש לראות בחומרה את העובדה שהסדרת חוק למצב חירום לא באה על סיומה בתוך 18 שנים. על הגורמים הנוגעים בדבר לפעול לאלתר להסדרת סמכויות הרשות העליונה לאשפוז לאלתר, בין אם בדרך של חקיקה או בדרך אחרת.

## החובה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי למתן שירותי רפואה בקהילה בעתות חירום

סעיף 3 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע בין היתר כי "קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה". סעיף 3(ד) קובע: "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת

34 לפי תזכיר החוק סמכויות הרשות העליונה יהיו בין היתר קביעת נהלים, הכנת תשתיות של ציוד ושל כוח אדם, ביצוע הדרכות ותרגולות, קליטת נפגעים וטיפול רפואי, אשפוז נפגעים וחולים ופינויים, הפעלת מערכות דיווח לרשות וקליטת כוחות מסייעים.

35 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, "היבטים בהיערכות העורף לחירום", עמ' 181.

רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים"<sup>36</sup>.

החוק אינו מתייחס במפורש למתן שירות רפואי בקהילה בעתות חירום, ולכן קיים קושי לקבוע על מי חלה האחריות למתן שירות רפואי בחירום, ובאיזה היקף. אף אם ניתן לומר כי קופות החולים צריכות להמשיך לספק שירותים רפואיים גם בעתות חירום, הרי נראה כי שירות זה צריך להינתן בהיקף מצומצם יותר מבשגרה בהתאם למגבלות המיוחדות של מצב החירום, היינו "באיכות סבירה, בזמן סביר ובמרחק סביר" כאמור לעיל. בחוק גם אין התייחסות מפורשת לשאלה אם על קופות החולים להקצות משאבים לפעילויות ההכנה לחירום כגון הדרכות, תרגול, מיגון והצטיידות, וקיימת אי-בהירות בנושא זה.

כבר בדוח המיוחד בשנת 2007 קבע משרד מבקר המדינה כי יש להסדיר בחוק את היערכותן של קופות החולים לעתות חירום ואת היקף השירותים והטיפולים הרפואיים שיינתנו לאוכלוסייה בזמנים אלה. ואולם עד למועד סיום הביקורת הנוכחית - שש שנים אחר כך - לא הוסדרה ההיערכות בחוק.

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי סמכויות הרשות העליונה לאשפוז להנחות את קופות החולים בעתות חירום מופיעות בתקנות המגירה לשעת חירום שנמצאות עדיין בעבודה.

### משימות שהוטלו על הקופות בעתות חירום והסתייגויותיהן מהן

במלחמת לבנון השנייה, שנפתחה ביולי 2006 ונמשכה 34 יום, פעלו משרד הבריאות, בתי החולים, קופות החולים, פקע"ר ומד"א למתן שירותים רפואיים חיוניים לאוכלוסייה. במלחמה נפגעו אלפי חיילים ואזרחים<sup>37</sup>. האוכלוסייה שנותרה בצפון, כ-1.3 מיליון איש וביניהם קשישים, חולים כרוניים ומוגבלים, נזקקה בין היתר לשירותים רפואיים שוטפים הניתנים בקהילה כמו רפואה ראשונית, רפואת מומחים, אספקת תרופות, שירותי מעבדה ודימות ושירותיהן של התחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"). בבדיקת משרד מבקר המדינה בשנת 2006 נמצאו ליקויים חמורים בהיערכות של נותני שירותי הבריאות בקהילה ובתפקודם במלחמה. בעיקר הועלו ליקויים בתחום המוכנות להפעלת מרפאות בקהילה: אי-פתיחת מרפאות, שעות פתיחה מוגבלות, אי-מתן תרופות, טיפול לקוי באוכלוסיות שלהן צרכים מיוחדים ובעיות במתן שירותי רפואה לאוכלוסייה ששהתה תקופה ארוכה במקלטים. בשל היעדר ההיערכות של משרד הבריאות, של פקע"ר ושל קופות החולים נוצר לבלול ונפגע מתן השירותים הרפואיים לאוכלוסייה בתקופת המלחמה.

כחלק מלקחי המלחמה הוקם באוקטובר 2009 בפקע"ר "ענף היערכות הרפואה בקהילה", שנועד לסייע למשרד הבריאות ולקופות החולים בביצוע משימותיהם. קופות החולים הוכרזו כאמור ביוני 1965 על פי צו "ארגון עזר" כמשמעותו בחוק הג"א, ופקע"ר פועל "להדריך ולכוון את ארגוני

36 סל שירותי הבריאות מוגדר בסעיף 7 בחוק ומקורות המימון לשירותים הכלולים בו מפורטים בסעיף 13.  
37 מניין הנפגעים המדויק היה 160 הרוגים, 2,732 פצועים ו-4,547 נפגעי חרדה.

העזר למילוי תפקידים בתחום ההתגוננות האזרחית ולהפעיל אותם ואת הציוד שברשותם בתקופת קרבות או בשעת תמרונים הג"א"<sup>38</sup>.

ממועד הקמתו קיים ענף היערכות הרפואה בקהילה בכל שנה כ-17 בקרות לבדיקת המוכנות בלשכות הבריאות המחוזיות של המשרד, במחוזות קופות החולים ובמרכזים רפואיים גריאטריים. הענף קיים גם הדרכות בנושאי היערכות הקהילה לעתות חירום והכשיר ממוני הג"א למוסדות הרפואה בקהילה. עוד ביצע הענף תרגילים משולבים עם תרגילי בתי החולים, כגון תרגול פריסת מב"ט (מרכז בדיקה וטיפול בנפגעים הפועל בעורף בעת חשד למתקפה כימית), תרגול לאירוע ביולוגי חריג, תרגיל פינוי מוסד רפואי ותרגול לרעידת אדמה.

1. העברת משימות לקופות החולים: במהלך מלחמת לבנון השנייה השתתף פקע"ר באופן פעיל במתן שירותי בריאות לאוכלוסייה. כך למשל ערכו חייליו סבבים יזומים במקלטים והושיטו עזרה רפואית לשהים בהם. לאחר המלחמה, וכחלק מלקחיה, החליטו משרד הבריאות, הרשות העליונה לאשפוז ופקע"ר להעביר את האחריות למשימות רפואיות בעתות חירום לקופות החולים. בנוסף הוטלו על הקופות גם משימות חדשות שהתהוו במשך השנים בתחום הבריאות, עקב איומים שהתווספו והצורך בהגברת המוכנות אליהם, כגון מתקפה בנשק ביולוגי ורעש אדמה.

כבר באפריל 2007 כתבה מכבי למשרד מבקר המדינה ש"ראוי ... כי הנושא לא יישאר בגדר לקונה חוקית, אלא מצב זה דורש הסדר מפורט מכוחו יהא ברור לכל קופה מה אחריותה וכיצד עליה למלא חובתה". ביולי 2008 הוסיפה מכבי כי לדעתה יש להסדיר את מקור הסמכות להפעלת קופות החולים בחירום על ידי הרשות העליונה לאשפוז, ולהגדיר מהן חובות הקופות בשעת חירום.

באוקטובר 2010 התקיים דיון במשרד הבריאות בהשתתפות נציגי קופות החולים ופקע"ר בנושא משימות קופות החולים במצבי החירום השונים. בדיון הוצגו המשימות הנדרשות מקופות החולים לצורך שמירת המוכנות לכלל תרחישי החירום. כמו כן הוצגו משימות הנדרשות מהקופות במצבים של מתקפה בנשק ביולוגי, רעידת אדמה, מלחמה או מתקפת חל"כ (חומר לחימה כימי). כך למשל בעת מתקפה בנשק ביולוגי משימות הקופות הן: סיוע במרכזים לטיפול בנחשפים לחומר הביולוגי בשיתוף לשכות הבריאות המחוזיות, חלוקת תרופות, מתן חיסונים וניטור תחלואת צוות - ואילו לאחר רעידת אדמה על הקופות לתת מענה לאוכלוסייה שתפונה לאתרים מיוחדים.

בדיון הודיעה הכללית שהדרישות ממנה אינן בנות-ביצוע, שאין היא מסוגלת לעמוד בכל תרחישי החירום שהוצגו - היות שכל תרחיש חדש דורש השקעה רבה, וכי כדי שתוכל לעמוד בדרישות יהיה צורך בהרחבה של סל שירותי הבריאות<sup>39</sup>. גם מאוחדת טענה כי אין ביכולתה לבצע את כל המשימות המיועדות לה בחירום ובכל מקרה אין להטיל במצב חירום יותר ממישימה אחת.

38 חוק ההתגוננות האזרחית, התשי"א-1951, סעיף 2(ו).

39 חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי קופות החולים יספקו שירותים בהתאם ל"סל שירותי בריאות". האחריות למימוש סל השירותים מתחלקת בין משרד הבריאות לקופות החולים. מקורות המימון של הסל הם: דמי ביטוח הבריאות שגובה המוסד לביטוח לאומי, ההקצאה השנתית מתקציב משרד הבריאות ועוד. בחוק נקבע כי שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר ובאישור הממשלה, רשאי בצו להרחיב את סל השירותים. כן נקבע בחוק כי לסל הבריאות לא יתווסף שירות שאינו בתשלום או שירות בתשלום הנמוך מעלותו, אלא אם נמצא לכך מקור מימון נוסף על המקורות המפורטים בחוק, או התפנה מקור על ידי ביטול או צמצום שירות שהיה כלול בסל.

לפי עמדת הכללית, לקופות יש מחויבות לספק את שירותי הבריאות הכלולים בסל תוך שמירה על המקורות שהוקצו לכך וניצול מיטבי שלהם, ואילו כל תוספת של פעילות אחרת המוטלת עליהן - כמו היערכות לעתות חירום<sup>40</sup> - תבוא על חשבון השירותים בסל.

באוגוסט 2011 אף כתבה הכללית למשרד הבריאות כי בהיעדר מקורות מימון ייעודיים, אין בכוחה ליישם את תכניות המשרד להתנהלות מערכת הבריאות בחירום, ולא תוכל להקצות כספים למשימות כגון כתיבה של נוהלי עבודה לשעת חירום ועדכונם; הדרכת צוותים בנושאי חירום; ריתוק כוח אדם בשעת חירום; ריתוק ספקי שירות; מתן מידע חיוני למבוטחים בעת הפעלת מרפאות אחודות; ניפוק תרופות למחלות כרוניות; טיפול במרותקים לביתם; היערכות למתן שירותים רפואיים לאוכלוסייה מפונה; השתתפות פעילה בתרגילים; וכן ביצוע בקורות לבדיקת מוכנות הקופה לתרחישי חירום. עוד נכתב בפנייה כי הכללית "תחזיק את משרד הבריאות אחראי לכל נזק והוצאה כספית שייגרמו לה, לרבות כתוצאה מתביעות בגין אי-עמידה בתכנית המוצעת [משימות הקופות בחירום], בהיעדר מקורות מימון".

הכללית הציגה תחשיב של עלויות ההיערכות למצבי החירום השונים: לצורך הקניית המיומנויות הנדרשות לצוותים במצבי חירום יש להדריך ולתרגל 1,300 מרפאות, כ-7,300 רופאים, כ-3,250 אחיות וכ-2,200 עובדי מינהל. עלויות ההדרכה, ההרכבה וההפעלה של צוותים לשעת חירום, וכן צוותי בקרה לבדיקה שוטפת של המוכנות לשעת חירום, הוערכו (במחירי 2010) בכ-92 מיליון ש"ח לשנה. לצורך ציוד המרפאות האחודות בגנראטורים (ראו להלן), ורכישת רכבים ממוגנים ותחזוקתם יש להוסיף עוד כ-55 מיליון ש"ח.

ביוני 2012 כתבה הכללית למנכ"ל משרד הבריאות ש"ראוי כי נושא אחריות הקופות בחירום ילובן במלואו". זאת לאחר שבאפריל 2012 כתבה הקופה כי היא מבקשת לדעת מהו מקור סמכות המשרד להטיל על קופות החולים משימות היערכות לשעת חירום - ללא תקצוב לכיסוי העלויות הכבדות הכרוכות בכך.

עוד כתבה הכללית בדצמבר 2012 למשרד הבריאות כי היא חוששת מהישענות מערכת הבריאות לשעת חירום על המרפאות בקהילה, וכי ייתכן שהפתרונות למתן השירותים הרפואיים בקהילה לתושבים כפי שהם מוצעים - אינם ישימים. לכן ביקשה הקופה מהמשרד לבחון את כל המשימות שהוטלו על קופות החולים ולהיערך לסיוע למשימות הקיימות, עוד לפני ההיערכות למשימות נוספות חדשות (כגון מתן מענה רפואי בעת מתקפה ביולוגית או לאחר רעש אדמה).

מכבי מסרה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2013 כי היא מגישה "בימים אלו" למשרד הבריאות דרישה תקציבית לאמצעים הנדרשים למוכנות לחירום. בהתאם למשימות שהוגדרו לקופה על ידי משרד הבריאות, נדרש לדבריה מערך של כ-140 מרפאות ברחבי הארץ, כחמש הנהלות מחוזות ו-60 מרחבים, מאות מרפאות עצמאיות וכ-1,800 רופאים ראשוניים עצמאיים. העלויות עבור הדרכה, בקורות פנימיות, השתתפות בתרגילים ותקני כוח אדם להכנת הקופה בשגרה - מוערכות על ידה בכ-3.7 מיליון ש"ח לשנה. סכום זה אינו כולל את העלויות של מיגון מרפאות, ניווד צוותים, החזקת מלאי תרופות, רכישת אמצעי מיגון אישי לצוותי הרפואה ועוד.

מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, השיב לכללית בינואר 2013 כי לקופות החולים אחריות להיערכות למתן טיפול בחולים בקהילה ולהמשך מתן שירותי בריאות במצבי חירום שונים. לדבריו, בשנת 2010 אושרו משימות הקופות לחירום, והרשות העליונה לאשפוז - באמצעות האגף לשע"ח ופקע"ר - עושים כל שביכולתם לסייע בתכנון, בכתיבת הנחיות ובתרגול מערכת הבריאות (הכוללת את לשכות הבריאות המחוזיות, בתי החולים, קופות החולים, מוסדות גריאטריים ועוד). עוד הוסיף

40 ההיערכות בקופות לשעת חירום כוללת למשל הדרכה של כ-6,000 רופאים ראשוניים, כ-7,000 אחיות וכ-3,000 עובדים אחרים, וכן תרגול תקופתי בקופות של מצבי החירום השונים. ההיערכות כוללת גם הכשרת חדרי מצב לעתות חירום, פריסת מערכות תקשורת מתאימות לעתות חירום ועוד.

המנכ"ל וכתב כי "ההיערכות למצבי חירום הינה חלק מהשוטף, ואחריות כל גוף לספוג את ההיערכות. יחד עם זאת נמשיך במאמצנו לנסות להשיג תקציב לעיבוי ההיערכות, בפניות חוזרות לאוצר".

כאמור האחריות למשימות רפואיות רבות בעתות חירום שהיו בעבר באחריות פיקוד העורף ומחוזותיו, הוטלה על קופות החולים. לטענות הקופות באשר לצורך להסדיר את מטלותיהן בשעת חירום ואת הכנתן לכך ברגיעה, השיב כאמור משרד הבריאות כי ההיערכות לחירום היא חלק מהשגרה וכי "אחריות כל גוף לספוג את ההיערכות". המשרד לא הציג פתרון שיניח את דעתן של הקופות. הכללית, שהיא הקופה הגדולה ביותר, המבטחת 55% מהאוכלוסייה טוענת כי מאחר שהמדינה אינה מקצה מקורות מימון ומשאבים לתכנון ולהיערכות למצבי חירום, היא אינה יכולה להיערך כנדרש. התקציב שהשקיעה בהיערכות, שנלקח מתקציבה השוטף, אינו מאפשר מוכנות מיטבית, וקיימים תרחישים שהיא אינה יכולה להיערך אליהם. משרד הבריאות אף לא בדק אם הקופות מסוגלות לעמוד כנדרש מהן בעתות חירום. (ראו גם לעיל).

במצב זה הקופות טוענות שלא יוכלו לספק את כל השירותים הנדרשים מהן בעתות חירום ולא יהיו ערוכות לקראתן כראוי.

משרד מבקר המדינה מעיר כי נוכח חומרת הממצאים והמחסור הניכר במשאבים, על משרדי הביטחון, האוצר והבריאות להתערב בסוגיית מוכנות קופות החולים, וכשלב ביניים מן הראוי שהרשות העליונה לאשפוז ומשרד הבריאות, בשיתוף קופות החולים, ינסו לגבש פתרון לנושא, ובכלל זה יגבשו כלי ניהולי שיאפשר לקבוע סדרי עדיפויות למשימות הלאומיות המוטלות בעתות חירום על קופות החולים.

2. היקף אספקת השירותים לאוכלוסייה בעתות חירום: בדוח המיוחד העיר מבקר המדינה כי יש מקום לכך שמשרד הבריאות יזום חקיקה ונהלים שיגדירו את השירותים שעל קופות החולים לספק בהתאם לתרחישי החירום השונים, כדי להבטיח רמת שירות ראויה לאוכלוסייה. כך למשל, במקרה של ירי רצוף של רקטות או טילים, כאשר האוכלוסייה נדרשת לשהות במרחבים מוגנים ובמקלטים, יש להגדיר מהם השירותים הרפואיים שחייבים להינתן - כגון מרפאות ראשוניות, מרפאות מומחים, מעבדות רפואיות או שירותי דימות. כמו כן העיר המבקר כי ראוי לפרט מהם השירותים והטיפול שיש לספק בכל מצב, כמו למשל בדיקות דחופות, טיפול לחולים אונקולוגיים ושירותי הפריה חוץ-גופית (IVF). במקביל, העיר המבקר, יש להגדיר מהם טיפולים לא דחופים, שניתן בחירום להשהות את נתינתם, וכן יש להגדיר את זמן ההשהיה המרבי שלאחריו יש לחדש את מתן הטיפול, כמו למשל טיפולי פיזיותרפיה, ניתוחים שעוכב ממושך שלהם עלול לגרום החמרה במצב החולה או בדיקות דם ושירותי דימות מסוימים.

עד למועד סיום הביקורת באוקטובר 2013, לא נקבע בחוק או בנהלים היקף השירותים שעל קופות החולים או כל גורם אחר לספק בהתאם לתרחישי לחימה שונים, במטרה להבטיח רמת שירות ראויה לאוכלוסייה.

משרד הבריאות הודיע למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2013 כי ב-2014 מתוכנן להתחיל לבחון את רמות השירות הנדרשות ולקבוע את סדרי העדיפויות למתן שירות בעתות חירום.

משרד מבקר המדינה מעיר כי ראוי שמשרד הבריאות יסדיר בחוק ובנהלים את הפעולות להכנתן של קופות החולים לעתות חירום, ואת היקף השירותים והטיפולים הרפואיים שיינתנו לאוכלוסייה. במסגרת זו יש לקבוע מראש סדר עדיפויות למתן שירותים רפואיים במצב חירום בהתאם למשך הזמן העובר, תוך הגדרת סוג השירות הרפואי שיש לתת בכל שלב של הלחימה, בהתאם לצורכי האוכלוסייה בכל אזור.

3. מתן מענה רפואי לאוכלוסייה מפונה ולאוכלוסייה אורחת: נוהל האב של האגף לשע"ח במשרד הבריאות מאוקטובר 2010, "מערך הרפואה בקהילה לשע"ח - היערכות המרפאה לאירועי חירום", וכן נוהלי קופות החולים, קובעים כי יש צורך להיערך לקליטת אוכלוסייה מפונה ואוכלוסייה אורחת שעזבה את מקום מגוריה הקבוע, מכיוון שבעתות חירום עלול להיווצר עומס על שירותי הבריאות באזורים אשר יקלטו את שתי האוכלוסיות האלה.

בדוח המיוחד צוין כי במלחמת לבנון השנייה לא תוגברו הפרמדיקים של מד"א בצפון פרמדיקים מאזורים אחרים בארץ, וגם לא זכו לרענון אף על פי ששאר אזורי הארץ לא התמודדו עם מתקפה. משרד מבקר המדינה קבע בדוח כי על הרשות העליונה לאשפוז, על פקע"ר ועל מד"א להכין תורת הפעלה למלחמה מוגבלת ולמלחמה כוללת וממושכת, ולכלול בה נהלים לתגבור פרמדיקים ולרענונם.

בביקורת הנוכחית עלה כי הקופות התייחסו בנההליהן באופן כללי לאפשרות לנדידת אוכלוסייה, ואולם נמצא כי אין היערכות פרטנית ראויה, כמו למשל לצורך רענון הצוותים, לתגבור הסגל הקיים ולניוד רופאים וצוותים רפואיים מאזור לאזור.

בתשובתה מאוקטובר 2013 הסבירה מכבי למשרד מבקר המדינה כי בפינוי לאזור שקיימת בו כבר תשתית רפואית בקהילה, ניתן לעבות את השירות באותו אזור. אולם בפינוי לאזור שאין בו תשתית קיימת (כמו למשל במרחב קציעות, באזור ים המלח ובערבה) לא ניתן לצפות שהקופות יוכלו להגיש שירותים. משרד הבריאות השיב בנובמבר 2013 כי במלחמה כוללת לא ניתן יהיה לנייד עובדים ממקום למקום בלי לפגוע בשירות הרפואי באותו אזור.

לדעת משרד מבקר המדינה על משרד הבריאות להביא בחשבון מצבים אפשריים של נדידת אוכלוסייה בעתות חירום, ולהסביר לציבור כי בעת פינוי עצמאי על המתפנים לוודא כי יש שירותי רפואה באזור שבחרו להתפנות אליו. כמו כן על המשרד לוודא כי הקופות מפזרות את כוח האדם בין האזורים השונים באופן מיטבי ובהתאם לביקוש לשירותים הרפואיים.

4. אחראי לשעת חירום והיערכות ארגונית ותקציבית: בבדיקת משרד מבקר המדינה עלה כי בכל הקופות יש אחראי להיערכות לשע"ח, אך תפקיד זה הוא בנוסף על תפקיד אחר בקופה שממלא אותו עובד. עוד עלה כי בתקציב השוטף של קופות החולים אין התייחסות לפעילות במצב חירום. קיים חשש כי ללא הקצאת משאבים למוכנות למצבי חירום, ייתכן שקופות החולים יצמצמו את השקעתן בהתארגנות לקראתם ובשעת הצורך לא יהיו מוכנות דיין.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לוודא כי הקופות נערכות לעתות חירום גם בפן התקציבי.

בנובמבר 2013 כתב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי "בימים אלו הקופות מגבשות מפרט לדרישה תקציבית להערכות הקופות בעת שגרה לעתות חירום, בתחום אמצעים נדרשים, ביחס למשימות בחירום ואמצעי מיגון ותשתיות נדרשות". המשרד הוסיף כי עדיין לא נקבע המקור לתקציב למימון ההיערכות.



לדעת משרד מבקר המדינה, החוקים והנהלים הקיימים אינם מגדירים באופן ברור את החובות החלות על קופות החולים במצבי החירום השונים, ואת היקף האחריות החלה עליהן לספק את כל שירותי הבריאות בהתאם למצב החירום ולזמן שהוא נמשך. אשר על כן, המצב המשפטי טעון הסדרה והבהרה באשר להיקף השירות שעל קופות החולים להעניק בעתות חירום.

משרד מבקר המדינה מעיר כי אין זה תקין שנושא מהותי כמו המשך מתן שירותים רפואיים לאוכלוסייה על ידי קופות החולים בעתות חירום טרם הובהר והוסדר. על הגורמים המעורבים (משרד הביטחון [פקע"ר], משרד האוצר ומשרד הבריאות) להגדיר את הגופים הנושאים באחריות למתן טיפול במצבי החירום השונים, את היקף השירותים שעל כל גוף לספק בכל מצב חירום ואת מקורות התקציב להכנת אותו גוף ברגיעה.

## אספקת שירותי רפואה בקהילה בעתות חירום

בעתות רגיעה מפעילות קופות החולים עבור מבוטחיהן בין היתר מרפאות, מכונים, מעבדות ובתי מרקחת. כמה מהקופות קשורות גם בהסכמים עם רופאים עצמאיים שמטפלים במבוטחיהן במרפאותיהם הפרטיות ועם בתי מרקחת פרטיים.

בנובמבר 2007 פרסמו הרשות העליונה לאשפוז ומל"ח נוהל הקובע בין היתר כי "כל קופה מחויבת לשירות מבוטחיה ועליה להיערך לכך שבשעת חירום תינתן למבוטח כתובת הולמת ברמת נגישות וזמינות סבירה, בה יקבל שירותי בריאות להם הוא זקוק". עוד קובע הנוהל כי במקרים קיצוניים<sup>41</sup> תופעלנה מרפאות אחרות<sup>42</sup>, בתיאום עם הרופא המחוזי של לשכת הבריאות.

41 מקרים שבהם לא תוכל שום קופת חולים להפעיל בכל אזור ואזור את שירותיה.  
42 מרפאות לשעת חירום המופעלות במשותף על ידי כל קופות החולים.

## זמינות המשאב האנושי - כוח אדם רפואי

תרחיש החירום למערכת הבריאות שהכינה הרשות העליונה לאשפוז, בהתבסס על תרחיש הייחוס<sup>43</sup> של צה"ל, צופה כי בעתות חירום יהיה שיעור התייצבות העובדים נמוך לעומת שיעור התייצבות ברגיעה. כבר ברוח המיוחד צוין כי לפי "תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות" מ-2001<sup>44</sup>, יש לנתח כמותית את זמינות כוח האדם הרפואי לטובת הקהילה, בשים לב כי בעת חירום ידרוש מערך האשפוז תגבור בכוח האדם.

בדיון של הרשות העליונה לאשפוז מינואר 2002 אכן נאמר כי "תרחיש הייחוס" מצביע על אומדן הצרכים בתחום הרפואה בקהילה וכי בבחינת תשומות הייצור, יש להתייחס גם לנושא התייצבות כוח האדם בשעת חירום, שכן שיעור התייצבות של צוותים מרותקים במלחמת המפרץ הראשונה עמד על כ-40-45 אחוז בלבד. גם קופות החולים מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה כי הן חוששות ממצוקת כוח אדם רפואי ומקושי במתן מענה רפואי נאות בעתות חירום. מכבי אף הוסיפה כי סך כל הרופאים המרותקים לקופה בשעת חירום עומד על כ-40% מכוח האדם בשגרה. זאת בלי להתייחס לכך שלא כל העובדים שאמורים לפעול בחירום יתייצבו לעבודה.

כלומר, ייתכן מצב ששיעור הרופאים הזמינים במכבי בעת חירום יהיה רק כשישית (כ-16%) ממספר הרופאים הזמינים ברגיעה. רופאים אלו יהיו אמורים לספק את כל השירותים שיוחלט כי על הקופות לתת בעתות חירום.

בבדיקה עלה לדוגמה כי במעבדה המרכזית של הכללית בעתידים, כ-90% מכוח האדם הן נשים<sup>45</sup>.

נמצא כי הרשות העליונה לאשפוז והאגף לשע"ח לא ביצעו ניתוח כמותי של כוח האדם הזמין למערך הטיפול הרפואי בקהילה, אף על פי שכבר ב-2001 הצביע תרחיש שהוכן עבור האגף על הצורך בכך.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי כי הרשות העליונה לאשפוז, הכללית וקופות החולים האחרות יבחנו כחלק מההיערכות לעתות חירום את שיעור הנוכחות הצפוי של כוח האדם במצבי החירום השונים. זאת מכיוון שגם עם הכרות מצב חירום בעורף שתיביא לריתוק עובדים למקומות העבודה, עלול להיפגע תפקודם של מוסדות בריאות שונים עקב שיעור התייצבות נמוך של העובדים, ועל קופת החולים להיערך לכך בהתאם. יש מקום לתת את הדעת על שיעור כוח האדם הרפואי הצפוי להיות זמין עבור המרפאות בקהילה, עבור היחידות לטיפול בית, בקרב עובדי מעבדה ובקרב רופאים עצמאיים, שרובם עובדים גם בבתי החולים.

יש גם מקום להביא בחשבון שלא כל העובדים שיוצאו להם צווי ריתוק אכן יתייצבו לעבודה, למשל עובדים שלא ימצאו סידור מניח את הדעת לילדיהם. אמנם עובד שאינו מצוייט לצו עשוי לתת על כך את הדין מאוחר יותר, אך בפועל תיפגע כמות כוח האדם הרפואי הזמין, ומן הסתם ייפגע גם השירות לאוכלוסייה.

43 ראו הערה 21.

44 תרחיש שהוכן על ידי חברה פרטית ששכר האגף לשע"ח.

45 לפי סעיף 3 לחוק שירות עבודה בשעת חירום, התשכ"ז-1967, החובה להתייצב לעבודה במפעל חיוני או במפעל למתן שירותים קיומיים אינה חלה על אישה בהריון או על אישה בשנה שלאחר הלידה.

## הביקוש לשירותי רפואה בקהילה

בשעת חירום חלים שינויים בביקוש לשירותים. 1. לפי תרחיש האגף לשע"ח, חיילים ואזרחים מצועים וחולים צפויים לגדוש את בתי החולים. עם זאת כמות הפניות למרכזים לרפואה דחופה (חדרי המיון) צפויה לקטון, וצפויים גם פחות נפגעי תאונות דרכים ונפגעי עבודה. 2. תרחיש הביקוש לשירותי רפואה בקהילה בזמן מלחמה קונוונציונלית צופה כי שיעור ביקורי מבוססים במרפאות לרפואה ראשונית של הקופות יהיה 60% מהשיעור ברגיעה ובמרפאות מומחים - כ-40%, והביקוש לשירותי מעבדה יהיה 35% לעומת עתות רגיעה, למכוני דימות 40%, ולטיפולי בית 50%.

בדיון של הרשות העליונה לאשפוז שהתקיים בפברואר 2013, נאמר כי "על מערכת הבריאות בקהילה להיערך אוטומטית לקליטת מונשמים וקשישים שיפנו מבתי חולים. נדרשת היערכות לחלופות שיאפשרו יישום מידי בעת הצורך". כלומר, חלק מהקשישים שיפנו מבתי החולים יוחזרו לביתם להמשך טיפול, והטיפול בהם יהיה על ידי היחידות לטיפול בית של הקופות. כמו כן, כדי לפנות מיטות בבתי החולים עבור נפגעים, ישוחררו מאושפזים לביתם מוקדם מהרגיל, ולחלקם יהיה צורך בהמשך טיפול על ידי היחידות לטיפול בית. גם נוהל משרד הבריאות<sup>46</sup> קובע כי בשעת חירום ישוחררו מאושפזים בבתי החולים הכלליים על פי החלטת הרשות העליונה לאשפוז, לצורך פינוי מיטות לנפגעים. עוד קובע הנוהל כי פינוי החולים לביתם מחייב היערכות לתגבור סגל טיפולי הבית בקופות החולים.

בשעת חירום, עקב המצב המיוחד בעורף, לשכות הבריאות המחוזיות אמורות לפנות לאשפוז חולים סיעודיים או תשושי נפש - צעירים וקשישים - וכן חולים מונשמים המתגוררים בקהילה, שאינם מסוגלים לרדת למקלט או לשהות במרחב מוגן; יחד עמם אמורים להתפנות גם בני זוגם של המפונים או המטפל העיקרי שלהם. כל אלו יפנו לאשפוז במוסדות גריאטריים, מה שאמור להקטין את העומס על היחידות לטיפול בית של קופות החולים. יש להביא בחשבון נטישה של עובדים זרים המטפלים בקשישים, וקושי של בני המשפחה לטפל באותם קשישים או לתמוך בהם. לפיכך ייתכן מצב שאותם קשישים יישארו ללא טיפול ויידרש לפנות גם אותם למוסד גריאטרי.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהרשות העליונה לאשפוז תבדוק שוב את האומדן שלפיו ירד בשעת חירום הביקוש לטיפול בית ל-50% לעומת הביקוש ברגיעה.

בתשובתו מנובמבר 2013 כתב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי בדיקת היקף הביקוש לביקורי בית בשעת חירום נמצאת בתכנית העבודה לשנת 2014.

בתשובתה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2013 טענה מכבי כי להערכתה הביקוש לטיפול בית בעתות חירום יעלה. הביקוש לשירותי טיפולי הבית יגדל למשל בגלל מאושפזים שישוחררו מבתי החולים ומצד חולים קשישים שיחששו לצאת מביתם.

46 "נוהל פינוי חולים מביה"ח בשעת חירום והתארגנות להמשך טיפול רפואי בקהילה", מס' 1.010, יוני 2005.

לא נמצא כי הרשות העליונה לאשפוז או האגף לשע"ח ביצעו ניתוח כמותי, בהתבסס על נתוני הביקוש הצפויים, לשם תכנון המענה לביקוש לשירותי בריאות בחירום. ניתוח כמותי של הביקוש לשירותי רפואה בקהילה חיוני למשל לקביעת המספר המזערי של מרפאות שייפתחו ואופן איושן, ומספר המעבדות והמכונים שרצוי שיפעלו במצב חירום. הרשות והאגף לא אמרו גם את הקיבולת הדרושה של כל מרפאה, בהתחשב בהיקף האוכלוסייה שהיא אמורה לשרת בשעת חירום, ואת הפיזור הגאוגרפי של המרפאות. הם גם לא ניתחו את היקפי הביקוש הצפויים ליחידות לטיפול בית של הקופות, וגם לא קבעו על אילו שירותים ניתן במצב חירום לוותר. לדוגמה, במצב חירום ייתכן שאין צורך להפעיל שירותי ייעוץ תזונתי, ייעוץ להפרעות תקשורת, טיפולי פיזיותרפיה וכו'.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש מקום שהרשות העליונה לאשפוז או האגף לשע"ח ינתחו את התנהגות האוכלוסייה במצב חירום, ובין היתר יאמדו את הביקוש לביקורי בית של רופאים ואת הביקוש לבדיקות במכונים ובמעבדות. זאת כדי לגבש אומדנים איכותיים להיקף הביקושים במצב חירום, במטרה להיערך להם בצורה מיטבית.

משרד הבריאות כתב בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי ניתוח התנהגות האוכלוסייה בעתות חירום מצריך מחקר רטרוספקטיבי מעמיק הכולל ניתוח נתונים ממצבי חירום שאירעו בעבר. לשם כך נדרש שיתוף של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי כי משרד הבריאות אכן ייזום את הבדיקה האמורה בשיתוף המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות או כל גורם מתאים אחר.

## הפעלת מרפאות אחודות למתן שירות לחברי כל קופות החולים

נוהל משרד הבריאות<sup>47</sup> קובע כי שירותי הרפואה הראשונית בעתות חירום יסופקו במרפאות קופות החולים ובמרפאות של רופאים עצמאיים העומדות בהנחיות המיגון של פקע"ר, ובהתאם למדיניות ההתגוננות של מוסדות הרפואה בקהילה. עוד קובע הנוהל כי בשעת חירום כל קופה תשאף להפעיל את מרב המרפאות, כך שכל מבוטח יוכל לפנות לקבל את השירות בקופתו. עם זאת, בעתות חירום ייתכן מצב שהרשות העליונה לאשפוז תנחה להפעיל מרפאות אחודות בלבד - מרפאות שיהוו מוקדי רפואה ראשונית, ויעניקו שירותי רפואה משפחה, ילדים ונשים ושירותי לקיחת דמים לבדיקות מעבדה - שאליהן יוכל לפנות כל תושב ללא קשר לקופה שהוא מבוטח בה.

### הפיזור הגאוגרפי של המרפאות האחודות

האגף לשע"ח מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי כיום ישנן כ-300 מרפאות שהוגדרו כאחודות. במהלך הביקורת התבקשו לקופות לבדוק שוב את מספר המרפאות האחודות שיפעלו בעת הצורך ולדווח עליו לאגף לשע"ח. באגף חננו עד סוף שנת 2013 לבדוק את הפריסה הארצית של

47 "הפעלת מרפאה אחודה במתארי חירום", עדכון מ-12.8.12.

המרפאות לעומת פיזור האוכלוסייה, כך שניתן יהיה לזהות אזורים מאוכלסים שאין בהם מרפאה אחודה.

נמצא כי אזורים מיושבים רבים מרוחקים מהמרפאה האחודה הקרובה ביותר. כך למשל, אין בחיפה מרפאות אחודות בשכונות עין הים, קריית שפרינצק וקריית חיים. בנוסף יש רק מרפאה אחודה אחת ובג'סר א-זרקא אין אף מרפאה אחודה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי בקביעת פיזורן של המרפאות האחודות יש להתחשב למשל בהשפעת השיבושים בתחבורה הציבורית ובצמצום הפעילות של הבנקים והכספומטים בעתות חירום, שלהם השפעה על יכולת ההגעה של התושבים למרפאות ועל האפשרות לרכוש למשל תרופות.

### מיגון המרפאות האחודות

מערכת הבריאות בקהילה שואפת להפעיל בחירום כברגיעה את מרב השירותים למבוטח, כקבוע בחוק. ביוני 2012 פרסם משרד הבריאות "מסמך הבהרות למדיניות ההתגוננות במוסדות הרפואה בקהילה". מדיניות ההתגוננות מגדירה את ההנחיות שיעביר פקע"ר למוסדות אזרחיים על פי רמת הסיכון הביטחוני, כדי לאפשר מתן שירותים רפואיים במרפאות בהתאם למידת האיום והסיכון. תפיסת ההתגוננות האזרחית שואפת ליצור איוון בין ההגנה על אזרחים החשופים לאיום לבין השמירה על שגרת חירום. במסמך פורסמו הנחיות ההתגוננות האזרחית למוסדות הרפואה בקהילה, המתייחסות לאופן בחירת המרחב המוגן ולהיקף הפעילות שניתן לקיים במוסדות.

על פי מסמך ההבהרות נדרשו הקופות למפות את רמת המיגון של המרפאות והמכונים, לרבות המרפאות האחודות. הפעולות שהיה עליהן לבצע: 1. בחירת מרחב מוגן בתוך המבנה. 2. בדיקת זמן ההגעה למרחב המוגן מרגע הישמע הצפירה. 3. מיפוי הימצאות תקרת בטון אחת או שתי תקרות בטון. 4. קביעה על איזו מדיניות מיגון עונה המרחב המוגן שהוגדר, מחמירה או מקילה<sup>48</sup>.

בבדיקה נמצא כי עובדי הקופות הם שמיפו את מצב המיגון של רוב המרפאות, אף שאינם מוסמכים לכך. רמת המיגון של רוב המרפאות לא נבדקה בידי פקע"ר או בידי גורם מוסמך אחר<sup>49</sup>. כך לדוגמה לכלילית יש 175 מרפאות אחודות, אך רק 55 מתוכן (במחוזות תל אביב-יפו ודרום) נבדקו ואושרו על ידי פקע"ר.

קביעת היקף הפעילות שניתן לבצע במרפאה או במכון רפואי תלויה, כפי שצוין במסמך ההבהרות, גם בזמן הנדרש להגעה למרחב המוגן, ולכן נתון זה חשוב לקביעת רמת הסיכון בפעילות במקום. הקופות נדרשו אפוא לבחון גם כמה זמן נדרש כדי להגיע למרחב המוגן במרפאה או במכון מרגע הישמע הצפירה, ואולם בביקורת עלה כי לא נעשתה בחינה כזו.

48 מדיניות מחמירה - מרפאות ומכונים שעליהם לפעול במבנים בעלי תקרת בטון. בעת צפירה על השוהים להיכנס למרחב מוגן תקני או למרחב מוגן בעל שתי תקרות בטון. מדיניות מקילה - המרפאה יכולה להיות גם ללא תקרת בטון, אולם יש להכין עבודה מקלטים או מרחבים מוגנים. בעת צפירה על השוהים להיכנס למרחב "הכי מוגן שיש".

49 רק במחוז מרכז של הכללית צוין שאת המיפוי של 12 המרפאות האחודות ביצע מהנדס המחוז. ברשומות האגף לשע"ח לא צוין ליד כל מרפאה מי הגורם שבדק את רמת המיגון, ומכיוון שלא ידוע שגורם מוסמך בדק אותה, לא ניתן בעתות חירום להכניס למרפאה כזו את החולים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המרפאות האחודות שאמורות לפעול בשעת חירום ולהוות את הגורם העיקרי למתן שירות רפואי בעורף, להיות בגודל מתאים לכמות הפונים הצפויה וברמת מיגון גבוהה, המאפשרת מתן טיפול תוך הבטחת ביטחון המטופלים והצוות הרפואי. על הקופות לבדוק את זמני ההגעה למרחב המוגן ועל גורם מוסמך לאשר את רמת המיגון.

#### גיבוי לתשתיות המרפאות האחודות

המרפאות האחודות הן כאמור הגורם העיקרי למתן טיפול רפואי לקהילה בתקופת חירום, וראוי שיהיה להן גיבוי לתשתיות כגון מחולל חירום (גנרטור) למקרה של הפסקת חשמל, עתודות של מים וקווי תקשורת חלופיים.

בבדיקה נמצא כי לרוב המרפאות האחודות אין אמצעי גיבוי כגון מחולל חשמל ועתודות מים, שיאפשרו פעילות רציפה גם לאחר פגיעה בתשתיות. כך למשל, בכללית רק ל-12 מרפאות מתוך 175 המרפאות האחודות שהיא מפעילה יש מחולל לשעת חירום; ובמיוחדת רק בשמונה מתוך 26 המרפאות האחודות שהקופה מפעילה יש מחולל לגיבוי. משרד מבקר המדינה מעיר כי על הקופות לפעול לגיבוי תשתיותיהן של המרפאות האחודות במחוללי חירום, בעתודות של מים, בקווי תקשורת חלופיים וכו'.

#### ביטוח צוותים רפואיים הפועלים במרפאות האחודות

נוהל משרד הבריאות קובע כי את המרפאות האחודות יתגברו רופאים, אחיות, צוות מינהלי ורוקחים (אם יש בית מרקחת במרפאה) גם מקופות שאינן הקופה המפעילה את המרפאה האחודה. הצוות המתגבר מהקופות האחרות צריך להיות מבוטח על ידי קופת החולים המשגרת אותו לתגבור (הקופה שבה הוא מועסק).

בבדיקה נמצא כי לא כל קופות החולים הסדירו ביטוח לצוותים מהקופות המתגברות הפועלים במרפאות האחודות בשעת חירום<sup>50</sup>.

בינואר 2014 כתבה מאוחדת למשרד מבקר המדינה כי "ככלל, הביטוח [של עובדיה] אינו מחריג מצבים של חירום. על כן עובדים המתייצבים לעבודה בשעת חירום, אם בקופה ובין אם מחוץ לה, מכוסים במסגרת הביטוח הלאומי ובמסגרת ביטוחי האחריות המקצועית של מאוחדת כבשגרה".

לדעת משרד מבקר המדינה, על הקופות לבחון את סוגיית ביטוח הצוותים הרפואיים המוצבים בשעת חירום במרפאה אחודה ואינם נמנים עם עובדי הקופה שמפעילה אותה. על משרד הבריאות לוודא את הסדרת הסוגיה.

50 סוגיית הביטוח כבר עלתה בדוח המיוחד (ראו מבקר המדינה, היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה (יולי 2007), עמ' 237), שבו דווח כי קצין רפואה ראשי אסר תחילה על רופאי פקע"ר להגיש טיפול רפואי לאזרחים, למעט במקרים שנשקפה להם סכנת חיים חמורה, וזאת בשל היעדר ביטוח רפואי (ומחשש לתביעות רשלנות רפואית שמשרד הביטחון יאלץ לשאת בעלותן). רק מאוחר יותר במהלך הלחימה הוסדר הביטוח לרופאים.

## לקיחת דגימות מעבדה

נוהל משרד הבריאות קובע כי במרפאה אחודה יפעל בשעת חירום שירות לקיחת דמים לבדיקות מעבדה. את דגימות הדם יש להעביר מהמרפאה למעבדות הקופה בסמוך ללקיחתן מהנבדק. בהסכמיהן של הקופות עם ספקי השירות לאיסוף הדגימות יש גם התייחסות לעתות חירום. ואולם הקופות מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה כי אין בכריתת הסכמים אלו עם אותם ספקי שירות ערובה לכך כי בעתות חירום תובטח העברת הדגימות למעבדות המרכזיות, ובפרט לכשיידרש לשם כך רכב ממוגן.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הרשות העליונה לאשפוז, על משרד הבריאות ועל הקופות למצוא פתרון כדי להבטיח במידת האפשר העברה של דגימות מהמרפאות האחודות למעבדות הקופות בשעת חירום.

בנובמבר 2013 השיבה הכללית למשרד מבקר המדינה כי "בימים אלה מוקמת על ידי משרד הבריאות ועדה מקצועית, שבוחנת את סוגי בדיקות המעבדה ההכרחיות לביצוע בחירום. לאחר שייקבעו הבדיקות, חבון הכללית את הדרך להבטיח ככל הניתן את היכולת לבצע בשעת חירום".

## תרגול הפעילות במרפאות האחודות

הגדרת מרפאות כמרפאות אחודות, תפעולן ואיושן אמורים להיעשות כבר בעתות רגיעה, ויש לתרגל אותם בשגרה. גם נוהל משרד הבריאות מאוגוסט 2012<sup>51</sup> קובע כי "תרגול יבוצע במסגרת תרגילים לאומיים 'נקודת מפנה' בתרחישי מלחמה".

בבדיקה נמצא כי משנת 2007 ועד למועד סיום הביקורת לא בוצע תרגול מלא וכולל לבחינת תפקודן של המרפאות האחודות, לרבות איושן בעתות חירום, קבלת נתונים מתיקי חולים שאינם מהקופה המפעילה את המרפאה, בדיקת עמידות מערכות התקשורת והמחשוב והעברת דגימות למעבדות. התרגול כלל רק פינוי של השהים במרפאה לאזורים ממוגנים.<sup>52</sup>

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי משרד הבריאות יתרגל את תפקודן המלא של המרפאות האחודות.

בנובמבר 2013 כתב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי תרגול הפעלת מרפאה אחודה יבוצע בשנת 2014 במסגרת התרגיל הלאומי "נקודת מפנה".

51 "הפעלת מרפאה אחודה במתארי חירום", עדכון מתאריך 12.8.12.

52 תרגיל "נקודת מפנה 4" ב-2010.

## הרחבת פעילות המרפאות האחודות לטיפולים נוספים ולשירות אוכלוסיות מיוחדות

מרפאה אחודה מוגדרת כאמור כמרפאה למתן שירותי רפואה ראשוניים - רפואת משפחה, רפואת נשים ורפואת ילדים, רפואה פנימית, שירות אחיות ושירותי מעבדה ודימות.

בבדיקה עלה כי ניתן לצמצם את הצורך בביקורי בית על ידי היערכות של המרפאות האחודות למתן חלק מהטיפולים הניתנים בידי היחידות לטיפול בית: המרפאות האחודות יכולות לתת לחולים ניידים, נוסף על הטיפולים שהוגדרו בנוהל, גם טיפולים חיוניים אחרים שלא ניתן לדחותם, כמו טיפול בפצעים קשים לריפוי, הדורשים טיפול ומעקב תדיר.

**ראוי כי משרד הבריאות יבחן את האפשרות להרחיב את תפקידי המרפאות האחודות וישנה את הנוהל בהתאם לתוצאות הבחינה.**

### טיפול בעתות חירום בחולים השוהים בביתם

#### פעילות היחידות לטיפול בית של קופות החולים בעתות חירום

קופות החולים מספקות זה יותר מ-30 שנה שירות טיפולי בית לחולים המרותקים לבית או למיטה, אשר מפאת מצבם אינם מסוגלים להגיע למרפאה בקהילה. צוותי היחידות לביקורי בית כוללים בדרך כלל רופא, אחות, פיזיותרפיסט ומרפא בעיסוק. כן עומדים לרשות הצוות מומחים בתחומים שונים כגון אף-אוזן-גרון, עיניים, אונקולוגיה, המטולוגיה וכירורגיה. ביולי 2013 טיפלו היחידות לטיפול בית בכללית, במכבי ובמאחדת בכ-31,000 מבוטחים. בין טיפולי הבית שמספקות הקופות: 1. בדיקות רופא ואחות. 2. טיפול בחולים נוטים למות, שמעוניינים רק בטיפול פליאטיבי (נגד כאב). 3. שיקום רב-תחומי לחולים ולפצועים הכולל בין השאר פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וטיפול של קלינאי תקשורת.

**סגל רפואי:** בדוח המיוחד צוין כי צוותי טיפולי הבית של קופות החולים פעלו במלחמת לבנון השנייה במתכונת מצומצמת ולא קיימו את כל הביקורים המתוכננים. עוד צוין בדוח כי לא הוכנו אמצעי מיגון מתאימים לצוותים.

משרד הבריאות כתב בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי עם תחילתו של מצב חירום מופנית אל האגף לשע"ח דרישה לאמצעי מיגון (קסדות ואפודי מגן) עבור צוותי טיפולי הבית. המשרד מסר כי יבחן מחדש את הכמויות הנדרשות. לעניין רכב ממוגן הסביר משרד הבריאות כי מספר כלי הרכב מוגבל ולכן הועברה פנייה של האגף לשע"ח אל המשרד להגנת העורף לתת עדיפות למערכת הבריאות במסגרת התיאום הלאומי בנושא.

הקופות הסבירו לנציגי משרד מבקר המדינה כי כדי לאפשר את תפקודו "תחת אש" של סגל טיפולי הבית, יש להקצות כלי רכב ממוגנים, קסדות ואפודי מגן<sup>53</sup> - דבר שאינו בתכנון (ראו עוד בהמשך התייחסות לעניין כלי רכב ממוגנים למערכת הבריאות בעתות חירום). עוד הסבירו הקופות כי ידוע להן שמספר המטופלים בביתם עלול לעלות, וכי במקביל עקב גיוס רופאים לשירות מילואים,

53 את ציוד המיגון האישי כגון קסדות ואפודי מגן אמור לספק האגף לשע"ח, על פי דרישה מהקופות.

ריתוקם בצו לבתי החולים והתייצבות חלקית של עובדים - שיעור איוש הצוותים לטיפול בית עלול לקטון.

בבדיקה נמצא כי יחידות לטיפול בית בקופות מסוימות נעזרות בספקים חיצוניים. כך לדוגמה עיקר השירות הרפואי לטיפול הבית<sup>54</sup> בכללית במחוז דן-פתח תקווה ובמחוז ירושלים ניתן באמצעות רופאים עצמאיים, שנחתמו עמם הסכמים למתן טיפול רפואי במאושפזי הבית. רופאים אלו מועסקים בדרך כלל בבתי חולים או בקופות חולים נוספות, ושירות זה ניתן על ידם כעיסוק נוסף.

**עולה חשש כי בעתות חירום רופאים אלו עשויים להיות מרותקים למקום עבודתם או מגויסים לשירות מילואים, ועל כן על משרד הבריאות ועל הקופות לבדוק דרכים להבטחת איושם של הצוותים לטיפול בית גם בעתות חירום.**

בתשובתה מאוקטובר 2013 כתבה מכבי למשרד מבקר המדינה כי שיעור הרופאים (שכירים ועצמאיים) המרותקים למכבי בחירום עומד על כ-32% מכוח האדם בשגרה. יש להביא בחשבון נתון משמעותי זה, המשפיע על יכולת הקופה לספק שירותים בחירום ועל יכולתה להקצות כוח האדם שלה ל"משימות לאומיות". משום כך, מסרה הקופה, הקצאת כוח האדם למשימות תיבחן בזמן אמת והוא לא בהכרח יוקצה ליחידות לטיפול בית.

משרד הבריאות מסר בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי אופן איוש כוח האדם בקופות בשעת חירום הנו אחד הנושאים שיידונו בשנת העבודה 2014 בוועדת כוח אדם המייעצת לרשות העליונה לאשפוז.

טיפול בחולים מונשמים בשעת חירום<sup>55</sup>: בפגישה שהתקיימה באפריל 2013 במחוז דרום של משרד הבריאות עם נציגי הכללית בנושא היערכות לטיפול בחולים מונשמים בעתות חירום, עלה כי במחוז יש 40 חולים מונשמים המאושפזים בביתם. חולים אלה מטופלים על ידי היחידות לטיפול בית שבקופות. בדיון נטען כי בשעת חירום לא ניתן לפנות את אותם חולים לבית החולים סרוקה בבאר שבע, היות שאין ביכולתו לקלוט אותם. לא דווח על פתרון חלופי לחולים אלה.

**לבעיית החולים המונשמים לא נמצא פתרון. מקרה זה של היעדר פתרון לחולים בעת מבצע צבאי שנמשך שבוע ימים בלבד, מחדד בעיה רחבה יותר בעתות חירום של היעדר פתרון נאות לחולים מונשמים המאושפזים בביתם. על משרד הבריאות לבחון בהקדם את המצב גם בשאר המחוזות ולפעול למציאת פתרונות לבעיה.**

לפי דיווחי קופות החולים מנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה, יש כיום כ-500 חולים מונשמים המטופלים בביתם.

אומדן מטופלים ומטופלים: בביקורת לא נמצא כי במשרד הבריאות ובקופות נעשה אומדן של מספר מטופלי הבית הצפויים בחירום, בהתחשב בפינוי מטופלים מביתם למוסדות גריאטריים מחד, ובתוספת המטופלים עקב שחרור מוגבר מבתי החולים כדי לפנות מיטות לנפגעים מאידך. כמו כן לא הוערך מספר הצוותים לטיפול בית שיידרש למתן מענה הולם בשעת חירום. באומדנים אלה יש להתחשב באפשרויות ההתייצבות בשעת חירום של רופאי החברות החיצוניות

54 מטופלי בית - חולים מורכבים (מונשמים, אונקולוגיים ואחרים) הנזקקים לשיקום כחלופה לאשפוז ומטופלים בביתם על ידי צוותים לטיפול בית.

55 לקחים ממבצע "עמוד ענן" (מבצע צה"ל ברצועת עזה בין התאריכים 21-14 בנובמבר 2012) כאשר להיערכות לשעת חירום.

המטפלים במרותקים לביתם ברגיעה. גם לא נבדקו לפרטיהן האפשרויות לאשפוז במוסדות חולים מורכבים, סיעודיים ואחרים שבשגרה מאושפזים בביתם.

לדעת משרד מבקר המדינה, כהכנה לחירום ראוי לאמוד תקופתית את כוח האדם של היחידות לטיפול הבית בעתות חירום, כדי שבשעת הצורך ניתן יהיה לתת מענה הולם לחולים המרותקים לביתם. יש להיערך מראש, להציג חוסרים ולתכנן את הדרכים לצמצמם.

משרד הבריאות מסר בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי לאחר שייקבע בקופות אופן האיוש של כוח האדם בשעת חירום, ניתן יהיה לאמוד את המחסור הצפוי בעובדים.

**טופס סירוב לפינוי:** לעתים חולה אינו בסכנת חיים, אולם לצורך מעקב ולמניעת הידרדרות במצבו רצוי כי בשעת חירום הוא יקבל טיפול במוסד רפואי ולא בביתו. אף על פי כן יש מטופלים המעדיפים להישאר בביתם. כהפקת לקחים ממלחמת לבנון השנייה, החליטה הרשות העליונה לאשפוז בפברואר 2007 כי יש לגבש טופס סירוב לפינוי למוסד רפואי, לשם החתמת מטופלים המסרבים בעתות חירום להתפנות למרות המלצת הגורמים המוסמכים<sup>56</sup>. ואולם עד למועד סיום הביקורת טופס זה לא הוכן.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שמשרד הבריאות יכין מידית את טופס הסירוב לפינוי, ויצרפו לנהליו.



משרד מבקר המדינה סבור כי על משרד הבריאות לנתח את השלכותיהם של מצבי חירום על השירות לטיפול בית ולאמוד את היקף המטפלים והמטופלים במצבים אלו. יש להביא בחשבון את אמצעי המיגון (כלי רכב ממוגנים, קסדות ואפודי מגן) שיידרשו לסגל הרפואי לשם מתן השירות. בהתאם לכל אלה יש לקבוע את היקף השירות של טיפולי הבית שקופות החולים יחויבו בו בעתות חירום.

### טיפול בחולים השוהים בבית מסיבות שונות

ישנם מצבים שחולה אינו מסוגל להגיע למרפאה. בעתות רגיעה הוא מתקשר לקופה שהוא חבר בה, ולאחר בירור עם רופא בטלפון נשלח אליו רופא לביקור בית. גם חולים במחלות קשות, שאינם משויכים ליחידות לטיפול בית, זכאים להזמין ביקור רופא. מבדיקה בקופות עולה כי עם המטופלים בביתם נמנים: חולים במחלות קשות כגון אי-ספיקת לב, סרטן, טרשת נפוצה, דלקת

56 הגורמים המוסמכים הם לשכת הבריאות הנפתית או המחוזית (במחוז שאין בו נפות) וכן לשכת הרווחה של הרשות המקומית.

מפרקים ו-ALS (מחלת לו גריג); חולים שמתקשים להתנייד עקב מחלה או נכות; וכן חולים ששוחזרו מבית החולים בהנחיה לתנועה מוגבלת באופן זמני. חולים אלה אינם משויכים בשגרה ליחידות לטיפול בית, ובעת שגרה הם מצליחים להגיע, בסיוע כלשהו, למרפאה בקהילה.

**עולה חשש שבעת חירום לא יהיה בכוחם של מטופלים אלה להגיע למרפאות עקב מגבלותיהם.**

**הצורך בהפחתת העומס בבתי החולים בעתות חירום מציב את מערך הרפואה בקהילה כגורם חשוב במתן מענה לחולים<sup>57</sup>. ואולם כאשר לא יתאפשר בחירום להזמין רופא לביקור בית, תהיה החלופה היחידה בידי החולה להזמין אמבולנס שיפנה אותו לבית החולים.**

הקופות מספקות בעתות רגיעה שירות של ביקורי רופא בבית המבוטח על ידי רופאי הקופה או באמצעות רופאים עצמאיים הפועלים מטעם הקופה ובאמצעות רופאים של חברות חיצוניות. כך לדוגמה כאשר חולה של הכללית זקוק לביקור בית של רופא, הוא פונה טלפונית למרפאה והרופא משוחח אתו ומחליט אם אכן יש צורך בביקור. במכבי, השירות של ביקור רופא מסופק, נכון למועד הביקורת, על ידי חברת "נטלי". בהנחיות של מאוחדת לשעת חירום מצוין כי השירות של ביקורי בית יינתן בחירום ככל האפשר כמו בשגרה. בביקור יינתנו אבחון וסיוע ראשוניים והפניה להמשך טיפול, אם נדרש. ההחלטה אם להיענות לפנייה של חולה לשגר רופא למקום שהוא שווה בו מתקבלת על ידי רופא על פי שתי אמות מידה: מצב החולה, כפי שניתן להעריכו בשיחה עם מזמין הביקור, והסבירות למתן המענה הנדרש בבית החולה (לדוגמה, אם הרופא סבור שיהיה צורך בבדיקות מעבדה או דימות, סביר שהמזמין יפנה מראש לבית חולים).

כדי לחשב אומדן לביקוש הצפוי בעתות חירום, יש לקבל נתונים בנוגע למספר ההזמנות של ביקורי בית בשנה החולפת, ולנכות מהם את המספר המוערך של בקשות לביקורים שהן מטעמי נוחות גרדא (המבוטח מוכן לשלם על ביקור כדי לא להגיע למרפאת הקופה). קופות החולים דיווחו על כ-128,000 ביקורי בית של רופא בשנת 2012 (בנוסף לביקורי סגל היחידות לטיפול בית המטפלות בכ-31,000 חולים בביתם): בכללית היו ב-2012 במחוזות תל אביב-יפו, מרכז, ירושלים ואילת 44,754 ביקורי בית של רופאי הקופה או של רופאים מטעם ספקים חיצוניים<sup>58</sup>. לגבי שאר המחוזות אין נתונים; במכבי היו ב-2012 62,572 ביקורי בית של רופאי הקופה וספקים חיצוניים; מאוחדת דיווחה שכ-5,000 ביקורי בית של רופאיה מתקיימים בכל השנה ברחבי הארץ; לאומית דיווחה על כ-16,000 ביקורי בית של רופאי הקופה, של רופאים עצמאיים ושל חברה לביקורי בית.

**לדעת משרד מבקר המדינה, אומדן של מספר ביקורי הבית חיוני לתכנון המשך מתן שירות זה בעת חירום. יש גם להביא בחשבון שבעת חירום סביר שיתווספו דרישות לביקורי בית של חולים מוגבלים בניידות, ובייחוד מצד חולים קשישים. ראוי גם לבדוק אפשרות של ביקורי אחיות לצורך לקיחת דמים, למשל אצל חולים הנוטלים תרופות נוגדות קרישה.**

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2013 כי יבחן שוב את הנוהל לביקורי בית בעתות חירום.

57 "מערך הרפואה בקהילה בשעת חירום", נוהל אב למרפאה קהילתית של משרד הבריאות, אוקטובר 2010.

58 במחוז תל אביב-יפו - 24,832 ביקורים בסך הכול. במחוז מרכז - 13,625 ביקורים של רופאי הכללית ו-1,040 של רופאים מטעם ספקים חיצוניים. במחוז ירושלים - 5,005 ביקורי בית של רופאי הכללית. במחוז אילת - 252 ביקורי בית של רופאי הכללית.

שירות טלרפואה בעתות חירום: כיום יש למכבי אלפי חולים הנתמכים בשירות טלרפואה - שירות המאפשר מעקב, בירור, בדיקה ואף מתן הנחיות והוראות לטיפול באמצעות מערכת מחשב שבבית החולה, המחוברת למוקד בקופה או בבית החולים. למכבי יש למשל הסכם למתן שירות זה עם המרכז הרפואי שיבא, שבו פועל מוקד לחולי אי-ספיקת לב המשרת מספר גדול של חולי מכבי בביתם. גם חולי מחלת ריאות חסימתית, סוכרת ועוד מטופלים באמצעות טלרפואה.

הכללית כתבה בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי היא מפעילה שירות ייעוץ רפואי לילדים בליווי מקצועי של רופאי בית החולים שניידר לילדים באמצעות טלרפואה. השירות מתוכנן לפעול בחירום, אך נגישותו תלויה בעיקר במספר הרופאים שיהיו זמינים. הקופה הוסיפה כי גם היקף הפעלתו של שירות טלרפואה לפענוח צילומי רנטגן מרחוק ייקבע לפי מספר מכוני הרנטגן שיעבדו בשעת חירום ומספר הרופאים שיהיו זמינים למתן שירות זה.

משרד הבריאות והקופות עדיין לא קבעו כללים ונהלים בדבר שירותי הטלרפואה שיינתנו בעתות חירום ולא נערכו למתן השירותים, ויש חשש שחולים אלה יגדשו את בתי החולים והקופות אם לא ימשיכו לקבל את השירות בבתיהם.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות להגדיר בשיתוף הקופות אילו שירותים יש לספק בעתות חירום באמצעות טלרפואה. על המשרד להבטיח שהקופות יערכו לכך.

המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא (להלן - בית החולים שיבא) כתב בדצמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי "מהדור"ח עולה כי יתכן שהקופות לא תוכלנה לספק את כל השירותים המתבקשים בעתות חירום. מצב זה עלול לגרום לעליה בפניות לבתי החולים, דווקא בשעה בה בית החולים אמור להיערך למתן טיפול בפצועים, ולצמצם את השירותים האמבולטוריים שלו".

כאמור, ראוי כי משרד הבריאות יפעל לחיזוק ותגבור של השירותים שיינתנו בקהילה בעתות חירום - שירותי מרפאות הקופות והיחידות לטיפול בית של הקופות וטיפול בחולים השוהים במקלט או בביתם.

## טיפול באוכלוסייה השוהה במקלטים

בעתות חירום האוכלוסייה נדרשת לפעמים לשהות במקלטים ימים ושבועות ארוכים. כך למשל במלחמת לבנון השנייה הייתה אוכלוסייה העיר צפת במקלטים במשך 33 יום. ירי מסיבי או שיגור טילים מסיבי אינם מאפשרים לחלק מהאוכלוסייה לפנות לקבלת טיפול רפואי במרפאות האחרות. למרות המצב הביטחוני, יש להבטיח שאוכלוסייה זו תזכה לשירותי בריאות, ולו ברמה הבסיסית שתקבע.

במרץ 2000 פרסם האגף לשע"ח נוהל אב לטיפול רפואי בקהילה. נקבע בו כי החלטה על הקמת צוותי רפואה ניידים ועל ביקור במקלטים תתקבל על ידי הרופא המחוזי של לשכת הבריאות, בהתייעצות עם המטה העירוני, באישור צה"ל ולאחר הצטיידות במיגון מתאים. הנוהל לא קבע את הרכב הצוות שיצא למקלטים.

נוהל בין-משרדי בנושא "היערכות מערך מל"ח במלחמה מוגבלת" קבע כי במצב של שהייה רצופה וממושכת במקלטים, יצאו "צוותי רפואה ניידים שיבקרו במקלטים ויושיטו עזרה רפואית לנזקקים

במקום". כן קבע הנהלה הבין-משרדי כי פקע"ר יסייע, במידת הצורך, לתגבר את הצוותים הניידים בכוח אדם ממחלקות הרפואה, וכן יסייע לתגבר את הצוותים בכלי רכב, ובכלל זה רכב ממוגן.

המשרד להגנת העורף כתב בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי על פי תכנית העבודה עתיד הנהלה בנושא "היערכות מערך מל"ח במלחמה מוגבלת" להתעדכן. לקראת העדכון יבחן נושא פעילות צוותי הרפואה הניידים.

במלחמת לבנון השנייה ערכו צוותי רפואה של פקע"ר סיורים יזומים במקלטים. הצוותים ביקרו ב-1,228 מקלטים ששהו בהם 8,836 איש וטיפלו ב-556 מהם<sup>59</sup>.

כהפקת לקחים ממלחמת לבנון השנייה, החליטה בפברואר 2007 הרשות העליונה לאשפוז כי אין מקום לבצע ביקורים יזומים של צוותי רפואה במקלטים, בטענה שהביקורים של רופאי פקע"ר לא היו יעילים. משרד הבריאות גיבש ב-2008 טיוטת נוהל בנושא ביקורי בית של רופאים בעתות חירום. מטרת הנהלה הייתה לקבוע שיטה למתן טיפול לחולים במצבים חריפים ולחולים כרוניים מרותקים שאינם מטופלים בשגרה על ידי היחידות לטיפול בית.

טיוטת הנהלה קובעת כי ההיענות לבקשה מצד החולה לביקור בית תישקל על ידי רופא על פי שתי אמות מידה: 1. מצב החולה, כפי שניתן להעריכו בשיחה עם מזמין הביקור. 2. הסבירות למתן המענה הנדרש בבית החולה. עוד נקבע בנוהל כי השירותים שיינתנו כחלק מביקור בית יהיו: אבחון רפואי ראשוני, הגשת סיוע רפואי ראשוני והפניה להמשך טיפול, אם נדרש. בטיוטת הנהלה נכתב גם כי כל קושי להגיע לביקור בית ייבחן על ידי הרופא המחוזי של קופת החולים. במקרים חריגים שהרופא המחוזי סבור כי ניתן לסייע לחולה באמצעות ביקור בית, אך הביקור עצמו אינו מסתייע, יעביר רופא הקופה את פרטי החולה אל הרופא המחוזי של משרד הבריאות. הרופא המחוזי ירכז את הבקשות מכל קופות החולים ויעבירן לרופא המחוזי של פקע"ר, והוא ישגר, במידת האפשר, צוות רפואי לביתו של החולה. הצוות הרפואי הצבאי יושתת על צוותי פלוגות הרפואה המופעלות בחירום, שלא יהיו עסוקות באותה עת במתן טיפול רפואי לנפגעים.

באוקטובר 2010 פרסם האגף לשע"ח נוהל אב מעודכן בנושא "מעריך הרפואה בקהילה בשעת חירום". נוהל האב קבע בין היתר כי אחד מתפקידיהם של צוותי המרפאות בשעת חירום הוא "ביצוע ביקורי בית לשהים בביתם או במקלטים, בהתאם לנסיבות מצב החירום ובמידת האפשר". על פי הנהלה, מתפקיד המרפאה בשעת חירום לענות על "הצורך במתן שרות רפואי לאוכלוסייה נזקקת ולאוכלוסייה עם צרכים מיוחדים, שאינה יכולה להגיע למרפאה/סניף לקבלת טיפול".

ב"מסמך הסכמות" שנחתם באוגוסט 2011 בין משרד הבריאות לצה"ל בנושא עקרונות שיתוף הפעולה ביניהם, נקבע כי צה"ל יסייע בעתות חירום למערכת הבריאות האזרחית לאחר שהרשות העליונה לאשפוז תקבע כי הסיוע הצבאי חיוני. הסיוע מצד צה"ל למשימות בקהילה יהיה כפוף לסדר העדיפויות של הצבא, בהתאם ליכולותיו ועל בסיס כוח האדם הקיים.

**בביקורת עלה כי מכבי ומאוחדת כללו את ההוראות לביצוע ביקורי בית באמצעות צוותים שלהן בעתות חירום באוגדן נוהלי החירום שלהן; הכללית ולאומית לעומת זאת מסתייגות מהוראות הנהלה, אינן נערכות למתן שירות זה וטוענות שהוא לא ישם.**

59 לפי נתוני פקע"ר 36% מהטיפולים היו בנושא תרופות, 27% מהטיפולים היו נגד כאבי גרון, 8% היו טיפולים בחרדה, 8% בבעיות סוציאליות, ו-1%-2% טיפולים בחום, בדלקות עיניים, בדלקות אוזניים, בכאבי בטן, בגרד ועוד.

בדיון שהתקיים ברשות העליונה לאשפוז בפברואר 2013 לסיכום מבצע "עמוד ענן", נאמר כי "נוהל ביקורי בית נדרש לבחינה מחודשת ביחס ליכולת הקופות להפעילו". באותו דיון הוחלט כי באחריות האגף לשע"ח לבחון את הנוהל ולעדכנו עד לסוף יוני 2013.

עד למועד סיום הביקורת לא פנה האגף לשע"ח לקופות לקבל את התייחסותן לנושא, וממילא לא עדכן את הנוהל. יוצא שנושא הטיפול באוכלוסייה השוהה בביתה או במקלט לא הוסדר ולא תורגל, למרות חשיבותו לצורך הפקת לקחים ולצורך שיפור השירות. כך לדוגמה, ייתכן שיהיה נכון לרכז את כל הפניות לביקורי בית מכל הקופות ולשגר צוותים לכתובות (מגדל מגורים למשל) או לאזורים סמוכים במרוכז.

משרד הבריאות כתב בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי "בימים אלו" מגובשת טיוטת נוהל חדשה שתובא לאישור הרשות העליונה לאשפוז.

### מלאי תרופות לשימוש הקהילה בעתות חירום

במרץ 1998 אישרה הרשות העליונה לאשפוז המלצה של ועדה שבחנה את נושא רענון מלאי התרופות לשעת חירום לקהילה, והמליצה לא לרכוש מלאי נוסף "מאחר וקיימים מלאים ברמה מספקת במערכת השוטפת". עוד נקבע בהחלטת הרשות כי נושא מלאי התרופות לחירום לקהילה ייבחן מחדש בשנת 2000. בפברואר 2003 החליטה הרשות בנושא הצטיידות לקהילה ושמירת מלאי תרופות לחירום כי: "1. תבוצע פניה ליבואנים ולספקים בבקשה שיגדילו המלאים הקיימים ברשותם. 2. תבוצע פניה לבתי חולים, קופות החולים ו"ישראל"<sup>60</sup> בבקשה שיגדילו את המלאים הקיימים ברשותם, באמצעות הקדמת רכש. 3. לאחר ביצוע הצעדים הללו תבוצע הערכה מחודשת של הצרכים ומשמעויותיהם שכן אין כיום יכולת להגדיל תקציב. 4. אם יסתבר שיידרש, תבוצע הכפלת מלאים של התרופות המומלצות בלבד". לסיכום הדיון צורפה טיוטה להתייחסות ובה רשימת קבוצות של תרופות חיוניות לטיפול בקהילה. ברשימה תרופות לטיפול במערכות הקרדי-וסקולריות, באסתמה, באפילפסיה ובסוכרת, תרופות אנטי-פסיכוטיות ועוד.

כחלק מהפקת לקחים ממלחמת לבנון השנייה נבדק שוב בשנת 2007 נושא אספקת התרופות לחולים כרוניים בעתות חירום על ידי קופות החולים. בבדיקה עלה שרמות המלאי הן בהתאם למדיניות כל קופה, ולא ניתן להבטיח כי נשמר בכל קופה מלאי מספיק לחודש ימים.

כיום ניפוק התרופות בקופות נעשה במאות נקודות אספקה: הן בבתי המרקחת של קופות החולים והן בבתי מרקחת פרטיים. רמות המלאי בבתי המרקחת של הקופות נקבעות כיום לפי כדאיות כלכלית ורמת שירות. כך לדוגמה, מכבי מסרה לנציגי משרד מבקר המדינה כי כ-50% מהיקף ניפוק התרופות למבוטחי הקופה מתבצע בבתי מרקחת פרטיים. כמו כן נמסר כי אין למכבי מחסני תרופות, והן מתקבלות מהספקים ישירות לבתי המרקחת של הקופה.

בבדיקה עלה כי עד למועד סיום הביקורת - יותר מעשור לאחר ההחלטה לפנות ליבואנים ולספקים וכשש שנים מאז הבדיקה שהעלתה כי הקופות אינן מבטיחות שמירה על רמת מלאי לעתות חירום - לא בוצעה פנייה ליבואנים ולספקים ולא הוסדר עם קופות החולים הנושא של מלאי תרופות לשימוש הקהילה בעתות חירום.

60 חברה פרטית בבעלות עמותת מנהלי בתי החולים הממשלתיים הרוכשת עבורם תרופות וציוד רפואי.

נוהל בין-משרדי מס' 1 מ-2003 של מל"ח, "תכנון וארגון המשק החיוני לשעת חירום", קובע כי מערך מל"ח נדרש להבטחת מלאי חירום מספיק, בעיקר של מצרכי מזון בסיסיים, מוצרי דלק ותרופות וציוד רפואי.

יצוין כי עבור מערך האשפוז מוחזק מלאי תרופות וציוד רפואי לשעת חירום במחסני חירום של משרד הבריאות.

**בבדיקה עלה כי המשרד אינו מחזיק כל מלאי של תרופות לשימוש הקהילה, כלומר אין בנמצא מלאי חירום לניפוק תרופות למבוטחי קופות החולים בעתות חירום.**

**לדעת משרד מבקר המדינה, על הרשות העליונה לאשפוז, על משרד הבריאות ועל קופות החולים להסדיר את נושא מלאי התרופות החיוניות לטיפול בקהילה בעתות חירום.**

בנובמבר 2013 כתב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי הוא בוחן מהן התרופות הנדרשות לקהילה בעתות חירום ומהן הכמויות הנדרשות.

### פעילות מערך מל"ח לתפעול שירותי הבריאות בקהילה בחירום

באוקטובר 2011 החליטה הממשלה כי ראש ועדת מל"ח העליונה הוא השר להגנת העורף. מערך מל"ח נועד להבטיח את הפעלת "המשק החיוני" המוגדר בהחלטת הממשלה, ובכלל זה מפעלים חיוניים כמשמעות המונח בחוק שירות עבודה בשעת חירום, התשכ"ז-1967, וכן גורמים נוספים החיוניים בעתות חירום, אף אם לא הוגדרו כ"מפעל חיוני".

חובות מל"ח על פי החלטת הממשלה: תפקידי ועדת מל"ח העליונה הם בין היתר "לבחון, בתאום עם משרדי הממשלה, להמליץ ולהחליט, על דרכים ותכניות להפעלת המשק החיוני של המדינה במצב חירום מתוך מגמה להבטיח את האספקה של מוצרים ושירותים שנקבעו כחיוניים", וכן "לקבוע תכניות ארציות, מרחביות ומקומיות להפעלת גורמי הייצור, האספקה והשירותים החיוניים ביותר במשק האזרחי בשעת חירום" ו"לתאם ולהנחות את הרשויות האזרחיות ואת רשויות צה"ל בהכנות לשעת חירום". עוד קובעת החלטת הממשלה כי תפקיד ועדת מל"ח העליונה הוא "לבקש מכל משרד ממשלתי או מרשות ייעודית לנקוט אמצעים הדרושים להבטחת הכנתו של המשק החיוני בתחומים שהם מופקדים עליהם, לקראת תקופת הפעלת מערך מל"ח".

חובות מל"ח על פי הנהלים: לפי הנהלים שונים שפרסם מטה מל"ח ארצי (ראו להלן), על המטה להנחות את המפעלים החיוניים להיערך לשעת חירום, לפקח על היערכותם ולהבטיח את פעולתם התקינה במצב חירום. כדי לבצע את תפקידו במצב חירום מוטל על מטה מל"ח ארצי, כחלק מהפעילות השוטפת בעת רגיעה, לקיים פעולות ביקורת ברשויות הייעודיות, במפעלים החיוניים וברשויות המקומיות.

מטה מל"ח ארצי פועל ליד ועדת מל"ח העליונה, בכפיפות ליו"ר הוועדה ועל פי הנחיותיו. אחד מעיקרי תפקידיו הוא "לבקר ולבדוק כשירות וכוננות מערך מל"ח לקראת הפעלתו בשעת חירום. הביקורת תיעשה בתאום עם הרשויות הייעודיות וועדות המל"ח במרחב".

בדוח המיוחד צוין כי על מטה מל"ח הוטלה החובה להכין את מערכת הבריאות למצב חירום. היה עליו לוודא כי בוצעו הדרכות ותרגולים ואת יישומם של הנהלים שפורסמו. באותו דוח נמצא כי מערך הביקורים במקלטים לא הוסדר וכי מטה מל"ח לא העיר על כך.

בבדיקה הנוכחית נמצא כי בפועל מסתמך מטה מל"ח שבמשרד להגנת העורף על הבקורות שעורך האגף לשע"ח שבמשרד הבריאות. יוצא מכך שלא נבדק כלל אם הרשות העליונה לאשפוז והאגף לשע"ח מיישמים את נוהלי מל"ח.

בתשובתו מנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כתב המשרד להגנת העורף כי הוחלט השנה לקיים ביקורות מוכנות בלשכות המחוזיות של משרד הבריאות.

### חדרי מצב ברשות העליונה לאשפוז, במטה משרד הבריאות ובלשכותיו המחוזיות, בקופות החולים ובפיקוד העורף

הרשות העליונה לאשפוז משמשת בעתות משבר ובעתות חירום גוף השליטה המרכזי על כלל מערכת הבריאות במדינת ישראל. מטה הרשות העליונה לאשפוז ומרכז המבצעים שלה ממוקמים באחד ממבני משרד הבריאות בתל אביב. חדרי המצב וחדרי המבצעים של שבע לשכות הבריאות המחוזיות ושל ארבע קופות החולים, כמו גם גופים נוספים אחרים, נמצאים בעתות חירום בקשר שוטף עם מרכז המבצעים של הרשות.

#### מיגון המטות וחדרי המצב

מיגון מטה הרשות העליונה לאשפוז: בנוהל משרד הבריאות ל"הפעלת מטה הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשע"ח במתארי חירום"<sup>61</sup> מצוין כי תנאי המיגון במיקומו הנוכחי של המטה אינם עומדים בדרישות פקע"ר. כמו כן לפי הנוהל יוקם אתר מבצעים חלופי שאליו ידלג מרכז השליטה אם לא תתאפשר פעילותו במקומו הקבוע מפאת פגיעת טילים, קריסת מערכות תקשורת, חסימת דרכי גישה וכו'. מטה הרשות העליונה לאשפוז, שאחראי להפעלת מערכת הבריאות במדינת ישראל בעתות חירום, ממוקם בקומה העליונה של אחד ממבני משרד הבריאות בתל אביב, ואינו ממוגן כלל. המטה אף שוכן במרכז תל אביב באזור רגיש שעלול להיות נתון למתקפה במקרה של מלחמה, ואף על פי כן, למרות תכנית קיימת, לא נקבע מועד העברתו לאתר אחר, ואף לא נקבע המיקום החדש<sup>62</sup>.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שמטה מבצעים המשמש גוף שליטה מרכזי במערכת הבריאות ישכון במבנה מתאים ויהיה ממוגן ואטום ברמה הנדרשת, בהתאם לדרישות פיקוד העורף.

מיגון חדרי המצב במטות המחוזיים של משרד הבריאות: מבדיקת חדרי המצב המחוזיים של משרד הבריאות עולה כי למחוז ירושלים אין חדרי מצב לחירום; למחוז תל אביב אין חדר מצב חלופי, ואילו חדר המצב הקיים מסודר ומאובזר אמנם, אולם מיקומו חשוף להצפת מי תהום<sup>63</sup>; למחוז צפון אין חדר מצב חלופי ואין מערכת קשר חלופית לתקשורת סלולרית או קווית בשעת חירום; במחוז חיפה חדר המצב ממוקם בבניין רב-קומות בקומה ה-19; למחוז

61 נוהל מעודכן מאוגוסט 2007.

62 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2013, "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

63 במועד עריכת הביקורת הייתה פריצת מי תהום במבנה ששוכן בו חדר המצב.

מרכז יש חדר מצב הממוקם בקומה השישית בבניין, וכן קיים חדר מצב חלופי ממוגן, אך ללא מערכת סינון חומרי לחימה כימיים (חל"כ). עוד נמצא כי בלשכת הבריאות המחוזית אשקלון חדר המצב אינו אטום, וחדר המצב החלופי אינו ממוגן ואינו אטום.

בינואר 2014 עדכן משרד הבריאות כי בחדר המצב של לשכת מחוז תל אביב הותקנה מערכת ניקוז חדשה לפינוי מי התהום.

**לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שמשרד הבריאות יודא כי חדרי המצב המחוזיים מתאימים לייעודם, ממוגנים ואטומים. כמו כן על הנהלת כל מחוז לפעול להכנת חדר מצב חלופי מתאים לייעודו, שיהיה אף הוא ממוגן ואטום ברמה גבוהה.**

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי התקציב שביקש להסדרת חדרי המצב הקיימים והחלופיים לא התקבל.

מיגון חדרי המצב במטות ההנהלה של קופות החולים: גם קופות החולים אמורות להפעיל בעתות חירום חדרים מצב, שישמשו בין השאר לפיקוח על מתן השירותים הרפואיים בעתות חירום. נוהל משרד הבריאות<sup>64</sup> קובע כי חדרי המצב של קופות החולים שבהם פועלים מטות החירום ימוגנו ויאתמו על פי הנחיות פקע"ר.

בבדיקת חדרי המצב של קופות החולים עולה כי בכללית - חדר המצב של מטה ההנהלה אינו מוגן מפני חל"כ, וכך גם חדר המצב החלופי של המטה; חדר המצב של מאוחדת - אינו אטום לחל"כ, וחדר המצב החלופי אף הוא אינו אטום לחל"כ; בלאומית - חדר המצב אינו ממוגן ואינו אטום לחל"כ ואין חדר מצב חלופי.

**משרד מבקר המדינה מעיר כי על הקופות להקפיד שבכל מטה יפעל חדר מצב מתאים לייעודו, שיהיה ממוגן ואטום כנדרש, ושלכל המטות יוכן חדר מצב חלופי מתאים העונה על אותן דרישות.**

**מן הראוי כי משרד הבריאות ופיקוד העורף יבחנו אם סביר להפעיל בעתות חירום חדרי מצב בקומות גבוהות של בניינים רבי-קומות.**

מיגון חדרי המצב במחוזות קופות החולים: בבדיקה בכללית - נמצא כי רק במחוז שרון-שומרון חדר המצב ממוגן ואטום (היינו, מוגן מפני חל"כ). במחוזות צפון, חיפה, תל אביב-יפו, מרכז וירושלים חדרי המצב ממוגנים אך אינם אטומים. חדרי המצב במחוזות דרום ואילת אינם ממוגנים. חדרי המצב החלופיים בכל מחוזות הכללית אינם אטומים. במחוז דן/פתח תקווה חדר המצב החלופי גם אינו ממוגן. למחוז חיפה אין חדר מצב חלופי; במכבי - למחוז ירושלים ולמחוז השפלה אין חדרי מצב ממוגנים; במאוחדת - חדרי המצב וחדרי המצב החלופיים בארבעת מחוזותיה אינם אטומים; בלאומית - חדרי המצב במחוזות אינם ממוגנים ואינם אטומים.

מכבי הודיעה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2013 כי היא מנסה לאתר מקום "מוגן ומתאים" לחדרי מצב עבור מחוז ירושלים ומחוז השפלה.

מיגון חדר המצב של מטה אגף הרפואה בפקע"ר: בבדיקה נמצא כי חדר המצב (חמ"ל) של מטה אגף הרפואה בפקע"ר ממוקם בחדר במבנה - שאינו ממוגן ואינו אטום.

64 "מצבי כוננות מערך קופות חולים למלחמה ו/או לעימות מתמשך", נוהל מעודכן ממרץ 2009.

**תקשורת בעתות חירום**

מסיכום מבצע "עמוד ענן" של הכללית מינואר 2013 עולה כי לאחר ירי טילים מסיבי לא ניתן היה להפעיל טלפונים סלולריים בטווח זמן של 30 דקות אחרי הירי. מכשירי "מירס" שסופקו לכללית על ידי האגף לשע"ח כחלופה לחירום, היו "ישנים ולא מילאו את ייעודם".

אמצעי תקשורת במטות המחוזיים של משרד הבריאות: בבדיקה עלה כי לשכות הבריאות במחוזות אשקלון, חיפה, צפון, דרום ומרכז מסתמכות בעתות חירום על מכשירי מירס שיוקצו להם על ידי האגף לשע"ח.

**משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרד הבריאות לגבש מנגנון שיבטיח את תקינות אמצעי הקשר החלופיים לתקשורת הסלולרית ולקווי בוק בעתות חירום.**

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי תכנית העבודה של האגף לשע"ח לשנת 2014 כוללת דרישה לרכש מכשירים לווייניים.

אמצעי תקשורת במטות ההנהלה של הקופות ובמטות המחוזיים: בכללית אין מערכת קשר חלופית לתקשורת הסלולרית או לקווי בוק. הקופה מסרה לנציגי משרד מבקר המדינה בספטמבר 2013 כי היא בוחנת את האפשרות לרכוש עבור המחוזות טלפונים לווייניים; מאוחדת רכשה מכשירי מירס לשימוש בעתות חירום.

אמצעי תקשורת בגופי החירום השונים: כדי להבטיח תפקוד הולם, רצוי שבעתות חירום תהיה לגופי החירום וההצלה המכונים "המגיבים הראשוניים" (משטרת ישראל, פקע"ר, מד"א, רשות הכבאות והמשרד להגנת הסביבה) האפשרות לקיים ביניהם תקשורת רצופה. רצוי שכל הגופים יפעלו באותה מערכת תקשורת.

למד"א מערכת תקשורת בפריסה ארצית העונה לדרישות המבצעיות של הארגון בשגרה ובחירום. כחלק מההיערכות של מד"א לתרחישי חירום נרכשו גם מכשירי טלפון לווייניים. לשאר גופי החירום וההצלה מערכות תקשורת משלהם, השונות ממערכות מד"א.

הממשלה החליטה בשנים האחרונות על הקמת מערכת "רדיו לאומי" אחידה. לפי החלטותיה ביולי 2012<sup>65</sup> ובמאי 2013<sup>66</sup>, התקציבים למימון הקמת המערכת וחיבור הגופים השונים אליה "יבואו מתוך המסגרת התקציבית הקיימת של אותם גופים. זאת לרבות עלויות חד-פעמיות, כמו גם עלויות תפעול ואחזקה הנובעות משילובם של הגופים המגיבים הראשוניים... במערכת".

**עד למועד סיום הביקורת לא הוקמה המערכת, ולכן בשעת חירום ימשיך כל גוף לעבוד ברשת תקשורת משלו, וייתכן שלא יהיה קשר רציף בין כל הגופים.**

בנובמבר 2013 מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי בתחילת שנת 2014 תותקן מערכת תקשורת לעתות חירום בין בתי החולים, מד"א, פקע"ר, מפקדת קצין רפואה ראשי, הפיקודים המרחביים בצה"ל והאגף לשע"ח.

65 החלטה מס' 4876 מיום 6.7.12, בהמשך להחלטת הממשלה מס' 2699 מיום 9.1.11 בדבר שיפור היערכות העורף למקרה חירום.  
66 החלטה מס' 206 מיום 13.5.13.



משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרד הבריאות ועל קופות החולים לוודא שבכל המטות שלהם - ראשיים ומחוזיים כאחד, יופעל חדר מצב המתאים ליעודו מבחינת גודלו, מיקומו ומיגונו. על קופות החולים להכין למטות ההנהלה ולמטות המחוזיים חדר מצב חלופי ראוי. כמו כן מן הראוי שיהיו לגופי החירום השונים אמצעי תקשורת ייעודיים לעתות חירום, כך שיוכלו לתקשר ביניהם.

## הטיפול בנפגעי חרדה

ירי הטילים על יישובים ונפילות הרקטות בהם עוררו חרדה בקרב רבים מתושבי אזורי העימות. במלחמת לבנון השנייה טופלו 4,547 נפגעי חרדה<sup>67</sup> במרכזי דחק בצפון (בבתי החולים נהרייה, רמב"ם, פורייה ובני ציון), ובאתרי דחק<sup>68</sup> שנפתחו אד הוק בערים טבריה, מעלות, כרמיאל, קריית אתא ובקיבוץ לוחמי הגטאות. מרכזי הדחק במלחמת לבנון השנייה הוקמו בהחלטה משותפת של פקע"ר ומשרד הבריאות. את המרכזים הפעילו רופאים וקציני בריאות הנפש מפקע"ר, והצטרפו אליהם רופאים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים מקופות החולים וממערך בריאות הנפש של משרד הבריאות. מרבית נפגעי החרדה שטופלו במרכזי הדחק השונים פונו אליהם על ידי מד"א, ואילו מקצתם פנו למרכזים בעצמם.

משרד מבקר המדינה קבע בדוח המיוחד כי מספרם הרב של נפגעי החרדה במלחמת לבנון השנייה - יותר מ-60% מהנפגעים במלחמה - מחייב היערכות מחודשת של מערכת הבריאות בנושא זה, ובכלל זה פריסה משופרת של אתרי הדחק.

כחלק מהפקת הלקחים ממלחמת לבנון השנייה, הוחלט כי הטיפול בנפגעי חרדה מהותי לשם מניעת קיבועה של הטראומה, וכי סיוע מקצועי לאותם נפגעים בשלב מוקדם עשוי למנוע פגיעה כרונית. טיפול מתאים בנפגעי חרדה סמוך לזמן האירוע עשוי גם לחסוך טיפולים ממושכים ותשלום קצבאות נכות. בשנת 2010 חיבר משרד הבריאות מסמך העוסק במשימותיהן של לשכות הבריאות בשעת חירום. במסמך נכתב: "הניסיון שנצבר בשנים האחרונות בארץ מאירועים רבי נפגעים, ממלחמת לבנון השנייה, מבצע 'עופרת יצוקה' וניסיון שנצבר בחו"ל, מלמד על היקף נרחב של נפגעי חרדה שיש לתת להם מענה מידי על מנת למנוע התפתחות של מחלות כרוניות מחד ובכדי להקל על מערכות בתי החולים ומד"א מאידך". בשנת 2012 חיבר המשרד טיוטת נוהל<sup>69</sup>, שלפיה יש להגיש סיוע ראשוני לנפגעי חרדה ודחק בשלב האקוטי (השלב מרגע הפגיעה ועד כיומיים

67 מבקר המדינה, היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה (יולי 2007), "היערכות מערכת האשפוז לעתות חירום ותפקודה בעת המלחמה", עמ' 165.

68 מתקנים רפואיים המוקמים בעתות חירום ומשמשים מרכזים לסיוע נפשי ראשוני לאוכלוסייה. האתרים מיועדים לטיפול באזרחים שבעקבות היחשפותם לפעולות איבה סובלים מתסמונת חרדה ודחק בשלב האקוטי - היינו השלב מרגע הפגיעה ועד כיומיים לאחריה.

69 "נוהל הפעלת מת"נ: מרכז תמיכה נפשית" מס' 30.005, מהדורה 5.4, ספטמבר 2012.

לאחר(יה), כאשר מדובר בתגובה המכונה (Acute Stress Reaction) ASR. לפי טיוטת הנוהל, יש לזהות נפגעים הנמצאים בסיכון להחמרה במצבם ולהתפתחות (Acute Stress Disorder) ASD.

לפי נתוני משרד הבריאות, במבצע "עופרת יצוקה"<sup>70</sup> ב-2008 דווח כי 490 נפגעי חרדה טופלו בבתי החולים ו-1,296 באתרי הדחק. במבצע "עמוד ענן"<sup>71</sup> ב-2012 דווח על 562 נפגעי חרדה: 162 נפגעים טופלו בבתי חולים, ו-400 באתרי הדחק.

**פ ר י ס ת א ת ר י ה ד ח ק :** בשנים האחרונות פעל המשרד להכנת אתרי דחק ברחבי הארץ, ולפי נתוניו נכון ליולי 2013 יש 64 אתרים כאלה. פריסה מיטבית של אתרי דחק אמורה להקל את העומס בחדרי המיון בבתי החולים וכן לסייע למד"א בקיצור משכי הפינוי - במיוחד באזורים המרוחקים מבתי החולים. בהתאם לאומדן של מספר הנפגעים, משך הטיפול בכל נפגע, מספר המטופלים וכו', יש לחשב את מספר האתרים שיספק מענה נאות ולהחליט על אופן פיזור המיטבי.

משרד הבריאות מסר כי הוא קבע את פריסת האתרים לפי כמות הנפגעים ופיזורם במדינה בתרחיש הייחוס, ולפי מידת קרבתם של מוסדות פסיכיאטריים גדולים. ואולם בבדיקה עלה כי יש אזורים מאוימים בהם אין די אתרי דחק (ראו להלן). משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד לגבש מפתח מושכל לפיזור אתרי הדחק כך שתוכיח נגישות מיטבית לאתרים בכל האזורים המאוימים בארץ.

במרץ 2012 כתבה לשכת הבריאות המחוזית בתל אביב לראש השירות לבריאות הנפש במשרד הבריאות כי כמה עיריות (גבעתיים, רמת השרון, קריית אונו, אזור ואור יהודה) קובלות על ההחלטה לצמצם את מספר אתרי הדחק באופן שעריהם ייוותרו בעתות חירום ללא מענה נאות לנפגעי חרדה. מבדיקת רשימת אתרי הדחק המתוכננים עולה גם כי ברעננה ובהוד השרון אין מרכז דחק, וכי המרכז הקרוב ביותר הוא בכפר סבא או בהרצלייה.

בדצמבר 2012 חיבר משרד הבריאות טיוטת נוהל המבוססת על הניסיון המצטבר ממלחמת לבנון השנייה, ממבצע "עופרת יצוקה" וממבצע "עמוד ענן". עיקר השינויים המשתקפים בטיוטה לעומת הנוהל התקף<sup>72</sup> הוא המודעות הגוברת של הרשויות לחשיבות של מתן הסיוע לנפגעי הדחק, הדרישה לשיפור זמינותם של האתרים ונגישותם, הציפייה להגדלה משמעותית של מספר מרכזי הסיוע, ודרישה להיערכות מונעת עוד בטרם היווצרות הצורך הממשי בשטח, כחלק ממסר של שליטה במצב מצד המנהיגות המקומית.

משרד הבריאות עדכן בנובמבר 2013 כי הוא מכין הצעה לנוהל חדש שלפיו האחריות על הקמת מרכזי דחק ואיושם תחול על הרשויות המקומיות. לפי ההצעה המשרד יסייע בהכשרת אנשי מקצוע ממשרד הרווחה והחינוך, יקיים בקרה על השירות ויספק ייעוץ מקצועי שיתוגבר בשעות השיא. רק כך, לטענת המשרד, ניתן יהיה להגדיל את מספר מרכזי דחק.

**פ י נ ו י נ פ ג ע י ח ר ד ה ל ב ת י ח ו ל י מ :** על פי הנתונים שדווחו עולה כי הן במבצע "עופרת יצוקה" והן במבצע "עמוד ענן" יותר מ-25% מנפגעי החרדה פונו לבתי החולים או פנו לשם בעצמם.

70 מבצע צה"ל ברצועת עזה בין התאריכים 27.12.2008 - 18.1.2009.  
71 מבצע צה"ל ברצועת עזה בין התאריכים 14-21 בנובמבר 2012.  
72 נוהל "הפעלת מרכז לטיפול בנפגעי דחק", מהדורה 5.3, פברואר 2008.

מוצע כי משרד הבריאות יבדוק כמה נפגעי חרדה פינה מד"א לבתי החולים, ומדוע הם לא פונו לאתרי הדחק. על המשרד לבחון אם יש צורך לשנות את הנחיותיו למד"א. לאחר בחינת הממצאים ראוי לשקול לקיים פעילות הסברה לציבור לגבי: מהות אתרי הדחק, זמינותם, הטיפול הניתן בהם ויתרונותיהם על פני בתי החולים במקרה של חרדה - וזאת כדי לצמצם את העומס על בתי החולים ואת החיכוך בין הנפגעים לגורמי האבטחה בבתי החולים.<sup>73</sup>

המרכז הרפואי רמב"ם כתב בתשובתו מנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי ניסיונו במלחמה מלמד שמספר נפגעי הדחק המגיעים לבתי החולים עולה בהרבה על מספרם של הפצועים, ואולם ברגעים הראשונים לא ניתן למיין באופן גורף. לבתי החולים ימשיכו לזרום נפגעי דחק אף אם יפתחו למטרה זו אתרי דחק ייעודיים.

בית החולים שיבא כתב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2013 כי "מהדוח עולה כי ביישובים שהינם חלק מאגן הניקוז הטבעי של שיבא (קריית אונו, גבעתיים, אור יהודה) צימצמו [את] מספר אתרי הדחק. כפועל יוצא מכך, צפויה פניה מוגברת של נפגעי חרדה למרכז הרפואי דחופה של המרכז הרפואי". בינואר 2014 כתב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי במחוז חיפה נקבעו 10 אתרי דחק, "כשלמעשה פוטנציאל איוש האתרים [בכוח אדם מקצועי, יעודי] הוא רק לחמישה בעת ובעונה אחת".

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרד הבריאות ופקע"ר יאמדו את היקף הפניות הצפוי של נפגעי חרדה בתרחישים השונים לשעת חירום, יפעלו לצמצום פיננים לבתי החולים, ויתכננו את מספר אתרי הדחק כך שיינתן מענה ראוי, בפרק זמן סביר, לאבחון מקצועי של הנפגעים ולטיפול בהם.

## הקצאה לאומית של משאבים במחסור בעתות חירום

### הקצאת רופאים ועובדים בכירים בעתות חירום

#### הקצאת רופאים

מספר הרופאים בארץ במחסור, ובעתות חירום הם נדרשים לעבודה הן בבתי החולים, הן בצה"ל והן בקופות החולים (חלק ניכר מהרופאים מועסק בכמה מקומות עבודה וכן משרת במילואים).

בעתות חירום מוטלות כאמור על הקופות משימות רבות ועליהן להגיש שירותי רפואה לקהילה. זאת דווקא כאשר רופאים רבים מגויסים לצה"ל או מרותקים בצווים לבתי החולים, ורק היתר מרותקים למרפאות הקופות.

73 האבטחה בבתי החולים תתגבר בעתות חירום בין השאר, להפנות נפגעי חרדה שיגיעו אליהם אל מרכזי הדחק.

מנתונים שמסרו הקופות למשרד מבקר המדינה עולה כי מכבי מעסיקה בשגרה 2,651 רופאים ראשוניים<sup>74</sup> (כולל רופאים עצמאיים). בעתות חירום מרותקים לקופה 839 רופאים (32%), אף על פי שאומדן הביקוש לרפואה ראשונית בעתות חירום בתרחיש של מלחמה קוננוצינלית הוא 60%. ניתוח של מספר הרופאים המרותקים למחוזות מעלה כי במחוז ירושלים פועלים בשגרה 601 רופאים ראשוניים, ואילו בעתות חירום מרותקים אליו 88 רופאים (15%); במחוז צפון פועלים בשגרה 662 רופאים ראשוניים, ואילו בעתות חירום מרותקים 180 רופאים (27%); במחוז מרכז פועלים בשגרה 600 רופאים ראשוניים, ובעתות חירום מרותקים 206 רופאים (34%). יוצא מכך שבמחוזות מסוימים עתיד להיווצר פער משמעותי בין הביקוש הצפוי לשירותי מרפאה לבין מספר הרופאים שיאלצו לתת מענה לביקוש.

לפי נתוני מאוחדת, הקופה מעסיקה בשגרה 1,807 רופאים ראשוניים (כולל רופאים עצמאיים). בעתות חירום מרותקים לקופה 667 רופאים (37%). ניתוח של מספר הרופאים המרותקים למחוזות הקופה מעלה כי במחוז ירושלים פועלים בשגרה 600 רופאים ראשוניים, ובעתות חירום מרותקים אליו 109 (18%), ואילו במחוז מרכז פועלים בשגרה 346 רופאים ראשוניים, ובעתות חירום מרותקים אליו 88 רופאים (25%). יוצא מזה שבמחוזות מסוימים עשוי להיווצר פער משמעותי בין הביקוש הצפוי לשירותי מרפאה לבין מספר הרופאים שיאלצו לענות על הביקוש.

במועד הביקורת מפקדת קצין רפואה ראשי בצה"ל (מקפ"ר) היא האחראית הבלעדית למשאב הלאומי של הרופאים, והיא קובעת מי מהם ירותק בעתות חירום לצה"ל ומי לבתי החולים או למרפאות בקהילה. סגן קצין רפואה ראשי מקיים אחת לחצי שנה "דיוני ריתוקים", שבהם הוא מחליט מי מהרופאים ירותק למקומות עבודה אזרחיים ומי ימשיך לשרת בעתות חירום בצה"ל.

ההחלטה על שיכוץ הרופאים בקהילה בעתות חירום נעשית בידי צה"ל בלבד, שאמנם מתחשב בבקשות המתקבלות ממוסדות הבריאות השונים, אך לקופות החולים, שלהן תפקיד חשוב בעתות חירום, אין חלק בהחלטה הסופית.

#### גיוס בכירים במערכת הבריאות לשירות מילואים

בבדיקה עלה כי רופאים בכירים בתפקידי מפתח בקופות החולים ובבתי החולים, וכן מנהלים בכירים בהם, מגויסים בעתות חירום לשירות מילואים בצה"ל.

כך למשל מגויסים בשעת חירום לצה"ל מנהל אגף הטראומה במרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע, מנהל מחוז דרום במכבי (המחזיק בתפקיד בכיר בעתות חירום) ומנהל מחוז דרום בכללית.



עקב הטלת משימות חשובות נוספות בשנים האחרונות על קופות החולים בעתות חירום, ועקב המחסור הצפוי ברופאים גם בהן, מן הראוי שיוקם צוות משותף לצה"ל, למשרד הבריאות ולקופות החולים, שיחליט יחד על אופן שיכוץ הרופאים בעתות חירום.

## רכב ממוגן להסעת סגל רפואי ולהסעת חולים

**הסעת עובדים:** כבר בדוח המיוחד נקבע כי היעדר כלי רכב ממוגנים להסעת הסגל הרפואי במצב של ירי רקטות וטילים, פוגע במתן שירותים רפואיים לקהילה כגון הפעלת מרפאות, ביקורי בית וביקורי סגל רפואי במקלטים.

לפי דיון של הרשות העליונה לאשפוז מפרוואר 2013 לסיכום מבצע "עמוד ענן", עובדי מערכת הבריאות, כעובדים חיוניים, מחויבים להגיע לעבודה. זאת למרות הקושי והחשש בזמן נסיעה ברכב לא ממוגן בדרכים הנתונות לאיום ירי. מרגע שחלה הסלמה במצב נדרשת היערכות מקדימה להפעלת רכב ממוגן לשם הסעת הסגל הרפואי למקומות העבודה ולביצוע תפקידיו השונים.

בתגובת המרכז הרפואי סורוקה מדצמבר 2012 לסיכום הלקחים ממבצע "עמוד ענן" נכתב כי "הגעת צוותי בית החולים לעבודה בעתיד תושפע כנראה מתחושת הביטחון שלהם בדרך לעבודה וממנה ובביטחון [ילדיהם] המגיעים איתם ... למעונות ילדי העובדים". עוד נכתב בתגובה כי "במבצע עמוד ענן הופעלו מעונות ילדי עובדים של בית החולים על מנת לאפשר לצוותי בית החולים לעבוד. חלק מהעובדים ניצל אפשרות זו ... [אך חלקם] העדיף להישאר בבית עם הילדים במקום לסכן אותם בנסיעה לבית החולים". במסמך מוסבר גם כי במצב ש"העורף יהיה מאוים באופן מוחשי על ידי עשרות טילים ליום על מרחבי הדרום, כולל נתיבי ההגעה לבית החולים, ניתן לרתק את העובדים למקום העבודה, אך לא ניתן לחייב אותם לסכן את ילדיהם בנסיעה. הרי בסופו של דבר במזל לא היתה פגיעה ישירה של טיל בעובד שהגיע עם ילדיו לבית החולים, גם משמעת ההתגוננות בדרכים על פי הוראות פיקוד העורף לא אמורה לסייע להורה המסיע ברכבו שלושה ילדים בגילאים 3-7 ותומים בנסיעה לעבודה ולמעונות ילדי העובדים".

**בבדיקה לא נמצא כי משרד הבריאות נערך להקצאת כלי רכב ממוגנים למערכת הבריאות בקהילה עבור הצוותים שאמורים לאייש את המרפאות ועבור סגל ביקורי הבית והצוותים לטיפול באוכלוסייה השוהה במקלטים או בביתם. כמו כן לא נמצא כי נבחן נושא הסעת עובדי מערכת הבריאות לעבודה, למשל לאייש את המרפאות האבודות, בתי החולים, כמו גם הסעת ילדיהם למעונות.**

בנובמבר 2013 השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי האגף לשע"ח, יחד עם משרד התחבורה ועם צה"ל, פועל לשם ריתוק חברות אחדות המספקות רכב ממוגן וכלי רכב עם מעלון לטובת משרד הבריאות - לצורך מתן מענה להסעות בעתות חירום. כן הוסיף המשרד כי אינו רואה פתרון להסעת ילדי העובדים למעונות. המשרד להגנת העורף השיב כי כל עוד הנחיות ההתגוננות של פקע"ר אינן כוללות חובת נסיעה ברכב ממוגן, לא ניתן לייחד הנחיה כזו רק למערכת הבריאות, וכי גם אם הייתה הנחיה כזו, היא אינה בת יישום.

**לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לאמוד את הצורך בכלי רכב ממוגנים להסעת סגל מערכת הבריאות בעתות חירום לשם מילוי תפקידיו בקהילה ובבתי החולים, ולשם הסעת ילדי הסגל למעונותיהם - ולהיערך לספקם.**

**הסעת חולים:** בדיון האמור של הרשות העליונה לאשפוז שהתקיים בפברואר 2013 לסיכום מבצע "עמוד ענן", הוצגה בעיית הטיפול בשעת חירום בחולי דיאליזה, שחלקם מוגבל מבחינת ניידות ויתקשה לעצור בעת אזעקה בצדי הדרך (בהתאם להנחיות פקע"ר) ולהישכב בצד הכביש.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבחון אילו עוד חולים זקוקים לטיפול מחוץ לביתם, ולבחון את האפשרות להסיעם בעתות חירום ברכב ממוגן לשם קבלתו.

### מיגון אישי - קסדות ואפודי מגן

האחריות להגדרת רמת המיגון הנדרשת במצב חירום מוטלת על פקע"ר. מיגון מתאים מציל חיים, מעניק תחושת ביטחון לעובדים ולחולים, מונע נזקים ומאפשר המשך קיום שגרת חיים גם בעתות חירום. בדוח המיוחד עלה כי כמות אפודי המגן והקסדות שנופקה על ידי משרד הבריאות במלחמת לבנון השנייה לא הספיקה למיגונם של כל הצוותים שסיפקו שירותים רפואיים שוטפים לאוכלוסייה.

בדוח המיוחד הומלץ למשרד הבריאות, לפקע"ר, למשרד האוצר ולמשרד ראש הממשלה להשלים את ההצטיידות באמצעי מיגון אישי עבור מערכת הבריאות, כדי שהסגל הרפואי יוכל בעתות חירום למלא את תפקידו.

בביקורת הנוכחית עלה כי באגף לשע"ח אין נתונים לגבי כמות אמצעי המיגון האישי הנחוצה עבור כלל הצוותים הרפואיים שאמורים לספק שירותים בעתות חירום, וממילא לא ידוע מהו החוסר שיש להשלים.

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי יבצע בדיקה מחודשת של כמויות אמצעי המיגון האישי הנדרשות לצוותי הקהילה ולסגל בתי החולים, וידרוש תקציב להשלמת הרכש.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי כי יוכנו מראש אמצעי מיגון אישי לכל הצוותים המתוכננים לפעול בעתות חירום בשטח פתוח, ותבוצע בדיקה תקופתית לשם השלמת מחסור בציוד. יש לדאוג להתאמת פריטי המיגון האישי למידותיהם של העובדים.

### הקצאת מורות-חיילות למעונות ילדי העובדים

בעתות חירום מופעלים בבתי החולים ובקהילה מעונות לילדיהם של עובדי מערכת הבריאות. מעונות אלו מסתייעים במורות-חיילות מטעם פקע"ר. בדוח המיוחד עלה כי במלחמת לבנון השנייה היה קושי להשיג תגבורת של מורות חיילות.

היות שתפקידן זה של המורות-החיילות מוגבל לעתות חירום בלבד, מן הראוי גם שכל חיילת שנשלחת לתפקיד, תעבור הדרכה או רענון שיכינו אותה אליו.

## אבטחת בתי החולים

לצורך תפקוד תקין בעתות שגרה וחירום קיים בכל בתי החולים מערך אבטחה. את מערך האבטחה מאיישים יוצאי יחידות קרביות, שבעת חירום חייבים ברובם בגיוס לשירות מילואים. בעתות חירום העומס על מערך האבטחה רב יותר, שכן לבתי החולים מגיעים גם קרובי משפחה מוראגים של הנפגעים וקיים צורך בהיערכות כנגד איומי פח"ע (פעילות חבלנית עוינת). גם בתרחיש של מתקפת חל"כ צפויה בהלה של האוכלוסייה שתביא להצפה של בתי החולים בנפגעים ובכני משפחתם, וכן באזרחים החוששים כי נפגעו.

לפי הדוח המיוחד ממוני הביטחון בבתי החולים בצפון מסרו כי במלחמת לבנון השנייה כ-35% מאנשי מערך האבטחה גויסו למילואים, ובכלל זה מאבטחים, ממוני הביטחון עצמם, סגניהם ועוזריהם. עוד נכתב בדוח כי בבית החולים בני ציון בחיפה הגיע מאוחר מדי תגבור למאבטחים, וכי בבית החולים רמב"ם נזקקו לשוטרים כדי לשמור על הסדר. בדוח הומלץ למערכת הבריאות ולפקע"ר לשפר את המוכנות של מערך האבטחה לחירום, ובכלל זה בתחום כוח האדם.

בפקע"ר קיימת יחידה צבאית לבית החולים (להלן - יחצ"ב), שנועדה לסייע לבתי החולים במצבי חירום קונוונציונליים ולא-קונוונציונליים, במשימות כגון נשיאת אלונקות, שינוע מיטות, איטום חדרים ומיגונם, אבטחה וכן תפקידי סיוע נוספים במקרה של מתקפת חל"כ.

לפי הדוח המיוחד, במאי 2007 הודיע צה"ל כי תפקיד מחלקת האבטחה ביחצ"ב הוא לסייע למשטרה ולכוחות האבטחה של בתי החולים בשמירה על הסדר הציבורי במקרה של מתקפת חל"כ. עוד הודיע צה"ל כי ייבחן הצורך בסיוע למחלקות האבטחה בבתי החולים גם במקרה של מתקפה קונוונציונלית.

עד למועד סיום הביקורת, צה"ל ומערכת הבריאות לא בחנו את אופן הסיוע למחלקות האבטחה גם במקרה של תקיפה קונוונציונלית. נמצא עם זאת כי המטה לביטחון לאומי (המל"ל) במשרד ראש הממשלה החל בתקופת הביקורת בעבודת מטה לצורך היערכות לאבטחת מתקנים שונים בעתות חירום, ובכלל זה במערכת הבריאות.

בתשובתו מאוקטובר 2013 כתב המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי למשרד מבקר המדינה שבית החולים הסביר לפקע"ר ולמשטרה כי היות שהוא פתוח לכול, נדרש בחירום תגבור של האבטחה, אולם לא התקבל מענה מניח את הדעת לפנייתו. עוד הוסיף בית החולים כי "בתרגילים של השנים האחרונות תירגלנו את הפעלת בית החולים עם יחידות היחצ"ב. מצאנו חוסר מיומנות של חיילים בתפקידי שיטור ואבטחה. יתרה מזו, באמצעות אגף משאבי אנוש שעמד בקשר עם צה"ל ניסינו לרתק את האחזמ"שים [אחראי המשמרת] והקב"טים [קציני הביטחון] - (סך הכול 7 אנשים) שמהווים חוליה קריטית בהפעלת המערך - ונענינו בשלילה. זאת למרות שחלק מביניהם קיבלו הצבות למילואים לתגבור בבית חולים אחר". משרד הבריאות הסביר כי תקן יחידת האבטחה ביחצ"ב עומד על 10 חיילים ואין ביכולתם של חיילים אלה לתת מענה לאבטחת בתי החולים.

מ-2007 ועד למועד סיום הביקורת, לא הוסדר נושא מערך האבטחה בבתי החולים באופן שיאפשר להם בעתות חירום להמשיך לתפקד ללא הפרעה, ובמיוחד במקרה של הגעת נפגעים ונפגעי חרדה עקב פגיעת חל"כ באוכלוסייה האזרחית.

בנובמבר 2013 השיב המשרד להגנת העורף למשרד מבקר המדינה כי הוא מכין נוהל בנושא.



כשל המחסור האמור כמשאבים לאומיים לשעת חירום - רופאים, מאבטחים, רכב ממוגן, ציוד מיגון אישי (אפודים וקסדות) וכן מורות-חיילות - על צה"ל, המשרד להגנת העורף, משרד הבריאות והרשות העליונה לאשפוז לקבוע מבעוד מועד סדרי עדיפויות להקצאתם לקראת עתות חירום.

## פיקוח על איכות מי השתייה

בעתות שגרה בודקים הרשויות המקומיות או ספקי המים את איכות מי השתייה, ומשרד הבריאות מפקח עליהם. מתבצעות בדיקות איכות שוטפות של מי השתייה, הכוללות בקרה של האיכות הבקטריאלית והכימית<sup>75</sup>. התרחישים לשעת חירום מתייחסים לאפשרות של פגיעה במערכות המים וזיהומן - אפשרות המחייבת בדיקה מהירה של איכות המים באתרים שנפגעו. לשכות הבריאות אחראיות לתיאום ההעברה של דגימות מים למעבדות מוכרות ועליהן לוודא שהגיעו ליעדן.

בדוח המיוחד נמצא כי במלחמת לבנון השנייה בוצעו דגימות לבדיקת איכות מי השתייה באיחור או לא בוצעו כלל, עקב מחסור באמצעים למיגון צווחי הדוגמים (רכב ממוגן, קסדות ואפודי מגן). עוד נכתב בדוח כי היערכות נכונה לשעת חירום צריכה להסתמך על שיטת בדיקה אוטומטית בשליטה מרחוק, באופן שלא יחייב יציאת עובדים לשטח<sup>76</sup>. צוין עוד כי על משרד הבריאות לתת את הדעת לקושי שבנטילת הדגימות ולקושי לבדוק את איכות המים בעתות חירום, וכי עליו להכין תכנית פעולה להבטחת איכות ראויה של מי השתייה במצב חירום. כך למשל אפשר לחבר את מערכת המים למחשב ולהעביר באופן אוטומטי נתונים למרכזי בקרה. בביקורת לא נמצא שהמשרד הכין תכנית כזו או הנחה את ספקי המים להיערך לנטילת דגימות מים בעתות חירום.

יש לציין כי כמה רשויות מקומיות התקינו תחנות ניטור ממוחשבות הבוחנות אוטומטית מדדים הקשורים לאיכות המים, ונשלטות בידי תוכנות שמגלות גם זיהומים קטנים ברמת דיוק גבוהה ובזמן אמת.

אף שבעתות חירום ייתכן זיהום מכוון של מי השתייה, ואף שעל משרד הבריאות להבטיח כי הרשויות המקומיות וספקי המים יבצעו גם בעתות חירום בדיקות איכות של המים, הוא לא נערך למתן מענה הולם בנושא. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות להכין תכנית פעולה להבטחת הפיקוח על איכות מי השתייה בעתות חירום. משרד מבקר המדינה כבר העיר על כך כאמור בעבר בדוח המיוחד.

75 הבדיקות נעשות על פי תקנות בריאות העם (איכותם התברואתית של מי-שתייה ומתקני מי שתייה), התשע"ג-2013.

76 מדדים אלה יכולים להיות: רמות הכלור שנותר במים, מידת עכירותם, שינויים בלחץ המים או הפרשי לחצים בין נקודות שונות, היכולים להצביע על תקלות במערכת המים.

## סוגיות בהיערכות מערכת האשפוז

### יחידות לשעת חירום ואחראי שעת חירום בבתי החולים

בכל בית חולים ישנו עובד המתמנה כאחראי לשעת חירום, אולם מינוי זה הוא בנוסף על תפקידו בבית החולים. בבדיקה נמצא כי רק בבית החולים סורוקה של הכללית יש אחראית לשעת חירום במשרה מלאה. לדברי האגף לשעת חירום מינוי אחראי שעת חירום במשרה מלאה מאפשר הכנה טובה ויעילה יותר של בית החולים לעתות חירום.

בדוח המיוחד נמצא כי כבר בשנת 2002 החליטה הרשות העליונה לאשפוז שכדי לשפר את רמת המוכנות, יש צורך להקים יחידה שתכלול ארבעה תקנים בבתי החולים הכלליים עבור אחראים לשעת חירום<sup>77</sup>. בפועל לא יושם תיקנון כזה בבתי החולים, אולם יש לציין כי האגף לשע"ח ופקע"ר מתרגלים את בתי החולים לתרחישי חירום גם ללא תיקנון זה. לפי הדוח המיוחד, בתי החולים עורכים מדי פעם תרגולים ללא שקיבלו תקציב לכך - מתוך תחושת מחויבות - אולם הנטל הכספי נופל עליהם לפחות באופן חלקי ועלול לפגוע בהיקף השירותים שהם מספקים ובאיכותם. לכן חשוב מאוד להסדיר בחוק את סמכויות הרשות העליונה לאשפוז ואת הסדרי המימון למערך החירום של שירותי האשפוז.

בפועל עד למועד סיום הביקורת באוקטובר 2013, אין תקנים בבתי החולים הכלליים עבור יחידה לשעת חירום, סמכויות הרשות העליונה לאשפוז כאמור לעיל לא הוסדרו בחוק, וכמו כן לא הוסדר המימון להכנת מערכת האשפוז לשעת חירום ולתרגולה.

כדי לשפר את מוכנותם של בתי החולים לשעת חירום, מוצע כי משרד הבריאות ובתי החולים ישקלו לאמץ את החלטת הרשות העליונה לאשפוז משנת 2002 באשר לצורך להקים יחידה לשעת חירום בבתי החולים הכלליים ולמנות אחראים לשעת חירום במשרה מלאה. כמו כן חשוב מאוד שמשרד הבריאות יסדיר בחקיקה את סמכויות הרשות העליונה לאשפוז, וכן יסדיר את המימון למערך החירום של שירותי האשפוז.

### מיגון בתי החולים

מוסדות הבריאות הקיימים נבנו ברובם לפני שנים רבות, ובכמה מהם אין מקלטים כלל או שהמיגון בהם חלקי בלבד. בהתאם לחוק שירות עבודה בשעת-חירום, התשכ"ז-1967, בתי החולים הם מפעל לשירותים קיומיים, וככאלה הם נדרשים להמשיך ולתת שירותי רפואה כל שעות היממה, גם בעתות חירום. מכאן החשיבות הרבה של מבנים ממוגנים לחולים ולסגל העובדים.

פקע"ר ומשרד הבריאות פועלים בהתאם לתקנות ההתגוננות האזרחית (מפרטים לבניית מקלטים [תיקון]), התשע"ג-2013 (להלן - התקנות), שקובעות בין השאר מהן הדרישות למרחבים מוגנים במוסדות הבריאות. התקנות קובעות גם את גודל המרחבים המוגנים הנדרש בהתאם למספר מיטות האשפוז, ואת מפרטי המיגון ומערכות האוורור והסינון במרחבים המוגנים. התקנות קובעות גם כי

77 בדיון ברשות העליונה לאשפוז נטען כי יש להרחיב את מספר התקנים גם לתחום הקהילה.

מחלקות אחדות במוסדות הבריאות צריכות להיבנות מראש במתכונת של מרחב מוגן, לרבות חדרי ניתוח, יחידות לטיפול נמרץ, חדרי מיון (מחלקות לרפואה דחופה), חדרי לידה ויחידות דיאליזה.

בדוח המיוחד נכתב כבר כי אין די בתקנות באשר לבנייה חדשה, ויש להגן כראוי גם על החולים ועל סגל העובדים בבתי החולים הקיימים.

בשנת 2012 בדק משרד מבקר המדינה את מצב המיגון בבתי החולים<sup>78</sup>, והעיר למשרד הבריאות על פערי המיגון המשמעותיים במערכת הבריאות, למרות תכנית קיימת לגישור על הפערים. פקע"ר ערך סקר מיגון מקיף לבתי החולים הכלליים בשנת 2010, ובהתאם לתכנית גובשו הנחיות לבתי החולים המפרטות את המרחבים המוגנים שיש להתפנות אליהם בשעת חירום.

משרד מבקר המדינה שב ומעיר כי המיגון בבתי החולים לוקה בחסר, וכי חדרי ניתוח, יחידות לטיפול נמרץ, חדרי מיון, חדרי לידה ויחידות דיאליזה רבים אינם ממוגנים. הדבר מסכן הן את החולים והן את העובדים ועלול לפגוע בתפקוד הסגל הרפואי בעתות חירום.

בית החולים שיבא כתב בדצמבר 2013 למשרד מבקר המדינה כי סקר המיגון שבוצע ע"י פקע"ר בשיבא לא הסתיים עקב בעיות תקציביות של פקע"ר. עוד כתב המרכז הרפואי כי "למרות היעדר תוכנית תקציבית של הממשלה לנושא מגון משאבים קריטיים, ביה"ח, בהעריכו כי מדובר אכן במיגון נחוץ, מנסה ליישם תוכנית משל עצמו על מנת להרחיב את מספר חדרי הניתוח המוגנים ואת היכולת הטיפולית תחת איום טילים לאיזור המרכז. כדי ליישם תוכנית זו, לקח על עצמו המרכז הרפואי שיבא מסע איסוף תרומות בעולם ובמקביל פנה בבקשת סיוע הן לאוצר והן למשרד הבריאות...".

הכללית מסרה למשרד מבקר המדינה בינואר 2014 כי משרד הבריאות השיב לה בנובמבר 2013, כי "לצערנו התקציב שניתן בעבר למיגון בוטל". עוד הוסיפה הכללית כי מדברים אלו עולה, כי אין בדעתה של המדינה לפעול לצמצום פערי המיגון בבתי החולים. בכך המדינה חושפת את בתי החולים לפגיעה חמורה בתפקודם בעתות חירום, לרבות סיכון חייהם של החולים והעובדים שישוהו בבתי החולים באותה עת".

משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2013 כי הועברה דרישה למשרד האוצר לממן את המשך המיגון בבתי החולים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרד הבריאות, בשיתוף משרד האוצר והמרכזים הרפואיים, לבנות תכנית אב רב-שנתית מגובה תקציבית, אשר תיתן ביטוי להשלמת המיגון הנדרש בבתי חולים על פי סדרי עדיפויות.

## מיגון מערכות המחשוב בבתי החולים והיערכות לתכנית התאוששות מאסון

מערכות המחשוב הכרחיות לתפקוד בתי החולים. התיקים הרפואיים, תכניות הטיפול, המכשור הרפואי, ציוד הדימות וחדרי הניתוח - כולם ממוחשבים.

78 מבקר המדינה, דוח שנתי 2013 (2013), "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

מנהל בית חולים מסר למשרד מבקר המדינה כי אין כיום אפשרות לתפעל את בית החולים בלי מערכות המחשב. ואולם מערכות המחשב שם אינן ממוגנות, ובעת מלחמה פגיעה באתר המחשב של בית החולים תפגע בתפקודו עד כדי חשש להשבתתו.

מכאן חשיבותה של תכנית התאוששות מאסון, (DRP, Disaster Recovery Plan). התכנית מאפשרת התאוששות תוך זמן קצר מפגיעה שמשביתה את מערכות המחשב, ובדרך כלל נדרש לכך גם אתר גיבוי חלופי מרוחק מבית החולים, שהותקנו בו מבעוד מועד תשתיות התכנה המתאימות.

האגף הרפואה כללית שבמינהל הרפואה של משרד הבריאות אחראי לפיקוח על מוסדות רפואיים ולאסדרתם, ומקיים בקרה תקופתית בבתי החולים כדי לבחון אם להמליץ על המשך פעילותם ועל חידוש רישיונותיהם. עם הנושאים שהאגף מבקר בבתי החולים נמנה גם הנושא "רשומות ומידע רפואי", שנועד לבדוק את גיבוי המסמכים המופקים במערכות הממוחשבות.

ואולם נושא התכנית להתאוששות מאסון, הכוללת הכנת אתר חלופי שיגבה מערכות מחשב שייפגעו, אינו מופיע ברשימת הנושאים לבקרה וממילא לא נבדק.

עקב תפקידן המרכזי של מערכות המחשב בתפעול בתי החולים, משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות לבחון את האפשרות להטמיע את תכנית ההתאוששות מאסון. כמו כן ראוי לשקול הוספת נושא זה לרשימת הבקורות שעורך המשרד בבתי החולים.

מן הראוי אף כי המשרד יבחן את הצורך להטמיע את תכנית ההתאוששות מאסון גם במערכות המחשב של מוסדות רפואיים אחרים, כגון קופות החולים ובתי חולים פרטיים.

משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2013 כי הוא בוחן חלופות שונות שיאפשרו התאוששות של מערכות המחשב במקרה של פגיעה בבית חולים.

## הכנת בתי חולים פרטיים וציבוריים למצבי חירום

בתי חולים פרטיים: בסיכום דיון של הרשות העליונה לאשפוז מינואר 2011 נקבע כי במצב מלחמה חשוב לשלב את בתי החולים הפרטיים הגדולים בקליטה לאשפוז של חולים ושל נפגעים. בתי חולים אלה יכולים בעתות חירום להוות שלוחות אשפוז של בתי החולים הכלליים, ולסייע בהמשך מתן מענה רפואי לאוכלוסייה כבשגרה.

כך למשל בבית החולים אסותא רמת החייל בתל אביב קיימת תשתית למחלקות טיפול נמרץ וכירורגיה. בבית החולים יש 382 מיטות אשפוז ויכולת הרחבה ל-421 מיטות, וכן פועלים בו 16 חדרי ניתוח חדישים.

ראש תחום אשפוז, כוננות והנחלת הידע באגף לשעת חירום כתבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2013 כי תיקי החירום ופק"ל ההיערכות של בתי החולים הפרטיים מאושרים בידי האגף לשעת חירום שבמשרד הבריאות ופקע"ר; וכי הרשות העליונה לאשפוז מאשרת את "תורות האב" בלבד.

משרד מבקר המדינה מעיר כי הפעלת מערך חדש של בתי חולים פרטיים בעתות חירום, ובית החולים הפרטי, הגדול, כמו אסותא רמת החייל בתל אביב בפרט (שבו קיימת תשתית רחבה ויכולות רפואיות משמעותיות) - ראוי שתעשה לאחר בחינה יסודית ואישור גם של הרשות העליונה לאשפוז, בהיותה רשות ייעודית שאמורה להנחות את מוסדות הבריאות.

ואולם נכון למועד סיום הביקורת הרשות העליונה לאשפוז, משרד הבריאות ופקע"ר טרם דנו בתכנית ההיערכות לחירום של בתי החולים הפרטיים, וממילא טרם אישרו אותה.

בתי החולים במזרח ירושלים: במזרח ירושלים פועלים חמישה בתי חולים ציבוריים כלליים<sup>79</sup>, שבהם כ-530 מיטות בסך הכול. האגף לשע"ח בשיתוף פקע"ר אמור להכין את כל בתי החולים הכלליים בארץ למצבי החירום השונים.

בביקורת עלה כי הרשות העליונה לאשפוז לא החליטה אם להפעיל את בתי החולים במזרח ירושלים, למרות פוטנציאל האשפוז הטמון בהם והאפשרות להקטין בעתות חירום את העומס הצפוי על בתי החולים במערב העיר.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2013 כי בעקבות הערת הביקורת יתקיים דיון ברשות העליונה לאשפוז לגבי בתי חולים אלו, וכי דיון הכנה כבר נערך.

## היערכות מד"א לעתות חירום

מד"א הנו הארגון הלאומי לשירותי רפואה דחופה טרום-אשפוז ולשירותי הדם. הקמתו כאגודה הוסדרה בחוק מגן דוד אדום, התש"י-1950. על פי החוק מטרת מד"א הן: (א) למלא את התפקידים של אגודה ארצית, ולהיות לצורך זה שירות עזר לשירות הרפואי של צבא הגנה לישראל בזמן מלחמה, ולהתכונן לכך בזמן שלום. (א1) להיערך לקראת אירוע אסון המוני, כהגדרתו בסעיף 90 לפקודת המשטרה [נוסח חדש], התשל"א-1971, ולהשתתף בתרגילים לצורך כך. (ב) לקיים לטובת כלל התושבים שירותי עזרה ראשונה. (ג) לקיים לטובת כלל התושבים שירות של אגירת דם, פלאסמה ומוצרי לוואי שלהם. (ד) למלא כל תפקיד נוסף שייקבע בתקנון האגודה". שר הבריאות הוא הממונה על ביצוע חוק זה.

מד"א מוגדר גם בחוק הג"א כ"ארגון עזר", וככזה הוסמך שירות הג"א בחוק להדריך אותו כיצד למלא את תפקידו בעתות חירום. כאמור מאז הוקם פקע"ר ב-1991, הוא מחליף את הג"א ויש לו הסמכות המקצועית העליונה לארגן את ההתגוננות האזרחית במדינה ולנהלה.

עם זאת במסמך "עקרונות שיתוף הפעולה בין משרד הבריאות וצה"ל" מאוגוסט 2011, הוסכם כי "קיימת כיום סתירה פוטנציאלית בהפעלת מד"א וקופות החולים לאור היותם מוגדרים כמפעלים חיוניים על פי חוק שירות עבודה בשעת חירום, תשכ"ז-1967 וכארגוני עזר על פי חוק הג"א, תשי"א-1951", ולפיכך הוחלט כי האחריות הכוללת להפעלת מד"א ולתעדוף משימותיו בשגרה ובחירום תחול על משרד הבריאות, ולא על פקע"ר.

79 סנט ג'והן, סנט ג'וזף, אל-מקאסד, אוגוסטה ויקטוריה והסדר האדום.

## כוח האדם במד"א

היערכות לעתות חירום מחייבת תכנון של כוח האדם והמשאבים. בדוח המיוחד נכתב כי משרד הבריאות לא בחן את היקף כוח האדם ומספר האמבולנסים שיידרשו לכלל המשימות של מד"א בעת חירום. עוד צוין בדוח כי תקן כוח האדם בעת חירום אינו נקבע במד"א על פי הצרכים הצפויים, אלא על פי מספר האמבולנסים שיש לארגון בפועל.

בדוח נכתב כי "מן הראוי לנתח את צרכיו של מד"א בעת חירום ולבדוק מה הם סדרי כוח האדם ומספר האמבולנסים הנדרשים לו עבור פעילותו במצב כזה. מן הראוי שהתקנים האלה, הגוף האמור לאייש אותם - פיקוד העורף או מד"א - והמשאבים שיוקצו לעניין זה יוסדרו מהר ככל האפשר. אם העניין לא יוסדר, יש להביאו לפני שר הבריאות ושר הביטחון".

באוגוסט 2009 הוכן מסמך משותף של פקע"ר, מפקדת קצין רפואה ראשי, מד"א ומשרד הבריאות המגדיר את המשימות הנדרשות ממד"א בעתות חירום. המסמך מפרט גם את היקף כוח האדם ומספר האמבולנסים הנדרשים לשם מתן מענה הן לצה"ל והן לעורף בעת מלחמה כוללת. מד"א טוען כי המסמך מ-2009 אינו מספק, ובאוגוסט 2012 הגיש הארגון למשרד הבריאות מסמך המפרט בין היתר את החוסרים בכוח האדם וברכבי הצלה ממוגנים ושאינם ממוגנים. לפי המסמך יש צורך בתוספת של כ-1,400 אנשי צוות בחירום, במיוחד פרמדיקים, ובתוספת של 166 רכבי הצלה - 30 מתוכם ממוגני ירי.

בעתות חירום שולח פקע"ר לתחנות מד"א פלוגות רפואה גדודיות (פלר"ג) לתגבור. היקף התגבור יכול להגיע למאות חיילים. פקע"ר ממונה על אימון הפלר"ג ועל שמירת כשירותן. רק בסוף שנת 2012 הוחל בתרגול השילוב בין עובדי מד"א לחיילי הפלר"ג.

עד למועד סיום הביקורת באוקטובר 2013, לא בחן משרד הבריאות את היקף כוח האדם ואת מספר האמבולנסים הנדרשים לכלל המשימות של מד"א בעת חירום; לא נבחן הצורך באמבולנסים ממוגנים; ולא נבחן היקף כוח האדם הנדרש בשעת חירום, הן של עובדי מד"א והן של חיילי פקע"ר, וממילא לא גובשו הפתרונות לצמצום הפערים.

בבדיקה עלה כי מד"א, אגף הרפואה של פקע"ר ומפקדת קצין רפואה ראשי פועלים יחד כדי לקבוע את היקף כוח האדם, בייחוד של פרמדיקים, שצה"ל יכול להקצות למד"א (היינו, פרמדיקים שבשעת חירום לא יגויסו לשירות מילואים).

משרד מבקר המדינה מעיר כי יש לזרז את עבודת המטה ולהתארגן לאיוש מהיר של צוותי סיוע למד"א בעתות חירום.

המטה לביטחון לאומי במשרד ראש הממשלה כתב בינואר 2014 למשרד מבקר המדינה כי כדי לבנות את סדר הכוחות של מד"א נדרש שיהיה לו תרחיש ייחוס מצרפי המאושר על ידי הרשות העליונה לאשפוז והמשרד להגנת העורף, תרחיש זה חיוני שכן הוא הבסיס לקביעת סדר הכוחות הנדרש ולהכנת תכנית שלמה.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2013 כי לאחר פרסום תרחיש הייחוס החדש יעודכנו לפיו משימות מד"א.

מן הראוי לסיים בהקדם את הכנת תרחיש הייחוס ואת אישורו, לעדכן לפיו את משימות מד"א, לבחון את צרכי היערכות שלו לשעת חירום ולפעול להשלמת חסרים שיתגלו.

## מיגון שירותי הדם

אחד מתפקידי מד"א בשגרה ובחירום הוא ארגון התרמות דם, בדיקת מנות הדם וסיווגן, הכנת מרכיבי דם ופלאסמה, החזקת עתודות דם ומרכיביו לעת חירום ואספקתם לבתי החולים. בפגישה שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה עם מנהלת שירותי הדם, נמסר כי לפי האומדן יידרשו שירותי הדם של מד"א לבדוק בעת חירום כ-3,500 מנות דם ביממה ולעבדן.

מבנה בנק הדם הקיים אינו ממוגן ברובו בפני נשק קונוונציונלי ובפני חל"כ. כמו כן סקר לבדיקת עמידות המבנה קבע כי ברעידת אדמה המבנה צפוי לקרוס. השטח הקיים כיום במבנה הממוגן בפני חל"כ מצומצם יחסית, ואינו מאפשר ביצוע של כל הבדיקות הנדרשות למנות הדם. כמו כן אין במבנה הממוגן שטח מתאים לאחסון מלאי של מנות דם ומרכיביו.

נציגי מד"א מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה כי זה שנים יש למד"א תכנית לבניית מבנה ממוגן באזור רמלה שייועד לבנק הדם ולצרכים אחרים. בניית המבנה מתעכבת בין היתר בגלל שטרם התקבלו כל האישורים הנחוצים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הרשות העליונה לאשפוז ועל משרד הבריאות לוודא כי בעתות חירום יוכל מד"א לספק את מנות הדם הדרושות. יש להכין לבנק הדם אתר ממוגן בפני נשק קונוונציונלי ואטום לחל"כ, שיהיה עמיד מפני רעידות אדמה וניתן יהיה לעבוד בו בתפוקה מלאה ולבצע את כל הבדיקות הנדרשות למנות הדם גם במצבי חירום.

## אספקת דם בחירום

חוק מגן דוד אדום, התש"י-1950 קובע כי שר הבריאות ממונה על יישום החוק, שבו נקבע גם כי אחת ממטרות מד"א היא "לקיים לטובת כלל התושבים שירות של אגירת דם, פלאסמה ומוצרי לוואי שלהם".

שירותי הדם של מד"א אחראים להתרים מנות דם, לעבדן, לבדקן ולספק אותן ואת רכיביהן ברגיעה ובעתות חירום. כדי לעמוד בדרישות לדם בעתות חירום ולהבטיח את אספקתו, החל מד"א כבר בשנת 2004 לחפש ארגון בחו"ל שניתן יהיה בשעת הצורך לרכוש ממנו מנות דם.

בבדיקה עלה כי מד"א פנה למשרד הבריאות באוגוסט 2004 וביקש לצרפו כצד בהסכם עם ארגון שכזה. ואולם באוקטובר 2004 השיב המשנה למנכ"ל המשרד, ד"ר בעז לב, כי לאחר שבחן את הנושא, "אין מקום ואפשרות להצטרפות משרד הבריאות לחוזה".

במאי 2008 נחתם הסכם בין מד"א לספק בחו"ל לאספקת דם בעתות חירום לישראל. נכון ליום חתימת ההסכם, היה מחיר מנת דם כ-200 דולר. ההסכם בתוקף עד לשנת 2018.

עובדי מד"א טענו בפני נציגי משרד מבקר המדינה כי אין זה סביר שהאחריות לאספקת מנות דם בעתות חירום תחול רק על מד"א, ללא השתתפות של משרד הבריאות.

משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2013 כי האחריות למשק הדם של מדינת ישראל ברגיעה ובחירום היא של מד"א, ו"ככל שתיווצר הוצאה בגין ייבוא מנות דם יידון הנושא ככל שאר העלויות הנוספות בשעת החירום".

## תקצוב היערכותו של מד"א לחירום

בדוח המיוחד נכתב כי פעילות מד"א בעת מלחמת לבנון השנייה הסבה לו הוצאות חריגות, למשל עקב תוספת כוונות ורכישת ציוד לאמבולנסים ולצוותים. עד מועד סיכום הביקורת הקודמת (ביוני 2007), לא הועברו למד"א כספים למימון ההוצאות הנוספות בזמן המלחמה. משרד מבקר המדינה המליץ אז כי משרד הבריאות, בשיתוף משרד האוצר ועם משרד הביטחון, יבחן כיצד להבטיח את פעילות מד"א בעת חירום.

בביקורת הנוכחית נמצא כי תקציב מד"א אינו כולל סעיפים להיערכות לחירום. כך למשל הצטיידות לשעת חירום, הדרכה ותרגול שאמורים להתבצע בתקופת רגיעה, אינם מתוקצבים. מד"א מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי עד שנת 2010 השתתף משרד הבריאות בעלויות התרגול וההשתלמויות, אך מאז מד"א מממן אותם ממקורותיו, בעלות של כמיליון ש"ח בשנה.

באוגוסט 2012 כתב מנכ"ל מד"א למשרד הבריאות כי לצורך היערכות הארגון לעתות חירום נדרשת תוספת תקציב של כ-43 מיליון ש"ח עבור הצטיידות חד-פעמית להגדלת צי רכבי ההצלה ל-300 כלי רכב, לרכישת ציוד מיגון אישי ולרכישת אמבולנסים ממוגנים. כמו כן נכתב כי נדרשת תוספת של כ-19.5 מיליון ש"ח לשנה עבור שימור המוכנות, ובכלל זה אחזקת צי של רכב הצלה, הדרכה ותרגול, כוונות שוטפת ורכישת טלפונים לווייניים. לא נמצא מענה של המשרד לפנייה זו. כאמור משרד הבריאות סבור שעל מוסדות הבריאות, ובכללם מד"א, להכין את עצמם לביצוע משימותיהם בזמן חירום.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לוודא כי מד"א נערך לעתות חירום כראוי, בין אם מתקציבו או ממקורות תקציב אחרים.

## סיכום

מערכת הבריאות היא מערכת גדולה ומורכבת העוסקת בחיי אדם, ובעתות חירום אחראית לעשרות אלפי מטופלים הזקוקים לשירותים רפואיים הן במערכת האשפוז והן במרפאות בקהילה.

האחריות להכנת העורף בעתות חירום: יותר משבע שנים לאחר תום מלחמת לבנון השנייה, ומעל 22 שנה מאז הקמת פקע"ר בצה"ל, אין עדיין חוק מקיף שמרכז את כל הנוגע לטיפול בעורף בעתות חירום, ושמבהיר מהם הסמכויות ותחומי האחריות של כל אחד מהגופים המטפלים בעורף בחירום. ראוי גם להסדיר לאלתר את הסמכות החוקית של הרשות העליונה לאשפוז, כך שתוכל להנחות את קופות החולים וגופים אחרים במערכת הבריאות כיצד להיערך לחירום. משרד מבקר המדינה העיר על כך כבר לפני שבע שנים.

משימות קופות החולים בעתות חירום: כבר לפני שבע שנים העיר משרד מבקר המדינה כי יש להסדיר בחוק את הכנתן של קופות החולים לעתות חירום, ואת היקף השירותים הרפואיים שיינתנו בחירום לאוכלוסייה. ואולם עד אוקטובר 2013 לא הוסדר הנושא בחוק. ראוי להסדיר זאת בהקדם כדי להבטיח רמת שירות ראוייה לאוכלוסייה. הקופות טוענות שלא יוכלו לספק כיאות את כל השירותים הנדרשים מהן בעתות חירום.

מפאת חומרת הממצאים ועומק המחסור במשאבים, על משרדי הביטחון, האוצר והבריאות להתערב בסוגיית מוכנות קופות החולים, ובינתיים מן הראוי שהרשות העליונה לאשפוז ומשרד הבריאות, בשיתוף קופות החולים, ינסו לגבש פתרון לקביעת סדרי העדיפויות למשימות המוטלות בעתות חירום על קופות החולים.

מיגון מוסדות הרפואה, חדרי המצב ומערכות התקשורת:  
 1. במערכת האשפוז - במצב מלחמה גוברת חשיבות מיגונם של מוסדות רפואיים. על משרדי הבריאות והאוצר ובתי החולים לצמצם את הפערים המשמעותיים הקיימים בין צורכי המיגון בבתי החולים לבין המצב בפועל. 2. במרפאות הקהילה - על גורם מוסמך לקבוע את רמת המיגון של המרפאות האחרות שאמורות לפעול בעתות חירום. 3. מיגון חדרי מצב (המ"לים) - מן הראוי שהן אגף הרפואה של פיקוד העורף בצה"ל והן הרשות העליונה לאשפוז יבחנו בהקדם העברת חדרי המצב שלהם למקומות מתאימים העונים על דרישות המיגון; כמו כן על כל מחוז של משרד הבריאות ושל קופות החולים להכין חדר מצב (וכן חדר מצב חלופי) מתאים לייעודו, ממוגן ואטום כנדרש. 4. חדרי מצב במגדלי משרדים - על הרשות העליונה לאשפוז ועל פיקוד העורף לבחון אם נכון למקם חדרי מצב בקומות הגבוהות של מגדלי משרדים. 5. אמצעי תקשורת בחדרי מצב - כמו כן מן הראוי שיהיו בכל חדרי המצב אמצעי תקשורת המותאמים לעתות חירום.

שירותים בקהילה: יש מקום לנתח את התנהגות האוכלוסייה בעתות חירום, ובין היתר את הביקוש לביקורי בית ולבדיקות במכונים ובמעבדות, כדי שניתן יהיה לגבש אומדנים איכותיים ולהיערך לחירום בצורה מיטבית. ראוי לאמוד תקופתית את החוסרים הצפויים בעתות חירום כנחה האדם של היחידות לטיפול בית של קופות החולים ולתכנן את הדרכים לצמצמם.

מרפאות אחרות: מרפאות אלה אמורות לפעול בשעת חירום ולהוות את הגורם העיקרי למתן שירות רפואי בעורף. עליהן להיות בגודל מתאים לכמות הפונים הצפויה וברמת מיגון גבוהה, המאפשרת מתן טיפול תוך הבטחת ביטחון המטופלים והצוות הרפואי.

ביקורי בית וביקורים במקלטים: כדי לשרת כראוי את האוכלוסייה שתשהה בעתות חירום בביתה או במקלטים, ראוי לאמוד את מספר ביקורי הרופאים שיידרש בחירום. יש להתחשב בכך שבנוסף על ביקורי הבית הנדרשים בעתות רגיעה לטיפול במקרים חריפים, עלולות להתווסף דרישות לביקורי בית של חולים, בייחוד קשישים, שמוגבלים בניידות. ראוי לגבש נוהל בנדון.

תרופות בקהילה: על הרשות העליונה לאשפוז, על משרד הבריאות ועל קופות החולים לוודא שבעתות חירום יהיה בנמצא מלאי תרופות החיוניות לטיפול בקהילה בעתות חירום.

טיפול בנפגעי החרדה: על הרשות העליונה לאשפוז ועל פיקוד העורף להגדיר אמות מידה לפריסת אתרי הדחק בעתות חירום בהתאם למשל להיקף האוכלוסייה, לסיכויי הפגיעה באזורים השונים ולנגישות של בתי החולים בסביבה, כך שתתקבל פריסה מיטבית.

בתי חולים פרטיים: על הרשות העליונה לאשפוז, משרד הבריאות ופקע"ר לאשר את תכנית ההיערכות לחירום של בתי החולים הפרטיים.

תפקוד מד"א: מן הראוי לסיים בהקדם את הכנת תרחיש הייחוס למד"א, תרחיש זה חיוני שכן הוא הבסיס לקביעת סדר הכוחות הנדרש ולהכנת תכנית שלמה, לאשרו ע"י הרשות העליונה לאשפוז, המשרד להגנת העורף ופיקוד העורף, לעדכן בהתאם את משימות מד"א, לבחון את צורכי היערכות מד"א לחירום ולפעול להשלמת הפערים, אם יהיו. בנוסף על כך על הרשות העליונה לאשפוז ועל משרד הבריאות לוודא כי בעתות חירום יוכל מד"א לענות על הביקוש למנות דם. לשם כך יש להכין לבנק הדם אתר מתאים לתפוקה הנדרשת בחירום, שיהיה מוגן מפני נשק קונוונציונלי ומפני חל"כ ועמיד בפני רעידות אדמה.

הקצאת המשאבים הלאומיים בעתות חירום: רופאים, מאבטחים לבתי חולים, מורות-חיילות המפעילות מעונות לילדי עובדים חיוניים, רכב ממוגן, קסדות ואפודי מגן הם משאבים לאומיים שבחירום מצויים כולם במחסור. על צה"ל, המשרד להגנת העורף, משרד הבריאות והרשות העליונה לאשפוז לקבוע מבעוד מועד סדרי עדיפויות לאופן הקצאתם בחירום. יש גם להסדיר לאלתר את מערך האבטחה בבתי החולים לעתות חירום, באופן שיבטיח שהסגל הרפואי יוכל להמשיך לתפקד בחירום ללא הפרעה, ובמיוחד במצב של הגעת נפגעי חרדה רבים עקב פגיעת חומרי לחימה כימיים באוכלוסייה האזרחית.

בביקורת עלו ממצאים מדאיגים המעידים על חוסר מוכנות לעתות חירום של מערך הבריאות בקהילה. על משרדי הבריאות, האוצר, הביטחון והגנת העורף להירתם בהקדם האפשרי לתיקון הליקויים החמורים שהדוח מצביע עליהם.

מן הראוי לקדם את גיבושה של תורת ביטחון משולבת ברמה הלאומית והמקומית עם החזית האזרחית (הקהילה), שתהווה בסיס לתכנית עבודה מתוקצבת ורב-שנתית. תכנית לאומית כזו אמורה לקבוע יעדים מוגדרים היטב להיערכות של כלל הגורמים המעורבים לקראת העימות הרחב הבא ואירועי חירום אחרים.