



**הכנסת**

# **הוועדה המיוחדת בעניין ההתמודדות עם נגיף הקורונה**

## **מסקנות ביניים**

**7 באפריל 2020**

## מבוא

ב-24.3.2020 הקימה הכנסת ועדה מיוחדת להתמודדות עם נגיף הקורונה (להלן "הוועדה"). זאת בהעדר ועדות קבועות לכנסת החדשה, ומתוך הכרה שמשבר עמוק ורב-ממדי כמו זה שאנו מצויים בעיצומו מחייב הסתכלות רחב גם מצד הכנסת. ליו"ר הוועדה נבחר ח"כ עפר שלח.

עד ערב הפסח קיימה הוועדה 15 ישיבות, בסדר זמנים צפוף. הופיעו בפניה לא פחות מ-126 אנשים, 53 מהם מטעם גופי הממשלה (חלקם יותר מפעם אחת). בדיונים אלה נפרשה בפנינו תמונה רחבה של ההתמודדות עם המשבר, ונצבר ידע רב שחלקו הגדול לא היה גלוי קודם לכנסת או לציבור. בנוסף, הוגשו לוועדה עשרות מסמכי עמדה של גופים שונים, והגיעו אליה מאות פניות מהציבור וסקטורים שונים, וכן מסמכים שהוכנו במיוחד ע"י מחלקת המחקר והמידע של הכנסת (ממ"מ)..

בלוח הזמנים הפוליטי המתגבש, ספק אם הוועדה תמשיך בעבודתה במתכונת זו זמן רב לאחר הפסח, אז יוקמו קרוב לוודאי הוועדות הקבועות לכנסת ה-23. זהו מועד קריטי גם בהתמודדות הלאומית עם המשבר: ברי לכל כי בתום ימי החג יצטרכו להתקבל החלטות קריטיות באשר להמשך המדיניות בתחומי הבריאות והכלכלה.

לפיכך מצאנו לנכון להניח בפני גורמי ההחלטה והציבור את מסקנותינו ממה שנפרש בפנינו ואת המלצותינו להמשך. אנו רואים בכך מימוש של חובת הפיקוח של הכנסת, ושל האחריות שלנו כשליחי ציבור.

הוועדה תמשיך בדיוניה ככל שתוסיף להתקיים, ותעקוב אחרי מימוש החלטות הממשלה והעלאת נושאים קריטיים לציבור.

## הצורך בשינוי מדיניות לאחר תום ימי הפסח

בראשית הדברים הוועדה מבקשת להביע את הערכה לכל העושים במלאכה, שנקלעו למשבר חסר תקדים ועושים לילות כימים, באמונה ובמסירות, כדי להתמודד איתו: ראש הממשלה והשרים, אנשי משרד הבריאות, משרד הביטחון ומשרדים אחרים, המטה לביטחון לאומי וגופי ממשל אחרים. במיוחד שמורה התודה וההוקרה לצוותים הרפואיים, חיילי החלוץ של המערכה, ולמטפלים באוכלוסיות הסיכון, כולל חיילי צה"ל והשוטרים. הביקורת שתובע במסמך זה אין בה כדי להמעיט מהערכה זו; היא תפקידנו כחברי כנסת, וחובתנו כדי להשפיע על המאבק המשותף אל מול המשבר ולנוכח סכנות עתידיות.

**אנו נמצאים בנקודה קריטית במערכה.** עם התגברותו של משבר הקורונה העולמי הקדימה ישראל לנקוט צעדים לסגירה, תחילה חלקית ואחר כך הרמטית, של גבולותיה, ואחר כך להטיל מגבלות על האוכלוסייה. **לוועדה אין ספק כי בהקשר זה טוב היה להקדים מאשר לאחר, וכי ההחלטות שהתקבלו סייעו לשמור את ישראל במקום מוביל בעולם ביחס כמות החולים, החולים הקשים והנפטרים לאוכלוסייה. ואולם בהעדר תפיסה כוללת, המשכה של גישת "מחיר הטעות", שתפורט בהמשך, עלול להביא להחלטות לא מאוזנות, שלא ישקללו כראוי את המחיר הכלכלי והחברתי שלהן.**

נציגי הממשלה השונים שהופיעו בפני הוועדה, ובראשם מנכ"ל משרד הבריאות משה ברסימנטוב וראש המל"ל מאיר בן-שבת, ציינו במפורש כי אין לישראל בשעה זו "אסטרטגיית יציאה", כלומר תפיסה כיצד יוצאים מן המשבר ומתי יתחילו הצעדים להקלת הסגר על האוכלוסייה ולהחזרת החיים הכלכליים והחברתיים בהדרגה למסלול סביר יותר, גם אם לא זהה לחיים שלפני הקורונה. מנכ"ל משרד הבריאות התבקש על ידי הוועדה להציג אסטרטגיה כזו לאחר חג הפסח;<sup>1</sup> נכון לעכשיו, קיים ספק אם תהיה בנמצא גם אז.

פרופ' איתמר גרוטו, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, אמר בישיבת הוועדה<sup>2</sup> כי ספק גדול אם אפשר יהיה לשנות את המדיניות מייד לאחר תום ימי הפסח. לדבריו יהיה צורך במספר ימים כדי לבחון את השפעת הפסח (על פי תפיסת הבדיקות הנוכחית, סביר להניח שמדובר במינימום של שבועיים לאחר הסדר), ורק אז יהיה אפשר לשקול מעבר למדיניות שונה, אם בכלל.

מנגד, לא מעט אפידימולוגים ומומחים שהעבירו מידע לוועדה מאוחדים בדעה, שצעדי הסגר הנוכחיים מיצו את עצמם. הם טוענים שמדד הייחוס צריך להיות כמות המפגשים היומית של אדם עם אדם אחר, היוצרת אפשרות פוטנציאלית להדבקה. כמות זו הורדה בישראל ממוצע של בין 10-5 מפגשים לאדם ליום ל-2, וצעדי סגר נוספים – או אפילו המשך אותה מדיניות לאורך זמן – ייצרו תועלת שולית בלבד בעצירת המחלה, לעומת הנזק הוודאי לכלכלה ולחברה.

**הוועדה מכבדת את דעתו המקצועית של פרופ' גרוטו ומעריכה את עבודתו המסורה בניהול המשבר. ואולם היא סבורה כי צרכי המשך והחברה מחייבים, מייד לאחר הפסח, שינויים במדיניות איסורי התנועה והעבודה. המשך המדיניות הנוכחית עלול להביא אותנו למצב שבו מספרי החולים**

הקשים והמתים ימשיכו להיות נמוכים ברמה עולמית, אבל הנזק לכלכלה ולחברה יהיה לאו בר-תיקון, ויוביל בטווח הארוך אפילו לאובדן חיי אדם.

הוועדה מאוחדת בדעה שלתפיסה של "השטחת העקומה", שנועדה למנוע מצב שבו לא נוכל לטפל בחולים קשים, יש מחיר בכך שהיא מאריכה מאוד את משך הזמן של ההגבלות הקשות. החנק הכלכלי, על השלכותיו החברתיות ואף הבריאותיות הנוכחיות והעתידיות, כבר הפך לאיום ממשי וגדול לא פחות מן המגיפה עצמה.

## הדוגמה הדרום קוריאנית

המודל העולמי המוצלח ביותר, ככל הנראה, ל"חיים בנוכחות קורונה" מיושם בדרום קוריאה. הקוריאנים, שהכינו פרוטוקולים להתמודדות עם מגיפה אחרי מגיפת הסארס, יסדו קבינט חירום למגיפות בראשות שר הבריאות ושר הביטחון. הם יישמו מדיניות בדיקות מרחיבה מייד עם התפרצות המחלה, והשתמשו באמצעים טכנולוגיים מתקדמים לחקירות אפידמיולוגיות.

כמו כן הושם דגש על הסברה ועל התנהגות הציבור (מסיכות, מניעת התקהלות). במקביל, ממשיכים חיי הכלכלה והחברה להתנהל כמעט כרגיל, תוך הקפדה על ריחוק ועידוד של עבודה מהבית. מאז השבוע הראשון של מרץ נמצאת עקומת החולים החדשים בדרום קוריאה בצניחה חדה, והכלכלה הדרום קוריאנית תסבול אמנם מהמיתון העולמי, אבל התחזיות צופות שתהיה אחת הכלכלות היחידות בעולם שיראו צמיחה חיובית ב-2020.

## קווי מתאר למדיניות עתידית

קיימות לא מעט הצעות להתנהלות עתידית, בתוך המערכת ומחוצה לה. חלקן מקוריות ושוות בחינה: אסטרטגיית "שחרור לסירוגין" של פרופ' אורי אלון; "שחרור לפי משמרות", שבהן יש מחזוריות של סגר ושחרור לאוכלוסייה כולה, או תפיסת "שחרור הצעירים" ליצירת "חסינות עדר" חלקית של פרופ' אמנון שעשוע.<sup>iii</sup> בחינה של אלו מהן שהגיעו לוועדה – לא בהכרח בדיונים, אלא במסמכים שהועברו ליו"ר הוועדה ולחבריה – מעלה כמה קווי מתאר משותפים.

הצעדים שיפורטו להלן יאפשרו, באופן מיידי ככל האפשר, שחרור מדורג ומבוקר של קבוצות אוכלוסייה בסיכון נמוך בחזרה למעגל העבודה וחיי החברה, תוך נקיטת אמצעים למניעת הדבקה המונית (ריחוק בתחבורה הציבורית ובמקומות העבודה, יצירת "איזורים ירוקים" ובדיקות חום תכופות, שימוש במסיכות וכפפות להגנה). הוועדה סבורה כי הצעדים הראשונים צריכים להינקט מיד לאחר תום ימי הפסח.

העלאה משמעותית של מספר הבדיקות ושל מטרות הבדיקה

את הבדיקות יש ליעד לא רק איתור חולים מאומתים אלא גם ליצירת בסיס מידע אמיתי על אופי המחלה בישראל. לצורך כך יש להכניס בדיקות סרולוגיות בצד העלאה משמעותית של מספר בדיקות ה-PCR. הוועדה שמעה מפרופ' גרוטו כי עוד לפני הפסח תוכל המערכת, לאחר שפתרה בעיות של מחסור במרכיבים שונים, להגדיל את מספר הבדיקות ל-10,000 ביום, ובתוך כמה שבועות אף לפי שניים מכך.<sup>iv</sup> הוועדה סבורה כי יש להשקיע מאמצים להגדיל עוד יותר את מספר היעד.

במקביל, יש להכניס בהקדם בדיקות סרולוגיות, שיאפשרו לא רק לדעת אם אדם חולה בעת הבדיקה אלא גם להגדיל משמעותית את המידע המופק מכל בדיקה ויכול לשמש להחלטות מדיניות בהמשך. התייחסות ספציפית לנושא זה תובא בפרק העוסק במערכת הבריאות.

בנוסף, הוועדה סבורה כי אין להגביל את הבדיקות לאנשים המגלים תסמיני מחלה, כפי שנוהגת המערכת עתה (למעט מספר קטן יחסית של בדיקות ניטור). **יש לבדוק באופן סדיר, במחזוריים של אחת לכמה ימים ותוך הקדשת אחוז מסויים וקבוע של הבדיקות לכך, את "אוכלוסיות המיקוד", שיפורטו להלן – וכן להשקיע במיגון שלהן ושל מי שבא איתן במגע.**

## **1. אוכלוסיות שבסיכון, ובראשן קשישים מעל גיל 65, אנשים עם מחלות רקע ובעלי מוגבלויות וצרכים מיוחדים**

בהמשך המסמך מפורטים חלק מהנתונים, המעידים על כך שההבדל בין קבוצת הסיכון הגילאית (בני 65 ומעלה) לבין שאר האוכלוסייה הם מהותיים בכל הנוגע לצורך בהנשמה ולסכנת מוות. זו אינה הקבוצה היחידה שנמצאת בסיכון מוגבר: כמוהם אנשים שיש להם מחלות רקע קשות, וכן בעלי מוגבלויות וצרכים מיוחדים. אוכלוסייה זו, הנמצאת בסכנה גדולה פי כמה וכמה לחלות קשה ואף למות, חייבת הגנה מוגברת – דבר שיאפשר גם לשחרר חלקים הולכים וגדלים של שאר הציבור חזרה לחיי עבודה וקהילה סבירים.

במסגרת שינוי המדיניות יש למקד מאמץ בקבוצות אלה: להגדיל מאוד את אחוז הבדיקות המופנה אליהן, כולל בדיקה של אנשים שאין להם תסמינים (ראו בהמשך); לשמר את מדיניות הבידוד לקשישים, תוך התייעצות עם מומחים בגרונטולוגיה ובריאות הנפש למיזעור הנזק שבבידוד עצמו; ולמגן אותן באופן שיאפשר מגע מוגבל עם קרובי משפחה ומטפלים.

## **2. צוותים רפואיים, ומערך הסיוע והטיפול באנשים שבבידוד ובאוכלוסיות שבסיכון**

המקרה של בית האבות "נופים" ומקרים נוספים מוכיחים, כי אנשי הצוות המסייע – או הצוות הרפואי בבית החולים – שהמגע שלהם עם העולם שבחוץ גדול בהרבה מזה של דיירי מעון או חולים, עלולים להיות גורם מדבק לרבים באוכלוסיות הסיכון. בנוסף, צוותים אלה הם חיל החלוץ של המאבק במגיפה; יש לשמור עליהם.

נתוני ההידבקות והבידוד בקרב צוותים רפואיים בישראל מגיעים לאלפים (פירוט בהמשך); במדינות שהקפידו על בדיקה, מיגון וכללי היגיינה של צוותים אלה, סינגפור למשל, כמעט שלא נדבקו אנשי צוות רפואי, נמנעה סכנת ההתפשטות ולא חסרו ידיים קריטיות למאבק.

## בידוד איזורי ולא כללי

מדיניות הבידוד הדיפרנציאלי צריכה לתפוס לא רק לגבי אוכלוסיות בסיכון, אלא גם לגבי מוקדי סיכון גיאוגרפיים, כדוגמת העיר בני ברק (פירוט בהמשך) וישובים אחרים, בהם יש התפרצויות חריגות של המחלה. בידוד יעיל של מוקדי המחלה יאפשר לשחרר מהר ככל האפשר מקומות שבהן הסכנה פחותה.

### הסתמכות על השלטון המקומי וחיזוקו

הוועדה התרשמה מהדיון עם ראשי רשויות,<sup>4</sup> כי רמת הבקיאיות, מערכי השליטה והאמינות בעיני התושבים של הרשויות המקומיות גבוהה בהרבה מזו של השלטון המרכזי. ראשי רשויות הוכיחו יכולת לסגור שכונות, להפעיל מערכי רווחה ולנקוט צעדים המתחייבים מן המצב יוצא הדופן במהירות וביעילות. המשמעות היא שככל שתחזק הרשות המקומית ויועברו אליה סמכויות ומידע, כן יצלח יותר הטיפול במשבר.

לצורך זה יש לחזק את הרשויות כלכלית, לשפות אותן על הנזקים שנגרמו להן כתוצאה מעצירת הפעילות הכלכלית (בדגש על פיצוי מלא מאובדן ארנונה), ולהעביר לידיהן מקסימום סמכויות לניהול חיי תושביהן. חיילי פיקוד העורף שיוכנסו לפעולה בתחומי היישובים צריכים להיות כפופים להנחיות הגורמים המוסמכים ברשות, למעט במקומות המעטים שבהן היתה קריסה של השלטון המקומי. יש לאפשר בשלב מאוחר יותר לרשויות גם לקבל החלטות על תנאי סגר ותנועה בתחום שיפוטן.

בהקשר זה יש לציין, כי למשטרה ניסיון רב בשיתוף פעולה עם רשויות בעיתות חירום, ואף פרוטוקולים מוסדרים של תפקידה בזמנים שכאלה. בצד ההסתייעות בצה"ל, יש להפעיל פרוטוקולים אלה ולהסתייע במשטרה לצרכי שליטה, פיקוד וביצוע.

סוגיית הדיווח על חולים בתחום הרשות כבר נפתרה, אבל התרשמנו שקיימת בעייה בטיפול בבעלי צרכים מיוחדים בתחום הרשות, שאינם מוכרים לה דרך קבע. יש להפעיל מיידית את נוהל "כספת נצורה", במסגרתו מועברים בשעת חירום פרטיהם של בעלי מוגבלויות שאינם מוכרים למחלקת הרווחה העירונית מהביטוח הלאומי לרשות המקומית.

תשומת לב מיוחדת יש להקדיש לטיפול בנושא העובדים הזרים בשכונות דרום ת"א, שאיבדו את פרנסתם ואין להם כל רשת של ביטחון סוציאלי. בנוסף, אי אפשר ליצור עבורם תנאי בידוד כמקובל עבור אזרחים ישראלים. על המדינה לסייע לעיריית ת"א-יפו בפיתרון בעיות אלה, לפני שקהילת העובדים הזרים תהפוך למוקד של תחלואה ובעיות חברתיות.

### החזרה הדרגתית אך מהירה של מערך החינוך המיוחד לתפקוד מירבי

מאות אלפי התלמידים בחינוך המיוחד נמצאים מאז תחילת המשבר במצוקה גדולה. מדובר באוכלוסייה שחלקה נמצא בסיכון בריאותי מוגבר, וסגירת המוסדות יצרה לחץ בלתי נסבל על משפחותיהם. הוועדה מקדמים בברכה את ההחלטה להחזיר כ-50 אלף מתוכם לשיגרה לאחר החג, וקוראים להגדיל את המספר עוד יותר, תוך הקפדה על בדיקות ומיגון הצוות המטפל וסיוע כספי למוסדות ולמשפחות.

### הגברת מאמצי הבדיקה וההסברה בציבור הערבי

שיעור התחלואה והתחלואה הקשה בחברה הערבית אינו שונה מהותית, וייתכן שהוא אף נמוך יותר, מזה של הציבור הכללי. ואולם עדיין שיעור הבדיקות בציבור הערבי נמוך משמעותית מהממוצע הארצי, וגם הנגשת המידע לציבור זה לוקה בחסר. בהקשר זה יש גם לשים דגש גם על האוכלוסייה הבדואית בנגב.

### **יצירת מערכת מתקדמת, כוללת ושקופה לציבור של מידע על המחלה.**

הוועדה התרשמה לרעה מרמת איסוף וניתוח הנתונים הנוגעים לקורונה, כפי שהוצגה לה על ידי הדוברים השונים. גם אם קיים מאמץ כזה, אין בו תועלת אם הוא אינו משמש לקבלת החלטות בכל הרמות, וכן ליצירת תמונת מצב אמינה לציבור – שהיא תנאי הכרחי לאמון הציבור בצעדים הננקטים. כמו כן, הודגש בפנינו ע"י מומחים בבריאות הנפש והאחרים על התחום במשרד הצורך החיוני במערכת הסברה מקיפה, בהובלת דמויות שייצרו אמון בציבור (כדוגמת דובר צה"ל נחמן שי במלחמת המפרץ הראשונה), כדי לשמור על אמינות מירבית ולמנוע נזק נפשי מצטבר ואף התאבדויות כתוצאה מלחץ נפשי מתמשך.<sup>vi</sup>

מערכת הסברה זו חייבת לקום מיידית, ולהתחיל להפיץ את תוצריה הן למקבלי ההחלטות והן לציבור. לצורך זה יש לגייס מערכים צבאיים כמו דובר צה"ל ופיקוד העורף, כמו גם יועצי תקשורת חיצוניים. כמו כן יש להקים מערך מידע מקיף ומהימן, שיפיץ מידע לא רק בעברית אלא גם בערבית, רוסית, אמהרית ושפות אחרות.

### **העצמת המאמצים המדעיים למציאת חיסון ותרופה למחלה**

#### **היערכות מיידית ל"גל שני"**

ההערכות הן שגל שני של הקורונה יפרוץ בחורף הקרוב, ייתכן שאף בשעה שהמשבר הנוכחי טרם חלף. יש להיערך לכך בכל המישורים, במיוחד במישור הטיפול הממשלי שיפורט בפרק מיוחד.

## **הציבור החרדי, בדגש על בני ברק, הרשות הפלסטינית ומזרח ירושלים**

הציבור החרדי הוא קהילה מובחנת בחברה הישראלית, שאורחות חייה מוכרים היטב – בוודאי במשרד הבריאות, שהנציג הבכיר של היהדות החרדית במערכת הפוליטית עומד בראשו. למרות זאת, לקתה קבלת ההחלטות ביחס לציבור זה בעיוורון והזנחה. כמה דוגמאות: למרות סכנת ההידבקות ההמונית, לא יצאו הנחיות למניעת התקהלות המונית קודם לפורים (דבר שהשפיע על כלל האוכלוסייה, אבל ביתר שאת על החברה החרדית); האיסור על תפילה בבתי כנסת ורחצה במיקוואות איחרו גם הם להגיע. התוצאה הקשה מוכרת כיום לכל.

נכון ל-2024, כל חולה קורונה שביעי בישראל היה מבני ברק – למעלה מאלף מתוך כ-7000 חולים מאומתים. כל נבדק שלישי בעיר נמצא חולה. בני ברק מובילה בפער גדול בשיעור החולים לנפש בישובים גדולים (מעל ל-50 אלף איש) עם נתון של 50 חולים מאומתים לכל 10,000 איש (שניה לה מודיעין עילית, גם היא ישוב חרדי, עם 12). כל שבעת הישובים המובילים במספר החולים החדשים שהתגלו בשבוע האחרון של מרץ הם ישובים חרדיים.

בשבוע לכך יש להוסיף את תנאי החיים הייחודיים לציבור החרדי, את השפעתו הצפויה של חג הפסח, ומנגד את הקושי לבודד את בני ברק באופן הרמטי, כפי שנעשה למשל בכפר VO שבאיטליה: מדובר בעיר של 200 אלף נפש, שהגבול הפיסי שלה עם שכנותיה – שאוכלוסייתן עולה על מיליון נפש – הוא שלט רחוב.

בדיון הוועדה עלה כי החלטות שונות שכבר התקבלו, כמו למשל, לפנות 4400 קשישים בני למעלה מ-80 מהעיר, בוטלו לאחר מכן לאור קושי ביישום. כך גם הניסיון להוציא חולים מן העיר.<sup>vii</sup> הוועדה ערים לכך שקיימים הבדלים תרבותיים שיש להתחשב בהם, אבל מעירים כי שינוי מדיניות זה מרחיק אותנו ממצאת פיתרון כולל וחתירה אליו. **למעשה, התרשמות הוועדה היא שפרט למאבק סיזיפי וראוי לשבח לכשעצמו על כל חולה וזקוק לבידוד, והפעלת מאמצי רווחה אדירים בעזרת צה"ל והמשטרה, אין כרגע למערכת שום תכנית אין מונעים את הפיכתה של בני ברק לספינת קורונה ענקית.**

הערתו של שר הפנים ביחס לשכונות החרדיות בירושלים, שבחלקן יש לטענתו יותר חולים לנפש מאשר בבני ברק,<sup>viii</sup> ומספרי החולים החדשים בישובים חרדיים אחרים, כמו אלעד ומודיעין עילית (ששיעור החולים המאומתים החדשים לנפש בראשית אפריל היה גבוה בה מבבני ברק), מחריפה את הצורך בחשיבה מערכתית על התמודדות עם הקורונה בישובים אלה.

**בני ברק צריכה לעמוד במרכזו של מאמץ לאומי, מרוכז על ידי פרוייקטור מיוחד בדרג האופרטיבי העליון שיעמוד בקשר רציף עם גורמי העיריה.** יש לשים לב גם לאספקטים חברתיים ותקשורתיים של המצב, שבו חלקים מסויימים בחברה הישראלית יחזרו לחיים תקינים ככל האפשר, בעוד האוכלוסייה החרדית סגורה ונתמכת על ידי סיוע צבאי. הציבור החרדי נפגע בצדק ממה שנראה בעיניו כהצגתו כ"מרעילי בארות" בתקשורת הכללית; יש להקדיש מחשבה ומאמצים להסברה הראויה של המצב העתידי, כדי למנוע פצעים שיהיה קשה לאחות אחר כך.



הרשות הפלסטינית ומזרח ירושלים קשורות בטבורן הכלכלי לישראל. תושבי מזרח ירושלים הם בעלי תעודות זהות כחולות, ויכולתם לנוע לתוך ישראל כמעט בלתי מוגבלת. גם כאן נדרשת חשיבה ייחודית, והפעלת אמצעים שימנעו את הפיכת תושבי איו"ש למקור הדבקה, ומנגד הטלת חנק כלכלי שעלול להוביל לכאוס ביישות שכלכלתה רעועה הרבה יותר מזו של ישראל מלכתחילה.

## ההתמודדות עם הקורונה בחברה הערבית

מגפת הקורונה היוותה מבחן אמיתי למידת המוכנות של מערכת הבריאות, המבנה הכלכלי, והרשויות המקומיות בחברה הערבית. הדברים נכונים במיוחד ביחס למערכת הבריאות, אשר סבלה מדלות במשאבים ובתכנון אסטרטגי ארוך טווח. לפי הנתונים והתחזיות של הוועדה הארצית לבריאות בחברה הערבית קיים סיכון גבוה בחברה הערבית לתחלואה בקורונה לאור המחסור בשירותי בריאות זמינים ונגישים, וכתוצאה מרמות גבוהות של מחלות בחברה הערבית כגון לחץ דם גבוה, מחלות לב, אחוז גבוה של מעשנים, ומחלות סרטן.

בדיוני הוועדה על ההתמודדות עם המחלה בחברה הערבית (כולל דיון מיוחד ביום 2.4), עלו מספר נקודות תורפה שיש לטפל בהם באופן מידי:

- מערך הסברה בשפה הערבית; הנגשת הנתונים וההוראות בשפה הערבית.
- מחסור חמור בבדיקות לווירוס הקורונה, לא היה אף מרכז בבדיקות דרייב אין ביישובים הערבים או מרכזי בבדיקה קבועים של קופות חולים קודם לפניית ועדת הכנסת בנושא זה.
- הקצאת משאבים הולמים, כספיים וטכניים לרשויות המקומיות ומתן סיוע להן בכדי לנהל את המשבר ברמה המקומית בהתאם להנחיות של משרד הבריאות.
- נדרשת פעילות להעלאת רמת המודעות בחברה הערבית דרך קמפיין תקשורת רחב הפונה לכלל האוכלוסייה הערבית וקורא לקחת אחריות ולפעול למען הבריאות של כלל הציבור עם דגש על קבוצות הסיכון; קשישים וחולים כרוניים.
- שיתוף פעולה עם ועדת החירום הארצית שמורכבת מנציגי כלל המוסדות הפעילים בחברה הערבית.
- טיפול הולם בצרכים הכלכליים של המגזר העסקי הפרטי בחברה הערבית, המאופיין בעסקים קטנים מקומיים ומחזור עסקים נמוך.

עבודת הוועדה תרמה רבות להפעלת מערך "דרייב אין" נייד ביישובים הערבים, לפרסום יומי לנתוני התחלואה בנגיף ביישובים הערבים, הפעלת מערך הסברה של משרד הבריאות בשפה הערבית, הגברת המודעות בחברה הערבית לנחיצות הבדיקות וחשיבותן, חיזוק שיתוף הפעולה בין משרד הבריאות וחדר המצב בוועד הבריאות הארצי.

## מערכת הבריאות

מגיפת הקורונה תוארה על ידי גורמים שונים, במידה רבה של צדק, כ"צונאמי שאי אפשר להתכונן אליו".<sup>x</sup> אי אפשר להתעלם מכך שזהו אירוע חסר תקדים בדברי ימי ישראל. כשהוא נוחת על מערכת חסרה כמערכת הבריאות הישראלית, הוא מעמיד אותה במבחן שפשוט אין לה את הכלים לעמוד בו.

ואולם כבר בשלב מוקדם זה כדאי להעיר הערה כללית, שתשפיע כחוט השני על ניתוח המידע והמסקנות שבמסמך זה: **בניגוד למשרד הביטחון, שכל מהותו היא התכוננות ליום סגריר, משרד הבריאות מטבעו מושקע בהפעלת הקיים – וגם זה במשאבים חסרים. משמוטלת על משרד זה ההתמודדות עם משבר רב-מימדי וחוצה מערכות כמו הקורונה, ספק אם יש לו יכולת מערכתית ומשאבית לעמוד במשימה.** מדובר לא רק במשאבים, אלא בצורת חשיבה וקיומם של מבני פיקוד ושליטה המתמלאים בחירום באנשים מוכשרים לתפקידם, שכבר תירגלו מצבים דומים בעבר.

מצב בסיס זה יצר מספר כשלים. בכל דיוני הוועדה התקשו נציגי משרד הבריאות לספק לנו מידע אלמנטרי בתחומי אחריותם, ואף סיפקו נתונים סותרים לאמירות קודמות שלהם. הוועדה התרשמה שהדבר לא נבע מרצון להסתיר ממנה מידע, אלא מהיעדרה של מערכת מטה מסודרת ומנטליות הרואה בנתונים אלה בסיס לכל דיון והחלטה.

**מסיבה זו היה המשבר צריך להיות מנוהל מתחילתו ע"י גוף אופרטיבי מתכלל – ועל כך בהמשך.**

"יום האפס" של ההתמודדות עם הקורונה הוא ה-20.1.2020, היום שבו הכריז ארגון הבריאות העולמי שהמחלה עוברת מאדם לאדם, כלומר עלולה להתפשט לכדי מגיפה.<sup>x</sup> מאז ועד שהתגלה חולה הקורונה הראשון בישראל, ב-27.2, חלף יותר מחודש.

החלטות העבר והמלצות לעתיד ביחס לתקציבי הבריאות, למבנה המערכת או להחלטות ניהוליות במשרד הן מעבר לתחומי של מסמך זה. ניתן רק לציין כאן כי דו"חות קודמים של מבקר המדינה עסקו בחוסרים הגדולים במערכת זו, וחלקם נגעו בנושאים שבאו לידי ביטוי מובהק במשבר הקורונה (מחסור במיטות לטיפול נמרץ, מוכנות מעבדות וכו').<sup>xi</sup> גם במצב נתון זה, התרשמותה של הוועדה היא כי חודש ההתראה לא נוצל לגיבוש מדיניות, אגירת אמצעים פיסיים והקמת מבנים אופרטיביים להתמודדות עם המגיפה.

דוגמאות לכך אינן חסרות: למרות הצורך הברור בבדיקות במספר העולה בהרבה על מה שמערכת מורגלת בו, לא נרכשו רכיבים לבדיקות PCR (מטושים, ריאגנטים וכו') בכמות מינימלית לקיומן. מנכ"ל משרד הבריאות הודה בהופעתו בוועדה כי מה-20.1 ועד ל-26.3, היום בו הופיע לפנינו, כמעט שלא נוספו מכוונות הנשמה למצאי.<sup>xii</sup>

**למעשה, התרשמות הוועדה היא שחלק משמעותי מהמדיניות גובש על פי החוסרים במערכת: קשה לדעת אם ההתנגדות לביצוע בדיקות המוניות נבעה מתורה סדורה או מהעובדה הפשוטה שפשוט לא היו ערכות בדיקה במספר מספיק או מוכנות מספקת של מעבדות; ההצהרות הסותרות ביחס ליעילות השימוש במסיכות תואמות גם הן את העובדה שרק בסוף מרץ היו בישראל מסיכות במספר מספיק.**

הוועדה סבורה שיש לגבש נהלים ברורים, לכל מקרה שבו מתקבלות ידיעות על מחלה, שלהערכת גורמים מוסמכים בארץ ובעולם עלולה להגיע לכדי מגיפה שתשפיע גם על ישראל. על משרד הבריאות להציג הערכת מצב מתוקפת לגבי סבירות האיום ומשמעותו, ולהעלות בפני ראש הממשלה את הצורך להפעיל את מרכז החירום הלאומי, על פי הנוהל שיפורט בהמשך.

## איסוף מידע, ניתוח ו"תרחיש הייחוס"

הוועדה לא נחשפה לתהליכי המידול ועיצוב המידע במשרד הבריאות, האמורים לשמש בסיס להערכת סיכונים וקבלת החלטות. תחושתנו היא שתפיסה כפי שהציג מנכ"ל משרד הבריאות, לפיה "אני מנהל את הדברים לפי מחיר הטעות",<sup>xiii</sup> וראייה לפיה המדד היחיד להצלחה או כישלון הוא מספר החולים בקורונה, המונשמים והמתים – שזכה גם לכיסוי רציף באמצעי התקשורת – החליפה את מקומו של איסוף מידע שיטתי, המיועד לייצר בסיס אמיתי לקבלת החלטות מאוזנות.

מנכ"ל משרד הבריאות לא ידע, בהופעתו בוועדה, לתת הערכה כלשהי לגבי קצב התפשטות המחלה והפרמטר העיקרי שלה, מספר החולים שיזדקקו להנשמה. רק לדוגמה, הוא העריך שבוע לאחר היום שבו הופיע בפנינו יהיו כ-200 חולים כאלה; בפועל עמד מספרם ביום שאליו התייחס על 83 מונשמים ו-107 "חולים קשים" (מספר שמשמעותו פחותה, כי הקו האדום של ההתמודדות עם הקורונה הוא זה של מספר החולים הזקוקים להנשמה אל מול מספר מערכות ההנשמה שיש בידינו).

הבדל זה משמח, כמובן, וזו אינה ביקורת על כך שהמנכ"ל לא ניחש נכון מה יהיה; ואולם תחושת הוועדה היא שגם בבואם לקבל החלטות, שמשמעותן הבריאותיות והכלכליות עצומה, הסתמכו מקבלי ההחלטות על תרחישי קיצון לא מבוססים, ולא על מה שמכונה בצה"ל "תרחיש ייחוס" – תרחיש ריאלי המתוקף במידע אמין ומנותח בקפדנות.

תרחיש כזה אמור לא רק להציג את נקודת הקיצון אליה עלול המצב להגיע, אלא את התפתחות המחלה לאורך ציר הזמן. רק כך אפשר יהיה לתכנן הצטיידות והיערכות באופן ריאלי ואף לעמוד ביעדי ביצוע. תא"ל (מיל.) יגאל סלוביק, המרכז את הטיפול בקורונה במל"ל, טען בדיון הוועדה כי ראש הממשלה אישר תרחיש שכזה;<sup>xiv</sup> ואולם תרחיש זה לא הוצג לפנינו, וקיומו לא הוזכר כלל באף אחד מדיוני הוועדה האחרים.

היעדרו של "תרחיש ייחוס" מקשה בהכרח על קבלת ההחלטות לגבי האיזון הנדרש בין בלימת המחלה וצמצום האפקט המזיק על הכלכלה והחברה. קשה לקבל החלטה על שחרור כלשהו בשמיכת הסגר על המשק אם לא מנתחים באופן מקצועי את ההשפעה על התקדמות המחלה, ובוחנים זאת לנוכח מצב מוכנותה של המערכת. הוועדה התרשמה כי בשל כך, הנטייה הקבועה היתה לקבל החלטות על סמך תרחישים מחמירים ולראות במספרי החולים, המונשמים והמתים את חזות הכל, במקום לבחון את הדברים בראייה מאוזנת יותר.

מצב זה קשור כמובן גם להחלטה לא להתחיל בשלב מוקדם בעריכת "בדיקות סקר", שמטרתן לא לאתר חולים אלא לאסוף מידע כעל התנהגות המחלה, שיאפשר עיצוב מודלים אמינים להתפתחותה וקבלת החלטות מושכלות. על כך בסעיף הבדיקות להלן.

הוועדה סבורה כי בכל מקרה של סכנת מגיפה יש לעצב בהקדם "תרחיש ייחוס" מלא, שייבדק ויתוקף על ידי צוותים חיצוניים, שייחשפו למידע במלואו. תרחיש זה, לאחר שיאושר ויתוקף, צריך להיות בסיס משותף לכל ההחלטות העתידיות על מדיניות ואמצעים. יש לעדכן בעת הצורך, ובכל מקרה לפרסם אותו גם בציבור

## מדיניות הבדיקות

קצרה היריעה לתאר כאן את המחלוקות בתחום הבדיקות, שפורטו גם באמצעי התקשורת. לא ניכנס גם לעמדות השונות שהוצגו בעניין על ידי שרים ואנשי מקצוע. בסעיף קודם כבר הערנו, כי התרשמות הוועדה היא שלמחסור באמצעי בדיקה שונים היתה השפעה מכרעת על המדיניות, במקום לעצב מדיניות ולדאוג בעוד מועד להצטיידות במה שנדרש כדי לממש אותה. בסד הזמנים לא היתה לוועדה יכולת של ממש לבחון טענות שונות על היכולת להרחיב מאוד את נפח הבדיקות, באמצעות מוסדות אקדמיים או המגזר הפרטי.

מה שברור הוא, כי גם בתחום הבדיקות באו לידי ביטוי הפערים במוכנות, חולשתו של משרד הבריאות כגוף מתפקד בחירום והיעדרו של מטה חירום לאומי מאורגן ומיומן. בתחילה נקבעה מדיניות בדיקות מצמצמת, שכאמור לא ברור אם נבעה מניתוח מקצועי או מחוסר יכולת; משניתנה הוראה להרחיב אותה, התנהל תהליך הרכש על ידי גופים שלא בכך מיומנותם, כדוגמת המוסד, והובאו לארץ בנקודות זמן קריטיות חומרים לא מתאימים; וכל הזמן הזה היו פערי מידע גדולים, כולל במה שהוצג לוועדה, לגבי היכולות והביצוע בפועל.

גם כשהורחב נפח הבדיקות על ידי מתחמי ה"דרייב אין", שהחלו בפעולה אמיתית רק בתחילת אפריל, נשארו הקריטריונים לבדיקה מצומצמים – בעיקר מי שגילו תסמינים של המחלה. לא היתה התמקדות באוכלוסיות בסיכון, בצוותים רפואיים או בסביבה של חולים מאומתים, באופן שיאפשר להפיק מידע פרט לשאלה מי חולה. דוגמה לכך היתה בבית האבות "נופים" בירושלים, בו אותרו מספר חולים אבל הדיירים האחרים, כולם מטבע הדברים בקבוצות סיכון, והצוות המטפל כלל לא נבדקו במשך כשבועיים.

נציין כי גם בפני הוועדה הוצגו נתונים סותרים לגבי יעילותן של בדיקות ה-PCR, שהן עיקר הבדיקות שנערכו עד היום.<sup>xv</sup> הודגש בפנינו פעם אחר פעם, כי הבדיקה מסוגלת לאבחן רק חולה בפועל בזמן הבדיקה, דבר שיש לו משמעות מוגבלת עד לא קיימת באיסוף מידע קריטי שיאפשר להבין מה לפנינו ולא רק היכן אנחנו נמצאים. על פי נתוני ה-CDC בארה"ב, הבדיקה אף עלולה לתת תשובה שלילית לאדם שכבר נדבק בימים הראשונים שאחרי ההידבקות.<sup>xvi</sup>

לפי הנתונים שמסר משרד הבריאות לממ"מ, לבקשת הוועדה, עולה כי עד ל-31.3.2020 בוצעו בישראל כ-75 אלף בדיקות, שהן כ-8200 בדיקות למיליון נפש. 4484 מהן היו בדיקות חוזרות, כך שמספר האנשים שנבדקו הוא 70,371 איש, יחס של 7700 בדיקות למיליון נפש.<sup>xvii</sup>

כפי שצויין למעלה, הוועדה סבורה כי יש להרחיב מיידית באופן משמעותי את כמות הבדיקות, תוך שימוש במגוון רחב בהרבה של בדיקות. יש לשים את הדגש על בדיקה של שלוש קבוצות עיקריות: אוכלוסיות בסיכון (קשישים, אנשים הסובלים ממחלות רקע); צוות רפואי וצוות המטפל באוכלוסיות בסיכון, כולל עובדים סוציאליים וחיילי פקע"ר; וסביבה של חולים מאומתים ואוכלוסיות מדגם אחרות, אותן יש לבדוק באמצעות בדיקות סרולוגיות ולא רק בדיקות PCR. בהקשר זה יש לציין שקיימות בדיקות סרולוגיות בשלבים מתקדמים של אישור על ידי ה-FDA ותו התקן האירופי, שניתן וצריך להכניס אותן לישראל בשעה קריטית זו.

מטרת הבדיקה של האוכלוסייה מהסוג השלישי צריכה להיות גיבוש בהקדם של תמונת מודיעין, שבלעדיה לא ייתכן לעצב "אסטרטגיית יציאה" או כל צורה אחרת של התמודדות ארוכת טווח. בלי בדיקות ניטור שכאלה, תימצא המערכת במצב מתמיד של רדיפה אחרי זנבה, איתור חולים ובידוד סביבתם, ללא כל יכולת להרחיק ראות מכבר לכך.

## חבישת מסיכות

כאמור, המדיניות לגבי חבישת מסיכות השתנתה במהלך השבועות האחרונים. להתרשמותנו, הדבר נבע הן ממחסור במסיכות כתוצאה מהצטיידות שהחלה באיחור, והן מהיעדרה של תכנית לחלוקתן, שהמ"ל"ל היה אמור לגבש במסגרת ניהול המשבר.

כרגע קיימת חובה לחבוש מסיכות בפומבי, שאינה מלווה באספקה של מסיכות לציבור או בהגבלת מחירן. במדינות אחרות המדיניות נעה מהמלצה לחבוש מסיכות ועד להנחיה מחייבת.

קיימים סוגים שונים של מסיכות, ממסיכות כירורגיות "פשוטות" דרך מסיכות מתקדמות יותר (N-95 ודומותיה) ועד להגנה על כל איזור הפנים. כושר הייצור בישראל מוגבל יחסית: כך למשל, סובל המפעל המוביל בתחום בישראל, מפעל "שיאון" בשדרות, ממחסור בחומרי גלם ומקושי לייבא אותם בתיאום עם מנה"ר וגורמי משרד הבריאות.

גם בתחום זה לקו הדיווחים לוועדה בסתירות ועמימות. גורמי משרד הבריאות התקשו לנקוב במספרים מדוייקים או לחזות מתי יתמלאו המחסנים באופן שיספק את הדרישה. כמו בתחום הבדיקות, הוועדה התרשמו כי תהליך ההחלטה היה הפוך מן הרצוי: המדיניות נקבעה על ידי המחסור, ולא על ידי ניתוח מה אכן נכון והשקעת מאמץ להגיע להצטיידות שתאפשר זאת. במילים פשוטות, כשלא היו מסיכות טענו הגורמים המקצועיים שאין תועלת בחבישתן, וכשנדמה היה שיש מלאי מספיק יצאה הנחיה להשתמש בהן.

הוועדה סבורה כי על המדינה לספק מסיכות ושאר אלמנטים של מיגון אישי על חשבונה לאוכלוסיות הדורשות מיגון, ובראשן מי שבא במגע עם אוכלוסיות שבסיכון. לגבי שאר האוכלוסייה, יש להמשיך במדיניות שנקבעה, לפיה נקבע מחיר מפוקח ונמוך למסיכות מסוגים שונים, ולדאוג לאספקתן הסדירה לבתי המרקחת והחנויות כדי שלא יחסרו במלאי.

## הנשמה

לוועדה לא נמסר חומר שממנו יעלה מתי ובאיזה פורום, אם בכלל, החלו במערכת הבריאות בדיונים על המצאי והכמות הנדרשת של מכונות הנשמה – למרות שכאמור, היה יותר מחודש להתכוננות טרם שאותר חולה הקורונה הראשון בישראל. ברור שהניסיון להצטייד במכונות הנשמה נוספות החל באיחור, דבר שגרם לכך שישראל נכנסה למירוץ יחד עם העולם כולו. זאת למרות שמשלב מוקדם היה ברור שהיחס בין כמות החולים המונשמים ליכולת להנשים אותן הוא שיקבע אם מערכת תוכל לעמוד במעמסה, וימנע הידרדרות למחזות בלתי אפשריים שבהם חזינו במדינות אחרות.

בדיוני הוועדה השונים התקשו נציגים שונים של מערכת הבריאות לתת תמונה ראויה של כמות המכונות במצאי, התאמתן ולוח הזמנים להגעתן של מכונות נוספות בכמות משמעותית. הרושם שנוצר הוא שהוזמנה כמות גדולה של מכונות (בין 11 ל-13 אלף, על פי נציגים שונים), אבל גופי הרכש מתקשים להבטיח שאכן יגיעו ומתי.

לפי דיווח שמסר משרד הבריאות לממ"מ, ישראל החלה את המשבר עם 2173 מכונות הנשמה בבתי החולים, מתוכן 708 בשימוש, 28 לא תקינות ו-1437 פנויות. בנוסף היו 900 מכונות בצה"ל.<sup>xviii</sup> כמחצית ממספר זה משמשות בשיגרה להנשמת חולים שאינם חולי קורונה (רק במרכז הרפואי שמפעילה עמותת רעות בתל אביב מונשמים בכל רגע נתון כ-130 חולים, על פי עדות מנכ"ל העמותה).<sup>xix</sup> המכונות שבידי צה"ל, שהן כאמור, כשני שליש מסך הרזרבה הארצית, זקוקות להוספת פילטרים מיוחדים כדי שיוכלו לשמש בבתי החולים הכלליים, פילטרים שכרגע לא ברור אם הם בנמצא, ולכן ייקח זמן להשמיש אותן למאבק בקורונה. כרגע, אין אפילו תכנית מסודרת לאילו בתי חולים יסופקו המכונות הצבאיות, אם בכלל.<sup>xx</sup>

היעד המוצהר, על פי תרחיש מחמיר, הוא להגיע ל-5000 מכונות הנשמה **מעבר למה שמיועד לחולים במחלות אחרות**. נציגי משרד הבריאות התקשו לומר מתי יעמדו ביעד זה או אפילו למתי הורו להם להיות מוכנים. בשיחות לא רשמיות שקיים יו"ר הוועדה נמסר לו כי תאריך היעד לכך הוא ה-1.6.

מנכ"ל משרד הבריאות אמר לוועדה כי "יש מאמצים לרכוש מכונות מחו"ל, אבל אני לא יודע כמה באמת יגיע. לגבי הייצור המקומי, אני מקווה שייתן לי כמה מאות, אנחנו מדברים על אלפים אבל אני מקווה למאות".<sup>xxi</sup> נציגים אחרים התקשו גם הם לנקוב במספרים מדויקים של מכונות או בתאריכי הגעתן לארץ, או בקצב הייצור הצפוי של מכונות מתוצרת ישראל, שעד סוף מרץ סיפקו רק עשרות בודדות של מכונות כאלה.

לפי הנתונים שנמסרו, חברת "פלייט", היצרן העיקרי של מכונות מתוצרת מקומית, מסוגלת נכון להיום לייצר רק 60 מכונות בחודש, רחוק מאוד ממה שנדרש כדי לעמוד ביעד ההצטיידות על פי התרחישים.<sup>xxii</sup> להתרשמות הוועדה, אני משרד הבריאות וגופי הרכש (חברת "שראל" ומנהל הרכש במשרד הביטחון) פשוט אינם יודעים כמה מכונות יהיו ומתי. בקשתה של הוועדה לקבל ידי נתון מוסמך על מצאי מכונות ההנשמה לא נענתה עד למועד פרסומו של מסמך זה.

**זאת ועוד: מדיוני הוועדה ומשיחות לא רשמיות עולה כי ההתמקדות במספרן של מכונות ההנשמה מטעה. ליכולת להנשים חולה יש מרכיבים נוספים, ובהם צוותים המוכשרים לעשות זאת, או מערכות חמצן היכולות לשאת במעמסה. הוועדה התרשמו כי בתי החולים ערים לכך, ומנהליהם העידו בפנינו כי הם עושים מאמצים להכשיר צוותים רפואיים ממחלקות אחרות למשימה זו. ואולם התקשינו לקבל מן הגורמים המוסמכים תמונה אמינה של המצב.**

הוועדה סבורה כי תחום ההנשמה, שבו ייקבע "הקו האדום" בו יכולה המערכת לעמוד ויאפשר גם התרה הדרגתית של חרצובות הסגר על האוכלוסייה, מצריך אופרטור ייחודי שבכך כל עיסוקו. עליו לתכלל את מאמצי הייצור והרכש, לפקח על הכשרת הצוותים והכשרת המערכות האחרות בבתי החולים, ולספק למקבלי ההחלטות תמונה יומית אמינה היכן אנחנו עומדים.

#### **צוות רפואי**

המדינות שהתמודדו ראשונות, ובהצלחה מרובה, עם התפרצות הקורונה – סינגפור, דרום קוריאה וטיוואן – הקדישו תשומת לב מיוחדת להגנת הצוות הרפואי. הוצאו הנחיות קפדניות, מפולחות על פי מידת הסיכון והקירבה למטופלים עם חשד לקורונה, למיגון ושמירה על סטריליות. ההצלחה היתה מרשימה: רק לדוגמה, לא נרשם בסינגפור בחודשיים הראשונים למגיפה אפילו מקרה אחד של איש צוות רפואי שנדבק בקורונה.

על פי נתוני משרד הבריאות, עד ה-27.3 נדבקו בישראל 108 אנשי צוות רפואי בקורונה. 2647 אנשי רפואה נמצאו באותו תאריך בבידוד, מתוכם 871 רופאים ו-1242 אחיות. כמות גדולה של נדבקים ומבודדים מעמיסה עוד יותר על המערכת, שמשאביה מתוחים בלאו הכי, ומאיימת על יכולתה להתמודד עם שיא המגיפה.

את המחסור המסתמן באנשי צוות רפואי ניתן להקל במספר דרכים: גיוס למערכת של יותר מאלף סטודנטים לסיעוד ולרפואה שסיימו לימודיהם אך טרם הוסמכו, או הם בעלי הסמכה ממדינות אחרות וטרם הוכרו לעבודה בישראל, וכן קריאה לרופאים שיצאו לגימלאות. צעדים בתחום זה כן נעשו, חלקם לאחר פניות של הוועדה, ואולם תחושת הוועדה היא כי הם עדיין נתקלים במכשולים ביורוקרטיים.

ראויים לציון בהקשר זה דבריו של מנהל ביה"ח שערי צדק, פרופ' עופר מרין, בדיון הוועדה ב-2.4. הוא הזהיר מאובדן אמון במערכת אם לא יהיו סטנדרטים שקופים לגבי איכות הטיפול, שבהינתן התפרצות של אלפי חולים קשים בהכרח לא יהיה מיטבי כפי שחולים בישראל התרגלו לו לאורך השנים. הוא גם



קרא לערוך הכנות נפשיות לאנשי הצוות, ולגבש כללי אתיקה נדרשים לקראת מצב שכזה, בתקווה כמובן שלא יתרחש.<sup>xxiii</sup>

בנוסף, למדה הוועדה למורת רוחה שלפחות במוסד רפואי אחד, ששמו לא נמסר, התבקשו מנהלי מחלקות לייצר רשימות של אנשי צוות שאפשר יהיה לפטר עם תום המשבר. רופאים ואחיות שהוכנסו לבידוד למדו שימי הבידוד ייחשבו להם כימי מחלה והם לא יקבלו עליהם שכר רגיל, למרות שעל פי כל הגיון אין הבדל בינם לבין חיילים שנפגעו במהלך שירותם.

**הוועדה סבורה כי מיגון הצוות הרפואי, באמצעים פיסיים ובהנחיות מדוייקות המבוססות על מחקר והתנסות במדינות אחרות, חייב להיות בעדיפות ראשונה במעלה. כמו כן יש לפתוח את החסמים בפני הגדלת אוכלוסיית המטפלים מכל הסוגים, תוך שמירת סטנדרטים מקצועיים ומנגד הכרה בכך שבעת שיא המחלה, תתקשה המערכת כפי שהיא לתת טיפול העונה על מאה אחוז מהקריטריונים לכל חולה. הוועדה מתנגדת בתוקף לכל פגיעה במעמד, ביטחונם התעסוקתי או תנאי שכרם של אנשי צוות רפואי בעת המשבר ולאחריו.**

#### **אוכלוסיות בסיכון**

אוכלוסיית הסיכון הראשונה במעלה מנגיף הקורונה היא האוכלוסייה המבוגרת. מנתוני המרכז הסיני לבקרת מחלות עולה כי בעוד שיעור התמותה הכללי מסך החולים המאומתים עמד על 2.3%, בגילאים 70-79 היה שיעור התמותה 8% ומעל גיל 80 עמד על 14.8%.<sup>xxiv</sup> מנתונים אלה, ומהשוואה למדינות אחרות – למשל גרמניה, ששיעור התמותה בה בשבועות הראשונים למגיפה היה מהנמוכים בעולם והגיל החציוני של המתים היה 83, עולה בבירור מהי קבוצת הגיל שהיא בסיכון ממשי מן המחלה לאובדן חיים או לצורך בהנשמה.

בהקשר זה יש לציין, כי אחוז החולים המונשמים והפטירות הנמוך יחסית בישראל נובע אולי מכך שהאוכלוסייה שנדבקה יותר מכולם בנגיף עד לסוף מרץ היתה אוכלוסייה צעירה יחסית. מנתונים שמסר משרד הבריאות למרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה, שעד ה-31.3 רק פחות מ-20% מהנדבקים היו בני 60 ומעלה, וכ-9% בני 70 ומעלה; בהשוואה, כמעט רבע מהחולים היו בני 20-29.<sup>xxv</sup>

**חשובה עוד יותר תמונת הנפטרים והחולים הקשים. מנתוני משרד הבריאות עד יום 4.4 עולה, כי מ-43 הנפטרים הראשונים מן המחלה (נמסרו נתונים לגבי 41) רק 3 (7%) היו בני פחות מ-65, ורק 8 (18.6%) בני פחות מ-70. הגיל החציוני של הנפטרים היה 77, ושל החולים הקשים והנפטרים יחד 71. סך כל הנפטרים והחולים קשה מסך החולים המאומתים באותה נקודת זמן היה פחות מ-2.5%.<sup>xxvi</sup>**

אין לוועדה נתונים לגבי מחלות הרקע של החולים הקשים והנפטרים, אבל ברור שמחלות רקע גם הם מייצרות קבוצת סיכון, ואדם בן למעלה מ-65 עם מחלות רקע הוא בהכרח בקבוצת הסיכון המובהקת

ביותר. בישראל כמיליון בני 65 ומעלה. חלקה, למעלה מ-100 אלף איש, מתגורר במוסדות ובמתחמי דיור מוגן, ורובה חי בקהילה.

**המשמעות הברורה של נתונים אלה היא שמניעת הדבקה של האוכלוסייה בקבוצת הסיכון היא המפתח החשוב ביותר לצמצום מירבי של מספר המונשמים והמתים מן המחלה.**

אך למרות זאת, בדיון מיוחד שערכה הוועדה על אוכלוסייה זו התברר, כי לא עוצבה מדיניות מיוחדת הנוגעת לה, למרות שהיא מהווה בעולם כולו את עיקר מניינם של הנפטרים מקורונה.<sup>xxvii</sup> מתיאור המקרה המקומם של מוסד "נופים" בירושלים ומוסדות נוספים, התברר כי גם במקומות בהם התגלה מספר רב יחסית של חולים מאומתים לא נערכו בדיקות לכלל הדיירים ולצוות המטפל. יש מחסור בצידוד מיגון לצוותים, כולל חיילי פיקוד העורף שצה"ל העמיד במיוחד לצורך זה. ואין מדיניות כוללת וצבירת ידע לגבי השפעתם של בידוד, עקירה מהסביבה הביתית ושאר אמצעים על אוכלוסייה הסובלת ממילא משכיחות גבוהה יחסית של דמנטיה, בדידות ושאר תופעות קשות. סוגיה קשה במיוחד, ששבה ועלתה בדיוני הוועדה, היא סוגיית בתי האבות, שהגיעה עד לפתחו של בג"צ.

בעיות אלה עלולות להחריף יותר אם יוחלט, כפי שהוועדה ממליצה, להסיר בהדרגה את ההגבלות על כלל האוכלוסייה, ובעיקר על הקבוצות שבסיכון נמוך – צעירים ואנשים ללא מחלות רקע. ייתכן בהחלט מצב שאנשים עד גיל 50 ייהנו מחופש תנועה יחסי ויחזרו בהדרגה לעבודה, אבל הוריהם הקשישים יישארו בבידוד זמן ממושך בהרבה.

הוועדה התרשמו גם כי חסר במשרד הבריאות גורם בעל סמכות של ממש בתחום זה. ראש האגף לגריאטריה הופיעה בפנינו,<sup>xxviii</sup> והתרשמנו כי הפער בין סמכויותיה בשיגרה לבין מה שנדרש במצב החירום הנוכחי גדול מדי. רק לשם דוגמה, הנחיות הבדיקה, שקבעו שאין לבדוק אלא מי שמגלה תסמיני קורונה במשך 48 שעות לפחות, יצאו מטעמה של הממונה על בריאות הציבור, ולראש האגף לגריאטריה לא היתה כל מעורבות בניסוחן; לא היה מי שיפעל לשנות אותן גם במקרה קיצון כמו בית האבות "נופים", שהוזכר למעלה.

**הוועדה סבורה שלקראת הפעלתם של הצעדים הנדרשים להסרת חלק מהמגבלות על הגילאים הצעירים יותר, יש לגבש מדיניות ולרכז אמצעים כדי להתמודד עם ההשלכות של מגבלות קשות וממושכות על האוכלוסייה המבוגרת. יש להקים צוות מיוחד, ובו נציגי משרד הבריאות, מומחים לבריאות הנפש וגרונטולוגים כדי לעצב מדיניות זו, ולהקדיש לה אמצעים רבים – מבדיקות ועד למערכות רווחה, חלוקת מזון ועזרה פסיכולוגית.**

## **עצירת פעילות שאינה נוגעת ישירות לקורונה**

קשה להשתחרר מן הרושם, שהנהלת משרד הבריאות נמדדת מאז תחילת המשבר, בעיני עצמה, על פי מספר החולים, החולים הקשים והנפטרים מקורונה. בשל כך, לא עוצבה עבור המערכת – בתי חולים

וקופות חולים – אסטרטגיה שבצד ההכנות להתמודדות עם חולי קורונה תשקלל גם את הצורך בהמשך פעילות תקינה ככל האפשר אל מול החולים במחלות אחרות.

חשוב להזכיר בהקשר זה: גם בתרחישים המחמירים ביותר, ימותו השנה בעולם ובישראל הרבה יותר אנשים מסרטן, מחלות לב או גורמי מוות נפוצים אחרים מאשר מקורונה. רק לשם השוואה, אפילו בארה"ב – שכמות חולי הקורונה המאומתים כיום בה היא כרבע מהכמות העולמית – עומדות התחזיות הקודרות ביותר למוות מקורונה על 200 אלף איש. מסרטן ומחלות לב, שני גורמי המוות הנפוצים ביותר ומחלות שבהן אבחון מוקדם הוא הגורם המשמעותי ביותר להעלאת תוחלת החיים, ימותו למעלה מ-600 אלף איש כל אחת.<sup>xxix</sup>

בישראל הופסקה כליל כל הפעילות האלקטיבית בבתי החולים ב-22.3, וגם בפעילות החצי-דחופה חלה ירידה של ממש. בדיוני הוועדה הוצגה ע"י מנהלי מרכזים רפואיים תמונת מצב, לפיה בשל העדר הנחיות פרטניות מצד משרד הבריאות והסברה ראוייה לציבור, נמנעים חולים במחלות אחרות מלהגיע למיון, ונעצרה פעילות אלקטיבית (ניתוחי קטרקט או בדיקות הדמיה, רק כדוגמה) שניתן לבצע מבלי לפגוע בהתכוננות לקורונה – דבר שיהיה לו מחיר כבד ביום שאחרי, הן בתורים והן בכך שמצב החולים יהיה חמור יותר.<sup>xxx</sup> הנזק המשני מעצירה מוחלטת וחסרת אבחנה של פעילות שאינה קשורה לקורונה עלול, בסופו של דבר, לעלות אפילו על זה של המגיפה עצמה.

הוועדה סבורה שיש להוציא מיידית הנחיות מפורטות וברורות, ייתכן שאפילו ברזולוציה של כל בית חולים, לגבי פעולות אלקטיביות ואחרות שניתן לבצע במקביל להתכוננות לקורונה. יש להסביר לציבור שחדרי המיון והמחלקות האחרות בבית החולים ממוגנים כראוי, ולעודד חולים שיוזמנו על ידי המרכזים הרפואיים להגיע לבדיקות וניתוחים שאפשר לבצע.

במסגרת זו יש לראות במרכזים רפואיים פרטיים, שחלקם בהכנות למצב החירום של 5000 חולים מונשמים קטן יחסית, חלק ממערך הרפואה, ולתכנן כיצד הם נושאים הן בנטל המאבק בקורונה והן בהעצמת הפעילות המבוצעת בשיגרה ע"י בתי החולים הגדולים, תוך תיאום עם משרד הבריאות, בתי החולים וקופות החולים.

#### **בריאות הנפש**

ככל שהמשבר מתארך, ויחד איתו הקריסה הכלכלית של חלק הולך וגדל בציבור והחרדות לעתיד, יש להפעיל מערכים של בריאות הנפש הן ביחס לאוכלוסייה הכללית והן ביחס לאוכלוסיות בסיכון, צוותים רפואיים וצוותי סיוע. יו"ר המועצה הלאומית למניעת אובדנות אף הזהיר ממה שכונה "גל התאבדות של קשישים" (שהם ממילא קבוצת הגיל המועדת ביותר להתאבדות), בעקבות החרדות ותנאי הבידוד.<sup>xxxi</sup>

הוועדה התרשמו כי לא ניתנה עד כה, אולי בלהט האירועים, תשומת לב מספקת לאספקט זה, העלול להיות רב נזק אם לא יטופל. במסגרת זו יש להקים צוות שיעסוק ב"יום שאחרי", שלדברי

המומחים שהופיעו בפנינו עלולות להתגלות בו בעיות נפשיות קשות בקרב חלקים רבים בציבור, שיידחקו החוצה בעת הסכנה המיידית אבל עלולות לצוף במלוא חומרתן כשתקטן הסכנה.

## כלכלה

הנתונים הכלכליים של המשק הישראלי ערב חג הפסח הם מן הקשים שידענו מאז ראשית ימי המדינה. קרוב ל-25% דורשי דמי אבטלה, רובם שכירים שהוצאו לחל"ת, שעל פי הערכות לא מעטים מהם יתקשו לשוב לעבודתם גם בתום המשבר. משבר עצום בקרב העצמאים והעסקים הקטנים, וסכנת קריסה של ענפים שלמים.

משרד האוצר העריך, במסמך שהוצג לוועדה,<sup>xxxii</sup> את הנזק לתוצר הלאומי במקרה של השבתה כוללת של המשק ל-8 שבועות ב-12.8% מהתוצר (למעלה מ-180 מיליארד שקל); השבתה חלקית לאותו זמן תגרום נזק של 6.8% מהתוצר (מעט פחות מ-100 מיליארד). אלה סכומים בלתי נסבלים, שנזקם החברתי ואף הבריאותי רב – יש קשר ישיר בין עוני וחרדות כלכליות לאלימות במשפחה, פשיעה ואף מקרי התאבדות.

**הוועדה סבורה, כפי שפורט בפרק ההמלצות למדיניות, ששחרור הדרגתי של המשק חייב להתחיל בהקדם, לכל המאוחר עם תום ימי הפסח. אין מרפא טוב יותר למשק מאשר חזרה לעבודה, תוך נקיטת צעדי זהירות מתאימים.**

הוועדה בחנה את הצעדים הכלכליים עליהם הודיעו ראש הממשלה ושר האוצר ב-30.3. עדיין רב בהם הנסתר על הגלוי, אבל ניתן כבר לומר שאינם מסתכמים באמת ב-80 מיליארד שקל, הסכום שננקב ע"י האוצר, ובוודאי לא בהזרמה של 80 מיליארד למשק הישראלי: רק לשם המחשה, 11 מיליארד נועדו לחיזוק מערכת הבריאות לצרכי המאבק בקורונה (דבר מתבקש כשלעצמו) ו-20 מיליארד נוספים הם אשראי בנקאי, שהמדינה תערוב לו באופן לא מלא. סעיף אחרון זה, כרבע מהסכום עליו הוצהר, כבר נתקל בקשיי מימוש אל מול זהירותה של המערכת הבנקאית, ורק מספר קטן של הבקשות להלוואה אכן נענו בחיוב.<sup>xxxiii</sup>

קצרה היריעה במסמך זה להיכנס לפרטיהן של התכניות, שהוצעו על ידי גורמים שונים לצעדים כלכליים נדרשים. הוועדה גם אינה מתיימרת לעצב תכנית כלכלית מפורטת, דבר שהוא הרחק מעבר ליכולתה בסד הדיונים שבו עמדה.

ברור שהמצב קשה, סקטורים שונים במשק זועקים לעזרה מתבקשת, והאוצר חייב לשמור גם את קופת המדינה מהתרסקות. ועם זאת, התבשרנו בעיצומו של המשבר (31.3) שהחשב הכללי השלים הנפקת אג"ח של ישראל בחו"ל בסכום של 5 מיליארד דולר, עם ביקוש יתר של פי 5 והנפקת אגרות ל-100 שנה, דבר שאינו מקובל אף במדינות גדולות בהרבה מאיתנו. הדבר מעיד על אמון העולם בחוסנה של הכלכלה הישראלית, ועל האמונה, שיש לה רגליים, שבניהול נכון ישראל עשויה לצאת מן המשבר הגלובלי במצב טוב יחסית למדינות אחרות. לפיכך, לא מוגזם להניח שאם יהיה צורך בגיוס הון נוסף, אפשר יהיה להשיג אותו.

מנכ"ל האוצר הביע בדיון הוועדה הסתייגות משימוש ביתרות המט"ח של בנק ישראל, העומדות על יותר מ-100 מיליארד דולר, למימון הצעדים הנדרשים להצלת המשק.<sup>xxxiv</sup> ואולם הוועדה סבורה שאל מול משבר כלכלי מקומי ועולמי בסדר גודל כזה, יש מקום לבחון מוסכמות ביחס ליחס חוב/תוצר, ערבוב

בין מוניטרי ופיסקלי ושאר אמיתות מקובלות של כלכלת ימי השיגרה. זוהי גם הרוח של העקרונות שמבקשת הוועדה להציב להחלטות הכלכליות שבפתח.

### **כסף מוקדם יציל אנשים ועסקים, וימנע הוצאות גדולות בהרבה בעתיד**

גישתו של האוצר, המסתמנת מן הדברים שהוצגו לוועדה, היא של זהירות מקסימלית מקביעת קריטריונים מרחיבים, העלולים לחייב אותו בהוצאות כבדות מנשוא אם יתארך המשבר.<sup>xxxv</sup> זוהי גישה מובנת ומתחייבת בימים רגילים. ואולם במשבר כה עמוק יש לפעול על פי תפיסה, שכל עסק וכל אדם שיינצלו מקריסה עכשיו יוכלו לשוב לפעילות רגילה ככל האפשר במהירות יחסית, וימנעו הוצאות גדולות בהרבה וארוכות בזמן שיידרשו לשיקומם בעתיד. לכן על האוצר לנקוט דווקא עכשיו גישה מרחיבה ומקלה, שתחסוך מיליארדים רבים בעוד זמן לא רב. תפיסה זו שרירה גם לגבי ההתחשבות של האוצר מול הרשויות המקומיות, כפי שיפורט בהמשך.

**יש לסייע לעסקים בכל גודל על בסיס שיתגמל החזרת עובדים לעבודה, בכפוף כמובן למגבלות הבריאות.**

זו צריכה להיות הגישה גם מול עסקים גדולים, שיש להם אולי יכולת לצלוח את המשבר אבל אם לא יקבלו סיוע יתקשו להעסיק את אותה כמות עובדים לאחר שיסתיים.

**יש לקבוע מודלים פשוטים לקבלת סיוע, כמו אלה הנהוגים במהלך ואחרי אירוע מלחמתי ולוודא שהם מבוצעים.**

לצערנו, יש לישראל ניסיון רב בפיצוי עסקים על נזק שנגרם להם במהלך אירוע ביטחוני, לאחרונה במבצע "צוק איתן" שארך 51 יום. מודלים דומים צריכים לשמש גם הפעם, בעיקר בפישוט הליכים והימנעות מהתחשבות מיותרת. בימים הראשונים שלאחר פרסום התכנית הכלכלית הראשונה דיווחו סקטורים רבים שהם מתקשים לממש את ההטבות שפורסמו; על האוצר לוודא ביצוע מהיר ויעיל של ההחלטות.

**יש לוודא שהכרזות האוצר אכן מתממשות במהירות, לפשט תהליכים ביורוקרטיים ולהגיד "כן" ולא "לא" כברירת מחדל.**

בשבוע הראשון שלאחר ההצהרות הגרנדיוזיות על חבילת סיוע של 80 מיליארד שקל למשק, מצאו את עצמם רבים מתקשים לממש את ההטבות שעליהן הוכרז. כך למשל בקבלת אשראי מן הבנקים או במימוש תשלומי ההעברה המובטחים. בימי משבר, זהו אובדן אמון שמחירו יקר.

בנוסף, על האוצר לקבל החלטות דחופות ביחס לסיוע לענפי התיירות והתעופה, שהיו הראשונים לסבול מעצירת התיירות העולמית ומושבתים היום כמעט לגמרי. הממשלה רשאית כמובן לקבוע קריטריונים משלה לסיוע לחברות פרטיות, אולם חובה עליה להחליט במהירות ולא להתמהמה, שכן המשבר בתחומים אלה הוא טוטאלי ומתמשך מראשית ימי המגיפה.

**אין למסות את סכומי המענקים לעצמאים, או לקבוע להם תקרת הכנסה. יש למצוא פיתרון לבעלי שליטה בחברות מיעוט.**

העמדה הראשונית של אגף התקציבים היתה ש"כל הכנסה בישראל חייבת במס".<sup>xxxvi</sup> הוועדה סבורה שעם כל הכבוד לעיקרון, למסות בעשרות אחוזים מענק שאינו מכסה, במקרה של רוב העצמאים, אפילו חלק קטן מנזקיהם, והוא יותר בגדר דמי מחיה מאשר פיצוי על הכנסה, הוא בבחינת לעג לרש. לאחר מכן התבשרנו שאכן מענקים אלה לא ימוסו, ואנו סבורה שזו צריכה להיות המדיניות גם לגבי הטבות דומות העתיד. כנ"ל לגבי תקרת הכנסה המזכה במענק (כולל הכנסה שלא מעבודה), שאינן קיימות לגבי שכירים: יש לבטל אותן.

בעלי שליטה בחברות מיעוט מהווים קבוצה הנופלת כרגע בין הכיסאות, ואינה זוכה לסיוע כלל. יש לטפל בה פרטנית.

#### **יש להימנע מהגבלות שרירותיות של גיל או קריטריונים אחרים לקבלת סיוע.**

הסיוע לעסקים הוגבל תחילה שרירותית למי שהוא מעל לגיל 28, סף שהורד אחר כך ל-23. הסיוע ליחידים נקבע מגיל 20. לגילאים אלה לא נמסר כל נימוק הגיוני. גם כאן יש לנקוט גישה מרחיבה ומפשטת, ולא צמצום הנתפס כקטנוני.

#### **יש לסייע למגזר השלישי לצלוח את המשבר**

עמותות המגזר השלישי, שבנושאים רבים ממלאות את תפקידה של הממשלה, נכנסו למשבר במצב רעוע, כתוצאה מהיעדרו של תקציב מדינה לשנת 2020. הן צפויות גם לקשיים בגיוס כפסים לאחריו בגלל המשבר הכלכלי העולמי. המינימום הנדרש הוא לסייע להן לשמור על התשתיות שלהן בעת המשבר, ולסייע להן בכיסוי ההוצאות הנוספות על מיגון והוצאות שוטפות אחרות. הוועדה התרשמה כי בתכנית האוצר שפורסמה אין מענה ראוי לצורך חיוני זה.

#### **יש לעודד רכישה של תוצרת הארץ, ולחזק את התעשייה והחקלאות בישראל**

משבר כגון הקורונה מוכיח את הטענה שבצד פתיחת חסמים וניסיונות להוריד את יוקר המחיה, ישראל חייבת לראות בתעשייה ובחקלאות המקומיות נכסים אסטרטגיים, המבטיחים עצמאות תזונתית וייצור מוצרים חיוניים בכל עת. על הממשלה לעזור לענפים אלה לעבור את המשבר, ולקבוע יסודות איתנים לעתיד

#### **יש לגבש תכנית סיוע מיוחדת לעיר אילת**

אילת, שכמעט כל פרנסת תושביה היא על התיירות, סובלת מאחוזי אבטלה גבוהים משל שאר המדינה, מצב המוחרף עוד יותר בשל בידודה הגיאוגרפי. יש לעצב מיידית תכנית סיוע מקיפה לעיר, וכן תקציבים לשיווק ולהחזרת הטיסות לאילת מייד כשיתאפשר.

#### **יש להתכונן ביסודיות ליום שאחרי, ולהפוך את המשבר להזדמנות ככל שניתן**

לישראל תנאי פתיחה טובים לצאת מן המשבר במצב טוב יותר ממדינות אחרות. מצבה הכלכלי ערב המשבר היה איתן. החברה הישראלית צעירה, יזמית ובעלת כושר הסתגלות גבוה. אם יפעלו מקבלי

ההחלטות הכלכליים מתוך נחישות לשמור על הקיים בעת הסערה, ולנצל את המצב לביצוע מהלכי רפורמות המתאפשרים בעיתות משבר, תוכל הכלכלה הישראלית להתאושש מהר יותר מכלכלות אחרות בעולם, ולנצל את הימים שלאחר המשבר לזינוק קדימה. גם להיבט זה יש לבנות אסטרטגיה סדורה.



## ממשל

מגיפת הקורונה היא אתגר כבד למערכות החיים והשלטון בישראל. ואולם סופרלטיבים כגון "אירוע של פעם במאה שנים"<sup>xxxvii</sup> אינם נותנים הסבר של ממש לחוסר ההיערכות למשבר לאומי בסדר גודל כזה. ישראל היא מדינה שהיערכות לחירום היא לחם חוקה; יותר מכל מדינה במערב, אוכלוסייתה נותנה תחת איום מידי של תקיפה מאסיבית באש, ומקדישה לכך משאבים גדולים. גם רעידות אדמה או מתקפת סייבר מדינית, שתי סכנות שסבירותן קיימת באופן המחייב היערכות, מצדיקות הכנה של מערכי קבלת החלטות, ניהול, פיקוד ושליטה לאומיים שאפשר להשתמש בהם גם במקרה של מגיפה.

במדינות אחרות, ובמיוחד כאלה שעברו את מגיפות ה-SARS וה-MERS, הוקמו מזה זמן מערכים להתמודדות עם מגיפה, שניתן ללמוד מהם וליישם אותם. בישראל, למרות זמן ההתראה הלא קצר וקיומן של מערכות חירום מוכרות בתוך משר הביטחון (רח"ל, מל"ח ועוד), לא הוקם טרם הגעת המגיפה לכאן מטה דומה. לא מונה אופרטור שיתפקד כ"רמטכ"ל" האירוע, מתחת לדרג המדיני ובראש שולחן שסביבו יושבים נציגי מערכות הבריאות, הרכש, ביטחון הפנים, ההסברה ועוד. לא הוקם גם "קבינט קורונה" בממשלה, בראשות ראש הממשלה ובהשתתפות השרים הרלבנטיים – כדוגמת הקבינט המדיני-בטחוני הפועל בשיגרה ובחירום כדרג העל לקבלת החלטות.

לכשל ממשלי זה היו השלכות מתמשכות על ניהול המשבר מנינו כאן דוגמאות לכך בתחום ההצטיידות (מסיכות, מכונות הנשמה); בהיעדרו של מטה אופרטיבי וקבינט, הפכו ויכוחים לגיטימיים על מדיניות להנחיות סותרות. רק כדוגמה, אפשר למנות את האיחור הגורלי בהנחיות לריחוק פיסי בציבור החרדי, או המדיניות ביחס לשבים מחו"ל. במקרה אחרון זה היו הנחיות סותרות לגבי בדיקתם והעברתם לבידוד, כולל הנחיה מטעם שר הביטחון שבטלה על ידי ראש הממשלה והמל"ל והוחזרה רק לאחר ביקורת ציבורית.

במחצית השנייה של פברואר החליט ראש הממשלה שהמטה שינהל את המשבר יהיה המטה לביטחון לאומי (מל"ל). להחלטה זו לא קדם דיון משפטי, בדבר סמכותו של המל"ל, הפועל מכח חוק המל"ל משנת 2008, לרכז ולהוביל משבר מסוג זה, וסוגיה זו לא הסודרה להבנתנו עד תאריך פרסומו של מסמך זה. ואולם השאלה איננה מתוקף מה פעל המל"ל אלא איך פעל. וכאן עולות תהיות כבדות, המשתקפות בדברים שאמרו ראשיו לוועדה.

ראש המל"ל תיאר את הדברים כך: "למה המל"ל נמצא באירוע הזה? לא רק משום שמדובר באירוע חוצה משרדים, אלא בראש ובראשונה משום שנדרשת כאן, בחלק גדול מהתחומים, החלטה מהירה בגלל מה שאמרתי קודם לכן – מחיר הטעות בהשתוות בקבלת החלטה הוא משמעותי... נכנסנו לאירוע עם מרכיבי אי-ודאות מאוד מאוד לא שגרתיים, היינו צריכים לגבש את מנגנון הניהול בו תוך כדי תנועה. אמר ראש הממשלה: אנחנו נקבל את ההחלטות תוך כדי תנועה, נקבל החלטות מהירות, ולאחר מכן נסדר את הטעות".<sup>xxxviii</sup>

גם מדבריהם של גורמים אחרים שהופיעו בפני הוועדה עולה, כי החלטות מדיניות כבדות משקל התקבלו בפורום מצומצם, שכלל פרט לראש הממשלה את מנכ"ל משרד הבריאות ולאחר זמן גם את מנכ"ל משרד האוצר.

הוועדה סבורה כי עצם התפיסה הזו מעידה על כשל מחשבתי וארגוני. למל"ל אין כלים ארגוניים עדיפים של שום מטה אחר, אפילו לא מטה שיוקם באופן ארעי למשימה הספציפית של התמודדות עם משבר הקורונה. ודרג מדיני לא אמור לקבל, במשבר רב-ממדי ועמוק כמו זה, "החלטות מהירות תוך כדי תנועה".

אין להתעלם מכך שהמל"ל הפך בשנים האחרונות פחות למטה לטיב תהליכי קבלת ההחלטות בנושאים המדיניים-בטחוניים, ייעודו המקורי על פי חוק המל"ל, ויותר לזרוע שליחויות מטעמו של ראש הממשלה. להחלטה של גישה זו על משבר הקורונה היו השלכות שליליות על קבלת ההחלטות.

גם בקבלת ההחלטות בדרג הלאומי שלטה התפיסה של "מחיר הטעות", תוך שקלול חסר של השפעות הרוחב והעומק של ההחלטות. מערכי משרד הביטחון הופעלו באיחור – כך, למשל, ניתנה הוראה למנהל הרכש, שיש לו יכולות מובהקות לרכוש ציוד בכמויות גדולות, לסייע לחברת "שראל" רק ב-13.3, כשהמשבר כבר היה בעיצומו.

גופים שהתנדבו לעסוק במשימות שונות נכנסו אל הוואקום הזה, לא בתהליך סדור אלא באילתור שהתבסס על קירבה למקבלי ההחלטות או מוניטין מתחומים אחרים. לא ברור להוועדה מדוע דווקא המוסד, גוף בעל מוניטין מוצדק בתחומי פעילותו, הופקד על רכש של מכונות הנשמה, חומרים לבדיקות ומסיכות, תחום שאין לו בו שום יתרון יחסי.

תחומים מובהקים הקשורים לניהול המשבר, כמו למשל תחום ההסברה, לא אוישו באנשי מקצוע, ולא הופעלו מטות קיימים ורבי עוצמה כמו דובר צה"ל, או מערך ההסברה המיומן של פיקוד העורף. הפצת המידע בשפות שאינן עברית גם היא לוקה בחסר.

בחינת פעולתן של מדינות שהיטיבו להתמודד עם אתגר הקורונה מעלה שבכולן, אמון הציבור במערכות היה מרכיב חיוני בהבטחת שיתוף הפעולה של האוכלוסייה; ואולם שאלות הוועדה לאנשי המל"ל בתחום זה נתקלו בתשובות כמו "ראש הממשלה מופיע בטלוויזיה ומסביר את המצב" או באיזכור שיחותיו של רוה"מ עם גורמים בינלאומיים. השאלה מדוע אין דסק מסודר, מאוייש ביועצי התקשורת המובילים בישראל, שיוביל מערכת הסברה והעברת מידע לציבור, כולל מידע בשפות שונות, לא זכתה למענה של ממש.

הוועדה סבורה כי יש להקים בהקדם גוף אופרטיבי-ניהולי לניהול משברים לאומיים. בראש גוף זה יעמוד איש בעל ניסיון בניהול מערכות ציבוריות גדולות, שיוביל שולחן ובו נציגים מכל המערכות שהמשבר משפיע עליהן, בדומה לשולחן המטכ"ל. גוף זה יוביל הן את קבלת ההחלטות היומיומית והן את החשיבה קדימה, באמצעות צוות המקביל לתפקידו לאגף התכנון בצה"ל.

לכל נציג סביב השולחן יהיה קשר ישיר לאנשי המשרד הרלבנטי, לקבלת מידע ולהצפת בעיות הדורשות פיתרון. נציגי המשרדים השונים יהיו קבועים, ויתרגלו מעת לעת את תפקודם במערך החירום. יהיו נציגים גם לקהילה החרדית ולחברה הערבית.

במקרה הצורך, בתחום ההסברה או המדע למשל, יגויסו למטה טובי המומחים בארץ, שייקבעו מראש ויתורגלו מעת לעת. הגוף האופרטיבי יעלה לדרג המדיני סוגיות הדרושות החלטות מדיניות, וישם אותן בשטח, בדומה למערכת היחסים בין המטה הכללי לבין הקבינט בעת חירום ביטחוני.

הוועדה קוראים ליישום מסקנה זו בהקדם, בדומה לתהליך שהוביל לשינוי בהגדרת המל"ל ותפקודו לאחר מלחמת לבנון השנייה. אז קמה ועדת ליפקין-שחק, שהתוותה את קווי המתאר של המל"ל; לאחריה הוכן תזכיר חוק, שהפך עם הימים לחוק המל"ל. הוועדה סבורה כי החקיקה והקמת מטה החירום הלאומי צריכים להיות מושלמים עוד לפני החורף הקרוב – המועד שבו צפויה, על פי ההערכות, התפרצות מחודשת של נגיף הקורונה.

	i	דין הוועדה 26.3
	ii	דין הוועדה 5.4
	iii	דין הוועדה, 31.3
	iv	דין הוועדה, 5.4
	v	דין הוועדה 31.3
	vi	דברי יו"ר איגוד הפסיכיאטרים ויו"ר המועצה הלאומית למניעת אובדנות, דין הוועדה 6.4
	vii	דין הוועדה 5.4
	viii	דין הוועדה 5.4
	ix	מנכ"ל משרד הבריאות בדיון הוועדה, 26.3
	x	מנכ"ל משרד הבריאות, 26.3
	xi	כך למשל דו"חות המבקר 69ב' ממאי 2019, 63 ג' ממאי 2013, 65 ג' ממאי 2015, 66 ג' ממאי 2016 ועוד.
	xii	דין הוועדה 26.3
	xiii	דין הוועדה 26.3
	xiv	דין הוועדה 31.3
	xv	מנכ"ל משרד הבריאות אמר על בדיקה זו כי "יש לה הרבה מגבלות תוקף והיא נותנת רק תמונת מצב לאותו רגע", 26.3
	xvi	מתוך מסמך של מרכז המסמך והמידע של הכנסת, 3.4
	xvii	שם
	xviii	מסמך הממ"מ, 26.3
	xix	דין הוועדה, 30.3
	xx	לדברי סמנכ"לית משרד הבריאות, 30.3
	xxi	דין הוועדה, 26.3
	xxii	דין הוועדה, 30.3
	xxiii	דין הוועדה 2.4
	xxiv	<a href="http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51">http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51</a>
	xxv	מחקר הממ"מ לפי בקשת הוועדה, 3.4
	xxvi	נמסר ליו"ר הוועדה מנתוני משרד הבריאות
	xxvii	לפי נתוני ה-CDC מאמצע מרץ, 80% מהנפטרים מקורונה בארה"ב היו בני 65 ומעלה
	xxviii	דין הוועדה, 30.3
	xxix	נתוני ה-CDC
	xxx	דברי המשנה למנכ"ל בית החולים איכילוב, 2.4
	xxxi	דין הוועדה 6.4
	xxxii	דין הוועדה 29.3
	xxxiii	כ-30 פניות להלוואה מתוך כ-3500 בקשות עד ל-31.3. דין הוועדה 31.3
	xxxiv	דין הוועדה, 29.3
	xxxv	דברי מנכ"ל משרד האוצר בדיון הוועדה, 29.3
	xxxvi	דין הוועדה 1.4
	xxxvii	דברי ראש הממשלה בפנייה לציבור, 17.3
	xxxviii	דין הוועדה 26.3