



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

היערכות מערך הבריאות למצבי חירום

כ"א באדר ב' תשע"א

27 במרס 2011

כתיבה: פלורה קוך דבידוביץ'

אישור: הודיה קין, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240 / 1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

תמצית

מסמך זה נכתב לבקשת חה"כ רחל אדטו לקראת דיון הוועדה לענייני ביקורת המדינה בנושא היערכות מערך הבריאות לשעת חירום. יצוין כי בשל אילוצי הזמן והיקפו הרחב של הנושא, מסמך זה אינו מתיימר להקיף את מכלול היבטיו, ומתמקד, לבקשת חה"כ אדטו, בעיקר בסוגיית האלה: נוהלי משרד הבריאות בכל הקשור להיערכות לעתות חירום; מערך האשפוז הכללי והטיפול הנמרץ; אופן המיגון של בתי-החולים והיערכות מגן דוד אדום (מד"א) לשעת חירום.

חשוב להדגיש שב"מצב חירום" הכוונה היא לאירועים שונים שמערכת הבריאות בישראל עשויה להיקרא להתמודד עמם, ובהם: שעת התקפה, תקופת קרבות, מצב מיוחד בעורף, מצב קיצון ברגיעה, אירוע רב-נפגעים – אר"ן, אירוע טוקסיקולוגי המוני – אט"ה ואסון המוני.¹

במסגרת דוח מיוחד של מבקר המדינה בנושא: היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה, שפורסם ביולי 2007 (להלן: הדוח המיוחד), המליץ המבקר בין היתר לנקוט את הצעדים האלה:

- הסדרת הסמכות החוקית של הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום;
- הגדרה מחדש ועיגון יחסי הגומלין בין האגף לשעת חירום במשרד הבריאות, קופת-החולים "שירותי בריאות כללית" וצה"ל – פיקוד העורף ומפקדת קצין רפואה ראשי, בכל הקשור לחלוקת הסמכויות והאחריות ביניהם במצבי חירום שונים;
- הכנת תוכנית תקציבית ייעודית של משרד הבריאות לעתות חירום;
- השלמת ההכנה של תקנות המיגון למוסדות בריאות והתקנתן;
- השלמת עבודת המטה בסוגיית המיגון של מוסדות רפואיים והשלמת ההצטיידות באמצעי מיגון אישיים לצוותי מערכת הבריאות;
- בחינת צרכיו של מד"א בעת חירום וקביעת הגוף שיפעיל אותו בכלל משימותיו.

במסמך זה נבחן את מידת יישומן של ההמלצות האמורות ואת תמונת המצב הנוכחית בתחומים אלה, וכן היבטים נוספים של מערך האשפוז והטיפול הנמרץ במצבי חירום.

יצוין כי, ככלל, עולה מבדיקתנו שמשרד הבריאות פעל במשך השנים ליישום המלצות המבקר, אך חלקן יושמו עד כה באופן חלקי בלבד.

¹ אירוע הגורם לפגיעה חמורה בשלום הציבור, בביטחון הנפש או ברכוש, המתייחס לציבור גדול או לשטח גדול, או אירוע שיש בו חשש לפגיעה כאמור, לרבות מחמת פגע טבע, מפגע סביבתי, אירוע חומרים מסוכנים, אירוע כימי או ביולוגי, אירוע קרינה רדיולוגי, תאונה או פעילות חבלנית עוינת. מתוך: סעיף 3 לחוק לתיקון פקודת המשטרה (מס' 19), התשס"ה-2005.



עיקרי הממצאים במסמך:

■ **הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום היא הגוף האחראי להפעלת שירותי הבריאות לאוכלוסייה בשעת חירום.** בראש הרשות עומד מנכ"ל משרד הבריאות ומלבדו חברים בה קצין רפואה ראשי של צה"ל ונציג מנכ"ל קופת-חולים "שירותי בריאות כללית".

החלטות הממשלה שמהן הרשות שואבת את סמכותה חלות על תקופת לחימה בלבד, ואין בהן מענה לכל תקופות החירום שמערכת הבריאות נדרשת להיערך להן. עוד עולה מהמסמך כי אף שהצורך בהסדרה חוקית של סמכויות הרשות בשעת חירום עלה בביקורות הקודמות של מבקר המדינה – בדוח 50 לשנת 2000 ובדוח המיוחד משנת 2007, נושא זה טרם הוסדר, וניסיונות חקיקתיים שנעשו במהלך השנים בתחום זה לא צלחו.

■ בדוח המיוחד של מבקר המדינה משנת 2007 עמד המבקר על הצורך בהגדרה מחדש של יחסי הגומלין בין הרשויות המעורבות בהפעלת מערך האשפוז בשעת חירום ובעיגונם, ובפרט יחסי הגומלין בין האגף לשעת חירום של משרד הבריאות, "שירותי בריאות כללית" וצה"ל, באמצעות פיקוד העורף ומפקדת קצין רפואה ראשי. במסמך עולה כי **אומנם נבחנו יחסי הגומלין בין משרד הבריאות ובין גורמי הרפואה של צה"ל, ואף גובשה טיוטת שיתוף פעולה בין משרד הבריאות ובין צה"ל, אך טיוטה זו עדיין ממתינה לדיון במטה הכללי של צה"ל לצורך אישורה הסופי.**

■ בעקבות קביעתו של מבקר המדינה כי למשרד הבריאות דרושה תוכנית תקציבית ייעודית לשעת חירום, **העביר משרד הבריאות עוד באוקטובר 2007 פירוט של הצרכים והעלויות של מערכת הבריאות בעתות חירום למשרדים הרלוונטיים, ובהם משרד הביטחון ומשרד האוצר.** מהתשובה העדכנית של משרד הבריאות בנושא זה עולה כי מאז העביר תזכורות לגורמים הרלוונטיים, אך לא הובהר בתשובה אם התוכנית קיימת היום.

■ **מיגון מוסדות רפואיים:** בדוח לשנת 2007 קבע מבקר המדינה שרוב מוסדות הבריאות, שנבנו לפני שנים רבות, ממוגנים באופן חלקי בלבד. המבקר הדגיש כי יש להסדיר בתקנות את סוגיית המיגון של בתי-החולים הקיימים ולהגן על החולים ועל צוותי העובדים בהם. ממשרד הבריאות נמסר כי מוסדות בריאות חדשים פועלים בשלוש השנים האחרונות על-פי תקנות ההתגוננות האזרחית (מפרטים לבניית מקלטים) (תיקון), התש"ע-2010, אף שתהליך התקנתן טרם הסתיים. כמו כן ראוי לציין כי בניגוד להמלצות המבקר, התקנות האמורות חלות על מוסדות רפואיים חדשים בלבד, ואין בהן מענה למבנים קיימים.

מתשובת שבעה בתי-חולים שהשיבו עד כה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת בסוגיית המיגון עולה כי גם כיום בתי-חולים אלה ממוגנים באופן חלקי בלבד ועדיין לא ניתן מענה מלא לצורכיהם בעת חירום.



בהקשר זה יצוין כי **משרד האוצר התחייב להעביר כ-200 מיליון ש"ח מסכום כולל של כ-485 ש"ח למיגון בתי-החולים, ויתרת הסכום, כ-285 מיליון ש"ח, תועבר מתקציב משרד הבריאות.** התקציב יועבר בפריסה על חמש שנים ויוקצה למיגון בתי-חולים במרכז ובצפון הארץ בלבד.

■ **מיגון הצוות הרפואי:** על-פי הממצאים במסמך **ציוד המיגון לתרחישים קונבנציונליים לסגל הרפואי נרכש במלואו.** עם זאת נמסר ממשרד הבריאות כי **לא ניתן מענה מלא לדרישות המיגון של הסגל הרפואי לתרחישים לא קונבנציונליים, והשלמת הפער תלויה בתקציב משרד הביטחון.** במשרד הבריאות צופים כי הפער ייסגר עד שנת 2012.

■ פעילות מד"א: אחת ההמלצות בדוח המיוחד של מבקר המדינה משנת 2007 היתה לקבוע את הגוף שיהיה אחראי לפעילות מד"א בעתות חירום ולבחינת צרכיו. בעקבות הדוח נקבע בשנת 2009, במסגרת עבודת מטה שנעשתה בהשתתפות משרד הבריאות, פיקוד העורף ורשות החירום הלאומית (רח"ל), כי **משרד הבריאות הוא הגוף האחראי לפעילות מד"א בעתות חירום.** עוד נקבע במסגרת זו כי **רמת הכוננות של מד"א בעתות חירום תיקבע על-ידי רח"ל בתיאום עם צה"ל.**

מהמסמך עולה כי **מד"א אינו מתוקצב למשימותיו באופן ישיר מתקציב המדינה, וכי בשנת 2011 אף קוצץ באופן ניכר התקציב המועבר לו לצורך תרגילים משותפים עם שאר כוחות ההצלה והחירום לתרחישי חירום שונים, ממיליון ש"ח לכמה עשרות אלפי ש"ח, והדבר ימנע ממנו את ההשתתפות בתרגולי הכנה לשעת חירום.**

■ **מערך האשפוז הכללי והטיפול הנמרץ:** ממסמך קודם של מרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה כי בשנת 2009 היו בבתי-החולים בישראל 14,599 מיטות אשפוז כללי. **שיעור המיטות לנפש בישראל הוא במגמת ירידה, ובסוף שנת 2009 היו 1.93 מיטות בלבד ל-1,000 נפש.** בשנת 2008 דורגה ישראל במקום ה-25 מבחינה זו ב-27 מדינות ה-OECD. עוד יצוין כי בשנת 2008 היתה התפוסה של מיטות האשפוז בישראל מהגבוהות ביותר במדינות הארגון.

אשר לטיפול הנמרץ, לפי מסמך שיעור מיטות הטיפול הנמרץ הכללי הוא כ-2.3% בלבד מכלל מיטות האשפוז הכללי בישראל, והתפוסה ביחידות הטיפול הנמרץ בישראל גבוהה מהתקן הבין-לאומי המומלץ (60%-70%), ובחלק מהמחלקות היא יותר מ-100%. מומחים בתחום מעריכים כי כיום חסרות למערך הבריאות כ-500 מיטות טיפול נמרץ בתקן, כמחציתן בבתי-חולים ממשלתיים.

■ **בהחלטת הממשלה מס' 2917, מ-27 בפברואר 2011, בדבר חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והרחבת מערך האשפוז הציבורי, נקבע בין היתר כי בשנים 2011–2016 יוספו בבתי-החולים הציבוריים כ-960 מיטות אשפוז כללי, בעדיפות לבתי-חולים בפריפריה.** בדיון בנושא זה בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של כנסת בינואר 2011 אמר מנכ"ל משרד הבריאות כי **אין בתוספת המיטות המתוכננת מענה מספק לצורכי המערכת.**



חשוב להדגיש שהמחסור במיטות אשפוז במערך הכללי ובטיפול הנמרץ מתחדד מאוד כשמדובר בצורכי המערכת בשעת חירום.

- נתוני משרד הבריאות מצביעים על פער בין תקן הרופאים בתחומי המומחיות השונים ובין מספר הרופאים בתחומים אלה בפועל. לדוגמה, יש פער של כ-40% בין תקן כוח-האדם של מומחים בטיפול נמרץ נשימתי ובין מספר הרופאים בתחום זה בפועל.
- מצאי המיטות לטיפול בנפגעי כוויות בשגרה מצומצם, ויש להרחיבו. משום כך הוחלט במשרד הבריאות להקים בשנת 2011 מרכזי טיפול בנפגעי כוויות בבית-החולים על שם שיבא (למבוגרים) ובבית-החולים שניידר (לילדים). כמו כן יש כוונה להקים בשנת 2012 מרכז כאמור בבית-החולים רמב"ם ובשנת 2013 בבית-החולים סורוקה. בשלב זה לא נמסר לנו אם הוקצה תקציב ייעודי לנושא זה. יש מקום לעקוב אחר ההחלטות בדבר הקמת מרכזים אלה.
- במשרד הבריאות נקבעו חלופות למתן מענה לילדי עובדי המערכת בשעת חירום. עם זאת, עד כה לא הוגדר הגורם המממן וטרם הוקצה תקציב ייעודי להפעלת חלופות אלה.
- מממצאי מבקר המדינה בדוח עמידות מבנים ותשתיות בפני רעידות אדמה לשנת 2011 עולה כי מבנים רבים בבתי-החולים בצפון הם ישנים מאוד ואינם בנויים לפי תקנים עדכניים בתחום הבנייה.

1. רקע

ההיערכות של מדינת ישראל בתחום ההתגוננות האזרחית מבוססת על חוקים, תקנות, החלטות ממשלה, פקודות ונהלים בין-משרדיים, וכן על הוראות ועל נהלים פנימיים של משרדים ממשלתיים, של השלטון המקומי ושל גופים סטטוטוריים רלוונטיים. פיקוד העורף, משטרת ישראל, מערך המשק לשעת חירום (להלן: מל"ח), משרדי הממשלה והרשויות המקומיות הם בין הגופים העיקריים המופקדים על הטיפול בעורף בעתות שגרה ובעתות חירום בכל הקשור למיגון, סיוע רפואי, חלוקת מזון ופינוי אוכלוסייה. לפיכך חיוני שגופים אלה יוכלו לעבוד בשיתוף פעולה ובתיאום מלא בפרט בעת חירום.²

מערכת הבריאות נערכת לכל תרחישי האיום המוגדרים בפורום רשות החירום הלאומית (להלן: רח"ל),³ עוזר שר הביטחון לאמצעים מיוחדים והמטה ללוחמה בטרור, ובהם:

² מתוך סעיף 3 לחוק לתיקון פקודת המשטרה (מס' 19), התשס"ה-2005.

³ רשות החירום הלאומית (רח"ל) הוקמה בהחלטה מס' ב/43 של ועדת השרים לענייני ביטחון לאומי ב-19 בדצמבר 2007 כחלק ממשרד הביטחון ובכפופות לשר הביטחון. הרשות נוצעה לשמש גוף מטה לשר הביטחון ולסייע בידו לממש את אחריות-העל לטיפול בעורף בכל מצבי החירום. אתר האינטרנט של רשות החירום הלאומית, <http://www.rahel.mod.gov.il/ABOUTUS/Pages/AboutPage.aspx>, כניסה: 27 במרס 2011.



▪ **תרחישים ברגיעה** : אירוע רב-נפגעים (אר"ן); אירוע טוקסיקולוגי המוני (אט"ה), מגה-אר"ן; אירוע ביולוגי חריף (מחלות מידבקות וטרור ביולוגי), אירוע רדיולוגי חריג (תאונת קרינה וטרור רדיולוגי) ואסונות טבע (כגון רעידת אדמה);

▪ **תרחישים בשעת מלחמה** : מלחמת טילים וחומרי לחימה כימיים (חל"ד).

במוכנות למיתארי החירום נכללים פיתוח מוכנות לכל התרחישים האפשריים; פיתוח מנגנוני פעולה ותגובה אוניברסליים כמענה לאירועים בלתי צפויים; הנחלת הידע בקרב אנשי הצוות הרבים הנדרשים לתפקד בעתות חירום; שמירת הידע והיכולת לאורך זמן; מיגון צוותים מטפלים; גיבוש שיטות ומנגנונים לפיתוח ולרכוש ציוד ותשתיות; הגדרת רמות מלאי ועידוד מוסדות הבריאות להשקיע משאבים בקידום המוכנות לשמירת כשירות לאורך זמן.⁴

תכנון מערכת הבריאות בשעת חירום הוא תכנון מורכב הנעשה בסביבה עתירת אי-ודאות ושיקולים כלכליים, פוליטיים וארגוניים.⁵ כותבי המאמר "חמשת הדיברות להיערכות מערכת הבריאות בישראל לשעת חירום", שפורסם בשנת 2010, סבורים כי הבטחת מוכנות מערכתית למיתארי החירום האמורים מושתתת על חמישה מרכיבים מרכזיים: תכנון מערכתי כולל של המוכנות; פיקוד ושליטה בעתות חירום; ניהול מרכזי של הכשירות והכוננות לעתות חירום; שימור הידע והמיומנויות של צוות מערכת הבריאות, ותיאום הפעילות של גופי החירום.⁶

במסגרת דוח מיוחד של מבקר המדינה בנושא: היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה, שפורסם ביולי 2007, המליץ המבקר בין היתר על נקיטת הצעדים האלה:

▪ **הסדרת הסמכות החוקית של הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום;**

▪ **השלמת עבודת המטה בסוגיית המיגון של מוסדות רפואיים;**

▪ **השלמת ההצטיידות באמצעי מיגון אישיים לצוותי מערכת הבריאות;**

▪ **השלמת הכנת תקנות המיגון למוסדות בריאות והתקנתן;**

▪ **הגדרה מחדש ועיגון יחסי הגומלין בין האגף לשעת חירום במשרד הבריאות, שירותי בריאות כללית וצה"ל – פיקוד העורף ומפקדת קצין רפואה ראשי, בכל הקשור לחלוקת הסמכויות והאחריות של כל אחד מהם במיתארי מלחמה שונים;**

⁴ אתר האינטרנט של רשות החירום הלאומית, <http://www.rahel.mod.gov.il/ABOUTUS/Pages/AboutPage.aspx>, כניסה: 27 במרס 2011.

⁵ ד"ר ארז סברדלוב, "תכנון מערכת הבריאות לשעת חירום", באתר האינטרנט של משרד הבריאות – האגף לשעת חירום (לא צוין מועד פרסום המאמר), http://www.health.gov.il/emergency/mamarim/tichnun_maharechet.htm, כניסה: 24 במרס 2011.

⁶ ב' עדיני, ד' לאור, ר' כהן, ב' לב וא' ישראלי, "חמשת הדיברות להיערכות מערכת הבריאות בישראל לשעת חירום", **הרפואה** יולי 2010, 149 (7), עמ' 451–455.



▪ הכנת תוכנית תקציבית ייעודית של משרד הבריאות לעתות חירום;

▪ בחינת הצרכים של מד"א בעת חירום וקביעת הגוף שיפעיל אותו בכל משימותיו.

במסמך נבחן את יישום המלצות המבקר האמורות.

בהקשר זה, של היערכות מערך הבריאות למצבי חירום, חשוב להביא גם את ממצאי מבקר המדינה בדוח בנושא עמידות מבנים ותשתיות בפני רעידות אדמה, משנת 2011, אשר בו המבקר מציין כי **מבנים רבים בבתי-חולים בצפון הם ישנים מאוד ואינם בנויים לפי תקנים עדכניים בתחום הבנייה**. לפי הדוח, בשנת 2009, כשש שנים לאחר פרסום סקר משרד הבריאות שהראה כי רוב המבנים של בתי-חולים הנמצאים באזורים המועדים לרעידת אדמה ייהרסו במצב כזה, לא חוזקו בתי-חולים בפני רעידת אדמה.⁷ עם זאת הוסיף המבקר כי בחדרי המיון הממוגנים בפני נזקי מלחמה שנבנו בבתי-חולים בצפון לאחר מלחמת לבנון השנייה יש פתרון חלקי לבעיה זו.⁸

2. היערכות משרד הבריאות למצבי חירום

להלן סקירת כמה היבטים של היערכות משרד הבריאות למצבי חירום.

2.1 הפעלת שירותי הבריאות בשעת חירום

האחריות להכנת מערכת הבריאות לשעת חירום ולהפעלתה בעתות שגרה ומלחמה מוטלת על משרד הבריאות. הגוף האחראי להפעלת שירותי הבריאות בשעת חירום הוא הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום (להלן: הרשות), שהיא רשות ייעודית של ועדת מל"ח (משק לשעת חירום) העליונה – המוסד העליון במשק לשעת חירום.⁹

בראש הרשות מנכ"ל משרד הבריאות, ומלבדו חברים בה קצין רפואה ראשי של צה"ל ונציג מנכ"ל "שירותי בריאות כללית". בדיוני הרשות משתתפים נציגי מד"א, צה"ל, כל קופות-החולים, מל"ח ורח"ל.¹⁰ כמו כן מוזמנים לדיונים נציגי גופים חברים נוספים בהתאם לצורך ולנושא הנדון, דוגמת נציג משטרת ישראל, מרכז השלטון המקומי ועוד.¹¹

הרשות פועלת באופן שוטף בעתות שגרה וחירום. בעתות שגרה היא מתכנסת אחת לחודשיים, ואילו בעת חירום היא מתכנסת פעמיים ביממה, מפגשים פנים אל פנים או בשיחות ועידה טלפוניות. יצוין כי בעתות חירום מופעל מטעם הרשות מטה הפעיל 24 שעות ביממה שפעילים בו נציגים של גופי הבריאות,

⁷ מסקר שערך משרד הבריאות בשנת 2003 בשישה בתי-חולים באזורים המועדים לרעידות אדמה (יוספטל, כרמל, רמב"ם, בני-ציון, זיו ופורייה) עלה כי יש צורך לחזק שטח כולל של כ-200,000 מ"ר וכי התקציב הדרוש לכך הוא 20 מיליון דולר.

⁸ משרד מבקר המדינה, עמידות מבנים ותשתיות ברעידות אדמה – תמונת מצב, מרס 2011.

⁹ משק לשעת חירום הוא גוף בין-משרדי המופקד על הכנת מפעלים, שירותים ומוצרים חיוניים לשעת חירום.

¹⁰ רשות החירום הלאומית (רח"ל) הוקמה בהחלטה מס' ב/43 של ועדת השרים לענייני ביטחון לאומי ב-19 בדצמבר 2007 כחלק ממשרד הביטחון ובכפופות לשר הביטחון. הרשות נועדה לשמש גוף מטה לשר הביטחון ולסייע בידו לממש את אחריות-העל לטיפול בעורף בכל מצבי החירום. באתר האינטרנט, <http://www.rahel.mod.gov.il/ABOUTUS/Pages/AboutPage.aspx>, כניסה: 27 במרס 2011.

¹¹ עוזי קרן, ממלא-מקום מנהל האגף לשעת חירום במשרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2011.



האחראים לשמירת קשר שוטף ומתמשך עם גופי החירום, ובהם משטרת ישראל, הרשויות המקומיות, משרדי ממשלה אחרים ועוד.¹²

הרשות שואבת את סמכותה מהחלטת הממשלה מס' 1716, שהתקבלה ב-6 ביולי 1986 ועניינה בין היתר הגדרת התקופה שבה יופעל מערך מל"ח, דהיינו "תקופה של לחימה, לרבות תקופה שלפני תחילת לחימה או אחריה, כאשר נמנעת פעילות תקינה של המשק, כולו או חלקו, ולרבות תקופת ההתכוננות לקראת תקופת לחימה (תקופת רגיעה)", וכן מהחלטת הממשלה מס' 1080, מ-13 בפברואר 2000, המרחיבה את האפשרות של הפעלת מערך מל"ח גם לאסונות המוניים, ובכללם מגפות. עם זאת, החלטות הממשלה האמורות עוסקות רק במצב לחימה, ואין בהן מענה לכלל עתות החירום שמערכת הבריאות נדרשת להיערך להן (כגון: אר"ן, אט"ה, אסון המוני וכו').

בהקשר זה יודגש כי בדוח המיוחד של מבקר המדינה משנת 2007, המוזכר לעיל, ציין המבקר כי העובדה שאין בידי הרשות סמכות להורות לכל מוסדות הבריאות כיצד לפעול בעתות שגרה וחירום עלולה ליצור קשיים בתפקודה. עוד ציין המבקר כי בהיעדר הסדרה אין לרשות כלים מספיקים ויכולת להפעיל את מלוא הסמכויות על כל מוסדות מערכת הבריאות.¹³ מבקר המדינה המליץ, לפיכך, כי מערכת הבריאות, ובראשה שר הבריאות, יחד עם יתר משרדי הממשלה, יסדירו את הסמכות החוקית של הרשות, בין כהצעת חוק נפרדת ובין כחלק מהסדרת פעילותן של רשויות ייעודיות נוספות.

במהלך השנים היו כמה יוזמות של משרד הבריאות להסדרת סמכויות הרשות בשעת חירום. בשנת 2005 הכינה הלשכה המשפטית במשרד הבריאות תזכיר בעניין חוק מערך הבריאות בחירום, התשס"ה-2005, שלפיו כל מוסדות מערכת הבריאות יהיו כפופים להוראות הרשות בכל הקשור לתפקודם בעת חירום, ובכלל זה קליטת נפגעים, טיפול רפואי, אשפוז ופינוי נפגעים וחולים והפעלת כוח-אדם.

עם זאת נמסר ממשרד הבריאות כי יוזמות החקיקה האמורות לא קודמו עד היום, בשל התנגדותם של כמה ממשרדי הממשלה, ובהם משרד הביטחון ומשרד האוצר. ממשרד הבריאות נמסר כי בתיאום עם רח"ל סוכם כי משרד הבריאות לא יפעל באופן עצמאי לחקיקת החוק, אלא יהיה חלק מחוק העורף העתידי שמטרתו להסדיר את סמכויות כלל המשרדים הפעילים בחירום. עם זאת נמסר גם כי בהצעת חוק העורף במתכונתה הנוכחית אין מענה לצורך בעיגון סמכויות הרשות, וכי אם לא יושג סיכום עם רח"ל בנושא זה הוא יחדש השנה את קידום החקיקה הרלוונטית.¹⁴

חשוב להדגיש כי נושא הסדרת הסמכות של הרשות כבר עלה בביקורת קודמת של מבקר המדינה, בדוח שנתי 50ב, לשנת 2000, בבדיקת המוכנות של מערך כוח-האדם הרפואי במערך האשפוז לשעת חירום.

¹² עוזי קרן, ממלא-מקום מנהל האגף לשעת חירום במשרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2011.

¹³ משרד מבקר המדינה, היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה – דוח מיוחד, יולי 2007.

¹⁴ שם.



2.2 שיתוף הפעולה בין משרד הבריאות ובין צה"ל

בהפעלת מערכת האשפוז בשעת חירום מעורבים שלושה גורמים: האגף לשעת חירום של משרד הבריאות, "שירותי בריאות כללית" וצה"ל – מפקדת קצין רפואה ראשי ומחלקת הרפואה בפקוד העורף. לנוכח ממצאיו המליץ מבקר המדינה בדוח המיוחד המוזכר לעיל, משנת 2007, כי "יש מקום שהאגף לשעת חירום, פיקוד העורף ואף מפקדת קצין רפואה ראשי יחליטו מחדש על חלוקת הסמכויות והאחריות של כל אחד מהם במיתארי מלחמה שונים, ולאחר מכן יסכמו זאת במסמך משותף". במשרד הביטחון ציינו כי נבחנו פעם נוספת יחסי הגומלין בין משרד הבריאות לגורמי הרפואה הצה"ליים וגובשה טיוטת הסכם שיתוף פעולה בין משרד הבריאות למשרד הביטחון/צה"ל. המסמך נחתם על-ידי סגן הרמטכ"ל, הועבר למשרד הבריאות לחתימה והוחזר, עם הערות המשרד, לדיון באגף התכנון של צה"ל.¹⁵ טיוטה זו עדיין ממתינה כיום לדיון במטה הכללי של צה"ל לצורך אישורה הסופי.

2.3 מוכנות מערכת הבריאות לתרחישים שונים

כאמור, מערכת הבריאות נערכת לכלל תרחישי האיום המוגדרים על-ידי רח"ל, עוזר שר הביטחון לאמצעים מיוחדים, משרד הביטחון והמטה ללוחמה בטרור, ובהם תרחישים ברגיעה ותרחישים בשעת מלחמה.

ממשרד הבריאות נמסר כי בהיעדר תרחיש ייחוס לאומי לאר"ן, מגה-אר"ן ואט"ה ברגיעה, ההערכה בדבר השלכות התרחישים שלהלן מבוססת על חוות דעת של ועדות מומחים אשר הופעלו על-ידי הרשות שקבעו כי על מערכת הבריאות להיערך למצבים האלה:

- **אר"ן ואט"ה**: כל בית-חולים ייערך לקלוט נפגעים בהיקף 20% מפריסת המיטות ברגיעה ובסך הכול לכ-2,800 נפגעים בכל הארץ.
- **מגה-אר"ן**: בתי-החולים ייערכו לקליטת נפגעים באירועים שיהיו בהם נפגעים בשלושה מדרגים אפשריים – 500, 1,000 ו-2,000 נפגעים.

הגדרות מצבי הכוננות בבתי-החולים מתעדכנות מעת לעת (עדכון אחרון היה בפברואר 2009). משרד הבריאות הגדיר מצבי כוננות גם לשאר מוסדות הבריאות, ובהם בתי-חולים גריאטריים ופסיכיאטריים, קופות-החולים, לשכות הבריאות ומד"א.

בהקשר זה יצוין כי עקב מצוקת מיטות האשפוז בבתי-החולים, שתוצג להלן, נשאלת השאלה אם בתי-החולים יוכלו להיערך לתרחישים המפורטים לעיל.

¹⁵ עוזי קרו, ממלא-מקום מנהל האגף לשעת חירום במשרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2011; שלום גנצר, הממונה על ענייני ביקורת המדינה במערכת הביטחון, מכתב, 24 במרס 2011.



3. מיגון בתי-חולים וצוותי מוסדות רפואיים

3.1 מיגון מוסדות רפואיים

הקמת מערכת מגן למבנה או למתקן בריאות נועדה להקנות לו יכולת הישרדות בפגיעה מכלי נשק קונבנציונליים ולא קונבנציונליים תוך שמירה על יכולת מסוימת של תפעול וטיפול. במסגרת הדוח המיוחד משנת 2007 ציין מבקר המדינה כי **מרבית מוסדות הבריאות הקיימים, ובהם בתי-חולים, נבנו לפני שנים רבות, כך שבחלקם אין מקלטים כלל ובאחרים המיגון חלקי בלבד.**¹⁶

מבקר המדינה ציין בדוח האמור כי כבר בשנת 1997 הכין פיקוד העורף טיוטת תקנות למיגון מוסדות בריאות – אזורים מוגנים ומרחבים מוגנים, כפרק שיש להוסיפו לתקנות ההתגוננות האזרחית, ועד סיום הביקורת ביוני 2007 תקנות אלה לא הותקנו. המבקר קבע **שלא די בהשלמת התקנות לבנייה בעתיד אלא יש להגן כראוי גם על החולים ועל צוותי העובדים בבתי-החולים הקיימים.**

ממשרד הבריאות נמסר כי בתחום המיגון של מוסדות בריאות חדשים הם פועלים בשלוש השנים האחרונות על-פי תקנות ההתגוננות האזרחית (מפרטים לבניית מקלטים) (תיקון), התש"ע-2010, המחייבות תכנון מרחב מוגן ייעודי במוסדות בריאות, אף שהתקנתן טרם הסתיימה. כמו כן ראוי לציין כי בניגוד להמלצת המבקר, תקנות אלו מתייחסות למוסדות רפואיים חדשים בלבד, ואין בהן פתרון למבנים קיימים.

על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת אל בתי-החולים הציבוריים בבקשת מידע על מידת המיגון בהם והתאמתה (לדעתם) לתרחישי האיום התקבלו עד למועד הגשת המסמך תשובות משבעה בתי-חולים כלליים, ולפיהן **בתי-החולים ממוגנים באופן חלקי בלבד ואין ברמת המיגון הנוכחית מענה לצורכיהם בעת חירום.** להלן כמה דוגמאות:

- **המרכז הרפואי קפלן ברחובות: בית-החולים ממוגן מפני פגיעה קרובה מאוד, גם נגד חומרי לחימה כימיים, רק בחדר המיון הכללי ובפגייה. כל שאר מבני בית-החולים אינם ממוגנים מפני פגיעה עקיפה ורסיסים, פרט להגנה על זגוגיות החלונות מפני התרסקות.**¹⁷
- **בית-החולים רמב"ם בחיפה: כ-75% משטחי האשפוז של בית-החולים אינם מוגנים מפני פגיעה קונבנציונלית או מפני חומרי לחימה כימיים. החלקים המוגנים היחידים מפני שני האיומים האלה הם חדר המיון החדש וחדרי הניתוח העיקריים. כל מבני האשפוז ברמב"ם נבנו לפני החלת התקן לעמידות מבנים ברעידת אדמה. הנהלת בית-החולים צופה כי עם סיום בנייתו של מבנה בית-החולים הממוגן, בסתיו 2012, יהיה בית-החולים ממוגן בצורה ראויה.**¹⁸

¹⁶ משרד מבקר המדינה, היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה – דוח מיוחד, יולי 2007.

¹⁷ ד"ר ליאון פולס, סגן מנהל המרכז הרפואי קפלן, מכתב, 17 במרס 2011.

¹⁸ פרופסור שמעון רייסנר, סגן מנהל בית-החולים רמב"ם, מכתב, 21 במרס 2011.



▪ **בית-החולים רבקה זיו בצפת**: מיגון תקני קיים רק בחלק המרכזי של חדר המיון וביחידת טיפול נמרץ לב שניתן בה טיפול לשישה חולים. בבית-החולים סבורים כי **רמת המיגון הקיימת אינה מספקת את הצורך בעת חירום**.¹⁹

▪ **המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה**: היערכות בית-החולים לחירום ממופה על-פי שלושה מדגים בהתאם למדיניות ההתגוננות של פיקוד העורף נגד איום קונבנציונלי; **במדג ב' (חירום מוגבל בעת עימות מוגבל) מספר המיטות המוגדרות ממוגנות כיום קטן בהרבה מצורכי בית-החולים, כמפורט להלן**: 66% מהמיטות אינן ממוגנות; שבעה מעשרת חדרי הניתוח אינם ממוגנים; המחלקה לרפואה דחופה אינה ממוגנת; טיפול נמרץ כללי אינו ממוגן – התוכנית היא להעביר בעת חירום את החולים למקלט ממוגן תקני; טיפול נמרץ פגים, יילודים וילדות אינו ממוגן – התוכנית היא להעביר בעת חירום את החולים לבניין האשפוז החדש; מכון הדיאליזה אינו ממוגן. **יצוין כי במדג ג' (חירום מלא) נדרש בית-החולים להשתמש בכל האזורים, לרבות אזורים לא מוגנים, לטיפול בנפגעים, ובמצב זה המיטות הממוגנות הן 32% בלבד מכלל מיטות האשפוז בבית החולים**. אומנם יש תוכנית לבנות מחלקה חדשה וממוגנת לרפואה דחופה, אך כיום אין לכך תקציב ונדרשת תוספת של כ-10 מיליון ש"ח על 20 מיליון ש"ח שהוקצו לכך.²⁰

▪ **המרכז הרפואי סורוקה בבאר-שבע**: מחלקות בית-החולים מופו יחד עם פיקוד העורף לפי הנחיית "הכי מוגן שיש", ובכל מחלקה אותה האזור "הכי מוגן שיש", פרט לכמה מחלקות, ובהן מחלקת פגים ותינוקות, שתי מחלקות יולדות, מחלקת גריאטריה ומחלקה פנימית ו', וכן כל מבנה מרפאות החוץ, מכוני דימות, קרדיולוגיה, גסטרו ואיזוטופים.²¹

▪ **המרכז הרפואי על שם ברזילי באשקלון**: בית-החולים אינו ממוגן כראוי מפני פגיעת רקטות מאזור עזה, וכל שכן מפני פגיעה של טילים ארוכי טווח, כפי שיובהר להלן: מחלקות האשפוז אינן ממוגנות באופן תקני; חדר המיון אינו ממוגן וחדר המיון החלופי קטן ואינו מותאם לקליטת נפגעים בעת אירוע רב-נפגעים; מרבית תשתיות החשמל, מיזוג האוויר, התברואה והגזים הרפואיים אינן ממוגנות, ואין מערכת גיבוי לתשתיות אלה במקרה שיינזקו; רוב חדרי הניתוח, ההתאוששות, האספקה הסטרילית, מכוני הדימות והצנתורים, וכן בית-המרקחת, מחסני הציוד, בנק הדם והמעבדות, נמצאים במבנים ישנים מאוד שאינם ממוגנים כלל.

בשנת 2008 שופצו בבית-החולים כמה מתחמים, חלקם תת-קרקעיים, בשטח כולל של כ-600 מ"ר. כמו כן נבנו בבית-החולים כמה קירות בטון להגנה על מבנים ומתקנים קיימים מפני רסס של פגיעה קרובה. עם זאת, בשל התנאים הבלתי-סבירים במתחמים אלה אפשרית רק שהייה קצרה ביותר בהם, ובעת חירום הם משמשים מחסה שיש בו הגנה חלקית בלבד נגד פגיעה קרובה של טילי "קסאם". בשנת 2009 ערל משרד הביטחון במרכז הרפואי פרויקט מיגון מבנים שנכללו בו יציקת תקרת מגן מעל שני חדרי ניתוח ומיגון שלושה מסדרונות נגד רסס

¹⁹ ד"ר אוסקר אמבון, מנהל המרכז הרפואי רבקה זיו, מכתב, 22 במרס 2011.

²⁰ ד"ר מיקי דודקביץ, סגן מנהל המרכז הרפואי הלל יפה, מכתב, 23 במרס 2011.

²¹ ד"ר מיכאל שרף, מנהל מרחב דרום והמרכז הרפואי סורוקה, מכתב, 23 במרס 2011.



מפגיעה קרובה. בתחילת שנת 2010 הושלם מיגון המחלקה הגריאטרית (כ-400 מ"ר) וכיום המיגון בה נותן מענה מפני פגיעה ישירה של טיל "קסאם" ופגיעה קרובה של טיל "גראד". בעת חירום מרחב זה מיועד לשמש חדר לידה.²² ראוי לציין כי בשל סמיכות המרכז הרפואי לקו העימות הדרומי, וההיערכות הנדרשת מבית-החולים לתרחישי חירום שונים, יש חשיבות רבה למיגונו באופן שייתן מענה נאות לכל צורכי המיגון המיידיים והמשוערים.

▪ **המרכז הרפואי על שם וולפסון בחולון: אין בבית-החולים מחלקות ממוגנות, ומצב זה אינו מספק את צורכי בית-החולים בעת חירום.** בית-החולים ערוך להפעיל בשעת חירום 20 מיטות אשפוז במרחב מוגן במחלקה פנימית ד' ו-100 עמדות תקניות ממוגנות במרתף.²³

ממשרד הבריאות נמסר כי עד כה התחייב משרד האוצר להעביר כ-200 מיליון ש"ח מהסכום הכולל הנדרש למיגון, 485 מיליון ש"ח. ההפרש הנדרש, סך 285 מיליון ש"ח, יועבר מתקציב משרד הבריאות. תקציב המיגון יועבר בפריסה רב-שנתית של חמש שנים, והוא מיועד למיגון בתי-החולים האלה: רבקה זיו; בית-החולים גליל מערבי; בתי-חולים העמק, פורייה ורמב"ם, והמרכזים הרפואיים הלל יפה, תל-אביב, שיבא ולניאדו. יש לציין כי על-פי האמור, התקציב מיועד לבתי-החולים במרכז ובצפון הארץ, ולא לבתי-החולים בדרום. ממשרד הבריאות נמסר עוד כי חלק מהתקציב נוצל למיגון חלונות בכל בתי-החולים הממשלתיים והציבוריים.²⁴

3.2 מיגון צוותי המוסדות הרפואיים

בדוח המיוחד של מבקר המדינה משנת 2007, המוזכר לעיל, ציין מבקר המדינה כי רק במלחמת לבנון השנייה עלתה לדיון סוגיית המיגון של צוותי המוסדות הרפואיים המטפלים בחולים במתחם המרכזים הרפואיים, ופתרונות המיגון שניתנו היו חלקיים בלבד. מבקר המדינה המליץ כי משרד הבריאות, פיקוד העורף, משרד הביטחון ומשרד ראש הממשלה ישלימו את ההצטיידות באמצעי מיגון אישיים לצוותי מערכת הבריאות כדי שיוכלו לתפקד באופן מועיל ויעיל בעתות חירום.²⁵

ממשרד הבריאות נמסר כי הוא פועל להצטייד באמצעי מיגון וכי ציוד המיגון לתרחישים קונבנציונליים לסגל הרפואי נרכש במלואו. עם זאת יש פער בין המלאי הקיים לזה הנדרש למיגון הצוות מפני תרחישים לא קונבנציונליים, וסגירת פער זה מותנית בתקציב משרד הביטחון. במשרד הבריאות צופים כי ההצטיידות תושלם עד שנת 2012.²⁶

²² ד"ר רון לובל, סגן מנהל המרכז הרפואי על שם ברזילי באשקלון, מכתב 28 במרס 2011.

²³ ד"ר יצחק ברלוביץ', מנהל המרכז הרפואי על שם א' וולפסון בחולון, מכתב, 27 במרס 2011.

²⁴ עוזי קרן, ממלא-מקום מנהל האגף לשעת חירום, משרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2011.

²⁵ משרד מבקר המדינה, היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה – דוח מיוחד, יולי 2007.

²⁶ שם.



4. מערך האשפוז הכללי – תמונת מצב

4.1 מערך האשפוז בשגרה

בשנת 2009 היה מספר מיטות האשפוז הכללי בישראל 14,599.²⁷ שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש בישראל נתון בירידה זה שנים (1.93 מיטות ל-1,000 נפש בסוף שנת 2009). מהשוואת שיעור המיטות בישראל בשנת 2008 (1.98 מיטות ל-1,000 נפש) לשיעורן במדינות OECD האחרות עולה כי השנה ישראל מדורגת במקום ה-25 מ-27 מדינות.

נתון זה משפיע על דפוסי הפעילות של בתי-החולים;²⁹ השהייה הממוצעת באשפוז בישראל היא הקצרה ביותר במדינות ה-OECD, ושיעורי התפוסה³⁰ ומדד סבב המיטות³¹ הם הגבוהים ביותר במדינות הארגון. ממסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא זה עולה כי **למעשה, בשל אי-התאמה בין מספר המטופלים למצב התשתיות הנוכחי, ניצול מיטות האשפוז גבוה מאוד, ועלויות להיות לכך השלכות הן על איכות הטיפול והן על עומס העבודה של הצוותים הרפואיים והסיעודיים.**³² חשוב לציין כי **תקני כוח-האדם הרפואי והסיעודי בבתי-החולים נקבעים על-פי מספר המיטות בתקן, כך שמחסור במיטות אשפוז משמעותו גם מחסור בכוח-אדם.**³³

יצוין כי שיעור מיטות הטיפול הנמרץ³⁴ מכלל מיטות האשפוז הכללי בישראל הוא כ-2.3%. בהקשר זה מציינים בהסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) כי **כיום יש מחסור של כ-500 מיטות טיפול נמרץ בתקן, כמחציתן בבתי-החולים הממשלתיים.**³⁵

מההסתדרות הרפואית נמסר עוד כי **שיעור התפוסה ביחידות טיפול נמרץ בישראל גבוה מהתקן הבין-לאומי המומלץ (60%-70%) ובחלק מהמחלקות הוא יותר מ-100%.** בשל העומס על המחלקות לטיפול

²⁷ משרד הבריאות, מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, ינואר 2010. מקור הנתונים בפרק זה הוא ממסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת, מערך האשפוז הכללי בהצעת התקציב לשנים 2011-2012, כתבה שלי לוי, 7 בנובמבר 2010.

²⁸ באשפוז כללי נכללים האגפים האלה: אגף פנימי; אגף טיפול נמרץ; אגף ילדים; אגף כירורגי; אגף יולדות ומחלקות שהייה.

²⁹ שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש בישראל ירד מ-2.3 בשנת 1995 ל-1.98 בשנת 2008 ול-1.93 בסוף שנת 2009. משנת 1995 ועד סוף שנת 2009 גדל מספר מיטות האשפוז הכללי בישראל בכ-11% בלבד (1,494 מיטות), לעומת גידול של כ-35% באוכלוסייה (תוספת של 1,939,700 נפש).

³⁰ בשלושת העשורים האחרונים ניכרת מגמת עלייה בתפוסת המיטות בישראל: שיעור תפוסת המיטות בשנת 2008 היה הגבוה ביותר בכל מדינות ה-OECD – התפוסה הממוצעת בישראל בשנה זאת היתה 96.2% ואילו בכל שאר המדינות התפוסה היתה פחות מ-90%.

³¹ במדד "סבב המיטות", המבטא את מספר האשפוזים הממוצע למיטה בתקופה מסוימת, דורגה ישראל בשנת 2008 בראש מדינות ה-OECD; בשנה זו היו באשפוז כללי בישראל 88 אשפוזים בממוצע למיטה, ובנורבגיה, שדורגה שנייה במדד זה, היו 63.1 אשפוזים בממוצע למיטה.

³² מרכז המחקר והמידע של הכנסת, מערך האשפוז הכללי בהצעת התקציב לשנים 2011-2012, כתבה שלי לוי, 7 בנובמבר 2010.

³³ שם.

³⁴ בטיפול נמרץ כללי נכללים טיפול נמרץ ביניים וטיפול נמרץ נשימתי. טיפול נמרץ לב אינו חלק ממערך הטיפול הנמרץ הכללי. ההסתדרות הרפואית בישראל, היעדר המוכנות בבתי-החולים וביחידות לטיפול נמרץ – נייר עמדה, מכתב, 24 במרס 2011.

³⁵ שם.



נמרץ כללי נאלצים בתי-החולים לאשפז חולים הזקוקים להנשמה במחלקות אחרות, והדבר עלול להגביר את הסיכון לחייהם. מדוח מונשמים של משרד הבריאות לינואר 2011, שהעבירה ההסתדרות הרפואית למרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה³⁶ כי מ-787 חולים מונשמים שאושפזו באותה תקופה בבתי-החולים, רק 278 אושפזו במחלקות טיפול נמרץ, והשאר אושפזו במחלקות אחרות.³⁷

ב-27 בפברואר 2011 התקבלה החלטת הממשלה מס' 2917, בדבר חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והרחבת מערך האשפוז הציבורי. בין היתר נקבע בהחלטה זו כי בכל אחת מהשנים 2011–2016 יוספו לבתי-החולים הציבוריים 160 מיטות אשפוז כללי, ומהן כ-80 מיטות בשנה לפחות (בממוצע שנתי) במחלקות יולדות ופגים. עם זאת, לפי ההחלטה, שר הבריאות רשאי להחליט על חלוקה שונה של תוספת המיטות, ובלבד שכל שנה יתווספו לא פחות מ-160 ולא יותר מ-190 מיטות וסך התוספת לא יעלה על 960 מיטות.

עוד נקבע בהחלטת הממשלה האמורה כי תוספת המיטות לבתי-החולים הממשלתיים תהיה מלווה בתוספת תקינת כוח-האדם הנדרשת. בתוספת המיטות תהיה עדיפות לבתי-חולים בפריפריה, בשים לב למספר מיטות האשפוז הכללי לנפש בכל אזור.

התוכנית להוספת 960 מיטות אשפוז בשנים 2011–2016 לפי החלטת הממשלה הוצגה בדיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ב-19 בינואר 2011, ובדיון אמר ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות, בהתייחסות למספר המיטות העתידות להתווסף: "לומר שזה מספיק, מייד? האם אפשר יותר? אפשר יותר. אנחנו רוצים פריסה הרבה יותר טובה. אבל זה מה שהצלחנו להגיע בהסכמות עם האוצר... נכון שזה לא נותן כרגע פתרון להרבה מאוד מאושפזים שנמצאים במערכת".³⁸

4.2 מערך האשפוז בעתות חירום

4.2.1 כוח-אדם רפואי

לפי בדיקת מבקר המדינה בשנת 2007 ברבעון השני והשלישי של שנת 2006 היו חסרים במערכת האשפוז (בהשוואה לתקן) רופאים אורתופדים, מרדימים, רופאי טיפול נמרץ ילדים ורופאי טיפול נשימתי. יש לציין כי גם נתוני משרד הבריאות כיום מצביעים על פער בין מספר הרופאים בתקן ובין מספר התקנים המאוישים במומחים בתחומים האמורים, כמפורט להלן:³⁹

³⁶ ההסתדרות הרפואית בישראל, היעדר המוכנות בבתי-החולים וביחידות לטיפול נמרץ – נייר עמדה, מכתב, 24 במרס 2011.

³⁷ שם.

³⁸ ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, סקירת שר הבריאות על התפוסה בבתי-החולים, בהשתתפות סגן שר הבריאות יעקב ליצמן ומנכ"ל משרד הבריאות ד"ר רוני גמזו, פרוטוקול מס' 410 של ישיבת הוועדה, 19 בינואר 2011.

³⁹ עוזי קרן, ממלא-מקום מנהל האגף לשעת חירום במשרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2011.



שיעור הפער	פער	איוש	תקן	מקצוע
12%	49	349	398	מרדימים
6%	17	275	292	כירורגים
15%	49	272	321	אורתופדים
14%	9	57	66	פלסטיקה וכוויות
16%	4	21	25	טיפול נמרץ ילדים
40%	35	53	88	טיפול נמרץ נשימתי

מהטבלה עולה כי מחסור משמעותי במיוחד (40%) יש ברופאי טיפול נמרץ נשימתי, שהם חיוניים ביותר בעתות חירום. יצוין כי אומנם הטבלה מצביעה על פער של 14% בין תקן הרופאים המומחים בתחום הפלסטיקה והכוויות ובין האיוש בתחום זה בפועל, אך לדברי ד"ר יוסי חייק, מנהל היחידה הארצית לטיפול נמרץ בכוויות במרכז הרפואי שיבא, מספר הרופאים הבכירים בתחום זה ברחבי הארץ כיום הוא כחמישה בלבד, ולדבריו הדבר עלול לפגוע הן בטיפול הניתן לחולים בבתי-החולים והן בהתמקצעות ובהכשרה של רופאים בתחום זה בעתיד.⁴⁰

לנוכח הפערים שפורטו לעיל בין מספר הרופאים בתקן ובין מספר התקנים המאווישים משרד הבריאות נוקט את הפעולות האלה:

- הפעלת רופאים גמלאים בתחומי המומחיות השונים;
- הפעלת רשת רופאים מתנדבים מחו"ל באמצעות ארגון American Physician Fellowship מצפון-אמריקה המסייע למדינת ישראל בעתות חירום;
- הכשרת כוח-אדם רפואי בתחומי מומחיות קרובים לתגבור מחלקות שקיים בהן מחסור, כגון הכשרת רופאי עור לסיוע במחלקות פלסטיקה וכוויות, רופאי טיפול נמרץ לב לסיוע בטיפול נמרץ נשימתי ועוד;
- ניהול עבודת מטה שוטפת עם חיל הרפואה של צה"ל לתגבור מערך האשפוז ברופאים החייבים בגיוס על-פי סדרי קדימויות, בהדגשת מקצועות המוגדרים בקדימות גבוהה. יצוין כי משרד הביטחון קבע את תקני כוח-האדם הרפואי הנדרשים לריתוק לבתי-חולים בעתות חירום בתיאום עם משרד הבריאות. אחת לשנה מתקיימות ישיבת תיאום בין חיל הרפואה ומשרד

⁴⁰ ד"ר יוסי חייק, מנהל היחידה הארצית לטיפול נמרץ בכוויות במרכז הרפואי על שם שיבא, שיחת טלפון, 23 במרס 2011.



התעשייה, המסחר והתעסוקה, ובו מאשרים את כוח-האדם הרפואי הנדרש לריתוק לבתי-חולים בהתחשבות בצורכי הצבא והעורף האזרחי.⁴¹

- הפעלת כוח-האדם במערכת הבריאות בעתות חירום במתכונת של שתי משמרות עבודה ביממה, לעומת שלוש משמרות כנהוג בשגרה, והפעלת כוח-האדם במלואו.

4.2.2 טיפול בנפגעי כוויות

מנתונים שהועברו למרכז המחקר והמידע של הכנסת על-ידי משרד הבריאות עולה כי **מצאי המיטות לטיפול בנפגעי כוויות בשגרה מצומצם, ויש צורך בחיזוק משמעותי של כלל היבטיו לצורכי חירום**. על כן הוחלט במשרד הבריאות להקים בשנת 2011 מרכזי טיפול בנפגעי כוויות ("מרכזי כווייה") למבוגרים במרכז הרפואי שיבא ולילדים בבית-חולים שניידר. כמו כן יש כוונה להקים בשנת 2012 מרכז כזה בבית-חולים רמב"ם, ובשנת 2013 בבית-החולים סרוקה. לצורך בחינת הצרכים לאשפוז ממושך של נפגעי כווייה חודשה בחודשים האחרונים פעילותה של ועדת כוויות לשעת חירום.⁴² בהקשר זה יצוין כי יש מקום לעקוב אחר ההחלטות בדבר הקמת מרכזים אלה.

אשר לפריסת המיטות לשעת חירום, ממשרד הבריאות נמסר כי במסגרת פריסת המיטות העדכנית לשעת חירום שגיבשה ועדה ייעודית מטעם הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום ואושרה בשנת 2008, ובהתחשב בהיקף המיטות היחסי המופעל בשגרה בכל בית-חולים, נקבע כי בתי-החולים בחדרה וצפונית לה נדרשים להרחיב במידה ניכרת את יכולתם לקלוט נפגעים, ואילו שאר בתי-החולים משמשים כגיבוי לקליטה ואשפוז של נפגעים שיועברו אליהם.

4.2.3 הפעלת מעונות יום לילדי העובדים במערכת הבריאות

בדוח המיוחד של משרד מבקר המדינה משנת 2007 התייחס המבקר לחשיבות של הפעלת מעונות לילדי העובדים במערכת הבריאות כדי לאפשר לאנשי הסגל להגיע לעבודתם בשעת חירום. ממשרד הבריאות נמסר כי מתוכננת הפעלת מעונות לילדי העובדים בין כותלי בתי-החולים במשך 24 שעות ביממה, בניהול צוות בית-החולים ובהסתייעות בכוח-אדם חינוכי ובמורות חיילות. נוסף על כך נעשית עבודת מטה של משרד הבריאות בשיתוף עם משרד החינוך לקבלת סיוע של מורות ממערכת החינוך. כמו כן נעשית עבודת מטה למתן מענה לילדי עובדים חיוניים ברשויות המקומיות באמצעות שמרטפיות בעלות הכשרה חינוכית נמצאת בעיצומה. **יצוין כי טרם הוגדר הגורם המממן וממילא טרם הוקצה תקציב ייעודי להפעלת המעונות ו/או השמרטפיות.**⁴³

5. היערכות תקציבית של משרד הבריאות לחירום

בדוח המיוחד של מבקר המדינה משנת 2007 ציין המבקר כי בעת בדיקתו לא היתה למשרד הבריאות תוכנית ייעודית מאושרת לעתות חירום. מבקר המדינה הוסיף בדוח זה כי היעדר תוכנית כזאת לא פגע

⁴¹ שלום גנצר, הממונה על ענייני ביקורת המדינה במערכת הביטחון – משרד הביטחון, מכתב, 24 במרס 2011.

⁴² עוזי קרן, ממלא-מקום מנהל האגף לשעת חירום במשרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2011.

⁴³ שם.



בפעילות מערכת הבריאות, אך תנאי האי-ודאות בכל הקשור לכיסוי הגירעון שעלול להיגרם בעתות חירום עלולים לגרום לקבלת החלטות לא מיטבית ולשימוש לא יעיל במשאבים.⁴⁴

באוקטובר 2007 העביר משרד הבריאות את פירוט הצרכים והעלויות של מערכת הבריאות לחירום למשרדים הרלוונטיים, ובהם משרד הביטחון ומשרד האוצר. במסמך שהועבר העריך מנכ"ל משרד הבריאות כי סך התקציב הנדרש לשנת 2008 היה כ-610 מיליון ש"ח, וכי התקציב שיידרש משנת 2009 ואילך לחמש שנים הוא כ-189 מיליון ש"ח בשנה, וחלק מהתקציב יידרש לשבע שנים.

6. פעילות מגן דוד אדום במצבי חירום

מגן דוד אדום הוא הגוף הרפואי המרכזי הפועל בשטח בעתות חירום בשגרה, וברוב האירועים הוא גם מפקד על כל כוחות הרפואה הפועלים. גורמי רפואה צבאיים וצוותי אמבולנסים פרטיים עשויים לחבור אליו בשטח האירוע.⁴⁵

בדוח המיוחד של מבקר המדינה משנת 2007 ציין המבקר כי ראוי לקבוע גוף אחד שיפעיל את מד"א בעת חירום, בכל היבטי פעילותו, ויקבע את סדרי העדיפות של כוחות מד"א בעתות אלה.

בעקבות דוח המבקר נקבע בשנת 2009 במסגרת עבודת מטה שנעשתה בהשתתפות משרד הבריאות, פיקוד העורף ורח"ל, כי משרד הבריאות הוא הגוף האחראי לפעילות מד"א בעתות חירום. עוד נקבע כי רמת הכוננות של מד"א בעתות חירום תיקבע על-ידי רח"ל, בתיאום עם צה"ל.⁴⁶ בהקשר זה נמסר ממד"א כי החלטה זו מקובלת על הארגון אך טרם התקבלה ממשרד הבריאות הסכמת גורמי צה"ל לקביעה זו וטרם הסתיימה עבודת המטה לצורך יישומה בפועל.⁴⁷

מבקר המדינה ציין בדוח המיוחד כי אין למד"א תקציב ייעודי לחירום, וכי על משרד הבריאות לבחון, בשיתוף עם משרד האוצר ועם משרד הביטחון, מהי הדרך המיטבית להבטיח את פעילות מד"א בעת חירום.

מתשובת מד"א על פנייתנו עולה כי הארגון אינו מתוקצב למשימותיו ישירות מתקציב המדינה, וכי בשנת 2010 מימן משרד הבריאות את השתתפותו בתרגילים משותפים עם שאר כוחות ההצלה והחירום ואת הכשרת אנשי מד"א לתרחישים שונים בהיקף של מיליון ש"ח, וכך עשה גם בשנים קודמות. עם זאת, בשנת 2011 צומצם מימון משרד הבריאות לעשרות אלפי ש"ח, והערכת מד"א היא כי הדבר ימנע את השתתפות צוותיו בתרגולים ובהכשרה למשימות בשעת חירום. עוד נמסר ממד"א כי בשנת 2010 הוציא הארגון מתקציבו כחצי מיליון ש"ח על הצטיידות לשעת חירום, תחזוקת ציוד חירום וכדומה.

מבקר המדינה ציין בדוח המיוחד משנת 2007 כי על משרד הבריאות, פיקוד העורף, מפקדת קצין רפואה ראשי והרשות העליונה לאשפוז לבחון את צורכי מד"א בעת חירום ולבדוק את מהם סדרי

⁴⁴ משרד מבקר המדינה, היערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה – דוח מיוחד, יולי 2007.

⁴⁵ ב' עדיני, ד' לאור, ר' כהן, לב ב' וא' ישראלי, חמשת הדיברות להיערכות מערכת הבריאות בישראל לשעת חירום, הרפואה יולי 2010; 149 (7), 451-455.

⁴⁶ עוזי קרן, ממלא-מקום מנהל האגף לשעת חירום במשרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2011.

⁴⁷ חיים רפובסקי, לשכת מנכ"ל מגן דוד אדום, מכתב, 24 במרס 2011.



כוח-האדם ומספר האמבולנסים הנחוצים לו לעת זו. מבקר המדינה המליץ ששר הבריאות ושר הביטחון יוודאו שתגובש תוכנית שתתחשב באינטרסים של צה"ל ושל מד"א בכל הקשור לגיוס עובדי מד"א לצה"ל בעת חירום. בהקשר זה נציין כי פנינו למד"א בבקשת מידע על היקף כוח-האדם ומספר האמבולנסים הנחוצים לו בשעת חירום. נתונים אלה הועברו אלינו אך לבקשת מד"א הם אינם מוצגים במסמך זה, בשל היותם חסויים.

