

מגיפת הסארס בקנדה.
הקימו ועדת חקירה
(צילום אילוסטרציה:
ויזואל)



תיבת פנדמיה

השאלה היא לא "האם", אלא "מתי". שלוש התפיסות של המגפה במאה האחרונה – השפעת הספרדית בשנת 1918, השפעת האסיאתית ב-1957 ושפעת הונג-קונג ב-1968 – מבהירות שהתפרצות פנדמיה מסוג שפעת היא רק שאלה של זמן. האיום הנוכחי מגיע מכיוון נגיף שפעת העופות, שזוהה לראשונה בשנת 1997 בהונג-קונג. הנגיף הקטלני תוקף אמנם בעיקר בעלי כנף, אבל אותר גם בכמה מקרים בבני אדם. ארגון הבריאות העולמי, שמתריע כבר שנים על הסכנה שבהפיכת שפעת העופות הקטלנית למידבקת בקרב בני אדם, הודיע כי על כל מדינה לנקוט את הצעדים הנדרשים כדי להגן על האוכלוסייה מפני התפרצות המגפה.

< המשך בעמוד הבא >

הסארס שפגע קשות בקנדה בשנת 2003 המחיש את היקף הנזק למדינה שלא התכוננה כיאות להתפרצות מגפה ■ "התוכנית הלאומית להיערכות לפנדמיה" של משרד הבריאות מתייחסת ברצינות לאזהרות ארגון הבריאות העולמי ומנסה להביא את כל הגורמים במערכת לשיתוף פעולה ■ עד כמה ישראל ערוכה להתפרצות מגפות כמו שפעת העופות, על רקע הקיצוץ בשירותי בריאות הציבור < **רונית הראל**



תיבת פנדמיה

< המשך מעמוד קודם >

אם יתרחש התסריט המאיים, יהיו לכך השלכות נרחבות מבחינת בריאות הציבור: ריבוי חולים ועומס על מערכת הבריאות בכל הרמות – על המרפאות בקהילה ועל בתי החור לים – תחלואה בהיקף ניכר, אשפוזים, תמותה ופגיעה כלכלית במשק, כולל פגיעה במערכות חיוניות וקריסת התיירות לישראל.

עד כמה ישראל ערוכה לכך? משרד הבריאות פעל אמנם לגיבוש תוכנית לאומית להתמודדות עם הנושא, על בסיס המלצות שהגישו הוועדות השונות שהקים (ובהן ועדת תרופות וחיסונים, ועדת קהילה ואחרות), אבל הקיצוץ המתמיד בשירותי בריאות הציבור, אלה שאמורים לעמוד בחזית המניעה, והתקציבים החלקיים שהועמדו לטובת ההצטיידות בתרופות – מעוררים את החשש מפני תוצאות קשות.

בעקבות הסארס

אין צורך לתת לדמיון להרחיק לכת. תסריט של התפרצות מגפה כבר התרחש לאחרונה במציאות, כשהוא מערב מדינה מערבית מתקדמת. מדובר במגפת הסארס, אשר בשנת 2003 פגעה קשות בקנדה. 44 חולים מתו מהמחלה; אך מעבר לתחלואה ולתמותה, נרשמה פגיעה כלכלית נרחבת, הקשורה לתיירות ולרכש סחורות, מיתון בתוך המדינה ונזק עקיף שקשה לאמוד אותו במספרים כתוצאה

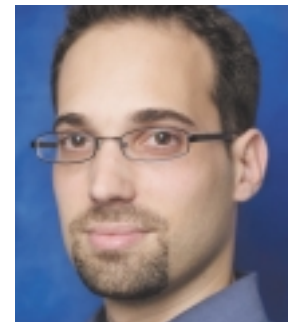
מתוך הלקחים שפורסמו על ידי ועדות החקירה – כל אלה נזקים המוערכים במיליארדי דולרים. בקנדה מיהרו להקים ועדות חקירה לאומיות ובמטרה להבין מה הביא לתוצאות הקשות. החוקרים שמואל רזניקוביץ', מנהל אדמיניסטרטיבי של המרכז הגריאטרי נתניה, וד"ר רן בליצר, המסיים התמחות ברפואת הציבור, דלו

מאובדן ימי עבודה ונזקים מורליים וחברתיים – כל אלה נזקים המוערכים במיליארדי דולרים.

במטרה להבין מה הביא לתוצאות הקשות. החוקרים שמואל רזניקוביץ', מנהל אדמיניסטרטיבי של המרכז הגריאטרי נתניה, וד"ר רן בליצר, המסיים התמחות ברפואת הציבור, דלו

לית לפנדמיה", אומר ד"ר בליצר. למודי ניסיון, הקנדים אינם מוכנים לתת לפנדמיה לתפוס אותם שוב לא מוכנים. השקעות נרחבות בתשתיות בריאות הציבור הן רק חלק מהפעולות שמבצעת המדינה כדי ש"שנית

ד"ר רן בליצר
"הקנדים מצאו שהעדר גוף מתאם ברמה הלאומית, חלוקת אחריות לא מוגדרת מראש ובקרת זיהומים לקויה בבתי החולים פגעו במוכנות למגפה. אנו עושים מאמץ להטמיע את הלקחים בתוכנית היערכות הישראלית"



התוכנית: הצטיידות בתרופות בעבור מהאוכלוסיה
 (צילום אילוסטרציה: אימג' בנק)



ד"ר איתמר שליט

"הנעלם הגדול הוא התנהגות האוכלוסיה. הניסיון במלחמות המפרץ ובאירועים אחרים מראה שאם אין הסברה יעילה ומשומנת, התנהגות האוכלוסיה פחות טובה ממה שהיינו מייחלים לה"

שיש להחזיק במלאי, כדי לתת מענה ל"מכה הראשונית". ד"ר איתמר גרוטו, החבר בוועדת התרופות והחיסונים במסגרת התוכנית הלאומית להתמודדות עם פנדמיה, מספר כי הוועדה המליצה על הצטיידות בתרופות שייטנו מענה ל-25% מהאוכלוסיה. בארצות-הברית, אגב, הוזמנו תרופות בכמות המתאימה לאחוז מהאוכלוסיה, אבל פועלים כעת להגדלת הכמות. בבריטניה הזמינו 25%, ובקנדה - 8%. המשמעות הכספית של תרופות ל-25% מהאוכלוסיה היא כ-200 מיליון שקל. בשלב זה אושרה הצטיידות בכרבע מהסכום הנדרש. פתרון אפשרי לבעיה יכול לבוא מכיוון התחליפים הגנריים הזולים יותר בהשוואה לתרופות הפטנט היקרות - אם כי יעילותם אינה ברורה.

ד"ר איתמר שליט, יו"ר האיגוד הישראלי למחלות זיהומיות וחבר הצט"מ (צוות טיפול מגפות) במשרד הבריאות, טוען כי חלוקה נכונה של התרופות תהיה לפי 90% תרופות פטנט ו-10% תרופה גנרית: "אם יהיה לנו מזל, התרופה הגנרית תכפיל או תשלש את כמות המשתמשים, אבל אם אין לנו מזל והתרופה הגנרית אינה יעילה, לא הפסדנו הרבה", הוא מסביר. "התקציב הנוכחי נותן מענה לאחוז קטן מאוד מהאוכלוסיה. מצד שני, אנחנו מבקשים להעלות את הסכום, אבל בשלבים. מכיוון שלא מדובר ב'אקדח המכוון לרקח', גם התקציב יכול להתפרס על שנה-שנתיים".

מעבר לשאלה התקציבית, עולה שאלה נוספת בדבר אחסון התרופות. "אין לנו תשורת ברורות", מודה ד"ר שליט. "הרעיון הוא לאחסן את התרופות בריכוזים סגורים, ולא בידי האוכלוסיה. מצד שני, אם מחזיקים תרופות במחסנים, צריך ליצור מערך לוגיסטי, שיאפשר חלוקת תרופות, מבלי שהאזרחים יידרשו לנסוע רחוק ממקום מגוריהם". למרות הקשיים, מוצא ד"ר שליט סיבות

הרווח המשוקלל למשק על כל שקל שיושקע בתרופות יעמוד על כ-3.5 שקלים. "החישוב הזה", מפרט ד"ר בליצר, "מדגים כיצד, גם בהסתכלות כלכלית צרה, השקעה בהיערכות ובמניעה משתלמת למשק לטווח הארוך; היא לא רק מצילה חיים, אלא גם חוסכת כסף. לא כל השקעה בבריאות צריכה להיות חסכונית - לרוב, בריאות טובה עולה כסף - אבל כאשר התערבות הינה גם יעילה וגם משתלמת, כדאי שבעתיים לנקוט אותה".

היכן לאחסן

שתי בעיות עיקריות עמדו בפני חברי ועדת התרופות והחיסונים שהקים משרד הבריאות: האחת, עלותן הגבוהה של התרופות, והאחרת - שאלת הכמויות שבהן יש להצטייד מראש. כמענה לכך חישוב בוועדה את כמות התרופות

פנדמיה במספרים

מספר חולים <

1.9-1.6 מיליון

ביקורים אצל הרופא <

960-780 אלף

אשפוזים <

23,000-10,000

פטירות <

6,200-2,850

* הערכות עבודה על בסיס נסיון העבר בשלוש התפרצויות פנדמיה, כפי שהובאו לוועדת התרופות והחיסונים לפנדמיה של משרד הבריאות.

הסארס לא יחזור". לא במקרה, מגלים הקנדים עניין רב במחקר חדש של ד"ר בליצר, שערך יחד עם ד"ר איתמר גרוטו, מרצה במחלקה לאפידמיולוגיה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, ואחרים.

בראיון שהעניק ד"ר בליצר לסוכנות הידיעות הקנדית (Canadian Press) לקראת פרסום המחקר במגזין האמריקני Infectious Diseases Emerging, הוא מסביר כיצד, בחישוב עלות מול תועלת - הצטיידות בתרופות לפנדמיה תחסוך כסף למשק ולמערכת הבריאות. על פי המודל הכלכלי החדשני שבנו ד"ר בליצר וד"ר גרוטו, גם אם מתייחסים לסיכון לפנדמיה כנמוך - עד פעם ב-80 שנה - עדיין רכש של תרופות אנטי-יראליות וצבירתן יהוו השקעה שמכסה את עצמה.

הערכה זו מביאה בחשבון את עלות רכישת התרופות בהשוואה לעלות הפנדמיה בכל ההיבטים, כולל נזק למשק ואובדן ימי עבודה. החוקרים מצאו, כי עלות המחלה למשק תאמיר לכדי 1.5 עד 2 מיליארד שקל, ועל פי נתונים אלה

< המשך בעמוד הבא >



תיבת פנדמיה

< המשך מעמוד קודם >

להיות אופטימי: "אם היינו נערכים בדקה ה-90, כפי שקורה לנו תמיד, לא הייתי אופטימי. נראה שיש דמיון רב בהליכי המחשבה בינינו למדינות מתקונות אחרות: יש תקציב מסוים, יש חשיבה, ואנחנו ברשימת הרכש הבינלאומי מית. אלה נקודות חשובות. הרבה יושפע מהחלטת האוצר. אם התקציב יהיה רק בהיקף שאושר עד כה, אני לא אופטימי; אם הכיסוי הרפואי יהיה גדול יותר - האימפקט של המגפה יקטן בצורה ניכרת. "הנעלם הגדול הנוסף הוא התנהגות האוכי-לוסיה. הניסיון ממלחמות המפרץ ומאירועים אחרים מראה שאם אין הסברה יעילה ומשומנת, התנהגות האוכלוסייה פחות טובה ממה שהיינו מייחלים לה. אני חושש שבישראל יש נטייה לטמון את הראש בחול בנושאים אלה, ובהיבט הזה אני פחות אופטימי".

פרסום מסיבי

התנהגות האוכלוסייה, סבורים המומחים, משמעותית במקרה של מגפה בעלת יכולת התפשטות קטלנית. על פי ההערכות, מספר החולים בישראל עלול להגיע בתוך כמה חודשיים מההתפרצות ל-1.6-1.9 מיליון; מהם, בין 2,850 ל-6,200 מיתות (ראו מסגרת). להתנהגות הציבור נודעת חשיבות רבה באשר להיקף פי החשיפה, ומכאן החשיבות של העברת

ד"ר דרור גוברמן, מנהל המחלקה לרפואה קהילתית במינהל הרפואה של משרד הבריאות ויו"ר הוועדה, מזכיר כי מדובר ב"פיגוע המוני קהילתי", שבו - בהגדרה - הצורך בתשומת לב רפואית גדול מיכולתה של המערכת לספק. כל תוכנית מגירה שעוסקת בהתנהגות הקהילה, הוא סבור, חייבת לכלול העברת מסרים יעילה לציבור: "המסר העקרוני של ועדת הקהילה במצב של פנדמיה הוא להגיע למרפאות רק בשל סיבוכים שמחייב טיפול ספציפי, כגון אנטיביוטיקה או הפניה לאשפוז", אומר גוברמן. "הוועדה הגדירה בצורה פרטנית את הממצאים שיש לשים לב אליהם באבחון החולי, וערכה מסמך-אב, שיסייע לקופות החולים להפיק הנחיות ספציפיות לטיפול".

הקושי המרכזי, מסביר ד"ר גוברמן, כרוך באלימות הווירוס ובסיבוכים האפשריים: "הגדרנו על פי הספרות הרפואית התוויות מומלצות לפנייה לרופא - סימפטומים וסימנים של דלקת ריאות עם מצוקה נשימתית שלא הגיבה לטיפול, סיבוכים נירולוגיים או סיבוכים קשים במחלת הרקע - סיבוכים הדורשים

המסר ויישמו בתוך הקהילה. הנחת היסוד של ועדת הקהילה, שפעלה במסגרת התוכנית הלאומית להיערכות לפנדמיה, היתה פסימית למדי: לא יימצאו מקורות חלופיים משמעותיים לתגבור מרפאות הקהילה, אם כי בשעת הדחק ניתן יהיה להיעזר בכל הצוותים הרפואיים בקהילה; קרי, רופאים במקצועות רפואה שניוניים שאינם עוסקים באופן שוטף בטיפול בשפעת.

ד"ר דרור גוברמן

"המסר העקרוני של ועדת הקהילה במצב של פנדמיה הוא להגיע למרפאות רק בשל סיבוכים שמחייב טיפול ספציפי, כגון אנטיביוטיקה או הפניה לאשפוז. ערכנו מסמך-אב, שיסייע לקופות להפיק הנחיות ספציפיות לטיפול"



**שפעת העופות.
התפרצות של מגיפה היא
רק שאלה של זמן
(צילום אילוסטרציה:
אימג' בנק)**



עו"ד לאה ופנר

"אסור להפריט את מערכת הרפואה המונעת. הבנק העולמי, שבדרך כלל תומך בכל הפרטה שהיא, מתנגד להפרטה ברפואה המונעת, בטענה שבסופו של דבר היא נותנת את החזר ההשקעה הטוב ביותר"

עו"ד ופנר סבורה גם, כי כל התמודדות עם מגפה מחייבת מעורבות של רשויות המדינה, ואין להשאיר בידי "קבלני משנה", קרי קופות החולים: "אם צריך להיכנס לאזור מסוים לתת חיסון, אי אפשר שכל קופה תטפל באנשיה. נדרש ניהול מרכזי, כמו במצבי חירום אחרים."

"מודיעין רפואי"

בין אם תחת ניהול מרכזי ובין כגורמים עצמאיים - קופות החולים יהיו בין הגופים המרכזיים שיצטרכו לספק את שירותי הרפואה אם תתחולל מגפה, ולו משום העובדה שהקופות פזורות בקהילה, מצפון הארץ לדרומה. פרופ' שוקי שמר, מנכ"ל מכבי שירותי בריאות ומי שפרסם ספר שעוסק בטרור ביולוגי, טוען כי היערכות הקופות להתמודדות עם פנדמיה דומה להיערכותן לכל אירוע ביולוגי, ובכלל זה אירוע טרור ביולוגי. פרופ' שמר ממשיך זאת לפיגוע המוני, שבו מערכת הבריאות צריכה לגייס את כלל המשאבים, כוח האדם והתשתיות כדי להעי

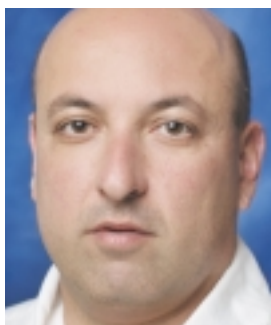
להתמודדות עם מגפת הסארס. "ידוע, שהשק" עה ברפואה מונעת היא נכונה הן מההיבט הבריאותי והן מההיבט הכלכלי, ולמרות זאת יש נטייה טבעית שלא להשקיע - ואפילו לקצץ", אומרת עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל הר"י. "פעמים רבות הסיבה לכך היא שההשקעה היא לטווח ארוך, כאשר את הפוליטיקאים שנמצאים במערכת לתקופה קצרה, זה פחות מעניין". התחזיות העולמיות המדאיגות להתפרצות מגפה מחזקות את הצורך במערכת הרפואה המונעת. "אסור להפריט את המערכת הזו", אומרת עו"ד ופנר. "הבנק העולמי, שבדרך כלל תומך בכל הפרטה שהיא, מתנגד להפרטה ברפואה המונעת, בטענה שבסופו של דבר היא נותנת את החזר ההשקעה הטוב ביותר."

"מדינת ישראל עושה בדיוק ההפך: לא משקיעה, לא מעדכנת, ויותר מזה - מקצצת על ימין ועל שמאל, בניגוד לכל התיאוריות הכלכליות", אומרת עו"ד ופנר. "היסטורית, ישראל לא הוכיחה שהיא מסוגלת להיות מוכנה. כשהיה חשש ממתקפת אבטעות שחורות, נוצרה היסטריה ברגע האחרון, ואין סיבה לחשוב שבפעם הבאה זה יהיה אחרת. אם פוגעים היום בתשתיות - זה עלול להיות מאוחר מדי."

< המשך בעמוד הבא >

ד"ר איתמר גרוטו

"על פי המודל הכלכלי החדשני שבנינו, גם אם מתייחסים לסיכון לפנדמיה כנמוך - עד פעם ב־80 שנה - עדיין רכש של תרופות אנטי-ויראליות וצבירתן יהוו השקעה שמכסה את עצמה"



טיפול ספציפי כמו אנטיביוטיקה או אשפוז". במקביל, הגדירה הוועדה קהל יעד של אוכלוסיות בסיכון - חולים כרוניים בדגש על חולי לב ומחלות דרכי הנשימה, קשישים, נשים בהריון ותינוקות רכים. הוועדה המליצה על פרסום מסיבי בכלי התקשורת ועל העברת מסר כללי של הימנעות מהצטופפות במקומות הומי אדם, סגירת בתי ספר במקרים מסוימים, והסתייעות באתרי האינטרנט וב־Call Centers (מוקדי הטלפון) של קופות החולים. כל עוד לא הושלמה ההצטיידות בתכשירים האנטי-ויראליים בהיקפים נאותים, בוועדת הקהילה דבקים במודל שהתוו. עם זאת, "אם תהיה הצטיידות בכמויות מספקות, הגישה תצטרך להיות של חלוקה מוקדמת; וזו כבר גישה אחרת לחלוטין", מסכם ד"ר גוברמן.

"נוצרה היסטריה"

אירועי הסארס בקנדה הדגימו, בין השאר, כיצד קיצוץ מתמיד בשירותי הרפואה המונעת הותיר את המערכת ללא כוח אדם מספיק



תיבת פנדמיה

< המשך מעמוד קודם >

ניק טיפול ראשוני, שניוני ושלישוני לאוכלוסיה, ובסופו של דבר להפחית תחלואה ותמותה. ובכל זאת, מדגיש פרופ' שמר, המערכת מעולם לא עברה התנסות דומה. לדבריו, "השאלה המרכזית במגפה מסוג זה היא אם גופי השירות יוכלו לתת מענה לעודפי הביקור שים, ולתת שירותים נרחבים עשרות מונים מאלה הקיימים היום בשגרה". באירוע כזה, על פי הגדרתו, מבהיר פרופ' שמר, יהיו יותר חולים מאשר צוותים רפואיים שיוכלו להעניק להם טיפול, ועל כן "המערכת צריכה להשכיל לנצל כוחות עזר מחוץ לעולם הרפואי".

– האם קופות החולים, המתחרות זו בזו בימים של שגרה, ישלבו ידיום לעבודה משותפת במקרה חירום מעין זה?

פרופ' שמר: "בישראל הוכיחו שבזמן מצוקה יודעים לעבוד יחד. האיום מחייב ריכוז של כוחות ושיתוף פעולה בין קופות החולים, ואני מאמין שבאירוע חירום מסוג זה יעלמו ההתחשבנויות הקיימות בין הקופות ביום יום".

לדבריו, אם ישראל תשכיל לנצל את תשתית הידע הרב שרכשה בתחום תורת ההפעלה כנגד פיגועים ביולוגיים, תתרגל את צוותי הרפואה, את המינהל והשיטה, ותצטייד מראש בצידו רפואי כללי ובתרופות מתאימות – אזי גדלים סיכוייה להשתלט על פנדמיה מסוג זה. "נדרש

כאן, קודם כל, מודיעין רפואי טוב, שיזהה את המחלה בשלבים המוקדמים ביותר. למכבי, למשל, יש מערכת מיחשוב טובה, שתעביר את הנתונים למרכז הישראלי לבקרת מחלות. ככל שהנתונים יועברו בהקדם על ידי הקופות, אפשר יהיה לזהות תחלואה. בהמשך, יידרש עיבוד אפידמיולוגי ואישור מעבדתי.

"מובן, שיש צורך בכך שמדינת ישראל תקצה את המשאבים ברמה הלאומית, ושבמחסי החירום יהיו מספיק חומרי גלם ותרופות לטיפול. לקראת אפשרות של מגפה כזו, ראשי מערכת הבריאות צריכים להתכנס ולהתארגן דרך המחוזות ובשיתוף פעולה רב-קופתי. תנאי נוסף הוא התארגנות מהירה של בתי החולים בחדרי המיון ובמרפאות החוץ, והקמת מרכזי מיון נוספים, על פי הצורך, גם בקהילה. תנאי חשוב נוסף הוא שיבודדו ככל שניתן אזורים מוכי שפעת מסוג זה, כדי למנוע את התפשטות המחלה.

"אלה הם האתגרים, ואני מאמין שלמערכת הבריאות יש הידע, התשתית והכוחות לבצע אותם; ובלבד שהציוד הרפואי והתרופות יהיו קיימים", אומר פרופ' שמר.

"קשה להתנבא"

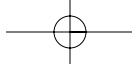
בבתי החולים מודאגים באשר ליכולתם להיענות למשימה. ד"ר מאיר אורן, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה ויו"ר הוועדה להיערכות בתי חולים לאירוע ביולוגי, שפעלה במסגרת התוכנית הלאומית להיערכות לפנדמיה, מודה שהוא מוטרד. ד"ר אורן, לשעבר מנכ"ל משרד הבריאות, מסביר כי ככל שהדבר נוגע לתשתיות פיזיות אשפוזיות, כמו למשל חדרי בידוד בתנאים של תת-לחץ – בבתי החור לים בארץ יש חסר משמעותי. שיעור מיטות האשפוז בישראל נמוך ביחס למקובל בעולם המערבי, הוא אומר, וצופה כי במצב של צורך

קיצוני – החסר הזה יורגש שבעתיים. נוסף על כך, אומר ד"ר אורן, יש להביא בחשבון תחלואה של צוותים רפואיים, שתיצור מצוקה משמעותית בכוח האדם המוכשר לטפל בחולים. לדבריו, "בתנאים הנתונים כיום, מבחינת תשתיות, כוח אדם וכיסוי תרופתי, אפשר להיערך היערכות בסיסית בלבד. קשה להתנבא ולומר אם זו תהיה התשור בה המתאימה למגפה. כרגע, אנחנו מסתמכים על מודלים הסתברותיים של היקף תחלואה צפוי, ובבוא העת נצטרך לתת פתרונות אד הוק".

ד"ר מאיר אורן

"מבחינת תשתיות, כוח אדם וכיסוי תרופתי, אפשר להיערך היערכות בסיסית בלבד. כרגע אנחנו מסתמכים על מודלים הסתברותיים של היקף תחלואה צפוי, ובבוא העת נצטרך לתת פתרונות אד הוק"





פרופ' אבי ישראלי

"אנחנו יוצאים מתוך הנחה שזה אירוע חריג, זמני וקצר, שצריך לתת לו פתרונות יצירתיים גם בבתי החולים וגם בקהילה. אנחנו שואפים להצטיידות בתרופות ל-25% מהאוכלוסייה, שזה מענה רחב מאוד"

המוניים - ונוסף על כך, פועלים להצטיידות בתרופות לטיפול ולמניעה".

- האם אינכם מודאגים מהשפעת הקיצוצים הנרחבים בשירותי הציבור? המקרה הקנדי הוכיח, כי לקיצוצים אלה היו השפעות מרחיקות לכת על יכולת ההתמודדות עם מגפת הסארס.

פרופ' ישראלי: "לשירותי בריאות הציבור יש אמנם תפקיד בהיערכות לפנדמיה, אבל אנחנו מסתמכים על קופות החולים ועל בתי החולים. ההיערכות שלנו להעברת חלק מהשירות הזה לקופות החולים היא כזו, שהפגיעה תהיה הקטנה ביותר האפשרית.

"לבתי החולים זה יהיה מאוד קשה, אבל מדובר בשעת חירום. אנחנו יוצאים מתוך הנחה שמדובר באירוע חריג, זמני וקצר, שצריך לתת לו פתרונות יצירתיים, גם בבתי החולים וגם בקהילה. צריך לזכור שאנחנו שואפים להצטייד בתרופות ל-25% מהאוכלוסייה, שזה מענה רחב מאוד.

"אנחנו מעריכים, שההכנות שלנו הן טובות, ושנוכל לתת לציבור בישראל, כמו תמיד, מענה טוב. אף על פי שכולם אומרים שהמגפה בוא תבוא - אני מקווה שהיא לא תגיע. ואם כן - שנוכל שוב להתגאות במערכת הבריאות שלנו, ברופאים ובכל כוח האדם שעובד בה." ♦

וכיו"ר הוועדה היועצת למשרד הבריאות אני מוטרד ודואג שבעתיים. אני מסב את תשומת לבם של מקבלי ההחלטות במשרד הבריאות למורכבות ולבעייתיות, ומקווה שיימצאו המשאבים לשפר ולשדרג את התשתית הקיימת בדרך שתאפשר התמודדות מוצלחת עם המגפה", אומר ד"ר אורן.

"להיערך למלחמה"

במשרד הבריאות מאמצים את הנחיות ארגון הבריאות העולמי, כשברקע מתרבים הסימנים לכך שהמגפה תהיה משמעותית, עם תחלואה גבוהה ותמותה. "כולם מבינים שצריך להיערך כמו למלחמה", אומר פרופ' אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות. "הבעיה היא שאנחנו מדברים על משהו שלא ברור מתי יגיע ומה תהיה חומרתו, תו, כשאורך החיים של התרופות הוא חמש שנים בלבד. צריך להיערך בתבונה ובהיגיון - תוך הבנה שיש פה מרכיב גדול של אי-ודאות". לדבריו, "אנחנו מכינים תוכניות (פק"לים) להדרכת האוכלוסייה, להכנת הצוותים הרפואיים, המעבדות ובתי החולים לטפל במספר גדול של חולים - דבר שבחלקו אנחנו מכירים מההיערכויות למצבים אחרים, כמו פיגועים



גם אם יתקבל המימון לבניית חדרי בידוד ולהוספת מיטות אשפוז, טוען ד"ר אורן, לא ניתן יהיה לתת מענה מלא למצב החירום: "אין ספק, שאם התחזית תתממש, מערכת הבריאות בכלל ומערך האשפוז בפרט יעברו לעבוד במערך חירום נמרץ, על כל המשתמע מכך. צריך לזכור שבמקביל לשפעת, תחלואה דחופה תמשיך להיות - תאונות דרכים, התקפי לב וכדומה. כל מה שניתן יהיה לדחות יידחה, ומערכת האשפוז בוודאי תיתן מענה לתחלואה דחופה מסכנת חיים בלבד. "כמנהל בית חולים, אני מוטרד כל הזמן,



פרופ' שוקי שמר

"בישראל הוכיחו שבזמן מצוקה יודעים לעבוד יחד. האיום מחייב ריכוז של כוחות ושיתוף פעולה בין קופות החולים, ואני מאמין שבאירוע חירום מסוג זה יעלמו ההתחשבנויות הקיימות בין הקופות ביום-יום"

