

הקשר בין תפקודה הנאות של מערכת הבריאות בשגרה ליכולתה לתת מענה במצבי חירום לאומיים

מעבר לדיון החברתי והכלכלי על מקומה של מערכת הבריאות כרכיב במארג השירותים החברתיים, יש למערכת הבריאות מקום מרכזי בכל מתאר חירום. מדינת ישראל מאופיינת במצבי חירום אפשריים רבים עם פוטנציאל לאירועים מרובי נפגעים, חלקם אוניברסליים כמו פנדמיה או אירוע ביולוגי אחר, תרחישי טבע קיצוניים כגון רעידות אדמה או התממשות של סיכונים אחרים כמו אירוע סייבר. לצד אלו קיימים מצבי החירום האופייניים לישראל יותר מאשר למדינות אחרות, בכל הקשור למצבי חירום ביטחוניים. מערכת הבריאות, כחלק מפעילות השגרה שלה, נערכת לתרחישי חירום ולתרחישי קיצון אפשריים. כך לדוגמה נערכת המערכת למתאר מלחמה שבו יהיו פצועים רבים בגוף או בנפש, לרבות פגיעה ישירה במתקני בריאות; לטרור ביולוגי או נשק כימי; לרעידת אדמה (בישראל שני קווי שבר ומספר בתי חולים ממוקמים בסמוך אליהם); לשריפה; לשפעת עונתית היוצאת משליטה, לפנדמיה או לאירוע ביולוגי אחר; לשביתת רעב נרחבת של אסירים ביטחוניים היוצרת עומס קיצוני על המערכת, ולעוד תרחישים רבים שאי אפשר לשער מראש.

מעבר לצורך להתכונן ולהיערך למתארי החירום השונים, הבסיס לתפקוד נאות בחירום הוא תפקוד נאות בשגרה. במובן העמוק יותר, ברי כי לא ניתן להכין את המערכת לכל תרחיש קיצון (מיגון מפני טילים, רעידות אדמה, שריפה), שכן עלותן של יתירות משאבי אשפוז ותשתיות רפואיות עודפות מגיעה למיליארדים רבים הנדרשים לצרכים השוטפים של המערכת, כגון בינוי חדרי מיון, עדכון סל התרופות ועוד. לכן, הגישה המקובלת והמונחית גם על ידי ארגון הבריאות העולמי היא גישת ההיערכות הכוללת לכלל הסיכונים האפשריים (all hazards approach), אשר בבסיסה עומדת ההכרה כי לא ניתן להכין את המערכת לכל תרחיש ותרחיש בנפרד, ולכן נדרש ליצור את התנאים לחזרה לתפקוד של המערכת במהירות רבה ובהיקף נרחב ככל האפשר. לקראת כנס אלי הורוביץ 2020 של המכון הישראלי לדמוקרטיה ריכזו כותבי מסמך זה קבוצת עבודה שבה נכללו מומחים ובכירים ממערכת הבריאות וממערכות אחרות, בעבר ובהווה, במטרה לבחון את מוכנות המערכת מצבי חירום שונים. ההמלצות המרכזיות כללו יצירת יתירות מערכתית, הן בקהילה והן במערכת האשפוז, לצורך מתן מענה רפואי למצבי חירום מסוגים שונים, תוך שמירה על תפקוד מלא ככל האפשר של רפואת השגרה ושיפור הממשקים עם הגורמים השונים גם בשגרה, שכן תפקוד נאות במצבי חירום תלוי למעשה באיכות תפקוד המערכת בשגרה, לרבות הממשקים בין הגורמים השונים הפועלים באירוע. זאת משום שבאופן טבעי, במצבי חירום נדרש שיתוף פעולה הדוק בין גורמים רבים המעורבים בתפעול המערכת הציבוריות וכן שיפור מנגנוני השליטה והבקרה המערכתיים, שיפור הממשקים עם גורמים מחוץ למערכת הבריאות והקמת גופי מטה המונחים על ידי מערכת הבריאות ברשויות המקומיות.

מערכת הבריאות הישראלית מאופיינת בממשקים רבים בשגרה ובחירום. לדוגמה, במצבי חירום צבאיים יש ממשק ברור עם מערכת הביטחון – הן עם חיל הרפואה והן עם פיקוד העורף. במסגרת זו פועלת רשות אשפוז עליונה, שהיא הגורם המתכלל העליון להפעלת המערכת. בראש הרשות עומד מנכ"ל משרד הבריאות ולצידו

פועלים קצין הרפואה הראשי של צה"ל ומנכ"ל שירותי בריאות כללית (האחראית על כ-30 אחוזים ממערך האשפוז הכללי), וחברים בה כל ארגוני הבריאות – קופות החולים, בתי החולים, מד"א, פיקוד העורף ועוד. מעבר לכך וכפי שבא לידי ביטוי במהלך מגפת הקורונה, למשרד הבריאות ממשקים עם כל משרדי הממשלה ועם השלטון המקומי והקהילות. על כן, כדי לשפר את התפקוד בחירום יש להמשיך לשפר את הממשקים עם השלטון המקומי, תוך שמירה על יכולתה של הממשלה לקבל החלטות באופן מרכזי.

השלטון המקומי הוא גורם דומיננטי בשגרת חיי האזרחים, ובפרט בשל היותו אחראי על אספקת חלק משירותי החינוך בהתאמה לצורכי הקהילה ומעורב בחלקים האחרים, וכן אחראי על אספקת שירותי רווחה. כאמור, במסגרת הדוח שנכתב לכנס הורוביץ גובשה שורת המלצות לחיזוק הממשקים עם השלטון המקומי, העיקרית שבהן היא תְּקִינָה של ממוני בריאות ברשויות המקומיות, שיהוו ציר מקשר בין משרד הבריאות לרשות המקומית ולגופי הבריאות הפועלים בתחומה, ויוסמכו על ידי משרד הבריאות כאחראים על הפעלת מדיניות הבריאות בשגרה ובחירום ברמה המקומית.

בנוגע לממשקים עם המערכת הכלכלית והמגזר העסקי, נכון שפעילות זו תרוכז על ידי משרדי הממשלה המקצועיים הרלוונטיים (אוצר, כלכלה, עבודה ורווחה וכיוצא בזה), בהתאם להחלטת הדרג המדיני, ומשרד הבריאות יהיה גורם מרכזי בדיונים ובקבלת ההחלטות.

פעמים רבות עולה הטענה כי במצבי חירום ניתן להסתמך על המערך הצה"לי של בתי חולים שדה, אולם הצעות אלה חסרות ערך ממשי שכן לצה"ל אין מערכי ציוד להפעלת בתי חולים ואין כמעט כוח אדם רפואי המסוגל להפעיל בתי חולים. צה"ל נסמך ברפואת השגרה והחירום על המערכת האזרחית, ובמידת הצורך מגייס במסגרת שירות מילואים כוח אדם מהמערכת האזרחית, כך שמדובר במשחק סכום אפס בין המערכת הצבאית לאזרחית. מעבר לכך, בבתי החולים הציבוריים פרוסה תשתית מוכנה להקמת מערך אשפוז חירום, בין היתר בחניונים של בתי חולים, באופן המאפשר להגדיל את מספר המיטות הפיזיות או לשמור על שגרה תפקודית במצבי מלחמה או במצבי חירום אחרים.

בהתאם לכך, על מנת לבסס יכולת מענה נרחבת במצבי חירום יש לייצר יתירות מערכתית מסוימת בזמני שגרה, שתתרום גם לשיפור השירות בשגרה ותפחית את העומסים העונתיים שבהם מאופיינת המערכת, ואשר מקשים על תפקודה. יתירות זו צריכה לבוא לידי ביטוי הן בתוספת מיטות והן בהרחבת מערך טיפולי הבית. ישראל מאופיינת בשיעור תפוסת המיטות באשפוז הכללי מהגבוהים במערכת (ראו גרף 5), כך שבתקופות השיא התפוסות בבתי החולים עולות על 100 אחוזים באופן ניכר ולאורך זמן.

על מנת להגיע ליתירות הנדרשת, תחילה יש צורך לצמצם את פערי התקציב הבסיסיים שמהם סובלת מערכת הבריאות הישראלית באופן כרוני, כפי שיפורט להלן.