

משרד הבריאות

המערך המבצעי של מד"א בשגרה ובעיתות חירום
והסדרת תחום הרפואה הדחופה טרום-בית חולים

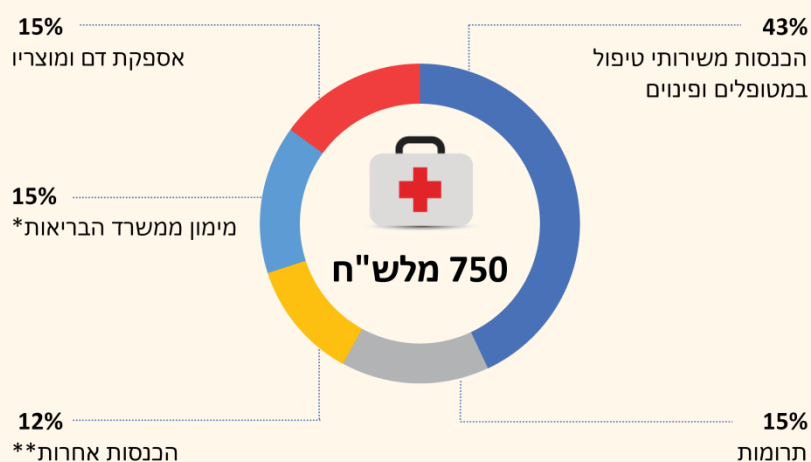
תקציר

רקע כללי

מגן דוד אדום (להלן - מד"א, הארגון או האגודה) הוא ארגון ההצלה הלאומי של ישראל שמספק רפואה דחופה טרום-בית חולים¹. הקמתו הוסדרה בחוק מיוחד - חוק מגן דוד אדום, התש"ו-1950 (להלן - חוק מד"א או החוק). מטרתו של מד"א על פי החוק הן אלה: למלא את התפקידים של אגודה ארצית, ובכללם תפקידים שנועדו על פי אמנות ז'נבה לאגודות הצלב האדום - לפעול כשירות עזר לשירות הרפואי של צה"ל בזמן מלחמה ולהתכונן לכך בזמן שלום; להיערך לקראת אירוע חירום אזרחי ולהשתתף בתרגילים לצורך זה; לספק לכלל התושבים שירותי עזרה ראשונה; לקיים לכלל התושבים שירות של אגירת דם, פלסמה ומוצרי לוואי שלהם; ולמלא כל תפקיד נוסף שייקבע בתקנון האגודה. שר הבריאות הוא השר הממונה על ביצוע חוק מד"א. החל בשנת 2006 מד"א הוא חבר בארגון הצלב האדום הבין-לאומי. במועד הביקורת כיהן מר אלי בין כמנכ"ל מד"א. משרד מבקר המדינה מציין לשבח את צוותי מד"א העוסקים במסירות מדי יום בטיפול באנשים ובהצלת חיים.

להלן בתרשים 1 סיכום מחזור הפעילות השנתי של מד"א בשנת 2017 שעמד על כ-750 מיליון ש"ח, תוך פירוט מקורות התקציב של מד"א בשנה זו.

תרשים 1: מחזור הפעילות השנתי של מד"א בשנת 2017



* התקציב המקורי היה כ-67 מיליון ש"ח (כ-9% ממקורות התקציב), ובפועל גדל לכ-108 מיליון ש"ח בעקבות תוספות חד-פעמיות.

** ההכנסות האחרות מגיעות מדמי הדרכה בגין הדרכות שמד"א מעביר, הצלב האדום ועוד.

מד"א הפעיל במאי 2018, ב-161 תחנות ראשיות ונקודות הזנקה, כ-1,100 רכבי הצלה.

להלן בתרשים 2 פירוט רכבי ההצלה העיקריים במד"א.

תרשים 2: פירוט רכבי ההצלה במד"א



* רכב המצויד בציוד רב לעזרה ראשונה ומוזנק לזירה באירועים רבי-נפגעים או באירועים ממושכים.

** רכבים להסעת כשמונה נפגעים קלים. בשגרה הם משמשים לצורכי לוגיסטיקה של הארגון.

באמבולנסים הרגילים (להלן - אמבולנס לבן) הטיפול הרפואי מבוצע על ידי חובש רפואת חירום (חובש-נהג); באמבולנסים לטיפול נמרץ (להלן - אט"ן) יש פרמדיק המגיש סעד חיים מתקדם באמצעות ציוד מתקדם. נוסף על רכבי ההצלה מד"א מפעיל אמצעי תחבורה נוספים: שני מסוקים, כ-50 בימבולנסים (רכבים קטנים), כ-500 אופנועים וכ-200 אופניים חשמליים.

פעולות הביקורת

בחדשים פברואר-אוקטובר 2018 בדק משרד מבקר המדינה סוגיות בהפעלת המערך המבצעי של מד"א בשגרה ובעיתות חירום.² בנוגע למצב שגרה נבדקו בין השאר הנושאים האלה: זמני ההגעה של אט"נים ואמבולנסים לבנים למקרים דחופים למטופלים; הסדרת תחום העזרה הראשונה והרפואה הדחופה טרום-בית חולים בידי משרד הבריאות; והתיאום בין מד"א ובין משרד הבריאות בנוגע לתוכנית הלאומית למדדי איכות טרום-בית חולים. צוות משרד מבקר המדינה הצטרף בזמן אמת לשתי משמרות פעילות באט"ן. בנוגע לעיתות חירום נבדקו בין השאר הנושאים האלה: כוח אדם לאיוש אמבולנסים במד"א בעיתות חירום וגיוס כוח אדם של פיקוד העורף (להלן - פקע"ר)

2 ראו גם בדוחות קודמים: דוחות על הביקורת בשלטון המקומי, באיגודים ובמוסדות להשכלה גבוהה, **דוח מספר 1** (2002), "מגן דוד אדום: המוסדות המנהלים, הסטנדרטים לשירות והיבטים של המצב הכספי", עמ' 525; **היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה** (2007), "היערכות מגן דוד אדום לעיתות חירום ותפקודו בעת המלחמה", עמ' 283; **דוח שנתי 62** (2012), "היבטים בפעילות מגן דוד אדום והמוסדות המנהלים שלו", עמ' 371; **דוח שנתי 64** (2014), "היערכות שירותי הבריאות לחירום", עמ' 717.



ברבות השנים חלו
שינויים בארץ
ובעקבותיהם נדרשה
חשיבה מחדשת
בנוגע להגדרת זמני
ההגעה למטופלים,
אולם משרד
הבריאות לא עדכן
את היעדים
והמדדים לזמני
הגעה למטופלים

לתגבור; מספר האמבולנסים הנדרשים בעיתות חירום; יחסי הגומלין שבין מד"א ובין חברות האמבולנסים הפרטיות; עדכון תרחיש הייחוס³ הענפי למערכת הבריאות; מוכנות מד"א לעיתות חירום מבחינת הצטיידות ומלאי מנות דם; מערכת הקשר בין מד"א ובין גופי החירום האחרים ופקע"ר⁴. הבדיקה נעשתה במד"א, במשרד הבריאות, בבתי חולים כלליים שונים ובמחלקת הרפואה של פקע"ר בצה"ל. בדיקות השלמה נעשו במרכז השלטון המקומי, ברשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום⁵ (להלן - הרשות העליונה לאשפוז), בארגוני הצלה נוספים⁶; במדור סגל מילואים במפקדת קצין רפואה ראשי (להלן - מקרפ"ר), וכן בענף תכנון כוח אדם באגף כוח אדם בצה"ל.

הליקויים העיקריים

זמני ההגעה של אט"נים ואמבולנסים לבנים למקרים דחופים

יעדי זמני ההגעה: זמני המענה המיטביים של מערך הרפואה הדחופה טרום-בית חולים נקבעו בוועדת רווח, שהקים משרד הבריאות בשנת 1990, ובמועד ביצוע הביקורת זהו התקן הרשמי. ועדת רווח קבעה המלצות בנוגע לשירותי רפואת החירום ההכרחיים למדינת ישראל למשך עשור, דהיינו עד לשנת 2000. ברבות השנים חלו שינויים בגודל האוכלוסייה בארץ, בפיזור, בתשתיות התחבורה, בידע הרפואי ובהתפתחות הטכנולוגיה ובעקבותיהם נדרשה חשיבה מחדשת בנוגע להגדרת זמני ההגעה למטופלים, אולם משרד הבריאות לא עדכן את היעדים והמדדים לזמני הגעה למטופלים. לא כל שכן, כשנקרו בדרכו הזדמנויות לעשות כן - הן בעקבות טיטות המלצות שהעביר לו מד"א בנושא בשנת 2015, והן בעקבות עיסוקו בנושא "הגברת המענה הראשוני להצלת חיים" במסגרת תוכנית לאומית שלו.

זמני ההגעה בפועל: מבדיקה אקראית שביצע משרד מבקר המדינה בנוגע ל-11 ערים, עלה שברובן של ערים אלה עמד מד"א בזמני ההגעה התקניים שנקבעו בשנת 1990. עם זאת, בשתיים מהערים מד"א חרג מהיעד התקני, ולכן במקרים אלו הוא לא סיפק לציבור את רמת השירות המחייבת. בבדיקת זמני ההגעה לאירועים מסכני חיים באותן ערים עלה כי מספר האירועים שבהם לא הגיע אט"ן תוך עשר דקות בממוצע ליום היה אפסי.

3 תרחיש הייחוס לעורף, שמכונה רשות החירום הלאומית, מגדיר מגוון תסריטים אפשריים של איום על העורף שיש לתכנן כיצד להיערך אליהם.

4 ראו גם מבקר המדינה **דוח שנתי 168** (2018), "מרכיבי ביטחון ביישובי העימות בפיקודים המרחביים", עמ' 1859.

5 הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום היא גוף הפועל במסגרת משק לשעת חירום (מל"ח). בראשה עומד מנכ"ל משרד הבריאות, וחברים בה קצין הרפואה הראשי של צה"ל ומנכ"ל שירותי בריאות כללית או נציגו.

6 כמו "איחוד הצלה".

משרד הבריאות
עדיין לא קידם את
ההסדרה הנחוצה
כדי להגדיר את
מארג היחסים בינו
ובין מד"א

חסמים המונעים שיפור בזמני ההגעה של צוותי מד"א למטופלים: על אף סיכום מ-1981 הנוגע להשתתפות רשויות מקומיות במימון הפעלת אט"ן, זה למעלה מעשר שנים יש רשויות שמעכבות תשלומים עד כדי הפסקת חלקן במימון האט"נים. עבודת מטה לבדיקת הנושא, אותה התחייב משרד הבריאות לבצע בשנת 2015, טרם הושלמה.

ברוב בתי החולים קיימים עיכובים שמקורם בהמתנה להקצאת מיטה במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד), בעקבות כך זמן השהייה הממוצע של אט"ן בבית החולים חרג מהזמן שמד"א מתייחס אליו כמיטבי - כחצי שעה. המשרד לא ניתח את התמונה המלאה של זמני השהייה של אט"נים במלר"דים, ולכן לא הציע פתרון מתאים לבעיה זו; העומס הרב במלר"דים ידוע לכול, והצורך של צוותי המלר"ד לעמוד בהנחיות המשרד ובמדד איכות⁷ הנוגעים לקליטת מטופלים במלר"ד, עלולים לתמרץ את צוותי המלר"ד לעכב את קליטת המטופל עד ל"חלון זמן" שנוח להם יותר, כשבינתיים צוות מד"א ימשיך לשהות במלר"ד ולטפל במטופל. עיכוב זה פוגע בזמינות האמבולנסים והאט"נים.

מודל "מד"א בקהילה" שאמור לאפשר אבחנה וטיפול בבית המטופל או בתחנת מד"א ועשוי להפחית להערכת מד"א, כרבע מהפינויים של מד"א למלר"דים וכך להגביר את זמינות צוותי מד"א, טרם הופעל כפיילוט עקב חילוקי דעות בין מד"א לקופות החולים בעניין תמחור השירות.

ליקויים בהסדרת תחום העזרה הראשונה והרפואה הדחופה טרום-בית חולים בידי משרד הבריאות

עמימות בנוגע לאחריות משרד הבריאות למד"א: למרות הערות מבקר המדינה בדוחות קודמים שפרסם⁸, ולמרות המלצות ועדת תדמור משנת 2014⁹, משרד הבריאות עדיין לא קידם את ההסדרה הנחוצה כדי להגדיר את מארג היחסים בינו ובין מד"א. בפועל אין תוכן ממשי לקביעה בחוק מד"א ששר הבריאות הוא האחראי לביצועו. על פי הודעת המשרד, הנושא לא היה בסדר העדיפות שלו בשנים האחרונות, והוא גם לא קבע לוח זמנים לטיפול בנושא.

7 מדד איכות ברפואה הוא קריטריון המייצג את רמת האיכות של טיפול רפואי או של שירותי בריאות.

8 דוחות על הביקורת בשלטון המקומי, באיגודים ובמוסדות להשכלה גבוהה, **דוח מספר 1** (2002), "מגן דוד אדום: המוסדות המנהלים, הסטנדרטים לשירות והיבטים של המצב הכספי", עמ' 525; **היערכות העורך ותפקודו במלחמת לבנון השנייה** (2007), "היערכות מגן דוד אדום לעיתות חירום ותפקודו בעת המלחמה", עמ' 283; **דוח שנתי 62** (2012), "היבטים בפעילות מגן דוד אדום והמוסדות המנהלים שלו", עמ' 371; **דוח שנתי 64** (2014), "היערכות שירותי הבריאות לחירום", עמ' 717.

9 הוועדה לבחינת דרכי ההפעלה והשליטה למענה ראשוני לשירותי עזרה ראשונה טרום-בית חולים במערך שירותי הרפואה הדחופה (2014).

הסדרת הפעילות של חברות אמבולנסים פרטיות: המשרד לא קידם את הצעת החוק הממשלתית לשירותי אמבולנס, התשס"ה-2005, האמורה להסדיר את הנושא. בהיעדר חקיקה אין את ההסדרה הנדרשת של פעילות חברות האמבולנסים הפרטיות, ואין בידיו כלי אכיפה אפקטיביים שיבטיחו הפעלת החברות בהתאם לאמות המידה שהוא קבע.

ליקוי בהסדרת שיתוף הפעולה בין מד"א ובין ארגון איחוד הצלה:¹⁰ משרד הבריאות טרם השלים את הטמעת יישומון מד"א אצל כונני איחוד הצלה, ולכן מוקד מד"א אינו יכול לגבש תמונה מדויקת ושלמה על מיקומם של כלל הכוננים (של מד"א ושל איחוד הצלה), כדי שיוכל לנהל את האירוע בצורה יעילה; למרות ההסכם בין מד"א לאיחוד הצלה ולמרות הנחיות המשרד בנוגע לשיתוף הפעולה בין מד"א לאיחוד הצלה, לא הצליח המשרד לאכוף את הנחיותיו בדבר אי פרסום מספר הטלפון של מוקד החירום של איחוד הצלה במרשתת ובמקומות אחרים. הדבר עלול לגרום להטעיה של הציבור, כיוון שהפונים עלולים להניח בטעות שהמענה הרפואי שיקבלו באמצעות המוקד של איחוד הצלה זהה לזה שיקבלו באמצעות מוקד 101 של מד"א. יש חשש שקריאות המגיעות למוקד של איחוד הצלה לא יועברו באופן שיטתי ומסודר למוקד 101, ולכן לא תמיד יונק למקום האירוע בזמן צוות מד"א, שיכול לתת את המענה הרפואי הנדרש, הכולל גם פינוי של המטופל באמבולנס לבית החולים.

פערים בהעברת מידע ממד"א למשרד הבריאות: מד"א טרם השלים את הדיווח שלו למשרד על אודות 6 מבין 11 מדדי האיכות שדרש המשרד; בשל היבטים של אבטחת מידע, קיים שוני בין מפתחות ההצפנה של מספרי הזהות שבהם משתמש מד"א ובין אלה של המשרד ובתי החולים, ולכן לא ניתן להצליב בין קובצי הנתונים של הגופים על אודות מטופלים, והדבר פוגע בניתוח ומחקר של יעילות הטיפול בהם; משנת 2014 משרד הבריאות ומד"א דנים במתן האפשרות למד"א לצפות בנתוני מטופלים, אך נושא זה טרם הוכרע.

הסדרת מקצוע הפרמדיק: המשרד לא קידם חוק שיסדיר את מקצוע הפרמדיק ויבטיח רמה מקצועית הולמת בתחום. מאגר הפרמדיקים הקיים במשרד הבריאות לא כולל פרטים על העוסקים במקצוע בפועל ועל כשירות הפרמדיקים הרשומים בו, ולכן אין למשרד תמונת מצב מעודכנת על אודות הפרמדיקים שתוכל לאפשר למשרד לנהל דיון משותף עם צה"ל בנוגע להצבה מיטבית של פרמדיקים בעיתות חירום בצבא, במד"א או בתפקיד אחר.

מגישי עזרה ראשונה: בהיעדר הסדרה חוקית לרישוי מקצוע מגישי עזרה ראשונה, המשרד אינו מפקח על הגופים שמבצעים הכשרות למקצוע זה.

10 איחוד הצלה הוקם בשנת 2006 כעמותה המושתתת על כוננים מתנדבים למתן מענה רפואי ראשוני מציל חיים. נכון למועד סיום הביקורת, מצבת הארגון כללה יותר מ-5,000 מתנדבים.

מוכנות מד"א לעיתות חירום

בעיתות חירום צפוי
מחסור ממשי חמור
של יותר ממחצית
הפרמדיקים
(כ-53%) ושל
כמחצית (51%)
מחובשי רפואת
החירום (חובש-נהג)
הנחוצים לאיש
מצבת האמבולנסים
הקיימת במד"א

תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות אינו תואם את הנדרש ממנה בעיתות חירום: הרשות העליונה לאשפוז לא עדכנה את תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות, ולכן מערכת הבריאות נערכת לחירום על פי תרחיש ייחוס ענפי חסר שאינו תואם את הנדרש ממנה בעיתות חירום.

אי-כשירות מבצעית בשל מחסור בכוח אדם ובאמבולנסים: ועדת האמבולנסים¹¹ קבעה ב-2016 כי בעיתות חירום יש צורך ב-1,351 רכבי הצלה שיפעלו במד"א ברציפות בכל המשמרות. במאי 2018 היו למד"א רק 1,091 רכבי הצלה (כ-81% מהנדרש); בנוסף, בעיתות חירום צפוי מחסור ממשי חמור של יותר ממחצית הפרמדיקים (כ-53%) ושל כמחצית (51%) מחובשי רפואת החירום (חובש-נהג) הנחוצים לאיש מצבת האמבולנסים הקיימת במד"א (1,091); כמו כן קיים מחסור גם במטפלים הבכירים (פרמדיק או רופא) בפלוגות הרפואה של פקע"ר שאמורות לתגבר את מד"א בעיתות חירום - רק כשני שלישים מתפקידים אלו מאוישים. יוצא שבשל המחסור המשמעותי בכוח אדם יאוישו בעיתות חירום רק 697 (כ-64%) מ-1,091 רכבי ההצלה הקיימים במד"א¹², ורק כ-52% ממספר רכבי ההצלה שקבעה ועדת האמבולנסים כיעד לאומי מלא בעיתות חירום (1,351).

לדעת מד"א, היח"ר (יחידה המתגברת את מד"א בחירום) המונה מאות חובשים, אינה יכולה לשמש כוח תגבור ראוי לפעילות מד"א בעיתות חירום. מד"א ציין שכשירותה אינה מספקת למתן שירותי הרפואה הטרום-אשפוזית בחירום.

ליקויים בהעלאת מוכנות מד"א לעיתות חירום

שיתוף הפעולה עם חברות אמבולנסים פרטיות אינו מוסדר: משרד הבריאות, הרשות העליונה לאשפוז וצה"ל לא הסדירו את שיתוף הפעולה בין מד"א ובין חברות האמבולנסים הפרטיות, אף שהאמבולנסים הרבים שברשותן (כ-480 אמבולנסים) יכולים לסייע מאוד בעיתות חירום.

ליקויים בהתנהלות האגף לשעת חירום במשרד הבריאות בנוגע למוכנות מד"א לעיתות חירום: מאז ינואר 2014 (במשך כחמש שנים) לא ביצע האגף לשעת חירום ולו בקרה אחת על מד"א, כפי שנהג לעשות לפני כן; הנתונים שהאגף מציג למקבלי ההחלטות בדוח "תמונת מצב כוננות וכשירות לחירום" אינם מלאים, ותמצית המנהלים של הדוח אף אינה מפרטת כלל פערים קיימים במרכיבים קריטיים במוכנות מד"א לעיתות חירום; אף שסוכם שמשרד

11 ועדה שהקים משרד הבריאות בנובמבר 2015 לבחינת הצורך באמבולנסים בעיתות חירום (להלן - ועדת האמבולנסים).

12 כולל 168 אמבולנסים הפועלים ביישובים (בעיקר אי"ש ופריפריה) ומופעלים בעיקר על בסיס מתנדבים כוננים.

על משרד הבריאות
ליזום בדיקה
שבהסתמך על
ממצאיה יוגשו
המלצות מעודכנות
בדבר יעדים של
זמני ההגעה על פי
המאפיינים השונים,
וכן ייקבעו מדדים
כמותיים ברורים
שעמידה בהם
תאפשר למד"א
להגיע למוכנות
המבצעית הנדרשת

הבריאות יפעל כלפי משרד האוצר בנוגע לתקציב הנדרש כדי לגשר על הפערים בתקצוב הצרכים של מד"א בחירום - הוא לא עשה זאת.

היעדר תקציב להכשרת צוותים לטיפול באירוע רדיולוגי¹³: באין הגדרה ברורה בנוגע לאחריות של המשרד למד"א, לא ניתן לקבוע באופן חד-משמעי אם המשרד חייב לממן את תוכנית ההכשרה של צוותי מד"א לטיפול בנפגעים באירוע רדיולוגי בשגרה, ואם כן באיזה שיעור. כתוצאה מכך צוותי מד"א אינם כשירים לטפל בנפגעים באירועים רדיולוגיים.

מחסור במערכות קשר במד"א בעיתות חירום: מד"א אינו מחובר למערכת התקשורת הייעודית של גופי החירום השונים (פקע"ר, המשטרה ורשות הכיבוי וההצלה). בכך עלולים להיפגע התפקוד המבצעי של מד"א ויכולת הפיקוד והשליטה של פקע"ר על ניהול האירועים בעיתות חירום.

ההמלצות העיקריות

על משרד הבריאות ליזום בדיקה, בשיתוף מד"א והמועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה¹⁴, שבהסתמך על ממצאיה יוגשו המלצות מעודכנות בדבר יעדים של זמני ההגעה על פי המאפיינים השונים (חומרת הבעיה הרפואית ודחיפותה, המרחב שבו מתקיים האירוע [עירוני, כפרי או דליל אוכלוסייה] וסוג רכב ההצלה שצריך להגיע לטיפול באירוע), וכן ייקבעו מדדים כמותיים ברורים שעמידה בהם תאפשר למד"א להגיע למוכנות המבצעית. אם מד"א ומשרד הבריאות לא יגיעו להסכמות בעניין זה - עליהם לפנות אל שר הבריאות, הממונה על ביצוע חוק מד"א.

על משרד הבריאות להוביל עבודת מטה בשיתוף מד"א, בתי החולים והמועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה, שבה יוגדרו יעדים ומדדים לזמני שהייה מיטביים של צוותי אמבולנסים לבנים ואט"נים במלר"דים. נוסף על כך עליהם לנתח את זמני שהייה בבתי החולים לעומת היעדים שייקבעו. ככל שיימצאו עיכובים גדולים על משרד הבריאות, בהשתתפות מד"א ובתי החולים לקיים בירורים כדי לעמוד על הסיבות לכך. בהמשך עליהם לקבוע תהליך יעיל לקליטה ראשונית של המטופל מרגע הגעת צוות מד"א למלר"ד עד שחרור האמבולנס וצוותו, ולעדכן בהתאם את מדד האיכות ואת הנחיות המשרד.

על משרד הבריאות ומד"א לסיים בהקדם את עבודת המטה בנוגע להסדרת מימון הפעלת האט"נים, ולחובות רשויות שנוצרו בעבר. לשם כך עליהם לקצוב פרק זמן מוגדר, ואם לא יצליחו להגיע להסדר מוסכם עליהם להביא את הסוגיה לפני הממונים על המחוזות של הרשויות המקומיות.

13 אירוע חומרים מסוכנים שמעורבים בו חומרים רדיולוגיים - חומרים הפולטים קרינה רדיואקטיבית מסוכנת.

14 המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה ממליצה למנכ"ל משרד הבריאות על דרכים לקידום מערך הטראומה ורפואת החירום במדינת ישראל והפחתת תמותה ותחלואה. במועצה חברים נציגים בכירים ממשרד הבריאות, בתי חולים ומד"א. יו"ר המועצה הוא פרופ' מאיר אורן.

על משרד הבריאות לבחון בשיתוף עם מד"א את ההיתכנות של הפעלת מודל מד"א בקהילה לעומת חלופות אחרות שעשויות לצמצם את העומס במלר"דים, ולהסדירו אם יימצא שהוא בר ביצוע. כיוון שמימוש המודל כרוך בהסכמות של קופות החולים, שהמשרד אחראי לאסדרה של פעילותן ראוי לשתף גם את קופות החולים בתהליך זה.

על משרד הבריאות בשיתוף מד"א ומשרד המשפטים לקיים עבודת מטה מסודרת ומשותפת שתביא בחשבון את המלצות ועדת תדמור ואת הערות הביקורת כדי לקדם הסדרה יעילה וברורה של מארג היחסים שבין משרד הבריאות ומד"א. על משרד הבריאות לבחון את התוצאות של היעדר הסדרת הפיקוח של משרד הבריאות על מד"א, ובהתאם לכך לקבוע את לוח הזמנים הנדרש להסדרתו ואת הדרך היעילה והמהירה ליישום הפיקוח על מד"א.

על מנכ"ל משרד הבריאות להסדיר את פעילות חברות האמבולנסים הפרטיות, כדי להביא לכך שיפעלו בהתאם לאמות המידה שקבע משרד הבריאות למען בריאות הציבור. על המנכ"ל לקבוע לשם כך לוח זמנים לאסדרת הנושא, ולהנחות לפיו את הייעוץ המשפטי של המשרד בנוגע להשלמת גיבושה של הצעת החוק וקידומה; נוסף על כך, על המשרד לדון בצורך באסדרת מקצוע הפרמדיק בחקיקה ראשית. על משרד הבריאות לבחון את הדרך שבה יוכל לגבש מאגר פרמדיקים מעודכן ומלא, ולתאם עם מד"א וצה"ל את דרכי עדכון.

על משרד הבריאות לבחון את נוסח פרסום מספר הטלפון של איחוד הצלה באתר המרשתת שלו ובערוצים האחרים, ולהבהיר לאיחוד הצלה בצורה חד-משמעית באילו מקרים ובאילו ערוצים יוכל לפרסם את מספר הטלפון שלו. עליו להבטיח, שמספר המוקד של איחוד הצלה לא יפורסם כמספר לקריאות חירום, ולא כוון בנחישות ובעקביות את הנחיותיו. על משרד הבריאות להסדיר לאלתר את יחסי הגומלין בין מד"א לאיחוד הצלה ולארגונים אחרים, כדי להבטיח שעזרה ראשונה טרום-אשפוזית מצילת חיים תינתן בצורה יעילה ומקצועית.

על הרשות העליונה לאשפוז לעדכן לאלתר את תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות; על האגף לשעת חירום שבמשרד להציג כהלכה, באופן ברור ומלא את תמונת המצב לאשורה של מוכנות מערכת הבריאות לעיתות חירום בכלל ובנוגע למד"א בפרט. יש להציג בתמצית המנהלים גם את הפערים של מד"א בכוח אדם, באמבולנסים ובאמצעי תקשורת ייעודיים. על משרד הבריאות לעמוד בלוח הזמנים שקבע כדי שנושא יחסי הגומלין בין מד"א ובין חברות האמבולנסים הפרטיות בעיתות חירום יוסדר סופית.

על צה"ל לקבוע, בשיתוף מד"א, עקרונות מנחים להצבת הפרמדיקים וחובשי רפואת החירום בעיתות חירום במד"א ובצה"ל, בדרך שתביא למיצוי נכון של פוטנציאל התרומה של הפרמדיקים וחובשי רפואת החירום בכלל המסגרות בעיתות חירום.

בנוגע לתקצוב מד"א לעיתות חירום, על מנכ"ל משרד הבריאות להוביל עבודת מטה משותפת עם משרד האוצר ומד"א בשיתוף המטה לביטחון לאומי

שבמשרד ראש הממשלה (המל"ל) ורשות החירות הלאומית (רח"ל), לגיבוש תוכנית הצטיידות שתגובה בתוכנית תקציבית רב-שנתית. כמו כן, חשוב ששרי הביטחון, הבריאות והאוצר יעקבו אחר קידום ההצטיידות של מד"א במערכת תקשורת ייעודית הפועלת בין גופי החירות. אם לא יכריעו בעניין המקור התקציבי להצטיידות במערכת זו, עליהם להביא את הנושא להכרעת ראש הממשלה.

סיכום

מד"א הוא הארגון האחראי מתוקף החוק להעניק רפואה דחופה טרום-בית החולים, לקיים לטובת כלל התושבים שירותי עזרה ראשונה, להיערך לקראת אירוע אסון המוני ולהיות שירות עזר לשירות הרפואי של צה"ל בזמן מלחמה. שר הבריאות ממנה על ביצוע חוק מד"א ומתוקף כך נגזרת אחריותו לאסדר את פעילותו. נוסף על מד"א פועלות חברות אמבולנסים פרטיות, המעניקות גם הן שירותי עזרה ראשונה, ומשרד הבריאות צריך לפקח עליהן.

המענה הראשוני המהיר והאיכותי למטופל הוא רכיב מרכזי בפעילות מד"א, אולם מד"א מסתמך על תקן משנת 1990 שהיה נכון לזמנו. למרות פרק הזמן הארוך שחלף והתמורות הרבות שחלו מאז, המשרד לא עדכן את התקן. על אף המלצות ועדה פנימית של מד"א שסברה שיש לעדכן את התקן, מד"א לא פעל בנחישות ובהתמדה מול משרד הבריאות כדי לקדם נושא זה. מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות כבר בעבר, כי עליו להסדיר את נושא האחריות והסמכויות של המשרד למד"א, אך המשרד לא עשה זאת. הסחבת בהסדרה של רפואת החירות הטרום-אשפוזית עלולה לגרום לכך שהיבטים בתחום זה ובפרט בכאלה הנוגעים להצלת חיים לא יקבלו מענה; היא עלולה גם לגרום לבזבוז משאבים בשל חוסר בראייה כוללת ולאומית. הדבר מדגיש את החוסר ביד מכוונת בתחום. יש לראות בדאגה את העובדה שהמשרד לא קבע לוח זמנים לטיפול בנושא, אף שמדובר במרכיב חיוני בהבטחת הבריאות של תושבי המדינה - שהיא בתחום אחריותו.

אשר לעיתות חירום - עלה כי הרשות העליונה לאשפוז לא עדכנה את תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות, ולפיכך משרד הבריאות ומד"א נערכים לעיתות חירום על פי תרחיש ישן וחסר שאינו תואם את הנדרש מהם בעיתות חירום. מד"א עדיין אינו מחובר למערכת התקשורת הייעודית של גופי החירות השונים, ויש בכך פוטנציאל לסיכון ממש. כמו כן, במצבת כוח האדם הצפויה בעיתות חירום יחסרו יותר ממחצית הפרמדיקים וכמחצית מחובשי רפואת החירום. בלעדיהם לא יהיה אפשר להפעיל את כל רכבי ההצלה הקיימים, ואת אלה שנקבעו כנדרשים לעיתות חירום.

על משרד הבריאות בשיתוף מד"א ומשרד המשפטים לקיים עבודת מטה מסודרת ומשותפת, כדי לקדם הסדרה יעילה וברורה של מד"א בידי משרד הבריאות. על צה"ל לקבוע, בשיתוף מד"א, עקרונות מנחים להצבת הפרמדיקים וחובשי רפואת החירום בעיתות חירום במד"א ובצה"ל, בדרך

שתביא למיצוי נכון של פוטנציאל התרומה של הפרמדיקים וחובשי רפואת החירום בכלל המסגרות בעיתות חירום.

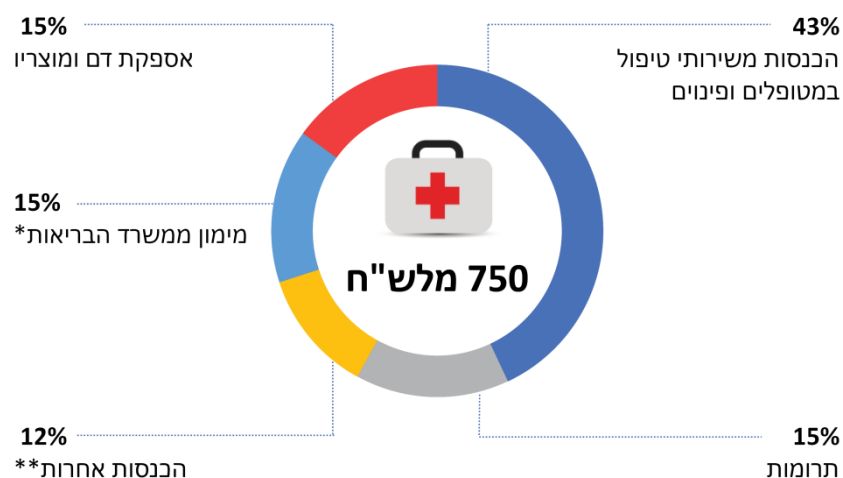
מד"א נמצא בחזית הטיפול בתחום הרפואה הדחופה הטרום-אשפוזית ותרומתו בשגרה ובעיתות חירום לא תסולא בפז, ומכאן החשיבות לכך ששירותיו יהיו איכותיים והולמים. להסדרה של פעילותו המבצעית בשגרה ובעיתות חירום נודעת חשיבות רבה, לשם שיפור השירות שניתן לתושבי המדינה בתחום חיוני זה.

מבוא

מגן דוד אדום (להלן - מד"א, הארגון או האגודה) הוא ארגון ההצלה הלאומי של ישראל שמספק רפואה דחופה טרום-בית חולים¹⁵. הארגון מאוגד כתאגיד ציבורי-סטטוטורי, ובלשון החוק - אגודה, והקמתו הוסדרה בחוק מיוחד - חוק מגן דוד אדום, התש"י-1950 (להלן - חוק מד"א או החוק). מטרתו של מד"א על פי החוק הן אלה: למלא את התפקידים של אגודה ארצית¹⁶, ובכלל זה תפקידים שנועדו על פי אמנות זנבה לאגודות הצלב האדום, לשמש שירות עזר לשירות הרפואי של צה"ל בזמן מלחמה, ולהתכונן לכך בזמן שלום; להיערך לקראת אירוע חירום אזרחי ולהשתתף בתרגילים לצורך זה; לקיים לכלל התושבים שירותי עזרה ראשונה; לקיים לכלל התושבים שירות של אגירת דם, פלסמה ומוצרי לוואי שלהם; למלא כל תפקיד נוסף שייקבע בתקנון האגודה. שר הבריאות הוא השר הממונה על ביצוע חוק מד"א. משנת 2006 מד"א הוא חבר בארגון הצלב האדום הבין-לאומי (להלן - הצלב האדום). במועד הביקורת כיהן מר אלי בין כמנכ"ל מד"א.

להלן בתרשים 3 סיכום מחזור הפעילות השנתי של מד"א בשנת 2017 שעמד על כ-750 מיליון ש"ח, תוך פירוט מקורות התקציב של מד"א בשנה זו.

תרשים 3: מחזור הפעילות השנתי של מד"א בשנת 2017



* התקציב המקורי היה כ-67 מיליון ש"ח (כ-9% ממקורות התקציב), ובפועל גדל לכ-108 מיליון ש"ח בעקבות תוספות חד-פעמיות.

** ההכנסות האחרות מגיעות מדמי הדרכה בגין הדרכות שמד"א מעביר, הצלב האדום ועוד.

15 נקראת גם רפואה טרום-אשפוזית.

16 תפקידים שנועדו על פי אמנות זנבה לאגודות ארציות של הצלב האדום או לשאר אגודות עזרה של מתנדבים, המוכרות ומוסמכות כחוק על ידי ממשלותיהן.

כעולה מתרשים 3, מימון משרד הבריאות (להלן - המשרד) עמד על כ-15% ממחזור הפעילות של מד"א, כספים אלה נועדו בין השאר לשיפור הזמינות של שירותי עזרה ראשונה ולפינוי למוסדות רפואיים בגבול הצפון, לשיפור הזמינות של שירותי עזרה ראשונה ולפינוי למוסדות רפואיים באזור יהודה ושומרון, לפינוי מוסק ולהשתתפות במימון הפעלת אמבולנסים לטיפול נמרץ. חוק מד"א קובע כי הארגון יגבה אגרה ממי שקיבל ממנו שירות פינוי חירום או מהגורם המבטח, בשיעור שיקבעו שר הבריאות ושר האוצר.

במועד הביקורת הפעיל מד"א 161 תחנות ראשיות ונקודות הזנקה ברחבי הארץ¹⁷ המנוהלות בעשרה מרחבים¹⁸. הוא העסיק כ-2,250 עובדים, והפעיל כ-22,000 מתנדבים שבהם כ-5,200 כוננים¹⁹, ובנוסף כ-17,200 נאמני חיים²⁰. נוסף על כך, משרתים במד"א כ-400 בני שירות לאומי וכ-100 בני שירות אזרחי.

כארגון המעניק שירותי רפואה דחופה טרום-בית חולים, הפעיל מד"א במאי 2018 כ-1,100 רכבי הצלה (לטיפול במטופלים ולפינויים). להלן בתרשים 4 פירוט רכבי ההצלה העיקריים במד"א.

תרשים 4: פירוט רכבי ההצלה במד"א

25	25	~ 310	~ 730
רכבי פינוי נפגעים קל*	תחנות לטיפול באירוע רב נפגעים*	אמבולנסים לטיפול נמרץ הגשת סעד חיים מתקדם	אמבולנסים לבנים הגשת סעד חיים בסיסי
			

* רכב המצויד בציוד רב לעזרה ראשונה ומוזנק לזירה באירועים רבי-נפגעים או באירועים ממושכים.

** רכבים להסעת כשמונה נפגעים קלים. בשגרה הם משמשים לצורכי לוגיסטיקה של הארגון.

כעולה מתרשים 4, האמבולנסים הרגילים (להלן - אמבולנס לבן) - מגישים סעד חיים בסיסי שהוא מכלול הפעולות הרפואיות שמבצע חובש, ומפנים חולים ופצועים לבתי החולים; האמבולנסים לטיפול נמרץ (להלן - אט"ן) - מגישים סעד חיים מתקדם שהוא מכלול הפעולות הרפואיות שמבצע פרמדיק. כ-60 אמבולנסים מתוך האט"נים הם מסוג 4x4 המוזנקים כאשר תנאי השטח אינם מאפשרים גישה לאמבולנס לבן ולאט"ן;

17 תחנת מד"א ראשית פועלת לצורך מתן שירותי עזרה ראשונה ושירותי אמבולנסים, והיא מאוישת בעובדים או במתנדבים. נקודת הזנקה משמשת להזנקת אמבולנסים בלבד, ואינה נחשבת תחנה.

18 נגב, לכיש, איילון, ירקון, כרמל, שרון, ירדן, גלבוע, ירושלים, אשר.

19 כוננים הם מתנדבים פעילים המספקים מענה ראשוני שמתווספים למערך של רכבי ההצלה.

20 נאמן חיים הוא מערך מתנדבים של תושבים בעלי הכשרה רפואית (מקורס החייאה בסיסי ועד רופאים) המשתמשים ביישומון מד"א במכשיר הטלפון הנייד שלהם ומוזנקים לאירועים מסכני חיים בקרבת מקום הימצאם.

נוסף על רכבי ההצלה מפעיל מד"א אמצעי תחבורה נוספים. להלן בתרשים 5 אמצעי תחבורה נוספים שמפעיל מד"א.

תרשים 5: אמצעי תחבורה נוספים שמפעיל מד"א

~ 500 אופנועים	~ 200 אופניים חשמליים	~ 50 בימבולנסים*	~ 40 ניידות דם	2 מסוקים
				

* רכבים קטנים.

המימון לרכישת כל רכבי ההצלה ואמצעי התחבורה של מד"א ולרכישת המכשירים הקבועים בהם (כגון מוניטור לניטור קצב הלב ומעסה לב אוטומטי) מתקבל מתרומות. ניידות הדם משמשות את מתירמי הדם ובהן מעבירים את הדם שנאסף אל בנק הדם של מד"א. את שני המסוקים מפעיל מד"א בדרום הארץ ובצפונה, לפינוי רפואי בהיטס²¹.

בצוות האמבולנס הלבן נמצא חובש רפואת חירום (חובש-נהג) - המפעיל את האמבולנס הלבן - ולרוב חובש רפואת חירום נוסף או מתנדב. צוות אט"ן מונה פרמדיק וחובש רפואת חירום. בדרך כלל מתלווה לצוות האט"ן גם חניך משתלם או מתנדב. בצוות המסוק נמצאים שני פרמדיקים. בכל רגע נתון פועלים ברחבי ישראל כ-300 אמבולנסים במשמרת (בוקר, ערב ולילה).

משרד מבקר המדינה מציין לשבח את צוותי מד"א העוסקים במסירות מדי יום בטיפול באנשים ובהצלת חיים.

מד"א מפעיל תשעה מוקדים טלפוניים מרחביים ומוקד לאומי אחד, שאליהם מגיעות השיחות כשמתקשרים 101, המאויישים בתורנים 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע. התורנים הם חובשי רפואת חירום או פרמדיקים, המשמשים גם אנשי טיפול באמבולנסים לבנים ובאט"נים. תפקיד התורנים הוא לענות לשיחות הטלפון המגיעות למוקד 101, לזהות את הבעיה, לסווג את דחיפות המקרה, לשלוח רכב הצלה בהתאם לדחיפותו ולתת הנחיות טלפוניות ראשוניות לטיפול עד להגעת צוות ההצלה. במוקדי מד"א נרשמות יותר מ-820,000 הזנקות חירום בכל שנה.

במשרד הבריאות מופקדות שלוש יחידות ארגוניות על ההסדרה של רפואת חירום טרום-בית חולים: (א) חטיבת הבריאות - תחום שירותי הצלה ועזרה ראשונה; (ב) חטיבת הרפואה - תחום פיקוח ורישוי אמבולנסים פרטיים; (ג) האגף לשעת חירום (להלן - האגף לשע"ח). בראש הארגון (מד"א) עומד נשיא האגודה שממנה נשיא המדינה לתקופה של שלוש שנים. יתר המוסדות המנהלים את מד"א הם הוועידה הארצית, המועצה והוועד הפועל. על מועצת האגודה להתקין

21 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 2011** (2011), "פינוי רפואי באמצעות מסוקים", עמ' 777.

את תקנון האגודה. תפקידם העיקרי של המועצה והוועד הפועל הוא לקבוע את מדיניות מד"א ולפקח על פעולות ההנהלה. מתוך 45 חברי המועצה של מד"א, שר הבריאות ממנה ארבעה חברים מקרב עובדי משרד הבריאות או מוסדות הרפואה בישראל, ושניים מהם ממונים גם לוועד הפועל של מד"א.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-אוקטובר 2018 בדק משרד מבקר המדינה סוגיות בהפעלת המערך המבצעי של מד"א בשגרה ובעיתות חירום²². בנוגע למצב שגרה נבדקו בין השאר הנושאים האלה: זמני ההגעה של אט"נים ואמבולנסים לבנים למקרים דחופים למטופלים; הסדרת תחום העזרה הראשונה והרפואה הדחופה טרום-בית חולים בידי משרד הבריאות; והתיאום בין מד"א ובין משרד הבריאות בנוגע לתוכנית הלאומית למדדי איכות טרום-בית חולים. צוות משרד מבקר המדינה הצטרף בזמן אמת לשתי משמרות פעילות באט"ן.

בנוגע לעיתות חירום נבדקו בין השאר הנושאים האלה: כוח אדם לאיש אמבולנסים במד"א בעיתות חירום וגיוס כוח אדם של פיקוד העורף (להלן - פקע"ר) לתגבור; מספר האמבולנסים הנדרשים בעיתות חירום; יחסי הגומלין שבין מד"א ובין חברות האמבולנסים הפרטיות; עדכון תרחיש הייחוס²³ הענפי למערכת הבריאות; מוכנות מד"א לעיתות חירום מבחינת הצטיידות ומלאי מנות דם; מערכת הקשר בין מד"א ובין גופי החירום האחרים ופקע"ר²⁴.

הבדיקה נעשתה במד"א, במשרד הבריאות, בבתי חולים כלליים שונים ובמחלקת הרפואה של פקע"ר בצה"ל. בדיקות השלמה נעשו ברשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום²⁵ (להלן - הרשות העליונה לאשפוז), בארגוני הצלה נוספים²⁶, במדור סגל מילואים במפקדת קצין רפואה ראשי (להלן - מקרפ"ר), וכן בענף תכנון כוח אדם באגף כוח אדם בצה"ל.

22 ראו גם מבקר המדינה, **דוחות על הביקורת בשלטון המקומי, באיגודים ובמוסדות להשכלה גבוהה, דוח מספר 1** (2002), "מגן דוד אדום: המוסדות המנהלים, הסטנדרטים לשירות והיבטים של המצב הכספי", עמ' 525; **היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה** (2007), "היערכות מגן דוד אדום לעיתות חירום ותפקודו בעת המלחמה", עמ' 283; **דוח שנתי 62** (2012), "היבטים בפעילות מגן דוד אדום והמוסדות המנהלים שלו", עמ' 371; **דוח שנתי 64** (2014), "היערכות שירותי הבריאות לחירום", עמ' 717.

23 תרחיש הייחוס לעורף, שמכילה רשות החירום הלאומית, מגדיר מגוון תסריטים אפשריים של איום על העורף שיש לתכנן כיצד להיערך אליהם.

24 ראו גם מבקר המדינה **דוח שנתי 68** (2018), "מרכיבי ביטחון ביישובי העימות בפקודים המרחביים", עמ' 1859.

25 הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום היא גוף הפועל במסגרת משק לשעת חירום (מל"ח). בראשה עומד מנכ"ל משרד הבריאות, וחברים בה קצין הרפואה הראשי של צה"ל ומנכ"ל שירותי בריאות כללית או נציגו.

26 כמו "איחוד הצלה".

פעילות מד"א בשגרה

זמני ההגעה של אט"נים ואמבולנסים לבנים למקרים דחופים

התפקיד המרכזי והחשוב של מד"א הוא להעניק טיפול רפואי ראשוני, מהיר ואיכותי למטופל. במיוחד במקרים דחופים יש לטיפול כזה חשיבות מכרעת בהצלת חיי אדם עוד לפני הגעתו לבית החולים²⁷. לפיכך מן הראוי שזמני ההגעה של צוותי הרפואה של מד"א יעמדו באמות המידה המקובלות.

זמן ההגעה הוא משך הזמן שחולף מרגע קבלת הקריאה במוקד הטלפוני ועד הגעת מטפלי²⁸ אל כתובת האירוע או אל המטופל עצמו (להלן - זמן ההגעה). יש חשיבות לקיצור זמן ההגעה המשפר את סיכוייו של המטופל להישאר בחיים ועשוי לצמצם פגיעה נוירולוגית או אחרת בעת אירוע מסכן חיים. אט"ן מגיש סעד חיים מתקדם, ומופעל בדרך כלל במקרים שבהם נדרש מתן טיפול רפואי מתקדם ומהיר, המצריך אנשי צוות מקצועיים, ציוד רפואי נרחב, לרבות מכשיר החיאה מתקדם. יש לציין כי במערכות רפואה דחופה רבות נהוג להגדיר את זמני ההגעה כאחד ממדדי האיכות לתפקודה של המערכת.

תקנים לזמני הגעה של צוותי רפואה דחופה למטופלים באירופה ובישראל

סקירת תקני זמן ההגעה בכמה מדינות באירופה מעלה כי קיימת שונות בהגדרתם, כמפורט להלן:

זמני הגעת אמבולנסים באירופה

ארגון האמבולנסים המרכזי בהולנד בדק ב-2010 את המדדים לזמני ההגעה המיטיבים למטופלים²⁹:

1. אוסטריה - נהליו של הצלב האדום האוסטרי כספק מוביל של שירותי אמבולנס באוסטריה קובעים שזמן ההגעה ל-95% מאתרי החירום צריך להיות בתוך 15 דקות מקבלת שיחת החירום;

27 דוח מסכם, שימוש במודל אופטימיזציה לקביעת נקודת הזנקה של אמבולנסים לקיצור זמני תגובה לתאונות דרכים בישראל, יולי 2015.

28 לפי חוזר מנכ"ל 9/06 מטפל הוא בעל מקצוע בתחום הטיפול שהוכר כמטפל לעניין חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ובכלל זה רופא, אח או אחות וכל בעל מקצוע שהכיר בו מנכ"ל משרד הבריאות.

29 Ambulance care in Europe. Report Ambulancecare in Europe, Ambulancezorg Nederland, January 2010.

2. בולגריה - ביישובים גדולים השאיפה היא שזמן ההגעה יהיה מוגבל ל-10 עד 20 דקות; באזורים כפריים והרריים זמן ההגעה תלוי בתבליט השטח ובתנאי האקלים;
 3. אנגליה והממלכה המאוחדת (בריטניה) - כאשר הקריאה היא קריאת חירום למצב מסכן חיים האמבולנס חייב להגיע למטופל בתוך שמונה דקות מקבלת השיחה בחדר הבקרה ב-75% מהמקרים. אם הקריאה חשובה אך אינה מסכנת חיים, זמן ההגעה חייב להיות בתוך 19 דקות מקבלת השיחה בחדר הבקרה ב-95% מהמקרים;
 4. הולנד - במקרה חירום המוגדר בדרגת דחיפות 1, שבו יש סכנת חיים, האמבולנס חייב להגיע בתוך 15 דקות מרגע ששיחת החירום נכנסת; במקרה המוגדר בדרגת דחיפות 2, שבו אין סכנת חיים אך נדרש מענה מהיר, הוא צריך להגיע בהקדם האפשרי, אך לא יאוחר מ-30 דקות מקבלת שיחת החירום.
 5. פולין - זמן ההגעה הארוך ביותר למטופל הוא לא יותר מ-15 דקות בערים שבהן מתגוררים מעל 10,000 תושבים, והחציון בערים אלה צריך להיות לא גדול משמונה דקות. זמן ההגעה בערים קטנות ובכפרים הוא 20 דקות, והחציון לא גדול מ-15 דקות.
- מחקר שנערך באנגליה ופורסם ב-2018³⁰ מצא כי 90% מהקריאות אינן במצבים מסכני חיים. בדומה לכך, להערכת מד"א גם בארץ רק כ-10% מהקריאות הן במצבים מסכני חיים כגון דום לב ושפץ מוחי שבהם יש חשיבות עליונה ליזמן ההגעה למטופל.

זמני הגעת אמבולנסים בישראל

התייחסות לזמן ההגעה המיטבי למטופל ניתנה במהלך השנים על ידי שלושה גורמים: ועדת רווח ב-1990, ועדת מד"א ב-2015 ובתוכנית הלאומית למתן מענה ראשוני להצלת חיים של משרד הבריאות, גם היא ב-2015. להלן הפרטים:

1. **ועדת רווח:** ועדה שבדקה את שירותי מד"א באוקטובר 1990³¹ המליצה על שירותי רפואת החירום ההכרחיים למדינת ישראל "לעשור הקרוב", דהיינו עד שנת 2000, וקבעה את זמני המענה המיטביים של מערך הרפואה הדחופה טרום-בית חולים (להלן - ועדת רווח). בהמלצותיה קבעה הוועדה כי "יש לשאוף שכל אדם במדינת ישראל יוכל לקבל סעד חיים בסיסי ברמה סבירה בכל ישוב מוכר ובאזורים צפופי אוכלוסייה בתוך 10 דקות (בממוצע), ובאזורים דלילי אוכלוסייה בתוך 20 דקות (בממוצע)". כמו כן, יש לשאוף שכל אדם במדינת ישראל יקבל סעד חיים מתקדם בתוך 10 דקות (בממוצע) באזורים צפופי אוכלוסייה, ובתוך 30 דקות (בממוצע)

30 Unwarranted: in English NHS Ambulance Trusts Operational productivity and performance variations, September 2018.

31 את הוועדה הקים משרד הבריאות, ובראשה עמד פרופ' משה רווח.

באזורים דלילי אוכלוסייה. במועד ביצוע הביקורת המלצות הוועדה הן התקן המחייב לזמני ההגעה המיטביים.

מאז קביעתה של ועדת רווח חלו שינויים רבים בגודל האוכלוסייה בארץ, בפיזור, בתשתיות התחבורה, בידע הרפואי ובהתפתחות הטכנולוגיה. שינויים אלה דרשו חשיבה מחודשת בנוגע להגדרת זמני ההגעה למטופלים.

2. **טיטת המלצות ועדת מד"א:** בעקבות השינויים שחלו הקים מנכ"ל מד"א בראשית שנת 2015 ועדה פנימית שתמליץ על יצירת מנגנון להערכה ולטיוב של זמני תגובה במערך הרפואה הדחופה טרום-בית חולים. בוועדה היו חברים, בין היתר, מנהל אגף רפואה, המשנה למנכ"ל, מנהל אגף מבצעים, הפרמדיק הראשי ומפקח המוקדים הארצי. באפריל 2015 ועדת מד"א הגישה למנכ"ל הארגון טיטת המלצות (להלן - המלצות ועדת מד"א).

ועדת מד"א המליצה על הצורך בשינוי החשיבה והמדיניות למתן מענה ראשוני להצלת חיים, וזאת באמצעות קביעת מדרג למענה הרפואי שיינתן - לקבוע זמן תגובה (זמן הגעה) של איש צוות ראשון למטופל (שיכול להגיע גם שלא באמבולנס או באט"ן) ואת סוג האמבולנס הנדרש להגיע למטופל. בהמלצותיה הביאה בחשבון את המתאר שבו מתקיים האירוע ואת חומרת הבעיה הרפואית ודחיפותה.

קטגוריות רפואיות: ועדת מד"א הציעה לחלק את האירועים שעליהם נדרש הארגון להגיב לחמש קטגוריות רפואיות הכוללות בין היתר זמן הגעה, זמן טיפול במקום האירוע וזמן הגעה לבית החולים. כן המליצה על זמן ההגעה של איש צוות ראשון למטופל:

א. בעיה רפואית מסכנת חיים בטווח של דקות (כגון דום לב ושבץ מוחי) שבה נדרש אט"ן, והמענה הרפואי הראשוני יכול להינתן על ידי צוות המגיש סעד חיים בסיסי, זמן הגעה של איש צוות ראשון 5-8 דקות;

ב. בעיה רפואית דחופה העלולה להתפתח למצב מסכן חיים בטווח של דקות עד עשרות דקות בודדות (כגון: בצקת ריאות) שבה נדרש אט"ן, וקיימת חשיבות למענה רפואי ראשוני על ידי צוות המגיש סעד חיים בסיסי, זמן הגעה של איש צוות ראשון 5-10 דקות;

ג. בעיה רפואית דחופה שאינה מסכנת חיים והסבירות שתתפתח למצב מסכן חיים היא נמוכה (כגון טראומה מזערית, יולדת הנמצאת בצירים), זמן הגעה של איש צוות ראשון 8-15 דקות;

ד. בעיה רפואית כרונית שבה אין השפעה מבחינה רפואית לזמן התגובה על התפתחות מחלתו של המטופל ועל סיכויי החלמתו, זמן הגעה של איש צוות ראשון 8-45 דקות;

ה. הזמנה של הסעת מטופל, שבה אין כל השפעה מבחינה רפואית לזמן התגובה על התפתחות מחלתו של המטופל ועל סיכויי החלמתו, זמן ההגעה של איש צוות ראשון יהיה בהתאם למשאבים הפנויים.

זמן ההגעה של אמבולנסים: זמני התגובה המרביים שנקבעו לאמבולנסים כמיטביים ברמה הרפואית בהמלצות ועדת מד"א, הוגדרו בהתאם לסוגי המרחבים. להלן המדדים שנקבעו:

א. **מרחב עירוני:** מרחב שמתגוררת בו אוכלוסייה המונה 30,000 תושבים או יותר ברצף טריטוריאלי. זמן התגובה של אמבולנס לבן לאירועים דחופים יהיה עד שמונה דקות³² ושל אט"ן לאירועים מסכני חיים עד עשר דקות.

ב. **מרחב כפרי:** מרחב שמתגוררת בו אוכלוסייה שמונה בין 5,000 ל-30,000 תושבים ברצף טריטוריאלי. זמן התגובה של אמבולנס לבן לאירועים דחופים ושל אט"ן לאירועים מסכני חיים יהיה עד 15 דקות.

ג. **מרחב דליל אוכלוסייה:** מרחב שבו אין ריכוז אוכלוסייה ומתגוררים בו עד 5,000 תושבים ברצף טריטוריאלי. זמן התגובה של אמבולנס לבן לאירועים דחופים ושל אט"ן לאירועים מסכני חיים יהיה עד 25 דקות.

הרחבת שירותי מד"א: בהמלצות ועדת מד"א נמצאת גם הצעה לתוכנית להרחבת שירותי מד"א הכוללת בין היתר הוספת משמרות, כולל העלות המוערכת לביצועה, בהתאם לתקציב שיוקצה.

במאי 2015 העביר מד"א את המלצות ועדת מד"א למשרד הבריאות. הביקורת העלתה כי מאז לא הודיע המשרד למד"א דבר על עמדתו בעניין ההמלצות. לפיכך, התקן הרשמי האחרון הוא זה שנקבע עוד בשנת 1990 בוועדת רווח, אף שהוא נקבע לעשור שהסתיים בשנת 2000. מאז לא עדכן משרד הבריאות את היעדים והמדדים לזמני הגעה למטופלים.

בתשובה שמסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה בפברואר 2019 (להלן - תשובת המשרד מפברואר 2019), הוא ציין שהמלצות ועדת מד"א הן מסמך פנימי של מד"א שהועבר למשרד לבקשת המשרד, אולם לא "הופנה למשרד לאישור".

32 זמן ההגעה של אמבולנס לבן נקבע לשמונה דקות, בהתאם לבדיקת מד"א שלפיה זה היה זמן ההגעה הממוצע בפועל של אמבולנסים לבנים למקרים דחופים.



מד"א לא פעל
בנחישות ובהתמדה
כלפי משרד הבריאות
כדי לקדם את הדיון
בהמלצות ועדת
מד"א, בכדי לקבוע
עדכון לזמני ההגעה
למטופלים שלפיהם
יהיה עליו להיערך

קביעת יעדים לזמני הגעה של צוותי מטופלים היא הגדרת יסוד לתפיסת מוכנותו המבצעית של מד"א והיערכותו למתן שירות הולם לציבור, שלפיה יש לתכנן את המשאבים הנדרשים למד"א ואת תהליכי העבודה שלו. משרד הבריאות לא הודיע למד"א דבר על עמדתו בעניין המלצות ועדת מד"א, אף ששר הבריאות, באמצעות משרדו, הוא האחראי לביצוע חוק מד"א³³. המלצות ועדת מד"א היו הזדמנות לעדכון הגדרת היעדים לזמני ההגעה למטופלים, שנקבעו לפני כשלושה עשורים, כדי להבטיח את מוכנותו המבצעית של מד"א בשגרה, אך היא לא נוצלה. במשך יותר משלוש שנים לא נתן משרד הבריאות את דעתו לצורך להתייחס להמלצות שהציג לפניו מד"א אף שמדובר בנושא עקרוני. חלף הזמן הארוך מד"א לא פעל בנחישות ובהתמדה כלפי משרד הבריאות כדי לקדם את הדיון בהמלצות ועדת מד"א, בכדי לקבוע עדכון לזמני ההגעה למטופלים שלפיהם עליו יהיה להיערך. מד"א גם לא פעל לאשר את המלצות ועדת מד"א בתוך הארגון - במועצה ובועד הפועל שאמור לקבוע את מדיניות מד"א.

2. התוכנית הלאומית להגברת המענה הראשוני להצלת חיים של משרד

הבריאות: כחודשיים לאחר שמסר מד"א למשרד את טיוטת דוח ועדת מד"א, ביוני 2015 הציג המשרד לראשונה, בכנס, "תוכנית לאומית להגברת המענה הראשוני להצלת חיים" (להלן - התוכנית הלאומית). בכנס שבו לקחו חלק, בין השאר, מנכ"ל משרד הבריאות ורופאים ממחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים (מלר"דים), והוזמנו אליו נציגים של מד"א, משרד הבריאות, ארגון הפרמדיקים ואחרים. המשרד הגדיר את מטרת התוכנית כך שהיא: לשפר את סיכוייו של אדם להישאר בחיים ולצמצם פגיעה נירולוגית או אחרת בעת אירוע מסכן חיים על ידי הגברת הזמינות למתן מענה ראשוני על ידי הציבור - עוברי אורח המעניקים טיפול ראשוני עד להגעת כוננים ורכבי הצלה וחירום. התוכנית קובעת את הצורך החיוני בהגעת איש צוות ראשון למטופל, ומגדירה שלושה מעגלי סיוע בעת אירוע מסכן חיים: האוכלוסייה (כולל "נאמני חיים"), הכוננים ורכבי ההצלה. כדי להרחיב את המענה הראשוני בקרב האוכלוסייה נקבע בתוכנית שיש לקיים הדרכות לציבור הרחב ולאוכלוסיות ייעודיות, לשפר את הזמינות של מכשירי החייאה ברשויות מקומיות ולהנגיש ציוד מציל חיים לתושבים. בנוגע לכוננים נקבע שיש צורך בסנכרון נתונים ומידע בין המוקד המבצעי לכונן המטפל בשטח, ושהישובים יצטיידו בערכות מצילות חיים. בנוגע לפינוי על ידי רכבי ההצלה יש לשפר את זמינות שירותי רפואת החירום ולצמצם את הפערים בין הפריפריה למרכז. על פי התוכנית, זמני ההגעה המיטביים למטופל הם אלה: שלוש דקות להגעת נאמן חיים, חמש דקות להגעת כונן ועשר דקות להגעת רכב הצלה כלשהו. העלות הכוללת של מימוש התוכנית הוערכה בסה"כ בכ-27 מיליון ש"ח.

ראו הרחבה בעניין הצורך להסדיר את אחריות המשרד וסמכויותיו לפי חוק מד"א - בפרק על "ליקויים בהסדרת תחום העזרה הראשונה והרפואה הדחופה טרום-בית חולים בידי משרד הבריאות".



בחינת התוכנית
הלאומית מעלה כי יש
בה חוסרים בתחום
הקצאת המשאבים,
המדידה, הבקרה
והתיאום, וכי היעדים
שנקבעו בה אינם
יכולים לשמש מסגרת
שתבטיח את המוכנות
המבצעית של מד"א

עלה שמשרד הבריאות לא שיתף בגיבוש התוכנית הלאומית גורמי מקצוע ייעודיים נוספים כמו המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה³⁴ וגם שיתוף מד"א, כפי שעלה מהמסמכים היה חלקי.

מרכז בכיר של תוכניות עבודה ועזרה ראשונה במשרד הבריאות מסר לנציגי מבקר המדינה באוקטובר 2018, כי המשרד עובד על פי התוכנית הלאומית, מנסה ליישמה ולקדמה, בהתאם ליכולות ולמשאבים העומדים לרשותו.

בחינת התוכנית הלאומית מעלה כי יש בה חוסרים בתחום הקצאת המשאבים, המדידה, הבקרה והתיאום, והיעדים שנקבעו בה אינם יכולים לשמש מסגרת שתבטיח את המוכנות המבצעית של מד"א. להלן פירוט:

א. המשרד לא קבע הגדרה מדויקת של זמני ההגעה בתוכנית, דהיינו האם זמן ההגעה יימדד לפי שיעור העמידה הנדרש בנוגע לכל יעד הגעה שנקבע, האם לפי זמני הגעה ממוצעים, או לפי זמני הגעה מירביים. אלו קביעות קריטיות שמשפיעות על המוכנות של מד"א ועל פריסת כוחותיו ומכאן - על הקצאת המשאבים הנדרשים ליישומה של התוכנית.

ב. בקביעות של זמני ההגעה לא התייחס המשרד לכלל האירועים ומאפייניהם - חומרת הבעיה הרפואית ודחיפותה (שוועדת מד"א חילקה לחמש קטגוריות), המרחב שבו הוא מתקיים (עירוני, כפרי או דליל אוכלוסייה) וסוג רכב ההצלה שצריך להגיע לטיפול באירוע - אמבולנס לבן או אט"ף.

ג. המשרד לא הגדיר את מקורות המימון הנדרשים למימון התוכנית ואת לוח הזמנים הנדרש כדי לעמוד ביעדי התוכנית.

ד. המשרד לא תרגם את התוכנית להנחיות מקצועיות מחייבות למד"א ולגופי הצלה אחרים.

בתשובת המשרד מפברואר 2019 הוא ציין, שמטרת התוכנית הלאומית היא הגברת היכולת והזמינות של מתן המענה הראשוני בעת קרות האירוע, שלתפיסתו, צריך להיעשות על ידי הציבור, וכי אין כוונת התוכנית להתמקד בצורכי מד"א ובחיוזוק מוכנותו המבצעית. המשרד הוסיף שסוגיית הזמינות של אמבולנסים לבנים ואט"פים תיבחן באופן יסודי עם סיום טיוב הנתונים של הפעילות המבצעית של מד"א שמתבצע בימים אלה על ידי המשרד. בתשובה שמסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה בינואר 2019 (להלן - תשובת המשרד) הוא ציין, שהוא בוחן באופן שוטף את סוגיית מאפייני

34 המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה ממליצה למנכ"ל משרד הבריאות על דרכים לקידום מערך הטראומה ורפואת החירום במדינת ישראל והפחתת תמותה ותחלואה. במועצה חברים נציגים בכירים ממשרד הבריאות, בתי חולים ומד"א.



גיבוש המלצות ועדת
מד"א וגם גיבוש
התוכנית הלאומית של
המשרד היו הזדמנויות
לעדכן ולקבוע בצורה
ברורה וחדה יעדים
לזמני ההגעה של
הצוותים הרפואיים
והאמבולנסים
לסוגיהם, ואולם
הזדמנויות אלו לא
נוצלו

האירוע, בהתחשב במורכבות ומגבלת התקציב הקיימת ובהתחשב בצרכים האחרים הכלולים בתוכנית הלאומית.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות, כי בתוכנית הלאומית הוא הגדיר שלושה מעגלי סיוע בעת אירוע מסכן חיים - אוכלוסייה, כוננים ורכבי הצלה. הבהרתו שמטרת התוכנית הלאומית היא להתמקד במענה הראשוני שיינתן על ידי האוכלוסייה, בלי להתייחס לשני המעגלים האחרים משמעה שעדיין אין למשרד תוכנית מערכתית להגברת המענה הכולל להצלת חיים, ובה שלושת המעגלים כפי שהוא הגדיר. באין יעדים ומדדים מעודכנים לזמני ההגעה למטופלים, תקפים היעדים והמדדים שאישרה ועדת רווח עוד בשנת 1990, לפני יותר מ-28 שנים. מאז חלו תמורות רבות בגודל האוכלוסייה בארץ, בפיזור, בתשתיות התחבורה, בידע הרפואי ובהתפתחות הטכנולוגיה, ולמרות פרק הזמן הארוך שחלף, המשרד לא עדכן את המדדים. גיבוש המלצות ועדת מד"א וכך גם גיבוש התוכנית הלאומית של משרד הבריאות היו הזדמנויות לעדכן ולקבוע בצורה ברורה וחדה יעדים לזמני ההגעה של הצוותים הרפואיים והאמבולנסים לסוגיהם, וכן את המדדים שעמידה בהם תבטיח את המוכנות המבצעית של מד"א. ואולם הזדמנויות אלו לא נוצלו.

לוח 1 שלהלן מרכז את התקנים המוצעים לזמני ההגעה של הצוותים והאמבולנסים לאירועים בתוכניות השונות:

לוח 1: זמני הגעה למטופלים - ריכוז תוכניות שבחן משרד מבקר המדינה

שנה	ועדת רווח	המלצות ועדת מד"א	התוכנית הלאומית של משרד הבריאות
1990	2015	2015	
מעמד התוכנית	תקן לאומי רשמי מחייב.	גובשה ע"י מד"א, אין אישור רשמי לא במד"א ולא במשרד.	גובשה ע"י המשרד, ואין לוחות זמנים ליישומה. הנהלת מד"א אינה מכירה את התוכנית.
סטטוס	ההמלצות לעשור (עד שנת 2000). בהיעדר תקן רשמי אחר, דוח רווח הוא התקן הרשמי התקף.	טיוטה של מד"א. לא הוצגה לוועד הפועל של מד"א. התוכנית להרחבת השירותים לא תוקצבה.	המשרד פועל על פי התוכנית. המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה לא הייתה שותפה בגיבושה, ומד"א היה שותף באופן חלקי. התוכנית לא תוקצבה במלואה*. משרד מבקר המדינה מצא בה חוסרים.
נאמני חיים וכווננים	לא היו באותה עת.	הגעת איש צוות ראשון - ככלל נאמן חיים, כונן, או איש צוות באמבולנס לבן או באט"ן. מד"א הגדיר ארבעה זמני הגעה שונים למצבים רפואיים: מסכן חיים: עד 5 דקות . דחופה מאוד: עד 10 דקות . דחופה: עד 15 דקות . בעיה כרונית: עד 45 דקות .	נאמן חיים - הגעה תוך שלוש דקות. כונן - הגעה תוך חמש דקות.
זמני הגעת אמבולנס לבן	אזורים צפופי אוכלוסייה - עשר דקות בממוצע . אזורים דלילי אוכלוסייה - 20 דקות בממוצע .	מרחב עירוני - עד 8 דקות . מרחב כפרי - עד 15 דקות . מרחב דליל אוכלוסייה - עד 25 דקות .	עשר דקות להגעת רכב הצלה כלשהו (אט"ן או אמבולנס לבן); אין הגדרה אם מדובר בזמן ממוצע או מירבי ; אין הפרדה בין סוגי המרחבים - עירוניים, כפריים דלילי אוכלוסייה.
זמני הגעת אט"ן	אזורים צפופי אוכלוסייה - עשר דקות בממוצע . אזורים דלילי אוכלוסייה - 30 דקות בממוצע .	מרחב עירוני - עד 10 דקות . מרחב כפרי - עד 15 דקות . מרחב דליל אוכלוסייה - עד 25 דקות .	כמו לאמבולנס לבן.

* מלבד הדרכת הציבור בעזרה ראשונה ביישום מד"א, שהמשרד הקצה לה "סכום שלא יפחת מ-450 אלף ש"ח".

בשתיים מ-11 הערים
שנבדקו מד"א חרג
מהיעד שנקבע ולא
סיפק לתושביהן של
ערים אלה את רמת
השירות שהוא עצמו
קבע כמחייבת

יצוין כי מד"א הסביר בתשובתו כי יש לראות בזמני הגעה שנקבעו בטיט דוח ועדת מד"א כאל זמני הגעה ממוצעים (להלן - הסברי מד"א בתשובתו). כך, טען גם מנכ"ל מד"א בפגישה שקיימו עמו נציגי משרד מבקר המדינה בינואר 2019, שלמעשה הכוונה היא לזמני הגעה ממוצעים, שכן לא קיימת הגדרה של "עד" במקרי חירום שבהם מוזנק אמבולנס (כי למשל, ייתכן שפקקים בערים יעכבו הגעת אמבולנס מסויים).

משרד מבקר המדינה מציין כי להסברי מד"א בתשובתו יש השלכות מבצעיות וארגוניות עמוקות - הגדרת זמן הגעה כזמן המירבי - "עד", חלה על כל אירוע בנפרד ומשמעה שהגעה מאוחרת בכל מקרה כזה, יש בה חריגה מהיעד שנקבע; לעומת זאת, הגדרת זמן ההגעה כ"זמן ממוצע" - מתייחסת לאיחוד של כל האירועים (בתקופת הזמן שנקבעה) ולכן היא מאפשרת, לכאורה, חריגות בלתי מוגבלות, ובלבד שחישוב הממוצע של כל זמני ההגעה (באותה תקופת זמן) יעמוד ביעד שנקבע לזמן ההגעה הממוצע. התפיסות השונות שעליהן מתבססת הגדרת זמני ההגעה - "עד" או "ממוצע", אינן סמנטיות בלבד - אלא הן התשתית שממנה ייגזרו תוכניות מד"א - מבחינת המשאבים שידקק להם, תוכניות האימונים שלו ותהליכי עבודתו.

בשל העובדה שהתקן הרשמי של זמני ההגעה לא עודכן מזה שלושה עשורים, על משרד הבריאות לזיום בדיקה בשיתוף מד"א והמועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה, שבעקבותיה יוגשו המלצות מעודכנות ליעדים של זמני ההגעה על פי המאפיינים השונים, ובהתאם ייקבעו מדדים ברורים, שיאפשרו למד"א להבטיח את מוכנותו המבצעית. אם מד"א ומשרד הבריאות לא יגיעו להסכמות בעניין הגדרת היעדים - עליהם לפנות לשר הבריאות הממונה על ביצוע חוק מד"א.

זמני הגעה בפועל של מד"א

משרד מבקר המדינה בדק באופן אקראי, מתוך מערכת ניהול המידע של מד"א את זמני ההגעה של אט"נים לאירועים שבהם נדרש מתן סעד חיים מתקדם (מכלול הפעולות הרפואיות שמבצע פרמדיק), ביישובים משני סוגי האזורים - צפוף ודליל אוכלוסייה. האירועים התרחשו בתקופה שבין 1.1.18 ל-31.7.18. הבדיקה העלתה כלהלן:

1. **אזורים צפופי אוכלוסייה:** ממוצעי זמן ההגעה בערים באזורים כאלה (קריית אתא, אום אל-פחם, באר שבע, פתח תקווה, דימונה, נהריה, אילת, תל אביב-יפו, ראשון לציון, חיפה, וגדרה) הושאו לאלו שנקבעו בוועדת רווח - ממוצע של 10 דקות להגעת אט"ן.

נמצא כי בשתי ערים מתוך 11 שנבדקו מד"א חרג מהיעד שנקבע, ובמקרים אלו לא סיפק לציבור את רמת השירות המחויבות על פי התקן.

2. **אזורים דלילי אוכלוסייה:** נבדקו 11 יישובים (שפיים, כרמי יוסף, אלון מורה, כפר יהושע, מצפה רמון, עין יהב, יסוד המעלה, מרום גולן, בני עטרות, אלקנה ויד בנימין) ובהם לא נמצאה חריגה מזמן ההגעה שקבעה ועדת רווח - ממוצע של 30 דקות.

יש לציין כי בבדיקה של זמני ההגעה לאירועים מסכני חיים שנעשתה בשני סוגי האזורים - מספר האירועים שבהם לא הגיע אט"ן תוך עשר דקות בממוצע ליום היה אפסי.

בתשובת מד"א הוא ציין, שהוא פועל כל העת כדי לשפר את מהירות השירות וזמינותו, וניתוח החסמים לשיפור השירות נמצא במרכז עיסוקו.

חסמים המונעים שיפור בזמני ההגעה של צוותי מד"א למטופלים

מחלוקת בנוגע להשתתפות הרשויות המקומיות במימון הפעלת אט"ן

כאמור, אט"ן מופעל לרוב במקרים שבהם יש להעניק טיפול רפואי מתקדם הדורש אנשי צוות מקצועיים וציוד רפואי נרחב, לרבות מכשיר החייאה מתקדם. פעילות זו דורשת גם משאבים כספיים ניכרים.

באפריל 1980, עם הקמת שירות הניידות לטיפול נמרץ - נט"ן, מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז ועדת תיאום ארצית, ועליה הוטל בין היתר לקבוע נהלים להפעלת השירות ודרכים לחלוקת נטל מימון השירות בין הגופים המיוצגים בוועדה. בוועדה זו היו חברים נציגי קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, משרד האוצר, מד"א, המרכז לשלטון מקומי ומנהלי מחלקות רפואיות של בתי חולים. הוועדה החליטה במאי 1981 כי עלות הפעלת שירותי נט"ן [העסקת העובדים והתפעול השוטף] תתחלק שווה בשווה בין משרד הבריאות, קופות החולים והרשויות המקומיות, דהיינו כל אחד מאלה יישא בשליש מהעלות (להלן - סיכום 1981). יש לציין כי בעבר אוישו ניידות טיפול נמרץ במד"א (נט"ן) ברופא ובפרמדיק, ומסוף שנת 2014 מפעיל מד"א אט"ן המאויש בפרמדיק ובחובש רפואת חירום (ללא רופא)³⁵. במסגרת הסכם 1981 נחתמו הסכמים עם כ-190 רשויות מקומיות. מאז סיכום 1981 נחתמו הסכמים נפרדים בין מד"א ובין כעשר רשויות מקומיות נוספות³⁶.

מנתוני מד"א עולה שעל אף סיכום 1981, יש רשויות מקומיות שמעכבות זה יותר מעשור, עוד לפני שנת 2008, תשלומים בגין הפעלת שירותי האט"נים, עד כדי הפסקת חלקן במימון. על פי הערכת מד"א, באוגוסט 2018 הסתכם החוב של אותן רשויות בכ-24 מיליון ש"ח.

35 רופא מד"א מגבה (מרחוק) את צוותי האמבולנס בעת הצורך.

36 לדברי המשנה למנכ"ל מד"א, רשויות אחרות שבהן נוספו אט"נים לאחר חתימת ההסכם אינן מחויבות להשתתף במימון הפעלת שירותי האט"ן.

עלה שהחל ב-2004 התקיים דין ודברים בין משרד הבריאות, משרד האוצר ומרכז השלטון המקומי בנוגע להמשך התוקף של סיכום 1981. לטענת מרכז השלטון המקומי קיימת אי-בהירות בשאלה האם סיכום 1981 חל ללא מגבלת זמן, והאם הרשויות המקומיות מחויבות להמשיך ולהשתתף במימון שירותי האט"ן שמד"א מספק. באוגוסט 2015 דנו משרד הבריאות ומרכז השלטון המקומי בנושא זה והחליטו לגבש כללים אחידים לחיוב הרשויות המקומיות בעלות ההפעלה של האט"נים של מד"א. במסגרת הדיונים הביע מרכז השלטון המקומי את התנגדותו לתפיסה העקרונית שלפיה על הרשויות המקומיות להשתתף במימון, היות שלטענתו האחריות לאספקה ולמימון של שירותי בריאות היא של המדינה; כמו כן, לטענת מרכז השלטון המקומי, יש לבחון את שאלת התוקף של סיכום 1981, שכן הוא לא עוגן בחקיקה. לדברי המשרד, ב-2015 התחילה עבודת המטה לבדיקת הסדר הגבייה והמימון של שירותי האט"ן. מנכ"ל משרד הבריאות ציין ביוני 2017 שבתקופה הקרובה עתידה להסתיים עבודת המטה של המשרד לגיבוש הכללים.

במועד סיום הביקורת, אוקטובר 2018 (להלן - מועד סיום הביקורת), טרם הושלמה עבודת המטה לבדיקת נושא השתתפות הרשויות המקומיות במימון האט"נים.

בתשובת המשרד מפברואר 2019, הוא ציין שעבודת המטה שהחלה כבר ב-2015 הייתה בהשתתפות מד"א ששכר לצורך זה בהסכמת המשרד יועץ כלכלי לבדיקת הסדר הגבייה והמימון של שירותי האט"ן. מד"א הציג לפני המשרד את התחשיבים להסדר הגבייה והמימון רק במהלך 2018. המשרד הוסיף שסיום חלקו של המשרד בעבודת המטה נמצא בתוכנית העבודה שלו, והוא צפוי להשלימו עד יוני 2019.

מאחר שמדובר במחלוקת עקרונית שנמשכת למעלה מעשור, על משרד הבריאות ומד"א לסיים בהקדם את עבודתם ולהציגה מייד לאחר מכן לפני משרד האוצר ומרכז השלטון המקומי. על הגופים לדון במשותף בסוגיה כדי להגיע לפתרון מוסכם בין הצדדים בנוגע להסדרת מימון הפעלת האט"נים, ולחובות שנוצרו בעבר בגינה. לשם כך עליהם לקצוב פרק זמן מוגדר, ואם לא יצליחו להגיע להסדר מוסכם עליהם להביא את הסוגיה לפני הממונים על המחוזות של הרשויות המקומיות³⁷.

37 הנחיית היועץ המשפטי לממשלה "התדיינות בין המדינה לבין רשויות מקומיות", 6.1200 (60.105).

האמבולנסים שמתעכבים במחלקות לרפואה דחופה - חדרי מיון

על פי הנחיית מד"א³⁸ על מד"א לפנות מטופלים לבית החולים הקרוב ביותר, אלא אם כן המטופל או בא כוחו מבקשים לפנותו לבית חולים אחר, ובלבד שהפינוי לאותו בית חולים אינו צפוי להחמיר את מצבו הרפואי של המטופל. לפי הנחיית משרד הבריאות³⁹ חובה על מטפל להעביר את המידע הרפואי בנוגע לטיפול שהעניק וכל מידע אחר המצוי ברשותו לגורם הממשיך בטיפול לשם הבטחת הרצף הטיפולי. לפיכך - צוות מד"א שמביא מטופל למחלקה לרפואה דחופה שבאחד מבתי החולים (חדר מיון, להלן - מלר"ד) רשאי לעזוב את בית החולים רק לאחר שהמטופל התקבל במלר"ד והמידע הרפואי שלו נמסר במלואו לצוות המלר"ד. על צוות מד"א להשלים כנדרש גם את הדיווח ברשומה הרפואית, לנקות את האמבולנס, לדווח למוקד מד"א על כך שסיים את המשימה ואז לאשר שהוא פנוי לקריאה נוספת⁴⁰. עיכוב בתהליך זה פוגע בזמינות של צוותי מד"א.

הנחיית מד"א בנוגע לזמני השהייה של רכבי ההצלה בבתי החולים⁴¹ קובעת ש"ככלל, פרט למקרים חריגים, אין סיבה שצוות המפנה מטופל למלר"ד ישהה בבית החולים יותר מ-20 דקות". המשנה למנכ"ל מד"א מסר לצוות הביקורת כי הזמן הרצוי המיטבי לשהייתו של אט"ן בבית החולים הוא ארוך יותר - חצי שעה, משום שהמטלות של צוותי האט"ן הן מורכבות יותר (להלן - זמן מיטבי לשהיית אט"ן).

סיבות אפשריות להתעכבות אמבולנסים במלר"ד - עיכוב של אמבולנס לבן או אט"ן בבית החולים יכול להתרחש בשל מגוון סיבות, כמו אלה: המתנה לצוות המלר"ד שיתפנה לקבל את המטופל ויקצה לו מיטה (חלק מתהליך הקליטה של המטופל), טיפול במקרה מורכב, וניקיון יסודי של אמבולנס מלוכלך במיוחד.

1. **התעכבות צוותי מד"א במלר"ד בשל המתנה להקצאת מיטה:** בישיבה של המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה בנובמבר 2017 הצביע מנהל אגף הרפואה במד"א על עיכובים חוזרים ונשנים של צוותי אט"נים במלר"דים הממתינים לכך שצוותי המלר"ד יתפנו לקבל את המטופל. המועצה המליצה למד"א ולמשרד הבריאות לדון בעניין עם הנהלות בתי החולים שבהם נמצאו חריגות ניכרות מהנתונים הממוצעים הארציים.

משרד מבקר המדינה בדק את נתוני מד"א לעיכובים בבתי החולים הנובעים מהמתנה להקצאת מיטה, לחודשים ינואר-אוגוסט 2018. מנתוני מד"א עולה כי ברוב בתי החולים קיימים עיכובים מסיבה זו, כך שהאט"נים חורגים

38 מד"א - אוגדן מקצועי לעבודת צוות BLS מינואר 2016. [BLS = BASIC LIFE SUPPORT] - סעד חיים בסיסי.

39 חוזר מנכ"ל 9/06 בנושא מגילת זכויות המטופל בראייה של חובות המטפל, מ-3.4.06.

40 חוזר מד"א בנושא זמני שהייה של רכבי ההצלה בבתי החולים, 43/107 מ-6.8.15.

41 שם.



על משרד הבריאות
לבחון ביסודיות
בשיתוף מד"א, בכל
בתי החולים, את נושא
העיכובים של צוותי
מד"א במלר"ד
שמקורם בהמתנה
להקצאת מיטה,
ולפעול עם מנהלי בתי
החולים ומד"א
לצמצום הבעיה

מהזמן המיטבי לשהיית אט"ן. להלן דוגמאות לזמני שהייה חריגים של אט"נים במלר"דים⁴²:

בית החולים בילינסון - בינואר 2018 שהו אט"נים בבית החולים בילינסון 60 דקות בממוצע - פי שניים מהזמן המיטבי לשהיית אט"ן;

המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון (להלן - וולפסון) - באותו חודש שהו אט"נים בוולפסון 62 דקות בממוצע, יותר מפי שניים מהזמן המיטבי לשהיית אט"ן;

המרכז הרפואי רמב"ם (להלן - רמב"ם) - באפריל 2018 שהו אט"נים ברמב"ם 72 דקות בממוצע, הרבה יותר מפי שניים מהזמן המיטבי לשהיית אט"ן;

המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה (להלן - סורוקה) - באוגוסט 2018 שהו אט"נים בסורוקה 67 דקות בממוצע, יותר מפי שניים מהזמן המיטבי לשהיית אט"ן.

יש לציין שבמקרים נקודתיים פנה מד"א למשרד הבריאות, להנהלות בתי החולים ולמנהלי המלר"דים. למשל, בינואר 2018 פנה מד"א למנהל המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא - תל השומר כדי להתריע על העומס הקיים אצלם במלר"ד. במרץ 2018 פנה מד"א למשרד הבריאות בנוגע לעיכובים של צוותי מד"א במספר מלר"דים במרכז הארץ.

נמצא כי המשרד לא ניתח את התמונה המלאה של זמני השהייה של אט"נים במלר"דים, ולכן לא הציע פתרון מתאים לבעיה זו. משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי כמאסדר של מערכת הבריאות ובעלים של חלק מבתי החולים, עליו לבחון בצורה יסודית בשיתוף מד"א, בכל בתי החולים, את נושא העיכובים של צוותי מד"א במלר"ד שנובעים מהמתנה להקצאת מיטה. עליו להעלות את ממצאיו לפני מנהלי בתי החולים, ולפעול איתם ועם מד"א לצמצום ממדי הבעיה.

בתשובת מד"א הוא ציין, כי הוא פיתח יישומון שמטרתו לבטל את הצורך במעבר במלר"ד במצבי חירום לבביים ובשבץ מוחי, וזאת באמצעות העברת מידע רפואי על מטופלים ישירות לרופאים במחלקות אלה.

בתשובה שמסר וולפסון למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2018 הוא ציין, שהנהלת וולפסון נפגשה עם הנהלת מד"א כדי לדון בין היתר בנושא התמשכות השהייה של אט"נים במלר"ד במטרה לצמצם אותה.

בתשובה שמסרה שירותי בריאות כללית למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2018 (בנוגע לבלינסון שבבעלותה) היא ציינה, שצוותי המלר"ד של בתי החולים שלה מייחסים חשיבות רבה לשחרור רכבי החירום להמשך משימותיהם במהירות האפשרית ביותר, ולכן הם עושים מאמצים רבים לכך שמטופל שהגיע באמבולנס יקבל מייד מיטה במלר"ד.

בתשובה שמסר רמב"ם למשרד מבקר המדינה בינואר 2019 הוא ציין, שנוהל בית החולים והוראות הנהלת בית החולים למלר"ד הם לתת זכות קדימה לקליטת מטופלים מאמבולנסים כדי לשחרר אותם מהר ככל האפשר.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי ערך ביקורת פתע בבתי החולים שמד"א טען שנמדדו בהם זמני שהייה ארוכים מדי של צוותי אמבולנסים במלר"ד. הועלה שהתוצאות "לא הצביעו על זמני שהייה חריגים של האמבולנסים", אם כי במקרים מסוימים סביר ומקובל שהדבר יקרה. המשרד הוסיף כי ביקש ממד"א לקבל את הנתונים שהציגו זמני שהייה ארוכים של אמבולנסים במלר"ד, כדי שיוכל להצליבם עם הנתונים מבתי החולים, לבחון את התהליך ולאחר את הגורמים המעכבים את האמבולנסים במלר"ד, אך טרם קיבל אותם. המשרד ציין גם שהוא שם בראש סדר עדיפויותיו את קידום המענה לבעיית העומס במלר"ד, והוא מפעיל תוכנית לאומית לחיזוק המלר"דים ובמקביל מבצע בקורות בבתי החולים ובהם, בין השאר, נבדקות הטענות על עיכוב אמבולנסים במלר"ד. בהתאם לכך, במרץ 2016 הנחה המשנה למנכ"ל משרד הבריאות את הנהלות בתי החולים לפעול לשחרור מהיר ככל האפשר של צוותי האמבולנסים מהמלר"ד. המשרד הוסיף כי הוא סבור שיש מקום לבחון את נושא זמני שהייה של האמבולנסים בצורה יסודית יותר, תוך שיתוף מידע מלא והדדי וביצוע בקורות משותפות של משרד הבריאות ונציגי מד"א כדי למגר תופעה זו.

במסגרת הבדיקה שהודיע המשרד שיעשה, עליו להוביל עבודת מטה בשיתוף מד"א, בתי החולים והמועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה, שבה יוגדרו יעדים ומדדים לזמני שהייה מיטביים של צוותי אמבולנסים לבנים ואט"נים במלר"דים. בהמשך עליהם לקבוע תהליך יעיל לקליטה ראשונית של המטופל מרגע הגעת צוות מד"א למלר"ד עד שחרור האמבולנס וצוותו.

2. **השפעת מדד האיכות של בית החולים וחוזר מינהל רפואה במשרד הבריאות על שהיית האמבולנסים בבתי החולים:** בתוכנית הלאומית למדדי איכות בישראל לבתי החולים הכלליים שאושרה במשרד ב-2012⁴³, נכלל מדד איכות המנטר את פרק הזמן מהקבלה המינהלית למלר"ד (פתיחת תיק בידי צוות המלר"ד) ועד המגע הרפואי הראשון ובדיקה ראשונית למטופל (טריאז' קליני) שנקרא "זמן חציוני מהכניסה לבית

43 תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב-2012 הן הבסיס החוקי לתוכנית.

החולים ועד לביצוע טריאז'. נכון למועד סיום הביקורת טרם נקבע יעד למדד זה. נוסף על כך, לפי הנחיות המשרד בחוזר מינהל רפואה בנושא⁴⁴, על מנהלי המלר"דים לקבוע תהליכי עבודה שיבטיחו ככל הניתן שפרק הזמן האמור לא יעלה על 15 דקות.

העומס הרב במלר"דים והלחץ על צוותי המלר"דים לעמוד בהנחיות המשרד כאמור עלולים ליצור תמריץ לצוותי המלר"ד שלא להזדרז ולקלוט את המטופל שהביא מד"א, כדי לדחות את פתיחת התיק (שכן מרגע זה מתחילה ספירת 15 הדקות שנקבעו כיעד). במקום זה יעדיפו להמתין ל"חלון זמן" נוח יותר מבחינתם, כשבניתיים צוות מד"א ימשיך בטיפול בו.

כחלק מעבודת המטה שהמשרד נדרש להוביל, עליו לעדכן את מדד האיכות בנוגע לפרק הזמן מהקבלה המינהלית למלר"ד עד המגע הרפואי הראשון והבדיקה הראשונית של המטופל, ולבחון אם הנחיות המשרד אינן יוצרות תמריץ לעיכוב קליטת המטופל במלר"ד.

מודל מד"א בקהילה כניסיון לפתרון בעיית העיכובים של האמבולנסים במלר"ד

כ-9% מהמטופלים שהגיעו למלר"ד הם אלו שפינה מד"א⁴⁵. פינוי של מטופלים למלר"דים ללא צורך רפואי ממשי מגביר את העומס הקיים עליהם ממילא. מאחר שהחלטה על אי-פינוי של מטופל למלר"ד יכולה להתקבל רק על ידי רופא, וצוותי מד"א באמבולנסים ובאט"נים אינם כוללים רופא, הדבר גורם, לא פעם, לפינוי מיותר של מטופל למלר"ד, אף שצוות מד"א סבור שאין בכך צורך. כדי לשפר את זמינות האמבולנסים והאט"נים ולהימנע מפינוי מטופלים למלר"ד ללא צורך, גיבש מד"א בתחילת 2017 הצעה למודל מד"א בקהילה.

מודל מד"א בקהילה מתבסס על הקמת מוקדי רפואה בתחנות מד"א - בכל מוקד יהיה צוות של פרמדיק וחובש אחד לפחות (להלן - צוות המוקד). צוות המוקד יגיש טיפול ראשוני לפונים שיגיעו לתחנה או בבית הפונה לפי קריאה. נוסף על כך יפעיל המוקד רופאים שמד"א יתקשר עמם והצוות יסתייע בהם באמצעות כלים טכנולוגיים שונים, כדי לאבחן את מצבו הרפואי של הפונה ולהחליט אם יש לפנותו למלר"ד או לטפל בו בלי לפנותו. להערכת מד"א מודל זה יביא להפחתה של 20%-25% מהפינויים של מד"א למלר"דים.

ביולי 2017 הציג מד"א את המודל לפני שר הבריאות ואנשי משרדו. השר סיכם כי מד"א יקדם את התוכנית ויבצע פיילוט. שנה לאחר מכן, ביולי 2018 במהלך הביקורת, פנה המשנה למנכ"ל משרד הבריאות וראש חטיבת הבריאות (להלן -

44 חוזר מינהל רפואה "מיון ראשוני במחלקות לרפואה דחופה - טריאז'" מ-20.1.15. תחולת מדידת המדד מ-1.4.15.

45 על פי תשובת המשרד לממצאי הביקורת.

המשנה למנכ"ל המשרד) למנכ"ל מד"א וביקש לקדם את הפעלת המודל עם קופות החולים. הצורך לפנות לקופות נובע מזה שעל פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, על קופות החולים להשתתף בעלות של כל פנייה דחופה לאחד משירותי החירום ברפואה, ובהם מד"א (בהתניות מסוימות). בהמשך פנה מד"א מפברואר-אפריל 2018 לארבע קופות החולים וביקש לקדם את הפעלת המודל ולתמחר את השירות שיספק והקופות יצטרכו לשלם בעבורו.

נכון למועד סיום הביקורת לא נקבעה המתכונת להפעלת המודל וממילא לא התחיל מד"א להפעיל את הפיילוט, כפי שהנחה שר הבריאות. המשנה למנכ"ל מד"א הסביר כי הסיבה העיקרית לכך היא שעדיין אין הסכמה עם קופות החולים על מחיר השירות.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי הסדרת המודל נדרשת במספר מישורים ובהם: הסדרת הפעולות שהפרמדיק מבצע בבית המטופל, הסדרת התעריף לשירות שדורשת את אישור משרד האוצר, וייתכן שאף יהיה צורך בשינוי חקיקה. יש לוודא שצוותי מד"א יישארו זמינים לא רק למקרי מחלה אלא בעיקר למקרים דחופים מסכני חיים. הוא הוסיף כי לא ברור כלל שצפויה הפחתה במספר הביקורים במלר"ד בעקבות הפעלת מודל מד"א בקהילה.

בתשובה שמסרה קופת חולים מאוחדת למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2018 היא ציינה, כי הקמת מערך מקביל של רפואת חירום על ידי מד"א יביא לידי כפל תשתיות. ככל שמדובר בחולים שמתאימים לקבל טיפול בקהילה - יש להפנותם לשירותי הקהילה הקיימים ולא למוקד חדש שיוקם על ידי מד"א, שעלול ליצור מתח בין מד"א ובין קופות החולים האמונות על השירות.

בתשובה שמסרו שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2018, הן ציינו כי יש לקחת בחשבון שמודל זה עלול להגדיל את מספר הפניות למד"א, ובשל כך ייתכן שמספר ההפניות למיון לא יפחת. מכבי שירותי בריאות הוסיפה כי נכון שמד"א יקים מוקדים פיזיים לטיפול במטופלים בהשתתפות המדינה. שירותי בריאות כללית הוסיפו כי בימים אלה בוחן צוות בדיקה משותף לה ולמד"א את הדרכים לצמצום הסיכון של עלייה במספר הפניות למד"א, שבעקבותיה יגדל מספר ההפניות למיון ובכך יגדלו ההוצאות של הקופות.

בתשובה שמסר משרד האוצר למשרד מבקר המדינה בינואר 2019 הוא ציין, כי הוא פועל בשיתוף פעולה עם קופות החולים ועם מד"א כדי לנסות לקדם שירות חשוב זה למרות הקשיים הרבים שיש בתוכנית, ובהם החשש שהשירות יביא לידי גידול ניכר בהוצאה הלאומית לבריאות, להגדלת מספר הפניות למד"א, ולא יהיה שינוי במספר המתפנים למיון.

שר הבריאות מצא לנכון להורות על קידום מודל מד"א בקהילה, והטיל את האחריות לכך על מד"א. מאחר שזהו אינטרס משותף הן של מד"א והן של המשרד, עליהם לפעול במשותף כדי לבחון את ההיתכנות של הפעלת מודל מד"א בקהילה לעומת חלופות אחרות שיכולות לצמצם את העומס במלר"דים. אם יימצא שהמודל הוא בר ביצוע, יש לפעול להסדרתו. כיוון שמימוש המודל כרוך בהסכמות של קופות החולים, שהמשרד אחראי לאסדרה של פעילותן ראוי לשתף גם את קופות החולים בתהליך זה. במסגרת ההסדרה על משרד הבריאות לקבוע כללים מנחים להפעלת השירות תוך ביצוע מעקב ובקרה. עליו לפעול לשינוי חקיקה אם יהיה בכך צורך, ולבחון עם משרד האוצר אם נדרשת מעורבותה של ועדת המחירים הבין-משרדית⁴⁶ בתמחור השירות.

46 ועדה בין משרדית שפועלת מכוח חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996. בוועדה ארבעה חברים: שני חברים ממשרד האוצר (כולל יו"ר הוועדה), ושני חברים נוספים מהמשרד הממשלתי הרלבנטי לתחום הפיקוח.

ליקויים בהסדרת תחום העזרה הראשונה והרפואה הדחופה טרום-בית חולים בידי משרד הבריאות

שלוש יחידות ארגוניות במשרד הבריאות אחראיות בשגרה ובעיתות חירום לפעילותם של הגופים המספקים מענה לאומי לשירותי עזרה ראשונה ורפואה דחופה טרום-בית חולים. בהן שני גורמים בשגרה: מנהלת תחום מד"א בחטיבת הבריאות, האחראית לטיפול המקצועי והמינהלי במד"א ולשירותי עזרה ראשונה, ומנהל תחום פיקוח ורישוי אמבולנסים באגף לרפואה כללית שבחטיבת הרפואה⁴⁷. עם תחומי אחריותם נמנים אלה: הגדרת מדיניות, סטנדרטים ונהלים לטיפול ופינוי; ניהול ואבטחת איכות; פיקוח; בקרה; תחקור; הכשרה; רישוי; וטיפול בתלונות. האגף לשע"ח אחראי למד"א בעיתות חירום.

עמימות בנוגע לאחריות משרד הבריאות למד"א

כבר בדוח קודם משנת 2012 (להלן - הדוח הקודם על מד"א)⁴⁸ ציין מבקר המדינה כי "לא ברור מה היקף תפקידו של משרד הבריאות כלפי מד"א, מה היקף אחריותו, ויש לצקת תוכן להגדרה שבחוק 'אחראי לביצוע חוק מד"א'". מבקר המדינה קבע בדוח הקודם על מד"א כי "על משרד הבריאות להגדיר בצורה ברורה את אחריותו לביצוע חוק מד"א, [ו]את מערכת היחסים בינו ובין מד"א" ואת תפקידי נציגי המשרד במוסדות המנהלים בארגון.

לאחר פרסום הדוח באוגוסט 2011 מינה המשנה למנכ"ל המשרד דאז, ד"ר בעז לב את הוועדה לבחינת דרכי ההפעלה והשליטה למענה ראשוני לשירותי עזרה ראשונה טרום-בית חולים במערך שירותי הרפואה הדחופה "בראשות ד"ר בועז תדמור, משנה וממלא מקום מנהל המרכז הרפואי רבין, פתח תקווה (להלן - ועדת תדמור). בינואר 2014 פרסמה ועדת תדמור את המלצותיה. דוח ועדת תדמור הוצג לפני מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' ארנון אפק, בתחילת יולי 2014. המנכ"ל דאז הנחה את מנהלת תחום מד"א להוציא סיכום של המלצות הוועדה ולבדוק את מידת יישומן. הדיווח על יישומן הוצג לפני המנכ"ל דאז באמצע אותו חודש.

בדוח ועדת תדמור עמדה הוועדה על היעדר אסדרה שיטתית ומחייבת ועל מגבלות הפיקוח של משרד הבריאות על תחום הרפואה הדחופה הטרם-אשפוזית כתוצאה מכך. היא ציינה כי "בתחום הרפואה הדחופה הטרם אשפוזית

47 האגף כפוף לחטיבת הרפואה, והוא אחראי לפיקוח, בקרה ואסדרה של מוסדות רפואיים, לרבות חברות האמבולנסים הפרטיות.

48 מבקר המדינה, **דוח שנתי 62** (2012), "היבטים בפעילות מגן דוד אדום והמוסדות המנהלים שלו", עמ' 421.

והעזרה הראשונה, שמשליכה רבות על הישרדות החולה והנפגע, הצלת חיים ומניעת נכות, בשגרה ובחירום - המצב הרגולטורי, החוקי והמשפטי לא התקדם באופן מהותי ומקיף". עוד ציינה הוועדה: "עשרות שנים לא בוצעו הסדרה ועיגון שורשי בחקיקה של תחום כה חשוב במערכת הבריאות בישראל, ואף לא בנהלים או חוזרים ממסלתיים (למעט נהלים וחוזרים תוך אירגוניים)". "משך עשרות שנים, הוגבל משרד הבריאות, בשל היעדר כלים חקיקתיים מתאימים... לממש באופן מלא... את אחריותו המקצועית, חוקית ורגולטורית בנושא הרפואה הדחופה הטרומ אשפוזית ובפועל מאציל סמכויות בתחומים שונים (ללא הגדרות ברורות) למד"א כגוף מחליט, מסמך, מבקר, מנחה, קובע מדדי איכות וזמינות. משרד הבריאות... משך עשרות שנים שם את נושא הרפואה הדחופה הקדם אשפוזית בסדר עדיפויות נמוך ולא כחלק מסדר היום האסטרטגי שלו והדבר בא לביטוי גם בהיעדרותה של הרפואה הדחופה מתוכנית עמודי האש^[49] של המשרד שפורסמה לציבור, ומכל תוכנית... בעבר". אשר למד"א ציינה הוועדה כי הוא "בבחינת הרגולטור של עצמו". היא המליצה לממשלה ולשרת הבריאות דאז לקדם בהקדם באופן נחוש וממשי, ללא שיהוי, את חקיקת החוקים החיוניים להפעלה מסודרת ותקינה של מערכת רפואת חירום טרום-אשפוזית.

על הקושי הנובע מההגדרה העמומה של סמכות משרד הבריאות בנוגע למד"א עמד גם מנכ"ל משרד הבריאות (שכיהן כמנכ"ל גם בעת הביקורת), מר משה בר סימן טוב, ביוני 2016: "למשרד אין שום סמכות רגולטורית למול מד"א. יש צורך להסדיר סמכויות הרגולציה והפיקוח של המשרד. לצורך כך, נדרש שינוי במבנה התאגידי של מד"א בחוק".

למרות הערות מבקר המדינה בדוחות קודמים והמלצות ועדת תדמור - עד מועד סיום הביקורת הנוכחית לא יזם משרד הבריאות פעולות חקיקה שיאפשרו להתמודד עם החוסרים ונקודות התורפה הקיימים שהוצגו בפירוט בדוח ועדת תדמור⁵⁰.

בתשובת המשרד הוא חיזק את הכתוב בדוח ועדת תדמור וציין כי הסדרת הפיקוח על מד"א לא הייתה בסדרי העדיפויות של המשרד בשנים האחרונות, וכך צפוי שיהיה גם בשנת 2019, ולפיכך אין לצפות להסדרה של הנושא בשנה הקרובה.

49 תוכנית משרד הבריאות משנת 2011 לחיזוק מערכת הבריאות, ובה בין היתר תוכנית לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, הבטחת איכות הרפואה ושירותי הבריאות בישראל.

50 על שולחן הכנסת הונחו כמה הצעות חוק פרטיות הנוגעות לעניין: הצעת חוק ארגוני עזר רפואיים הפועלים בתחום רפואת חירום דחופה טרום-אשפוזית, התשע"ח-2017, שאחת ממטרותיה היא לקבוע כללים ותנאים להגברה, לשמירה ולהבטחה של התיאום בין ארגוני העזר הרפואיים ובין לבין מד"א, והצעת חוק פרטית להרחבת חוק מד"א (תיקון - פריסת אמבולנסים לטיפול נמרץ ברחבי המדינה) מיוני 2018.



היעדר הסדרה של
תחום רפואת החירום
הטרומ-אשפוזית עלול
לגרום לכך שהיבטים
בתחום זה ובפרט
כאלה הנוגעים
להצלחת חיים לא
יקבלו מענה, וכן
לבזבז משאבים בשל
היעדר ראייה כוללת
ולאומית

היעדר הסדרה של תחום רפואת החירום הטרומ-אשפוזית עלול לגרום לכך שהיבטים בתחום זה ובפרט בכאלה הנוגעים להצלחת חיים לא יקבלו מענה, לבזבז משאבים בשל חוסר בראייה כוללת ולאומית. הדבר מדגיש את החוסר ביד מכוונת בתחום. העובדה שהמשרד נמנע מלקדם חקיקה שתאפשר להתמודד עם חוסרים וחולשות במצב הקיים אינה עולה בקנה אחד עם תפקידו כמאסדר של תחום הרפואה הדחופה הטרומ-אשפוזית.

על משרד הבריאות בשיתוף מד"א ומשרד המשפטים, לקיים עבודת מטה משותפת ומסודרת שתביא בחשבון את המלצות ועדת תדמור ואת הערות הביקורת, כדי לקדם הסדרה יעילה וברורה של מארג היחסים שבין משרד הבריאות ומד"א. נוכח תשובת משרד הבריאות, עליו לבחון את התוצאות של אי-הסדרת הפיקוח על מד"א, ובהתאם לכך לקבוע את לוח הזמנים הנדרש להסדרתו, ואת הדרך היעילה והמהירה ליישום הפיקוח על מד"א.

הסדרת הפעילות של חברות אמבולנסים פרטיות

את שירותי ההסעה באמבולנס וקבלת הטיפול הרפואי במהלך הנסיעה בו מציעים מלבד האמבולנסים של מד"א גם חברות אמבולנסים פרטיות. נכון למועד סיום הביקורת היו למד"א כ-1,100 רכבי הצלה, ולכ-145 חברות פרטיות ועמותות שונות (להלן - חברות האמבולנסים הפרטיות) כ-480 אמבולנסים⁵¹.

גביית תשלום בעד הסעה באמבולנסים של מד"א מוסדרת בחוק מד"א ובתקנות מכוחו [תקנות מגן דוד אדום (אגרות הסעת חירום באמבולנס), התשס"ו-2006]. הפעלת שירותי אמבולנסים פרטיים אינה מוסדרת בחקיקה ראשית אלא, באופן חלקי בלבד, בתקנות התעבורה, התשכ"א-1961 ובנהלים פנימיים של משרד הבריאות. כל תאגיד או חברת אמבולנסים פרטית מחויבים ברישיון הפעלה מטעם משרד הבריאות, ובו מפורטים בעלי התפקידים בחברה, כשירות הצוות, הציוד של רכבי הצלה, תנאי הביטוח ועוד. תנאי הרישיון קובעים גם את כוח האדם הנדרש בהתאם לסוג רכב הצלה: ניידת טיפול נמרץ בחברת אמבולנס פרטית מחויבת להיות מאוישת ברופא, בחובש רפואת חירום (חובש-נהג) ובפרמדיק; אמבולנס לבן מחויב להיות מאויש בחובש רפואת חירום לפחות.

זה שנים שב ועולה הקושי לאכוף את נוהלי משרד הבריאות על חברות האמבולנסים הפרטיות. עוד ב-1994 הוגשה הצעת חוק שירותי אמבולנס שמטרתה הייתה להסדיר את פעילות חברות האמבולנסים הפרטיות. גם ועדת תדמור הצביעה על קושי זה וציינה שב"משך עשרות שנים, הוגבל משרד הבריאות, בשל היעדר כלים חקיקתיים מתאימים, ולעיתים עקב חוסר אפשרות לכך באי קידום חקיקה בידי המחוקק, לממש באופן מלא ומכיל את אחריותו המקצועית, חוקית ורגולטורית בנושא הרפואה הדחופה הטרומ אשפוזית". דוגמה לקושי זה עולה למשל מפסק דין משנת 2004 שניתן בעתירה מנהלית⁵²

51 נתונים ממנהל תחום פיקוח ורישוי אמבולנסים במשרד הבריאות, נכון למרץ 2018.

52 עת"ם (י-ם) 320/04 חברת ציון אמבולנס בע"מ נ' שר הבריאות, פ"מ מינהליים, תשס"ג 791 (2004).

שהגישה חברת אמבולנסים פרטית ובעל השליטה בה נגד משרד הבריאות וגורמים נוספים, בעניין סמכותו של משרד הבריאות לקבוע נוהל מחייב להפעלת שירותי אמבולנס פרטיים ללא הסמכה בהוראת חוק מפורשת. בית המשפט קיבל את העתירה וקבע בפסק הדין כי "משטר הרישוי שהונהג בנוהל [של משרד הבריאות] והנוגע לבעלי הרכב ולארגון הבעלות בחברות, והמציב דרישות בנוגע לאזרחות, להיעדר עבר פלילי, לביטוח אחריות מקצועית ולהכשרה מקצועית, נטול בסיס ואין הוראת חוק המסמיכה את משרד הבריאות להנהיגו" (להלן - פרשת ציון אמבולנס). פסק דין זה היה מושא להליכים נוספים ובכלל זה ערעור של שר הבריאות ובעלי תפקידים שונים במשרד הבריאות על פסק הדין⁵³. בסיום פסק דינו של ביהמ"ש העליון בערעור האמור מ-2011 נכתב: "המערערים הודיעו כי בכוונתם להשלים בהקדם את הליך החקיקה בתחום שירותי האמבולנס. יש לקוות כי המערערים אכן יחישו את הליך החקיקה ויביאו להסדרה כוללת של התחום בהקדם".

בעניין זה הסביר מנהל תחום רישוי ופיקוח אמבולנסים במשרד הבריאות כי היעדר חקיקה מתאימה מערערת את הסמכות שיש למשרד להפעיל כלי אכיפה יעילים על חברות אמבולנס פרטיות הפועלות בניגוד לנוהלי המשרד. כדוגמה הוא הציג מקרה שבו חברת אמבולנסים פרטית הפעילה ניידת טיפול נמרץ (נט"ן) בצוות חסר (ללא רופא), בניגוד לנוהלי משרד הבריאות ולאישור שניתן לה להפעלת הנט"ן. המשרד זימן את החברה לשימוע ביוני 2016. בעקבות זה עתרה החברה לבית המשפט בפברואר 2017 וטענה, בין היתר, שנוהלי המשרד נקבעו ללא סמכות. במועד סיום הביקורת, טרם ניתן פסק דין בעתירה.

אשר להיעדר סמכות האכיפה הסבירה היועצת המשפטית של משרד הבריאות כי "כל סמכויותיו של משרד הבריאות הינן לתת אישור הפעלה לאמבולנס - למתן שירותי רפואה דחופים. אין בצד הוראה זו סנקציות שרשאי משרד הבריאות להשית על חברות אמבולנסים המפרות את הנהלים ואף הנהלים עצמם לא קובעים סנקציות".

כדי לתקן את המצב הקיים, שבו למשרד אין סמכות לנקוט כלי אכיפה אפקטיביים נדרשת חקיקה מתאימה. להלן תיאור של שתי יוזמות חקיקה שנעשו מאז 2004:

הצעת חוק שירותי אמבולנס: בשנת 2005 התפרסמה מטעם הממשלה "הצעת חוק ממשלתית שירותי אמבולנס, התשס"ה-2005". בדברי ההסבר לחוק צוין כי "החוק המוצע בא למנוע הישנות של מקרים שבהם הופעלו אמבולנסים בלא מתקנים מתאימים ובלא ציוד הכרחי לטיפול בחולים ובנפגעים, וכן בלא צוות מקצועי ומיומן. במקרים אלה נזק למטופלים שנוקדו לשירותי האמבולנס, או שנמנע מהם טיפול חיוני". הצעת החוק נעצרה בשלב ההכנה לקריאה שנייה בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

על בסיס הצעת חוק זו וכן על בסיס הצעת חוק קודמת מ-1994, הכין המשרד תזכיר חוק שירותי אמבולנס, התשע"ד-2013 (להלן - תזכיר חוק שירותי אמבולנס) שמטרתו "לעגן את הפעלת שירותי האמבולנסים בחוק, להסדיר את

53 ע"מ 6250/04 שר הבריאות נ' חברת ציון אמבולנס בע"מ, (פורסם ב-29.11.11).

על מנכ"ל משרד הבריאות להסדיר את פעילות חברות האמבולנסים הפרטיות, כדי להביא לכך שיפעלו בהתאם לאמות המידה שקבע משרד הבריאות למען בריאות הציבור

מתן השירות ולהבטיח כי השירות יינתן בידי גורם המסוגל לתת שירות ברמה נאותה ובאמצעות צוות מיומן, והכל על מנת להגן על בריאות ציבור החולים הנזקקים לשירותי האמבולנסים". נכון למועד סיום הביקורת לא קודם תזכיר החוק לכדי טיוטת הצעת חוק, והמשרד עדיין בוחן את ההשפעות הרגולטוריות של ההצעה.

כאמור, מדובר בשירות בריאות שהוא טעון הסדרה מעצם טיבו, וכבר בפסיקה בפרשת ציון אמבולנס משנת 2004 עמד ביהמ"ש על הצורך בהסדרת תחום זה, ומאוחר יותר עמד על כך ביהמ"ש העליון בפסיקה משנת 2011.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי זה שנים שהוא ער להשלכות מכך שאין את ההסדרה הנדרשת של פעילות חברות האמבולנסים הפרטיות ושאינן בידיו כלי אכיפה אפקטיביים שיבטיחו הפעלת החברות כאמור בהתאם לאמות המידה של משרד הבריאות, למען ההגנה על בריאות הציבור. במשך השנים ניסה המשרד להתמודד עם קושי זה באמצעות קידום חקיקה מתאימה, אך כפי שעלה בביקורת, זה כחמש שנים שהמשרד מתלבט בנוגע להשפעות הרגולטוריות של החקיקה, ואינו מגיע לכלל גיבוש טיוטה של הצעת חוק מתאימה.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי לא ניתן לקיים אכיפה אפקטיבית על חברות האמבולנסים הפרטיות אלא באמצעות חקיקה ראשית. המשרד כתב כי קידום חקיקה זו לא היה בסדרי העדיפויות של המשרד לשנים האחרונות, וכך יהיה גם ביחס לשנת 2019, ולפיכך לא צפויה הסדרה של הנושא בשנה הקרובה.

משרד מבקר המדינה מעיר בחומרה למשרד הבריאות על הסחבת בהסדרת פעילותן של חברות האמבולנסים הפרטיות.

על מנכ"ל משרד הבריאות להסדיר את פעילות חברות האמבולנסים הפרטיות, כדי להביא לכך שיפעלו בהתאם לאמות המידה שקבע משרד הבריאות למען בריאות הציבור. על המנכ"ל לקבוע לשם כך לוח זמנים לאסדרת הנושא, ולהנחות לפיו את הייעוץ המשפטי של המשרד בנוגע להשלמת גיבושה של הצעת החוק וקידומה.

ליקוי בהסדרת שיתוף הפעולה בין מד"א ובין ארגון איחוד הצלה

כדי לתת שירותי עזרה ראשונה במהירות וביעילות מד"א מפעיל גם מערך כוננים לאומי. המערך כולל כ-5,200 כוננים מתנדבים. הכוננים, הפרוסים בכל הארץ הם בעלי הכשרה רפואית, והם מצוידים בצידוד רפואי ומוזנקים לאירועי שגרה וחירום. לרוב הכוננים הם גורמי המקצוע הראשונים הפוגשים את המטופל ומעניקים לו טיפול ראשוני מציל חיים עד הגעת האמבולנס וכוחות עזרה

ראשונה נוספים. הכוננים מופעלים באמצעות מוקד מד"א. פעילותם מוסדרת בתקנון מד"א המותאם לדרישות הצלב האדום.

פרט למד"א פועלים בתחום העזרה הראשונה וההצלה גם ארגוני מתנדבים ובהם איחוד הצלה ישראל (להלן - איחוד הצלה), שהוא ארגון המתנדבים הגדול ביותר, הצלה גוש דן, הצלה יו"ש ללא גבולות ועוד. במהלך השנים התגלעו מחלוקות בין מד"א לארגון איחוד הצלה על רקע אי-העברת מידע ממד"א לאיחוד הצלה על קריאות לעזרה דחופה וחוסר שיתוף פעולה בין כוננים משני הארגונים.

איחוד הצלה הוקם בשנת 2006 כעמותה המושתתת על כוננים מתנדבים למתן מענה רפואי ראשוני מציל חיים. נכון למועד סיום הביקורת, מצבת הארגון כללה יותר מ-5,000 מתנדבים, ובהם כ-4,000 אנשי רפואה (חובשים, פרמדיקים ורופאים), כ-650 אופנועים בעלי ציוד רפואי המשמשים את המתנדבים, כ-35 אמבולנסים ועוד מספר אמצעים. חלק מהכוננים מתנדבים גם במד"א וגם באיחוד הצלה.

בשנת 2011 הקים איחוד הצלה מוקד טלפוני עצמאי המוגדר כמספר חירום, וכן מוקד המפעיל את כונני הארגון⁵⁴ שחלקם כאמור מתנדבים גם במד"א. בעקבות זה החריפו המתחים בין שני הארגונים כיוון שחלק מהקריאות מגיעות למוקד 101 של מד"א וחלק מגיעות למוקד של איחוד הצלה המפעיל גם הוא את המתנדבים, והתוצאה היא כפל מוקדים.

על רקע המחלוקות עם ארגון איחוד הצלה, העיר מבקר המדינה בדוח הקודם על מד"א, על כך שמשרד הבריאות לא הסדיר את סוגיית הקשר בין מד"א ובין הארגונים הנוספים.

לאחר פרסום הדוח הקודם הוקמה כאמור ועדת תדמור. בדוח הוועדה מ-2014 צוין כי עם הזמן "נוצרה תחרות עזה ולעיתים חסרת שליטה ומעצורים בין הארגונים השונים ... על פלחי שוק של מתן עזרה ראשונה ... תוך ... שיווק אגרסיבי הן להרחבת פלחי השוק, הן להכרה לאומית כארגון עזר והן להאדרת השם וקבלת יוקרה לאומית ובין לאומית ... גם למען קבלת תרומות". עוד צוין כי פערים באסדרה הקיימת ופערים אחרים אפשרו את התחרות העזה עד כדי פוטנציאל לפגיעה ביעילות ובאיכות של רכיבי העזרה הראשונה לאוכלוסייה. עוד צוין כי "כל ארגון התנדבותי שאינו כפוף לחוק ברור ולמערכת רגולטורית מחייבת, בונה לעצמו תשתיות אירגוניות, תפעוליות, מקצועיות וכוח אדם כדי לענות על צרכים המוגדרים על ידו תוך פגיעה, לפעמים אנושה, בסינרגיה הנדרשת במצב של מחסור במשאבים, מחסור בכוח אדם ומחסור קריטי במערך רגולטורי מנחה, מבקר, מדריך ותומך. המצב היום, בו מספר ארגונים פועלים במקביל אך בנפרד ללא שנקבע גורם מתכלל אחד הינו מצב לא יעיל, מסוכן ופגום במהותו".

ועדת תדמור המליצה כי מנכ"ל משרד הבריאות יטפל ללא שיהוי בסכסוך המתמשך והמחמיר בין מד"א לאיחוד הצלה, וכי הוא יכריע בקביעת מנגנון של

54 במאי 2010 המליץ סגן שר הבריאות, ח"כ הרב יעקב ליצמן, לשר התקשורת דאז, ח"כ משה כחלון, להקצות מספר חירום מקוצר לאיחוד הצלה.

הזנקת הכוחות ושיתוף הפעולה ביניהם, באיחוד המוקד שאליו פונה הציבור ובטיפול מידי בכל תלונה הקשורה לכך, "תוך נקיטת כל צעד משפטי או מנהלי כדין, למניעת סיכון לבריאות הציבור".

בשל המחלוקות הקשות שהתגלעו והצורך למצות את היכולות של מד"א ושל איחוד הצלה, ובהתאם להמלצות ועדת תדמור חתמו בשנת 2014 מד"א ואיחוד הצלה במעמד שר הבריאות, על מזכר הבנות (להלן - מזכר ההבנות). במזכר ההבנות הוסכם על שיתוף פעולה בין שני הגופים, כדי להבטיח מתן טיפול מקצועי, ולפעול לרווחת הציבור בכל רחבי הארץ.

ביוני 2014 הסדיר משרד הבריאות בחוזר מנכ"ל⁵⁵ את הגדרת הקריטריונים למורשים לשמש כוונים חוץ מצוותי מד"א. החוזר קבע שארגון המעוניין להפעיל כוונים מטעמו יעביר למשרד הבריאות את רשימת הכוונים הכשירים, וזה יעביר אותה למד"א. אולם למרות החוזר המחלוקות הקשות בין מד"א לאיחוד הצלה נמשכו, וביוני 2017 הסדיר משרד הבריאות בחוזר מנכ"ל⁵⁶ נוסף מתווה לשיתוף פעולה בין מד"א לאיחוד הצלה, ובו נקבעו נוהלי העבודה ושיתוף הפעולה ביניהם (להלן - החוזר מיולי 2017). זאת כדי להגדיל את מספר הכוונים הפוטנציאלי במדינת ישראל ולהפעילם ביעילות ובמקצועיות להצלת חיים. על פי החוזר יופעלו כווני איחוד הצלה במסגרת המנגנון של מוקד הכוונים הלאומי שמד"א מפעיל.

1. **עיכוב בהתקנת היישומון (אפליקציה) של מד"א אצל כווני איחוד הצלה:**

החוזר מיולי 2017 קבע כי כווני איחוד הצלה שיועקו במסגרת המנגנון של מוקד הכוונים הלאומי שמפעיל מד"א יישאו מכשיר טלפון נייד, שבו יופעל יישומון מד"א המותאם לפעילות של איחוד הצלה. יישומון זה יאפשר למד"א לדעת את מיקום הכוונים של איחוד הצלה כדי להזניק אותם לאירוע הקרוב אליהם. היישומון יאפשר גם בקרה במוקד מד"א ובמוקד איחוד הצלה על הדיווחים המתקבלים מהכוונים, ובכלל זה דיווח על יציאה לאירוע והגעה אליו. בחוזר נקבע כי הוא תקף מיום פרסומו (3.7.17), ויתחיל לפעול כחודשיים לאחר השלמת פיתוח היישומון והטמעתו במערכות המידע והשליטה של הארגונים שתהיה לכל המאוחר כחצי שנה מיום פרסומו של החוזר. באוגוסט 2018 במהלך הביקורת, מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי באותו חודש החלה הטמעתו של היישומון המותאם והחיבור של כווני איחוד הצלה.

55 חוזר מנכ"ל 1/14 מיום 1.1.14 בנושא הסדרת המענה הראשוני להגשת עזרה ראשונה על ידי כווני רפואת חירום.

56 חוזר מנכ"ל 5/17 מיום 3.7.17 בנושא שיתוף פעולה בין מד"א לאיחוד הצלה בהפעלת מערך כוונים.

במועד סיום הביקורת, טרם השלים משרד הבריאות את הטמעת יישומון מד"א אצל כונני איחוד הצלה. לפיכך מוקד מד"א לא יכול היה לגבש תמונה מדויקת ושלמה על מקומם של כלל הכוננים, ומכאן שאינו יכול למצות את פוטנציאל הכוננים ולנהל אירועים בצורה יעילה ומיטבית.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי הנחה את איחוד הצלה לסיים את חיבור הכוננים ליישומון עד 7.1.19, ובפברואר 2019 הוסיף כי מרבית המתנדבים שעליהם הצהיר איחוד הצלה כבר מחוברים ליישומון.

2. משרד הבריאות אינו מצליח לאכוף את הנחייתו בנוגע לפרסום מספר

מוקד החירום של איחוד הצלה: מאחר שמשנת 2011 מפעיל איחוד הצלה מוקד טלפוני עצמאי שאותו הגדיר כמספר חירום, לא זו בלבד שנוצר כפל מוקדים אלא גם בלבול בקרב הציבור בנוגע למוקד החירום שאליו יש להתקשר. לכן נקבע במזכר ההבנות מ-2014 כי איחוד הצלה יפרסם את מספר הטלפון של מד"א (101) בכל פרסום המודיע על מספרי החירום ויעביר את שיחות החירום שיקבל למוקד מד"א.

על הבלבול בציבור בנוגע למוקד שיש להתקשר אליו בעת הצורך מלמדות הדוגמאות האלה: בעקבות הפרסומים בתקשורת פנה אדם למשרד הבריאות בפברואר 2017 בטענה שלא ברור לו למי עליו להתקשר במצב חירום רפואי; ביולי 2017 פנתה למשרד הבריאות עובדת תאגיד שמסייע לעובדים זרים בבקשה להבהיר לה אם היא יכולה לפנות לאיחוד הצלה במספר הטלפון שהם מפרסמים.

בחוזר המנכ"ל מיוולי 2017 הוסדר כפל המוקדים, ונקבע בו כי כונני איחוד הצלה יופעלו במסגרת המנגנון של מוקד הכוננים הלאומי שמפעיל מד"א, וכי איחוד הצלה יחדל מלפרסם לציבור את מספר הטלפון של המוקד שלו, כך שכל פניות הציבור יגיעו למוקד הכוננים הלאומי (מד"א 101) כדי לייעל את התהליך. לאחר פרסום החוזר, הכריז השר לביטחון פנים באוגוסט 2017 כי איחוד הצלה הוא גוף הצלה שיהיה כפוף להוראות הגוף האחראי לפיקוד ושליטה בטיפול באירוע אסון המוני⁵⁷.

המשנה למנכ"ל המשרד כתב במהלך הביקורת כמה פעמים למנכ"ל איחוד הצלה בנוגע להפעלה לא-ראויה של מוקד חירום לציבור ע"י איחוד הצלה, וכן על פרסום אסור של מספר החירום של איחוד הצלה. במכתב מאפריל 2018 ציין המשנה למנכ"ל המשרד כי הדבר נעשה בניגוד לחוזר המנכ"ל מיוולי 2017 ושהפעלת מוקד חירום לאומי נוסף מלבד זה הקיים במד"א אינה נכונה מבחינה מקצועית, ועלולה לבלבל את הציבור, להאריך את זמן התגובה עד הגעת האמבולנסים הנדרשים במקרי חירום ולפגוע בבריאות. עוד הוסיף כי אם איחוד הצלה ייצא בקמפיין בניגוד לחוזר המנכ"ל, יפעל

57 הכרזה על גוף שהוא גוף הצלה, לפי פקודת המשטרה [נוסח חדש], התשל"א-1971, י"פ 7571, התשע"ז 8724.

המשרד לבטל את ההכרה בו כארגון חירום לאומי. בנובמבר 2018 כתב המשנה למנכ"ל המשרד לאיחוד הצלה כי עליו להפסיק כל פרסום חדש של מספר החירום שלו, וכי יש להסיר את הפרסומים על אמבולנסים ואופנועים עד מאי 2019.

למרות ההסכמות בין מד"א לאיחוד הצלה שעוגנו במזכר ההבנות והנחיית משרד הבריאות בחוזר, עלה בביקורת שמשרד הבריאות לא הצליח לאכוף את הנחיותיו בדבר אי פרסום מספר הטלפון של מוקד החירום של איחוד הצלה במרשתת ובמקומות אחרים. הדבר עלול לגרום להטעיה של הציבור, כיוון שתושבים עלולים להניח בטעות כי המענה שהם מקבלים באמצעות המוקד של איחוד הצלה זהה לזה של מוקד 101 של מד"א. יש חשש שקריאות המגיעות למוקד של איחוד הצלה לא יועברו באופן שיטתי ומוסדר למוקד 101 של מד"א, ולכן לא תמיד יוזנק צוות מד"א למקום האירוע בזמן, כדי שיוכל לתת את המענה הרפואי הנדרש הכולל גם פינוי של המטופל לבית החולים.

בתשובת איחוד הצלה מדצמבר 2018 הוא ציין, כי הנחה את הגורמים הרלבנטיים מטעמו המופקדים על תחום הפרסום לחדול מלפרסם את מספר החירום בערוצי התקשורת או בעיתונות בהתאם להתחייבויותיו בפגישות שהתקיימו בין נציגיו ובין נציגי משרד הבריאות. איחוד הצלה הוסיף שסיכם עם המשרד שהמספר יישאר בעבור מגוון רחב של נושאים, ובהם פנייה לעזרה במקרים הומניטריים שאינם רפואיים וההפעלה המבצעית של המתנדבים. כן סיכם עם המשרד שלא יוריד את מספר הטלפון מכלי הרכב שברשותו.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי בכוונתו לפנות לשר התקשורת כדי שמספר מוקד החירום של איחוד הצלה לא ישמש לקריאות חירום.

על משרד הבריאות לבחון את נוסח הפרסום של מספר הטלפון של איחוד הצלה באתר המרשתת של הארגון ובערוצים האחרים, להבהיר לו בצורה חד-משמעית באילו מקרים ובאילו ערוצי פרסום יוכל לפרסם את מספר הטלפון שלו. על המשרד לוודא שאיחוד הצלה ינחה גם את מתנדביו שלא להפיץ את מספר הטלפון כמספר לקריאות חירום, בפרסומים כגון: מגנטים, שלטי הדרכה ופרסומים דומים ולפקח על כך. בהמשך לתשובת המשרד עליו להבטיח, בדרך הראויה ביותר לדידו, שמספר מוקד החירום של איחוד הצלה לא יפורסם כמספר לקריאות חירום ולפעול בנחישות ובעקביות לאכיפת הנחיותיו.

3. **הפעלת כוונת במקרה של קבלת קריאה במוקד מד"א:** מזכר ההבנות וחוזר המנכ"ל מיוני 2017 קבעו את שיטת ההפעלה של כוונת מד"א ואיחוד הצלה, והגדיר כאמור שכוונת איחוד הצלה יופעלו על ידי מוקד מד"א. החוזר



במועד סיום הביקורת
הנוכחית, יותר משש
שנים לאחר מועד
סיומה של הביקורת
הקודמת, עדיין לא
עלה בידי משרד
הבריאות להסדיר
כנדרש את הקשר
שבין מד"א לאיחוד
הצלה

אסר להעביר מידע על אודות פרטי מקרה שלא באמצעות מוקד מד"א. בפרט קבע החוזר כי חל איסור על העברת מידע זה בקבוצה, בתפוצה או בתשדורת קבוצתית כלשהי.

בביקורת עלה כי קיימות קבוצות משותפות של כוננים שמתנדבים גם במד"א וגם באיחוד הצלה, המעבירות מידע שהתקבל במוקד מד"א לקבוצת כוננים נרחבת, כך שניהול האירוע כבר אינו בשליטת המוקד. כך הופך המידע להיות חשוף ופרוץ, וקיים חשש להפרת החיסיון הרפואי של המטופל. כמו כן, הגעה של מספר כוננים גדול מהנדרש למקום האירוע עלולה ליצור אי-סדר במקום האירוע; לעורר חיכוכים בין אנשי צוות; לפגוע בפרטיות המטופל ובצניעותו; לחבל בבקרה על רמת ההכשרה של אנשי הצוות שמגיעים; להביא לידי בזבוז משאבי זמן של כוננים וליצור בעיה בשליטה באירוע משום שלעיתים קשה לדעת מיהם כל הכוננים שהיו במקום ומי היה האחראי.

במכתב מיוני 2018 כתב המשנה למנכ"ל המשרד לאיחוד הצלה, שאם הארגון יפעיל מוקד הזנקה חלופי למד"א בכוונת המשרד בין היתר להורות למד"א על הפסקה של העברת הודעות למוקד איחוד הצלה.

מאז הביקורת הקודמת במשך למעלה משש שנים, למרות ניסיונותיו של משרד הבריאות, לא עלה בידו להסדיר באופן מספק את הקשר שבין מד"א לאיחוד הצלה. משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי הצעדים שנקט עד כה - הפצת חוזר ואיום בהפסקת העברת ההודעות למוקד איחוד הצלה ובנטילת ההכרה בארגון כארגון חירום לאומי - לא הביאו לידי פתרון הבעיה, ולא מנעו את הפרסום של מספר הטלפון של איחוד הצלה כמספר לקריאות חירום. הדבר גורם להטעיית הציבור עד כדי סכנת חיים, שכן היחיד שיכול לתת שירותי עזרה ראשונה ושירותי פינוי מלאים הוא מד"א.

איחוד הצלה הוא ארגון המתנדבים הגדול ביותר העוסק במתן עזרה ראשונה. מטרתו לסייע למי שזקוק לעזרה רפואית והירתמותו הנרחבת לכך ראוייה לכל הערכה.

על משרד הבריאות לוודא גם כי מד"א עומד בהתחייבויותיו במזכר ההבנות ובחוזר המנכ"ל, ולהבטיח שהעבודה של מד"א תיעשה בשיתוף פעולה פורה עם איחוד הצלה זאת - מתוך שאיפה משותפת לסייע לציבור בשעת הצורך וכפי שצוין גם בדוח ועדת תדמור, מתוך תקווה והבנה ש"איש את-רעהו, יעזרו; ולא־חיו, יאמר חֲזַק" (ישעיהו מ"א, ו').

על משרד הבריאות לפעול לאלתר להסדרת יחסי הגומלין בין מד"א לאיחוד הצלה ולארגונים אחרים. על המשרד לאכוף גם את הנחייתו שכוניי איחוד הצלה יופעלו במסגרת המנגנון של מוקד הכוננים הלאומי שמפעיל מד"א ולהבטיח פעילות מלאה של היישומון. על המשרד לנקוט צעדים מעשיים שיחייבו את איחוד הצלה לעמוד במזכר ההבנות שעליו חתם ובחוזר המנכ"ל. זאת כדי להבטיח שעזרה ראשונה טרום-אשפוזית תינתן בצורה יעילה ומקצועית במטרה להציל חיים.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי מנכ"ל משרד הבריאות קבע שהחל ב-7.1.19, המועד הצפוי לסיום חיבור הכוננים ליישומון, יוקצו כוננים רק באמצעות היישומון ולא יועבר עוד מידע אליהם בכל דרך אחרת. הוא הוסיף כי המשרד פועל באינטנסיביות להטמעת החוזר והחלת כלל הסעיפים שבו באמצעות בקרים חיצוניים המוצבים ברציפות במוקד מד"א ובמוקד איחוד הצלה. עוד הדגיש כי הדבר מותנה בשיתוף הפעולה ובמחויבות של שני הצדדים למהלך.

בתשובה שמסר איחוד הצלה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2018 ובתשובת מד"א, הלינו הצדדים זה על זה.

על משרד הבריאות לקצוב פרק זמן להסדרת שיתוף הפעולה בין מד"א לאיחוד הצלה, ואם לא יצלח הדבר - עליו לנקוט אמצעים מתאימים.

פערים בהעברת מידע ממד"א למשרד הבריאות

התוכנית הלאומית למדדי איכות בישראל: מדדי טרום-בית חולים

האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות מוביל בשנים האחרונות תוכנית לאומית לניטור רציף של מדדי איכות קליניים, במטרה ליצור רצף טיפולי תוך התמקדות בנושאים שמעוניינים לקדם במערכת הבריאות לשיפור השירות שניתן בה. ניטור המדדים מתבצע בתחומים רפואיים רבים ובמסגרות טיפול שונות, ובהם ניטור מדדים בשירות טרום-בית חולים, כמו מד"א.

בשנת 2015 קבע משרד הבריאות כי עד ינואר 2017 בהדרגה יפעיל מד"א 12 מדדי איכות כדי לבחון את היעילות של פעילות האמבולנסים מבחינת הטיפול בשטח במקרי החיאה, אירועי לב ומוח, טראומה והנשמה, תוך קביעת מועד התחלת המדידה של כל מדד. בוועדת ההיגוי שעסקה בגיבוש מדדי האיכות השתתפו בין היתר משרד הבריאות, נציגים מבתי חולים ונציגים ממד"א. יש לציין כי המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה המליצה בנובמבר 2016 להקפיא את אחד המדדים, כך שבפועל היה על מד"א לדווח על 11 מדדים. מדדים אלה משמעותיים, שכן הם רכיב חשוב ביצירת רצף טיפולי מיטבי בין מד"א לבתי החולים. בין מדדי האיכות בשירות טרום-בית חולים: מתן הנחיות טלפוניות ממוקדן מד"א לביצוע החיאה בעת חשד לדום לב; הערכת שבץ מוחי על ידי צוות האמבולנס במקרים של חשד לאירוע מוחי; מסירת הודעה מוקדמת

לבית החולים במקרים של חשד לאירוע מוחי; וביצוע הערכת כאב למפונים באמבולנס.

מדדי האיכות במד"א: בתיקון לחוק מד"א מפברואר 2018 נוסף סעיף הנוגע למסירת מידע ודיווח⁵⁸ (להלן - התיקון לחוק מד"א מפברואר 2018) ובו נקבע ש"שר הבריאות בהתייעצות עם שר המשפטים ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת רשאי לקבוע הוראות בדבר דיווח של האגודה [מד"א] למשרד הבריאות בכל עניין הנוגע לפעילותה לפי חוק זה, ובכלל זה דרכי דיווח שיבטיחו כי מידע פרטני על מטופלים יועבר תוך הגנה על פרטיותם וצמצום החשיפה של נתונים שיש בהם כדי להביא לזיהויים למידה המזערית הנדרשת לשם השגת תכליות הדיווח". בתשובת המשרד הוא ציין, כי התקנות להסדרת אופן העברת המידע נמצאות בתהליך עבודה בימים אלה על ידי הייעוץ המשפטי של משרד הבריאות.

1. **אי-העברת נתוני מדדים ממד"א למשרד הבריאות:** מסיכום של משרד הבריאות ממאי 2018 בנושא מדדי איכות טרום-בית חולים לשנת 2015 עולה שמתוך 11 המדדים דיווח מד"א על חמישה בלבד. אשר לששת המדדים החסרים, על שניים מהם לא יכול היה לדווח מבחינה טכנית, שלושה מהם נמצאו עדיין בשלבי פיתוח, ובנוגע לאחד מהם הייתה למד"א הסתייגות מהגדרתו.

בסיכום התקציבי של משרד הבריאות ומד"א לשנת 2017, מאפריל 2017, הסכימו הצדדים שמד"א יעביר למשרד הבריאות דיווח על מדדי איכות בהתאם לתוכנית המדדים, וללוחות הזמנים המופיעים בתוכנית. ביוני 2018 הודיעה סמנכ"ל איכות ושירות במשרד הבריאות למנכ"ל מד"א כי בכוונתה לפרסם בספטמבר של אותה השנה את הממצאים של מדדי האיכות שדווחו לשנת 2017. היא דרשה ממד"א להשלים מיידית את הדיווח על ששת מדדי האיכות החסרים.

נמצא כי במועד סיום הביקורת טרם השלים מד"א את הדיווח שלו למשרד על אודות מדדי האיכות הנוספים, כפי שדרשה סמנכ"ל איכות ושירות של המשרד.

בתשובת מד"א הוא ציין, כי בנוגע למדדי האיכות המוסכמים, הוא מדווח למשרד על חמישה, שלושה מדדים נמצאים בפיתוח, אחד לא ניתן למדידה מבחינה טכנית, ובאחד הוא מסתייג מהגדרתו. מד"א הוסיף שבניגוד לבתי החולים וקופות החולים שהדיווח על מדדי האיכות שלהם מוסדר בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב-2012, מד"א מלכתחילה לא היה חייב להעביר מדדי איכות והוא הגיע להסכמה עם משרד הבריאות בדבר דיווח על מדדים מסוימים ועושה זאת לפנים משורת הדין.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי המשנה למנכ"ל המשרד דרש ממד"א בדצמבר 2018 להשלים את העברת הנתונים, כולל שלושת המדדים שמד"א הודיע למשרד בחודש יוני 2018 שהם בפיתוח, המשרד גם ביקש ממד"א לוח זמנים מדויק לפיתוח אותם המדדים.

על מד"א - כגוף המופקד על מתן שירותי עזרה ראשונה לכלל התושבים - לעשות את מרב המאמצים כדי לאפשר למשרד לנטר את פעילותו, לצורך הבטחת איכות הפעילות והשירות שהוא מספק

משרד מבקר המדינה מעיר למד"א, שכגוף המופקד על מתן שירותי עזרה ראשונה לכלל התושבים - הוא צריך לעשות את מירב המאמצים כדי לאפשר למשרד לנטר את פעילותו, לצורך הבטחת איכות הפעילות והשירות שהוא מספק והלקחים המופקים מהם. מערך מדדי האיכות הוא כלי בקרה חיוני המאפשר שקיפות בכל הנוגע לאיכות הטיפול של מד"א ולרצף הטיפול הניתן לציבור, ובכוחו להביא לידי שיפור השירות הרפואי הניתן לו. התקנת התקנות מכוח התיקון לחוק מד"א מפברואר 2018, תבהיר את חובת מד"א לספק נתונים על מדדי האיכות, ובהתאם לכך גם תקבע הוראות על דרכי הדיווח ממד"א למשרד. על המשרד ומד"א לקבוע לוח זמנים מחייב שבו תושלם היכולת לדווח על המדדים כנדרש.

2. **בעיה בהצלבת מידע בין מד"א לבתי החולים ולמשרד הבריאות בדיווח על מדדי האיכות:** שלב רגיש מבחינת האפשרות לפגיעה באיכות הטיפול במטופל הוא שלב המעבר בין מסגרות רפואיות, ובמקרה זה - יש צורך בשמירה על רצף טיפולי מתמשך במעבר בין הטיפול הראשוני במד"א לטיפול בבית החולים. לשם כך יש צורך בהצלבה בין הנתונים של מד"א ובין אלו של בתי החולים. הבסיס להשוואה של מדדי האיכות הוא פרטים אישיים של המטופלים, לרבות מספרי תעודת הזהות שלהם. היות שחשיפה של מידע אישי כזה עלולה לפגוע בפרטיות, יש להפעיל מנגנונים לאבטחת מידע. אחד הכלים לאבטחת מידע הוא השימוש במפתחות הצפנה. מד"א מצפין את הנתונים בצורה שונה מזו של המשרד בשל היבטי אבטחת מידע.

בביקורת עלה כי בשל שוני בין מפתחות ההצפנה של מספרי הזהות שבהם משתמש מד"א לעומת מפתחות ההצפנה שבשימוש המשרד ובתי החולים אי-אפשר להצליב בין קובצי הנתונים של הגופים. הדבר מונע אפשרות לבחון את הרצף הטיפולי במטופל שפונה על ידי מד"א לבית חולים, וכן את היכולת לנתח ולחקור את הנתונים ברמה מערכתית נרחבת כנדרש. בכך נפגמות יכולת הפיקוח והבקרה של המשרד על פעילותו המבצעית של מד"א והאפשרות לטיוב שיטות הטיפול בנפגעים.

נחוץ כי משרד הבריאות יקבע הוראות מכוח סמכותו של שר הבריאות בחוק, בדבר דיווח של מד"א למשרד בכל עניין הנוגע לפעילות מד"א לרבות דיווח על מדדי האיכות. עליו גם להבטיח שמתכונת הדיווח תאפשר הצלבה בין הנתונים של מד"א, המשרד ובתי החולים, כך שמידע פרטני וחשוב על מטופלים יועבר בין הגופים, תוך הגנה על פרטיותם והשגת תכלית הדיווח.

ממשקים בין מד"א לקופות החולים ולבתי החולים

הרשאה לצוות מד"א לצפות בנתוני המטופל: מידע על עברו הרפואי של המטופל הוא חיוני כדי שצוות מד"א יוכל לטפל בו במהירות וביעילות. כך, לדוגמה, חשוב שהצוות ידע על פרוצדורות ועל ניתוחים שעבר המטופל, על תרופות שהוא נוטל באופן קבוע, על רגישויות לתרופות, על אבחנות קודמות ועל בדיקות מעבדה. צוות מד"א מקבל את המידע מתשאל המטופל וממשפחתו, ואולם לא תמיד המידע זמין, שלם או מעודכן. כך, למשל, במקרה שהמטופל חסר הכרה ובני משפחתו אינם נמצאים עמו או במקרה שהמסמכים הרלוונטיים חסרים, ולמטופל ובני משפחתו אין מידע מדויק. בנסיבות אלה הגישה אל המידע הרלוונטי מתעכבת, או לא קיימת, דבר שעלול לפגוע באיכות הטיפול.

אמצעי שבעזרתו ניתן להתגבר על מגבלה זו הוא צפייה בזמן אמת בנתוני המטופל שנמצאים במאגרי המידע של קופת החולים שבה הוא מבוטח. אפשרות זו קיימת למשל במלר"דים. ואולם הדבר דורש הסדרה כדי למנוע פגיעה בפרטיות המטופל לפי הנדרש בחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981. נוסף על כך, כדי ליישם זאת יש צורך לפתח ולספק כלים טכנולוגיים מתאימים. הצורך בצפייה בנתוני המטופל עלה גם במשמרת שאליה הצטרף צוות הביקורת.

משנת 2014 דנים משרד הבריאות ומד"א במתן אפשרות למד"א לצפות בנתוני מטופלים. משרד הבריאות הסביר לצוות הביקורת, כי כדי שמד"א יוכל לצפות בנתוני המטופלים הוא נדרש לעמוד בכמה תנאים ובהם: קבלת אישור של היועץ המשפטי של משרד הבריאות, רכישת ציוד מתאים וביצוע בדיקות מטעם אגף המחשוב במשרד הבריאות. הוא הוסיף כי הנושא הוגש לדיון לקראת הכנת תוכנית העבודה של שנת 2019.

בתשובה שמסרה לאומית שירותי בריאות למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2018 היא ציינה, שנוסף על שיפור הנגישות של צוותי מד"א למידע הרפואי של המטופלים, היא מציעה שסיכום הטיפול של מד"א יועבר לקופה באופן אלקטרוני וייקלט ברשומה הרפואית, והדבר חשוב במיוחד לאותם מקרים שהמטופלים לא יגיעו לחדר המיון אלא יטופלו בביתם.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי יזמן ישיבה עם מד"א כדי להגיע לפתרון הראוי.

היות שמדובר בסוגיה עקרונית שיש לה היבטים מקצועיים, חוקיים ואתיים, הרי שעל משרד הבריאות לקחת בחשבון בדיוניו על נושא זה את האיזון שבין הזכות להגנה על הפרטיות ובין איכות הטיפול וסיכון החיים. על משרד הבריאות לפעול לקידום נושא זה תוך המגבלות והתנאים המחויבים, ועל מד"א לפעול בהתאם למנגנון ולכללים שייקבעו.

היעדר ממשק ממוחשב להעברת הרשומה הרפואית של המטופל ממד"א לבתי החולים: על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, קיימת חובת ניהול רשומה רפואית. החוק קובע כי המטפל יתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומה רפואית; הרשומה הרפואית תכלול, בין היתר, פרטים מזהים של המטופל והמטפל וכן מידע בנוגע לטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, אבחון מצבו הרפואי הנוכחי והוראות הטיפול.

לאחר שהסתיימה העברת המטופל לצוות המלר"ד, צוות מד"א ממלא דוח טיפול ממוכן. הצוות מדפיס את הדוח ומוסר אותו ידנית לצוות המלר"ד בבית החולים. צוות המלר"ד מצרף את הדוח שמילא צוות מד"א לתיק הרפואי של המטופל בבית החולים. מתכונת זו של העברת המידע חשופה לתקלות ולפגיעה ברצף הטיפול.

בדצמבר 2014 התקיים דיון בהשתתפות נציגי מד"א ונציגים של המשרד בנושא שילוב מד"א בפרויקט לשיתוף מידע רפואי. בין השאר נדון בו הצורך להעביר את המידע ממד"א למלר"דים באופן ממוחשב, במקום להדפיס את הטופס הממוכן. ואולם, בסיכום הדיון צוין שנכון לאותו זמן שיתוף המידע של מד"א אינו אפשרי ו"הנושא ייבחן בטווח הרחוק".

הקידמה הטכנולוגית, יעילות התהליך והיותו נוח לבקרה, מחייבים את משרד הבריאות לתת את דעתו על המתכונת הנכונה להעברת המידע מצוות מד"א לצוות המלר"ד תוך הבטחת פרטיות החולה החיונית.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי יזמן ישיבה עם מד"א כדי להגיע לפיתרון הראוי.

היעדר הנחיה לכלל בתי החולים על העברת משוב לצוותי מד"א: המשוב הוא אמצעי אפקטיבי לשינוי, לעיצוב, לחיזוק ולשיפור התנהגותו של אדם, והוא מספק למקבל אותו הזדמנות ללמידה ולשיפור. חוזר מנהל רפואה⁵⁹ קובע כי על מרכזי טראומה⁶⁰ להעביר משוב לצוותי מד"א או לכל גורם אחר שמפנה פצועים לבית החולים, וכן לארגון מפגשים בין בתי החולים לצוותים המטפלים טרום-בית חולים לדיון בטיפול בפצועים (לפחות פעמיים בשנה).

59 חוזר מינהל רפואה מס' 2/2011 בנושא "אמות מידה להכרת במרכז טראומה", מ-16.11.16.

60 בתי חולים שעמדו באמות מידה מסוימות כדי להיות מוכרים כמרכז טראומה.



בבתי חולים שאינם
מוגדרים כמרכזי
טראומה אין שגרה
מחייבת של משובים,
גם אם התגלו טעויות
או תקלות בטיפול של
צוותי מד"א

העברת משוב מסודר על רמת הטיפול טרום-בית החולים מבתי החולים למד"א היא חיונית כדי שמד"א ובתי החולים יוכלו ללמוד מהם, להפיק לקחים ולשפר את הטיפול בחולים. ואולם, בבתי חולים שאינם מוגדרים כמרכזי טראומה לא קיימת שגרה מחייבת של משובים גם במקרים שבהם התגלו טעויות או תקלות בטיפול של צוותי מד"א.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות שכדי שצוותי מד"א יהיו בתהליך מתמיד של שיפור ויכלו להימנע מחזרה על טעויות או תקלות בטיפול - עליו להנחות את כלל בתי החולים להעביר משובים למד"א, או לפחות להגדיר באילו מקרים יש לבצע תחקיר, ולקיים בקרה על יישומם.

היעדר הסדרה של מקצוע הפרמדיק

היעדר הסדרה של סמכויות הפרמדיקים

הגדרת מקצוע הפרמדיק נקבעה בתקנות הרופאים (כשירות לביצוע פעולות חריגות), התשס"א-2001 (להלן - תקנות הרופאים): פרמדיק הוא בעל תעודה מתוכנית שהכיר בה המנהל [מנכ"ל משרד הבריאות, או רופא מטעמו שהוא עובד המשרד], שלו הכשרה ייחודית להעניק טיפול רפואי מתקדם מחוץ לסביבת בית החולים. הפרמדיק מיומן לטפל במצבים מסכני חיים בעזרת הערכה ואבחון מדויקים, מתן תרופות מצילות חיים, עירוי נוזלים וביצוע ניתוחי חירום כדי לסייע למטופל. הכשרת פרמדיקים קיימת בכמה מסלולים: במד"א⁶¹, בצה"ל ובמסגרות לימודים שונות לרבות מסגרות אקדמיות. כל ההכשרות נעשות בשיתוף מד"א, ובידיו נמצא המידע על כלל מסיימי הקורסים.

תקנות הרופאים מפרטות את הפעולות החריגות המותרות לעוזר [עוזר הוא בעל מקצוע בתחום הבריאות שנקוב בתוספת השביעית לתקנות הרופאים, ובכללם פרמדיקים] לבצע. על פי תקנות הרופאים, מנכ"ל משרד הבריאות או רופא ממשרד הבריאות מטעמו ימנה ועדה מייעצת לפעולות חריגות (להלן - הוועדה לפעולות חריגות) שתפקידה לייעץ לו בעניין קביעת פעולות חריגות וביניהם התנאים וההיתרים שלהן⁶².

נכון למועד סיום הביקורת, מקצוע הפרמדיק אינו מוסדר בחוק ייעודי; לפיכך גם לא מוסדרות בחוק ייעודי הפעולות המותרות והייחודיות לו במסגרת תפקידו. לדוגמה, קיימים חילוקי דעות אם יש לשנות את האיסור החל על פרמדיקים במד"א לבצע החדרת נקז חזה⁶³. המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה המליצה לאשר את השינוי, ואולם הוועדה לפעולות חריגות מתנגדת לכך.

61 על תעודת ההסמכה של הפרמדיקים המסיימים את הכשרתם במד"א חותמים בין היתר מנכ"ל מד"א ומנכ"ל משרד הבריאות.

62 תקנות הרופאים (כשירות לביצוע פעולות חריגות), התשס"א-2001.

63 נקז חזה משמש בפרוצדורה כירורגית, המבוצעת בתנאי שטח.

אשר לצורך באסדרת מקצוע הפרמדיק, ציינה ועדת תדמור כי דרך המלך היא לעגן את מקצוע הפרמדיק בחקיקה ייעודית.

כדי להסדיר את מקצוע הפרמדיק ואת סמכויותיו פורסם מטעם הממשלה תזכיר חוק הפרמדיקים, התשע"ד-2014 לפיו מטרת החוק היא להסדיר את עיסוקם של פרמדיקים כדי להבטיח רמה מקצועית הולמת בתחום, כדי להציל חיים ולהגן על בריאות הציבור. בתזכיר החוק נכללת הגדרה הקובעת שפרמדיק הוא מי שהוענק לו רישיון פרמדיק לפי החוק המוצע. עוד מוצעות בו הוראות בנוגע לרישוי הפרמדיק ולפעולות המותרות והיחודיות במסגרת תפקידו.

ביוני 2014 הנחה מנכ"ל המשרד דאז, פרופ' ארנון אפק, לקדם את חקיקת חוק הפרמדיקים במהירות כדי לעמוד בדרישות השטח, ובעקבות המלצות ועדת תדמור.

בביקורת עלה כי מאז פורסם תזכיר חוק הפרמדיקים ועד מועד סיום הביקורת, לא קידם משרד הבריאות את הסדרת העיסוק כפרמדיק בחקיקה ראשית. היועצת המשפטית של המשרד הסבירה בתשובתה לשאלת משרד מבקר המדינה כי הסיבה לעיכוב היא "תעדוף".

גם בעניין זה ציין המשרד בתשובתו, כי הסדרת סמכויות הפרמדיקים לא הייתה בסדרי העדיפויות של המשרד לשנים האחרונות, וכך צפוי שיהיה גם בשנת 2019, ולפיכך אין לצפות להסדרה של הנושא בשנה הקרובה.

כדי להבטיח רמה מקצועית הולמת של העוסקים במקצוע הפרמדיק, על המשרד לקבוע לוח זמנים לאסדרת הנושא.

מאגר פרמדיקים לאומי

בדוח ועדת תדמור צוין כי אין תכנון לאומי מסודר למקצוע הפרמדיק. הוועדה סברה כי במסגרת תכנון כוח האדם במקצועות הבריאות במערכת הבריאות בישראל, לשגרה ולחירום, לטווח הקצר, הבינוני והארוך, נדרש תכנון של כוח האדם במקצוע הפרמדיק ושילובו במסגרות הקיימות, בעיקר עקב איכותו, היקפו ותפקידיו במערכות הרפואיות השונות כיום, ובכללן בצה"ל.

משרד הבריאות מקבל ממד"א בכל שנה עדכון של כל הפרמדיקים שהוכשרו. על פי נתוני מד"א, בכל אחת מהשנים 2007 עד 2017 הוכשרו בממוצע כ-150 פרמדיקים בכל המסגרות המכשירות פרמדיקים. מקומות התעסוקה שלהם הם בין היתר מד"א, צה"ל, בתי חולים, מוסדות ממשלתיים, ארגוני מתנדבים וכן בסקטור הפרטי. ייתכן שביניהם יש גם כאלה שלא יעסקו במקצועם.

כפי שעלה בביקורת זו, בעיתות חירום יש מחסור בפרמדיקים במד"א, מאחר שחלק מהם יגויסו לצה"ל (ראו להלן בפרק בנושא "כוח אדם לאיוש אמבולנסים במד"א בעיתות חירום"). כדי למצות את פוטנציאל התרומה של כל כוח האדם



מאגר פרמדיקים
מעודכן ומלא במשרד
הבריאות יכול לסייע
בשילוב הפרמדיקים
בשגרה ובעיתות
חירום בצה"ל, במד"א
או בתפקיד אזרחי

שהוכשר כפרמדיק יש לנהל רישום של כל הפרמדיקים בעלי התעודה במאגר לאומי אחד.

בביקורת עלה כי מאגר הפרמדיקים הקיים במשרד הבריאות לא כולל פרטים על העוסקים במקצוע בפועל ועל כשירות הפרמדיקים הרשומים בו, ולכן אין למשרד תמונת מצב מעודכנת על אודות הפרמדיקים. מידע חלקי זה פוגע ביכולת המשרד לנהל דיון משותף עם צה"ל בנוגע להצבה מיטבית של פרמדיקים בעיתות חירום בצבא, במד"א או בתפקיד אזרחי.

להשוואה - משרד הבריאות שולח פעמיים בשנה למפקדת קצין הרפואה הראשי (להלן - מקרפ"ר) רשימה של כל הרופאים הרשומים במאגר (בכל שנה מקבלים רישיון כ-1,050 רופאים) כדי לבדוק את השיבוץ האפשרי של כל אחד מהם בשירות מילואים כרופא. לגבי רופאים מסויימים מקיימים מקרפ"ר ומשרד הבריאות בדיקה אם בעיתות חירום יש לשבצם בצה"ל או בתפקידו האזרחי.

בתשובת המשרד הוא ציין, שהוא מקבל מדי שנה קובץ פרמדיקים שקיבלו רישוי ממד"א, אך בדומה למקצועות בריאות אחרים, למשרד אין מאגר נתונים הכולל מידע על אודות שמירת הכשירות של פרמדיקים ושל העוסקים במקצוע בפועל. המשרד הוסיף בתשובתו בפברואר 2019 כי אינו יכול לחייב את הפרמדיקים, כמו גם את בעלי המקצועות האחרים, להעביר לו נתונים על עיסוקם.

מאגר פרמדיקים מעודכן ומלא יכול לסייע בשילוב הפרמדיקים בשגרה ובעיתות חירום בצה"ל, במד"א או בתפקיד אזרחי. על כן, על משרד הבריאות לבחון את הדרך שבה יוכל לגבש מאגר כזה, ולתאם עם מד"א וצה"ל את דרכי עדכנו.

אי-הסדרת ההכשרה של מגישי עזרה ראשונה

הגשת עזרה ראשונה היא המענה הראשוני לשירותי עזרה ראשונה טרום-בית החולים במערך שירותי הרפואה הדחופה. עזרה ראשונה כוללת תחומים רבים ובהם: החייאה, טיפול בפגיעות אקלים, פגיעות מבעלי חיים ועוד. המטרה של הגשת עזרה ראשונה היא למנוע הידרדרות במצבו של הנפגע, להגדיל ככל האפשר את הסיכויים להצלת חיים ולמנוע מהנפגע נזקים נוספים. ידע בעזרה ראשונה חשוב לכל אדם, ובפרט לאנשים שנמצאים שעות רבות עם אנשים וילדים, כגון הורים, מורים וגננות.

בדוח ועדת תדמור צוין כי קיימת דרישה מרובה למגישי סיוע רפואי דחוף טרום-אשפוזי, כמו מגישי עזרה ראשונה בטיולי בתי ספר ובאירועי תרבות המוניים. בהיעדר הסדרה חוקית לרישוי או הרשאה לעיסוק במקצועות הרפואה הדחופה הטרום-אשפוזית והעזרה הראשונה, קיימות בשוק מסגרות רבות המעניקות תעודות הסמכה כמגישי עזרה ראשונה, בלי שנקבע שהן רשאיות לעשות זאת. ההכשרה ניתנת בהן ללא כל בקרה מקצועית הנדרשת בייחוד בתחום קריטי זה.

הדוח הצביע על הצורך לקבוע את תוכני הלימוד וההכשרה הנדרשים להגדרת המקצוע של מגיש עזרה ראשונה.

באמצע 2014 מינה ד"ר בועז לב, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות דאז, צוות "לבחינה וקביעת דרישות לידע וציוד עזרה ראשונה במקומות ציבוריים", וועדה "לבחינת ידע, סמכויות וכשירות לצוות BLS" (מגיש סעד חיים בסיסי). במחצית הראשונה של 2016 הגישו שתי הוועדות את המלצותיהן למשנה למנכ"ל המשרד דאז, ובהן המלצות בנוגע להיקף ההכשרות ותוכנן, והכישורים הנדרשים ממדריכי הקורסים.

בביקורת עלה כי המשרד אימץ את ההמלצות של שתי הוועדות, ואולם נכון למועד סיום הביקורת, הוא אינו מפקח על הגופים המבצעים הכשרות אלה - וממילא אינו עוקב אחרי תוכני הקורסים ועל כשירות המדריכים המעבירים אותם.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי המלצות הוועדות שהקים מובאות לידיעת הציבור באתר המשרד, אך ללא הסמכה חוקית אין בסמכות המשרד לפקח בפועל על נותני השירותים.

נוכח הסיכונים במתן עזרה ראשונה בידי אדם שאינו מיומן על משרד הבריאות לפעול להסדרת התחום, ובמידת הצורך עליו לקדם הסדרה חוקית שתאפשר לו לפקח על הגופים שמבצעים הכשרות למקצוע זה.

מוכנות מד"א לעיתות חירום

בשעת מלחמה הממשלה יכולה להכריז על תקופת הפעלת משק לשעת חירום⁶⁴ (להלן - מל"ח). כמו כן, היא יכולה להכריז על "מצב מיוחד בעורף"⁶⁵. דוח זה עוסק בכל תקופה שבה קיים חשש שהמדינה או חלקים ממנה עלולים להיות תחת מתקפה כוללת או מתקפה חלקית, גם בלי שהוכרז על מצב מלחמה או מצב מיוחד בעורף על ידי הממשלה, ומגדיר מצב זה כמצב של "עיתות חירום". חוק ההתגוננות האזרחית, התשי"א-1951 (להלן - חוק הג"א) מעניק לפיקוד העורף סמכויות של פיקוד ושליטה על ארגוני עזר⁶⁶ (ובהם מד"א) בעת מצב מיוחד בעורף או בשעת התקפה. בעיתות חירום מוטלות על מד"א משימות ייחודיות לימנים אלה כמו פינוי נפגעים מאתרים שנפגעו, ומלבד זה עליו להמשיך לתת גם שירותים של שגרה (טיפול בנפגעי תאונות דרכים, ביולדות, בהתקפי לב וכדומה)⁶⁷.

כוח אדם לאיוש אמבולנסים במד"א בעיתות חירום

יכולתו של מד"א להעניק טיפול רפואי דחוף ומציל חיים באופן מיטבי נגזרת באופן ישיר מהרכבם של צוותי השטח, ממיומנותם ומההסמכה הרפואית שלהם. בשגרה מועסקים במד"א, בין היתר, כ-540 פרמדיקים וכ-800 חובשי רפואת חירום (שהם חובשים-נהגים). בעיתות חירום חלק מעובדי מד"א מגויסים ליחידות צה"ל (כ-455 דרגי שטח, מתוכם כ-225 פרמדיקים וכ-175 חובשי רפואת חירום) ולא נשארים במד"א. את מקומם במד"א אמורים למלא צוותים חיצוניים שצה"ל מקצה למד"א, על פי תוכניות מבצעיות שגובשו לצורך זה. נוכח איום הייחוס⁶⁸ הנוכחי הקובע בוודאות כי העורף יהיה חלק מהמלחמה, יש להבטיח

64 על פי החלטת ממשלה מספר 1716 שהתקבלה ב-6.7.86, בזמן הפעלת משק לשעת חירום מופעל מערך החירום הכולל של המדינה כדי להמשיך לספק מוצרים ושירותים חיוניים הדרושים לאוכלוסייה ולמשק ולתמוך במאמץ המלחמתי.

65 הממשלה רשאית להכריז על "מצב מיוחד בעורף" כאשר שוכנעה כי קיימת סבירות גבוהה שתתרחש התקפה על האוכלוסייה האזרחית במדינה כולה או בשטח מסוים, כאמור בחוק ההתגוננות האזרחית, התשי"א-1951.

66 על פי חוק ההתגוננות האזרחית, התשי"א-1951, ארגון עזר הוא גם "גוף שעיקר עיסוקו הצלת חיי אדם ושעזרתו נדרשת באופן מיידי לשם הצלת חיי אדם בעת התקפה, אשר שר הביטחון הכריז עליו ברשומות, בהסכמת השר שנקבע כאחראי על אותו גוף, ככל שנקבע, או השר הממונה על תחום פעילותו של אותו גוף, שהוא ארגון עזר, בהתאם לאמות מידה לעניין יכולותיו הארגוניות והמבצעיות ששר הביטחון הורה עליהן".

67 ראו גם היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה (2007), "היערכות מגן דוד אדום לעיתות חירום ותפקודו בעת המלחמה", עמ' 283.

68 מגוון תסריטים אפשריים של איום על מדינת ישראל, שיש לתכנן כיצד להיערך להם.

את רציפות פעילותו התקינה והיעילה של מד"א במעבר משגרה לחירום ובעיתות חירום. בין השאר יש להבטיח שמשאבי כוח האדם והציוד יהיו בהיקף מספק ובכשירות מתאימה.

מספר האמבולנסים הנדרשים בעיתות חירום: בנובמבר 2015 הקים משרד הבריאות ועדה לבחינת הצורך באמבולנסים בעיתות חירום (להלן - ועדת האמבולנסים). יו"ר הוועדה היה מנהל המרכז לחקר טראומה ורפואה דחופה במכון גרטנר⁶⁹ והחברים בה היו נציגי מד"א, האגף לשע"ח במשרד הבריאות, מפקדת קצין רפואה ראשי ופקע"ר. הוועדה נדרשה לבחון את מספר האמבולנסים הנחוץ למד"א, לצה"ל ולכלל מערכת הבריאות בחירום, את המקורות לאיושם ואת המשמעות הנגזרת מכך בנוגע לצורכי כוח אדם.

ועדת האמבולנסים הגיעה למסקנה כי בעיתות חירום יש צורך ב-1,351 רכבי הצלה⁷⁰ שיפעלו רצוף בכל המשמרות⁷¹ (260 אט"נים, 1,005 אמבולנסים לבנים, 76 רכבים שבהם מעלון⁷², חמישה אוטובוסים וחמישה מדיבוסים). הוועדה המליצה על כמה מקורות אפשריים להשלמת הפער במספר רכבי ההצלה. לדברי מרכז הוועדה, מסקנותיה הוצגו לפני מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' ארנון אפק, באמצע 2016. לדברי נציג המשרד, המנכ"ל לא אישר את המלצות הוועדה, בכתב או בעל פה, ועם זאת, ביקש לבחון את המקור התקציבי ליישום ההמלצות.

בהתאם להמלצת ועדת האמבולנסים הגדיל מד"א את מספר רכבי ההצלה, בעיקר על ידי קבלת אישור ממשרד התחבורה להארכת תוקף הרישוי של אמבולנסים ישנים (שאינם ממוגנים) ל-15 שנים במקום עשר⁷³. בעקבות הארכות התוקף המינהליות נכון למאי 2018 היו למד"א 1,091 רכבי הצלה (כ-81% מהנדרש): מהם 729 אמבולנסים לבנים (כ-73% מהנדרש) ו-312 אט"נים (כ-120% מהנדרש)⁷⁴.

כוח אדם שמגויס לתגבור מד"א

בעיתות חירום מד"א מתגבר בחיילי מילואים שמקצה לו פקע"ר. הכוחות מגיעים משתי יחידות - יחידת תגבור מד"א ופלוגות רפואה גדודיות:

1. **יחידת תגבור מד"א:** יחידה פיקודית בת מאות חיילים (נכון לאוגוסט 2018) הכפופה למפקד הרפואה בפקע"ר והמתגברת את מד"א. ביחידה יש שתי מסגרות:

69 מכון גרטנר הוא חברה לתועלת הציבור שהיא מסגרת מחקרית לאומית לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות בישראל. ייעודו המרכזי של המכון הוא לסייע למערכת הבריאות ולמשרד הבריאות בקביעת מדיניות בריאות מושכלת ובפיתוחה.

70 הוועדה חישבה גם על פי בסיס נתונים אחר ולפיו יידרשו 1,428 רכבי הצלה לעיתות חירום.

71 כ-170 אמבולנסים מהם נדרשים לפעילות פקע"ר.

72 מתקן להעלאה ולהורדה של נכים בכסא גלגלים.

73 אישור של אגף הרישוי במשרד התחבורה ממאי 2018.

74 ועוד 25 תאר"ן (תחנת אירוע רב-נפגעים) ו-25 רכבי פינוי נפגעים קל.

א. יחידה מחוץ לסדר הכוחות (להלן - ימ"ל) של מד"א - המונה מאות עובדי מד"א החייבים בשירות ביטחון (מילואים)⁷⁵. המטרה של מסגרת זו היא לשמור על חלק מכוח האדם של מד"א בארגון, ולא לגייס ליחידות אחרות בצבא. עובדי מד"א המשובצים בימ"ל לא יגויסו לצה"ל בעיתות חירום, אלא יותקנו למד"א⁷⁶.

ב. יחידה רישומית (להלן - יח"ר) של מד"א - מונה מאות חיילי מילואים שאינם עובדי מד"א, אך בעיתות חירום יתגייסו כדי לתגבר אותו. היח"ר כולל עובדים לשעבר של מד"א וחובשים כלליים של צה"ל. לחובשים אלה אין רישיון לנהוג באמבולנס של מד"א.

כשירות היח"ר: רובם הגדול של החובשים הכלליים המגויסים במסגרת היח"ר משמשים כוח עזר בסיסי לצוותי האמבולנס (חובש מלווה). מתכונת האימונים שלהם היא יום אימון אחד, אחת לשלוש שנים. בביקורת עלה כי מד"א אינו שבע רצון מרמת הכשירות של היח"ר, כך למשל ציין בנוגע לאירוע מסוים ממאי 2018 - גיוס היח"ר "הציף ביתר שאת את המצוקה הקיימת ביחידה, את היעדר כשירותה ויכולתה להוות כוח תגבור לשירותי הרפואה הטרומ אשפוזיים בחירום".

בתשובה שמסר צה"ל למשרד מבקר המדינה בינואר 2019 (להלן - תשובת צה"ל) הוא ציין, שכשירות היח"ר היא בינונית עקב תחלופת החיילים ביחידה. עוד הוסיף כי בדצמבר 2018 בוצע מיפוי של בעלי התפקידים ביחידה והתקיים אימון להעלאת כשירותה.

2. **פלוגת רפואה גדודית (להלן - פלר"ג):** הפלר"ג היא חלק מגדוד חילוץ והצלה של פקע"ר; בסה"כ יש עשרות בודדות של פלר"גים, ובכל פלר"ג יש כמה יחידות רפואה. חלק מיחידות הרפואה פועלות במסגרת גדודי החילוץ של פקע"ר, וחלקן מסונפות למד"א מייד לאחר גיוסן בעיתות חירום (להלן - מחלקות מד"א). יש בהן מאות חיילים מטפלים (עשרות מטפלים בכירים - רופא או פרמדיק, ומאות חובשים)⁷⁷. חיילי הפלר"ג ישמשו כוח עזר נוסף לאנשי הצוות הראשיים באמבולנסים של מד"א (הם יתפקדו כאיש צוות מלווה).

פקע"ר מגדיר פלר"ג ככשירה מבצעית ברמה גבוהה אם מאוישים 100% מהמטפלים הבכירים ולפחות כ-83% מהחובשים על פי התקן. ככשירה מבצעית ברמה בינונית - אם מאוישים 60% מהמטפלים הבכירים ולפחות כ-73% מהחובשים על פי התקן. על חיילי הפלר"ג להתאמן כנדרש לצורך כשירותם.

75 הימ"ל כולל בין היתר מנהלים, עובדי מערכות מידע, פרמדיקים וחובשי רפואת חירום.

76 ריתוק משקי לשעת חירום - עובד החייב בשירות מילואים פעיל או פטור ורמת חיוניותו גבוהה ירותק בשעת חירום למוסד שבו הוא עובד.

77 כל יחידה כוללת גם כמה נהגים, אך כיוון שנהגים אלה אינם מורשים לנהוג באמבולנסים של מד"א, מד"א אינו כולל אותם כחלק מהכוח המתגבר. בעיתות חירום הם יוכלו לנהוג באמבולנס צבאי בלבד.

בנוגע לאיוש התקנים עלה בביקורת כי נכון ליולי 2018 רק כשני שלישים מהתפקידים של המטפלים הבכירים במחלקות מד"א בפלר"גים היו מאוישים.

מהאמור עולה שכשירות כוח אדם ייחודי זה, הצפוי לתגבר את מד"א במסגרת מחלקות מד"א בפלר"גים היא בינונית בלבד, ובפועל חסרות עשרות בודדות של מטפלים בכירים.

בתשובת צה"ל הוא ציין, שנכון למועד תשובתו 85% מתקני הפלר"גים מאוישים, ופקע"ר עושה ככל יכולתו להשלים את הפער בהתאם לצורכי הצבא והמערכת האזרחית בהתאם לסדרי העדיפויות של פקע"ר. בתשובת מד"א הוא ציין, כי אין לו השפעה על הגיוס והשיבוץ של כוח האדם שלו בעיתות חירום.

כדי למנוע מצב של כוח אדם חסר בעיתות חירום העלול לפגוע בכשירות המבצעית של כוחות מד"א - על פקע"ר בשיתוף מד"א לקבוע במשותף מכסת חובה לאיוש מינימלי מחויב של המחלקות המיועדות להתייצב במד"א. על צה"ל לראות את התמונה הכוללת של הצורך במטפלים הבכירים שהוא כוח אדם ייחודי - ולפיה לחלק את המשאבים ולמלא את החסר.

מחסור צפוי בכוח אדם במד"א בעיתות חירום

רכבי ההצלה מאוישים על פי סוג הרכב: באט"ן נמצאים לכל הפחות פרמדיק וחובש רפואת חירום, ובדרך כלל מתלווה לצוות גם חניך משתלם או מתנדב. באמבולנס לבן נמצא חובש רפואת חירום, ואליו יתלווה לרוב חובש רפואת חירום נוסף או מתנדב.

הביקורת בחנה את הפער שבין תקני כוח האדם הנדרשים למד"א לאיוש אמבולנסים בחירום ובין הצפי לאיוש, על בסיס נתונים שמסרו צה"ל ומד"א. כוח האדם הנדרש במד"א מתייחס לאיוש מצבת קיימת של 1,091 רכבי הצלה בלבד.



בעיתות חירום צפוי
מחסור ממשי חמור
של יותר ממחצית
הפרמדיקים ושל
כמחצית מחובשי
רפואת חירום (חובש-
נהג אמבולנס)
הנחוצים לאיש מצבת
רכבי ההצלה הקיימים
במד"א

בביקורת עלה כי בעיתות חירום צפוי מחסור ממשי חמור של יותר ממחצית הפרמדיקים (כ-53%) ובכמחצית (51%) מחובשי רפואת חירום (חובש-נהג אמבולנס) הנחוצים לאיש מצבת רכבי ההצלה הקיימים⁷⁸. אומנם יש עודף של חובשים מלווים, אך אלה אינם יכולים לשמש תחליף מלא לחובשי רפואת החירום. בהינתן נתונים אלה יוכל מד"א לאייש רק 147 אט"נים ו-550 אמבולנסים לבנים, ובסך הכול 697 רכבי הצלה בלבד מתוך 1,091 הרכבים הקיימים (כ-64%)⁷⁹. כמו כן, האיש הצפוי של רכבי ההצלה הנדרשים כדי למלא את היעד הלאומי בעיתות חירום (1,351 רכבי הצלה לפי ועדת האמבולנסים) יעמוד על כ-52% מרכבי ההצלה בלבד.

נושא המחסור בפרמדיקים עלה גם בישיבת ועדת המשנה של ועדת החוץ והביטחון למוכנות העורף של הכנסת מפרברואר 2018, אז ציינה הנהלת מד"א כי צה"ל מגייס לשירותיו למעלה מ-50% מהפרמדיקים במד"א, כך שהם נגרעים ממצבת העובדים במד"א בעיתות חירום.

על צה"ל לקבוע, בשיתוף מד"א, עקרונות מנחים להצבת הפרמדיקים וחובשי רפואת החירום בעיתות חירום במד"א ובצה"ל, בדרך שתביא למיצוי נכון של פוטנציאל התרומה של הפרמדיקים וחובשי רפואת החירום בכלל המסגרות בעיתות חירום. הקמת מאגר פרמדיקים לאומי, כפי שצוין לעיל בפרק "מאגר פרמדיקים לאומי", תאפשר לטייב את הצבתם בעיתות חירום.

בתשובת מד"א הוא ציין, כי בעיתות חירום שבהן לא הוכרז על מצב מלחמה או מצב מיוחד בעורף, גובר העומס על שירותי מד"א, והוא משפיע גם על זמני ההגעה של מד"א לטיפולים בשגרה. עוד הוסיף מד"א כי הוא מנסה לסייע במציאת פתרונות לכוח האדם החסר, כגון - הקצאת 200 תקני חיילים בשירות חובה והכשרתם כפרמדיקים על חשבון מד"א, וכן ניסיון לשנות את מדיניות צה"ל המחייב שנתיים ותק במד"א כדי להציבם בימ"ל מד"א.

בתשובת צה"ל הוא ציין, שהפתרונות המוצעים כיום לפערי כוח האדם במד"א אינם מיטביים. הוא הוסיף כי קיים נוהל עבודה סדור בין צה"ל ובין ארגוני העזר וההצלה (מד"א, המשטרה ורשות הכיבוי וההצלה), שמתווה את העקרונות לשיבוץ חיילי המילואים בארגונים השונים, על פי דרישת הארגון, צרכיו וכללים שקבע צה"ל במסגרת דיונים שנתיים ועיתיים שקיים בשיתוף הארגונים.

בתשובה שמסר ראש רשות החירום הלאומית (להלן - רח"ל)⁸⁰ למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2018 (להלן - תשובת ראש רח"ל), הוא ציין כי יש להכין

78 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 164** (2014), "היערכות שירותי הבריאות לחירום", עמ' 717.

79 כולל 168 אמבולנסים הפועלים ביישובים (בעיקר איו"ש ופריפריה) ומופעלים בעיקר על בסיס מתנדבים כוננים.

80 רשות החירום הלאומית היא גוף מטה מתאם ליד שר הביטחון המסייעת בידו לממש את אחריות-העל לטיפול בעורף בכל מצבי החירום.

תוכנית רב-שנתית לבניין הכוח של מד"א מבחינת סוגי האמבולנסים וכוח האדם. סוגיית החובשים והפרמדיקים מחייבת בנייה מתואמת של הכוח הרפואי עם צה"ל, על ידי הקצאת תקני חיילים שישרתו כפרמדיקים במד"א. הוא המליץ שמד"א יכשיר כוח זה על חשבון, והוא יפעל ברגיעה במרחב האזרחי, ובעיתות חירום במסגרת צה"ל.

על צה"ל בשיתוף מד"א לבחון את כל הדרכים המוצעות לבניין כוח האדם בחירום, ואם לא יגיעו להסכמה עליהם לערב בעניין את שרי הביטחון והבריאות.

יחסי הגומלין שבין מד"א ובין חברות האמבולנסים הפרטיות בעיתות חירום

ביוני 2002 הכריז האגף לשע"ח במשרד הבריאות על חלק מחברות האמבולנסים הפרטיות⁸¹ כעל מפעלים חיוניים⁸². הדבר מאפשר על פי אישור שר העבודה, הרווחה ושירותים החברתיים, להשתמש בהם לצורכי הגנת המדינה או ביטחון הציבור או לקיום אספקה או שירותים חיוניים. הרשות העליונה לאשפוז⁸³ אחראית לקביעת מדיניות האשפוז והרפואה בקהילה, ולהנחיית מוסדות הבריאות להבטחת היערכותם בכלל מתארי החירום. הרשות העליונה לאשפוז פועלת במסגרת משק לשעת חירום (מל"ח) שהוא גוף בין-משרדי המופקד על הכנת מפעלים, שירותים ומוצרים חיוניים במשק לשעת חירום, כדי לאפשר לקיים שגרת חיים תקינה ככל האפשר בעורף. מזכיר הרשות העליונה לאשפוז הוא מנהל האגף לשע"ח שבמשרד הבריאות.

כבר בשנת 2007 העלה מבקר המדינה (להלן - דוח היערכות העורף במלחמת לבנון השנייה)⁸⁴ כי שיתוף הפעולה בין מד"א ובין חברות האמבולנסים פרטיות אינו מוסדר, זאת אף שהאמבולנסים הרבים שברשותן יכולים לסייע מאוד בזמן מלחמה, וכי לא הוסדר עניין החברות הפרטיות בכל הקשור להגדרת אחריותן, כפיפותן, משימותיהן ומתכונת ההפעלה שלהן.

81 כאמור פועלות במשק כ-145 חברות אמבולנסים פרטיות ועמותות, ולהן כ-480 אמבולנסים.

82 חוק שירות עבודה בשעת-חירום, תשכ"ז-1967 מגדיר "מפעל חיוני" כמפעל "הפועל או שאפשר להפעילו לצורכי הגנת המדינה או ביטחון הציבור או לקיום הספקה או שירותים חיוניים ושאושר על ידי שר העבודה בהתייעצות עם שר הביטחון, ובשעת לחימה - על ידי שר הביטחון בהתייעצות עם שר העבודה; וכן כל מפעל ... שאפשר להפעילו לצורכי קיום המשק ושפעולתו חיונית לקיום הספקה או שירותים חיוניים ודרושים לציבור".

83 הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום היא גוף הפועל במסגרת משק לשעת חירום (מל"ח). בראשה עומד מנכ"ל משרד הבריאות, וחברים בה קצין הרפואה הראשי של צה"ל ומנכ"ל שירותי בריאות כללית או נציגו.

84 **היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה** (2007), "היערכות מגן דוד אדום לעיתות חירום ותפקודו בעת המלחמה", עמ' 283.


משרד הבריאות,
הרשות העליונה
לאשפוז וצה"ל עדיין
לא הסדירו את
הפעילות של חברות
האמבולנסים
הפרטיות ואת יחסי
הגומלין ביניהן ובין
מד"א בעיתות חירום,
אף שהן יכולות לסייע
מאוד בעיתות אלה

בדיונים של ועדת האמבולנסים עלה כי כל תרגילי הגיוס ובחינת שיטת ההפעלה לשימוש אמבולנסים אלה בחירום נכשלו, בעיקר בגלל היעדר חקיקה ויכולת שיפוי בעלי החברות הפרטיות בעת הפעלה בחירום. ועדת האמבולנסים המליצה במסקנותיה לעבוד עם חברות אמבולנסים פרטיות על בסיס חוזה נצור⁸⁵ ולוודא כי קיים בידיהן כוח האדם המתאים והמחויב לעבודה בעיתות חירום.

כאמור, כדי להסדיר את פעילותן של חברות האמבולנסים הפרטיות בכלל ובחירום בפרט הכין משרד הבריאות את תזכיר חוק שירותי אמבולנס, התשע"ד-2013, אך הוא טרם הבשיל. בתזכיר החוק נקבעו גם חובותיו של בעל רישיון להפעלת שירות אמבולנס בעת אירוע אסון המוני. סעיף זה בא להסדיר את מתן השירותים של החברות הפרטיות בעת אירוע רב-נפגעים (להלן - אר"ן) או מלחמה.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות, לרשות העליונה לאשפוז ולצה"ל, כי למרות הערת מבקר המדינה בדוח היערכות העורף במלחמת לבנון השנייה - הם לא הסדירו את הפעילות של חברות האמבולנסים הפרטיות ואת יחסי הגומלין שלהן עם מד"א בעיתות אלה, אף שהאמבולנסים הרבים שברשותן יכולים לסייע מאוד בעיתות חירום. צורך זה עולה בקנה אחד עם המלצת ועדת האמבולנסים, לחתום על חוזים נצורים עם חברות האמבולנסים הפרטיות ולוודא כי קיים בידיהם כוח האדם המתאים והמחויב לעבודה בחירום.

בתשובת צה"ל הוא ציין, שהאחריות להסדרת נושא זה היא של משרד הבריאות.

בתשובת משרד הבריאות הוא ציין, כי ניתן אישור להפעלתם החוקית של חברות האמבולנסים הפרטיות במסגרת התקנות לשעת החירום שנמצאות בשלב של אישור סופי במשרד המשפטים. הוא הוסיף כי מתבצעת עבודת מטה יחד עם מד"א לגיבוש התורה המבצעית להפעלת הצוותים, והוא צופה שעבודת המטה תסתיים במחצית הראשונה של שנת 2019.

על משרד הבריאות לעמוד בלוח הזמנים שקבע כדי שנושא יחסי הגומלין שבין מד"א ובין חברות האמבולנסים הפרטיות בעיתות חירום יוסדר סופית.

תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות אינו תואם את הנדרש ממנה בעיתות חירום

האגף לשע"ח מוציא לפועל את המדיניות שקובעת הרשות העליונה לאשפוז. תרחיש הייחוס לעורף שמכונה רח"ל, מגדיר מגוון תרחישי איום אפשריים על העורף שיש לתכנן כיצד להיערך להם. מתרחיש זה גוזרת הרשות העליונה לאשפוז את "תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות". תרחיש הייחוס המעודכן לעורף הוא זה שנקבע בשנת 2017.

בביקורת עלה כי אף שרח"ל העבירה את תרחיש הייחוס לעורף אל הרשות העליונה לאשפוז עוד באוקטובר 2017, לא עדכנה הרשות את תרחיש הייחוס הענפי של מערכת הבריאות. לפיכך משרד הבריאות ערוך לאיומים הנגזרים מתרחיש הייחוס משנת 2007, שנקבעו לפני יותר מעשור ולא לאלו המעודכנים.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי המסמך שהעבירה רח"ל לרשות העליונה לאשפוז באוקטובר 2017 לא היה תקין, שכן התייחס למספר הנפגעים מקרב האזרחים בלבד, ומאחר שמערכת הבריאות מטפלת גם בחיילים שנפגעים, אי אפשר להיערך לתרחיש ייחוס ענפי על סמך נתוני מסמך זה, שהם נתונים חלקיים. המשרד הוסיף שבאוגוסט 2018 התקיימה פגישה עם מפקדת הרפואה (מר"פ) בפקע"ר בנושא תרחיש הייחוס, ונקבע בה כי יש צורך בהמשך דיון לניתוח משמעויות המידע והנתונים. עוד ציין, כי רק בסוף 2018 קיבל האגף לשע"ח נתונים מלאים בנוגע למספר הנפגעים הצפוי לפי תרחיש הייחוס - אזרחים וחיילים - וכי הוא מנתח את משמעויות הנתונים וייפגש עם רח"ל ועם מפקדת הרפואה בפקע"ר בעניין זה.

בתשובה שמסר ראש רח"ל למשרד מבקר המדינה בינואר 2019 הוא ציין כי על משרד הבריאות, שנציג מטעמו הוא גם חבר בכיר ברשות העליונה לאשפוז, היה כבר באוקטובר 2017 לפנות לקצין הרפואה הראשי (להלן - קרפ"ר) כדי לקבל ממנו מידע על הצפי של מספר החיילים הנפגעים.

משרד מבקר המדינה מעיר לרשות העליונה לאשפוז ולאגף לשע"ח במשרד הבריאות כי לא ניתן לקבל את העובדה שבמשך כשנה - מאוקטובר 2017 ועד אוגוסט 2018 - כשתרחיש הייחוס לעורף כבר היה מעודכן, הם לא פעלו לעדכון תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות, ולכן מערכת הבריאות נערכת לחירום על פי תרחיש ייחוס חסר שאינו תואם את הנדרש ממנה בעיתות חירום.

הרשות העליונה
לאשפוז והאגף
לשע"ח שבמשרד לא
פעלו לעדכון תרחיש
הייחוס הענפי
למערכת הבריאות,
ולכן מערכת הבריאות
נערכת לעיתות חירום
על פי תרחיש ייחוס
שאינו תואם את
הנדרש ממנה בעיתות
חירום

גם אם התעוררו לדעתם שאלות מסוימות בנוגע לתרחיש המעודכן, היה עליהם לבררן בדחיפות עם רח"ל או עם גורמים אחרים, במועד שבו קיבלו את הנתונים לראשונה. התוצאות של ליקוי זה עלולות להיות הרוות אסון: הן נוגעות לא רק למוכנות מד"א, שבו מתמקד דוח זה, אלא למוכנות כלל מערכת הבריאות, אשר אינה נערכת כנדרש לאיומים שמערכת הביטחון קבעה שהמשק צריך להתכונן אליהם. יש לראות זאת בחומרה רבה.

על הרשות העליונה לאשפוז לעדכן לאלתר את תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות.

מכסת מנות הדם לעיתות חירום מעודכנת לפי תרחיש ייחוס ישן: על פי התרחיש הענפי הישן שאליו נערכת מערכת הבריאות, על שירותי הדם של מד"א להתרים בכל יום של לחימה כמות מוגדרת של מנות דם. בספטמבר 2017 פנה ראש חטיבת תיאום המוכנות הלאומית לחירום בעורף ברח"ל לגורמים במשרד הביטחון ובאגף לשע"ח שבמשרד, וציין לפניהם כי יש לעדכן את המלאי היומי המזערי של מנות הדם, שצריך להימצא במדינה בעיתות חירום בהתאם לתרחיש הייחוס המעודכן לעורף.

ואולם, כפי שצוין לעיל, מערכת הבריאות ובכללה משרד הבריאות לא נערכה לתרחיש הייחוס המעודכן משנת 2017, ולכן נערך מד"א להיקף התרמה חסר של מנות דם, שאינו תואם את תרחיש הייחוס המעודכן.

על הרשות העליונה לאשפוז לעדכן בדחיפות את תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות, ובכלל זה את מספר מנות הדם שיש להתרים בעיתות חירום.

ליקויים בהתנהלות האגף לשע"ח בנוגע למוכנות מד"א לעיתות חירום

היעדר בקורות של האגף לשע"ח על מוכנות מד"א לעיתות חירום

האגף לשע"ח אחראי לבצע במד"א "בקורות מוכנות" לשעת חירום במד"א - בקורות לבחינת מוכנותו של מד"א במרחבים השונים שלו, כדי לשפר ולהעלות את מוכנותו לתרחישי חירום כמו רעידת אדמה, שעת חירום, אירוע ביולוגי ועוד. האגף לשע"ח מקצה למד"א כחצי מיליון ש"ח בכל שנה לצידוד חירום ולתרגילים (סכום זה אינו כולל תקציב לפרויקטים מיוחדים).

בקורות האגף לשע"ח על מד"א נעשות בין היתר בנושאים האלה: קיומם של נהלים מעודכנים לעיתות חירום; הימצאות ציוד תקין למצבי חירום; קיומן של

תשתיות לעיתות חירום (כמו קווי טלפון תקינים); ביצוע הדרכות ותרגולים לאנשי הצוות לאירועי חירום; שימור הבקיות של אנשי הצוות במד"א בפעילות הנדרשת מהם; והיערכות מוקד מד"א לאר"ן. לאחר כל סיום בקרה שולח האגף לשע"ח את הממצאים למד"א, ומד"א נדרש לתקן את הליקויים שעלו. כלי בקרה זה נועד לסייע בשיפור כשירות מד"א למצבי חירום.

הביקורת העלתה כי עד שנת 2015 שילב האגף את משימת הבקורות בתוכניות העבודה שלו, אך משנת 2016 הפסיק לעשות זאת. עוד עלה כי בפועל האגף לשע"ח לא ביצע ולו בקרה אחת בארבע השנים האחרונות, מאז ינואר 2014.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות ולאגף לשע"ח בו, כי הזניח במשך תקופה ארוכה את הפעלת הבקרה על כשירות מד"א למילוי תפקידיו בעיתות חירום. בהתחשב בכך שהמשרד מממן למד"א רכישת ציוד וקיום תרגילים להבטחת כשירותו - הוא נדרש לדעת מהן התפוקות של המשאבים שהוא מעביר למד"א מדי שנה, ואם משאבים אלה אכן יועדו למטרתם.

על הנהלת משרד הבריאות לדרוש מהאגף לשע"ח לשלב בתוכניות העבודה השנתיות שלו בקורות על מד"א ולבצען.

בתשובת המשרד הוא ציין, שבקורות האגף לשע"ח על מד"א לא בוצעו בשל מחסור בכוח אדם, והן יחודשו בשנת 2019.

דיווח חסר של האגף לשע"ח על מוכנות מד"א לחירום

האגף לשע"ח מעביר בכל רבעון למנכ"ל משרד הבריאות, למנכ"ל שירותי בריאות כללית, לקרפ"ר ולגורמים בכירים נוספים דוח "תמונת מצב כוננות וכשירות לחירום" (להלן - דוח כוננות). בראש הדוח מופיע "דוח תמצית מנהלים", ובו מרוכזים עיקרי הפערים של מערכת הבריאות, ואחריו מפורטים הפערים בין המצב הרצוי למצוי במרכיבים קריטיים במוכנות מד"א, כמו כוח אדם, ציוד ומכשור.

משרד הבריאות לא
יזם פעולה מול משרד
האוצר, רח"ל והמל"ל
כדי לקדם דרכי
פעולה למילוי צורכי
מד"א בעיתות חירום,
ולגשר על הפערים
בתקצובם

ואולם, נמצא כי תמונת המצב המוצגת בתמצית המנהלים של הדוח המתייחס לתקופה שמיוני 2017 עד יוני 2018 היא חלקית; היא עוסקת בכשירות של בתי החולים וקופות החולים, אך חסרה בה הצגת הכשירות של מד"א, למשל - פערים באמבולנסים, בכוח אדם ובמערכות תקשורת ייעודיות. נוסף על כך - בדוח עצמו מוצגים נתונים בנושא הכוננות אך הם חסרים ואינם מדויקים - הם מתייחסים לצורך באיוש 600 רכבי הצלה בלבד, בעוד מצבת הרכבים עומדת על כ-1,100. הדוח גם אינו עוסק בצורך לעדכן את מצבת רכבי ההצלה על פי הקביעות של ועדת האמבולנסים - 1,351 רכבים. אשר על כן, דוח הכוננות לא נותן תמונת מצב מלאה על מוכנות מערכת הבריאות לעיתות חירום בכלל ושל מד"א בפרט.

על מנהל האגף לשע"ח להציג לאשורה, באופן ברור ומלא, את תמונת המצב של מוכנות מערכת הבריאות לעיתות חירום בכלל ושל מד"א בפרט. יש להציג בתמצית המנהלים גם את הפערים של מד"א בכוח אדם, ברכבי ההצלה ובאמצעי תקשורת ייעודיים.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי בנושא הפערים לעיתות חירום התקיימו מספר דיונים עם מד"א ופקע"ר, והערת הביקורת נלקחה לתשומת ליבו. מהדיווח הקרוב יעודכנו נתוני מד"א הכוללים את הפערים שהועלו בהשוואה לממצאי ועדת האמבולנסים.

הצורך בתקצוב מד"א להבטחת מוכנותו לעיתות חירום

במהלך השנים העלה מד"א לפני גורמים שונים, ובהם ראש רח"ל, ועדת החוץ והביטחון של הכנסת ומשרד הבריאות את הצורך בתקצוב מד"א להיערכות הארגון למצבי חירום, ופירט את תוכניות ההצטיידות שלו, שכוללות את הציוד החסר לעיתות חירום כמו - אמבולנסים ממוגני ירי, מיגון בתחנות ובנקודות הזנקה, תקשורת לוויינית ומלאי של ציוד רפואי ומשקי לטווח הקצר, הבינוני והארוך. זאת כדי להבטיח את מוכנותו של מד"א למתן מענה להגנת העורף בעיתות חירום. בסך הכול מדובר בתקציב חד-פעמי של כ-71 מיליון ש"ח, ותקציב שוטף שנתי לטווח הארוך של 4.5 מיליון ש"ח (עד סוף שנת 2027).

בדיון שהתקיים במשרד הבריאות במאי 2018 בהשתתפות המשנה למנכ"ל משרד הבריאות ומנכ"ל מד"א בנושא פערי החירום, סוכם כי יש לפעול בשיתוף משרד האוצר, רח"ל והמטה לביטחון לאומי שבמשרד ראש הממשלה (להלן - המל"ל) כדי למלא את הצרכים החסרים ולסגור את הפערים.

עלה שמשרד הבריאות לא יישם את סיכום הדיון ולא יזם פעולה מול משרד האוצר, רח"ל והמל"ל כדי לקדם מתן מענה לצרכים לעיתות חירום, ולגשר על הפערים בתקצוב הצרכים של מד"א בחירום.

לאחר דיון זה פנתה הנהלת מד"א גם לראש הממשלה, ח"כ בנימין נתניהו, ששימש באותה עת גם שר הבריאות, לסגן שר הבריאות, ח"כ הרב יעקב ליצמן, ולסגן ראש המל"ל בעניין זה וצינה כי סוגיית הפערים בתקצוב המוכנות של מד"א לעיתות חירום טרם באה על פתרונה.

בתשובת ראש רח"ל הוא ציין, כי הוא ממליץ שמשרד הבריאות יקצה למד"א תקציב שנתי קבוע שייועד למשימותיו לעיתות חירום.

בתשובת המל"ל למשרד מבקר המדינה בינואר 2019 הוא ציין, כי בהמשך לפעולות שכבר נעשו הכוללות דיונים בנושא עם גורמים שונים, נדרש דיון במערכת הביטחון לבחינת תקצוב מד"א להיערכות לעיתות חירום. המל"ל ישתתף בתהליכים ויסייע בקידום פתרון לנושא.

בתשובה שמסר משרד האוצר למשרד מבקר המדינה בינואר 2019 הוא ציין, כי הוא קיבל לאחרונה בקשות ממד"א להעצמת יכולותיו לשעת חירום. התעדוף להקצאת המשאבים במערכת הוא באחריות משרד הבריאות, והצרכים התקציביים יידונו בדיוני התקציב הבאים לפי התעדוף שיקבע משרד הבריאות. הוא הוסיף כי מאחר שמדובר בדרישות של מערכת הביטחון נראה שהדיון במוכנות זו ובמידת חשיבותה לאור צורכי הביטחון השונים צריך להתקיים במשרדי הביטחון ובצה"ל.

בתשובת המשרד הוא ציין, כי בדצמבר 2018 התקיים דיון עם משרד האוצר בנושא, ובו הוחלט על ביצוע עבודת מטה משולבת של משרד הבריאות, משרד האוצר ורח"ל לבחינת כלל הצרכים הנדרשים לעיתות חירום ותיעדופם.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי החלטתו מדצמבר 2018 היא חזרה על החלטה קודמת שלו שהתקבלה כבר במאי 2018, והיא טרם קודמה.

במסגרת עבודת המטה המשותפת יש לקבוע את המרכיבים הקריטיים של מוכנות מד"א לעיתות חירום והמקורות למימוןם - מתקציב המדינה או מתקציב מד"א. במהלך ביצוע עבודת המטה יש לקבוע לוחות זמנים לסיום העבודה. חשוב ששרי הביטחון, הבריאות והאוצר יעקבו אחר קידום הנושא בידי משרדיהם.

היעדר תקציב להכשרת צוותים לטיפול באירוע רדיולוגי

אירוע רדיולוגי הוא אירוע חומרים מסוכנים שמעורבים בו חומרים רדיולוגיים - חומרים הפולטים קרינה רדיואקטיבית מסוכנת שבעקבותיה עשויות להידרש פעולות הגנה. אירוע כזה עלול לגרום פגיעה חמורה בציבור, בנפש או ברכוש. אירועים רדיולוגיים יוצרים אתגר ייחודי המחייב את צוותי החירום ללבוש ציוד

מגן אישי מיוחד משום שהזירה, הנפגעים והציוד עלולים להיות מזוהמים. גם בעיתות שגרה נדרש מד"א להיערך למקרים של חשש מאירועי קרינה רדיולוגיים.

הטיפול באירועים רדיולוגיים מוסדר בהחלטת ממשלה מס' 48/ב מספטמבר 2002, ולפי החלטה זו, האחריות הכוללת לטיפול באירועי טרור בלתי קונבנציונאלי (טב"ק) מוטלת על שר הביטחון⁸⁶. על פי החלטה זו, למשרד הבריאות יש אחריות משימתית להפעלת מערך בתי החולים ומד"א לצורך הטיפול בנפגעי האירוע, וכל גוף אחראי לבניית יכולותיו לטפל באירוע כזה. תפיסת ההפעלה המבצעית המשולבת לטיפול באירועי חומרים מסוכנים של המשרד לביטחון פנים ממאי 2017 קובעת את אופן הפעולה של מד"א באירוע רדיולוגי, ובכלל זה את אופן כניסת הצוותים לסיוע בחילוץ נפגעים ובטיפול רפואי מציל חיים.

כדי שמד"א יהיה כשיר לטפל בנפגעים באירוע רדיולוגי עליו להיות כשיר מבחינת ההצטיידות, ההכשרה והאימונים הייעודיים.

בדיון בהשתתפות משרד הבריאות, מד"א ומשרד הביטחון ממאי 2017, אישר משרד הבריאות עקרונות את תוכנית מד"א להכשרה ראשונית של צוותיו לטיפול בנפגעים באירוע רדיולוגי; עלות התוכנית הוערכה בסכום של 1.1 מיליון ש"ח. משרד הביטחון ציין כי יתקצב את התוכנית ב-500,000 ש"ח, לפנים משורת הדין, וביקש שמשרד הבריאות ישלים את התקציב בסכום זהה. באוגוסט 2017 פנה משרד הביטחון למשרד הבריאות ודרש כי משרד הבריאות ישלים את חלקו בתקציב וימסור לו פירוט של עלויות התוכנית. עד מועד סיום הביקורת לא השיב משרד הבריאות למשרד הביטחון על פנייתו, ולכן משרד הביטחון לא העביר את חלקו.

במהלך שנת 2018 פנה סמנכ"ל המבצעים של מד"א למשרד הבריאות כמה פעמים והתריע לפניו על הפערים במוכנות מד"א לטיפול בנפגעים באירוע רדיולוגי. הוא ביקש מהמשרד לתקצב באופן חד-פעמי את תוכנית ההכשרה של צוותי מד"א בסכום של 1.1 מיליון ש"ח וכן להקצות תקציב שנתי תוספתי של כ-2.6 מיליון ש"ח להצטיידות, לתחזוקה ולכוח אדם.

בדיון שקיים המשנה למנכ"ל משרד הבריאות במאי 2018, שוב העלה מד"א את העובדה שהוא אינו כשיר לטיפול בנפגעים באירועים רדיולוגיים. בסיכום הדיון נקבע כי מד"א יבחן מהו הסכום שיוכל לנצל בשנה זו מ-1.1 מיליון ש"ח שיוקצו לו להכשרות ולתרגולים ייעודיים. ביוני 2018 ענה מד"א למשרד הבריאות כי הוא יכול לנצל את מלוא הסכום, אך גם על כך לא הגיב המשרד.

86 מתוך מבקר המדינה, דוח שנתי 166 (2016), "אירועים סביבתיים המסכנים את האדם והסביבה - מניעה וטיפול", עמ' 755.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות על כך שהתעלם מבקשת משרד הביטחון להשתתף במימון ההכשרה הנדרשת למוכנות צוותי כוח האדם, ולמסירת פירוט של עלויות ההכשרה. התנהלות זו של המשרד גם מחדדת את הנזק שנגרם מהיעדר הגדרה ברורה של אחריות משרד הבריאות כלפי מד"א, ובשל כך לא ניתן לקבוע באופן חד-משמעי אם המשרד חייב במימון תוכנית ההכשרה, ואם כן באיזה שיעור. עמימות זו מביאה לידי כך שמד"א, האמור להוציא לפועל את אחריותו לכשירות המבצעית של כוחותיו, בוחר על פי שיקול דעתו ולפי האינטרסים המועדפים עליו מתי לדרוש מימון ממשרד הבריאות ומתי לממן פרויקטים בעצמו.

בתשובת מד"א הוא ציין, כי בהיעדר אישור של תוכניות להכשרה ראשונית וקביעת תקציבים מתאימים על ידי הגורמים הנדרשים לכך (משרד הבריאות ומשרד הביטחון), ימשיך מד"א לפעול ולתעדף את הפרויקטים הנדרשים כפי שימצא לנכון מבחינה מקצועית בהתחשב בדרישות ובמגבלות הרבות שהוא פועל במסגרתן.

בתשובה שמסרה ראשת יחידת תבונה במשרד הביטחון למשרד מבקר המדינה בינואר 2019, היא ציינה שמשרד הביטחון הבהיר למשרד הבריאות ולמד"א כי האחריות להכשרת צוותי מד"א מוטלת על משרד הבריאות, ומשרד הביטחון אחראי להקצאת הציוד. עוד הוסיפה, שמשרד הביטחון הסכים במאי 2017, לפני משורת הדין, להקצות למד"א חלק מהסכום להכשרת הצוותים, והוא יעמוד בהתחייבותו.

בתשובת המשרד הוא ציין, שהוא עושה מאמצים להסדיר את נושא התקצוב של הכשרת צוותי מד"א לטיפול בנפגעים באירועים רדיולוגיים עוד מתקציב שנת 2018.

נושא תקצוב ההכשרה לטיפול בנפגעים באירוע רדיולוגי מונח לפתחו של המשרד מאוגוסט 2017, על המשרד להסדיר את הנושא לאלתר.

גדוד שירותי הדם המטכ"לי בפיקוד העורף

בפקע"ר פועל בעיתות חירום גדוד מילואים - גדוד שירותי הדם המטכ"לי (להלן - גשד"מ) שיעודו העיקרי הוא לסייע לשירותי הדם של מד"א להעלות את מלאי מנות הדם הנדרשות בעיתות חירום. הגשד"מ הוא למעשה גדוד מטכ"לי של מקרפ"ר. כל חיילי הגדוד - מפקדים, מתירמי דם, נהגים, קלדנים ועובדי מעבדה - הם חיילי מילואים. חיל הרפואה אחראי לבניין כוחו. מרכז שירותי הדם במד"א אחראי להכשרה המקצועית של חיילי הגשד"מ ולהסמכתם, בשיתוף צה"ל, כמתירמי דם צה"ליים. בעיתות חירום עובר הגדוד לפעול תחת פיקודו של



מצבת כלי הרכב
המיועדים להסעת
החיילים למקומות
ההתרמה ולשינוע
הדם שנתרם אל מרכז
שירותי הדם של מד"א
אינה מלאה

פקע"ר המוודא את רציפות תפקודו של הגדוד באספקת כל האמצעים הלוגיסטיים הנדרשים לו.

מחסור ברכבי הגשד"מ: הרכבים שבהם משתמש הגדוד בעיתות חירום הם רכבי יר"ם (יחידת רכב מילואים) שהוקצו לגדוד להגעה של החיילים למקומות ההתרמה ושינוע הדם שנתרם אל מרכז שירותי הדם של מד"א. לשם כך נקבע תקן של עשרות רכבים⁸⁷.

בביקורת עלה שמצבת כלי הרכב המיועדים להסעת החיילים למקומות ההתרמה ולשינוע הדם שנתרם אל מרכז שירותי הדם של מד"א אינה מלאה, וכמחצית ממצבת כלי הרכב חסרה.

בתשובת צה"ל הוא ציין, שהפער במצבת הרכבים בגשד"מ נובע מכך שאין ביכולתו של השוק האזרחי לתת מענה ברכבים העונים על צורכי הגדוד - טנדר עם תא כפול הכולל קירור.

על צה"ל לתת את דעתו על הפערים בכלי הרכב הנדרשים ולהציע פיתרון מתאים, כדי שהגשד"מ יוכל לבצע את תפקידו בעיתות חירום.

מחסור במערכות קשר במד"א בעיתות חירום - מעקב

כפי שצוין בדוחות קודמים של מבקר המדינה, גופי החירום פועלים באמצעות מערכות קשר שונות, שלא כולן מתקשרות זו עם זו. בעקבות זה נוצרות לעתים בזמן הטיפול באירועי חירום, תקלות תקשורת המקשות על הטיפול באירוע ואף עלולות לגרום אבידות בנפש⁸⁸. משרד מבקר המדינה ציין כי "ראוי שיהיו לגופי החירום השונים אמצעי תקשורת ייעודיים לעיתות חירום, כך שיוכלו לתקשר ביניהם"⁸⁹.

עוד בנובמבר 2002 החליטה הממשלה לבחון את הצורך בהקמת מערכות קשר אחדות שיאפשרו תקשורת שוטפת בין הכוחות הפועלים בזירת אירוע⁹⁰. בהחלטות

87 כ-75% מהם רכבי אזרחים שיוקצו לצבא, והשאר רכבים שיושכרו מחברות לסינג.

88 ראו גם מבקר המדינה, דוח ביקורת על השריפה בכרמל - דצמבר 2010, מחדלים, כשלים ומסקנות (יוני 2012), עמ' 38, 48; מבקר המדינה, **דוח שנתי 164** (2014), "היערכות שירותי הבריאות לחירום - ממצאי מעקב", עמ' 717. וכן מבקר המדינה, **דוח שנתי 166** (2016), "אירועים סביבתיים המסכנים את האדם והסביבה - מניעה וטיפול", עמ' 755.

89 מבקר המדינה, **דוח שנתי 164** (2014), "היערכות שירותי הבריאות לחירום", עמ' 717; ומבקר המדינה, **דוח שנתי 166** (2016), "אירועים סביבתיים המסכנים את האדם והסביבה - מניעה וטיפול", עמ' 755.

90 החלטת ממשלה מס' 2803 (תמ/63) בנושא "היערכות המערך המשולב לטיפול באירועי חומרים מסוכנים וחומרי לחימה כימיים - דו"ח מס' 49 של מבקר המדינה".

הממשלה מיולי 2012⁹¹ וממאי 2013⁹² נקבע שיש לפתח מערכת "רדיו לאומי". המערכת נועדה לאפשר תקשורת בזמן אירועי חירום בין כל הגורמים בכל הרמות, מרמת צוות האמבולנס, השוטר והכבאי עד רמת המפקדים; לתת בידי הגורם המפקד (משטרה בשגרה, פקע"ר בחירום) יכולת לתאם את פעולותיהם של כל המגיבים הראשונים ולחזק את יכולת הפיקוד והשליטה. לפי החלטת הממשלה מיולי 2012 ועדה בין-משרדית בראשות רח"ל אחראית למימוש מלא של פרויקט ה"רדיו הלאומי".

בהחלטת הממשלה ממאי 2013 עודכן כי התקציב למימון הפיתוח של המערכת ולחיבור 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 הראשונים ... במערכת".

בדוח קודם של מבקר המדינה שעסק בנושא אירועים סביבתיים המסכנים את האדם והסביבה⁹³ צוין ש"בעקבות הצורך ברדיו לאומי, צוידו המשטרה, רשות הכב"ה [רשות הכבאות וההצלה] והמשרד להגנת הסביבה במערכת קשר הנקראת 'ניצן' ופקע"ר - במערכת הנקראת 'ברק כתום'. עבור מד"א, המיועד להתחבר למערכת 'ברק כתום', לא נרכשה מערכת קשר חדשה. המערכות 'ניצן' ו'ברק כתום' יכולות לתקשר זו עם זו, אולם המערכת שבה משתמש מד"א אינה מתקשרת עמן". בדוח תוארה המחלוקת הקיימת בנוגע למקורות המימון של המערכת בעבור מד"א בין משרד הבריאות, משרד האוצר ומשרד הביטחון. משרד מבקר המדינה ציין כי "על משרד הביטחון, משרד הבריאות ומשרד האוצר לנקוט ללא דיחוי את הצעדים הנדרשים להחלפת מערכת הקשר במד"א במערכת שתוכל לתקשר בעילות עם כלל גורמי החירום. אם לא יעלה בידיהם של המשרדים האמורים להביא לתיקון המצב כאמור, עליהם למסור את הנושא להכרעת ראש הממשלה"⁹⁴.

נכון למועד סיום הביקורת, לא חלה התקדמות בעניין "רדיו לאומי" למד"א, אף שמד"א ניסה לקדם את הנושא במשרד הבריאות, ובישיבה שקיימו הצדדים במאי 2018 סוכם שמשרד הבריאות יבחן את יכולותיו לסייע במתן פיתרון לחוסר במערכת התקשורת. למרות זאת, עדיין לא השלים המשרד את בדיקתו הנדרשת. בפועל יש למד"א מערכת שליטה ובקרה עצמאית שמאפשרת לו שליטה על כוחותיו, אך היא אינה מקושרת למערכות של גופי החירום האחרים.

91 החלטת ממשלה מס' 4876 מ-6.7.12, בהמשך להחלטת ממשלה מס' 2699 מ-9.1.11 בדבר שיפור היערכות העורף למקרה חירום.

92 החלטת ממשלה מס' 206 מ-13.5.13.

93 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2016** (2016), "אירועים סביבתיים המסכנים את האדם והסביבה - מניעה וטיפול", עמ' 755.

94 שם.

למרות החלטות הממשלה ודוחות מבקר המדינה בנושא, מד"א עדיין אינו מחובר למערכות התקשורת של גופי החירום השונים

אין ספק כי נודעת חשיבות רבה לתקשורת הרציפה בין גופי החירום, ובכך הכירה גם הממשלה. למרות החלטות הממשלה ודוחות מבקר המדינה בנושא, מד"א עדיין אינו מחובר למערכות התקשורת של גופי החירום השונים. עשויות להיות לכך תוצאות כבדות משקל, שכן עלולים להיפגע תפקודו המבצעי של מד"א, התקשורת שלו עם הגופים האחרים ויכולתו להתעדכן באירועים המתחוללים, בהנחיות ובפקודות וכיוצ"ב. הדבר עלול לפגוע גם בתפקודם של יתר הארגונים, ובייחוד ביכולת הפיקוד והשליטה של פקע"ר על האירועים בעיתות חירום.

בתשובת ראש רח"ל הוא ציין, כי משרד הבריאות האחראי לחוק מד"א נדרש לתת את המענה התקציבי לנושא זה. בתשובת משרד הבריאות הוא ציין, שהנושא יידון בצוות עבודה משותף של משרד הבריאות ורח"ל.

משרד מבקר המדינה מעיר בחומרה למשרדי הבריאות, הביטחון והאוצר כי זה מכבר היה עליהם להגיע להסכמות בנוגע להצטיידותו של מד"א במערכת התקשורת החיונית כל כך. ואולם לא רק שהם לא נקטו את הצעדים המתבקשים - הם אף לא הביאו את העניין לדיון ולהכרעה אצל ראש הממשלה. היות שמדובר במערכת שנודעת לה חשיבות קריטית בעיתות חירום, ומאחר ששלושת המשרדים משתפים בנקיטת הצעדים המתבקשים - חשוב שהשרים המופקדים על משרד הביטחון, משרד הבריאות ומשרד האוצר יעקבו אחר קידום הנושא וככל שתימשך המחלוקת יכריעו הם בעניין. אם לא יצליחו עליהם להביא את הנושא להכרעת ראש הממשלה כפי שציין מבקר המדינה בעבר.



בחינת המוכנות של מד"א לעיתות חירום מצביעה על ליקויים בכמה תחומים: מצאי כוח אדם ורכבי ההצלה; מספר האמבולנסים הנדרשים; אי-עדכון תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות; התרמת מנות דם; תקציב המוכנות לחירום לטווח הקצר, הבינוני והארוך; המוכנות לטיפול בנפגעים באירועים רדיולוגיים; ומערכות קשר במד"א. חלק מהליקויים אפשר לפתור באמצעות הקצאת תקציבים נוספים. מאחר שרק חלק קטן ממקורות ההכנסה של מד"א מתבססים על תקציב המדינה, בין היתר בעבור שיפור השירותים באזורים מסוימים והפעלת אט"נים - הרי שלשם השלמת התקצוב של כל מה שאינו במסגרת השוטפת נדרשת לכך הסכמה של משרד הבריאות, האחראי מטעם שר הבריאות לביצוע חוק מד"א. לפיכך על המשרד ומד"א להסכים על תוכנית הצטיידות שתבטיח את הכשירות המבצעית של מד"א לטווח הארוך, תדרג את סדר העדיפויות של הצרכים, תקבע מהם הצרכים הקריטיים ואת המקורות למימנם לרבות תקציב הבריאות.

סיכום

מד"א הוא הארגון האחראי מתוקף החוק להעניק רפואה דחופה טרום-בית החולים, לקיים לטובת כלל התושבים שירותי עזרה ראשונה, להיערך לקראת אירוע אסון המוני ולהיות שירות עזר לשירות הרפואי של צה"ל בזמן מלחמה. שר הבריאות ממונה על ביצוע חוק מד"א ומתוקף כך נגזרת אחריותו לאסדר את פעילותו. נוסף על מד"א פועלות חברות אמבולנסים פרטיות, המעניקות גם הן שירותי עזרה ראשונה, ומשרד הבריאות צריך לפקח עליהן.

המענה הראשוני המהיר והאיכותי למטופל הוא רכיב מרכזי בפעילות מד"א, אולם מד"א מסתמך על תקן משנת 1990 שהיה נכון לזמנו. למרות פרק הזמן הארוך שחלף והתמורות הרבות שחלו מאז, המשרד לא עדכן את התקן. על אף המלצות ועדה פנימית של מד"א שסברה שיש לעדכן את התקן, מד"א לא פעל בנחישות ובהתמדה מול משרד הבריאות כדי לקדם נושא זה. מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות כבר בעבר, כי עליו להסדיר את נושא האחריות והסמכויות של המשרד למד"א, אך המשרד לא עשה זאת. הסחבת בהסדרה של רפואת החירום הטרומ-אשפוזית עלולה לגרום לכך שהיבטים בתחום זה ובפרט בכאלה הנוגעים להצלת חיים לא יקבלו מענה; היא עלולה גם לגרום לבזבז משאבים בשל חוסר בראייה כוללת ולאומית. הדבר מדגיש את החוסר ביד מכוונת בתחום. יש לראות בדאגה את העובדה שהמשרד לא קבע לוח זמנים לטיפול בנושא, אף שמדובר במרכיב חיוני בהבטחת הבריאות של תושבי המדינה - שהיא בתחום אחריותו.

אשר לעיתות חירום - עלה כי הרשות העליונה לאשפוז לא עדכנה את תרחיש הייחוס הענפי למערכת הבריאות, ולפיכך משרד הבריאות ומד"א נערכים לעיתות חירום על פי תרחיש ישן וחסר שאינו תואם את הנדרש מהם בעיתות חירום. מד"א עדיין אינו מחובר למערכת התקשורת הייעודית של גופי החירום השונים, ויש בכך פוטנציאל לסיכון ממשי. כמו כן, במצבת כוח האדם הצפויה בעיתות חירום יחסר יותר ממחצית הפרמדיקים וכמחצית מחובשי רפואת החירום. בלעדיהם לא יהיה אפשר להפעיל את כל רכבי ההצלה הקיימים, ואת אלה שנקבעו כנדרשים לעיתות חירום.

על משרד הבריאות בשיתוף מד"א ומשרד המשפטים לקיים עבודת מטה מסודרת ומשותפת, כדי לקדם הסדרה יעילה וברורה של מד"א בידי משרד הבריאות. על צה"ל לקבוע, בשיתוף מד"א, עקרונות מנחים להצבת הפרמדיקים וחובשי רפואת החירום בעיתות חירום במד"א ובצה"ל, בדרך שתביא למיצוי נכון של פוטנציאל התרומה של הפרמדיקים וחובשי רפואת החירום בכלל המסגרות בעיתות חירום.

מד"א נמצא בחזית הטיפול בתחום הרפואה הדחופה הטרומ-אשפוזית ותרומתו בשגרה ובעיתות חירום לא תסולא בפז, ומכאן החשיבות לכך ששירותיו יהיו איכותיים והולמים. להסדרה של פעילותו המבצעית בשגרה ובעיתות חירום נודעת חשיבות רבה, לשם שיפור השירות שניתן לתושבי המדינה בתחום חיוני זה.

