

המאבק בנגיף הקורונה בראי מערכת הבריאות: מבט-על

דב צ'רניחובסקי, בנימין בנטל, רחל ארזי ואלון סלע

פרק מתוך דוח מצב המדינה 2020

ירושלים, טבת תשפ"א, דצמבר 2020

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

המאבק בנגיף הקורונה בראי מערכת הבריאות: מבט-על

דב צ'רניחובסקי, בנימין בנטל, רחל ארזי ואלון סלע

מבוא

למניעת מחלת הקורונה ולטיפול בה לעולם יהיה מחיר. אמנם לאחרונה נמצא חיסון כנגד הנגיף, ובעתיד יהיה מרפא למחלה כמו למחלות דומות אחרות, אבל לחיסונים ולתרופות יש מחיר. עד כה המלחמה בנגיף הייתה ייחודית מכמה בחינות. ראשית, בהיעדר פתרון רפואי זמין, יקר ככל שיהיה, מניעת ההדבקה ותוצאותיה פירושה שיבוש של הפעילות הכלכלית והחברתית בהיקף שלא היה כמוהו מאז השפעת הספרדית בתחילת המאה הקודמת. שנית, לאחר שמתרחשת הדבקה, יש הוצאות נוספות בגין טיפול רפואי, והמחיר הוא ויתור על צריכה מתוך תוצר הולך ומידלדל. המאמצים היומיומיים לשכלל את מניעת ההדבקה באמצעות הטלת הגבלות כלכליות וחברתיות והמאמצים להקצות תקציבים נוספים לטיפול רפואי, מחייבים אפוא איזון מאתגר בין מניעת ההדבקה והתמותה לבין פגיעה בתוצר ובצריכה (מתוך התוצר).

האתגר הוא אפוא להציל חיים במחיר נמוך ככל האפשר מבחינת אובדן תוצר כלכלי ותוך מניעת נזק חברתי בממדים לא מוכרים. ואולם יש לזכור שמשבר הקורונה הוא בראש ובראשונה משבר בריאותי, ושבלב המאבק בנגיף יש להתמקד במאמץ להגן על מערכת **שירותי הרפואה** כדי למנוע מצב שבו בתי חולים אינם מסוגלים עוד לקלוט חולים, כמו שקרה באיטליה ובספרד בפרוץ המגפה באירופה בפברואר-מרץ 2020.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי ז"ל, לשעבר חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל והמחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; פרופ' בנימין בנטל, חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הכלכלה במרכז טאוב ופרופסור אמריטוס באוניברסיטת חיפה; רחל ארזי, חוקרת אורחת במרכז טאוב; אלון סלע, עוזר מחקר במרכז טאוב.

אכן, המאבק בנגיף, בישראל ובכלל, משול למשחק שחמט שבו האמצעי להכניע את היריב ידוע, אך אינו בנמצא לפי שעה. לעומת זאת ידוע כי לפחות עד שיושג האמצעי הזה יש להגן על המלך – מערכת שירותי הרפואה – ב"תן וקח" בלתי צפויים ואולי אף בכל מחיר. דימוי משחק השחמט מנחה דיון זה של הגנה על מערכת שירותי רפואה מוחלשת, העומדת מול איום שלפחות בתחילתו היה בלתי ידוע. המאבק בנגיף חושף ומעצים עוצמות וחולשות של החברה בישראל ושל שירותי הרפואה הישראליים שיש להביאן בחשבון בפתרון המשבר הנוכחי ובוודאי במשברים הבאים. יתר על כן, המשבר יכול להיות הזדמנות להביא לידי שיפורים שמתבקשים זה מכבר במערכת הבריאות.

לסקירה זו ארבעה חלקים עיקריים. הראשון דן במניעת הדבקה ותחלואה, שהיא בבחינת חומת המגן על יכולתה של מערכת שירותי הרפואה לטפל במי שכבר חלו. לאחר הצגת הישגיה היחסיים של ישראל במונחי תמותה, החלק השני עוסק במערכת הבריאות עצמה ובשאר הגורמים המעורבים בהתמודדות עם הנגיף. בהקשר זה עולה השאלה אשר מנחה את הדיון: האם בדיעבד לא הייתה ישראל יכולה להתמודד עם הנגיף טוב יותר? כחלק מהדיון במניעה אנו מציגים את היתרונות שיש לישראל לצד האתגרים הכלכליים של המאבק. כמו כן אנו מקדישים דיון מיוחד ל"מחיר החיים" בחברה הישראלית בהקשר של המאבק בנגיף.

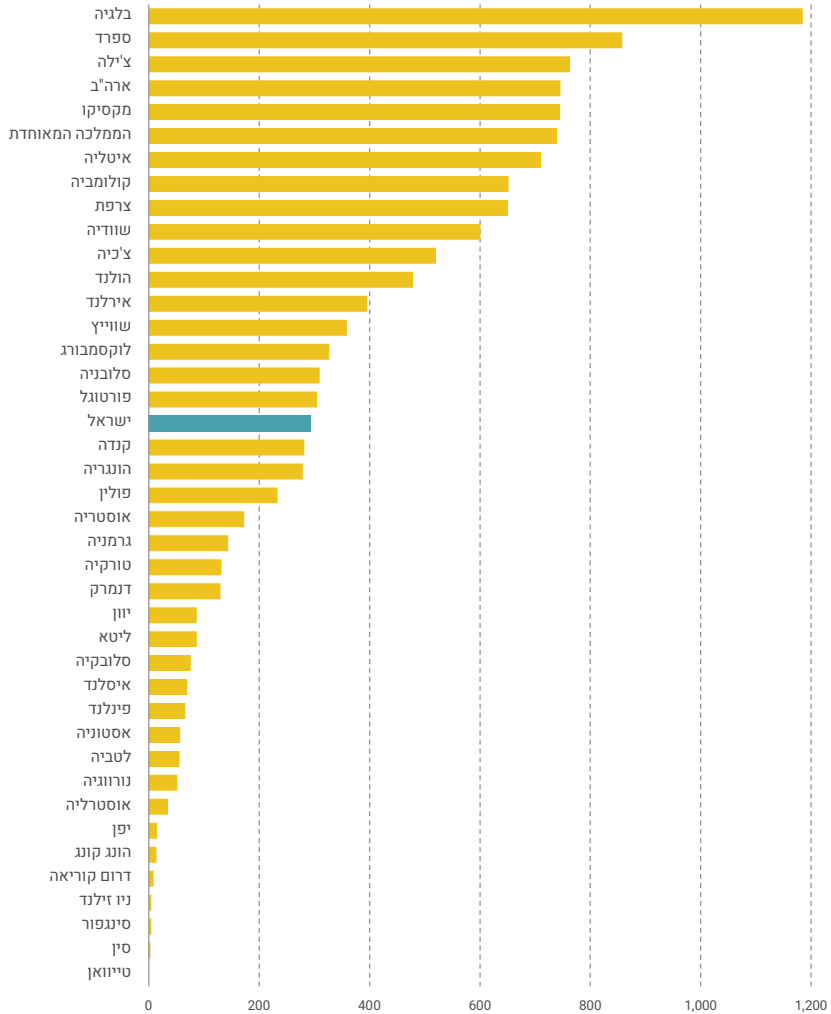
בחלק השלישי אנו דנים בניהול המשבר מן ההיבט של פעילות הגופים השונים המעורבים בפועל במאבק במגפה – משרד הבריאות, משרד הביטחון וכו' – לעומת הסמכויות המוקנות להם בחקיקה ובתקינה, ככל שהן קיימות. לבסוף, בחלק הרביעי, אנחנו דנים במערכת שירותי הרפואה – במוכנותה ובמידה שבה הסיוע התקציבי שקיבלה לצורך המאבק בקורונה יכול לסייע בפתרונות ארוכי הטווח הדרושים לה.

ביצועי ישראל במלחמה בנגיף

במונחי תמותה למיליון נפש מהנגיף ישראל נמצאת ב"מקום טוב באמצע" בקרב המדינות המפותחות. באמצע נובמבר עמד מספר המתים למיליון נפש בישראל על כ-290 – גבוה ממספרם במדינות המזרח הרחוק, שהביצועים שלהן הם מופת של מאבק במגפה (רק 9 מתים למיליון בדרום קוריאה למשל), ובחלק ממדינות אירופה, ונמוך ממספרם במדינות מערביות אחרות שביצועיהן במלחמה בנגיף גרועים בעליל: בלגיה, ספרד, בריטניה ואיטליה, שידעו קשיים חמורים בתחילת התהליך (תרשים 1).

אפשר שזו נחמה פורתא. השאלות בנושא, כאמור, הן: האם ישראל לא הייתה יכולה להיות במצב טוב יותר? מה עבד לטובת ישראל במאבק ומה עבד נגדה? תשובות לשאלות אלו עשויות לאפשר שיפור של הביצועים במשברים בעתיד.

תרשים 1. תמותה למיליון נפש, OECD ומדינות נבחרות, נובמבר 2020



מקור: צ'רניובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: worldometers.info

נתוני פתיחה נוחים

ישראל פתחה את המערכה נגד הנגיף בתנאים טובים יחסית, בפרט בכל הקשור לאופי הדמוגרפי-בריאותי של התחלואה והתמותה הנגרמים על ידי נגיף הקורונה וליכולת הסגר.

דמוגרפיה וכלכלה

9.136 מיליון תושבי ישראל (2019) פרוסים על שטח קטן יחסית של 22,145 קמ"ר. צפיפות האוכלוסייה בה – כ-413 איש לקמ"ר. מנגד, אוכלוסיית ישראל היא צעירה; בני 65 ומעלה מהווים כ-10% מהאוכלוסייה – כמחצית משיעורם ברוב המדינות המפותחות. האוכלוסייה במצב בריאותי טוב יחסית, שמיוחס לא רק לגילה הצעיר אלא גם לרמות ההכנסה וההשכלה הגבוהות. לפיכך, בהתחשב במאפייני הקבוצה שבה מספר המתים היחסי מהנגיף הוא הרב ביותר – גיל מבוגר, בריאות לקויה ומצב חברתי-כלכלי נמוך המלווה בחוסר נגישות לשירותי רפואה – צפוי כי שיעורי התמותה בישראל יהיו נמוכים בהשוואה למדינות מפותחות אחרות.¹

נגישות לשירותי רפואה

יתר על כן, תושבי ישראל – בניגוד לתושבי ארצות הברית כדוגמה בולטת – נהנים מביטוח בריאות ממלכתי אוניברסלי, המבטיח להם נגישות לשירותי רפואה מודרניים. היינו, אין בישראל מצב שבו יימנע מחולה טיפול רפואי, גם כשאין מדובר בטיפול חירום.

מצב גיאופוליטי

מסיבות פוליטיות וביטחוניות ישראל היא אי גיאופוליטי, והכניסה אליה עשויה להיות קשה יחסית, גם בהתחשב בגבולות השטחים. השער המרכזי שנדרש לסגירה יעילה של המדינה הוא נמל התעופה הבין-לאומי בן-גוריון.

מוכנות למערכה (קצרה)

מעבר לכך, המוכנות המתמדת למלחמה הכינה את המדינה לגיוס משאביה, כולל טכנולוגיה עילית, לצורך לחימה קצרת טווח (בסגנון "מבצע") במהירות וביעילות רבה יותר מרוב המדינות האחרות, אשר גם הן לא התכוננו למערכה זו. בסגר הראשון, כאשר בהיעדר ידע היה חוסר הוודאות בעיצומו, סייעה מוכנות זו לעודד את התושבים להיענות להנחיות הריחוק החברתי ולהגביר את יכולתה של ישראל להתמודד עם האתגר במהירות יחסית.

1 נציין כי דירוגה הגבוה של ישראל כמוצג בתרשים 1 נובע בין השאר מהיעדר תקנון להתפלגות הגילים של האוכלוסייה במדינות השונות.

סולידריות חברתית

למרות השבטיות של החברה הישראלית, הסולידריות בה גבוהה יחסית. סולידריות זו הייתה קריטית בתהליך ההתגייסות של החברה האזרחית ובצמצום המתח הבין-דורי הפוטנציאלי ששרר בתחילת המערכה בין הצעירים, ה"תורמים" למאבק, ובין הוותיקים יותר, ה"נהנים" מפירותיו. על אלה נרחיב בהמשך.

אתגרים סוציולוגיים כלכליים

לפחות על פני הדברים דומה שישינו פער מהותי בין תגובת הציבור לסגר הראשון, אשר היה מלווה באי ודאות גדולה ביחס לנגיף, ובין ההתנהגות שאפיינה חלקים נכבדים באוכלוסייה עם הסרת הסגר, שהתבטאה באי ציות להוראות ככל שהלך והתברר אופייה של הפנדמיה. אפשר שביסוד השינוי בהתנהגות מונח תהליך למידה של התועלת והמחיר לאורך זמן, אשר מעמידים במבחן את הסולידריות בטווח הארוך. בהיבט החברתי-כלכלי מדובר בסיכוני המגפה לקבוצות שונות ובמחיר הנדרש למניעת הדבקה ולטיפול רפואי.

שבטיות: סיכוני תחלואה, אשפוז ותמותה במגזרים השונים

ההבדלים בין "שבטי ישראל" – חרדים, יהודים שאינם חרדים וערבים, שגם כל אחד מהם כשלעצמו אינו עשוי מקשה אחת – הם רבים, מגוונים ועמוקים, ואינם מעניינה של סקירה זו. הבדלים אלו תרמו מן הסתם להיווצרות דפוסי התנהגות שונים ביחס לסגרים ולהוראות המדינה בנושאי המאבק בקורונה. בהיבט כלכלי-התנהגותי אחת השאלות היא מידת הרציונליות של התנהגות כזו או אחרת מבחינת הסיכון שכל קבוצה מקבלת עליה והפסיכולוגיה השבטית אשר עלולה ללוות סיכון זה, גם שלא מדעת.

התחלואה והתמותה מהנגיף הן תלויות גיל באופן מובהק (ראו דיון בהמשך). התפלגות הגילים של קבוצות האוכלוסייה השונות היא אחד ההבדלים הבולטים ביניהן. לפיכך גם דפוסי התחלואה והתמותה שלהן שונים. האוכלוסייה החרדית בישראל צעירה במיוחד, והרכב הגיל בחברה הערבית צעיר יחסית אף הוא. כך למשל פרטים בני 80 ומעלה מהווים כ-4% מהחברה היהודית שאינה חרדית בישראל, לעומת כ-1% בחברה הערבית וכחצי אחוז בחברה החרדית. באופן דומה, כ-30% מהיהודים שאינם חרדים הם בני יותר מ-50, ואילו בחברה הערבית והחרדית מהווה קבוצת גיל זו 16% ו-10% בהתאמה (לוח 1).

לוח 1. הרכב הגילים בישראל, לפי קבוצות אוכלוסייה, 2018

קבוצת גיל	יהודים לא-חרדים ואחרים	ערבים	חרדים
9-0	16.4%	21.9%	34.1%
19-10	15.0%	21.3%	23.8%
29-20	12.5%	16.9%	14.9%
39-30	13.1%	13.3%	10.6%
49-40	12.2%	10.8%	6.8%
59-50	10.6%	7.9%	4.7%
69-60	9.5%	4.6%	3.1%
79-70	6.6%	2.2%	1.4%
+80	4.1%	1.0%	0.6%

מקור: צ'רניחובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

בשל מחסור בנתונים מתאימים על הציבור בישראל, השתמשנו בנתוני המרכז לבקרת מחלות של ארצות הברית (Center for Disease Control – CDC) על ההסתברות של חולי קורונה בארצות הברית להתאשפז ולמות, בהתאם לגילם. יישמנו הסתברויות אלו על קבוצות האוכלוסייה הרלוונטיות בישראל (תרשים 2). אף שהיהודים שאינם חרדים מהווים כ-67% מאוכלוסיית ישראל, בשל התפלגות הגילים חלקם הצפוי בכלל המאושפזים הוא כ-79%, ובכלל הנפטרים – כ-86%. מנגד, שיעור החרדים באוכלוסייה הוא כ-12%, ואילו חלקם הצפוי בקרב המאושפזים הוא כ-6.4%, ובקרב הנפטרים – כ-3.7%. שיעור הערבים באוכלוסייה הוא כ-21%, וחלקם הצפוי בקרב הנפגעים מהנגיף הוא כ-15.5% מהמאושפזים וכ-10.2% מהנפטרים.²

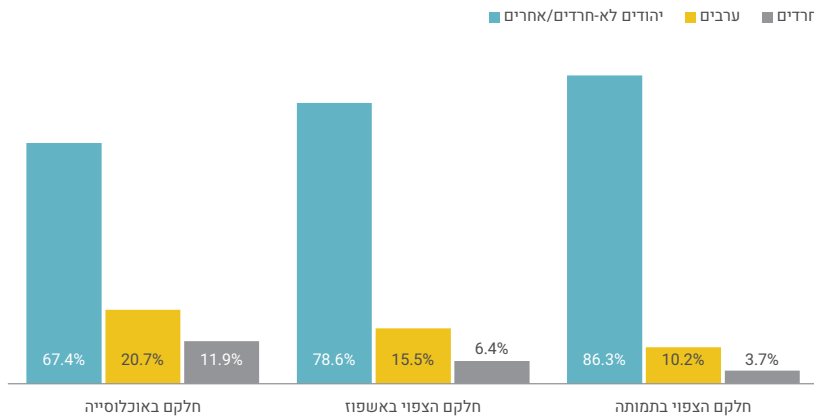
על פי נתונים אלה אנו מחשבים את ההסתברות היחסית של פרט ממוצע בכל קבוצת אוכלוסייה להתאשפז בשל מחלת הקורונה ולמות ממנה (תרשים 3), ומן החישוב הזה עולה כי הסיכוי הממוצע של חרדי להתאשפז הוא כ-46% מהסיכוי של יהודי שאינו חרדי, והסיכוי של ערבי להתאשפז – כ-64%. באשר לתמותה הסיכוי של חרדי למות מהנגיף הוא כ-24% מהסיכוי של יהודי שאינו חרדי, ושל ערבי – כ-38%.

אם כן, מנקודת המבט הצרה של דיון זה, ובהתעלם מגורמים רבים אחרים, ההתנהגות השבטית של שמירה או אי שמירה על כללי הסגר היא התנהגות "מובנת", שכן היא מייצגת את הסיכונים היחסיים שכל קבוצת אוכלוסייה מקבלת עליה. כפי שמתברר בפועל, מציאות זו מעמידה אתגר מדיניות מרכזי במאבק בקורונה: הפנמת המחיר לחברה בכלל,

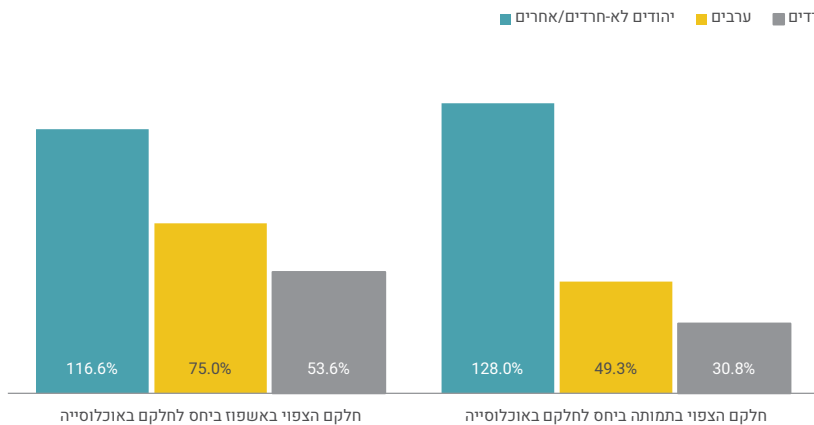
2 נתוני התחלואה, האשפוז והתמותה בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל, ועוד יותר מכך בקרב הקהילה החרדית, גבוהים בהרבה מאלה הצפויים על פי מבנה הגילים בקבוצות אלו.

בפרט לרוב שאינו ערבי או חרדי, אשר נפגע מההתנהגות ה"מובנת" של קבוצה כזו או אחרת. אין זה מעניינו של דיון זה לעסוק בפתרונות אלא לספק הצגה כמותית ככל האפשר של האתגר, אשר מבחינה הסתברותית-מספרית אכן אינו מבוטל.

תרשים 2. חלקן הצפוי של קבוצות האוכלוסייה השונות בישראל באשפוז ובתמותה



תרשים 3. חלקן הצפוי של קבוצות האוכלוסייה באשפוז ובתמותה ביחס לחלקן בכלל האוכלוסייה



מקור לשני התרשימים: צ'רניובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים לשני התרשימים: CDC

מתח בין-דורי לאורך זמן

בביטוח בריאות ממלכתי כגון זה הקיים בישראל יש תמיד העברה בין-דורית של משאבים מן הצעירים והבריאים יחסית למבוגרים החולים יחסית. מדובר בהסדר של מימון תקציבי שוטף שבו דמי הביטוח וההטבות שהם מקנים אינם מצטברים לטובתו של מבטח מסוים. התשלום הוא לפי יכולת התשלום, והזכאות היא לפי הצרכים, ללא קשר בין המשלם לנהנה. כדי להשיג מטרה זו בישראל נאספים המיסים ודמי ביטוח הבריאות על ידי המדינה והביטוח הלאומי, מאוגמים על ידי הביטוח הלאומי, ולאחר מכן מחולקים לקופות החולים לפי גודל אוכלוסייה והתפלגות הגיל והמגדר, עם תיקון עבור פריפריאליות ("נוסחת הקפיטציה").

נתוני תרשים 4 (צ'רניחובסקי ובנטל, 2020) מצביעים על חלקן של קבוצות הגיל השונות בהכנסות שעליהן מבוסס המיסוי למימון המערכת הציבורית ועל ההוצאה הצפויה על כל קבוצה לפי נוסחת הקפיטציה. אנחנו מניחים ששתי ההתפלגויות משקפות את העדפותיה של החברה בישראל ואת נכונותה לסבסד ריפוי והצלת חיים באמצעות טיפול רפואי, או להעביר הכנסות בין קבוצות גיל למטרה זו, באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. על פי הנחה זו, המציאות המוכתבת על ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי מייצגת את האמנה החברתית בנושא של רפואה והצלת חיים בישראל.

בהתאם לכך, צעירים עד גיל 19 הם נהנים נטו. זהו אומדן חסר, משום ששיעור ניכר של בני 18–21 משרתים בצה"ל, שמספק לאוכלוסייה זו טיפול רפואי על חשבון הציבור. המבוגרים, בני 57–58 ומעלה, גם הם נהנים נטו. ראוי לציין שהסובסידיה החיובית מתחילה להצטמצם בסוף שנות השישים לחיים. ככלל, האוכלוסייה העיקרית הפעילה מבחינה כלכלית, מגיל 21 עד גיל 57 בערך, מסבסדת ילדים מצד אחד והורים מצד שני, ומשלמת גם "ביטוח עצמי" תמורת הטיפול בה עצמה.

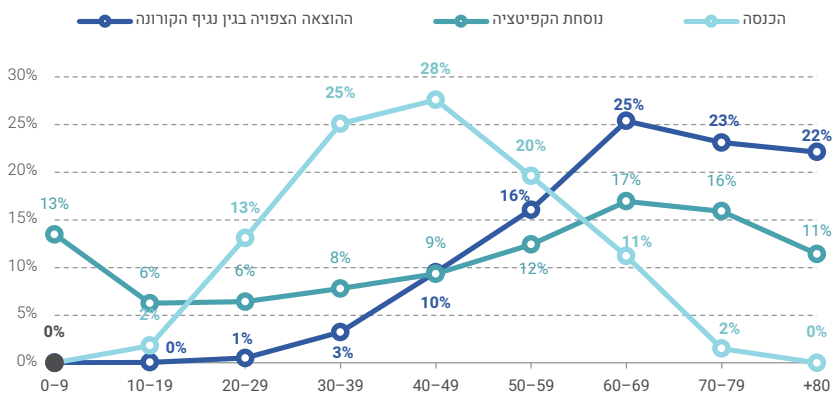
ניתן לחשוב על ההעברה בין העובדים לגמלאים גם במונחי ביטוח: העובדים רואים בגמלאים בהווה את עצמם בעתיד, והם מצפים שהחברה תספיל בהם על פי הצרכים שיהיו להם אז כפי שהם מטפלים בדור הוותיק בהווה. ההעברה לצעירים היא השקעה בקבוצה העובדת העתידית.

מבחינת ההוצאה על המלחמה בנגיף הקורונה מצטיירת תמונה שונה. כדי לבנות את התפלגות הוצאה זו על פני קבוצות הגיל השונות הנחנו את ההנחות האלה: (א) בהיעדר נתונים ייחודיים לישראל, ההסתברות של כל קבוצת גיל להתאשפז ולמות תואמת את נתוני ה-CDC אשר צוטטו לעיל; (ב) עלויות הטיפול מחולקות בין עלויות צפויות של אשפוז ושל תמותה מתוך הנחה שעלות הטיפול בחולה שאושפז והבריא מהווה 92% מעלות

האשפוז של חולה שאושפז ונפטר.³ בהתבסס על הנחות אלה הטלנו את העלות הצפויה של המאבק בקורונה על קבוצות הגיל השונות. מתקבל שבניגוד לעלות הצפויה והמקובלת לפי מבחן הקפיטציה, עלות המאבק בקורונה נוטה במידה רבה יחסית לטובת מבוגרים מעל גיל 60. לעומת האוכלוסייה עד גיל 21, שכמעט אינה צורכת עלויות ולכן אינה מסובסדת, המבוגרים צורכים כ-85% מן העלות הכוללת של הקורונה, לעומת כ-40% מן העלות היומית בימים רגילים. במילים אחרות, כשדברים אמורים בטיפול בקורונה, קבוצת הגיל של המבוגרים מקבלת את חלקם של הצעירים בעלות, כ-20%, ועוד 10% של חלק הביטוח העצמי של האוכלוסייה העובדת.

הצגת הדברים כאן משקפת את מציאות המימון של מערכת הבריאות הכללית בישראל בהיבט של גיל, אבל כוחה יפה גם למצב בכללותו. העלויות הכלכליות של הסגר קשורות בבירור להתפלגות הגילית הצעירה יחסית של האוכלוסייה העובדת, ואילו התועלות הנגזרות ממנו קשורות להתפלגות גילית מבוגרת יחסית של בעלי הפוטנציאל הגבוה להתאשפז ולמות. במילים אחרות, הנושאים בנטל ההקרבה הכלכלית של הסגר הם – מבחינת גיל בלבד – האוכלוסייה המייצרת כמחצית מן ההכנסה הכוללת, אבל הם וילדיהם כמעט אינם נהנים ממניעת המחלה. מנקודת המבט של ההון האנושי, העובדה שצעירים אינם נהנים מעוררת קושי נוסף.

תרשים 4. חלקה של קבוצת הגיל בהכנסה, בהוצאה על פי נוסחת הקפיטציה ובהוצאה הצפויה בגין נגיף הקורונה



מקור: צ'רניחובסקי ואחרים, מרכז טאוב, בהתבסס על צ'רניחובסקי ובנטל, 2020

3 הדיון מתבסס על French et al., 2017. יש לציין כי אומדנים קודמים של עלות מוות – שנת חיים אחרונה – היו בסדר גודל של כ-60% מסך עלויות הרפואה לאורך מחזור החיים (Scitovsky, 1984). לפי נתון זה העקום היה מוטה עוד יותר לכיוון קבוצות גיל מבוגרות.

הסולידריות הגלומה בחוק מבוססת על האמונה החברתית שכאשר הצעירים יהיו קשישים הם יקבלו יחס דומה לזה שמקבלים הקשישים היום. אמונה זו לא בהכרח הולמת את המלחמה בקורונה, הנתפסת כאירוע ייחודי, זמני ויקר.⁴ מאחר שהכנסותיהם של השכירים והעצמאים מהוות כ-50% מהתוצר הלאומי, ומאחר שתוספת ההשקעה הישירה במערכת הבריאות עד כה בעקבות המלחמה בקורונה (כ-17 מיליארד ש"ח) מהווה כ-1.2% מהתוצר של שנת 2019, מימון העלות הנוספת הזו בלבד שקול למס של כ-2% על הכנסות השכירים והעצמאים. מדובר בנטל עודף שמושגת על האוכלוסייה העובדת למימון הטיפול הישיר בקורונה.⁵

לסיכום נושא זה, הסטייה של התפלגות הסובסידיה של הקורונה מהתפלגות הסובסידיות הרגילה בישראל עלולה – לאורך זמן – לעורר מתח חברתי ולהעמיד במבחן את הסולידריות החברתית הבין-דורית. בעול המלחמה בקורונה, המיטיבה כמעט אך ורק עם המבוגרים ככל שידוע לנו לפי שעה, נושאים הצעירים, שהם וילדיהם נהנים ממנה מעט יחסית. מצב זה מבטא סטייה מן המבנה הרגיל של עלות-תועלת, המבוסס על גיל, שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או בחוזה החברתי הנהוג בישראל באשר להצלת חיים באמצעות טיפול רפואי. על אף סוגיות של מוסר ואתיקה, לנוכח המשאבים הקיימים – ובייחוד כשהם הולכים ומידלדלים – חברה נוטה להשקיע בצעירים ולא לתמוך במבוגרים.

“מחיר החיים”

הסגר הראשון שהוטל בישראל נמשך כחודש והסתיים ב-19 באפריל 2020. לסגר, שהיה מוצלח במבחן מניעת תמותה, היה כמובן מחיר כלכלי. אף על פי ש“לחיים אין מחיר”, נשאלת השאלה אם בדיעבד המחיר ששולם אכן מקובל על החברה בישראל לפי אמות המידה שניתן לייחס לה בנושא זה.

בפועל, בזמן שגרה, אנו עונים על שאלה זו בעת תקצוב שירותי הרפואה הציבוריים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בפרט בהקשר של אימוץ טכנולוגיות חדשות ובדימוניה של ועדת סל שירותי הבריאות (“ועדת הסל” או “ועדת סל הבריאות”). בשלב ראשון המדינה קובעת את התקציב הציבורי למערכת הבריאות. כבר בתהליך זה יש משום קביעת העדפות בנושא הצלת חיים אשר לעיתים מזומנות מסתיימות באמצעים שעומדים לרשות הרופא ליד מיטת החולה. נוסף על כך, חלק ייעודי מהתקציב הציבורי הכולל לבריאות מוקצה בכל סבב תקציבי למימון טכנולוגיות חדשות (בעיקר תרופות) שייכללו בסל הבריאות. במקביל להחלטה התקציבית מוטל על ועדת סל הבריאות, שהיא ועדה ציבורית אד-הוק, לתעדף את

4 המונח “סולידריות” מצומצם לצורך דיון זה אך ורק להעברה הבין-דורית ומתעלם מהעברות בין קבוצות אחרות בחברה.

5 על בסיס נתונים שהתקבלו ממשרד הבריאות.

הטכנולוגיות שיאומצו במסגרת התקציב. בשנת 2019 הסתכם תקציב זה בחצי מיליארד ש"ח (כ-143 מיליון דולר).

הוועדה – שעם חבריה נמנים אנשי מקצוע מתחום הבריאות, כלכלנים, מנהיגים דתיים ונציגי הציבור – מתעדפת את הטכנולוגיות המועמדות להיכלל בסל הבריאות על פי שיקולים רפואיים, כלכליים, אתיים וחברתיים מורכבים, ובכלל זה יחס העלות-יעילות של הטכנולוגיות, ולא פחות חשוב מכך – על פי מספר המטופלים שיוכלו להפיק מהן תועלת. הטכנולוגיות שנכללות בסופו של דבר בסל הבריאות הן הטכנולוגיות שבראש סדר העדיפויות, עד ניצול מלוא התקציב שהוקצה.

התקציב המיועד לטכנולוגיות החדשות והחלטות הוועדה משקפים את הנורמות הכלליות שקבעו החוק והבנתו, והם מעידים על העדפות חברתיות (בשוליים) באשר לשימוש בטכנולוגיות לריפוי ולהצלת חיים. מתוך החלטות ועדת סל הבריאות בשנת 2006–2007 גזרו שמואלי וניסן-אנגלצ'ין ערך של 200,000 ש"ח (במחירי 2006) כערך ממוצע של שנת חיים סטטיסטית (בלי תיקון לאיכות חיים) ושל 250,000 ש"ח כמחיר שהחברה מוכנה לשלם תמורת שנת חיים (מתוקנת לאיכות חיים) (שמואלי וניסן-אנגלצ'ין, 2008; Shmueli, 2009). בהתבסס על ההערכה הנמוכה יותר אנחנו מתקנים את הסכום שנקבע ב-2006 ב-60%, בהתאם לעלייה בתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) במחירים שוטפים בין 2006 ל-2019. אנחנו מניחים אפוא שהנכונות של החברה בישראל לשלם תמורת שנת חיים, כפי שהיא משתקפת בהחלטות ועדת סל הבריאות, עולה בשיעור עליית התמ"ג או ההכנסות. דבר זה נכון במיוחד לנוכח השיעור הקבוע יחסית של ההוצאה על בריאות, העומד על כ-7% מן התמ"ג. נוסף על כך אנחנו מתקנים לעליית מחירי הרפואה מעבר לעליית התמ"ג בשיעור של כ-6% לאורך התקופה. תיקון זה מניח שההקצאה לסל הבריאות בשוליים נשארת יציבה במונחים ריאליים, ושהיא מפצה על השינוי במחירי הרפואה ביחס לתמ"ג, אפילו אם תקציב הוועדה אינו מתוקן במפורש.

על פי שני תיקונים אלו להערכה המקורית, עלות שנת חיים בישראל בשנת 2019 היא 340,000 ש"ח בקירוב. סכום זה גבוה יותר מפי שניים מן התמ"ג לנפש ב-2019 (150,000 ש"ח בקירוב). היות שאיננו מביאים בחשבון את עלות השיפור באיכות החיים, אנחנו משתמשים בערך הזה כדי לבחון השקעות, בשוליים, בהצלת חיים במלחמה נגד נגיף הקורונה.

ההערכות שלנו בנוגע למספר שנות החיים שאפשר להציל בישראל על ידי מניעת מוות, על פי קבוצת גיל, מבוססות על תוחלת החיים המדויקת של כל קבוצת גיל במדינה, המוצגת בלוח 2 (צ'רניחובסקי ובנטל, 2020). אנחנו מהווים את שנות החיים הפוטנציאליות העתידיות בשיעור של 3% (השיעור המקובל בחישובים של המוסד לביטוח הלאומי בישראל).

לוח 2. תוחלת החיים ותוחלת החיים המהוונת בישראל

קבוצת גיל	תוחלת חיים	תוחלת החיים המהוונת
9-0	77.7	30.9
19-10	67.7	29.7
29-20	57.9	28.1
39-30	48.2	26.1
49-40	38.4	23.3
59-50	29.2	19.8
69-60	20.4	15.5
79-70	12.2	10.4
+80	7.3	6.7

מקור: צ'רניובסקי ואחרים, מרכז טאוב, בהתבסס על צ'רניובסקי ובנטל, 2020

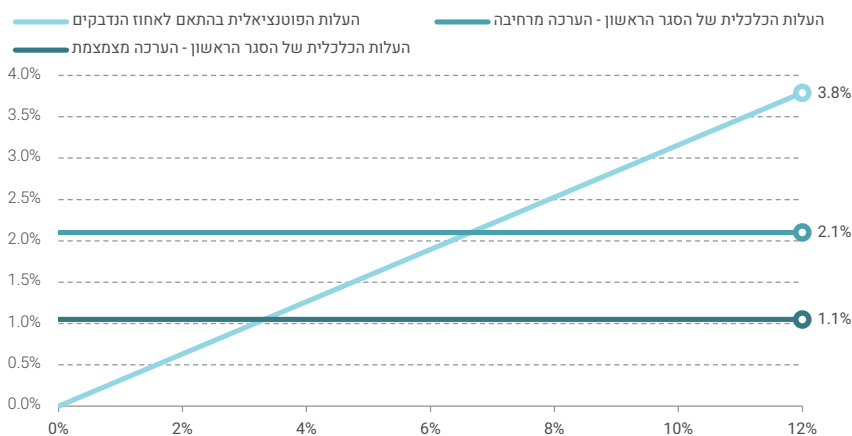
אנחנו מיישמים על הנתונים האלה את העלות המוערכת של 340,000 ש"ח לשנת חיים סטטיסטית. כך, למשל, על פי העמודה השלישית, החברה בישראל צריכה להיות נכונה להשקיע עד 10.5 מיליון ש"ח כדי להציל את חייו של ילד בן חמש, אבל רק עד 2.3 מיליון ש"ח כדי להציל את חייו של קשיש בן שמונים ומעלה. אף על פי שחישוב כזה מעורר דילמה אתית קשה, הוא בלתי נמנע, שכן הוא מייצג עובדה יסודית: תוחלת החיים של קשישים קטנה מזו של צעירים. עם זאת, חשוב להדגיש שבבסיס הגישה המשמשת כאן עומדת התפיסה ששנת חיים נחשבת כזאת בלי קשר לשאלה של מי החיים האלה ומהי איכותם.

אקשטיין, בנטל וסומקין (2020) דנו במצבה של ישראל בהקשר של שיעורי התחלואה והתמותה בקבוצות הגיל השונות נכון ל-31 במאי 2020. על בסיס נתונים אלו ונתוני לוח תוחלת החיים אנחנו מחשבים באמצעות אקסטרפולציה המניחה קשר ליניארי בין שיעורי הדבקה לשיעורי תמותה את ערך שנות החיים במונחי התמ"ג שהיו אובדים בשיעורי הדבקה שונים, על בסיס אומדן של 340,000 ש"ח לכל שנת חיים. תרשים 5 מתווה את הקשר בין שיעור ההדבקה ובין אובדן של ערך שנות חיים כאחוז מהתוצר, עד לשיעור הדבקה מרבי של 12% המשקף עבורנו מצב של "שב ואל תעשה"⁶. בהתאם לנתוני התחלואה והתמותה בסוף מאי, שיעור הדבקה זה היה גורם למותם של כ-17,000 בני אדם בישראל.⁷

6 על פי נתוני ממשלת איטליה, במהלך חודש מרץ עמד שיעור ההדבקה בברגמו על 6%-12%. שיעור ההדבקה בפועל היה, קרוב לוודאי, כפול מהערכה זאת. ראו Buonanno, Galletta & Pucca, 2020.

7 בסוף חודש מאי עמד שיעור ההדבקה בישראל על 0.215% וגרם למותם של 303 בני אדם.

תרשים 5. פוטנציאל ההצלה של ערך שנות חיים מהוונות כאחוז מהתמ"ג לפי אחוז הנדבקים



מקור: צ'רינובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: עיבוד לנתוני משרד הבריאות מ-31.05.2020

ניתן לפרש את נתוני התרשים כמייצגים את הסכום המרבי, המבוטא בשיעור התמ"ג בנקודות אחוז, שיהיה כדאי להקריב כדי "לקנות" שנות חיים בכל שיעור הדבקה עד מספר המתים המרבי לפי הניסיון של ברגמו, איטליה. כלומר, בשיעור ההדבקה של 12% היו אובדים 17,258 חיים ואיתם 156,107 שנות חיים. ערך שנות החיים האבודות שווה בקירוב ל-3.79% מתוצר 2019. כלומר, במונחים כלכליים היה כדאי לישראל להשקיע כ-3.79% מן התמ"ג שלה כדי למנוע את התחלואה. בפועל מתו עד סוף הרבעון השני 320 בני אדם, ואיתם אבדו 2,892 שנות חיים, שערכן עומד על 0.07% מהתוצר של שנת 2019. אם מייחסים את ההפרש לסגר הגורף, חסכה הפעלת הסגר שנות חיים בערך של 3.72% תוצר. אמנם הסגר הראשון החל באמצע מרץ 2020, אך הוא חל בחלקו הגדול ברבעון השני בערכים ריאליים היה התוצר ברבעון השני נמוך ב-8.2% מהתוצר של מקבילו בשנה שעברה, בעוד שעל פי קצב הצמיחה שהסתמן לשנת 2020 לפני מגפת הקורונה, הוא היה אמור להיות גבוה ב-3.5% בהשוואה לתוצר של הרבעון השני של שנת 2019. בערכים כספיים של שנת 2019 מדובר בכ-30 מיליארד ש"ח, או כ-2.1% מהתוצר של שנת 2019. על פי תחשיב זה, גם אם נייחס את מלוא הנזק לסגר, כבר בשיעור של 6.5% הדבקה הנזק הכלכלי מתאזן עם ערך שנות החיים שניצלו בזכות הסגר. אם מייחסים רק מחצית מהנזק הכלכלי לסגר (מתוך הנחה שעצם קיומה של המגפה פוגע בפעילות הכלכלית), שיעור הדבקה פוטנציאלי של 3.25% מאזן את החיסכון בשנות חיים עם הנזק הכלכלי. מובן שבאותה מידה, מנקודת המבט של סל שירותי הבריאות, שיעורי הדבקה פוטנציאלית נמוכים יותר הופכים את מדיניות הסגר לבלתי כדאית כ"תרופה".

באנלוגיה לשיטת החישוב של ערך שנות חיים שניצלו עד 31 מאי 2020 – תקופה הכוללת את הסגר הראשון – אנו מחשבים את ערך שנות החיים שאבדו בין הסגרים בגלל אי-הטלת סגר. לצורך השוואה עם נתוני תוצר, אנו מתייחסים לרבעון השלישי (1 ביולי–31 בספטמבר 2020). בתקופה זו עלה מספר המתים מ-320 ל-1,552, כלומר נוספו 1,232 מתים, אשר לפי התפלגות הגילים של התמותה מהנניף מתבטאים באובדן של 12,162 שנות חיים. בהנחה שהמשך הסגר היה משאיר את התמותה ברמה של 320 מתים נוספים, ניתן לייחס להסרת הסגר תוספת אובדן של 9,270 שנות חיים, שלפי 340,000 ש"ח לשנת חיים ערכן כ-3.1 מיליארד ש"ח. סכום זה הוא 0.24% מערך התוצר של 2019. מאחר שהתוצר ברבעון השלישי של 2020 צמח ב-8.6% ביחס לתוצר ברבעון השני, גדל התוצר בתקופה זו בכ-26.8 מיליארד ש"ח (במחירי 2019), שהם כ-1.9% מהתוצר של 2019.⁸ כלומר, הגידול בתוצר גבוה בהרבה מערך שנות החיים שאבדו עקב פתיחת המשק בתקופה האמורה. בערכים כספיים מתקבל שעבור כל שנת חיים שאבדה "הרוויח" המשק 2.9 מיליון ש"ח, סכום הגבוה פי שמונה ויותר מערך שנת חיים של 340,000 ש"ח שהתקבל מחישובי סל התרופות. על פי חישוב מנוכר זה, הגידול בתוצר בעקבות הסרת הסגר פיצה ביתר את המשק בישראל בגין הנזק שנגרם עקב עליית התמותה.

חשוב להבהיר את הפער בין שתי התוצאות: זו הנוגעת לסגר הראשון וזו הנוגעת להסרת הסגר. לפי הראשונה הטלת הסגר הייתה כדאית. לפי השנייה – הסרת הסגר הייתה כדאית. החישוב הראשון מתבסס על תחזית אפוקליפטית שלפיה הייתה ישראל סופגת 17,000 מתים ללא סגר. מספר זה נמוך אף מזה שעמד לנגד עיניהם של מקבלי ההחלטות באותה העת.⁹ ברור שככל שמספר המתים הצפוי גדול יותר, כדאיות ההשקעה בסגר גבוהה יותר, לכל ערך חיים. לעומת זאת, החישוב השני מתבסס על נתוני אמת של תוצר ותמותה. כלומר, בהתחשב בנתוני המערכת באותה העת, אין להסיק מהדיון כי בראייה מראש הסגר הראשון היה בלתי כדאי. זאת ועוד, אין להסיק מהנתונים שסגר בהכרח אינו כדאי בטווח הארוך. בשוודיה, שבה לא היה סגר פורמלי, שיעורי התמותה עלו, וגם הייתה פגיעה בפעילות הכלכלית, כך שלעומת ישראל למשל שוודיה שילמה פעמיים, גם בתמותה גבוהה וגם באובדן תוצר.¹⁰ ועוד יש לזכור שחלק ממחיר המאבק בקורונה עלול לנבוע מחולי ומתמותה שנגרמים מאי טיפול שגרתי של ימים כתיקונם (וינרב, 2021).

8 ראו הירחון הסטטיסטי לישראל, אוקטובר 2020, לוח 11. הנתונים מנוכי עונתיות.

9 המטה לביטחון לאומי (מל"ל) צפה באותה העת כ-30,000 מתים בתחזית ה"אופטימית". ראו את [דוח צוות המומחים המייעץ למל"ל להתמודדות עם מגפת הקורונה](#), 10.5.2020.

10 להשוואה בין דנמרק, שבה הוטל סגר, לבין שוודיה, ראו Andersen et al., 2020.

ניהול המשבר: מריכוזיות יתר לעירוב סמכויות, חוסר תכלול ובלבול

רבות נאמר על ניהול משבר הקורונה בישראל. ברקע הדברים מצוי החטא הקדמון של המערכת, והוא הפעילות של משרד הבריאות הן כמבצע והן כקובע מדיניות ורגולטור (ראו למשל צ'רניחובסקי וכפיר, 2019א; 2019ב). המשרד נמנע מהאצלת סמכויות ביצוע. הדבר בא לידי ביטוי באי מעורבותן של קופות החולים והרפואה הקהילתית – עמוד התווך של הרפואה בישראל – לפחות בתחילת המשבר. השילוב של ריכוזיות המשרד ומגבלות החקיקה הביאו לידי פריצת הגבולות ובעקבותיה לאי סדר מוסדי שמלווה את ניהול המשבר גם בעת כתיבת שורות אלה.

חלק זה עוסק בהוראות החקיקה והתקינה ובאיכותן ובפער שנוצר ביניהן לבין המציאות בשטח. במילים אחרות, נבחן כאן את מודל ההיערכות של מערכת הבריאות למצבי משבר לאומיים בבריאות ואת מימושו בשטח במהלך החודשים הראשונים של מגפת הקורונה.

בשגרה ובמשבר: סמכות ואחריות

מערכת הבריאות הישראלית בנויה, לכאורה לפחות, על שני יסודות משפטיים: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (החוק) ופקודת בריאות העם 1940 המנדטורית (הפקודה). החוק מסדיר את הפעילות השוטפת של המערכת בימים כתיקונם. החוק אימץ את עקרון התחרות המנוהלת, המבוססת על התפיסה שהמערכת מורכבת מכדי שתנוהל באופן מרכזי. לפיכך הריבון מבוטח למערכת מימון ציבורי נאות, והוא גם מי שקובע מדיניות וזכאיות ומסדיר את פעילות הגורמים המבוזרים המתחרים בשטח – קופות החולים – אשר ידעו לכלכל את ענייניהם בתבונה לטובת ציבור המבוטחים. הקופות מחויבות בפריסה ארצית של שירותים ובהם שרותי רפואה ראשונית, רפואה שניונית, מרכזי אבחון ומעבדות. נוסף על כך מפעילות כל קופות החולים מוקדים טלפוניים לשירותים שונים מרחוק, המהווים נדבך משמעותי בפעילותן השוטפת.

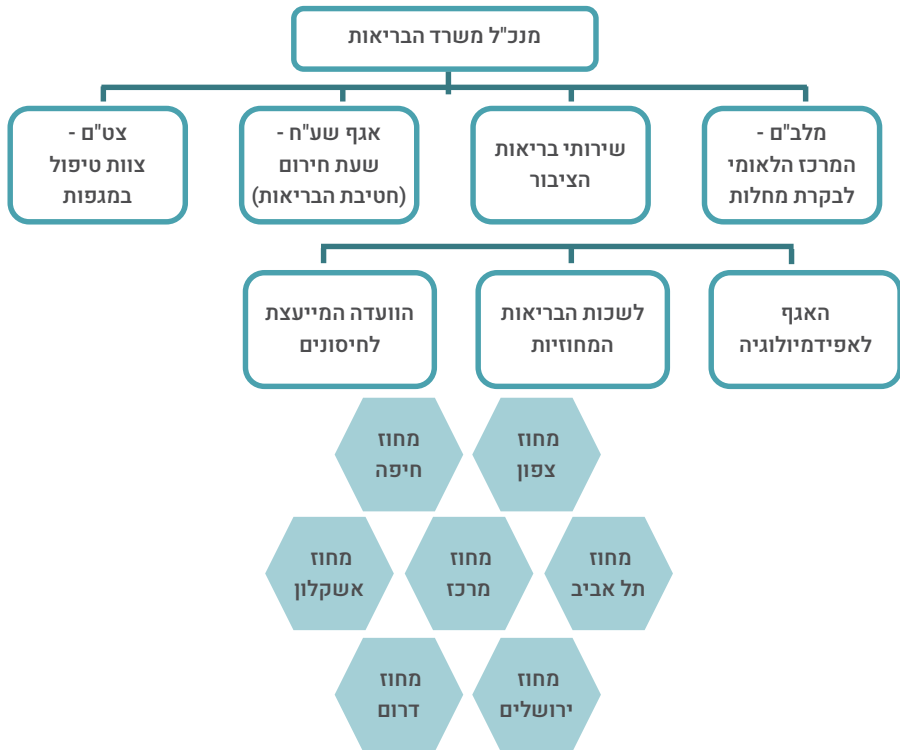
פקודת בריאות העם, שנחקקה בשנת 1940 ומעודכנת מאז מעת לעת, מסדירה את פעילותה של מערכת הבריאות גם בנושאים הקשורים לבריאות הציבור ולמניעת תחלואה, אשר מטבע הדברים דורשים גם פעילות סביבתית לא-רפואית, כגון פיקוח על תנאים סניטריים או פעילות ריכוזית ברמת האוכלוסייה, כמו לדוגמה קביעת הנחיות ואכיפתן במקרה של התפרצות מחלות מידבקות.

בין השאר קובעת הפקודה כי הבקרה על מחלות בכלל ועל מחלות מידבקות בפרט נמצאת באחריותו של משרד הבריאות, ומנחה כיצד יש לפעול במקרה של התפרצות מחלה מידבקת. הפקודה ונהלים שנכתבו אחריה מגדירים שורה של פעולות מנע שעל המשרד לנקוט – אם לבדו ואם בשיתוף פעולה עם משרדים אחרים כגון משרד החקלאות

או המשרד להגנת הסביבה ועם הרשויות המקומיות. כמו כן מציינת הפקודה כי במקרים של היקף תחלואה נרחב תועבר האחריות לניהול האירוע למשרד הביטחון. כפי שניתן לראות בתרשים 6, למילוי תפקידו כרגולטור יש במשרד הבריאות גופים שונים שמטפלים במעקב ובקרה בעת התפרצות מגפות ובמצבי משבר, ובראשם שירותי בריאות הציבור באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות. נוסף עליהם קיים האגף לשעת חירום, האמור להוציא את מדיניות המשרד לפועל, ולחטיבת הרפואה שלו כפוף גם צוות טיפול במגפות (צט"ם) – גוף שמייעץ למנכ"ל המשרד בכל הקשור להתפרצות מגפות ולטיפול בהן, לרבות הכנת תורת פעולה ונוהלי הפעלה. הצוות דן בהתפרצויות של מחלות ובהערכת הסיכון להתפשטותן והגעתן לישראל ובוחן את הצורך להיערך ולפעול למניעתן. במקרה של התפרצות מגפה הצט"ם אמור לסייע בניהול האירוע. גוף אחר שקיים במשרד הבריאות וכפוף לאגף להערכת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר הוא המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם), שתפקידו לנטר את היקפי התחלואה.

בזמן חירום מופעלת מערכת הבריאות במדינת ישראל על ידי הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשעת חירום (הרשות) (נוהל 1.003),¹¹ שהיא רשות ייעודית של ועדת משק לשעת חירום (מל"ח) העליונה, הגוף המפעיל מטעם משרד הביטחון את המשק בעיתות חירום. ייעוד הרשות הוא לתכנן, לארגן ולהפעיל את מערך האשפוז והבריאות לשעת חירום אשר ישירת את כלל הנפגעים ולאפשר המשך אשפוז לאוכלוסייה הנזקקת וקיום שירותי רפואה בקהילה ורפואה מונעת לכלל האוכלוסייה. מטה הרשות ממוקם באגף לשעת חירום של משרד הבריאות. בצוות המנהל שלה חברים מנכ"ל משרד הבריאות וקצין הרפואה הראשי, וגם מנהלי כל קופות החולים. בצוות המצומצם חברים רק מנכ"ל משרד הבריאות, קצין הרפואה הראשי ומנכ"ל קופת חולים כללית.

תרשים 6. הגופים העיקריים במשרד הבריאות שמטפלים בהתפרצות מחלות ובמניעת מגפות



מקור: מבקר המדינה, 2020, עמ' 524

על פי הנחיות משרד הבריאות, בעיתות משבר (ביטחוני, ביולוגי, רעידת אדמה או אחר), על קופות החולים להיערך לכלל תרחישי החירום על מנת שיוכלו לתפקד כמוקד טיפולי קהילתי ולהגיש סיוע ראשוני לתושבים. על פי הנהלים הקיימים, בשעת חירום קופות החולים מצופות לפעול בשיתוף פעולה מלא עם הגורמים המוניציפליים, ארגונים שונים, בתי החולים הסמוכים ולשכות הבריאות המחוזיות.

הנהלים מוגדרים על בסיס תוכניות עיקריות שגיבש משרד הבריאות: תוכנית מ-2005 שעניינה היערכות מערכת הבריאות למשבר פנדמי, תוכנית מ-2007 שעניינה "מוכנות מערכת הבריאות לשפעת פנדמית" ותורת הפעלה גנרית להסדרת הטיפול באירוע ביולוגי חריג, שפורסמה באוגוסט 2008.¹² ההנחה במסמכים אלו היא שהסיכון באירוע כזה

הוא תחלואה חריגה שיש בה סכנה של ממש לבריאות הציבור והיא מכבידה על מערכת האשפוז במידה שמקשה עליה את פעילותה.

חלוקת הסמכויות שמפורטת במסמך זה, המתבססת על החלטות הממשלה שהוזכרו לעיל, קובעת כי משרד הבריאות אחראי לניהול היבטים המקצועיים של ההיערכות, לרבות הפעלת בתי החולים, המרפאות ולשכות הבריאות, ביצוע ניטור קליני ומעבדתי, הכנת תרחישי הייחוס לאירוע, רכש והקצאה של תרופות וחיסונים וכן על ההסברה. לעומת זאת מערכת הביטחון, כפי שהובהר לעיל, אחראית לניהול היבטים האחרים של ההיערכות, באמצעות מערך פיקוד העורף ומשק לשעת חירום (מל"ח), שהפך ב-2009 לרשות החירום הלאומית (רח"ל). היבטים אלה כוללים הפעלת מצב חירום, ובכלל זה סגירת בתי ספר ופתיחתם, שמירת הסדר הציבורי, הפעלת סגר, ובמקרה הצורך – הפעלת המשק. בנהלים, המוגדרים בהתאם למקובל בעולם, הוגדרו שלבי התפתחות מגפה ופעילות מערכת הבריאות ביחס להתפתחות זו. בשלב ההיערכות (שלב 4), עוד טרם הופעתה של תחלואה בישראל, על משרד הבריאות לעדכן את קופות החולים ואת משרדי הממשלה הרלוונטיים בתחלואה המתקרבת ולהנחותם להיערך בהתאם.

בשלב 5, שבו כבר ברורה ההדבקה מאדם לאדם והסכנה למגפה מוחשית יותר, כאשר עדיין אין תחלואה בישראל, על משרד הבריאות לעדכן את ממשלת ישראל, משרד הביטחון, מל"ח, מנהלי הגופים החיוניים והרשויות המקומיות בדבר המעבר לשלב 5 ומשמעויותיו. משרד הבריאות אחראי גם להעברת האחריות לניהול המשבר ממנו ל"צוות ניהול משבר" של משרד הביטחון וכן להפעיל את מטה הרשות העליונה לאשפוז ואת כלל גורמי מערכת הבריאות בפריסה מלאה, ולעדכן בתוך כך את כלל גופי הבריאות בפרטי האירוע. בשלב 6, מייד עם גילויים של חולים גם בישראל, מצופה מערכת הבריאות להפעיל את רשות האשפוז העליונה (נוהל 1.003).¹³

שלבי ההיערכות לפנדמיה כבסיס להאצלת סמכויות

ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2005) הגדיר שישה שלבים בהיערכות לקראת פנדמיה של שפעת:

- שלב 1:** נגיף חדש בבעלי חיים. סיכון נמוך להופעת מקרים באדם.
- שלב 2:** נגיף חדש בבעלי חיים. סיכון גבוה להופעת מקרים באדם.
- שלב 3:** מקרי מחלה בבני אדם (העברה מקרית ונדירה מאדם לאדם).
- שלב 4:** שלב שבו יש הידבקות מוגבלת מאדם והמחלה ממוקמת.
- 4.א.** קיום מקבצי תחלואה קטנים מחוץ לישראל.
- 4.ב.** קיום מקבצי תחלואה קטנים גם בישראל.
- שלב 5:** שלב שבו יש הידבקות משמעותית מאדם לאדם והמחלה עדיין לא ממוקמת.
- 5.א.** מקבצי תחלואה משמעותיים מחוץ לישראל.
- 5.ב.** מקבצי תחלואה משמעותיים גם בישראל.
- שלב 6:** פנדמיה של שפעת – העברה נרחבת ומפושטת ברחבי העולם.
- 6.א.** טרם התפשטות המחלה בישראל.
- 6.ב.** התפשטות המחלה בישראל.

את השלב בכל רגע נתון קובע ארגון הבריאות העולמי; את תת-השלב בישראל קובע משרד הבריאות. משלב 5 מוטלת האחריות הלאומית לניהול המשבר על "צוות ניהול משבר" במשרד הביטחון באמצעות מטה מל"ח ארצי ופיקוד העורף (משרד הבריאות, 2007).

משרד הביטחון. על פי חוק, האחראי לניהול משברים לאומיים בישראל הוא משרד הביטחון. על פי דוח מבקר המדינה שפורסם במרץ השנה, כאשר יש נפגעים רבים ופגיעה של ממש בפעילות המשק, האחריות הכוללת לקדם את תפקוד הגופים השונים במשק מוטלת על משרד הביטחון באמצעות רשות החירום הלאומית (רח"ל) ופיקוד העורף (מבקר המדינה 2020). חיזוק לכך ניתן למצוא גם בהחלטת ממשלה מ-2005, 4356¹⁴ שלפיה בעת הכרזת ארגון הבריאות העולמי על פנדמיה, "באחריות משרד הביטחון לתת מענה ברמה הלאומית לנושאי משק חיוני על ידי 'צוות ניהול משבר' באמצעות מטה מל"ח ארצי [כאמור, משנת 2009 – רח"ל] ופיקוד העורף". במצב זה עוזר שר הביטחון אמור לרכז "עבור שר הביטחון את עבודת צוות ניהול המשבר באמצעות משק לשעת חירום" (רח"ל),

14 ראו החלטת ממשלה מס' 4356, [הערכות לקראת התפרצות של שפעת פנדמית](#), 6.11.2005.

ואילו על משרד הבריאות מוטלת האחריות הכוללת לניהול המשבר בהיבטים המקצועיים והרפואיים.

רשות החירום הלאומית (רח"ל) הוקמה על פי החלטת ממשלה מס' 43/ב מ-23 בדצמבר 2007,¹⁵ ונועדה לשמש גורם מתאם ומתכלל של כלל הארגונים המטפלים בעורף בשעת חירום, בשלל תרחישים ובכללם בעת מגפה. רח"ל נועדה לסייע, כגוף אזרחי, לשר הביטחון בטיפול במצבי משבר ולתכלל את הרציפות התפקודית של המשק ושל משרדי הממשלה. בעת הקמתה אוישה רח"ל בעשרות בעלי תפקידים שהיו פזורים במחוזות השונים ונוהלה על ידי גורמים בכירים בעלי ניסיון לוגיסטי צבאי ואחר. עם השנים חל פחות במעמדה של רח"ל; במאי 2018 היא הוכפפה לפיקוד העורף, תקני כוח האדם שהיו לה צומצמו מאוד – כיום היא מופעלת על ידי אנשים מעטים, זוטרים בדרגתם – וזרועות הביצוע שלה מול הרשויות המקומיות בוטלו. מאז דצמבר 2019 אין ראש לרח"ל ורק לאחרונה, בראשית יולי 2020, פורסם מכרז לאיתור ראש רשות חדש.

על פי השינוי מ-2018 רח"ל מתמקדת בתכנון ובתיאום, ואילו הביצוע והאחריות למשק בשעת חירום, לחמ"לים ולרשויות המקומיות הועברו לפיקוד העורף. המלצות אלו לא אושרו בממשלה, אולם התקבעו **בפועל**.

פיקוד העורף, שהוא במהותו גוף לוגיסטי צבאי, פועל כחלק מצה"ל תחת אחריותו של משרד הביטחון. פיקוד העורף הוקם במטרה לפעול בחזית האזרחית בשגרה ובחירום ולהכין את האוכלוסייה לשעת חירום. הפיקוד עובד בשיתוף פעולה עם ארגוני החירום השונים – המשטרה, רשות הכיבוי וההצלה, מגן דוד אדום ועוד. מחוזות פיקוד העורף אחראים להיות בקשר רציף עם הרשויות המקומיות, עם ארגוני החירום ועם משרדי הממשלה.

תחומי האחריות של הפיקוד הם התרעה, מיגון ומקלוט, איתור נפילות, חילוץ והצלה, הדרכה והנחיה של האוכלוסייה לקראת מצבי חירום והפעלת מערכות שליטה ובקרה ייעודיות לעורף. במהלך השנים עבר פיקוד העורף גלגולים שונים, אולם כיום הוא הגוף המרכז את פעילות החירום. הפיקוד נערך לאורך השנים בעיקר למצבים ביטחוניים שונים ולרעידות אדמה, ועסק פחות בהתפרצות מגפות.

המועצה לביטחון לאומי (המל"ל) הוקמה במרץ 1999, וב-2008 עוגנה בחוק **כמטה לביטחון לאומי** המייעץ לראש הממשלה ולממשלה בענייני חוץ וביטחון. תפקיד המל"ל על פי חוק הוא לרכז את עבודת המטה של הממשלה, של ועדת השרים לענייני ביטחון לאומי ושל כל ועדת שרים אחרת בענייני החוץ והביטחון; להכין את דיוני הממשלה וועדותיה, לעקוב אחר ביצוע ההחלטות ולהמליץ על זימון המשתתפים בוועדות השונות; להיות אחראי מטעם ראש הממשלה על עבודת המטה הבין-ארגונית והבין-משרדית בענייני החוץ והביטחון;

ואף "להפעיל את המרכז לניהול משברים לאומיים במשרד ראש הממשלה" – גוף של מיטב הבנתנו טרם הוקם. המל"ל הוא גוף מייעץ, ולרוב אינו פועל כגוף ביצועי. יש לציין כי במדינות רבות נמסר הטיפול במצבי משבר למשרד ממשלתי נפרד – לדוגמה המשרד לביטחון המולדת בארצות הברית או משרד הפנים בגרמניה ובאנגליה.

ניהול המשבר בפועל

מהשוואת נוהלי המערכת לתהליכים בשטח עולים פערים במישורים שונים. אולם יש להדגיש מראש כי בחקיקה ובתקינה יש ריבוי גופים ואין הגדרה ברורה של חלוקת הסמכויות ביניהם. גופים אלה, ובראש ובראשונה רח"ל, שהיו אמורים לרכז את המאבק, נוטרלו למעשה. קופות החולים – עמוד השדרה של שירותי הרפואה בישראל – אינן חלק מהתשתיות של פיקוד העורף. לרשויות המקומיות, לעומת זאת, יש תפקיד מוגדר, אך לא ברור אילו אמצעים עומדים לרשותן כדי לממשו.

מסקירת נוהלי משרד הבריאות אל מול התהליכים כפי שהתרחשו בשטח עולים פערים במישורים שונים. חלק מהפערים הם פערי סמכות ואחריות, חלקם נובעים מבעיה בהגדרת יחידות התפעול והממשקים בין הגופים השונים, חלקם נובעים מהזמן הרב שחלף מאז הותקנו הנהלים, וחלקם נובעים פשוט מביצוע שונה של הדברים בפועל, שלא בהתאם לנהלים כפי שנסקרו לעיל או לתוכניות הפעולה שאושרו מראש, וללא הפעלת כלל הגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות ומחוץ לו.

פערי חקיקה, סמכות ואחריות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו מתייחס במפורש למתן שירות רפואי בקהילה בעיתות חירום. בהיעדר התייחסות מפורשת בחוק לשעת חירום, קשה לקבוע על מי חלה האחריות למתן שירות רפואי בעיתות חירום ובאיזה היקף. מבחינה של כלל החוקים והנהלים המתייחסים לשעת חירום ולמערכת הבריאות במהלכה, עולה שגם בהם לא מוגדרים הממשקים ותחומי האחריות באופן מלא. משחק מנהלים שהתקיים בדצמבר 2018 לבחינת המוכנות המשרדית והבין-משרדית לתרחיש של שפעת פנדמית ("נחשול בריא"), בהובלה משותפת של מטה עוזר שר הביטחון להתגוננות, רח"ל ומשרד הבריאות, העלה כי יש לחדד את נושא הסמכות והאחריות בהתמודדות עם ההתפרצות ואת נושא רכישת התרופות והחיסונים וחלוקתם. עלו גם "אתגרים משפטיים ואתיים", מחסור בכוח אדם ועוד. פערי הסמכות והאחריות לשעת חירום בבריאות ניכרים בכמה רבדים:

בין משרדי הממשלה. ראשית לא הוגדרו התפקידים ותחומי האחריות של כל אחד מהגופים וגם לא הממשקים שבין משרד הבריאות לגופים אחרים, בין שהם מקבילים לו (משרד הרווחה) ובין שהם כפופים לו (קופות החולים), בתחומים של שיתוף במידע, מערכות מחשוב, חדר מצב וכו', ופעולתם לא תורגלה.

הדוגמה הקיצונית ביותר אולי נמצאת בנוהלי משרד הביטחון, הגורם שאמור לתכלל את האירוע, שכמעט אין בהם אזכורים של קופות החולים, המעבדות שלהן או פריסת השירותים שהן מציעות, ואף מצוין במפורש כי "במידה ויוחלט על פתיחת מרכזים לחלוקת תרופות תסייענה הרשויות המקומיות לצה"ל בפתיחת המרכזים". במילים אחרות, ככל שמצאנו, משרד הביטחון לא זיהה את הפוטנציאל של קופות החולים מבחינת פריסת השירותים, הידע והתשתיות שלהן.

הרשות העליונה לאשפוז. פעילות הרשות העליונה לאשפוז מוסדרת באמצעות נוהלי משרד הבריאות, אולם סמכותה להנחות את מוסדות הבריאות אינה מוסדרת בחוק. כבר מ-1995 מקודמות הצעות חוק בנושא, דוחות מבקר המדינה מ-2007 ומ-2014 מתייחסים לכך, אולם למיטב ידיעתנו פעילותה לא הוסדרה בחוק עד היום.

מערכת הבריאות. על פי המפורסם באתר משרד הבריאות, בשעת חירום מהוות קופות החולים מוקד קהילתי למתן טיפול רפואי ראשוני. לפי הנחיות אלו על קופות החולים להיערך למצב החירום בהיבטים הקשורים לנגישות, הקצאת כוח אדם, תשתיות וטיפול באוכלוסיות הדורשות טיפול מיוחד. באתר מפורסמים נהלים שונים ומידע על עקרונות הפעילות של קופות החולים בשעת חירום, ובכללם נוהלי הטיפול בפונים בשעת חירום, הפעלת "מרפאות אחודות", ארגון והיערכות הסניפים, ואינפורמציה שימושית נוספת על היערכות לכלל תרחישי החירום. לא מוזכר מקור תקציבי מוגדר למימון ההיערכות הזו, וישנן עדויות שונות לפערים בתפיסה שלפיה הקופות מצפות למימון ייעודי להיערכות זו, ואילו משרד הבריאות משיב כי עליהן להיערך למתן מענה זה ממקורותיהן.

היערכות והכנת תשתיות לביצוע

הפערים שבין הנהלים למציאות מתגלים לעיתים בנושאים אזוטריים לכאורה, שברגע האמת יש להם השפעה מהותית. דוגמה לכך היא העובדה שיחידת הפעולה שאליה מתייחסים הנהלים השונים היא ה"מחוז". יש לציין כי מחוזות משרד הבריאות מוגדרים באופן שונה ממחוזות קופות החולים (שגם ביניהן אין הלימה), ובאופן שונה גם ממחוזות משרד הביטחון, משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד החינוך, והדבר מקשה את ניהול האירוע.

כהיערכות להתפרצות שפעת פנדמית גובש תרחיש ייחוס להתפרצות בישראל. מטרת התרחיש הייתה להציג למקבלי ההחלטות את האיום הנשקף (מספר החולים, רמות התחלואה וכו'), כדי לאפשר להם לקבוע את הצעדים שיש לנקוט. בתחילת שנת 2019 שלח משרד הבריאות תרחיש מעודכן לשר הביטחון, אולם עד נובמבר 2019 הוא טרם עדכן זאת, עובדה שפגעה ביכולתו של המשק להיערך, אם כי יש לציין שתרחישי הייחוס הראשוניים של איטליה וספרד הפכו עד מהרה לא רלוונטיים, בפרט נוכח העובדה ש-96% מהנדבקים בארץ טופלו בקהילה ולא במערכת האשפוז.

יש לדייק ולהזכיר כי רק כחודש חלף מאז ההכרזה על המגפה העולמית החדשה ועד שהגיעה לארץ. עם זאת, על פי ועדת הקורונה של הכנסת "גם במצב נתון זה [של חוסר ודאות לגבי המחלה וצרכיה], התרשמותה של הוועדה היא כי חודש ההתראה לא נוצל לגיבוש מדיניות, אגירת אמצעים פיסיים והקמת מבנים אופרטיביים להתמודדות עם המגיפה" (הכנסת, 2020, 11). כחלק מההיערכות לקראת המגפה, מתוך כוונה לדייק את ההיערכות על סמך המעט שהיה ידוע על מחלת הקורונה, במהלך סוף חודש פברואר ותחילת מרץ הוכן במשרד הבריאות, בשיתוף מכון גרטנר, תרחיש ייחוס ראשוני שהיווה בסיס ראשוני לדיון ולקבלת החלטות. למרות דוח מבקר המדינה (2020), שקבע שמלאי התרופות והציוד במחסני החירום פג תוקף ואינו ראוי לשימוש, לא נראה כי הייתה היערכות בפועל לרכש. במהלך תקופת ההיערכות, ולנוכח הנתונים העולים מקריאת מסמכים שונים, נראה כי חברת שראל, הממונה על הרכש עבור משרד הבריאות, לא סייעה משמעותית בתהליכי הרכש, אם משום שלא יכלה לעשות זאת ואם משום שלא נתבקשה לעשות זאת. רק ב-13 במרץ ניתנה הוראה למינהל הרכש הממשלתי לעסוק ברכש לצורכי ההתמודדות עם המגפה. מבצעי רכש נוספים נעשו על ידי גורמים שונים כדוגמת המוסד, לא תמיד על בסיס ידע מקצועי, ולכן תוצריהם לא עמדו בדרישות הטכניות ולא היה אפשר להשתמש בהם. נראה כי היה פער בין הנהלים ותרחישי הייחוס להיערכות של מערכת הבריאות למגפה ובין ההערכה של מערכת הביטחון שעיקר העומס עתיד ליפול על בתי החולים ועל מרכזי אבחון המוניים. על כן בשלב הראשון הושקעו עיקר המשאבים בבתי החולים ובמרכזי אבחון המוניים, ואילו הקופות הונחו להיערך במידה מוגבלת להגעת חולים למרפאות. נראה שתרחיש הייחוס של מערכת הביטחון לא התעדכן גם כשהתבהרו הדברים, וגם כשהובן כי חולים רבים מהצפוי יטופלו במסגרת הקהילה לא הופנו משאבים משמעותיים לקהילה.

לאורך השנים המליץ משרד הבריאות מספר פעמים כי בשעת משבר יתוגבר השירות למטופלים בבית על ידי רופאים המועסקים בקופות ברפואה שניונית, הרחבת סמכויות האחיות או תגבור הקופות על ידי מתנדבים. עם זאת לא הוכנה התשתית הרגולטורית, לא הוכשרו אנשים, וגם במקרה זה לא צוין המקור התקציבי.

ניהול

משיקולים שאינם ברורים לכותבי מסמך זה לא הופעלו רוב הנהלים הקיימים, והסמכויות לא חולקו בהתאם למוגדר בהם. לא הוכרז מצב חירום לאומי אשר היה מביא להפעלת מערכות ותקציבים בהתאם. בשלב ההיערכות למשבר הקורונה החליט ראש הממשלה במחצית השנייה של פברואר שהמטה שינהל את המשבר יהיה המל"ל. למיטב ידיעתנו, להחלטה זו לא קדם דיון משפטי בדבר סמכות המל"ל לרכז ולהוביל משבר מסוג זה. גם פיקוד העורף הופעל באופן חלקי. מאחר שלא הוכרז מצב חירום לאומי גם לא הופעלו לא

רח"ל ולא עוזר שר הביטחון, שבהתאם לנוהל היו אמורים לפעול לתכלול האירוע. תחת זו מונה, חודשים מספר לאחר פרוץ המגפה, פרויקטור מטעם הממשלה. סמכויותיו של הפרויקטור אינן מוגדרות, ולכן הפך גם הוא לגורם ממליץ בלבד.

במהלך הגל הראשון הוגדרו מגוון גופי ביצוע כגון משרד הבריאות, פיקוד העורף, מד"א, מספר מעבדות ייעודיות ובתי החולים. בשגרה גורמים אלו אינם מתקשרים זה עם זה ואין להם תשתיות תקשורת או נוהלי עבודה מוגדרים לא לגבי דגימות ולא לגבי מטופלים. גם אם כל אחד ואחד מהם בפני עצמו מצטיין בתפקודו, הממשקים ביניהם מוגבלים מאוד, ויכולתם לעקוב אחרי דגימת דם עד הגעת התוצאה אל המקום שבו שווה המטופל מוגבלת מאוד. למיטב ידיעתנו, למרות הצורך בניהול התהליך ובמעקב, לא הוגדר גורם אחד לתכלול הטיפול במטופלים מרגע שפנו למוקד כלשהו ועד שהחלימו.

בהתאם לנהלים הקיימים, קופות החולים, למעט קופת חולים כללית, אינן חלק מהקבוצה המצומצמת המרכזת את הרשות העליונה לאשפוז ובריאות בשעת חירום, ואין להן תפקיד בניהול האירוע, אלא בתפעולו בלבד. ואף על פי כן לא מובן מדוע לא זומנו רוב הקופות לדיוני היערכות במשרד הבריאות, גם לא בשלב שבו כבר היה ברור שהמגפה מתקרבת לישראל. מנגד נשאלת גם השאלה מדוע מיעטו קופות החולים להיערך ביוזמתן שלהן למשבר המתקרב. גם אם היו שעשו יותר, נראה שקופות החולים קפאו בצפייה להנחיות משרד הבריאות ולא נקטו יוזמה אלא כמה שבועות לאחר פרוץ המגפה. יש קולות במערכת הבריאות המביעים תמיהה על אי שיתוף הקופות בתהליך החשיבה והתכנון ועומדים על הצורך של קופות החולים לראות את התמונה המלאה ולהיות מעורבות יותר ברמת קבלת ההחלטות – ולו כדי לתת להן את ההזדמנות להציג את יתרונותיהן היחסיים במתן מענה לחלק מצורכי התחלואה. גם יתרונו היחסי של משרד הבריאות כרגולטור שיכול לקבץ את מיטב המוחות והתשתיות, ללמוד מהעולם ולייצר ידע מקומי, להגדיר סטנדרטים ונהלים ולתאם עם משרדי ממשלה אחרים – גם יתרון זה לא מומש בגלל הריכוזיות הרבה אפילו בתוך המשרד עצמו.

אחד העקרונות המרכזיים בשעת משבר הוא ביזור והאצלת סמכויות למבצעים בשטח, מתוך ניצול החזקות שלהם בזכות היכרותם עם השטח ויכולתם לקבל במהירות החלטות שמבוססות על הנתונים שלפניהם. במהלך השלב הראשון של המגפה, לפי עדויות מגוונות, פעל משרד הבריאות באופן ריכוזי. ריכוזיות זו לא אפשרה שיתוף בקבלת ההחלטות ובידע והובילה לתהליכים ולהחלטות שלא התאימו למציאות בשטח. במהלך המשבר פקעה סבלנותן של כמה מהעיריות והמועצות המקומיות, ובמקום לחכות להנחיות הן נקטו שלל יוזמות מקומיות, כגון חלוקת מזון, ביקורים אצל אנשים בודדים ופעולות בנושאי חינוך ותפעול עירוני. בתהליך זה נוצרו גם שיתופי פעולה עם מערכת הבריאות, ובעיקר כמובן עם רפואת הקהילה: בהצפת צרכים, באספקת תרופות, בגיוס מתנדבים ועוד. העברת מידע רפואי ואחר לרשויות המקומיות מורכבת מטבעה בשל חוק הגנת הפרטיות. רק בראשית

אפריל יצא חוזר משרד הבריאות המסדיר העברת מידע רפואי לרשויות והתאפשר לתאם פעילות לגבי חולים הנמצאים בבידוד או עלולים להיות בסיכון. פיקוד העורף, שהיה אחראי על הקשר עם המבודדים, לא תמיד היה יכול לייצר מערכת אמן כזאת.

תפעול

שנים רבות חלפו מאז עודכנו נוהלי משרד הבריאות (האגף לשעת חירום, נייר אחרון מ-2013; תוכניות לשפעת מ-2007; תורת הפעלה לטיפול באירוע ביולוגי מ-2008 וכו') ונוצרו פערים רבים בין המתווים המצוינים בהם ובין עולם הטכנולוגיה המודרני. משום כך, ולמרות תחומי האחריות הידועים, לא פותחו לא נוהלי העברת מידע מתאימים ולא תשתית תקשורת משותפת לגורמי האבחון הראשוני ולגורמי הטיפול (בבתי החולים, במלוניות או בקהילה) המאפשרת העברת נתונים ורצף טיפולי.

במהלך הגל הראשון של הקורונה בישראל הופעלו מערכים שונים ישירות על ידי משרד הבריאות ומשרדי ממשלה אחרים, ובתוך כך נשחק מודל אספקת השירותים הקיים, שפועל לאורך עשרות שנים, וקופות החולים הודרו מהתהליך. אותם ספקי שירות שתפקידם בשגרה הוא אספקת מגוון שירותי בריאות למגוון אוכלוסיות, שמטבע הדברים הם פזורים בכל רחבי הארץ ומשנעים בדיקות וצוותים גם בימים שבשגרה – דווקא הם הודרו מן ההתמודדות עם הגל הראשון של המגפה.

לא נבחנה השאלה למי יש יתרון יחסי וניסיון בביצוע פעולות מסוימות בפריסת תשתיות ארצית או בתהליכי רכש בתחום הבריאות, וכך, למרות נוכחות מסיבית בקהילה ופריסה ארצית וכן שגרה של נטילת דגימות, שינוען וביצוע בדיקות מעבדה, בראשית המשבר לא הונחו קופות החולים להיערך למתן טיפולים ייעודיים בקהילה. יתרה מזו, ב-18 במרץ שלח משרד הבריאות לקופות החולים מסמך ייעודי שבו הובהר להן כי עליהן להמשיך בפעילותן הרגילה, למעט פעילות במכונים, אם כי יש להעדיף במידת האפשר מתן שירותים מרחוק. צוין במפורש כי מעבדות הקופות ימשיכו לפעול כרגיל, ולא הייתה הנחיה להיערכות של המעבדות לבדיקות קורונה. תחת זאת הופעל מד"א, שיש לו ניסיון רב כשירות חירום, אבל חסרים לו הניסיון והציוד הדרושים ללקיחת ושינוע דגימות, ואין לו תשתיות טכניות או מערכות מחשוב לזיהוי ולמעקב אחר הדגימות. כל זאת אף על פי שהן בתוכנית שגיבש משרד הבריאות ב-2005 להיערכות מערכת הבריאות לקראת התפרצות מגפה של שפעת, והן במסמך היערכות מערכת הבריאות מ-2007 נכללו עקרונות להיערכות הקהילה לטיפול בחולים באמצעות קופות החולים ועקרונות המכוונים למתן טיפול זה.

הידע על אבחון המחלה החדשה והטיפול בחולים בה התפתח בתוך כדי הגל הראשון. סמוך לפרוץ המגפה בישראל העלה משרד הבריאות אתר אינטרנט ייעודי לעדכון הצוותים הרפואיים. האתר, על שפע התכנים ואלפי העמודים שהתווספו לו בתקופה הקצרה, מעיד על חוסר המידע (כמובן, בהתחשב בנסיבות), העומס הרגולטורי והבלבול ששררו במערכת

בימי הגל הראשון. נושא בדיקות המעבדה הוא דוגמה לחוסר הידע (המובן בשל מורכבות ההתמודדות עם תחלואה חדשה); בשילוב מגבלות אחרות כגון ריכוזיות וחוסר אמון בין הגורמים השונים הוביל הדבר לכך שלא הייתה תקינה, לא היו הנחיות עקביות ולא היה תהליך הסמכה למעבדות. בראשית התהליך הוכשרה בארץ רק מעבדה אחת לביצוע בדיקות הקורונה. מסיבות אובייקטיביות של מחסור בציוד ובידע, וגם מסיבות סובייקטיביות שונות, לא הוכשרו בעוד מועד מעבדות נוספות. רק ב-22 ביוני 2020, יותר מארבעה חודשים לאחר פרוץ המשבר, נערך בפעם הראשונה יום עיון מערכתי פתוח בנושא הבדיקות.

אתגרי כוח האדם הנחוץ לטיפול ולתפעול היו גם הם ידועים מראש. הנהלים ותרחישי הייחוס הקיימים והמפורטים במסמכים מעריכים היעדרות של בין 25% (במסמכי מערכת הביטחון) ל-35% (במסמכי מערכת הבריאות) מעובדי מערכת הבריאות בעת חירום, ומציעים להשלים את כוח האדם במתנדבים ובחיילים. לא מצוין מי אחראי על הכשרת והפעלת כוח תומך זה, לא הוקצו לכך תקציבים, וממילא גם לא התקיימו הכשרות בפועל ולא מופו מקורות כוח האדם להכשרתו, אם וכאשר תבוצע.

האתגרים של תפעול המעבדות והשפעתם על מספר הבדיקות כבר הוזכרו, אולם הם קשורים גם לנדבך נוסף של ההתמודדות עם המגפה – התחקירים האפידמיולוגיים, שהם כלי קריטי לניהול מגפה ולקטיעת שרשראות ההדבקה במהירות על ידי בידוד נשאים פוטנציאליים. כדי לעשות זאת יש צורך באבחון החולים – על ידי בדיקות מעבדה ובתחקירים אפידמיולוגיים, על ידי ראיונות ממושכים ואמצעים טכנולוגיים שממפים את מהלכיו ומפגשיו של החולה. תפקיד זה מוטל בימי שגרה על לשכות הבריאות המחוזיות, המונות כעשרה עובדים רלוונטיים. בגלל מחסור רב שנים בכוח אדם בלשכות הבריאות לא הוכשר כוח אדם לשעת חירום ולא הוכנו אמצעים טכנולוגיים מתאימים.

פינוי חולים מבתי החולים והמשך הטיפול בקהילה מוגדרים בנוהל תהליך ברור, הכולל עירוב של לשכת הבריאות המחוזית ליצירת רצף טיפולי וכן הפעלת מוקד של כל אחת מקופות החולים ולשכת הבריאות בבתי החולים לצורך מעקב וניהול המעברים הללו. בית החולים אמור למנות אחות מרכז פינוי שתנהל את התהליך. בפועל לא הועבר מידע לקופות החולים, הן בגלל מגבלות תשתית והן מסיבות נוספות, ולעיתים קרובות לא נשמר רצף טיפולי.

התקשורת עם הציבור. על פי הנהלים, האחראי על מסירת המידע לציבור הוא גורם רפואי מוסמך במשרד הבריאות. בפועל, בראשית המשבר הועבר רוב המידע לציבור בשתי דרכים עיקריות: מסר לציבור שהועבר כמעט מדי ערב מפיו של ראש הממשלה, ואתר האינטרנט של משרד הבריאות. מקור נוסף היו כמובן ערוצי החדשות השונים, שהמידע בהם לא תמיד מוסמך. תחומים מובהקים הקשורים לניהול המשבר, כמו למשל תחום ההסברה, לא אוישו באנשי מקצוע, ולא הופעלו מוטות קיימים כמו דובר צה"ל או מערך ההסברה של פיקוד העורף.

הפצת המידע באופן מותאם תרבותית ובשפות שאינן עברית לקתה בחסר, אם בגלל מגבלות השפה והמדיים (המסרים הועברו בעברית, בקצב מהיר יחסית ובערוצים שלא כולם צופים בהם) ואם בגלל הרמה הנמוכה של האוריינות הטכנולוגית בקרב חלק מהציבור. דווקא האוכלוסיות החשופות יותר לסיכון (חרדים, קשישים, חלק מדוברי הערבית) לא היו חשופות למסרים רלוונטיים. פורטל החירום הלאומי שהופעל על ידי פיקוד העורף, בעברית ובערבית בלבד, כולל גם מידע בשפת הסימנים והנחיות למטפלים באוטיסטים וכן הנחיות רבות לציבור הדתי. עם זאת לא הופעלו המגשרים התרבותיים שמסייעים בקופות החולים, לא אל מול אותן אוכלוסיות שחשיפתן לסיכון גבוהה ולא לאוכלוסיות אחרות. קופות החולים, שממילא עוסקות כבדרך שגרה (גם) בשיווק ובהעברת מסרים למגוון קהלי יעד, זיהו את הפער הזה מהר מאוד, וכבר בתחילת אפריל החלו להפיץ מסרים יזומים לאוכלוסיות שונות באופן מותאם תרבותית.

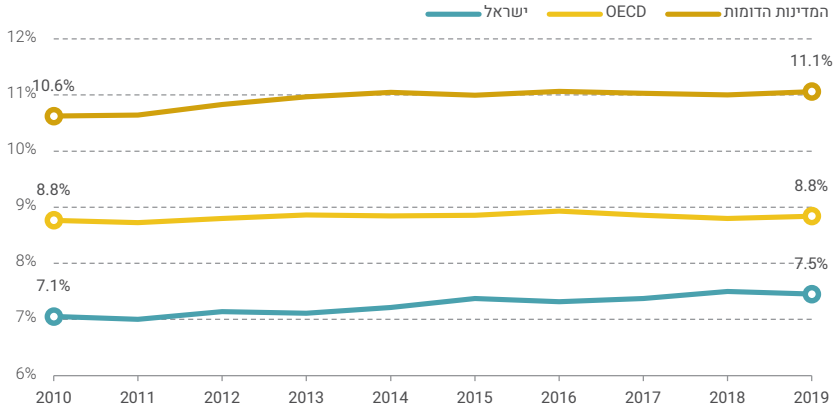
מערכת הבריאות ותוספת המשאבים להתמודדות עם נגיף הקורונה

מקורות מוגבלים: הוצאה לאומית וציבורית

בהמשך למצב הדברים בשנים קודמות (צ'רניחובסקי, 2020), גם ערב משבר הקורונה הייתה ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל נמוכה בהשוואה לעולם המפותח, ועמדה בשנת 2019 על כ-7.5% מהתמ"ג (תרשים 7). למרות עלייה קלה מ-7.1% ל-7.5% בשנות העשור האחרון, מצבה של ישראל רחוק ממצבן של מדינות ה-OECD, שבהן עומדת ההוצאה הלאומית על 8.8% בממוצע. הפער גדול עוד יותר ומתרחב בהשוואה למצבן של המדינות הדומות לישראל מבחינת מבנה מערכת הבריאות,¹⁶ שבהן עמדה ההוצאה הלאומית על בריאות לשנת 2019 על כ-11%, לאחר עלייה של כ-0.5 נקודות אחוז במשך העשור האחרון. אמנם הפער מצטמצם כשמביאים בחשבון את ההרכב הגילי הצעיר יחסית בארץ, אך הוא עודנו קיים.

16 מדינות שיש בהן מודל של תחרות מנוהלת בין קופות חולים וגופים דומים (בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ).

תרשים 7. הוצאה על בריאות כאחוז מהתמ"ג

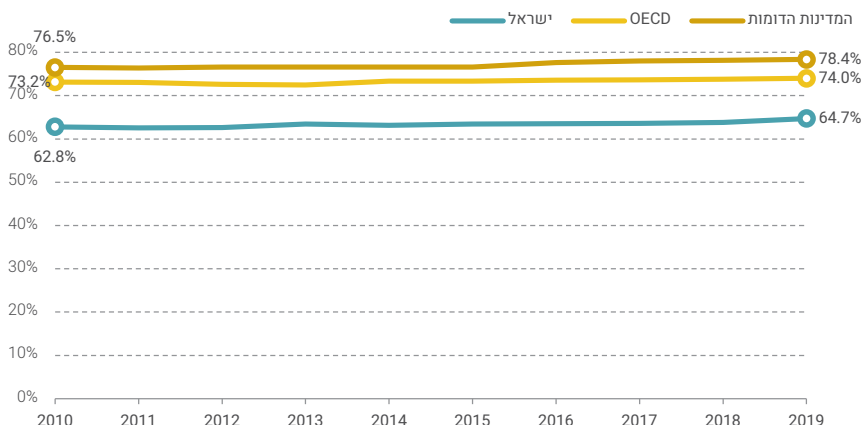


מקור: צ'רניחובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: OECD.Stat

חלקה של ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל ממשיך להיות קטן יחסית אף הוא (תרשים 8), למרות עלייה של כ-2 נקודות אחוז בעשור האחרון. רק כ-64.7% מההוצאה על בריאות בישראל מקורה במימון ציבורי, בהשוואה לכ-74% במדינות ה-OECD ולכ-78.4% במדינות הדומות (2019). בהשוואה למדינות הדומות מצבה של ישראל לא השתנה, שכן הייתה בהן עלייה דומה.

ראוי לציין כי ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל מורכבת בין השאר מביטוחים משלימים של קופות החולים ומביטוחי בריאות פרטיים, כאשר חלקם של האחרונים מתוך סך ההוצאה הפרטית עולה עם השנים באופן עקבי וגורר מערכת תמריצים מעוותת בהיבטים של שוויוניות ויעילות (צ'רניחובסקי, 2020). על פני הדברים נראה כי אם הייתה למערכת הבריאות הפרטית תרומה כלשהי למלחמה בנגיף, מדובר בתרומה מזערית בלבד.

תרשים 8. חלקה של ההוצאה הציבורית מהוצאות הבריאות

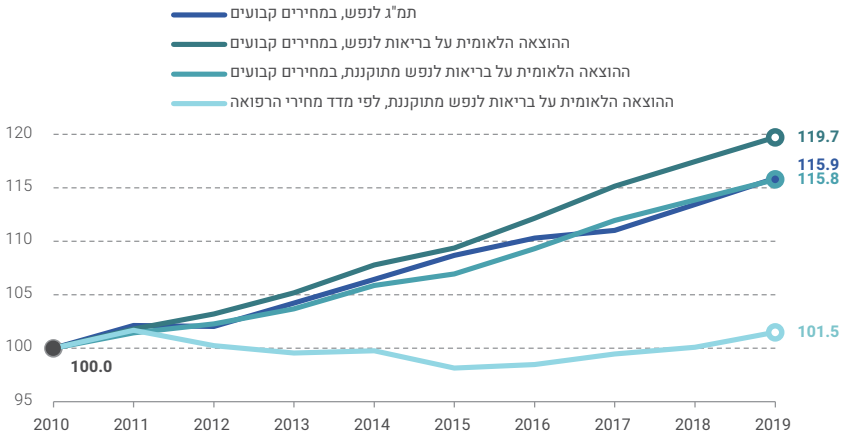


מקור: צ'רניחובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: OECD.Stat

כאמור, שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות מתוך התוצר נמצא בשנים האחרונות במגמת עלייה. משמעות הדבר היא שקצב העלייה בהוצאה על שירותי בריאות בישראל גבוה מעט מקצב הצמיחה של התוצר. אף על פי כן, התפוקה ה"ריאלית" של אותה הוצאה אינו עולה בהכרח באותו הקצב (תרשים 9). בהתאמה לשינויים הדמוגרפיים של הזדקנות האוכלוסייה, מאז שנת 2010 עלתה ההוצאה הלאומית לנפש מתוקנת בקצב דומה לקצב העלייה של התוצר לנפש. אם מביאים בחשבון גם את השינויים במחיר של שירותים רפואיים באותן שנים (מדד מחירי הרפואה), מתברר שקצב העלייה של ההוצאה הלאומית על בריאות נמוך במידה ניכרת מקצב הגידול של התוצר לנפש. במילים אחרות – בשקלול השינויים בדמוגרפיה ובמחירי הרפואה, ההוצאה על בריאות במונחים ריאליים עלתה בכ- 1.5% מאז 2010.

תרשים 9. אינדקס ההוצאה על בריאות לנפש בישראל עם התאמות לשינוי דמוגרפי ולעליית מחירי הרפואה

שנת 2010 = 100



מקור: צ'רניובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס; משרד הבריאות

אכן, מצב הדברים מתבטא בחוסרים במקורות ריאליים במערכת, ואלה ניכרים במערכת שירותי רפואה מוחלשת הן באשפוז הן בקהילה.

מערכת האשפוז הכללי בישראל

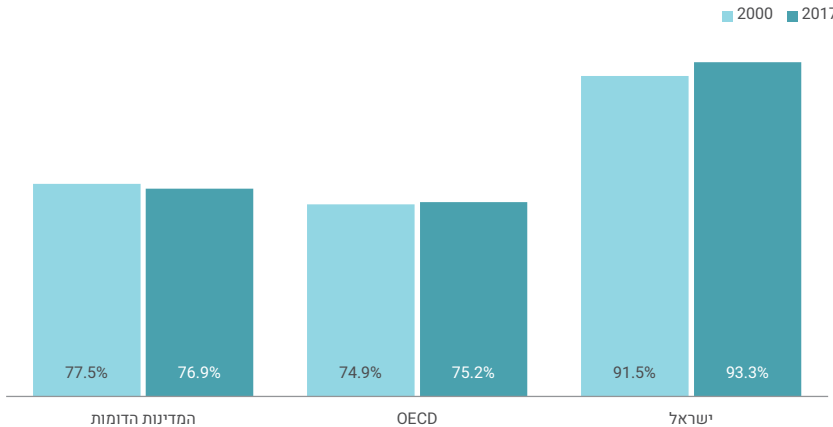
מערכת האשפוז הכללי עדיין מתאפיינת במספר מועט של מיטות לנפש ובמשך אשפוז קצר יחסית. זה היה המצב גם ערב המשבר, והדבר תרם במידה רבה לאווירת ההיסטריה, לפחות בסגר הראשון. מספר המיטות לאשפוז כללי בישראל עומד על 2.2 מיטות ל-1,000 נפש, בהשוואה ל-3.6 מיטות בממוצע במדינות ה-OECD ול-4.1 מיטות בממוצע במדינות הדומות (2018).¹⁷ בשקלול ההרכב הגילי הצעיר בישראל עומד מספר המיטות על 2.5 ל-1,000 נפש, אמנם גבוה קצת יותר אך עדיין נמוך במידה ניכרת ממספר המיטות הממוצע בשאר העולם המפותח.

מספר המיטות הנמוך ל-1,000 נפש מביא לידי תפוסה גבוהה של מיטות – בשנת 2017 הייתה בישראל תפוסה ממוצעת של 93% ממיטות האשפוז, לעומת תפוסה של 75% ב-OECD ושל 77% במדינות הדומות, ובעקבות זאת הייתה גם תחלופה מהירה של חולים בכל מיטה (תרשים 10). מכאן שמשך האשפוז בישראל קצר בהשוואה לעולם המפותח.

17 ממוצע ה-OECD מתייחס למדינות הארגון שעבורן יש נתונים. הנתון לגרמניה וארצות הברית הוא לגבי שנת 2017.

משך האשפוז בישראל עומד על ממוצע של כ-5 ימים למטופל, ואילו במדינות ה-OECD משך האשפוז הממוצע למטופל עומד על כ-6.5, ובמדינות הדומות על 6.3 ימים (נתוני 2017-2018).

תרשים 10. שיעור התפוסה של מיטות אשפוז כללי



מקור: צ'רניחובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: OECD.Stat

מכל האמור לעיל עולה שמערכת האשפוז הכללי בישראל נתונה בעומס תמידי אשר עלול לעלות לאזרחי ישראל בבריאותם. עומס זה עלול לגרום לסיכונים בריאותיים כגון זיהומים; לירידה באיכות הטיפול בשל הצורך לשחרר מטופלים בהקדם האפשרי על מנת לפנות מיטות; ולחוסר מוכנות למצבי חירום ביטחוניים או רפואיים, שכן במצב זה אין לבתי החולים מרווח ביטחון שמאפשר להם לקלוט מטופלים מעבר לצורכי האשפוז שבשגרה.

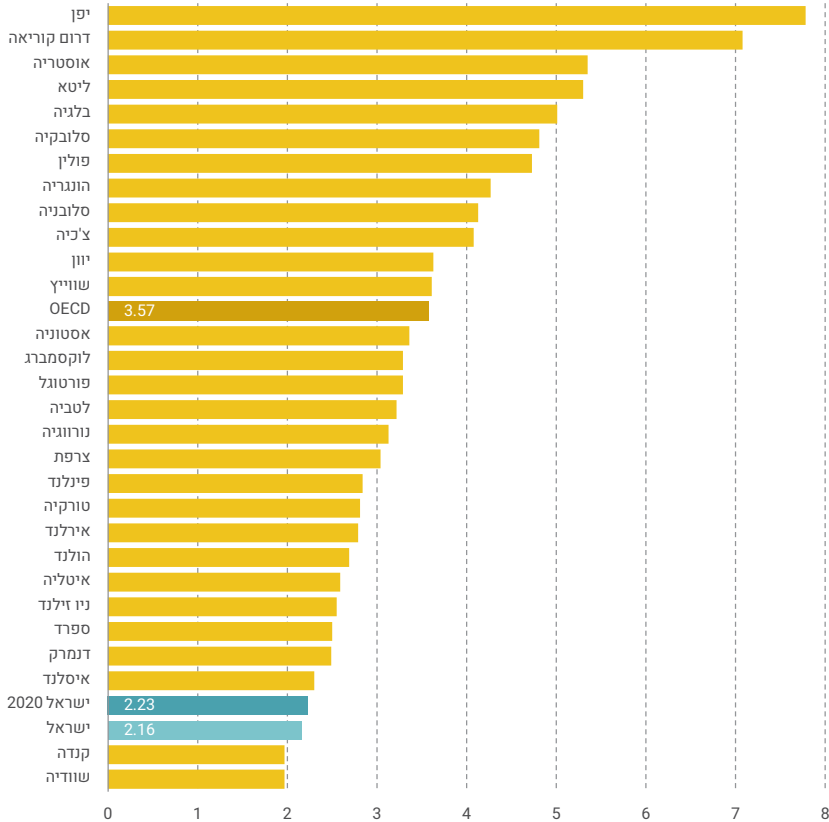
הרפואה בקהילה

מצבה של מערכת האשפוז מבחינת עומס ביחס למקורות המימון מייצג במידה רבה את מצבה של הרפואה בקהילה במשחק האפס שבין שתי המערכות. צ'רניחובסקי וכפיר (2019א; 2019ב) דנים בהרחבה בנושא. מעבר למחסור הכללי במקורות, שיטת התשלום עבור אשפוז (מנגנון ה-CAP) מעודדת העדפת אשפוז על פני טיפול בקהילה. אפשר שחולשתה של הרפואה בקהילה באה לידי ביטוי, לפחות בתחילת המאבק בקורונה, בהתעלמות ממנה, כפי שמתואר לעיל, מחמת מה שנראה בדיעבד כ"עיסוק יתר" במצוקת מערכת האשפוז, בריכוזיות משרד הבריאות ובחקיקה לא מספקת.

תוספת משאבים למערכת עקב משבר הקורונה

עם הופעת נגיף הקורונה נדרשו הממשלה ומערכת הבריאות להשקיע משאבים נוספים לצורך הגנה על המערכת ושיפור תפקודה. לנושא הוקצו כ-17 מיליארד ש"ח. אם מתעלמים מההשקעה במכונות הנשמה, במיגון ובתרופות מיוחדות, רק כ-4 מיליארד הוקצו ישירות למערכת הבריאות. כשליש מסכום זה נועד להתערבות בקהילה, לרבות לרכישת חיסונים נגד שפעת. מתוך כל התוספת התקציבית שנועדה להתמודדות עם הנגיף, ההערכה היא שכ-2.7 מיליארד ש"ח הושקעו בכוח אדם, בתשתיות ובטכנולוגיה אשר יוכלו להוות תוספת למערכת הבריאות בשגרה – אם תבחר הממשלה להשאיר את התקציב במערכת. כך, למשל, על מנת להתמודד עם התחלואה הצפויה מהנגיף וכדי להיערך לממדי תחלואה גדולים מהמוכר נוספו למערכת האשפוז כ-3,200 מיטות, תוספת של כ-16% על המספר הקיים של מיטות לאשפוז כללי. מתוך תוספת המיטות, כ-1,000 הן מיטות תקניות, וכ-2,200 הן מיטות זמניות, שממוקמות בחניונים ובמרחבים מוגנים, אזורים שאינם תקינים להצבת מיטות בשגרה. בהנחה שהמדינה תחליט להותיר בבתי החולים את המיטות התקניות שנוספו גם כשימצא חיסון לנגיף, יוכלו אותן מיטות להיות תגבור ראוי למערכת האשפוז, שנמצאת כאמור במחסור גדול במיטות. אף שאותן 1,000 מיטות יהיו תוספת מבורכת, השפעתן על מצבה ההשוואתי של ישראל ביחס מיטות/תושבים אינה גדולה. בהנחה שאותן 1,000 מיטות הן התוספת היחידה במיטות לשנת 2020, ובהנחה שגם השנה גדלה אוכלוסיית ישראל בשיעור של 1.9% בקירוב, מספר המיטות ל-1,000 נפש בישראל יעמוד נכון לשנת 2020 על כ-2.23, לעומת כ-2.16 בשנת 2019 (תרשים 11). אמנם מדובר בעלייה של 0.07 מיטות ל-1,000 נפש, אך גם עם עלייה שכזו ימשיך המספר של מיטות לאשפוז כללי בישראל להיות נמוך בהשוואה בין-לאומית.

תרשים 11. מיטות ל-1,000 נפש, OECD, 2018

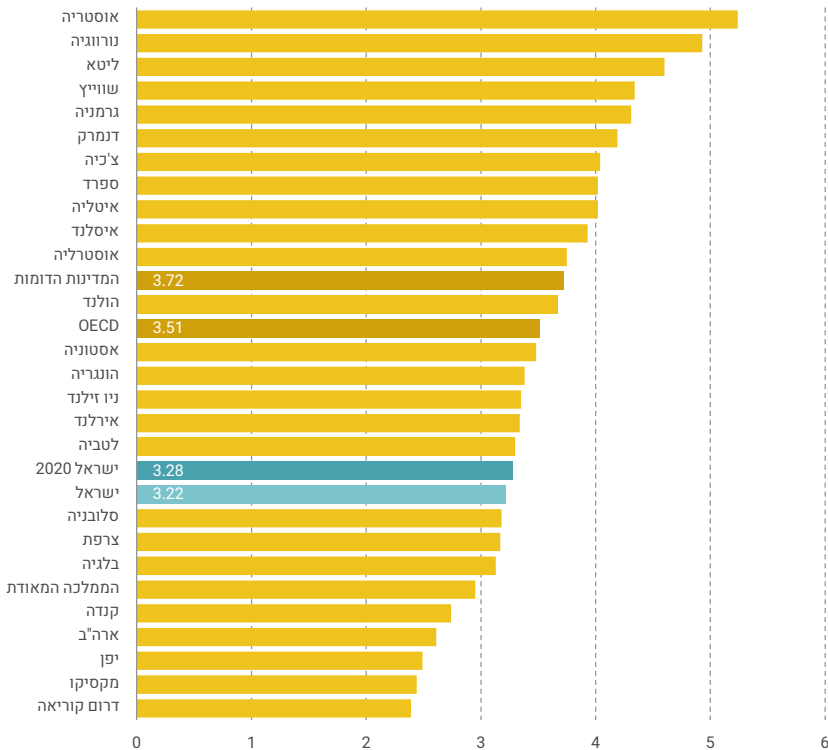


* עבור המדינות בלגיה, לוקסמבורג, ניו זילנד, דנמרק, איסלנד, ישראל וקנדה הנתונים הם לשנת 2019. מקור: צ'ריחובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: OECD; הלמ"ס; הבנק העולמי

באופן דומה תוגברה מערכת הבריאות גם בכ-500 תקנים של רופאים. אם תקנים אלה יאוישו הם יתווספו לכ-29,600 רופאים שהועסקו בענף הבריאות בישראל בשנת 2019, כלומר תוספת של כ-1.7%. אם התקנים הללו יוגדרו תקנים קבועים, ולא תקנים זמניים לתקופת ההתמודדות עם הנגיף בלבד, הם יוכלו לסייע לפתרון הבעיה הקבועה של מחסור ברופאים במדינת ישראל. לאורך חמש השנים 2014–2018 גדל בממוצע מספר הרופאים בכ-980 רופאים חדשים בשנה. בהנחה שב-2020 צפוי מספר הרופאים לגדול באופן דומה, תוספת של 500 תקנים מעבר לעלייה הרגילה ואיושם יביאו את מספר הרופאים בישראל

ל-30,575 בסוף שנת 2020, ואת מספר הרופאים הפעילים ל-1,000 נפש ל-3.28 לעומת 3.22 ב-2018 (תרשים 12). למרות מגמת העלייה הקלה, עדיין מדובר במספר רופאים נמוך במידה ניכרת מן הממוצע של 3.51 רופאים ל-1,000 נפש במדינות ה-OECD, ומן הממוצע במדינות הדומות – 3.72 רופאים ל-1,000 נפש.

תרשים 12. רופאים ל-1,000 נפש, OECD, 2018



* עבור המדינות נורווגיה, איטליה, איסלנד, אירלנד, בריטניה וקנדה הנתונים הם לשנת 2019. מקור: צ'ריחובסקי ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: OECD; הלמ"ס; הבנק העולמי

במילים אחרות, למרות הלחצים על המערכת, וגם בהנחה שהתקנים שהוספו לא יבוטלו, בהשפעה הפוטנציאלית של המאבק בקורונה על תקני רופאים ומיטות אין די, לפחות לא בהשוואה בין-לאומית.

סיכום

לפחות עד כה מערכת הבריאות הישראלית מתמודדת עם נגיף הקורונה בהצלחה יחסית למדינות אחרות ב-OECD. ואולם בהתחשב באוכלוסייה הקטנה, הצעירה, הסולידרית ככלל, שחיה ברמת חיים גבוהה יחסית בשטח קטן ומסוגר אולי היה אפשר לצפות לביצועים טובים יותר.

בדיעבד, הסגר הראשון היה סיפור הצלחה גם מבחינת התמותה וגם מבחינת כדאיות ההשקעה הכלכלית במניעת מה שנתפס בזמנו כחזון אפוקליפטי של תמותה נוסח איטליה בתחילת 2020. ההפסד הכלכלי שנבע מהסגר – כ-2.1% מהתוצר, בהנחה שהסגר אחראי לכל ההפסד של תוצר באותה תקופה – היה קטן לאין שיעור מהערך הכלכלי של שנות החיים האבודות בפוטנציה לפי הערכות התמותה באותה העת ולפי הערכת שנת חיים, בחישוב לפי החלטות ועדת סל הבריאות, ב-340,000 ש"ח.

נראה שההידרדרות בניהול המשבר החלה עם תהליך הלמידה של האוכלוסייה על מהות המשבר, לפחות בהשוואה לתחזית המקורית, בעוד המדינה לא למדה לנהל אותו. האוכלוסייה החלה להפנים שהשד אינו נורא כל כך במונחי תמותה, אבל "נורא" מבחינה חברתית-כלכלית. התעוררו מתחים אשר ניתנים לאפיון כלכלי, גם אם זהו אפיון צר שמתעלם ממתחים אחרים. מבחינת אי הציות להוראות, התנהגו חלק מהיהודים החרדים והערבים בהתאם לסיכון הנמוך שלהם – בהשוואה לאוכלוסייה היהודית הלא-חרדית – להתאשפז ולמות בגלל הקורונה. זאת ועוד, ככל שהתארך המשבר התברר לציבור כי בניגוד לימים כתיקונם, שבהם יש סבסוד מקובל בין קבוצות גיל ברוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הסבסוד בין קבוצות הגיל לעניין נגיף הקורונה מעמיס נטל כבד במיוחד על האוכלוסייה העובדת ואף על הדורות הבאים לצורך מימון הטיפול בחולי קורונה, בעיקר קשישים. הדבר יוצר מתח בין-דורי אשר עולה בקנה אחד עם ה"מרי" כנגד הנחיות המדינה להתמודדות עם המשבר. החברה גם למדה שהטלת סגר גובה מחיר גבוה יחסית במונחי "תשלום עבור חיי אדם" – פי 6 יותר מהמקובל באמות המידה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

נראה שדווקא המדינה לא הפנימה במדיניותה את אופן ניהול המשבר. ברקע הדברים עומדת חקיקה מאתגרת שלא תוקנה כראוי. קיים מתח בין חוק ביטוח בריאות ממלכתי לבין פקודת בריאות העם על תיקוניה. החוק, למשל, רואה בקופות החולים את השדרה הביצועית של המערכת, ואילו הפקודה רואה בתפקיד זה את המועצות המקומיות, שאין להן תשתית רפואית. העברת הטיפול במשבר ממשד הבריאות למשרד הביטחון מקשה את ניהולה של מדיניות מתכללת.

כך או כך, משרד הבריאות – עקב נטייה לריכוזיות ובשל עירוב תחומים של רגולציה וביצוע – התעלם בתחילה גם מאלה וגם מאלה והתמקד בהגנה מפני קריסתה של מערכת האשפוז, שגם בימים כתיקונם הוא מנהל אותה יתר על המידה. גם אם אולי הייתה הצדקה

להגנה זו בתחילה, לנוכח החזון האפוקליפטי ומצב אי הספיקה של מערכת האשפוז ערב המשבר בשל תפוסה של כמעט 100%, לא הייתה הצדקה לכך בהמשך. למעשה משרד הבריאות לא חדל להתייחס לחזון האפוקליפטי אף על פי שלדברי מנהלי קופות החולים, שלפחות בתחילת המשבר הודרו מן הטיפול ממנו, 96% מחולי הקורונה מטופלים כיום בקהילה, ורק מעטים יחסית מגיעים לאשפוז בבתי החולים.

אפשר שהמציאות שנוצרה הייתה תגובת יתר גם לחקיקה הבלתי מספקת וגם לריכוזיות המורכבת של משרד הבריאות (לפחות בנושא המעבדות למשל). נוצרה מציאות שאינה מעוגנת בחקיקה מקיפה ושלמה. לא הוכרז על מצב של "משק לשעת חירום", אשר היה מאפשר הפעלת פעילות לאומית מוסדרת יותר בנושא. רח"ל, רשות החירום הלאומית, אשר הייתה אמורה על פי חוק לנהל את המשבר כחלק מפיקוד העורף, כמעט לא הופעלה כלל. לעומת זאת הועבר ניהול המשבר למטה לביטחון לאומי, שאין לו כל מעמד חוקי בניהול משבר מעין זה, וגם לפרויקטור שהופקד על המאבק בקורונה אין מעמד כזה.

לפי שעה גם אין תקווה גדולה שהמשבר ינוצל לטובת שינויי חקיקה ולהוספת מקורות מימון לטווח הארוך למערכת הבריאות. אחרי תוספת ההקצאה של מיטות האשפוז – אם תישאר לאורך זמן – בשנת 2020 יעמוד מספר המיטות ל-1,000 נפש בישראל על כ-2.23, לעומת כ-2.16 בשנת 2019. אמנם מדובר בעלייה של 0.7 מיטות ל-1,000 נפש, אך גם אחרי עלייה זו מספר המיטות לאשפוז כללי בישראל עדיין יהיה נמוך בהשוואה בין-לאומית. אשר לכוח אדם, תוספת ואיוש של 500 תקני רופאים מעבר לעלייה הרגילה במספרם תביא את מספר הרופאים בישראל בסוף שנת 2020 לכ-30,575, ואת מספר הרופאים הפעילים ל-1,000 נפש ל-3.28, לעומת 3.22 ב-2018. עלייה זו מחזקת מגמה חיובית שחלה ב-2017 – המתוארת בפרק של טור-סיני ושות' (2020) – אבל עדיין מדובר במספר רופאים נמוך בהשוואה לממוצע במדינות ה-OECD רופאים (3.51 ל-1,000 נפש). הטיפול במשבר הקורונה עד כה, אשר ניסינו לתארו באופן מקיף בסקירה זו, מחייב תהליך עמוק של הפקת לקחים כדי להכין את מערכת הבריאות למשבר הבא, למנוע את הפאניקה מפני קריסת המערכת, ולקדם חקיקה והוראות מסודרות לניהול משברים.

מקורות

- אקשטיין, צ', בנטל, ב' וסומקין, ס' (2020). [תחלואה, תוצר ותעסוקה ברבעון השני בישראל](#) [ובעולם](#). פתח תקווה וירושלים: מכון אהרן למדיניות כלכלית ומרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- הכנסת (2020). [הוועדה המיוחדת בעניין ההתמודדות עם נגיף הקורונה: מסקנות ביניים](#). ירושלים: הכנסת.
- וינרב, א' (2021). [עודף תמותה בישראל בשנת 2020](#). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. בהכנה.
- מבקר המדינה (2020). [טיפול מערכת הבריאות במחלות מתפרצות ומתחדשות](#). בתוך דוח מבקר המדינה 70א, (עמ' 515–592). ירושלים: משרד מבקר המדינה.
- משרד הבריאות (2007). [תוכנית מוכנות מערכת הבריאות לשפעת פנדמית](#). ירושלים: משרד הבריאות.
- צ'רניחובסקי, ד', ובנטל, ב' (2020). [המלחמה בקורונה ומימונה במבחן סל הבריאות הממלכתי](#). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, ד', וכפיר, ר' (2019א). [מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב](#). בתוך א' וייס (עורך), [דוח מצב המדינה: חברה כלכלה ומדיניות 2019](#) (עמ' 341–376). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, ד', וכפיר, ר' (2019ב). [מערכת האשפוז הכללי בישראל: מחזון של ביזור למציאות של ריכוזיות ואובדן שליטה](#). בתוך א' וייס (עורך), [דוח מצב המדינה: חברה כלכלה ומדיניות 2019](#) (עמ' 377–400). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שמואלי, ע', וניסן-אנגלצ'ין, א' (2008). [אמדן ראשוני של ערך חיי אדם בישראל והשלכותיו לגבי עדכון סל השירותים של ביטוח הבריאות הממלכתי](#). [הרבעון לכלכלה](#) 55(4), 467–487.
- Buonanno, P., Galletta, S., & Puca, M. (2020). Estimating the severity of COVID-19: Evidence from the Italian epicenter. *PLoS ONE*, 15(10): e0239569.
- Centers for Disease and Prevention. (2020). [Coronavirus Disease 2019; Cases, Data and Surveillance; Covid-19 hospitalization and death by age](#).
- French, E. B., McCauley, J., Aragon, M., Bakx, P., Chalkley, M., Chen, S. H., ... Kelly, E. (2017). [End-of-life medical spending in last twelve months of life is lower than previously reported](#). *Health Affairs*, 36(7), 1211–1217.
- Scitovsky, A. A. (1984). "The high cost of dying": What do the data show? *The Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 62(4), 591–608.
- Shmueli, A. (2009). [Economic evaluation of the decisions of the Israeli public committee for updating the national list of health services in 2006/2007](#). *Value in Health*, 12(2), 202–206.
- WHO (2005). [WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning](#). Geneva: World Health Organization.