



התמודדות מתמשכת והיום שאחרי משבר הקורונה: מחקר מולטי דיסציפלינרי והשוואתי על אסטרטגיות יציאה מהמשבר

דו"ח שלב א: מה ניתן ללמוד ממזרח אסיה ומדינות נוספות?

החוקרים:

אינטגרציה והובלת תהליך המחקר: פרופ' דבורה שמואלי וד"ר מיכל בן גל
בתחום בריאות הציבור: פרופ' חגי לוי עם מאיה יולס
בתחום הכלכלה: פרופ' ערן פייטלסון עם תומר מזרחי
בתחום העבודה הסוציאלית והרווחה: פרופ' מיכל שמאי עם ד"ר אלכס אלטשולר ודנית גליקמן
בתחום הרשויות המקומיות: פרופ' פנינה פלאוט, פרופ' דבורה שמואלי עם סמדר אמיר
בתחומי הממשל: פרופ' ערן ויגודה-גדות, פרופ' שלמה מזרחי עם ד"ר מירב סקר
בתחום המשפטי: פרופ' עלי זלצברגר, פרופ' שלמה מזרחי עם ד"ר רוברט נויפלד, ניקול וייסמן
ושחר שורצמן

יוני 2020 (10.6.2020)

תקציר מנהלים

ההתמודדות עם משבר מגפת הקורונה, שמקורו ככל הנראה בסין בסוף דצמבר 2019 ואשר התפשט במהירות לשאר העולם, הבליטה את ההבדלים בהתמודדות של מדינות שונות. המסמך המוצג כאן מנסה ללמוד ממדינות אשר חוו משברים בריאותיים בעבר. העבודה מדגישה את ניסיוןן של מדינות מזרח אסיה (טאיוואן, סינגפור, הונג קונג, דרום קוריאה, וייטנאם ויפן), שכלל הנראה מתמודדות עם המשבר הנוכחי באופן יעיל יותר ממדינות אחרות.

אתגר ההתמודדות הגדול ביותר עם המשבר הוא מציאת האיזון בין הרצון לשמור על רמת תחלואה נמוכה, שעמה מסוגלת מערכת הבריאות להתמודד ביעילות, לבין הרצון לשמר תפקוד שגרתי ככל האפשר של המשק והכלכלה. עמידה באתגר מחייבת התייחסות למגוון גדול של נושאים, היבטים ותחומים. בפרק התובנות בעבודה זו מוצעים כלים להתמודדות עם המשבר הנוכחי ועם משברים אחרים דומים, מנקודת מבט מולטי-דיסציפלינרית. בין ההבטים שהעבודה עוסקת בהם נכללים היבטים כלכליים, נושאים מבניים-ארגוניים, היבטי ממשל, מדיניות, בירוקרטיה וקבלת החלטות, היבטים מרחביים, עירוניים ותכנוניים ברשויות המקומיות והמחוזיות, היבטים של חיזוק בריאות הציבור, היבטי חברה ורווחה, והיבטים משפטיים.

התובנה העיקרית העולה מהמחקר היא שהיערכות ומוכנות הן המפתח למזעור הפגיעה – הבריאותית, הכלכלית, החברתית ופגיעה בזכויות אדם ובשלטון החוק. "מעגל המוכנות" מורכב מרשת של קשרים בין היבטים ותחומים שונים המשפיעים זה על זה וניזונים אחד מהאחר. כדי לבנות מוכנות וחוסן לאומי, כמו גם כדי לנהל את היציאה מהמשבר, יש צורך בשילוב ושיתופי פעולה יעילים בין הגורמים האחראים על כל תחום ועל כל נושא.

מהמחקר עולה רשימה ארוכה של תובנות בתחומים שונים, כמו גם תובנות רוחב שחוצות תחומים אותן ניתן ללמוד מניסיוןן של מדינות אחרות. חשוב לציין שאת כל התובנות האלה יש לראות דרך הייחוד התרבותי של כל מדינה ושלא ניתן להעתיק אותו למדינות אחרות.

להלן מעט מן התובנות העיקריות, המלצות לטווח קצר ובינוני, והמלצות לשינויים מוסדיים-מערכתיים:

היערכות למצבי חירום - כללי

- חשוב לתכנן ולבנות מראש אסטרטגיה ומערכת גמישה להערכות ותגובה, המגובה בסמכויות וחובות של בעלי תפקידים ומוסדות ברורים המוסדרים בחקיקה.
- תהליכי קבלת ההחלטות צריכים להתבסס על ידע מקיף ועדכני ותיקוף עמיתים מקצועי, תוך שיתוף מגוון מומחים מתחומי ידע שונים.
- ישנה חשיבות רבה לשיתופי פעולה בין ארגוניים ובין-מגזריים וייצוג כלל הגורמים בתהליכי קבלת ההחלטות.
- מוכנות להתמודדות עם משבר ותהליך היציאה ממנו, קשורים באופן הדוק לרמת האמון בין הציבור לממשל ולרמת השקיפות של גופי הממשל. לכן יש חשיבות רבה לקביעת

מדיניות ברורה ופתוחה לעיון הציבור ולקיים תקשורת והעברת מסרים ברורה ושקופה בין גופי הממשל והציבור באמצעות גורם סמכותי ומוסמך אחד.

- הרשות המקומית הינה "אבן היסוד" בטיפול במצבי חירום, הן בטיפול השוטף באוכלוסיה והן בקשר הישיר לתושבים. יש להפעיל את מנגנוני החירום הקיימים ברשויות המקומיות לעת משבר, להתאים אותם למצבי חירום מסוג פנדמיה ולחזק את הרשות המקומית- הן מבחינת כח אדם והן מבחינת מתן הנחיות ברורות מצד הממשלה והגורמים המוסמכים לכך. בנוסף יש חשיבות רבה לקיומו של מנגנון פסיקלי שיוכל לסייע לרשויות המקומיות בזמן משבר.

היערכות ותגובה למגפת הקורונה

- ישנה חשיבות רבה לזיהוי מוקדם ותגובה מהירה. לשם כך דרוש מעקב אפקטיבי אחרי אנשים (רצוי באופן וולונטרי).
- בטווח הביניים יש להכין תכניות מוכנות ותגובה הכוללות צעדים בריאותיים, חברתיים וכלכליים; בטווח הרחוק יש לפעול להכנת תכנית לאומית אסטרטגית למניעת אסונות והתמודדות איתם ותכניות מוכנות לרשויות המקומיות.
- ישנה חשיבות לקבלת מידע עדכני רב ככל הניתן, הערכת סיכונים ומידת הפגיעה בסקטורים מוגדרים, הן מבחינה בריאותית והן מבחינה כלכלית.
- אמצעי התמודדות גורפים בדרך כלל יהיו פחות יעילים ויגרמו נזק ארוך טווח לכלכלה ולחברה. ניתן ליישם צעדים ואמצעים באופן דיפרנציאלי וחכם לפי מרחב/מקום, סוגי אוכלוסייה, סוגים של בעלי מקצוע, ובהתאם לפגיעה היחסית הצפויה במשק ו/או בהתאם לתרומה להכלת הנגיף.
- חשוב לפתח ולקדם טכנולוגיות חכמות למטרות שונות, ביניהן איכון וניטור **וולונטרי** (לא על ידי שירותי בטחון כמו השב"כ), שיתוף מידע בזמן אמת (כולל בין מקבלי ההחלטות), קבלת שירותים מהממשל וכן לעבודה ולמידה מרחוק.

המלצות פעולה לטווח הקצר והבינוני

- בטווח הקצר לאחר תחילת המשבר יש חשיבות להבטחת פיצויים לנפגעים המידיים והראשיים וליצירת אווירה אופטימית. בטווח הביניים יש לעבור ממתן פיצויים לעידוד חזרה לתעסוקה.
- יש צורך להקצות תקציבים גדולים להגדלת התעסוקה, גם על חשבון הגדלת הגרעון.
- ישנה חשיבות ליישום מהיר של הצעדים הכלכליים בכדי לאושש את הכלכלה, גם אם יהיה ניצול לרעה בכמה מקרים. קרי, יש חשיבות לכך שהנטל הבירוקרטי הכרוך במימוש ההטבות יהיה מינימלי.
- יש לעשות כל מאמץ כדי למנוע כניסה של אוכלוסיות נוספות אל מעגל העוני בנוסף להענקת תמיכה נוספת לאלו שכבר נמצאים בו. במקביל, יש להבטיח שהזכאים לתמיכה יוכלו לממש אותה. יש לחזק את המערכת הסוציאלית כך שתוכל לסייע לאוכלוסיות מוחלשות מחד ולמנוע יצירה של "עניים חדשים" מאידך.

- ישנה חשיבות למעורבותם הפעילה של ארגונים אזרחיים/חברתיים בהתמודדות עם המשבר; יש למסד מנגנון תמיכה בהם בדומה למנגנוני הפיצוי ועידוד התעסוקה.
- ישנה חשיבות להיערכות מקיפה ואסטרטגית להתמודדות עם משבר הקורונה מבחינת בתי חולים, מערך בריאות הציבור ברמה הלאומית והמקומית, קופ"ח, מלונות וכד', וכן מערך בדיקות.
- תכנית ההתמודדות הבריאותית עם מגיפות חייבת לקחת בחשבון מבט בריאותי הוליסטי שכולל תחומי בריאות מסורתיים, תחומי בריאות נפש ומתן מעטפת ממשלתית בריאותית לכל האוכלוסיות ובאופן שוויוני. לשם כך חשוב שהמדינה תרחיב את ההשקעה בכח אדם רפואי ופארה-רפואי עם דגש על אלה המתמחים בבריאות הציבור והתמודדות עם אסונות.
- בטווח הביניים-ארוך יש לקדם מענה חקיקתי, שבמסגרתו גם יקבע מערך מוסדי עם הגדרת סמכויות וחובות, שבמרכזו גוף מטה שירכז את ההתמודדות עם מגפות.
- יש להפסיק את השימוש בתקנות שעת חירום וצווים ולפעול ללא דיחוי להעברת סמכות ההסדרה של התנהלות המשק והאזרחים בשעת חירום לחקיקה ראשית.
- יש לפעול לחקיקה להגנת הפרטיות שתאפשר שמירה על זכויות פרט בזמן משבר, תוך כדי מעקב לגיטימי אחרי חולים ונשאים של הנגיף, כולל הסמכה בחוק לבצע את המעקב.
- יש להכשיר את העובדים בסקטורים השונים להתמודד עם מצבי חירום שאינם על רקע בטחוני ולתת בידיהם כלים מתאימים (כולל עבודה מרחוק).

המלצות על שינויים מוסדיים-מערכתיים:

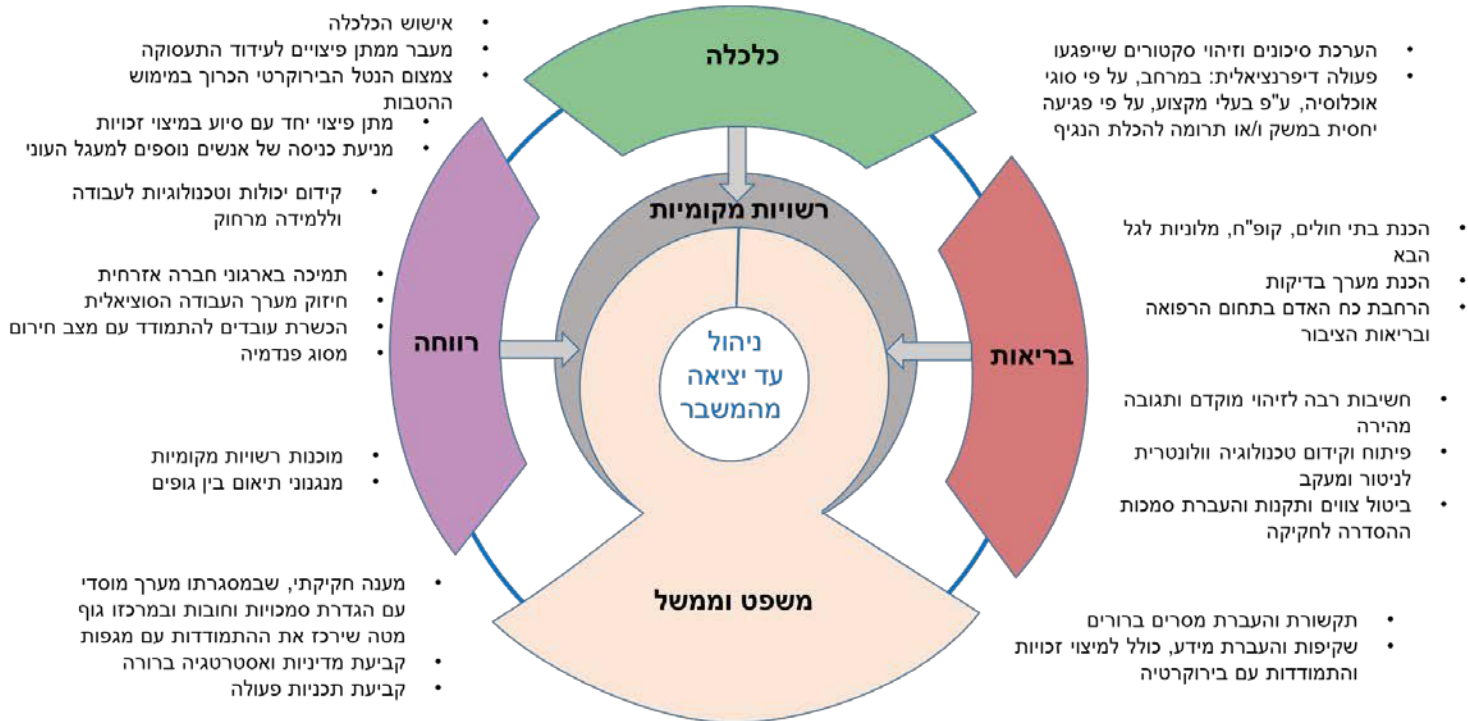
בטווח הארוך חשוב לייצר חקיקה מקיפה המעגנת את הגוף או הגופים האחראים לענייני חירום המתייחסת לרשויות, סמכויות, חובות, תחומי אחריות וחלוקת סמכויות בין הרשות המקומית לרשויות אחרות, שיתוף ציבור והבטחת ייצוג של קבוצות שונות (מגזר אזרחי, מגזר פרטי, אנשי מקצוע) ותהליכים לפעולה וקבלת החלטות. בתוך אלה יש לשלב מנגנוני בקרה על תהליכי קבלת ההחלטות כמו כן יש לדאוג למערכות שימור מידע ולמידה מתוך המשברים באמצעות מוסדות מחקר קיימים או כאלה שיהיו ייעודיים למשימה.

מיסוד ותמיכה בשיתופי פעולה:

המוכנות לחירום בכלל, ומצבי חירום בריאותיים בפרט, נוגעת כמעט בכל גוף וכל רשות במשק. על מנת לקדם אותה, חקיקה אינה מספיקה ויש צורך בשיתופי פעולה רבים בין כל המגזרים. מומלץ לנסות ולשלב תהליכים וולונטריים לשיתופי פעולה כאלה לקידום כל הפעולות הנעשות לטובת היערכות למצבי חירום.

האיור הבא מדגים את מעגל המוכנות, שבמרכזו ניהול המשבר עד ליציאה ממנו וסביבו מגוון התחומים וחלק מהנושאים והתובנות.

מעגל המוכנות



תוכן העניינים

7	1. רקע
9	2. ממצאים וצעדים שננקטו במדינות השונות
9	א. ממצאים בתחום בריאות הציבור
15	ב. ממצאים בתחום הכלכלה
19	ג. ממצאים בתחום החברה והרווחה
24	ד. ממצאים בתחום הרשויות המקומיות
27	ה. ממצאים בתחום הממשל
37	ו. ממצאים בתחום המשפט
46	3. תובנות עיקריות וצעדים מומלצים לישראל
46	א. תובנות בתחום בריאות הציבור
49	ב. תובנות בתחום הכלכלי
50	ג. תובנות בתחום החברה והרווחה
52	ד. תובנות בתחום הרשויות המקומיות
56	ה. תובנות בתחום הממשל
58	ו. תובנות בתחום המשפט
60	4. אינטגרציה
62	5. סיכום ו"מעגל המוכנות"
65	נספחים
65	נספח א – זמני תגובה – אמצעים כלכליים ואמצעים בתחום הבריאות
67	נספח ב: מקורות פרק בריאות הציבור
72	נספח ג: מקורות פרק הכלכלה
76	נספח ד: מקורות פרק החברה והרווחה
79	נספח ה: מקורות פרק הרשויות המקומיות ומערכת התכנון
82	נספח ו: מקורות לטבלת ממצאים בתחום הממשל
90	נספח ז: מקורות פרק המשפטים

רשימת טבלאות ואיורים

13	טבלה 1: פעולות שנעשו בתחום בריאות הציבור במדינות שונות
15	טבלה 2: עיקרי ההבדלים בין משבר ה SARS למשבר COVID-19
28	טבלה 3: תגובות מדינות אסיה למשברים ומגיפות בתחומי ממשל, קבלת החלטות ומדיניות
64	איור 1: מעגל המוכנות

1. רקע

ההתמודדות עם משבר הקורונה שהחל בסין בסוף דצמבר 2019 והתפשט לשאר העולם במהירות, הבליטה את ההבדלים בין מדינות שונות. כפי שהדברים נראים מדינות מזרח אסיה (טאיוואן, סינגפור, הונג קונג, דרום קוראה, וייטנאם ויפן) השכילו להתמודד עם משבר זה טוב יותר מאשר מדינות מפותחות אחרות (ראו נספח א). כיוון שמדינות אלה התמודדו בעבר עם התפשטות של מגפה דומה (מגפת ה-SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) בשנת 2002-2004 ומגפת ה-MERS (Middle East Respiratory Syndrome) ב-2013), ניתן להניח שהתמודדותן המוצלחת במשבר הנוכחי היא תולדה של הלקחים שהן הפיקו ממשברי העבר. מכאן, מחקר זה מנסה ללמוד ממזרח אסיה, ומעט ממדינות אחרות אשר נראה כי הן מתמודדות טוב מאחרות עם המשבר הנוכחי וחווי משברים בריאותיים בעבר, כגון האבולה, האיידס, ושפעת החזירים. נכון להיום (תחילת חודש יוני 2020) משבר הקורונה העולמי כמעט וחלף במדינות מסוימות (בעיקר במזרח אסיה), ובמדינות אחרות הוא נמצא תחת שליטה (ניו זילנד וחלקית בישראל, אוסטרליה וגרמניה). בחלק ממדינות אירופה בהם היה המשבר חמור במיוחד מתחילים לראות הטבה במצב (איטליה וספרד), במדינות אחרות המשבר עדיין בעיצומו (בריטניה, רוסיה וארה"ב) ולגבי מדינות רבות אחרות המידע חלקי. יחד עם זאת ברור שהדרך ליציאה מהמשבר עדיין ארוכה ובמספר מדינות (כולל במזרח אסיה ובישראל) אנו רואים עליה חוזרת במספר הנדבקים, ואין לדעת לאלו ממדים הם יגיעו. כלומר, יכול בהחלט להתרחש מצב בו לאחר יציאה מהמשבר תהיה חזרה למשבר ויציאה נוספת.

ההתמודדות עם משבר הקורונה (כמו עם משברים גדולים אחרים) מחייבת התייחסות למגוון גדול של נושאים, היבטים ותחומים. האתגר הוא למצוא את האיזון בין הרצון לשמור על רמת תחלואה נמוכה שבה מערכת הבריאות יכולה לטפל, לבין הרצון לשמור על כל שאר היבטים של שלום הציבור ורווחתו – בהיבטי בריאות אחרים, היבטים כלכליים והיבטים חברתיים. מחקר זה מנסה להציע כלים להתמודדות עם המשבר הבא מנקודת מבט מולטי-דיסציפלינרית הכוללת נושאים כלכליים, נושאים מבניים-ארגוניים, היבטי ממשל, בירוקרטיה וקבלת החלטות, היבטים מרחביים, עירונים ותכנוניים ברשויות המקומיות ומחוזיות, היבטים של חיזוק בריאות הציבור, היבטי חברה ורווחה והיבטים משפטיים.

דו"ח זה מסכם את השלב הראשון של המחקר וכולל סקירה של הידע הקיים בנושא כלים ותהליכי יציאה ממשברים שהתקיימו בארצות אחרות, תוך התמקדות בעיקר בתהליכים שקרו לאחר מגפת הסארס במזרח הרחוק, ומה קורה כעת בארצות אלה, המקדימות את מדינות העולם האחרות בשלבי החלמה מהקורונה. הדו"ח כולל אינטגרציה בין היבטים השונים, המשמעויות של אסטרטגיות שונות והשלכותיהן ומצביע על כיוונים כלליים לבניית תוכניות ליציאה מהמשבר והערכות נכונה יותר למשבר הבא. מכיוונים אלה ניתן לגזור הצעות מדיניות על בסיס הניסיון במדינות מזרח אסיה, תוך הכרה בהבדלים התרבותיים והשלטוניים בינן לבין ישראל.

עם צמצום התחלואה בישראל היום, ובשל החשש מגל שני ישנה כעת הזדמנות לשפר את ההיערכות לקראת הגל השני. הניסיון מהמזרח וממדינות נוספות עשוי לשמש כבסיס לשיפור ההערכות וללימוד הצעדים המתאימים ליציאה מהמשבר.

2. ממצאים וצעדים שננקטו במדינות השונות

א. ממצאים בתחום בריאות הציבור

רקע: אימים ואתגרים בבריאות הציבור

כבר לפני 2000 שנה הבחינו סופרי המיתולוגיה היוונית בין רפואה מטפלת לבין מניעה וקידום בריאות. בעבר בריאות הציבור התמקדה בעיקר במחלות זיהומיות אך לא רק. חלוצי בריאות הציבור במאות השמונה-עשרה והתשע-עשרה חקרו את הגורמים למחלות וכן מחלות הקשורות בתזונה (צפדינה), מחלות תעסוקתיות (סרטן האשכים) ומחלות סביבתיות (הרעלת עופרת) ודחקו באמצעים להגבלת אי השוויון בבריאות. תחום בריאות הציבור בהגדרתו הינו מדע לשמירה ושיפור בריאותם של אנשים וקהילותיהם. עבודה זו מושגת באמצעות קידום בריאות ואורח חיים בריא, חקר מחלות, גילוי, מניעה והגנה על בריאות הציבור. בהגדרה זו נכללים אנשים פרטיים, אוכלוסיות קטנות כמו שכונה מקומית, או גדולות כמו סך אוכלוסיית המדינה או אזור שלם בעולם (Winslow, 1920). שירותי בריאות ציבור מודרניים מחייבים העסקת מומחים וצוותי עובדים רב תחומיים הכוללים אפידמיולוגים, אנשי בריאות וסביבה, רופאים ואחיות, עובדי מעבדה, מיקרוביולוגים ועוד. לאורך המאה הנוכחית אנשי בריאות הציבור ממשיכים בחקר מאומץ וניסיונות להפעלת מדיניות וחקיקה להפחתת נטל התחלואה, הגבלת הפערים הבריאותיים, מניעת מחלות וקידום בריאות. בעתות חרום ומשבר, כאשר לפעולות אלו חשיבות מכרעת, חוזק מערכת הבריאות בכל רבדיה מהווים את הבסיס והגבול אשר מתוכם יגזרו הנחיות.

מחלת ה-COVID-19 (Coronavirus Disease) הנגרמת באמצעות נגיף הקורונה (SARS-CoV-2) הוכרזה כבר ב-11 במארס כפנדמיה (מגפה כלל עולמית) על ידי ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 2020). בעקבות התפרצותו המהירה של הנגיף בכ-199 מדינות וטריטוריות ברחבי העולם, הכריז משרד הבריאות בישראל על הנחיות המגבילות את היציאה מהבית והתנועה הכוללות העברת עובדים לעבודה מהבית וביטול בתי ספר ומסגרות חינוכיות אחרות שמטרתן ליישם את עיקרון הריחוק החברתי המיועד להאט את התפשטות התחלואה (משרד הבריאות, 2020). מחקר אחרון מראה כי וירוס הקורונה החדש נמצא כמדבק יותר מהסארס (SARS) וקטלני יותר משפעת עונתית (2.3%) (Novel, 2020). הפנדמיה הנוכחית מעלה על סדר היום את חשיבות מערכת בריאות הציבור כחלק חיוני מחוסן לאומי, בשגרה ובחירום. בעוד ישנה התמקדות בתחלואה ובתמותה, אספקת ציוד, שיעורי ההדבקה ובהגנה על הציבור מפני המגיפה ישנם תחומים נוספים אשר מהווים אתגר ואיום לבריאות הציבור.

בריאות הנפש

בתקופה זו קיימים מגוון גורמים המשפיעים על המצב הפסיכולוגי של הציבור הכוללים עודף מידע זמין לציבור אשר בחלקו שגוי (Wong, Leo, & Tan, 2020), אי ודאות לגבי תקופת דגירת הנגיף והעברתו האפשרית ע"י חולים ללא תסמינים וכן אי וודאות כלכלית. כך, בהתפרצויות קודמות ניתן היה לראות התפתחות תסמיני חרדה ודיכאון (Schaller & Murray, 2008), דאגה לביטחון אישי ומשפחתי (Straus et al., 2004) וכן הערכה קוגניטיבית שלילית (Ackerman et al., 2009) מתוך הגנה עצמית (Schaller, 2017). כמו כן, הגבלות על הציבור הכוללות סגר וריחוק חברתי עשויים להשפיע באופן שלילי מבחינה פסיכולוגית-חברתית על הציבור (Brooks et al., 2020).

מתוך כך מדינות רבות חוו גל פונים חדשים למערך בריאות הנפש לאחר המשבר. מחקר שבדק תוצאים פסיכולוגיים במהלך התפרצות מחלת נשימה במזרח התיכון (MERS) מצא כי במהלך בידוד 7% (126 מתוך 1656) הפגינו סימני חרדה ו-17% (275) רגשי כעס, בעוד ש 4-6 חודשים לאחר ההסגר סימפטומים אלו ירדו ל-3% ו-6% בהתאמה (Jeong et al., 2016). מחקרים מסין ואוסטרליה שהתמקדו בצוותים רפואיים במהלך מגפת הסארס ושפעת הסוסים (בהתאמה) מצאו כי הצוות הרפואי סבל מאחוזים גבוהים יותר של דכאון, חרדה ולחץ מביתר האוכלוסייה (Taylor, Agho, Stevens, & Raphael, 2008; Wu et al., 2009). כמו כן נמצא כי ההסגר ניבא הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder) גם 3 שנים לאחר סיום מגפת הסארס בקרב הצוותים הרפואיים בסין. מניתוח נוסף שנעשה לאחר מגפת הסארס נמצא כי אנשים מפחדים לנהוג, לקבל טיפול רפואי, מרגישים חסרי ישע ולעיתים חשים בודדים ואף מנודים (Naylor et al., 2003). באופן כללי, ניתוחים סטטיסטיים הראו כי מי שמקור פרנסתו נפגע נמצא בסיכון לפתח תסמיני חרדה ודיכאון. מניסיון העבר, משברים כלכליים קשים עלולים להביא לתופעות שליליות דומות, שיכולות אף להימשך מספר שנים. לפי מחקר של אוניברסיטת אוקספורד, בעקבות המשבר הכלכלי בשנת 2008 חלה עלייה במקרי ההתאבדות בין השנים 2008-2010 (Reeves, McKee, & Stuckler, 2014). מלבד צוותים רפואיים ומי שפרנסתו נפגעה, קשישים, צעירים רווקים וצעירים בעלי רמות נמוכות של כישורים חינוכיים רשמיים (כגון ישיבה ממושכת) נמצא בסיכון לפיתוח סימני דיכאון וחרדה (Jeong et al., 2016; Li, Zhang, Shao, Qi, & Tian, 2014; Liu et al., 2012; Mihashi et al., 2009; Taylor et al., 2008). יתר על כן, בבחינת תחום החרדה והמתח אצל ילדים נמצא כי הציון הממוצע של PTSD היה גבוה פי ארבע בקרב ילדים ששהו בהסגר לעומת ילדים שלא. 28% מההורים שהיו בהסגר דיווחו על תסמינים מספקים לאבחנת הפרעה נפשית הקשורה בטראומה לעומת 6% בהורים שלא חוו הסגר (Sprang & Silman, 2013). עם זאת, לא נמצא הבדל משמעותי ברמת החרדה של נשים בהריון לפני מגפת הסארס ואחריה (Lee et al., 2006).

היקף טיפולים ושירותים במערכת הרפואית

ההשפעות העיקריות על היקפי השירותים בבתי החולים הן תוצאה של הנחיות המתקבלות בנוגע להגבלת גישה לבתי חולים המטפלים בחולי קורונה כדי להגביל את התפשטותם לקהילה ודחיית טיפולים לא דחופים. משום שרוב החולים הכירורגיים הם אלקטיביים, למגבלה זו ישנה השפעה משמעותית מאד על נפח הטיפולים הכירורגיים. מגבלות הנגישות לבתי החולים והמודעות הציבורית הגוברת לסיכוני המגפה בקופות ובתי החולים מובילים לכך שביקורים במחלקות חירום יופחתו כך למשל ישנה ירידה של 22% במספר ביקור במחלקות אלו משנת 2002 לשנת 2003 בבית החולים בטורונטו בעת מגפת הסארס (Naylor et al., 2003). כך למשל בבתי החולים של הכללית נרשמה ירידה של 43% בביקורים במרכזי רפואה דחופה, ירידה של 30% באבחנות במיון הקשורות לשבץ מוחי וירידה של 31% באבחנות במיון בתחום הקרדיולוגיה. ירידה של 30%-35% בפניות לרופא משפחה או רופא מקצועי נרשמו גם בקופות החולים השונות. נשקפת סכנה גם לאלו החולים במחלות כרוניות אשר מהווים בין היתר אוכלוסיות בסיכון לסיבוכים וזיהומים חמורים מנגיף הקורונה, כגון מחלות לב, לחץ דם וסכרת (Fang, Karakiulakis, & Roth, 2020; Richardson et al., 2020), אשר עלולים לצאת מאיזון ושירדרר מצבם בשל חוסר בטיפול ופחד ורתיעה מהגעה לשירותי הבריאות השונים.

באופן דומה, מערך הניתוחים נמצא אפוא בבעיה שכן מרבית האשפוזים הרפואיים בבתי חולים לטיפול אקוטי אינם אלקטיביים ומרבית הפניות הכירורגיות הן אלקטיביות (כמו כמעט כל ההליכים השכיחים). מתוך הנחיות המתקבלות בנוגע להגבלת גישה לבתי חולים המטפלים בחולי קורונה, ישנה הנחיה לקבל ניתוחים דחופים בלבד. מתוך כך, עלולה להיות ירידה בנפח ניתוחים אמבולטוריים וניתוחים אלקטיביים. כך למשל נצפתה ירידה של 23% בפרוצדורות אמבולטוריות, 26% בניתוחים אלקטיביים בקנדה בין השנים 2002 ל-2003 בעיצומה של מגפת הסארס (Naylor et al., 2003). פרטים נוספים על המערכת הרפואית (תשתיות, ציוד, מערכי פעולה נמצאים בטבלה 1).

שיתופי פעולה והגברת אמון הציבור

משברים מסוג זה בעבר הראו כי בעת התפרצות ישנה חשיבות אדירה לשיתוף פעולה בינלאומי מגזרים (Goddard, Delpech, Watson, Regan, & Nicoll, 2006; Peeri et al., 2020) ובין מגזרים וסטקטורים שונים (Abdullah, Tomlinson, Cockram, & Thomas, 2003). מנהיגות יציבה וחזקה חיונית לתיאום פעילויות והפצת מידע על מנת למזער נזקים, דחיית קבלת החלטות, הודעות מבולבלות ופאניקה ציבורית. מתוך כך ומתוך לקחי משברי עבר מדינות רבות החלו בשיתופי פעולה והקמת ועדות בין משרדיות ובין ארציות עם כל המגזרים הרלוונטיים, כולל אנשי מקצוע בתחום הבריאות, קובעי המדיניות, מנהיגי הקהילה, התקשורת והציבור (Abdullah et al., 2003; MoH, 2014). לאור ההנחיות המתחדשות והמצב הנוכחי, ישנה הבנה כי אמון הציבור ושיתוף הפעולה הציבורי מהווים אבן יסוד בהתמודדות באיום מסוג זה. שיתוף הציבור במידע והחלטות מסוגים שונים וכן יצירת אמון בין המערכות השונות לציבור מסוגלות לתרום הן בעתות שגרה והן בעתות חירום ליכולת תפקוד המשק, מצב הבריאות ומערכת הבריאות. מסקר בינלאומי על עמדות הציבור שנעשה לאחרונה נראה כי באופן כללי מרבית מהמשיבים השתכנעו יותר לשמור על ריחוק חברתי פיזי עקב קבלת מידע רלוונטי והשלכות של מעשיהם מאשר אמצעי אכיפה שונים כגון קנסות (<https://mbmc-cmcm.ca/covid19/stats-wave1>). החשיבות במתן מידע ברור וסמכותי לציבור כמו גם שיתופו באסטרטגיות הנידונות מתוך ניסיון לרתימתו לקיום הנחיות והפחתת תחלואה ותמותה נראו כאמצעי קריטי בהצלחת הטיפול במשברי עבר על ידי שיתוף בתהליך קבלת ההחלטות הפעלת מוקדי שירות ופניות ציבור, הסברה לכל סוגי האוכלוסייה ויצירת הדרכה וייעוץ מהירים ונגישים לאינטרנט (Abdullah et al., 2003; Barry, 2005; Goddard et al., 2006; Lopez, 2002; Naylor et al., 2003). פעולה של הציבור עמד בראש סדר העדיפות של מדינות כגון סינגפור וטיוואן (Goddard et al., 2006; healthcare executive, 2020; Lopez, 2002; MoH, 2014). יש לציין כי במשברים מסוג זה ישנו עודף במידע כוזב ולכן מדינות רבות במזרח אסיה החליטו על העברת מסרים ברורים ואף הטילו עונשים על פרסום והפצת מידע כוזב באינטרנט.

מעקב

שימוש מושכל במידע ונתונים אפידמיולוגיים מהווים מרכיב חיוני להצלחת ניטור והתמודדות עם מגיפות. ברוב מדינות מזרח אסיה נעשה שימוש בטכנולוגיות שונות של איסוף מידע ושל מעקב כדי להתמודד עם המגיפה. רוב השימוש הוא בנתוני איכון של טלפונים סלולריים. אם כי בכל מקום שהדבר נעשה, למעט סין, קיימת התייחסות בחוק והסמכה לביצוע מעקב כזה. עם זאת, במרבית

המקומות ישנה מעורבות של המשטרה בנוגע לאכיפה וקיימות אפליקציות מעקב וולנטריות אשר אינן בשיתוף עם גורמים חשאיים.

ברוב מדינות מזרח אסיה למעט סינגפור וסין קיימת חקיקת הגנת פרטיות מעודכנת וניסיון לאימוץ תקנות הגנת המידע והפרטיות האירופיות (GDPR). תקנות אלה והחקיקה המוסדרת שלהן אפשרה הפעלת אמצעי מעקב תוך הקפדה על פיקוח, אבטחת מידע והגבלות על השימוש בו, מתן סעדים למי שפרטיותו נפגעה שלא בהתאם להסמכות בחוק ושמירה על אמון הציבור במוסדות המבצעים את המעקב במתן שקיפות. התבוננות במדינות שהפעילו טכנולוגיות מעקב עד כה, מאפשרת לצייר סקאלה. בצד אחד שלה נמצאת סין, שבה למעשה קיים מעקב חודרני אחר האזרחים גם בעתות שגרה. בצד האחר של הסקאלה נמצאות מדינות אירופיות כמו איטליה וגרמניה. כמו כן נדרשת התייחסות לאופי האוכלוסייה ומידת הציות שלו להוראות והנחיות מסוג זה. ההתמודדות במשבר הקורונה דומה יותר בדרום קוריאה וטייוואן לישראל מאשר באירופה ושאר מדינות דמוקרטיות, אך ניתן ללמוד ממדינות אלו שאין צורך בלעדי בעירוב שירותים חשאיים אשר פוגעים באמון הציבור ובשקיפות המידע.

טבלה 1: פעולות שנעשו בתחום בריאות הציבור במדינות שונות

לקחים כלליים בבריאות ציבור	מערכת רפואית	פיקוח ואכיפה	פרטיות/ איסוף מידע	ניטור ומעקב	חקיקה ייעודית למגיפה	
	טייוואן צידה ב 134 בתי חולים מבודדים ו 1,100- חדרי בידוד בלחץ שלילי כדי להגיב במהירות להתפרצות מחלות זיהומיות לאחר מגפת SARS בשנת 2003.	קנס למפרי בידוד, פיקוח על מחיר מסיכות והקצבה של שתי מסכות בלבד לאדם. בכניסה למבנים ציבוריים ישנה חובה לחיטוי ידיים, מדידת חום וחבישת מסכה. כמו כן מי שיתעלם מהמלצות הממשלתיות של נסיעה למקומות מסויימים לא יהיה זכאי לסבסוד בימי הבידוד שלו, ושמו יפורסם בציבור.	ישנה סמכות לביצוע חקירה אפידמיולוגית מלאה (כולל היסטוריה רפואית). חובה בנקיטת אמצעי זהירות ואבטחה לשמירת פרטיו של האזרח.	בקרה באמצעות איכון על המכשירים הסולריים של הנמצאים בבידוד. מאגר המידע מתבסס על נתוני ממחלקות ההגירה והבריאות.	קיימת חקיקה נרחבת לטיפול במצבי חירום עקב התפרצות מגיפה. הקימו מרכז שליטה ייעודי להתמודדות עם מגפות. היו הראשונים לפעולה (החלו רשמית ב20 בינואר- היום בו סין הודיעה כי נגיף הקורונה מדבק)	טייוואן
China National Health Commission [NHC] שיפרה יכולת מוכנות, זמינות צוות ייעודי ומשאבים לתקשורת סיכונים, נהלי פעולה ושת"פ עם גורמים ארציים חיצוניים ל NHC - ניהול מידע כוזב, תקשורת עם סוכנויות בינלאומיות והודעות עקביות עם שירותי הבריאות והמגזר הפרטי.	הפעילו מערך מקוון של שירותי בריאות על מנת לווסת את הפניות לבתי החולים ולהשיג גילוי מוקדם של חולים פוטנציאליים. מערך זה כלל הנחיות טיפול בחולים עם סימפטומים והמלצות שונות. ביצעו חלוקה לאגפי קורנה בשלבי מחלה שונים וכן הקצו אגפי ניתוחים ובדיקות CT. קיום "הוועדות השכונתיות" שפועלות בזמן שגרה וחירום בתגבור בדיקות ומערכים לוגיסטיים. כמו כן, במחוז חוביי (בו היתה התפרוצות הגדולה ביותר) ישנה פרובניציה המספקת כח אדם וציוד רפואי..	פקחים ועובדי ממשלה נמצאים במקומות מרכזיים וסורקים את נתוני האזרחים מהאפליקציה.		מעקב באמצעות אפליקציות מעקב חודרנית (שהורדתה מנדטורית) ומספקת איכון סולרי ומידע בריאותי המוזן ע"י המשתמש. ישנו שימוש במצלמות רחוב וטכנולוגיות זיהוי פנים. כל הנתונים מועברים לרשויות האכיפה.	חסר	סין
הכינו תוכנית מסודרת לאחר המארס ב2015 הכוללת התייחסות להנעת משאבים אנושיים ותקציביים למערכות בריאות הציבור והמחקר מרגע היוודעות מחלה מעין זו. ניטור מוגבר, מאמץ להשגת מספר בדיקות גבוה. הכנת צוות מומחים לחירום מתוקף המרכז	תשתית לבניית מאות מעבדות (מאז פרוץ מגפת הקורונה נוסדו 118 מעבדות) ומאות מתקני בריאות מאולתרים. חתירה לבדיקות סרולוגיות על פני בדיקות ב PCR. לראייה המדינה הקצתה 17 מיליון דולר בחודש ינואר לייצור	תחנות בדיקה ברחבי המדינה שאף מבצעות בדיקות נוסעים בכלי רכב חולפים בתחנות -drive through, שהבדיקה בהן נמשכת כמה דקות, מבלי לצאת מהרכב. קיימת התרעה כאשר ישנה הפרה	חובת סודיות על מידע אישי. לאחר המגפה המידע הנוסף יושמד.	איכון סולרי לקבלת נתוני תנועה חולה מאומת. וכן שימוש באפליקציות וולנטריות. כמו כן נתוני אשראי ומצלמות רחוב ומידע ממחלקת ההגירה וחברות התעופה. מעקב אחר מי שנמצא בבידוד באמצעות שתי שיחות	קיימת חקיקה נרחבת לטיפול במצבי חירום עקב התפרצות מגיפה. לשיטות המעקב נדרש צו נשיאותי.	דרום קוריאה

לקחים כלליים בבריאות ציבור	מערכת רפואית	פיקוח ואכיפה	פרטיות/ איסוף מידע	ניטור ומעקב	חקיקה ייעודית למגיפה	
לבקרת מחלות הקרואיני וה-KCDC.	ואספקת אמצעי בדיקה ומניעה	של אזרח את תנאי הבידוד שלו.		טלפון ביום או באפליקציה שהורדתה היא עצמונית וולנטרית. פרסום לציבור של היסטורית התנועה ללא שם ושליחת הודעה לאלו שהיו בקרבתו.		
מוכנות בית החולים לתכנית תגובת MERS, הכוללת ניסויים קליניים, תוך שימוש בתשתיות ראויות למניעת הדבקה. הגברת מניעה ובקרת זיהום, האצת יכולת המעבדה לגילוי מוקדם וחינוך והדרכה תקופתיים של HCWs בניהול תיקים יחד עם ציוד מגן אישי, כמו גם ניקוי סביבתי. פותחו אלגוריתמים המתארים פעולות בתגובה למקרה או לחשד למקרה של זיהום של הנגיף. תרגילי סימולציה נערכו מדי שנה. כמו כן נוצר תכנון המשכיות עסקית וכדי להבטיח אספקה מספקת ומענה אפקטיבי כאשר מצב חירום אמיתי מתרחש.	יותר מ-60 בתי חולים לטיפול בחולי קורנה	התקנו סורקי טמפרטורת גוף במרחבים ציבוריים, שדות תעופה ובכניסה למספר בתי חולים.	שמירה על בריאות הציבור, זכויות חופש הביטוי והגישה למידע. צריכות לעמוד בסטנדרטים של חוקיות, נחיצות ומידתיות, כפי שנקבעו בסעיף 19 (3) לאמנה הבינלאומית לזכויות אזרחיות ופוליטיות (ICCPR) שהתקבלה במדינה ב-1996	אפליקציות וולנטריות: תאילנד הוציאה אפליקציה סולרית שכל מי שמגיע לשדה תעופה חייב להוריד. כמו כן ישנו עידוד להורדת אפליקציה סולרית למעקב אחר האזרחים, עם יכולת לבצע הערכה עצמית ולקבוע את רמת הסיכון לזיהום על בסיס חשיפה והיסטוריית נסיעות.	צו החירום מעניק לראש הממשלה סמכויות רחבות במצב חירום 'המחייב אמצעים לשמירה על האינטרסים של המדינה כולל' ביטחון העם'. על פי סעיף 9 לציון החירום, ראש הממשלה רשאי להוציא הוראות לציון אנשים לבתייהם, לאסור על אסירות, לאסור הודעות לעיתונות ופרסומים אחרים ש" עשויים לעורר פחד ", ולהגביל את הנסיעות והגישה לאזורים או מבנים מסוימים. סמכויות נוספות של מעצר, מעצר, חיפוש, תפיסה ופקידה של סחורות ושירותים זמינות במסגרת סעיף 11 לחוק החירום ב"מצבים חמורים" הכוללים 'טרור, שימוש בכוח, [און] פגיעה בחיים, בגוף או ברכוש'. הצעדים שהוכרוזו היום נעשו בסמכותו של סעיף 9, והממשלה לא הודיעה אם בכוונתה לנקוט בצעדים לפי סעיף 11.	תאילנד
התנהלו בשקיפות מול האזרחים בשיתוף מידע עדכני ומהימן. הכינו מערך תרחישים כולל סדר פעולות למערך הבריאות והנחיות לציבור בכל שלב. הגדרה ברורה של סמכויות ומשימות פעולה. בנוסף לכך, מיגון והכנה של צוותי רפואה וכן עיסוק מוגבר בחקר מגפות. יצרו ש"פ עם מדענים בסינגפור ובכל העולם. השקיעו בבניית יחידה שתעסוק בניטור ומעקב בעת הצורך עם דגש על ניטור האוכלוסייה הכללית ואוכלוסיות בסיכון כגון בתי אבות.	הרחבה, כוונות והפעלה של מרפאות בריאות ציבור בקהילה. תגבור צוותי רפואה. הקמת חדרי המתנה חיצוניים לבית החולים. הכנה וביסוס מומחי זיהומים ומגפות כגון המכון הלאומי לחקר זיהומים ומגפות. השקעת תקציב וכח אדם במחקר אודות וירוסים ומגפות. יצירת ש"פ בין ארגוני בריאות שונים		פרטים בריאותיים וכן חקירה אפידמיולוגית נעשת בסיוע משטרה ובחינת נתוני תחבורה.	נתוני מיקום מאפליקציות שונות ובעיקר ממצלמות רחוב.	קיימת חקיקה נרחבת לטיפול במצבי חירום עקב התפרצות מגפה. הסמכות מוטלת על ראש שירותי הבריאות וכוללת ביצוע מעקב למטרות בריאות ציבור וחקירות אפידמיולוגיות. כמו כן קיימת ועדה בין משרדית לתתן אסטרטגיות והנחיות.	סינגפור

ב. ממצאים בתחום הכלכלה

בבחינה הכלכלית סקרנו את מדינות מזרח אסיה אשר נפגעו בצורה הקשה ביותר מנגיף ה-SARS מתוך כוונה לנסות וללמוד מהלקחים שהם הפיקו. מדינות אלו כוללות את טייוואן, הונג קונג, סינגפור ווייטנאם. שתי מדינות נוספות התווספו לסקירה- קנדה ודרום קוריאה. קנדה התווספה מאחר וגם היא חוותה פגיעה משמעותית מנגיף ה-SARS (בעיקר בטורונטו). דרום קוריאה התווספה כי למרות שהיא לא חוותה פגיעה בחיי אדם, היא כן ספגה פגיעה כלכלית מנגיף ה-SARS. יחד עם זאת, בכדי לבחון מה ניתן ללמוד ממשבר הסארס למשבר הקורונה, השווינו את שני המשברים. על בסיס השוואה זו, המפורטת בסעיף הבא, ראינו שיש עדיפות להתמקדות בנסיון מהמשבר הנוכחי. על כן הסעיפים שלאחר מכן מתמקדים בנסיון מדינות מזרח אסיה במשבר הנוכחי.

השוואה בין משבר ה-SARS ומשבר COVID-19
 הטבלה הבאה מסכמת את עיקרי ההבדלים בין המשבר הכלכלי של נגיף ה-SARS ומקבילו מנגיף COVID-19.

טבלה 2: עיקרי ההבדלים בין משבר ה-SARS למשבר COVID-19

מאפיין	SARS	COVID-19
עוצמת (סכום) הפגיעה	פגיעה גלובלית של כ-40 מיליארד דולר אמריקאי	טריליונים. ההערכות משתנות, אך לצורך השוואה- רק בישראל הפגיעה מוערכת ב-25 מיליארד.
היקף הפגיעה	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>מדינות מזרח אסיה וקנדה בלבד</u> 2. <u>ירידה בביקושים</u> 3. <u>ירידה בהשקעות זרות</u> <p>ענפים שנפגעו הם ענפי השירותים- ובעיקר ענפי התיירות, התרבות והפנאי</p> <p>בעיקר ביצירת השקעות חדשות עקב חוסר הוודאות סביב הנגיף</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>פגיעה גלובלית גורפת בכל כלכלות העולם</u> 2. <u>ירידה בביקושים</u> 3. <u>ירידה גלובלית בהשקעות</u> <p>כלל ענפי המשק חווים פגיעה חמורה פרט לעסקים בודדים</p> <p>אופיו הגלובלי של המשבר הוריד את הנכונות להשקעה. שוקי ההון בעולם קרסו.</p>
משך הפגיעה	חמישה חודשים של פגיעה משמעותית, בין פברואר ליולי 2003.	נכון ל-3 במאי, ארבעה חודשים של האטה כלכלית, ללא אופק לסיום
הגבלות כלכליות רוחביות	ללא	השבתה כללית- הגבלת תעסוקה לא חיונית, סגירת מוסדות חינוך, הגבלות תנועה נרחבות
עוצמת תגובה כלכלית	השקעה ממוצעת של פחות מאחוז בודד מהתוצר המקומי	השקעה ממוצעת של כ-8 אחוז תוצר מקומי

כפי שניתן לראות, מנוקדת המבט הכלכלית קשה להשוות בין משבר נגיף ה-SARS המשבר הנוכחי. היקף ועוצמת הנזק שאנו חווים כיום גדולים משמעותית ממה שחוו מדינות מזרח אסיה

במשבר ה-SARS. בעוד שמשבר ה-SARS היה משבר מקומי-אזורי משבר הקורונה הוא משבר גלובלי. כתוצאה מכך, התגובה הכלכלית במשבר ה-SARS התמקדה בפיצוי מינימלי לענפים שנפגעו. לעומת זאת במשבר הנוכחי נפגעו ענפים רבים, ובכללם ענפים שהביקוש להם גלובלי. אי לכך הכלים המיושמים כיום רחבים משמעותית ונפרסים על כלל המשק ותחומי החיים- תמיכה באבטלה וחזרה לתעסוקה, עזרה לעצמאים ולעסקים בטווח הקצר ובטווח הבינוני, ותמיכה מאסיבית בענפים שנפגעו בצורה המירבית. עם זאת, ההיבט המשמעותי ביותר בהבדלים הוא הצורך בהגבלות יזומות על המשק. כלכלות מזרח אסיה המשיכו לפעול באופן רציף לאורך משבר ה-SARS, ולא נדרשו לשקול כיצד ומתי יש לחזור לשגרה.

תגובות מדינות מזרח אסיה ל-COVID-19- המקור להצלחה

אמנם קשה להשוות בין משבר ה-SARS ומשבר COVID-19, אך ניכר כי מדינות מזרח אסיה השכילו להתמודד עם המשבר הנוכחי בצורה מוצלחת יותר ממדינות המערב. ניתוח ההבדלים בתגובות לנגיף COVID-19 מציג תמונה שאינה כלכלית בעיקרה - מדינות מזרח אסיה הגיבו מוקדם יותר לדיווחים הראשוניים מסין, תוך התחלת בדיקות בנמלי התעופה, העלאת המודעות הציבורית למגיפה חדשה, ובידוד חולים ואנשים שבאו איתם במגע באמצעות איכונים ומעקבים אגרסיביים. בין היתר, צעדים אלו הביאו לכך שסינגפור נאלצה להגביל מוסדות חינוך ותעסוקה רק לפני שבועות ספורים, ולכך שטייוואן שומרת על כלכלה מתפקדת לחלוטין ללא הגבלות רוחביות עד היום. נכון ל-27 באפריל, פרט לטייוואן (שתסוקר בהמשך), בכל המדינות שנסקרו הפעילו מגבלות ברמה דומה לישראל על הכלכלה המקומית.

כלים כלכליים מרכזיים בהתמודדות מדינות מזרח אסיה עם COVID-19

הצעדים הכלכליים שבאים להתמודד עם הנזקים הכלכליים מהמגפה ניתנים לחלוקה לצעדים המיועדים לפיצוי הציבור הנפגע, וצעדים המיועדים להתאוששות והזנקת הכלכלה. אי לכך בסקירת הצעדים שננקטו במדינות החקר, המפורטים להלן, הפרדנו בין סוגי הצעדים, כאשר לצד כל אחד מהצעדים מפורטות המדינות הרלוונטיות שיישמו את אותו הצעד.

צעדי פיצוי

1. תשלומי העברה רחביים על בסיס קריטריונים שאינם מבוססים על המרצת המשק. לרוב נעשים על בסיס קריטריונים סוציו-אקונומיים כגון הכנסה, מספר ילדים, זיקנה וכו'. לעיתים הקריטריון יהיה אבטלה בעקבות הנגיף. [סינגפור, הונג קונג, טיוואן, קנדה, וייטנאם, דרום קוראה]
2. חלוקת תלושים לקניית מצרכים ומוצרים שאינם שייכים לענפים שנפגעו [סינגפור]
3. דחייה של תשלומי הלוואות לציבור הרחב וכולל
 - 3.1. דחייה בתשלומי משכנתאות [סינגפור]
 - 3.2. דחייה בתשלומי הלוואות סטודנטים [סינגפור, הונג קונג, קנדה]
4. תמיכה בעמותות
 - 4.1. מענקי תמיכה בעמותות העוזרות לציבור הרחב או לאוכלוסיות נזקקות [סינגפור, קנדה]
 5. הפחתה גורפת בתעריפי תחבורה ציבורית [הונג קונג]

צעדי התאוששות והזנקת הכלכלה

הצעדים שבאים להביא להתאוששות המשק נחלקים גם הם לכמה סוגים. חלקם באים להגדיל ביקושים, אחרים באים להגדיל את התעסוקה בכדי לצמצם את היקף האבטלה, ואחרים באים לתמוך בעסקים, בחיתוכים שונים.

1. הגדלת הביקוש לענפים שנפגעו
 - 1.1. סבסוד עמלות אשראי גורפות [דרום קוריאה]
 - 1.2. הפחתת מיסי רכישה [דרום קוריאה]
 - 1.3. חלוקת קופונים לצריכה ולשימוש המוכוונים לענפים שנפגעו [טייוואן, דרום קוריאה]
2. תמיכה בשמירה על משרות
 - 2.1. סבסוד שכר לעובדים למניעת פיטורים במשק
 - 2.1.1. לרוב נעשה על בסיס אחוזים עם תקרה מוגדרת לכל עובד, לתקופה של 3 חודשים עד שנה. לפעמים תלוי בתנאי של אי-פיטורים. [סינגפור, הונג קונג, טיוואן, קנדה, דרום קוריאה]
 - 2.1.2. הסבסוד יכול להיעשות רטרואקטיבית - כמענקי החזרת עובדים לעבודה
 - 2.2. תמיכה בהכנסה של עובדים המסכימים להפחית משעות עבודתם למניעת פיטורים [קנדה]
 - 2.3. סבסוד הכשרה מחדש של עובדים למקצועות חיוניים - באמצעות סבסוד תכניות פרטיות או הפעלת תכניות ממשלתיות [סינגפור]
3. תמיכה בעצמאיים
 - 3.1. תשלומי העברה על בסיס קריטריונים של פגיעה, גודל מחזור שנתי, וכו' [סינגפור, הונג קונג]
 - 3.2. סבסוד למידה והכשרה מחדש כתגובה לירידה בביקושים - באמצעות מענקים או באמצעות הפעלת תכניות ממשלתיות. [סינגפור]
4. שמירה על הביקוש לעבודה
 - 4.1. יצירת משרות זמניות
 - 4.1.1. לרוב באמצעות הוצאה לפועל של פרויקטים בתחומים שנפגעו, או בגיוס עובדים לנושאי בריאות הציבור [סינגפור, הונג קונג, קנדה]
 - 4.2. תמיכה בעסקים המציעים תכנית התמחות למחפשי עבודה ומאפשרים לציבור רחב יותר להגיש מועמדות. [סינגפור, הונג קונג]
5. צמצום הוצאות של עסקים
 - 5.1. הנחה בארנונה במבנים מסחריים לתקופה מוגבלת [סינגפור, טיוואן, וייטנאם]
 - 5.2. הנחה בתעריפי החשמל והמים [הונג קונג, טיוואן, וייטנאם]
 - 5.3. הנחה במס הכנסה (ומיסים נוספים) לעסקים - על בסיס אחוזים ותקרה חודשית מוגבלת, לתקופה מוגדרת [סינגפור, הונג קונג, דרום קוריאה]
 - 5.4. דחיית תשלומי מיסים ללא ריבית [סינגפור, הונג קונג, טיוואן, קנדה, וייטנאם, דרום קוריאה]
 - 5.5. ביטול אגרות רישוי ואגרות ממשלתיות/מקומיות אחרות לתקופה מוגבלת [הונג קונג, וייטנאם]
 - 5.6. צמצום עלויות שכירות

- 5.6.1. ביטול/הנחת שכירות עבור עסקים הנמצאים במבנים ממשלתיים [סינגפור, הונג קונג, טייוואן]
- 5.6.2. תכנית הלוואות לבעלי נכסים בתמורה להורדת שכ"ד לעסקים [קנדה]
- 5.6.3. הנחה במיסים לבעלי נכסים המפחיתים בדמי השכירות לעסקים [דרום קוריאה]
- 5.7. דחיית הפרשות לפנסיה, ביטוח לאומי וקופות גמל לעובדים [וייטנאם, דרום קוריאה]
- 6. תמיכה באשראי לעסקים
 - 6.1. עידוד בנקים מקומיים למתן הלוואות
 - 6.1.1. באמצעות ערבות מדינה עד לסכום מוגבל [הונג קונג, דרום קוריאה]
 - 6.1.2. באמצעות סובסידיה פרמיית הביטוח הלוואות [סינגפור]
 - 6.2. הלוואות מדינה בריבית נמוכה על פי קריטריונים שונים [סינגפור, הונג קונג, טייוואן, קנדה, וייטנאם, דרום קוריאה]
- 7. תמיכה מכוונת לענפי תעשייה שנפגעו
 - 7.1. הקצאת תקציבי הלוואות ספציפיים לענפים פגועים שונים
 - 7.2. תשלומי העברה לעסקים בענפים השונים על בסיס רמת פגיעה/ מחזור עסקי [סינגפור, הונג קונג, טייוואן, קנדה]
 - 7.3. תעופה- ויתור על תשלום דמי שימוש בקרקע לשדות תעופה [קנדה]
 - 7.4. תיירות- דחיית תשלומי אגרות על רישיונות ואגרות לאתרי תיירות [קנדה]
 - 7.5. תחבורה ציבורית -
 - 7.5.1. תשלומי העברה לעסקים על בסיס כמות רכבים [סינגפור, הונג קונג]
 - 7.5.2. הנחה במיסי דרכים ובכבישי אגרה [סינגפור]
 - 7.5.3. חניה חינם במגרשי ממשלתיים לאוטובוסים מושבתים [סינגפור]
 - 7.5.4. החזר על הוצאות תחזוקה לתקופה מוגבלת [הונג קונג]
 - 7.6. אומנות ותרבות -
 - 7.6.1. ביטול אגרות שידור לתקופה מוגבלת [קנדה]
 - 7.6.2. תמיכה בהקמת פלטפורמות דיגיטליות להעברת תכני מדיה [סינגפור]
 - 7.6.3. תשלומי העברה לקבוצות מרכזיות/עמותות/איגודי אמנים לתמיכה זמנית [סינגפור, הונג קונג, טייוואן]

טייוואן כמקרה בוחן

טייוואן היא המדינה היחידה בעולם המצליחה לשמור כיום על שגרת חיים תקינה, ללא הגבלות על תנועה, עסקים או בתי ספר. כתוצאה מכך כלכלת טייוואן סובלת פחות מ-COVID-19 בהשוואה לשאר כלכלות העולם. לצד זאת, קצב ההדבקות בטייוואן נשאר נמוך מאוד ועומד על מספרים בודדים בכל יום- מה שמציב אותה כסיפור הצלחה בקנה מידה עולמי בהתמודדות עם COVID-19.

בדומה לניתוח הכללי שהצגנו לעיל בסיכום המקור להצלחתן של מדינות מזרח אסיה עם התמודדות עם נגיף COVID-19, ההתמודדות המוצלחת של טייוואן אינה נשענת על מקור כלכלי. הצלחה זו נובעת משתי סיבות מרכזיות השייכות לתחום בריאות הציבור - (1) תגובה ראשונית מהירה ואגרסיבית, ו-(2) התנהלות שגרתית אחראית. ראשית, טייוואן הגיבה באופן מהיר ואגרסיבי לדיווחים הראשונים מסין בדבר המגיפה עוד לפני ש-WHO הזהיר את העולם מפניה.

זאת כתוצאה מחוסר האמון העמוק הקיים כלפי סין מאז ניסיון הסתרת נגיף ה-SARS. טייוואן הפעילה שורה של אמצעי זיהוי, בידוד, והכלת הנגיף גם כאשר WHO טען שהם לא נדרשים. אמצעים אלו - ביטול טיסות מסין, חובת חבישת מסיכה בציבור, בדיקות קפדניות וחיטוי בשדות התעופה, והעלאת מודעות הציבור לסכנות ולדרכי ההימנעות מהדבקה. בנוסף, איכות הביצוע והפיקוח על המגבלות היא מהמובילה בעולם. לדוגמה - נוחתים בשדות התעופה חייבים לקחת הסעה ממשלתית מיוחדת לבית הבידוד בו הם נדרשים לשהות.

הסיבה השנייה היא ההתנהלות השגרתית האחראית - בטייוואן קיים סטנדרט מוקפד מאוד של שמירה על המרחב הציבורי. שמירת מרחק בציבור, חבישת מסיכה, מדיניות מוקפדת של בדיקות חום, חיטוי ידיים וחפצים וכו' - כל אלו תורמים למניעת הדבקות בקהילה. בהתייעצויות בינלאומיות בכירים בטייוואן מפצרים בנציגי העולם לשמירה על המרחב הציבורי - ברגע שנצליח לשמור על מרחב ציבורי נקי, נוכל לקיים כלכלה מתפקדת.

ג. ממצאים בתחום החברה והרווחה

תחום החברה והרווחה הוא רחב ביותר וקשור להשלכות הכלכליות, חברתיות, פסיכולוגיות ורפואיות בעקבות הקורונה. את החיפוש הנוכחי עשינו על פי צירופי המושגים: SARS/ Ebola/ MERS & Social Work; SARS/ Ebola/ MERS/Pandemic & Minorities; SARS/ Ebola/ MERS/Pandemic & Poverty; SARS/ Ebola/ MERS/Pandemic & Elderly

התערבויות של עובדים סוציאליים עם מגיפות קודמות

מספר מחקרים שנעשו בעקבות מגיפת הסארס בדרום מזרח אסיה (הונג קונג וסינגפור) ואוסטרליה בדקו את ההשלכות התערבות של עובדים סוציאליים. המחקרים מתארים מספר פרקטיקות התערבות והשלכות על העובדים הסוציאליים בבתי החולים:

1. מתן שירות טלפוני ככלי להעצמה באמצעות מתן מידע, חינוך, תמיכה רגשית, תגובות של אמפתיה, מתן תחושה של אפשרויות בחירה, שימוש בריפריימינג (נסיון להסתכל על המצב הקשה דרך פרספקטיבות של כוח). הקו החם נמצא יעיל בסיטואציות אלו הדורשות מרחק פיזי בין התושבים (Hui, & Tsui, 2004). 2. מספר מחקרים שרובם מתמקדים בעבודה בבתי החולים: העבודה עם החולים תוך שימוש במסכות או באמצעים אלקטרוניים (טלפון, מחשב) יצרה מרחק בין העובדים למטופלים, בטיפול הדורש קירבה רגשית לפיכך נדרשו אמצעים יצירתיים מצד העובדים כדי להבין ולהגיע לרגשותיהם של הפונים. בכל המאמרים מזכירים שעל העובדים הסוציאליים היה לפתח יצירתיות, אבל לא מתוארים פרוטוקולים שנלמדו פרט לשימוש באמצעים אלקטרוניים. טווח ההתערבות כלל עבודה פרטנית (בעיקר ניהול חרדה, שימוש בהעצמה – גישת הכוחות) והתערבות משפחתית-מערכתית (שכללה ניהול חרדה, העצמה וייעוץ למשפחה לגבי ההתייחסות למטופל). (Rowlands, 2004; 2007). 3. עזרה למשפחות בקבלת סיוע כלכלי מהמדינה. (Rowlands, 2004; 2007). 4. המלצות/צרכים שתוארו על ידי עובדים סוציאליים בבתי חולים: צורך של הכשרה ספציפית (לא ניתן פרוטוקול להכשרה), תכנון, תקשורת ותמיכה (אין פרוטוקול של ההכשרות). (Gearing, Saini, & McNeill, 2007; Rowlands, 2004; 2007). 5. יש צורך לאקטיביזם חברתי של עובדים סוציאליים, השפעה על המדיניות ועל דרכי ההשפעה, עבודה עם ארגונים לא ממשלתיים ומעורבות בהפצת מידע הסברתי מהימן ומדויק (Gearing, Saini, &

(McNeill, 2007). מגיפת הסארס הביאה איתה אתגרים שדרשו תגובה חדשה וסינרגית בין ציבור, קהילה אזרחית וסקטורים פרטיים, כמו גם שיתוף פעולה בינלאומי. המאמר סוקר את הדרכים בהן הצליחו לגבור על המגיפה בהונג קונג כשבניהול המשבר היה דגש על שמירת החוסן של הציבור. העבודה הסוציאלית היתה בין הגורמים שעזרו בהתמודדות עם המשבר. בשלב הראשוני של המשבר העובדים סוציאליים היו ריאקטיביים ולא פרואקטיביים, אך תוך זמן קצר מאוד לקחו העובדים הסוציאליים תפקידים חיוניים ביניהם: 1. שמירה על אוכלוסיות בסיכון וקשישים על ידי מניעת מגע עם קרוביהם והציבור הכללי. 2. נידוד של משאבים ומתנדבים לאיתור והצעת שירותים לקשישים, נכים ומהגרים- ביקורי בית וקו חם טלפוני. 3. ארגון פעילויות קהילתיות ועידוד לאחדות וסולידריות חברתיות. 4. תמיכה במשפחות שאיבדו בן משפחה והיו צריכים תמיכה אינטנסיבית סוציאלית, כלכלית, פסיכולוגית ורפואית על מנת להשתקם (Sze & Ting, 2004)

רוב התוכניות זיהו שיהיה צורך גדול יותר במשאבים בריאותיים מאשר יש בנמצא. לכן, האנושות תתמודד עם מצב בו לא כולם יקבלו שירות רפואי, גם אם הם יצטרכו אותו. מצב זה יוביל למספר גבוה של מקרי מוות וסטרס. האתגרים האתיים יעמדו בפני רופאים ועובדים סוציאליים. כיצד לדאוג לאלו שאינם יכולים להירפא? עובדי הבריאות, השורדים ומשפחותיהם יציבו דרישות חסרות תקדים מעובדים של שירותי בריאות הנפש שראוי לדון בהם מבעוד מועד (Rosoff, 2008).

בסקירה שנעשתה ע"י מכון מאירס-ג'וינט –ברוקדייל (ברלב, יאבו, רימון-גרינשפן אורן, מורן-גלעד, 2020) לגבי השתלבות של ילדים עם צרכים מיוחדים בחינוך, תואר המצב בכמה מדינות אך ללא הערכת התוצאות. המסמך סוקר את המדינות הבאות: המסמך סוקר את המדינות הבאות: ארגנטינה, ארצות הברית (ניו יורק וקליפורניה), אנגליה, גרמניה, ספרד ואוסטרליה. מהסקירה עולה שבכמה מדינות הייתה התייחסות גם לתפקידי העובדים הסוציאליים. לדוגמא, באנגליה היה על העובדות הסוציאליות של הילדים בעלי הצרכים המיוחדים לשמור על קשר מרחוק אך קבוע עם הילד והמשפחה. בגרמניה היה על העובדים הסוציאליים לשמור על מתן תמיכה ויעוץ למשפחות מקרוב או מרחוק לאורך כל התקופה. בספרד נתנו החרגות מהסגר לאנשים שעבדו עם בעלי צרכים מיוחדים.

אוכלוסיות החיות בעוני/ מהגרים/ מיעוטים/ קבוצות מוחלשות

המחקרים הקיימים מצביעים על כך שעוני, אי שוויון ואפליה מעלים באופן ניכר את ההסתברות לחולי ותמותה. ההיסטוריה אומרת לנו שאוכלוסיות עניות תמיד סבלו מעול לא פרופרציונלי של מחלות ומוות ממחלות זיהומיות מדבקות. מחקר שבחן קשר בין עוני להופעה של הסארס בטורונטו, מצביע על הקשר שבין המדיניות הכלכלית חברתית הניאו-ליברלית להתפרצות של הוירוס. המדיניות הניאו-ליברלית דלדלה את השירותים הרפואיים והחברתיים בצורה שהקשתה עליהם להתמודד עם אתגרי הסארס (Shantz, 2010). מקרי המוות בשפעת של 1918 היו גבוהים משמעותית במדינות עניות כמו הודו ואיראן, בהשוואה לאירופה וצפון אמריקה. המאמר נכתב בתגובה לטענה של Chris Murray and colleagues שאם כיום היה מופיע וירוס כמו זה שהופיע ב-1918 - 62 מיליון אנשים ברחבי העולם היו מתים, 96 אחוז מהם היו ממדינות מתפתחות. הסיבות לאחוזי מוות גבוהים במגפות במדינות מתפתחות קשורות לתזונה לקוייה, היעדר תרופות אנטיביוטיקה. הפתרון לאי השוויון הזה נעוץ בסולידריות ועזרה בינלאומית ומיקוד דרכי ההתערבות המתאימים לאוכלוסיה הספציפית (Fallah, Skrip, Gertler, Yamin, & Galvani, 2015; Ferguson, 2006; Ymada, 2009). כמו כן, נמצא שאוכלוסיה החיה בעוני מאופיינת גם ברמת רמת השכלה נמוכה,

שכנראה אינה מאפשרת את הבנת הסיכונים ודרכי ההתמודדות ועלולה לא רק לגרום לתחלואה רבה יותר, אלא גם לקושי להתמודד עם תוצאותיה. המאמר כולל המלצה כללית ליצירת תכניות עבור אוכלוסיות אלו, ומצביע על פגמים בתוכניות הספורות שאכן התייחסו לאוכלוסיות מוחלשות (אנשים עם צרכים מיוחדים / עוני/ קבוצות מיעוט וכו'). במאמר מוצעות מספר אפשרויות לשיפור זאת: (1) להגדיר במדויק את האיפיונים של הצרכים המיוחדים, (2) לשלב אנשים מהקבוצה או נציגיהם בהכנת התוכניות, (3) להגדיר את הצרכים בהקשר לפנדמיה (Uscher-Pines, Duggan, Garron, & Faden, 2007).

קבוצות מיעוט שונות באוכלוסייה בישראל לא קבלו מידע מספק ומובן (החברה החרדית, שרובה לא רואה טלביזיה ולא משתמשת באינטרנט), החברה הערבית שחלק ממנה לא דובר עברית, מבקשי המקלט, מהגרים ועובדים זרים ויתכן שחלק מבעלי הצרכים המיוחדים שהאינפורמציה אליהם מוגבלת. במאמר המתייחס לקבוצות אלה (מאמר כללי שלא מציין היכן בדיוק נעשה) מציע שימוש בתקשורת רגישת תרבות על מנת לכלול מיעוטים ולשפר תקשורת עמם בזמן חירום. המאמר מתאר אמצעים שניתן לעשות לפני, תוך כדי ואחרי אירוע חירום על מנת לשיפור את ה- ECRC - Emergency Crisis Risk and Communication ובכך לשיפור את החוסן של הקהילה. על פי המאמר יש למצוא דרכי תקשורת מתאימים (שפה, שימוש במטפורות מתאימות), לחפש מנהיגים מקובלים שיעבירו את הדברים, לגייס את האוכלוסייה לפעילות אקטיבית. (כל אלו נעשו בארץ רק בחלקם ובשלב מאוחר יותר). (Crouse, 2008). באופן ספציפי למהגרים מוצע: (1) לספק מידע וחינוך על המגפה בשפה שלהם. 2. סיוע בהפחתת מצוקה חברתית ופסיכולוגית ושיפור נגישות שלהם למשאבים. 3. סיוע לאלו שנדבקו- סיוע כלכלי, גישה למשאבים בבידוד, קשר עם המשפחות. 4. הבנה תרבותית והימצאות בקשר עם מדינות שכנות. (4 לא רלבנטי לישראל) (Park & Lee, 2016).

"עניים ותיקים ו"עניים חדשים" תכניות התערבות פסיכו סוציאליות

נערכה השוואה בין ארבע תוכניות התערבות אינסטרומנטליות להתמודדות עם האבולה: (1) מינימלית- קצבת אוכל חד פעמית או קצבה כספית חד פעמית, 2. בינונית- מספר קצבאות אוכל או תמיכה חינוכית מקצועית או סיוע בעבודה/מלגה לפחות מ-3 חודשים. 3. חיונית- מספר קצבאות אוכל או תמיכה חינוכית מקצועית וסיוע בעבודה/מלגה לפחות מ-3 חודשים או סיוע בעבודה/מלגה לתקופה של בין 3-6 חודשים. 4. נרחב- סיוע בעבודה/מלגה ליותר מחצי שנה.) לכל התכניות הייתה תוצאות חיוביות, אך תכניות 2,3,4 נמצאו כמשפיעות יותר על ה-well being של המשתתפים בהם מאשר תכנית 1. רק תכנית 4 הייתה קשורה לביטחון תזונתי גבוה ביותר. יעילותן של תוכניות אינסטרומנטליות סוציאליות נמצאו הן על מדדים אובייקטיביים של רווחה כלכלית והן על מדדים סובייקטיביים של תחושת ערך, אחווה, רווחה נפשית. כמו כן, נמצא שהתכניות שנתנו סיוע במציאת עבודה, שימוש במלגות להשקעה יצירתית בעסקים, מציאת ערך בתוכניות המקצועיות ובהשכלה, מציאת עבודה וסיוע הכלכלי יצרו גם תחושה של סולידריות. לבסוף, כל אלו סייעו במלחמה נגד הסטיגמה. המחקר נעשה באפריקה אולי לא בהכרח מתאים אבל נותן כיוון לאופי העזרה שצריכה להינתן ל"עניים החדשים" בישראל או לעניים ותיקים שמצבם הורע עוד יותר בעקבות מגיפת הקורונה. (Richardson, Kelly, Sesay, Drasher, Desai, Frankfurter, & Barrie, 2017).

סטיגמטיזציה/ רווחה אישית וכלכלית של שורדי האבולה, הסארס והמארס: ממצאים ודרכי התערבות
מספר מחקרים נעשו באפריקה בהתייחסות לאבולה ובאסיה בהתייחסות לסארס. מחקר שנעשה בהונג קונג מצא שסטיגמה כלפי אלו שחלו השפיעה על מרבית מתושבי המקום וקיבלה צורות שונות של הדרה, עלבון, המעטה בערך ודחייה במקומות עבודה, קשרים בין אישיים ושימוש בשירותי קהילה- כמו בית ספר. יש לציין שגם ריחוק חברתי יכול להביא לסטיגמה. לדוגמה, WHO יצא לאחרונה במסר חדש של: Physical distancing and social connectedness.

הסטיגמה נמצאה קשורה למצוקה פסיכוסומטית. אסטרטגיות של תושבים להתמודדות עם הסטיגמה השתנו בהתאם למגדר, גיל, השכלה, מקצוע וקרבה לגורמי סיכון של סארס כמו- מקום מגורים, הדבקות בסארס בעבר, והדבקות של אחד מבני המשחה. התושבים האמינו שהגורמים לסטיגמה היו: הממשלה וניהולה הלקוי של המגפה, האופי המאוד מדבק של הסארס ודיווחים של התקשורת. הסטיגמה פחתה בסיום המגפה, אך לא נעלמה באופן מלא ממצאים מצביעים על התפקידים הסינרגיים של מדיניות בריאות ציבורית לא עקבית ותקשורת לקויה של המדינה בהגברה של סטיגמה של מגפה לא מוכרת (Lee, Chan, Chau, Kwok, & Kleinman, 2005).

גם מחקרים שנעשו באפריקה בהתייחסות לאבולה (בליבריה ובגינאה) הדגישו את הסטיגמה שנוצרה כלפי אלו שחלו. מרואיינים דיווחו שהדבר התבטא באפליה בקבלה לעבודה, בבידוד חברתי והימנעות מפעילות חברתית. כל זאת גרם גם לירידה בבריאות הפיזית והנפשית. במטה- אנליזה של 24 נמצא ששורדי האבולה דיווחו על סטטוס סוציו-אקונומי נמוך יותר מאשר לפני המחלה, קבלת עבודה פחות מועדפת, רמות גבוהות של דיכאון, חרדה וכעס, שלוו לא פעם בהתמכרויות. רק כחצי מהמרואיינים היו מעורבים בפעילויות שיקומיות בקהילה שקשורות לאבולה. מחקרים קליניים הראו שהשתתפות בקבוצות תמיכה, עזרה בהשתלבות בחברה, בעבודה, וכן אמונה דתית היו אפקטיביים בתהליך השיקום. במספר מקומות נבנו תכניות שכללו פעולות הסברה בקהילה במשפחותיהם של החולים בהשתתפות אנשי הרווחה, צוותים רפואיים ואנשי דת. בתכניות אלו השתמשו בסמלים ובטכסים להורדת החרדה בקהילה. (Arwady, Garcia, Wollor, Mabande, Reaves, & Montgomery, 2017; Delamou, Camara, Kolie, Guemou, Haba, Marquez ... & van Griensven, 2017; James, Wardle, Steel, & Adams, 2019).

סטיגמה כפולה חולי אבולה/ מירס בקבוצות מיעוט: מחקר שבחן את חווית הסטיגמה המתלווה לחולי באבולה בקרב **מיעוט אפריקאי בהונג קונג**, וכיצד חוויות אלו עיצבו את תפיסותיהם אודות האבולה. המרואיינים דיווחו על חוויה של סטיגמה במקומות העבודה ושינוי בגישה של הקהילה בהונג קונג כלפי אפריקאים. הבדלים אתניים תרמו תרומה להגברת הסטיגמה (Siu, 2015).

כלל לא בטוח שתופעת הסטיגמטיזציה בעקבות הקורונה רלבנטית גם למדינת ישראל, עדיין לא נמצאו מחקרים המתייחסים לסטיגמטיזציה בעקבות הקורונה במדינות אחרות. בהחלט יתכן שההדרה של הגיל השלישי, הביקורת הציבורית כלפי הציבור החרדי, ההדרה המתמשכת של החברה הערבית עלולה ליצור סטיגמות חדשות או נוספות כלפי שבדרכים שונות ההדרה שנוצרה בעקבות הסגר לגבי הגיל השלישי יכולה להשליך על ההתייחסות אל קבוצה זו גם לאחר שוך המגיפה ולראותה "כנטל" מתמשך על החברה. כמו כן, ההתנהגות של חלק מהחברה החרדית יכולים להגדיל את החשדנות ההדדית בין האוכלוסייה החרדית והחילונית. הטכניקות שהשתמשו בהן להורדת הסטיגמה (הסברה קהילתית, מפגשים וכו') עשויים למנוע או להוריד את הסטיגמות כלפי אוכלוסיות

אלו. כמו כן, מתוך מספר ראיונות עם אנשים מהחברה הערבית, נראה, שלאור ההתמודדות המשותפת של הצוותים הרפואיים, בהם אחוזים גבוהים לאנשי צוות ערבים בכל המקצועות הרפואיים, ישנה ציפייה להכרה במקומה ובתרומתה של קבוצה זו למדינה.

קשישים במגפות הקודמות

במחקר שבדק את ההשפעה של הסארס בהונג קונג ב-2003 על רווחה סובייקטיבית של קשישים בהשוואה לצעירים נמצא שקשישים החיים באזורים שנפגעו מאוד מהסארס דיווחו על רמות נמוכות של SWB (subjective well being). רמות נמוכות אלו נמצאו עדיין בגבול הנורמה. רמות גבוהות של רווחה היו קשורות לתחושה חזקה של אחדות קהילתית. גורמים שנמצאו קשורים לרמות נמוכות של רווחה כללו חולי כרוני, השכלה נמוכה, מגדר נשי, ואבטלה (Lau, Chi, Cummins, Lee, Chou, & Chung, 2008). בשני מחקרים מדווח על רמת התאבדות גבוהה של קשישים בהונג-קונג בעת התפרצות הסארס. עלייה באחוזי ההתאבדות נצפתה בעיקר בקרב נשים קשישות, לא בגברים ובצעירים. ההשערות לעלייה המשמעותית בשעור ההתאבדות היו כדלקמן: 1) קריסת מערכות תמיכה חברתיות (2) גישה מוגבלת לשירותי בריאות. גורמים אלו יכולים להיות מלווים בסיכון ביו-פסיכולוגי, במיוחד בקרב קשישים. נשים קשישות נוטות להיעזר יותר בשירותי בריאות ומסגרות חברתיות ולכן היו יותר פגיעות להשהיית שירותים אלו בזמן הסארס. קורבנות ההתאבדות נמצאו עם רמת חרדה גבוהה מפני הדבקה במחלה ופחד להוות נטל על המשפחה ובנוסף קושי עם הניתוק החברתי. מסקנות: יש צורך בבחינה מעמיקה של צרכים פסיכולוגיים וצרכי רווחה של האוכלוסייה הקשישה בזמן גיבוש מדיניות של השתלטות על מגפה. צורך בהכנה של בני משפחה לטיפול בקשישים פגיעים שנמצאים בחרדה או עם מחלות רקע (Chan, Chiu, Lam, Leung, & Conwell, 2006; Yip, Cheung, Chau, & Law, 2010).

כללי

1. מספר מחקרים מצביעים על העובדה שהשימוש במילה "התפרצות" (outbreak) של המגיפה יוצרת את האשליה שהסבל הסוציאלי מגיע לסופו עם מותו של הנגיף. **כך למשל, מיליונים של דולרים שהיו מיועדים לתגובה לאבולה, "התאדו" כאשר מערב אפריקה הכריזה שהיא נקייה מהדבקות חדשה בנגיף.** האם זה יכול להיות שהקטגוריות שאנחנו משתמשים בהם לתאר תופעות טבעיות למעשה קובעות את האופן בו נגיב אליהן? הסופיות של המילה "התפרצות" מספיקה כדי לעוות את התפיסה שלנו שסבל הקשור לאבולה הוא למעשה סבל מתמשך? שורדי האבולה הם עדות לכך שסבל ממגיפה הוא אכן מתמשך - באספקטים של מצב רפואי מתמשך והשלכותיו ארוכות-הטווח, אובדן של פרנסה ואובדן של אנשים קרובים, קהילות שבורות, אי ביטחון תזונתי וסטיגמה (Richardson, Kelly, Sesay, Drasher, Desai, Frankfurter, ... & Barrie, 2017).

2. משבר הסארס בהונג קונג יצר פחד ציבורי כללי והחריף את המאמצים של הממשלה ומוסדות בריאותיים לשלוט בנגיף. תפקיד המוסדות במניעה של חרדה ציבורית נהיה מרכזי. מטרת מחקר הייתה לבחון את הקשר בין רמת אמון הציבור במוסדות לבין רמת החרדה הציבורית. הנתונים נאספו בזמן ולאחר המשבר ונמצא קשר שלילי בין רמת האמון ורמת החרדה הציבורית (ככל שהאמון היה נמוך יותר רמת החרדה הציבורית גבוהה יותר). (Cheung, & Tse, 2008).

לא נמצאו מאמרים בנושאים הבאים: 1) תהליכים משפחתיים – עליה באלימות במשפחה? קונפליקטים? פרט לעזרה למשפחות שאחד מחבריהם חלה באבולה או בסארס. 2) מחקרים או

מאמרים המצביעים על מערבות עובדים סוציאליים בהשפעה על מדיניות חברתית שנקטת בזמן המגיפה או בתהליך השיקום וההתמודדות עם תוצאותיה.

ד. ממצאים בתחום הרשויות המקומיות

במהלך העבודה בחנו אירועי אסון נרחבים שהתרחשו בעשורים האחרונים בדגש על תהליכי שיקום ותפקיד הרשות המקומית והחברה האזרחית בהם. בספרות שמתייחסת למגפות (הסארס, המרס וכו') אין כמעט פרטים לגבי "תהליך היציאה", ההתייחסות למגיפה היא התפרצות שהסתיימה והחיים חזרו לשגרה. רוב ההתייחסות בספרות היא לניהול האירוע עצמו וללקחים שישומו במגיפות הבאות או כיום לנוכח מגפת הקורונה. בספרות שמתייחסת לאסונות טבע כגון, רעידות אדמה, הוריקן וכד' ישנו מידע רב על תהליך השיקום על כל גווניו המתבסס ראשית כל על תהליך שיקום פיזי שנמשך במקום האסון זמן רב. שני המקרים הללו לא דומים למשבר הנוכחי ובכל זאת ניתן ללמוד מאירועים קודמים על דרכי התנהלות ומשמעויותיהם לרשות המקומית ולרמה המקומית בכללותה.

הונג קונג (סארס) - התגובה המהירה וההטמעה של ההנחיות בציבור היתה תודות לדיווח ברור ומתמשך הן בכל כלי התקשורת והן במסר ברור מהרשויות המקומיות. משרד הבריאות ורשות בית החולים ערכו מסיבת עיתונאים כל ערב ומסרו דווח מלא ובאופן שקוף על מספר החולים והטיפול בהם ועל מספר המתים. הדיווח פורסם בהרחבה בכל כלי התקשורת כך שלציבור היה את כל המידע באופן ברור. הרשויות העבירו מסר ברור וממשך לגבי הצורך בחבישת מסכות, שטיפת ידיים והנחיות בעניין ריחוק חברתי יחד עם יוזמות של ארגונים קהילתיים לחלוקת מסכות ופרסום ההנחיות על גבי פוסטרים ואלו סייעו בהטמעה מהירה של הכללים. יעילות מאמצים אלה מושפעת במידה רבה מתפיסות ועמדות הציבור. נמצא שככל שהציבור תפס את השימוש באמצעי המנע כיעיל יותר ואת הבעיה לקהילה כחמורה יותר, כך השימוש באמצעים, כגון חבישת מסיכות ושטיפת ידיים, היה גבוה יותר והשפיע על שינוי ההתנהגות והתאמה למצב החדש.

ניהול המשבר ושליטה במגפה מחייבים מאמץ ממשלתי וקהילתי גם יחד, מידע מדויק ומקיף שהועבר באופן רציף לציבור מנע פניקה וסייע בקבלת ההנחיות והבנת הצורך בסגר.

טאיוון - לקחים שהופקו בטאיוון לאחר הסארס הביאו ליצירת הנחיות ופרוטוקולים ממשלתיים משופרים. יחד עם זאת, לאחר שפעת העופות ב-2009, הוחלט לבזר את השליטה מרמת הממשלה והמדינה וליצור רמות שונות של השתתפות בניהול המגפה. המרכז לבקרת מחלות, CDC טאיוון, חולק לששה אזורים פנים ארציים ויחידה נוספת שמטפלת בגבולות. היחידות האזוריות מקושרות ביניהן וכולן קשורות למרכז הארצי, פריסת הרשת מאפשרת רמת תקשורת טובה יותר ותגובה מהירה יותר.

בנוסף, הוחלט למנף בעלי תפקידים מקומיים ולחזק את מעמדם במקרי אסון. בטאיוון קיימת באופן היסטורי, חלוקה עירונית היררכית של "אחראי שכונה" (Li Zhang). לאחראי שכונה אין מעמד ממשלתי והוא לא מקבל שכר. הוא תושב ותיק בשכונה ונבחר לתפקיד על ידי תושביה. שכונה במקרה זה היא מקבץ של כ-5800 תושבים המחולקים ל-20 יחידות משנה שבראש כל אחת מהן

עומד אדם שנבחר על ידי אחראי שכונה. אלה בתורם בוחרים "אחראי בניין" שאחראי על כ-100 300 אנשים. בצורה כזו ישנה מערכת היררכית מקומית שמכירה בנציג האחראי והוא מכיר את חברי הקהילה ויודע מה מצבם. באופן היסטורי אין לאחראי השכונה תפקיד מוגדר אך מחקר שנערך לאחר הסארס מצא שיש לתפקיד זה פוטנציאל עצום שניתן להשתמש בו במקרה של מגפה. במהלך הסארס חלק מבעלי תפקידים אלה לא סייעו ולא רצו לעזור אך היו הרבה אחרים שנקטו יוזמה וסייעו בחלוקת ציוד, בחיטוי, בהסבר ובאכיפת הסגר. מאז הסארס ננקטו מספר צעדים על מנת לשתף אותם והורחבו תחומי האחריות שלהם.

גישה זו, whole-of-society approach, התומכת "שת"פ מדינה-חברה" יחד עם מדיניות מעקב דיגיטלית הונהגה בתקופת הקורונה ויצרה את ההצלחה של טאיוון בטיפול במגפה.

סין - התארגנויות שכונתיות היררכיות אלה מכונות בסין "הועדות השכונתיות", הן מונחות מלמעלה ולמעשה הן "יחידות הממשל הקטנות ביותר". הן קיימות גם בימי שגרה והיו אפקטיביות בתקופת הקורונה, הן בבדיקות חום שהונהגו במעברים משכונה לשכונה והן בקיומה של מערכת לוגיסטית שתמכה בתושבים בזמן הסגר.

חלוקה מעניינת נוספת בסין הייתה "ציוות לזוגות" - כל עיר במחוז חוביי, בו הייתה ההתפרצות הקשה יותר, צוותה לפרובינציה מאמצת ששלחה לה אספקה רפואית שוטפת ואת הצוות הרפואי שברשותה. כך הגיעו למחוז חוביי בתקופת השיא של ההתפרצות כ-150,000 מיטות אשפוז נוספות וכ-40,000 אנשי צוות רפואי.

דרום קוריאה - בדיקות מאסיביות ופעולה מהירה של הממשלה תוך שילוב מסקנות מהסארס איפשרו תגובה מהירה. אחת המסקנות שיושמו לאחר מגפת ה-MERS ב-2015, היא שימוש בשליחת מסרים מהירים בסמסים, לכלל האוכלוסייה (מערכת CBS- Cell Broadcast System). גם הרשויות המקומיות משתמשות במערכת זו, ללא צורך באישור הממשלה, על מנת לטפל מיידית ובאופן יעיל בהתרחשות מקומית.

נעשה שימוש עצום במעקבים דיגיטליים תוך הבטחת privacy of data. בזמן שגרה יש הנחיות רגולטוריות מחמירות מאוד על איסוף מידע דיגיטלי וכן עונשים כבדים לעוברים על החוק. בזמן מגפת הקורונה נאסף מידע באפליקציות שהצריך את אמון הציבור ושיתוף פעולה מצדו. מובטח, על פי חוק, שלאחר המגיפה כל החומר יושמד.

כפי שנראה בכל המקרים לעיל, מידע אמין ויעיל הוא הכרחי והאמון (trust) במידע הוא המרכיב המשמעותי ביותר בהיענות להנחיות. בקהילות שונות יש צורך שאדם מוכר ומוערך יעביר את המידע. זה יכול להיות איש הדת המקומי או שחקן/סלבריטי מוכר. צריך הבהרה מדויקת של ההנחיות ביחס לחברה ולתנאים בה. בישראל ראינו את הבעיה שנוצרה בקהילה החרדית, כשהמסר לא עבר בצורה הנכונה לקהילה. דוגמא רחוקה יותר היא מאיי פיג'י למשל, שם תוארה דילמה אם לשטוף את הידיים בנהר או במיכל המים שממנו מבשלים. במקביל לחשיבות במידע אמין ויעיל, ישנה גם בעיה של מה שמכונה **infodemic**. נושא המידע והתקשורת משמעותי היום בכל הרמות, שכן אנחנו נמצאים גם בעידן תקשורת שונה לחלוטין מזה שהיה באירועי אסון קודמים

וישנו מאמץ למנוע הפצה של ידיעות כוזבות fake-news. נעשית עבודה משותפת פרו-אקטיבית ב-WHO עם גופי ניו מדיה: טוויטר ופייסבוק כדי להבליט מקורות אמינים. גם ברמה הארצית-מקומית ישנה פעילות פרו-אקטיבית של ארגונים בזיהוי "שמועות" דרך מילות קוד במידע ותגובה מהירה של הרשויות במקום (למשל בהודו – עוף גורם לקורונה; במקומות אחרים – עישון מגן מהמחלה). מופצים אמצעים גם לילדים כיצד להבדיל בין עובדות לבין fiction וכן אמצעים לזהות מתי החדשות אמינות ומתי הם fakenews. הנה דוגמא כיצד דווקא הילדים משמשים גורמים מתווכים במסירת המידע.

מונגוליה – דוגמא למדינה לא מפותחת שעבדה באופן יעיל במהלך הקורונה. מונגוליה גובלת מצד אחד בסין ומהצד השני ברוסיה והוגדרה מראש כבעלת סיכון. לכן, החלו שם בפעולות הכנה עוד לפני שהתפתחו בה מקרי הדבקה (אלו החלו בסוף פברואר). ההכנה היתה בכל הרמות: קהילות, חברה אזרחית, עסקים וממשלה.

בתי הספר לא פעלו החל מסוף ינואר והילדים עברו ללמידה מכוונת, תוך בדיקת נוכחות של תלמידים בשיעורים (ולכן ניתנה לזה עדיפות בבית). הילדים השתתפו ב on-line training, שבהם הסבירו במפורט איך ללבוש מסכה, כיצד לרחוץ ידיים וכד' והם העבירו את המידע למבוגרים. מכיוון שזה היה דרך מערכת החינוך זה נתפס אמין. הוטל סגר בין הערים ונמסרו מסרים בעניין שטיפת ידיים, מסכות, ריחוק חברתי. המסר עבר לתושבים באמצעות הקהילות המקומיות ובעיקר דרך הילדים, שכאמור קיבלו את המידע דרך מערכת החינוך.

ניו יורק - דוגמא אחרת לאירוע שלא בהכרח מייצג הוא דווקא, מארה"ב. **בניו יורק (NYC)** הייתה היערכות גבוהה **לשפעת 2009** (שהחלה במקסיקו). בעקבות ארועי 9/11, העיר נערכה היטב למקרה של סכנה, מערכות ניטור כבר פעלו במערכת הבריאות וכך זיהו את תחילת ההתפרצות. ניהול האירוע היה בהתאם לתוכנית היערכות שכללה מתן מידע מותאם בשפות שונות, הנחיה על רחיצת ידיים במים וסבון, הימנעות מקשר עם חולים והישארות בבית במידה ויש תסמיני מחלה. הייתה ביקורת רבה על היערכות "מוגזמת" שפגעה בחיי העיר ובכלכלה כתוצאה מהערכת יתר של ארגונים גדולים בינלאומיים שמכוונים בדרך כלל, ל worst case scenario הערכה שאינה מידתית ולא מותאמת למקום.

תהליך המוכנות לחירום הוא משמעותי ביותר גם ליכולת להגיב, להמשיך לפעול במצבי חירום וכן על יכולת ההתאוששות. נושא החוסן המקומי resilience הפך לשימוש שגור בשנים האחרונות. ערים "חסינות" הן גם ערים יציבות כלכלית אך במיוחד מדובר על ערים המסוגלות להתמודד בזמן משבר ומקרי קיצון מבחינה חברתית וקהילתית.

כאמור, לאחר הסארס או מגיפות אחרות כמעט ולא דובר על מקרי שיקום, המגיפה הסתיימה והחיים חזרו למסלולם. ההשפעה של המגפה במדינות בהם היא היתה ניכרה בעיקר בהיערכות ל"פעם הבאה" וביצירת חוסן מקומי גבוה יותר, שבא לידי ביטוי עם התפרצות מגפת הקורונה. יחד עם זאת להלן שתי דוגמאות להליכי שיקום לאחר הסארס מהונג קונג, העיר שספגה את הסארס באופן הקשה ביותר וטורונטו, העיר היחידה במערב שהיתה בה התפרצות משמעותית של סארס.

הונג קונג - במאי 2003 כשהמגיפה נחלשה הקימה הממשלה שלוש ועדות:

1. ועדה שאחראית על קמפיין של ניקיון כללי ושיפורים סביבתיים בשוק הדיור.
2. ועדה להצעת תכניות להחייאת כלכלת העיר כולל תיירות, מסחר ותעסוקה.
3. הועדה לקידום מעורבות קהילתית ושיתופי פעולה שיתמכו בשיפור הסביבה פיזית, חברתית וכלכלית של העיר.

בנוסף אושר תקציב למחקר הקשור לסארס והוחלט לפתח מרכז בינלאומי לבקרה ומניעה של מחלות. המאבק המשותף במגפה, הקמת קרנות עזרה לנזקקים ומסירות הצוות הרפואי הובילו לתחושת אחדות והערכה של כל הצדדים ולתחושת החוסן והמסוגלות להתמודד עם קשיים ובעיות.

טורונטו – ראש עיריית טורונטו, מל לסטמן, שהקים כח משימה במטרה להתמודד עם הנזק התדמיתי שספגה העיר על ידי מיתוג מחדש של העיר ולתת תחושת בטחון. המשימה קיבלה עדיפות גבוהה ושולבו בה של שלוש רמות הממשל וכן עסקים וקבוצות מהקהילה. במקביל להתמודדות הרפואית עם הסארס הגדיר הצוות שלוש משימות: התמודדות עם הפחד, יצירת גאווה מקומית ומשיכת תיירים ועסקים. השלב הראשון היה במקביל לסארס והופנה לתושבי העיר עצמה במטרה לגרום להם להרגיש בטוחים לחיות ולבקר בעיר. עודדו יציאה ובילוי בעיר (לא בקרבת חולים או בתי חולים) במטרה לייצר תחושת ביטחון. בהמשך החל קמפיין משולב בעלות של 5 מיליון דולר בשלב הראשון שלו הופנה לתושבי העיר עם הסלוגן "Toronto You Belong Here" ובשלב הבא הופנה במטרה לעודד תיירות ועסקים מארה"ב עם סלוגן: "Toronto – the World in a City". שלב זה כלל מעורבות גדולה של הסקטור הפרטי, העסקי והאזרחי במטרה להציג את הפן האתני תרבותי של טורונטו מבחינת מקומות בילוי ומסעדות. אירוע השיא של הקמפיין היה SARSstock, מופע רוק ענק שהתארגן במהירות כיוזמה של האבנים המתגלגלות לבוא לעזרת טורונטו.

ה. ממצאים בתחום הממשל

הממצאים בתחום הממשל מוצגים בטבלה הבאה, המפרטת אמצעים ופעולות שננקטו בסין, סינגפור, הונג-קונג, טאיוואן ווייטנאם אשר היו להם השלכות בתחומי הממשל, קבלת ההחלטות וקביעת מדיניות.

טבלה 3: תגובות מדינות אסיה למשברים ומגיפות בתחום הממשל, קבלת החלטות ומדיניות

השלכות -- <	שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)	קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)	רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)	טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)	חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)
מדינה/ פריטי ספרות ¹					
סין	לאחר משבר הסארס הוקמה מערכת ניהול חירום לאומית חדשה (NEMS) שכללה משרדי ניהול חירום (EMO), בניית תוכניות מגירה לאומיות ומקומיות, מנגנוני תגובה לחירום, וחוק תגובה לחירום. NEMS החדש סיווג את מצבי החירום ל 4 סקאלות: חמור	המערכת כשלה בהגדרת אחריות, סמכות ושיתוף פעולה. מידע הוסתר ולא זרם, היעדר היערכות ומניעה, ובעיקר חשש מפגיעה בממסד ובלגיטימיות שלו לאור הכישלון. כצעד היערכות למשבר הבא אומצה מדיניות תיאום ושיתוף באפריל 2003 הוקם מטה פיקוח ומניעה ע"י מועצת המדינה בניהול סגן ראש הממשלה. המסגרת החדשה שינתה את צורת הדיווח מלמטה למעלה – לקביעת האחריות	באפריל 2003 הופעלה פקודת חירום לניהול אחריות לאירוע "תקנות מוכנות לתגובה לסכנות בריאות הציבור" (ענישה על הסתרת מידע, העברת מידע כוזב, עיכוב דיווח חוסר תגובה, נקיטת צעדים מנהליים שלא כדין). ב-2005 נחתם תיקון תקנות הבריאות הבינ"ל של WHO. חוק האמנה מחייב את כל המדינות השותפות לבנות יכולות גילוי הערכה התראה ותגובה לאיום עתידיים. פרסום "התוכנית הלאומית לתגובת חירום" ב-2006 עוגנה בחוק	הוקם משרד לגילוי מידע ממשלתי שפיתח מנגנון דיווח ושיתוף מידע למסירת מידע במגבלת זמן (עד ארבע שעות - מערכת דיווח מחלות מבוססת אינטרנט). פותחה ליצירת קשר ישיר בין בתי החולים, CDC (מערכת בקרת מחלות) ומשרד הבריאות. מערכת מעקב הגדולה ביותר בזמן אמת לאיתור, דיווח פיקוח ובקרה על התפשטות מגיפה. כך התאפשר קיצור זמן תגובה וזיהוי מידי של התפרצות. פיתוח טכנולוגי זה הנו היסוד לשינוי ערכי וביטול מדיניות ההסתרה, טיוח ועיוות מידע לשקיפות, מהירות ומהימנות.	טרם המשבר, הלגיטימציה השלטונית נשענה על העדפת פיתוח כלכלי ותוצאות בטוח הקצר. לאחר משבר הסארס הממשלה אימצה תפיסה חדשה מוכוונת לצורכי העם. משאבים רבים הושקעו לבניית אמון שיקום תדמיתי שאיפה לשוויון ושיפור יציבות חברתית . באמצעות שליטה על התקשורת ומינוי דובר רשמי הועבר מסר ללמידה וסיגול התנהגות בריאותית מונעת, חיזוק אמון והגברת היעילות של תודעה עצמית לבריאות.

¹ רשימת מקורות – ראו בנספח ו

<p>חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)</p>	<p>טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויוזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)</p>	<p>רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)</p>	<p>קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)</p>	<p>שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)</p>	<p>השלכות -- <</p>
<p>השלטון מודע להתפתחות שינויים בארגונים לא ממשלתיים. עם זאת עדיין קיימות תקנות נוקשות לרישום והקמה של ארגונים כאלה. שיתוף פעולה בין החברה האזרחית לשלטון עדין לקוי.</p>		<p>2007 "חוק תגובת החירום הלאומי". בניית מערך החירום המוסדי לווה במפרט נהלים לשעת חירום, תקנות (לאחר מכן חוקים) לאורך כל ארבעת השלבים במחזור חיי האסון.</p>	<p>הממשלתית/מחוזית/מקומית משרדי ובעלי תפקידים. לכל אירוע ולכל מחלקה מונה מנהל וגורם שאליו מחויבים בדיווח. בכדי לאכוף את ההכנה והמניעה פעלו במהירות ותוך 4 שנים הושלמו תוכניות לכל רמה במערכת כולל מפעלים, קהילות ורשויות מקומיות. התכניות הגדירו בבירור תפקידים אחריות, סמכות ותקציב. זהו שינוי תפיסתי ומדיני רדיקלי</p>	<p>במיוחד, חמור, גדול, ושכיח. ככל שהמצב חמור יותר, כך רמת השלטון שאמונה על ניהול התגובה גבוהה יותר (לא שינו את המערכת הקיימת – הקימו חדשה).</p>	
<p>הפעלת מדיניות לשקיפות שיתוף מידע, מסרים ברורים להפחתת סיכון ופאניקה. שת"פ עם התקשורת לעדכונים שוטפים ע"י יועצי בריאות מוסמכים בכל המדינות. קריאה לאחריות חברתית והיגיינה אישית הושמעו בתדירות גבוהה. התודעה הציבורית הובילה במהירות להסכמה, שת"פ ותמיכה</p>	<p>מגפת ה SARS היוותה זרז לקידום ניהול מבוסס טכנולוגיה. החשש ההולך וגובר מפני התפרצות הוביל להשקעה ומיקוד מאמצים בפן הטכנולוגי.</p> <p>מוסדות השלטון הציגו מפרט ביו-פוליטי, המשלב מנגנונים ארוכי שנים של הטמעת תרבות ריחוק</p>	<p>סינגפור חוקקה את חוק מחלות זיהומיות, חקיקה זו נוהלה במשותף ע"י משרד הבריאות והסוכנות הלאומית לסביבה (NEA).</p> <p>ההנחה הייתה שבאמצעות ידע, העלאת המודעות לסיכון ואחריות, ניתן להניע קהילות</p>	<p>צמצום הבירוקרטיה התאפשר על ידי הקמת מסגרת היברידית וחוצה משרדים לניהול סיכונים משולב, ושיפור המודעות לסיכון בקרב כל הגופים.</p> <p>שיטה זו כוונה לפתור את בעיית המבנה הבירוקרטי</p>	<p>מצבי חירום נהלו ע"י מנהל בודד, אשר נתמך בסוכנויות אחרות (מבנה היררכי). במגפת הסארס קובעי המדיניות אמצו מסגרת ניהולית לאסון</p>	<p>סינגפור 6,20,22,25,37,39,47</p>

<p>חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)</p>	<p>טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויוזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)</p>	<p>רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)</p>	<p>קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)</p>	<p>שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)</p>	<p>השלכות -- <</p>
<p>ביוזמות המדינה. האזרחים סיגלו את ההגבלות והטמיעו אותן. עם זאת הובעה מורת רוח על פגיעה בפרטיות.</p> <p>הממשל עודד גישה הגורסת כי חייב להיות תיאום עם המגזר השלישי כדי לאפשר תגובה יעילה ומאבק במגיפות. מחוייבת תמיכה ביכולת שיתופית של כל בעלי העניין במאבק לרבות סוכנויות לא מסורתיות וארגונים לא ממשלתיים. המתנדבים כללו אנשי עסקים, חברי מוסדות חינוך, דת ומוסדות אחרים, אזרחים ותיקים וחברים במועדוני נשים. האקדמיה והאוניברסיטאות שולבו כשחקן קהילתי מוביל</p>	<p>חברתי עם צורות משופרות של שליטה חברתית באמצעות תהליכי איסוף ארכיטקטוני, אידיאולוגי ובינה מלאכותית ודיגיטאלית. טכנולוגיות וחוקים לאומיים חדשים ברמה של ארגון הבריאות העולמי אומצו במדינה.</p> <p>בקרת ההידבקות לאחר SARS אפשרה מענה יעיל לאתגר הכללי של ניהול סיכונים. ע"י ניטור חולים, זיהוי ומיפוי 'בניינים נגועים' פיתחו דרך חדשה להגנה על העיר וקיום פילוח חברתי בהתאמה. העיר מופתה מחדש כאורגניזם אשר מקסם את תפקודה החיוני לשמירה על בריאות הציבור. הניטור התמקד בבריאות הציבור והרווחה האישית מול יכולת ההכלה של תשתיות מערכת הבריאות. גילוי מוקדם והתערבות מהירה בלמו את התפרצות הנגיף בהצלחה באמצעות מערכות IT מתקדמות</p>	<p>ובודדים, בניגוד לפעולות ממשל כוחניות. ויסות עצמי בקרב אזרחים "אחרים" מקבל משמעות אידיאולוגית לתפיסת התקנה כפרוגרסיבית, מקדם פעולה מרצון ולא מתוקף חקיקת המדינה.</p>	<p>שלא אפשר לטפל באסון מתגלגל עם חוסר מידע. נדרשה יותר מגישה רפואית מכיוון שיש לגייס משאבים משרדים אחרים.</p> <p>ניהול מטריצוני תחת פיקוד סוכנות עורף אפשר אינטגרציה אסטרטגית ותפעולית מלאה. הקמת המבנה הגמיש הקטינה את הסיכונים. מגוון השותפים ובעלי העניין אותגרו לשת"פ ותיאום לאורך כל השנה.</p>	<p>כולל. מבנה שליטה לאומי בן שלוש שכבות שיוצג ע"י הוועדה הבין-משרדית (IMC), קבוצת הביצוע (CEG) וועדת המבצעים הבינלאומית של (IMOC). הם נוהלו על ידי שר הפנים (MHA). ה-IMC מילאה שלושה תפקידים עיקריים: (1) פיתוח תוכניות אסטרטגיות, (2) אישור החלטות מרכזיות, ו- (3) משוב בקרה ותיאום בין היחידות</p>	

<p>חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)</p>	<p>טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויוזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)</p>	<p>רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)</p>	<p>קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)</p>	<p>שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)</p>	<p>השלכות -- <</p>
	<p>שהיו קיימות במערכת הצבאית ופותרו בהתאמה למערכת הבריאות.</p>				
<p>כתוצאה ממשבר הסארס המגזר ההתנדבותי (ארגונים קהילתיים, לא ממשלתיים, ארגונים וקבוצות מקצועיות) תמכו ביותר מאלף אירועים ופעילויות. עודדו את הציבור להצטרף למאמץ באמצעות היגיינה אישית וסביבתית והפיצו את המסר של עזרה לזולת. המאמצים המאוחדים של הקהילה העסקית סייעו לאורך כל המגיפה, שילוב מתואם ניצל ביעילות את כל המשאבים הזמינים.</p>	<p>בתחילת משבר הSARS הציבור סבר כי הממשלה מסתירה מידע. הבסיס לכך היו הודעות סותרות שהגיעו לציבור. לאור הניסיון סוגלו תגובות ממשלתיות מהירות כמו עדכון ממשלתי שוטף ע"י בכירים בכל המדינות, מסעות פרסום גרמו לאזרחים להקטין את אי הוודאות באמצעות המידע, לסגל התנהגות מרצון לקחת אחריות ולהיות קשובים לאמצעי ההגנה. פותרו שלוש מערכות טכנולוגיות לשיתוף מידע בזמן אמת: מערכת e-SARS, מערכת אלקטרונית מקיפה מבוססת אינטרנט המספקת מידע בזמן אמת על חולי SARS שאושפזו, ומעקב אחר אנשי קשר. פרטי הקשר של</p>	<p>לפני משבר הסארס הייתה הישענות על חוקים ישנים הנוגעים לזיהום ובקרת מגיפה משנות ה-70. אלו אפשרו למחלקות בודדות להחזיק בכוחות רבים לקביעת מדיניות. עם זיהוי המקרים הראשונים של SARS, מחלקת הבריאות של הונג קונג העבירה חקיקה על מנת להכריז על SARS כמחלה זיהומית ולאפשר לגופים חזקים ומתואמים את השליטה ניהולית. הם הובילו את מדיניות בידוד חולים בבתי החולים או במרכזי בידוד ומעקב אחר מגעים משפחתיים או קרובים.</p>	<p>המבנה הארגוני המסובך של הממשלה הפריע לתקשורת ולניהול התגובה. לא היה גוף קב"ח מרכזי ושרשרת הניהול לא הייתה ברורה. האתוס הבירוקרטי אפשר לעובדי מדינה לקבוע מדיניות, הפוליטיקאים מלאו תפקיד מינימלי. דו"ח הוועדה הצביע על היעדר מבנה ניהולי ברור למוסדות הבריאות בזמן המשבר. כתוצאה מכך נקבעה מדיניות וסמכות מנהלית שירותי הבריאות וחולקה בין מוסדות שונים. נקבעה רציונליות טכנוקרטית,</p>	<p>במשבר SARS בלטה היעדר מנהיגות פוליטית, איטיות, אילוצים מוסדיים ותגובות לא אפקטיביות של השלטון. השלטון דבק ביציבות וסדר, ללא התכוננות למשבר, חיזוי, או ניסוח ערכי יסוד. במאי 2003, מוסדו 3 גופים: כוח המשימה (HWFB) ועדת ההיגוי של המנכ"ל (CESC) הוועדה הבין-מחלקתית לתיאום פעולה (IACC).</p>	<p>הונג קונג 14,19,21, 30,36,63</p>

<p>חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)</p>	<p>טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויוזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)</p>	<p>רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)</p>	<p>קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)</p>	<p>שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)</p>	<p>השלכות -- <</p>
	<p>SARS-Case נשמרו במערכת (SARS-CCIS), מערכת ניהול נתונים עם פונקציות ניתוח רחבות היקף. ומערכת תמיכת באסונות (MIIDSS), ששימשה את משטרת הונג קונג לזיהוי מהיר, קישור בין אנשי קשר וזיהוי מוקדי סיכון גבוהים להתפרצות. הממשק בין שלושת המערכות סיפק שיתוף מידע בזמן אמת. ההצלחה של פיתוח מערכות אלה בעיצומו של המשבר המחישה את חשיבות השימוש בטכנולוגיה, ומה ניתן להשיג בטווח קצר בשילוב עם מאמצים אנושיים מתואמים.</p>	<p>הגברת התיאום נמשכה בשנים שלאחר מכן.</p>	<p>וקודמו רפורמות חלקיות במבנה ארגוני ושיטות מנהלה בתחום הבריאות. ננקטו צעדים כדי להפחית בעיות חוסר תיאום על ידי הקמת גופי תיאום רב תחומיים ברמה הגבוהה ביותר בממשל.</p>	<p>אושרו תקציבים, הוקם מרכז לבקרה ומניעת מחלות CDC. נבנה מערך הדרכה ושיתוף הפעולה עם רשויות הבריאות בעולם</p>	

<p>חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)</p>	<p>טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויוזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)</p>	<p>רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)</p>	<p>קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)</p>	<p>שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)</p>	<p>השלכות -- <</p>
<p>משמעת הציבור איפשרה מדיניות כלכלה פתוחה, כמעט ולא הוטלו הגבלות על פעילות החברה האזרחית, אוניברסיטאות, בתי ספר, מסעדות, חדרי כושר וחנויות המשיכו לפעול. נכון ל-28 באפריל, היו רק 429 זיהומים; רק שישה אנשים מתו. בהתחשב בעובדה שטאיוואן מונה 23.6 מיליון תושבים, זהו יחס יוצא מן הכלל בהשוואה לכל המדינות המתועשות. הציבור אימץ את המגבלות שהוטלו, וסיגל התנהגות בריאותית מונעת.</p> <p>במדיה החברתית הפופולריות בלטה פעילות של הפצת מידע שגוי, או מטעה. מרכז FactCheck של טיוואן, ארגון ללא מטרת רווח התמקד בבלימת הדיס-אינפורמציה, הודיע במהירות לקהל הרחב על ההטעיה ובלם את זרימת המידע השגוי.</p>	<p>במאמץ להכיל את המגיפות (סארס וקורונה), טאיוואן השתמשה בטכנולוגיה חכמה - ביג דאטה וניתוח נתוני עתק בהיקפים גדולים. ל-NHCC מערכת מידע משולבת לאיסוף מידע בזמן אמת ממאגרי מידע ממשלתיים מרובים, כמו ביטוח הבריאות הלאומי (NHI), מערכות מלאי, מערכת הסטטיסטיקה הלאומית של מחלות זיהומיות ודוחות מדיה. מערכת מידע משולבת זו, המנוהלת על ידי ה-NHCC, משמשת לאיסוף נתונים מוקדמים על התפרצויות COVID-19 בסין ובאזורים אחרים באסיה.</p> <p>בתחילת פברואר 2020 הופעלה מערכת מעקב סולורי + אזהרות גדר אלקטרונית לאיתור מיקומם של אנשים הנמצאים בסיכון גבוה להידבק ב-COVID-19 או שנדרשים להסגר בבית. מספרי</p>	<p>התקנות הקיימות עודכנו לחיזוק סמכות ה-CDC. עדכונים בתקנות הסגר בנמלים בין 2004 ל-2017 הרחיבו את סמכותם של CDC ושל רשויות הבריאות להטלת סגר ופיקוח על מטיילים. תיקונים אלה שיפרו את מהירות ודיוק התגובה. תקנות האכיפה מהוות מרכיב מרכזי בהיערכות למוכנות. עם פרוץ המגיפה, תקנות האכיפה מאפשרות למשרד הבריאות והרווחה להקים בקרת פיקוד מגיפה מרכזית (CECC) לגיבוש מדיניות, שילוב משאבים ותיאום תגובות בין משרדי ממשלה שונים וסוכנויות. תפקוד CECC מתייתר רק לאחר דעיכת ההתפרצות.</p>	<p>כתגובה לסארס, הממשלה בנתה אסטרטגיה ברורה למניעה ובקרה של התפשטות מחלה. ב-2017 הוצעה תכנית לשיפור בדיקת המחלות בשדות תעופה ונמלים. זאת לאחר שזיהו בעיות בבקרת מחלות הקשורות לנסיעות. הוגדרו ותוקצבו יעדים אסטרטגיים. טכנולוגיות מיון ומעקב מיושנות הוחלפו ב"רשת סגר חכמה", אפליקציות אלקטרוניות, לאיתור הנשאים הפוטנציאליים של הנגיף חיבור מאגרי מידע ממשלתיים ואזרחיים להיסטוריית הניידות. הותאמה מצבת כח אדם, נרכש ציוד תרמי אינפרא אדום לבדיקת טמפרטורה, והפקת חומרים חינוכיים בנושא מחלות מועברות</p>	<p>דוחות שלאחר מגפת SARS העידו על חוסר הכנה, ניהול כושל וחוסר זהירות. על מנת להגיע מוכנים יותר למשבר הבא שונתה המדיניות הוקמו גופים מקצועיים המרכז לפיקוד הבריאות הלאומי (NHCC), המרכז לבקרת מחלות של (CDC), תחת משרד הבריאות והרווחה. מנהיגי טאיוואן והאחרים על מאמץ התגובה הנם מומחים מתחום הבריאות, סגן נשיא טיוואן</p>	<p>טאיוון 9,27,44,6 6,46</p>

<p>חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)</p>	<p>טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויוזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)</p>	<p>רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)</p>	<p>קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)</p>	<p>שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)</p>	<p>השלכות -- <</p>
<p>תקשורת שקופה בין הממשלה לחברה האזרחית מסייעת להדוף קמפיינים של דיס-אינפורמציה.</p>	<p>טלפון סלולרי מנוטרים על ידי פלטפורמת (CDC) וגופים שקיבלו אישור. המיקומים מופיעים במפות החום ובמפות מיקום בזמן אמת. הפלטפורמה מבוססת על "טלפונים ניידים למניעת מגיפה" - לאנשים בהסגר ביתי שנמצאים תחת פיקוח, תחנות משטרה וסוכנויות ממשלתיות מקומיות. אנשים בהסגר ביתי יכולים גם להסכים להיות במעקב באמצעות הטלפונים הניידים שלהם ולא באמצעות טלפון שהוקצה על ידי הממשלה. מגבלות אלה מאפשרות לאזרחים לא להיות מוגבלים לבתיהם.</p>		<p>עבור היוצאים מגבולות המדינה.</p> <p>עם התפרצות COVID19 בתוך ימים, הממשלה פרסמה רשימה של 124 "פריטי פעולה", כולל בקורות גבולות יבשתיות וים, הסגר אנשים עם חשד לתחלואה בהתאמה למשאבי מערכת הבריאות להכלה.</p>	<p>אפידמיולוג שהוביל את המאבק נגד SARS.</p> <p>כבר בינואר 2020 לאור התפרצות ה COVID19 מונה שר הבריאות והרווחה לניהול ה- CECC. לגוף שלוש חטיבות: מודיעין, מבצעים ולוגיסטיקה.</p>	
<p>לאחר הסודיות, הטיוח וההסתרה במשבר הSARS כמו בסין, וייאטנם אימצה במשבר הקורונה שקיפות והעברה מסודרת מידע לציבור. קמפיין מידע מאסיבי הועבר בכלי התקשורת שבשליטת</p>	<p>הפלטפורמה הטכנולוגיה שמושמת בצבא שימשה כמערכת נרחבת למעקב ציבורי. תגובות מהירות ויעילות התאפשרו באמצעות טכנולוגיית המידע. המדינה הרחיבה את</p>	<p>במסגרת המשפטית לניהול אסונות אין חוק אחד להיערכות ותגובה לאסון, כי אם מערכת חוקים, תקנות והגבלות ממשלתיות. התקנה המקיפה ביותר למצבי חירום</p>	<p>בתחילת משבר COVID19 ההנחיות התקבלו במקטעי זמן, אשר לא אפשרו לציבור להיערך. משרד החינוך וההדרכה אחראי על היעדר הנחיות</p>	<p>הממשלה למדה היטב את לקחי מגפת ה SARS. המדינה מאוכלסת בכ 100 מיליון איש, חסרת</p>	<p>וייטנאם 6,72,73,20</p>

<p>חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)</p>	<p>טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויוזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)</p>	<p>רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)</p>	<p>קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)</p>	<p>שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)</p>	<p>השלכות -- <</p>
<p>המדינה בחסות משרד הבריאות. התראות ותזכורות לנקיטת אמצעי זהירות מה COVID19 הועברו בהודעות טקסט, אתרי אינטרנט ומדיה חברתית. הדבר תרם להגברת האמון בממשל. הלך הרוח הכללי מעיד כי רוב הציבור מסכים עם צעדי הממשלה. הממשלה דאגה להעביר מידע באופן ברור לאזרח כחלק מהיערכות לקניות לפני הסגר, חוסר ביטחון בזמינות מזון ומחסור בסחורות הפכו לדאגה לגיטימית בחברה. המשלה חילקה מזון בחינם בבתי חולים ומקומות בהסגר וסייעה לגופי מגזר שלישי. האוניברסיטאות לקחו חלק התנדבותי פעיל בקשרי קהילה. הן פרסמו הוראות והנחיות למניעה בשיתוף תנועות הנוער, מחלקות חינוך ומאות בתי ספר בצפון העבירו את המסר. באופן דומה, האוניברסיטאות ייצרו חומרי ניקוי וחיטוי וסיפקו אותם בחינם</p>	<p>שליטתה במידע המקוון באמצעות צנזורה גבוהה לטלפונים ניידים ולאינטרנט. במרץ 2020 הוקמו תחנות רחוב "קיוסקים" לבדיקת COVID-19 בכל רחבי האוני, 5,000 ערכות בדיקה לקבלת תוצאה תוך 10 דקות הופצו על ידי משרד הבריאות ואף נמכרו לעולם (פיתוח צבאי ותאגיד יזמי). בעבר הסתמכו על שיטות דיווח עצמי באמצעות הצהרה על מצב רפואי ומיקוד באוכלוסיות בסיכון גבוה. כיום בדיקות המוניות הנם אמצעי יזום שמטרתה לבדוק ישירות את כל האוכלוסייה, מה שמוביל לגילוי מוקדם ובכך למזער את ההתפשטות. טכנולוגיות הדיגיטליות אפשרו גם עבודה ולמידה מרחוק, משלוחים שהפכו להיות חיוניים בתקופה זו. אתרי סחר אלקטרוני חוו עלייה חדה במכירות המקוונות. גם בפורטל השירותים הציבוריים</p>	<p>הנה צו ממשלה מ 2002 מפרט נהלים למצבי חירום ומגיפות מסוכנות. התקנה מאפשרת לקובעי המדיניות גמישות תגובה רבה. ב-2008 נקבעה התקנה לניהול פיננסי (תקצוב) חיפוש, הצלה, ותגובה לאסונות טבע ומצבי חירום. ככלל מחלות נשלטות על ידי: החוק למניעה ובקרה של מחלות (2007), החוק למניעה ובקרה של האיידס (2006), הפקודה לרפואה וטרינרית (2004), הפקודה להגנה וביקורת לבטיחות המזון (1993), הצו הממשלתי המורה על תקנת הסגר רפואי גבולי (1998). בין התאריכים 16 עד 20 בינואר 2020, יושרו באדיקות תקנות שקבעו הנחיות</p>	<p>לגבי סטודנטים וכן מדיניות החלטית לגבי סגירת בתי הספר בשלבים המוקדמים של המגפה. גם משרד התרבות, הספורט והתיירות טעה במתן ההנחיות. הדבר הדגיש ניתוק מסוים בין הצהרת ראש הממשלה בתיעדוף בריאות הציבור מעל לכלכלה. בניית התוכנית האסטרטגית ב 2007 לאחר משבר הSARS הציגה שינוי ורפורמה מבנית/מוסדית להפחתת סיכונים ליצירת מחויבות של בעלי עניין בכל הרמות.</p>	<p>משאבים הצליחה להכיל את נגיף ה COVID19. ב2005 הממשלה מינתה את ה (MARD) כגוף המנהל לתוכנית מוכנות ותגובת לאסון, בכפוף למשרד הבריאות (MOH). ב 2007 אושרה התוכנית הלאומית האסטרטגית למניעת אסונות כמשימה משותפת של הרשויות הציבוריות, תחת תוכנית אב לפיתוח חברתי-כלכלי, תכניות אזרחיות, מגזריות וקהילתיות.</p>	

<p>חברה אזרחית, חוסן, סולידריות ואמון (העברת מסרים לקהילה, וולונטריות, סולידריות, בניית תרבות מניעה והכלה, בניית אמון ושימור)</p>	<p>טכנולוגיה, מידע, חדשנות ויוזמה (ריכוז מידע, טכנולוגיות מתקדמות, בינה מלאכותית, נתוני עתק, עידוד אוטומציה ורובוטיקה, מדיניות לעידוד יוזמה וחדשנות בהובלה ממשלתית)</p>	<p>רגולציה, אכיפה, וחקיקה (מסגרת משפטית לניהול מצב החירום על ידי הממשל)</p>	<p>קבלת החלטות, תיאום וצמצום חסמים בירוקרטיים (מידת ה"הסכמה" והתיאום בין הגורמים המרכזיים ביחס לאופי מגיפה, הגדרת תפקיד וסמכות לקביעת מדיניות)</p>	<p>שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו (רפורמות ותהליכי עומק)</p>	<p>השלכות -- <</p>
<p>בקהילה.הממשלה קראה לאזרחים לתרום מרצון, לאור היותם חברה לאומנית קולקטיביסטית, העם תרם ככל יכולתו לאור אמונתו בשלטון ובחובת המאמץ.</p>	<p>הלאומי המספק שירותים ציבוריים בסיסיים לאזרחים דיווח על עליה חדה. תוכנית סיוע סוציאלי מבוססת טכנולוגיה אפשרה לפצות קבוצות ועסקים ללא קשר לריחוק הגיאוגרפי באמצעות העברות דיגיטליות.</p>	<p>ותוכניות למניעת התפשטות הנגיף.</p>		<p>ממשלת וייטנאם פרסמה 173 הוראות, הנחיות, תוכניות, ומתווה מדיניות לפני אישור החולה הראשון.</p>	

ו. ממצאים בתחום המשפט

מבוא

ניתן להבחין בין שלוש אסטרטגיות שננקטו על ידי מדינות העולם עם פרוץ מגפת הקורונה: (1) מדיניות קשוחה אבל בדרך כלל שוויונית של סגר, מגבלות תנועה, סגירת עסקים ואמצעים אחרים של ריחוק חברתי. רוב מדינות אירופה וגם ישראל נקטו באסטרטגיה זו. (2) מדיניות ריחוק חברתי עדינה וולונטרית שהינה תוצאה, או של אמונה בדוקטרינת הדבקת העדר או של מתן משקל גבוה יותר, במפורש או במשתמע, לשיקולים כלכליים על פני שיקולי בריאות ומספר המתים (שרובם קשישים, ולכן עם פוטנציאל השפעה חיובי על הכלכלה הלאומית בטווח הבינוני והארוך...). אסטרטגיה כזו ננקטה בהתחלה בבריטניה, שעשתה מאוחר יותר סיבוב פרסה, ועדיין תקפה במדינות אחדות כמו שוודיה, הולנד, ברזיל ובמידה מסוימת בארצות הברית. (3) אסטרטגיה המבוססת על פיקוח אינדוידואלי, תגובה מקומית מהירה, החוסכת סגר כללי והצטמקות משמעותית של המסחר והכלכלה. אסטרטגיה כזו אומצה במספר ארצות במזרח אסיה, בין השאר – יפן, דרום קוראה, הונג-קונג, סינגפור וטאיוואן – ומבוססת על הניסיון והפקת הלקחים ממגפת הסארס ב 2003 ומגפת המרס ב 2015, ועל מוכנות טובה יותר משאר מדינות העולם.

אכן, מדינות מזרח אסיה היו מוכנות לקוביד-19 הרבה יותר טוב ממדינות אחרות, כולל ישראל. האסטרטגיה שלהן מבוססת על הכנה מוקדמת בתשתיות (למשל קיבולת בתי חולים הערוכים לטיפול בנפגעי מגפה רבים), זמינות אמצעים טכנולוגים לאיתור מידי של כל האנשים שהיו במגע עם נשאי קורונה, יכולת בדיקות בקיבולת גדולה וחשוב מכך, קבלת תוצאות מהירה. שני הכלים האחרונים אפשרו תגובתיות ממוקדת ומהירה שהצליחה למנוע את התפשטות ההדבקה. למרות שמקור המגפה מסין, שנמצאת בסביבתן הקרובה של הארצות הנדונות, עם קשרי תחבורה מאסיביים, ולמרות שנשאים וחולים התגלו בארצות אלו לפני שאר המדינות, המספרים המעודכנים של מתים, חולים קשה, ונדבקים, קטנים באופן משמעותי (ובהתייחס לגודל האוכלוסייה) מאשר במדינות שנקטו את האסטרטגיה הראשונה או השנייה. נכון ל 30 במאי מספר מקרי המוות ביפן הוא 886 (באוכלוסייה של מעל 100 מיליון תושבים), בדרום קוראה - 270, בהונג-קונג - 4 בטאיוואן – 7 ובסינגפור - 23. מספרים אלו משקפים בחלק מהמדינות תמותה בעיצומו או לאחר גל שני של התפרצות².

מה אנו יכולים ללמוד בישראל ממדינות מזרח אסיה בטווח הקצר ובטווח הארוך?
1. בחירת מדיניות

בישראל נשמע קול מחאה כשהממשלה הסמיכה בתקנות שעת חירום ב 15.3 את משטרת ישראל והשב"כ לבצע מעקבים אלקטרוניים לאיתור אנשים שהיו במגע עם נדבקים ומסירת המידע לרשויות הבריאות. המחאה הפכה לעתירה לבית המשפט העליון שהתנה תחילה (19.3) את המשך התקנות בדיון בוועדה המתאימה בכנסת³. בעקבות הדיון הראשוני בוועדה, הממשלה משכה

² <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

³ בג"ץ 2109/20 ע"ד שחר בן מאיר נ' ראש הממשלה ואח'

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C090%5C021%5Cv09&fileName=20021090.V09&type=2>

הסמכת המשטרה על ידי הממשלה, ולבסוף (26.4), קיבל בית המשפט את העתירה בנוגע להסמכת השב"כ וקבע כי התקנות יפקעו ב 30 לאפריל, אלא אם יחוקקו כחוק על ידי הכנסת⁴. אם היינו יודעים מראש על בחירה בין "חבילות מדיניות", יתכן כי דעתנו על מעקב אלקטרוני הייתה שונה. יש מקום לדיון ערכי-נורמטיבי, המבוסס על נתונים, לגבי הבחירה בין סגר כללי, סגירת עסקים וזינוק עצום באבטלה מחד, למעקב אלקטרוני צמוד, ללא סגר וללא כוץ משמעותי של הכלכלה, מאידך. דיון ראשוני בנושא מצוי בספר שזה עתה פורסם⁵.

כמצוין לעיל, מדינות מזרח אסיה לא נקטו במדיניות סגר כללי כיוון שמדיניות המבוססת על תגובה מהירה, מעקב אלקטרוני (שתשתיתו הוכנה מראש ללא הסמכה של משטרה או שירות חשאי), בדיקות מהירות ומיקרו ניהול של מוקדי התפרצות, חסכה צעדים יותר דרסטיים וכלליים שנזקם הכלכלי ברמת הפרט וברמה הלאומית עצומים.

חשוב גם להדגיש שהטכנולוגיות שהופעלו במזרח אסיה לא היו באמצעות השירותים החשאיים או המשטרה, אלא ברוב המקרים באמצעות אפליקציות שהוכנו מראש ושימוש בהם באופן וולונטרי, תוך התבססות על דרגת ציות גבוהה של האוכלוסייה⁶.

- נושאים לדיון בטווח הקצר – שינוי האסטרטגיה מסגרים כלליים לטיפול מקומי וממוקד, אם ניתן לבסס את האסטרטגיה החדשה על יכולות משופרות (מהירות בדיקה, תגובה מקומית מהירה וכו.).
- נושאים לדיון בטווח הארוך – גיבוש אסטרטגיות פעולה מוכנות מראש (תרחישי מגירה) לקראת אסונות מסוגים שונים, תוך דיון נורמטיבי בחלופות האפשריות ופיתוח יכולות המקדמות את האסטרטגיה הנבחרת. לצורך כך דרוש גוף מרכזי בעל סמכויות ועיגון חוקי להכנה למצבי חירום, גוף שאינו קיים כיום בישראל (ראו בהמשך).

מוכנות

ההצלחה היחסית של מדינות מזרח אסיה בהתמודדות עם המגפה נובעת מרכיבים שונים של הכנה והתכוננות – מהותיים ומוסדיים. על הפן המוסדי נדון בסעיף הבא. הבחירה בעת משבר במדיניות תגובה וניהול אופטימליים שממזערת מקרי מות וחולים קשים, הפסד כלכלי ברמת הפרט והכלכלה הלאומית ופגיעה בזכויות אדם, תלויה באופן משמעותי בהכנה ומוכנות. מדינה עם מספר גדול של מיטות הנשמה פר אוכלוסייה יכולה להרשות לעצמה יותר חולים ללא חשש התמוטטות בתי החולים ומערך הטיפול הרפואי, וכך להקל יותר על (או מראש לא להטיל) סגר כללי, ובנגזר להקטין את הנזק הכלכלי וגם להקטין הפרת זכויות אדם ואת הפגיעה בחירות. ישראל נקטה במדיניות סגר מוקדמת ונוקשה בגלל הפחד מהתמוטטות בתי החולים. מוכנות טובה יותר הייתה מאפשרת מרווח ביטחון ומדיניות עם השלכות כלכליות ופוגעניות בזכויות אדם קטנות יותר.

⁴ בג"ץ 2109/20 ע"ד שחר בן מאיר נ' ראש הממשלה ואח'

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C090%5C021%5Cv09&fileName=20021090.V09&type=2>

⁵ Kahn, Jeffrey P. (ed) (2020) Digital Contact Tracing for Pandemic Response, Ethics and Governance Guidance. Johns Hopkins University Press, Baltimore

<https://muse.jhu.edu/book/75831/pdf>

⁶ ראו למשל סקירה על טאיוואן –

<https://verfassungsblog.de/taiwans-proactive-prevention-of-covid-19-under-constitutionalism/>

להשוואה, דרום קוריאה בה התגלה חולה ראשון ב 20 בינואר ועומדת עתה על מספר חולים ומתים קטן מישראל (באוכלוסייה של 50 מיליון תושבים), הקצתה 17 מיליון דולר עוד בחודש ינואר לייצור והצטיידות באמצעי בדיקה ומניעה. כך, נשלחו כמיליון מסכות לעובדי בניין, יכולת בדיקות מהירה הגיעה להיקף של 10,000 ביום כבר בתחילת פברואר וכחצי מיליון בדיקות כבר בוצעו.⁷ תנאי "הפתיחה" של דרום קוריאה מבחינת תשתית בריאותית היו טובים מאוד בהשוואה לישראל, לאור השקעה ארוכת שנים.⁸

בדומה, ההכנה ה"טכנולוגית" של מדינות מזרח אסיה, על ידי אפליקציות להורדה וולנטרית, ולא דרך מעקב אלקטרוני של שירותים חשאיים, הביאה לאותם תוצאות, או אף טובות יותר, באמצעים פחות דרקוניים. התובנה בנוגע להכנה והתכוננות נכונה גם למאגרים אחרים של ציוד ואספקה לזמן חירום, שבאופן רשמי האחראי להם בישראל זה מל"ח, גוף ללא סמכויות ותקציב.

הספרות התיאורתית מצביעה על כך שממשלות ישקיעו מעט מידי בהכנה לעתות חירום, כיוון שזו השקעה משמעותית שלא נושאת פירות פוליטיים בטווח הקצר. מחד גיסא, זמן החירום הוא עתידי ובהרבה מקרים מעבר למעגל הבחירות הבא, ומאידך גיסא, משבר חמור כתוצאה מהעדר הכנה לא יפנה את מירב האשמה לפוליטיקאים שכיחנו בתקופות מוקדמות יותר, שבהרבה מקרים כבר אינם בשלטון, ומשבר קל עקב הכנה טובה לא יפיק רווחים פוליטיים למתכננים אלא אולי לאלו שניהלו אותו. זוהי הסיבה שיש צורך במוסדות חזקים, עצמאיים להכנה וניהול חירום שהחוק או אף חוק יסוד מעגן את סמכויותיהם וחובותיהם. לתובנות כלליות נוספות ראו Voigt & Salzberger, 2002.⁹

חלק משמעותי של הצלחת מדינות מזרח אסיה הינה תוצאה של חוק חירום מקיף. למשל The Disaster Protection and Disaster Countermeasures Basic Act of 1961 ביפן. או Prevention Act בטאיוואן¹⁰. למעשה, מדינת ישראל בולטת כחריג לרוב מדינות העולם בהם יש חוק חירום מקיף.

בנוסף, מדינות מזרח שחוו את מגפת הסארס, עשו מאז תיקונים רבים בחוקים ספציפיים להערכות ולטיפול במגפות. כך, למשל טאיוואן חוקקה ב 2004 את Communicable Disease Control Act ותיקנה את החוק מספר פעמים (לאחרונה ביוני 2019). כשפרצה המגפה והתברר שהחוק אינו מספק הועברה בפרלמנט הטאיוואני כבר ב 25.2 חקיקה מיוחדת - the Special Act for Prevention, Relief and Revitalization Measures for Severe Pneumonia with Novel

⁷ <https://www.csis.org/analysis/timeline-south-koreas-response-covid-19?fbclid=IwAR3ZApst2nn5FoCitz4OSGOHMB-esJERiJRNo2elLrYIITyC6JfTfeXVco>

⁸ Kwon S, Lee Tj, Kim Cy. Republic of Korea Health System Review. Vol.5 No.4. Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2015. http://www.searo.who.int/entity/asia_pacific_observatory/publications/hits/hit_korea/en

⁹ Voigt, S., & Salzberger, E. M. (2002). Choosing not to choose: When politicians choose to delegate powers. *Kyklos*, 55(2), 289-310.

<http://law.haifa.ac.il/images/documents/Choosing%20Not%20to%20Choose-%20When%20Politicians%20Choose%20to%20Delegate%20Powers.pdf>

¹⁰ <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0120014>

Pathogens¹¹. מוכנות מהותית ומשפטית זו יתרה את הצורך, למשל בטאיוואן, לעשות שימוש בצווי חירום, המקבילים לתקנות שעת חירום (תקש"ח) אצלנו. גם בסינגפור נמנעו משימוש בצווי חירום והשתמשו בכלים המשפטיים הקיימים ובחקיקה ייחודית למאבק במגפה.

- נושאים לדין לטווח הארוך – חוק חירום מקיף הקובע חובות על רשויות שונות להתכונן, להצטייד ולתרגל תרחישי חירום שונים, המבוסס על דוקטרינת חירום מגובשת. (טיטוט של חוק כאמור כבר פורסמו כמה פעמים בעבר ולא קודמו בגלל מחלוקות פוליטיות ופרסונליות).

מוסדות הכנה, ניהול והבראה מעת חירום וחקיקה

הכנה טובה לעת חירום אינה אפשרית, גם אם יקבעו בחקיקה סמכויות וחובות התכוננות לזמן חירום של רשויות ברמה המקומית והארצית ואף במגזר הפרטי, ללא גוף שתפקידו הוא הכנה לזמן חירום, המעוגן בחוק או בחוק יסוד. גם במישור זה ישראל מפגרת אחרי רוב מכריע של מדינות העולם בהן קיים גוף כאמור המבוסס על דוקטרינה כוללת להכנה, ניהול והבראה מחירום (ראו עמודה ימנית - "חקיקה ייעודית למגיפה" בטבלה 1 בפרק על בריאות הציבור).

מי שיעיין בספר החוקים הישראלי כדי למצוא מי אחראי להכנה לשעת חירום ו/או ניהולה, יגלה חוק אחד בנושא - חוק ההתגוננות האזרחית, תשי"א-1951, שנחקק מעט לאחר שישראל קיבלה עצמאות. החוק מבוסס על חוק ההתגוננות האזרחית הבריטי 1948 ולמרות שדוקטרינת החירום הבריטית השתנתה מאז כמה פעמים וכיום מעוגנת בחקיקה עדכנית ענפה - Civil Contingencies Act 2004¹², הרגולציה בישראל עדיין מושתתת עליו. התגוננות אזרחית מוגדרת כ-"האמצעים הנקטים לשם התגוננות מפני כל התקפה או סכנת התקפה על האוכלוסייה האזרחית או לשם צמצום תוצאותיה של התקפה כזאת, להוציא אמצעי לחימה שלא להגנה עצמית". מעולם לא נדרשה הגדרה זו לפרשנות – האם היא כוללת גם התגוננות מאסונות טבע או מגפות. החוק לא קובע שיחידת שרות ההגנה האזרחי הינה צבאית, אבל משום שראש היחידה נדרש להיות מפקד צבאי (לא מצוין בשרות פעיל) היחידה סופחה אל צה"ל מאז היווסדה.

במהלך ההיסטוריה הקצרה התמודדה מדינת ישראל עם מצבי חרום רבים, רובם על רקע בטחוני. מפתיע לגלות שאין לישראל דוקטרינה ברורה להערכות ומוכנות, התמודדות והבראה ממצב חירום המגובה במערך חוקי ורגולטורי מתאים. זאת ועוד, החוקים הקיימים עלי ספר, אינם משקפים כלל את המצב בשטח. כך, פיקוד העורף וגם רח"ל, הגופים המרכזיים שבפועל עוסקים (בעת שגרה) בהתמודדות עם מצב חרום, אינם מוזכרים בשום דבר חקיקה והחקיקה הוותיקה של חוק ההגנה האזרחית שמעניק סמכויות שונות הקשורות לחירום, אינו משקף את המוסדות, הסמכויות ופרוצדורות קבלת ההחלטה הקיימות. בפועל המוסדות וקבלת ההחלטות משתנים בעשורים האחרונים בעיקר לאור דומיננטיות פרסונלית של הפוליטיקאים הקשורים לטיפול בענייני חירום וקונסטלציות פוליטיות (דוגמא לכך היא הקמת המשרד להגנת העורף ב 2011 וביטולו ב 2014, והמאבק של משרד הבטחון לקבל אחריות על נושא ההכנה וניהול חירום. פירוט מצוי בדוחות משרד מבקר המדינה בנושא (למשל, "הערכות העורף ותפקודו במלחמת לבנון השנייה-2007" או

¹¹ <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0120014>

¹² <https://www.gov.uk/government/publications/emergency-preparedness>

"השרפה בכרמל – מחדלים, כשלים ומסקנות –2010" או "ההערכות לטיפול המערכתי בעורף בעתות חרום וביצועו בעת המלחמה" או "ההערכות להגנת העורף מפני איום טילים ורקטות – 2016".

בנוסף, לא קיימת באופן ישיר בחקיקה התייחסות מקיפה להתגוננות אזרחית מאסונות טבע, למעט סעיף 90 ב (א) בפקודת המשטרה [נוסח חדש], תשל"א-1971 המקנה סמכות לשר בטיחון פנים, ובמקרים חריגים לצה"ל, להכריז על "אירוע חירום אזרחי", הכרזה המקנה סמכות למשטרה לפקד על זירת האסון ולהנחות גופי חירום אחרים. אך פקודת המשטרה איננה עוסקת באופן ברור בשלבי מניעת מצבי חירום¹³, צמצום הסיכון, שיקום וחזרה לשגרה. כך ניתן למנות גם את סמכויות מנכל משרד הבריאות על פי פקודת בריאות העם המנדטורית (1940), בה נעשה שימוש רחב במשבר הקורונה הנוכחי.

ההיסטוריה של המוסדות הישראליים לטיפול בחירום מאששת את הכשל התאורטי שהוזכר בסעיף הקודם. למעשה, מקום המדינה ועד שנות ה-90 לא היתה שום התפתחות בנושא. בעקבות מתקפה נרחבת על האוכלוסייה האזרחית במרכז הארץ במהלך מלחמת המפרץ (1990) הוקם בפברואר 1992 פיקוד העורף כיחידה מיוחדת בצה"ל. לאור השינויים הפנימיים בשרות ההגנה האזרחי בצה"ל תוקן החוק בשנת 1992 והוקנו סמכויות נוספות לשר הביטחון ולקצינים בכירים, לרבות הרמטכ"ל וסגן הרמטכ"ל בנוגע למתן הוראות לאוכלוסייה האזרחית במצבי חירום. אך לא הוקמה יחידה אזרחית לריכוז ותיאום פעילות כלל גופי החרום והתמודדות עם מצבי חרום ברמה הלאומית, למעט מל"ח (משק לשעת חרום), פורום שמטרתו להכין תשתית חרום לאומית. עד שנת 2007 עם הקמת רח"ל (רשות חרום לאומית) לא הייתה התייחסות למל"ח בחקיקה, למעט בפקודת העיריות המחייבת כל רשות מקומית להכין את המשק לשעת חירום, להפעיל אותו ולהקים ועדת מל"ח מקומית. עם זאת, להוראה זו אין גיבוי ברמה המחוזית והארצית כיוון שוועדות מל"ח מחוזיות וכן ועדת מל"ח עליונה אינן מעוגנות בחוק.

בעקבות התקפה נרחבת על האוכלוסייה האזרחית במלחמת לבנון השנייה (2006) הוקמה בשנת 2007 רשות חרום לאומית (רח"ל) כגוף מתאם הכפוף לשר הביטחון - רשות שמטרתה לתאם את פעילויות משרדי הממשלה וגופי החרום בנוגע למגוון סוגי מצבי החרום לרבות אסונות טבע. אולם הניסיונות לאסדרת סמכויות, תחומי האחריות והמבנה של הרשות בחוק לא צלחו עד כה. המשמעות היא שאין באפשרותה להפעיל את סמכותה כלפי רשויות לא ממשלתיות כמו רשויות השלטון המקומי. כמו כן לא קיימת אסדרה בנוגע לתחומי הסמכות והאחריות של משרדי הממשלה ובנוגע להתנהלות המגזר השלישי והמגזר הפרטי. במשבר הנוכחי רח"ל משחקת תפקיד משני ושולי כשהגוף ה"מתכלל" את המדיניות והצעדים שנקטים הוא המטה לביטחון לאומי, גוף שבניגוד לאלו שאוזכרו בפסקה הקודמת, מעוגן בחקיקה מ-2008, אבל סמכויותיו כלל לא כוללות הכנה או ניהול מצבי חירום.

¹³ פקודת המשטרה (90.ב.א)(1) נותנת לשר סמכות להכריז על אירוע חירום אזרחי גם אם "קיימת סבירות גבוהה שיתקיים ארוע" (אם כי ההכרזה מוגבלת בזמן) בנוסף, סעיף 90.ד. (ב) מחייב את כל גופי החירום לנקוט את כל האמצעים להיערכות בהתאם ל"הוראות הפעלה משולבת" שאמורות להינתן ע"י המשטרה וצה"ל (ראו הגדרות בס' 90.א).

- נושאים לדיון לטווח הארוך – האם להקים גוף אחד האחראי להכנה, ניהול והבראה מחירום, או גופים שונים להכנה, לניהול משבר, ולהבראה. האם יהיה מדובר בגוף אחד לכל סוגי מצבי החירום או גופים שונים למצבי חירום שונים. תשובה לשאלות אלו תשפיע גם על האמצעים המשפטיים שמופעלים בזמן חירום, אליהם נתייחס בנקודה הבאה.

יש להדגיש שחקיקה מקיפה המעגנת את הגוף או הגופים האחראים לענייני חירום חיונית גם מבחינת (1) הענקת סמכויות מול רשויות מקומיות, המגזר האזרחי וכו' (2) קביעת חובות – למשל של גיבוש תרחישי ייחוס רלוונטיים עיתיים והכנה לקראתם (3) שיתוף גורמים שונים כמו השלטון המקומי, החברה האזרחית, מומחים מקצועיים וכו' בקבלת ההחלטות (על ידי, למשל, קביעת הרכב המועצה המנהלת של הגופים האמורים).

גם בתחום זה יש לנו הרבה מה ללמוד ממדינות אחרות, כולל מדינות מזרח אסיה. ביפן, למשל, הסובלת בעיקר מאסונות טבע מרובים, נחקק כבר ב 1961 דבר חקיקה מרכזי שמאמץ אסטרטגית חירום ומוסדות להכנה, התמודדות והבראה - the Disaster Countermeasures Basic Act (DCBA). החוק מתייחס לשלוש רמות שלטוניות מעורבות – השלטון המרכזי, מחוזות ושלטון מקומי. החוק הפקיד את האחריות הכוללת בידי מועצה לאומית לטיפול בחירום, בראשות ראש הממשלה בה חברים השר להתמודדות עם אסונות, שרי קבינט נוספים, ראשי ארבע סוכנויות מרכזיות לטיפול בחירום וארבעה אנשי אקדמיה. לצד המועצה הארצית הוקמו מועצות מחוזיות בראשות מושלי המחוזות בה חברים נציגים של הרשויות המקומיות במחוז, נציגי חברות ממשלתיות ומומחים, וכן מועצות חרום ברמת הרשויות המקומיות. כל הגופים הנ"ל מחויבים לגבש אחת לשנה תוכנית למניעה, התמודדות והבראה ממצב חרום ולעבוד בתאום משותף בין מועצות או מחוזות שכנים. בעת התרחשות אסון החוק מחייב את ראש המחוז או הרשות המקומית (לפי מימדי האסון) להקים מטה לניהול ההתמודדות עם האסון בתאום עם המועצה המחוזית לניהול אסונות.

בבריטניה, ממנה ירשנו את חוק ההתגוננות האזרחית וגם את פקודת בריאות העם, שהייתה העוגן לניהול סטטוטורי של המשבר בחודש הראשון שלו, נחקק בשנת 2004 ה-Civil Contingencies Act, הכולל הגדרת חירום נרחבת – כל פגיעה ברווחה אנושית-הכוללת גם התקפות (כולל טרור) של העורף וגם אסונות טבע, מבנה ביזורי-אסונות ברמה מקומית מטופלות באחריות הממשל המקומי ומנגנון הכרעה באיזה רמה יטופל החירום. החוק כולל את כל הגופים הקשורים לחרום כולל שירות הבריאות הלאומי, כיבוי אש והמשטרה ומכסה את כל שלבי אירוע החירום - הימנעות והכנה (תרחיש ייחוס שנתי וחובות התכוננות), ניהול אסון והבראה. בידינו גם מידע על מבנה חוקים ומוסדות דומים בניו זילנד, הפיליפינים וקנדה. בכל הארצות הללו יש מבנה חירום סדור ומעוגן בחקיקה המתייחס לכל שלבי מצב חירום – הכנה, התמודדות והבראה. מן הראוי שיהיה גם לישראל מבנה דומה.

אמצעי הניהול ושלטון החוק בזמן חירום

במשבר הנוכחי בולטים שני מכשירים משפטיים המשמשים לתרגום החלטות המדיניות לנורמות משפטיות מחייבות: צווים של מנכ"ל משרד הבריאות על בסיס סעיף 20 לפקודת בריאות העם 1940, ותקנות לשעת חירום שהממשלה מוסמכת להתקין מכוח סעיף 39 לחוק יסוד הממשלה.

הצו הראשון של מנכ"ל משרד הבריאות, שצווה על בידוד החוזרים לארץ מארצות מסוימות, ניתן עוד ב 2 לפברואר, והורחב למדינות נוספות במהלך חודש פברואר עד לחיוב בבידוד כל מי ששב מחו"ל (8.3). צווי המנכ"ל גם קבעו הסדרים מיוחדים להצבעה בבחירות הכלליות (קלפיות הקורונה) שהתקיימו ב 1 במרץ, ו ב 5 במרץ הורחב הצו גם להגבלת התכנסויות המוניות.

כשהיה ברור שהמדיניות דורשת התערבות יותר מאסיבית באורח החיים הכללי ועם מעבר ניהול המשבר למשרד ראש הממשלה, עבר כלי האסדרה המרכזי לתקנות לשעת חירום – שהראשונות בהן הותקנו ב 15 למרץ ושמשנתות מעת לעת עד היום. מעל 70 תקש"ח נחקקו מאז פרוץ המשבר.

סמכות הממשלה להתקין תקנות שעת חירום שתוקפן לשנות כל חוק, תלויה בהכרזת מצב חירום, וכידוע בישראל הוכרז מצב חירום ב 1948 והוארך מאז באופן רציף מידי שנה. אין הצדקה למצב החירום התמידי, ובכך בולטת ישראל לרעה, בין מדינות העולם. מצב דומה לישראל (של הכרזת חירום תמידית או ארוכת טווח) קיים רק בארצות טוטליטריות כמו סוריה. מצב החירום לא מבוטל בגלל דברי חקיקה רבים המותלים בו, אשר לרובם אין כל קשר למצב חירום, כמו פיקוח על מוצרים ושירותים (כולל מחירי מעונות יום או תשלומים בעד גז המסופק במערכת מרכזית). מצב חירום תמידי אינו טוב לשגרת החיים בתקופות רגילות אבל הוא גם גרוע מבחינת מצב החירום עצמו.

המבנה הבסיסי של הכרזת מצב חירום על ידי הרשות המחוקקת, המקנה סמכויות חקיקה לממשלה שתוקפן קצוב, הוא הסדר ראוי, אם אכן תבוטל ההכרזה התמידית ומצב חירום יוכרז על ידי הכנסת בעתות חירום בלבד. אבל תקופות הזמנים שנקבעו בהסדר מ 1948 אינן מתאימות למצב הטכנולוגי של היום. אין צורך להדפיס במכונת כתיבה את התקנות ולשלוח אותם באופן פיזי לכנסת. תקנות שעת חירום צריכות להיות בתוקף לשבועיים בלבד, אלא אם האריכה אותן הכנסת בחקיקה. כך, גם תוקפה של הכרזת מצב חירום צריכה להיות לשלושה חודשים ולא לתקופה ארוכה יותר. פרקי זמן קצרים כאלו יכולים להחזיר לרשות המחוקקת את המקום הראוי לה, גם בזמן חירום, והם עשויות להקהות קצת את החיכוך בין הרשות השופטת (שמוסמכת באופן מפורש להעביר תקנות שעת חירום תחת ביקורת שיפוטית) לרשות המבצעת.

יצוין כי בבריטניה ממנה ירשנו את שיטת המשפט והמסורת הפוליטית שלנו, ההסדרים המרכזיים בנוגע למאבק בקורונה נעשו באמצעות חקיקה ישירה של הפרלמנט. החוק הבריטי שאורכו כ 400 עמודים הונח על שולחן הפרלמנט ב 19 במרץ ואושר כמה ימים אחר כך. הוא כולל sunset clause בתוקף לשנתיים¹⁴. עובדה זו נכונה גם לכמה ממדינות מזרח אסיה. למשל בסינגפור, שם נחקק חוק קורונה מיוחד – Covid-19 (Temporary Measures) Act 2020 וזאת רק עם התפרצות גל שני בתחילת חודש אפריל, ונמנע שימוש בצווי חירום¹⁵, או טאיוואן שנמנעה מהפעלת צווי חירום מבוססים על סמכות המתאפשרת על ידי הכרזת מצב חירום¹⁶. שלטון באמצעות תקנות שעת חירום (תקש"ח), בעיקר, של אמצעים דרקוניים שמגובים בסנקציות פליליות אינו הולם מדינה

¹⁴ <https://verfassungsblog.de/right-restriction-or-restricting-rights-the-uk-acts-to-address-covid-19>

¹⁵ <https://verfassungsblog.de/singapores-legislative-approach-to-the-covid-19-public-health-emergency/>

¹⁶ <https://verfassungsblog.de/taiwans-proactive-prevention-of-covid-19-under-constitutionalism>

דמוקרטיה, ולאור ההתערבות המאוד מועטת של בג"צ בהסדרים שנקבעו באמצעות תקש"ח, אין ספק שבישראל התעמק בזמן המשבר הנוכחי החסר הדמוקרטי.

יצוין כי עשרות עתירות הוגשו לבג"צ התוקפות הוראות שונות בתקש"ח ורובן המכריע נדחה בהתבסס על אי התערבות בשיקול דעת בזמן חירום. לדוגמא נדחתה ב 27.3 עתירה נגד פינוי קשישים ממוסד גריאטרי לטובת בית חולים לחולי קורונה¹⁷ וכך נדחו עתירות שדרשו תשלום דמי אבטלה לפני חג הפסח¹⁸ ועתירה נגד הטלת סגר על בני ברק¹⁹ כמו גם עתירה להנגשת בדיקות הקורונה לאוכלוסייה הבדואית²⁰. מעניין לציין כי עתירות אחרות בענייני זכויות אדם שהוגשו לפני תחילת המשבר וניתנו במהלכו זכו להתערבות יותר משמעותית בשיקול דעת המחוקק או הרשות המבצעת (למשל, העתירה שהתקבלה ב 23.4 שביטלה את חוק הפיקדון לעובדים זרים²¹ או עתירה נגד איסור הכנסת חמץ לבתי חולים בפסח שהתקבלה ב 30.4²². עוד מוקדם להסיק מסקנות מבוססות אבל הרושם הראשוני שעולה הוא כי פיקוח שיפוטי בזמן חירום אינו מאוד מעמיק ואפקטיבי.

- נושאים לדין לטווח הקצר – החזרת מטה קביעת המדיניות לכנסת ומעבר משימוש בצווים ותקנות שעת חירום – לחקיקה.
- נושאים לדין לטווח הארוך – רפורמה בסעיף 39 לחוק יסוד הממשלה.

מחשבות על שגרה (משפטית) חדשה

השימוש באמצעים טכנולוגיים למטרות תקשורתיות שונות בעת הסגר שהחליפו מפגשים פיסיים יכולה להוות תשתית ראויה לתוכנית חירום עתידית, אך גם יכולה להשפיע על שגרה חדשה שיש בה יתרונות רבים, בין השאר חסכון עלויות תחבורה וזמן. באופן מוסדי ובמסגרת הפרספקטיבה המשפטית כדאי לתת את הדעת על פעילות בתי המשפט. הסגירה של בתי המשפט והמעבר האיטי והמוגבל להיוועדות מרחוק, לפחות בתחום האזרחי, מעידים על הצורך לפתח את ההיערכות הטכנולוגית של בתי המשפט במישורים הבאים, תוך אימוץ של טכנולוגיות להוועדות חזותית ולקיום הליכים מרחוק באמצעות תוכנה בשלושה מישורי היערכות:

17

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C330%5C022%5Cf04&fileName=20022330.F04&type=2>

18

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C770%5C022%5Cm03&fileName=20022770.M03&type=2>

19

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C770%5C022%5Cm03&fileName=20022770.M03&type=2>

20

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C710%5C024%5Cj02&fileName=20024710.J02&type=2>

21

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C17%5C930%5C022%5Cv53&fileName=17022930.V53&type=2>

22

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C18%5C500%5C015%5Cm27&fileName=18015500.M27&type=2>

- בטווח הקצר- צמצום מידי של העיכוב שנוצר כתוצאה ממספר חודשים של אי שמיעת תיקים והצורך שייווצר בחודשים הקרובים להתחשב בשופטים/ות, עורכי ועורכות דין וצדדים שהם בקבוצות סיכון ונמנע מהם/ן להגיע פיזית לבית המשפט;
 - בטווח הבינוני - זיהוי סוגי תיקים בהם ראוי בשגרה להציע מתווה של הליך מקוון מלכתחילה לאור מאפייני ההליכים, תוך יישור קו עם ההתפתחויות בתחום של יישוב סכסוכים מקוון בבתי המשפט ברחבי העולם בהם אומצו הליכים כאלה במגוון מישורים ובהם תביעות קטנות, נזיקין, תעבורה, מימוש משכנתאות, משפחה ובתיקים פליליים קלים.
 - בטווח הארוך - היערכות תשתיתית לקיום הליכים מקוונים החורגים מהמקרים שזוהו כמתאימים במיוחד להליך מעין זה בקטגוריה 2 לעיל, על מנת שניתן יהיה במצבי חירום עתידיים להמשיך ולקיים את מרבית הפעילות בבתי המשפט במתכונת מקוונת (בדומה למה שעשו האוניברסיטאות במשבר הנוכחי).
- על מנת להוציא לפועל מתווה זה מומלץ ללמוד את הלקחים מהפיילוטים שנערכו בתחום הפלילי והאזרחי בארץ ובחו"ל וליישם בתכנון המערכות העתידיות לשגרה ולמצבי חרום.

3. תובנות עיקריות וצעדים מומלצים לישראל

א. תובנות בתחום בריאות הציבור

רקע

מגיפת הקורונה העולמית מהווה מצב חירום בבריאות הציבור בישראל ובעולם. מגיפת הקורונה חשפה את הצורך במערכת בריאות ציבור חזקה שתוכל לתת מענה למגוון הגדול של אתגרי בריאות הציבור בחירום ובשגרה. כבכל משבר, גם מגיפת זו מהווה הזדמנות לרפורמה במערכת בריאות הציבור בישראל, על מנת שתצא איתנה יותר ומוכנה יותר להגנה על בריאות הציבור. כך נעשה במדינות שונות לאחר אירועי הסארס ב-2003 ואכן מדינות אלו, כדוגמת קנדה, סין וסינגפור, היו מוכנות טוב יותר למגיפת הקורונה. כבר כיום, עוד בטרם הסתיימה תקופת הקורונה בישראל ובעולם, ברור כי מעבר לקורונה עצמה, התגובה לה מאיימת על בריאות הציבור, בין היתר בשל פגיעה באמון הציבור במערכת הבריאות וספציפית בבריאות הציבור, שחיקה של צוותי הבריאות והמשאבים במערכת הבריאות, פגיעה ישירה בבריאות כתוצאה מנזקי ההסגר כדוגמת השמנה, היעדר פעילות גופנית, עליה בשיעורי העישון, בדידות, דיכאון, פגיעה בהון החברתי, עוני ועוד. מצד שני, האירוע מהווה הזדמנות חסרת תקדים לחיזוק מעמד בריאות הציבור והשקעה ראויה במערכת זאת, אשר נחשף כי נמצאת בקו החזית ומהווה חלק חשוב במוכנות הלאומית למצבי חירום המאיימים על בריאות האוכלוסייה. במסמך זה מפורטת סקירת ספרות ראשונית הן מבחינה מערכתית והן מבחינת נושאים ספציפיים, לגבי אתגרים והזדמנויות בבריאות הציבור בישראל בעת ולאחר תקופת הקורונה.

אסטרטגיות וגורמים לשיפור בבריאות ציבור

מגפת הקורונה כפי שנאמר בפרק הקודם יוצרת הזדמנות ללמידה, חשיבה והפקת לקחים בהמשך ההתמודדות עם המגפה כעת ולאחריה. מדינות שונות בעולם כבר פרסמו את מסקנותיהן בתחום בריאות הציבור לאחר מגפות ה-SARS וה-MERS ואלו הן שהובילו אותן להצלחה יתרה בהתמודדותן עם מגפה זו. מערכת הבריאות בישראל כפי שכבר נכתב זקוקה לרפורמות ושינויים במגוון תחומים, מרבית מלקחי מערכות בריאות הציבור בעולם ניתנות ליישום גם אצלנו וכן ניתן לפתח תחומים ייחודיים נוספים אשר יובילו להצלחת וייעול הטיפול והתמודדות מערכת בריאות הציבור בעתות שגרה וחרום.

ארגון וכוח אדם בבריאות הציבור

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות הוא נושא שמעסיק מאד את מערכות הבריאות בעולם ובישראל בפרט. במדינות רבות בעולם ישנם גופים העוסקים רק בתכנון כוח אדם (אוסטרליה, אנגליה, קנדה, צרפת, אירלנד ובלגיה). כמו כן, גופי התכנון נבדלים זה מזה בכך שבחלקן כמו בישראל המדינה היא הבעלים של חלק מבתי החולים ועל כן היא זו שמנהלת ומממנת אותם. אך גם במדינות כגון אנגליה וארה"ב בהן אין בעלות של המדינה על בתי החולים ישנו מגזר גדול של בתי חולים ציבוריים ללא מטרות רווח (נירל, שץ, & טראוב, 2010). תכנון כוח אדם רפואי קשור באופן משמעותי לקביעת מכסות מקומות הלימוד בבתי הספר לרפואה ובגוף המוסמך על הרישוי. מערכת הבריאות בישראל סובלת ממחסור בתקני רופאים ואחיות כך למשל בשנת 2018 שיעור הרופאים עמד על 3.1 ל-1000 נפש, לעומת 3.5 בממוצע ה-OECD ושיעור האחיות עמד על

5.1 לעומת 9.2 בממוצע ה-OECD. כמו כן אחוז הרופאים בני 55 ומעלה בישראל גבוה ומוסיף לעלות עם השנים (OECD, 2019). לכל שירותי בריאות הציבור הוקצו בשנה החולפת 3,411 תקני כוח אדם בלבד. נתונים אלו מדגישים את הצורך בהגדלת כוח אדם ותקנים למערכת בריאות הציבור בפרט, הכוללים רופאים, אנשי בריאות וסביבה, אפידמיולוגים, אנשי מעבדה ועוד. חוזק צוותי הרפואה ויכולת הטיפול שלהם בחולים היוותה נקודה מכרעת בהתמודדות המאבק בבריאות וביציבות מערכת הבריאות. כך, מתוך הסיכון הגבוה שנלווה לצוותים אלו ישנה משמעות לתרגול רפואי וארגון הטיפול בבי"ח במהלך התפרצות מחלה זיהומית (Occupational Safety and Health, 2009; Peeri et al., 2020). יש לציין כי חיזוק תשתיות בריאות הציבור הכוללת מעבדות, ציוד מחשב, תקנים וכדומה יוכלו להועיל גם במגפה הנוכחית וגם יהוו יתרון במשברי חירום נוספים. בשונה ממצב שגרה, בזמני חירום מערכת בריאות הציבור זוכה ליחסי ציבור ופרסומים רבים. ישנה חשיבות להגברת הזהות ויצירת אחווה וגאווה בקרב עובדי בריאות הציבור בכל ימי השנה ובעיקר בעתות חרום הן על מנת לשפר את עבודתם והן על מנת לגייס אנשים נוספים למקצועות אלו בעתיד.

חקיקה בבריאות הציבור

בעתות חירום עולה צורך בקיום חקיקה מזורזת וריכוז סמכויות אשר יוכלו להפחית את פער הזמן בין קבלת ההחלטה ליישומה וכן להקדים ולמנוע התפרצות או תחלואה עודפת ולשמור על מצב חולים תואם למצב מערכת הבריאות. כמו כן, עולה הצורך ביצירת חוק המגדיר את חובת המדינה כלפי בריאות האזרחים אשר יחליף את פקודת בריאות העם הכוללת את הגדרת תפקידיהם וסמכויותיהם של הארגונים והמשרדים השונים וכן חקיקה ותוכנית למניעת זיהומים על ידי מומחי בריאות ציבור (Shaw, 2006). בנוסף לכך נדרשת התעסקות במסגרת המשפטית המסדירה סוגיות דומות בהקשר של זכויות עבודה, זכות לפרטיות, מעקב ומידע בריאותי פרטי והכלים המשפטיים הקיימים הנוגעים זיהוי מקרים, שיתוף נתונים (למשל נהלים לדיווח על מקרים חדשים וכללים המסדירים את ההגנה על הפרטיות) והפצת מידע (אחריות לתקשורת כלפי התוכן המועבר). בדומה להחלטת הממשלה שהתקבלה ב-2014 הנוגעת לכך שכל חקיקה ראשית או משנית מחויבת בהליך הערכת השפעה רגולציה חדשה ((RIA- Regulatory Impact Assessment)), הנוגעת בעיקר לתחום התעשייה והמגזר העסקי) ניתן לבצע הערכה מעין זו לתחום בריאות הציבור אשר מושפע באופן משמעותי מהחלטות המתקבלות בממשלה בשגרה ובייחוד במצבי חירום בריאותיים-סביבתיים. סוגייה זו מעלה שנית את הצורך בהקמת גוף אופרטיבי ובחקיקת גוף סמכותי אחד כגון רשות לאומית לשעת משבר אשר תוכל לרכז את הגופים, המומחים והתהליכים השונים (איסוף נתונים, ניתוח ועיבוד נתונים וכדומה) ומתוך כך לקבל החלטות באופן שמכבד את מגזרי הציבור השונים ונותן דגש מקצועי לתחום האפידמיולוגיה ובריאות הציבור.

נתונים

במצבי חירום כמו גם במצבי שגרה מתקבלים מגוון נתונים בנושאי בריאות שונים המאפשרים יכולת קבלת החלטות והסקת מסקנות. מדינות רבות במזרח אסיה הבינו כי זהו גורם חיוני להצלחת התמודדותם ודאגו לשת"פ בין מוסדות ארציים ובינלאומיים (Frost, Li, Moolenaar, Mao, & Xie, 2019; MoH, 2014). מתוך כך, עולה הצורך בחיבור בין המערכות והגופים השונים וכן ריכוז הנתונים ע"י משרד הבריאות בכדי לקצר הליכי ניתוח נתונים, זמן תגובה והסקת מסקנות.

מצב זה יוצר הזדמנות לחיזוק התשתיות הכוללות מערכות מחשוב מחודשות והוספת תקנים אשר יכולים לתרום אף לחיזוק בריאות הציבור בשגרה. מלבד זאת, ברוב מדינות מזרח אסיה נעשה תגבור של מומחי מחלות זיהומיות ואפידמיולוגים ואילו בישראל משרד הבריאות הסתמך על גורמי חוץ שאינם מקצועיים בתחומים אלו ונראה כשל באיסוף הנתונים (נתוני תחלואה ותמותה מקורנה ומחלות אחרות שאינן קורנה, השפעת הצעדים הננקטים על מדדי בריאות ועוד), הנגשתם, ניתוחם ועיבודם באופן אפידמיולוגי אשר מאפשרים קבלת החלטות באופן מאוזן ומחושב יותר.

חיזוק והכשרה במקצועות בריאות הציבור

מגפת הקורנה מדגישה את הצורך במערכת בריאות ציבור יציבה וחזקה הכוללת לימוד וחקר מתקדם, ביצוע ניתוחים אפידמיולוגיים, בניית מודלים ואסטרטגיות המשך ומתן טיפול מסור ויעיל לאזרחים. יכולת תפקוד המערכת על כל היבטיה ותפקידיה מחייבת כוח אדם צעיר אשר יוכל להתפתח בתוך בריאות הציבור ולקבל ראייה מערכתית כוללת. מלבד הצורך הברור בהוספת תקני כוח אדם, עולה צורך ברור בעידוד צעירים העתידיים ללימוד ורופאים לפני בחירת התמחות על מנת לשפר ולהגדיל את יכולת הפעולה ומתן השירות. חיזוק זה יכול להתבצע על ידי שיתוף בתי ספר לבריאות הציבור בדיונים ושיבות איגודי רופאים ובפעולותיהם, קיום קורסים משותפים בין ארבעת בתי הספר לבריאות הציבור, הוספת שלבים יישומיים בתוך לימודי בריאות ציבור וכמו כן באמצעות פרסום ומגוון תמריצים והקלות כלכליות ותעסוקתיות (העלאת משכורות, מימון התמחות, תמלוגים, צמצום שעות עבודה והקלות בקבלה ללימודים לבוגרי MPH בבריאות הציבור). נדבך נוסף הינו יצירת משרות חדשות אשר יאפשרו מלבד תעסוקה מחקרית גם תעסוקה יישומית. דרישה זו טומנת בחובה את הצורך בתקינה ספציפית עבור בריאות הציבור ויצירת משרות נוספות של רופאי בריאות ציבור, רופאים תעסוקתיים, סגני רופאי נפות כך למשל וטרינר היוצא להתמחות בבריאות הציבור מקבל מימון ממשרד הבריאות ואילו התמחות רופא שיניים בבריאות ציבור אינה ממומנת. בריאות הציבור הינו תחום רב מערכתי אשר מתקיימת בנייה אינטראקציה. מתוך כך, רצוי להגדיל את מענה השירות בהתאם כך שיוכל להעניק טיפול וייעוץ רפואי במגוון תחומים יחד. מרכזי טיפול חלב למשל מסוגלים להיות מרכזים רב מקצועיים המכילים מקצועות שונים המסוגלים להעניק מכלול שירותים ומענה נרחב לציבור (רפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, תזונה ועוד). משבר זה מציף גם כן סוגיות חשובות נוספות בבריאות הציבור כגון אירועים אקלימיים ומחלות מתעשיית המזון והחי. הדורשות התגייסות תקציבית וגיוס אנשי מקצוע רבים בתחום האפידמיולוגיה, בריאות-סביבה, וטרינריה.

מקורות מימון לבריאות הציבור

מדינות רבות בעולם ובמזרח אסיה בפרט הבינו את הצורך האדיר בחיזוק מערכות הבריאות לאחר מגפות קודמות אשר היוו להן מעין קריאת התעוררות. תחום בריאות הציבור והמערכת הרפואית בישראל נמצאים במשבר מתמשך עוד משנות ה-2000 וכבר יותר מעשור שישנו פער נרחב בין המצוי לרצוי (הלל & חקלאי, 2020). תקציב שירותי בריאות הציבור במצב חמור אף יותר ונמצא ברידה ממושכת. בשנת 2019 תקציב משרד הבריאות עומד על 37,984,845,000 ₪ בלבד, ותקציב בריאות הציבור בפרט עומד על 1,487,585,000 ש"ח. 3.8% מכלל תקציב המשרד (הנמוך בעשור האחרון) (מפתח התקציב²³).

²³ <https://next.obudget.org/i/budget/0024/2019?li=2>

סכום זה כמובן הינו סכום גולמי ואינו מבטא החרגות כמו חיסונים שמחירם עולה בשנים האחרונות. מצב הטיפול בבתי החולים והשירותים הציבוריים חמור כפי שעלה בדוח מבקר המדינה האחרון שדיווח על מחסור בצידוד מגן, בתרופות, חיסונים ומיטות אשפוז (מבקר המדינה, 2020). כך לדוגמא: בסוף 2019 היו 16,299 מיטות לאשפוז כללי בתקן (מתוכם 16,148 בבי"ח לאשפוז כללי ו-151 בבי"ח גריאטרי). שיעור מיטות האשפוז ממשיך במגמת ירידה, 1.780 ל-1000 נפש, זוהי ירידה ב-3% מ-1.830 בשנת 2015. כמו כן נרשמת ירידה בשיעור המיטות ל-1000 איש בתחומי האשפוז הפסיכיאטרי והגריאטרי (הלל & חקלאי, 2020). אי הטיפול בבעיה זו יוצרת בין היתר מחסור בכוח אדם (3,411 תקני כח אדם בבריאות הציבור) ופערים מתמשכים במדדי הבריאות בין המרכז לפריפריה. יתר על כן, השחיקה המתמדת בתקציב הבריאות הביאה לפגיעה בזמינות ובנגישות הציוד והטיפול הרפואי (הלל & חקלאי, 2019). דבר זה בא לידי ביטוי באמצעות התארכות התורים לרופאים ולשירותים רפואיים, בקיצור זמן המפגש בין המטפל למטופל ובשחיקת תשתיות המערכת. אורך התורים במערכת הציבורית הוא אחד מהבעיות הקשות מהן סובל הציבור הישראלי (מבקר המדינה, 2020). כך, כאשר כשלים אלו צפים ועולים נדרשת לקיחת אחריות והסקת מסקנות כגון עדכון תקציב שירותי בריאות הציבור וחזוקת בריאות הציבור מחוץ למערכת הבריאות.

ב. תובנות בתחום הכלכלי

1. השוואה בין משבר נגיף ה-SARS ומשבר COVID-19 מעלה שהצעדים הכלכליים שנקטו בעקבות משבר הסארס אינם מספקים בכדי להמליץ על צעדים כלכליים כחלק מחבילת הסיוע למשק כעת. אך יש מקום ללמוד מהצעדים שנוקטות ממשלות מזרח אסיה כיום. היקף ועוצמת הנזק שאנו חווים כיום גדולים משמעותית ממה שחוו מדינות מזרח אסיה במשבר ה-SARS. כתוצאה מכך, התגובה הכלכלית במשבר ה-SARS התמקדה בפיצוי מינימלי לענפים שנפגעו. הכלים המיושמים כיום רחבים משמעותית ונפרסים על כלל המשק ותחומי החיים - תמיכה בנפגעים, צמצום האבטלה ועידוד חזרה לתעסוקה, עזרה לעצמאים ולעסקים בטווח הקצר ובטווח הבינוני, ותמיכה מאסיבית בענפים שנפגעו בצורה המירבית. בנוסף, קיים הבדל ניכר בהגבלות היזומות שנכפו על המשק. כלכלות מזרח אסיה המשיכו לפעול באופן רציף לאורך משבר ה-SARS, ולא נדרשו לשקול כיצד ומתי יש לחזור לשגרה, בעוד שכיום אופן החזרה לשגרה הוא מהנושאים הכלכליים החשובים ביותר.

2. השוואת חבילות הסיוע בין ישראל ומדינות מזרח אסיה - מדינת ישראל הפעילה בחודשים האחרונים חבילת סיוע כלכלית נרחבת אשר חולקת מאפיינים רבים עם חבילות הסיוע המופעלות במדינות מזרח אסיה ובמדינות העולם בכלל. השוואה בין החבילה הישראלית לחבילות הנפוצות מעלה שאחד המאפיינים המרכזיים בחבילות במדינות מזרח אסיה והחסר בישראל הוא תמיכה בשמירה על משרות. בשל הוצאה הרחבה לחל"ת והיקף הפיטורים ישראל משלמת תשלומי אבטלה גבוהים יחסית. בחבילות הסיוע במזרח אסיה רואים שההעדפה היא לתמוך בשכר לפירמות קיימות במקום לשלם דמי אבטלה. נראה שצעד דומה בישראל, המביא לצמצום הפיטורים, עשוי היה להפחית את דמי האבטלה מצד אחד, ומצד שני היה משמר את מבנה התעסוקה במשק לאורך תקופת המגבלות. לשמירת מבנה התעסוקה עשוי להיות יתרון נוסף, שכן הבטחון התעסוקתי עשוי לעודד משקי בית להוציא כספים ובכך ומאפשר זינוק מהיר יותר בחזרה לפעילות.

בנוסף, נראה שקיים פער באיכות היישום של החבילות הכלכליות בין ישראל ובין המדינות שנסקרו. על אף שלא בחנו נושא זה לעומק, נראה שקצב מימוש צעדי הסיוע במזרח אסיה מהיר מבישראל. לאור הצורך בהגברת ביקושים וצמצום האבטלה יש חשיבות ליישום מהיר של הצעדים המתוקצבים, גם במחיר של טעויות בחלוקה ואובדן כספים. קרי, יש חשיבות לצמצום הבירוקרטיה למימוש ההטבות.

3. ההיערכות לגל השני או לנגיף הבא

3.1 יש להפיק לקחים כלכליים מהצעדים שנקטו בישראל. כל צעד צריך להיות מנותח ברמת הפגיעה שלו במשק, והתרומה שלו להכלת הנגיף. לדוגמה, ובדומה להערותיהם של צוות הממשל, יכול להיות שלא כדאי להטיל מגבלות על הענפים הפרודוקטיביים ביותר במשק (כמו ההיי-טק), אלא במצבים קיצוניים מאוד. הפעלת הכלים לפי יחסי פגיעה בכלכלה-הכלת המחלה, יקרב אותנו לתגובה אופטימלית. לפי הכתבות בתקשורת העולמית צפויים להתפרסם בשבועות הקרובים מחקרים הבוחנים סוגיות כמו אלה.

3.2 תגובה קיצונית מוקדמת היא בעלת יתרונות כלכליים מוכחים. כפי שניתן ללמוד מהמודל הטייוואני, בידוד כולל ומוקדם של המדינה, ואכיפה קשיחה מאוד של הנחיות בריאות הציבור יכולים להביא לשמירה על הפעילות הכלכלית הקיימת. תגובה קיצונית כזו מלווה במחיר שעלול להתברר כגבוה מדי במקרים של "אזעקת שווא", אך הוא עשוי למנוע הדרדרות כלכלית משמעותית. בדיווחים העתידיים על גל שני או נגיף חדש, יש לשקול לאמץ זאת כחלק מהניסיון למזער את הפגיעה בכלכלה.

3.3 קיימת חשיבות לשני סוגים של תמיכה בכלכלה: פיצוי (אישי, על בסיס קריטריונים) ואישוש והזנקת הכלכלה. בטווח הביניים יש לעבור ממתן פיצויים לעידוד תעסוקה (לגל השני עדיף להעביר תשלומים למעסיקים בענפים מועדפים שיאפשרו תעסוקה מלאה במקום תשלומי ביטוח לאומי לחל"ת ולתמוך בהכשרת עובדים שיצאו ממעגל התעסוקה למקצעות חיוניים). מומלץ להפנות יותר משאבים לענפי תעשייה שנפגעו

ג. תובנות בתחום החברה והרווחה

מאחר וכמעט לא קיימים מחקרים בתחום העבודה הסוציאלית הבודקים את פעילות העבודה הסוציאלית לאחר משבר ה-SARS, הרי שהתובנות שלנו מתבססות על השלכות מהמחקרים המעטים הקיימים וכן בהתבסס על מספר קטן של ראיונות שנעשה עם אנשים מתוך "הפסיפס הישראלי" - החברה החרדית, החברה הערבית, אנשים החיים בעוני, אנשים קשישים ועובדים סוציאליים. התובנות המרכזיות הן כדלקמן:

1. יש למנוע ככל האפשר כניסת אנשים חדשים למעגל העוני. לצורך כך:
 - 1.1 יש לבחון את השלכות המגיפה על מצבם של אנשים החיים בעוני (ובתוך כך, בחינה אפשרית של התאמת גובה הקצבאות), להעריך את מספר ה"עניים החדשים", ולגבש מדיניות ופרקטיקה ל- reaching out לאוכלוסיות העניים החדשים שפוחדים מהסטיגמה של פנייה לשירותי הרווחה ו/או אינם יודעים לעשות זאת.

- 1.2. יש לגבש מדיניות ופרקטיקה להוצאה מהירה של ה"עניים החדשים" מהעוני לפני התפתחות ל"עוני כרוני".
- 1.3. יש לגבש מדיניות ושיתוף פעולה עם גורמים כלכליים ליצירת מדיניות רווחה שתאפשר התאוששות כלכלית של אוכלוסיות מוחלשות שנפגעו בתקופת המגיפה והחלשו יותר.
- 1.4. יש לסייע במיציא זכויות (בין השאר מחשש לסטיגמה או מקשיי נגישות) של אוכלוסיות מוחלשות, שכבר נמצאות במעגל העוני.
2. יש חשיבות להתמודדות עם הדרה של אוכלוסיות (על בסיס גיל, מגזר, צרכים מיוחדים).
3. משרד הרווחה וכלל העובדים הסוציאליים מילאו בגל הראשון של משבר הקורונה תפקיד חשוב וחיוני בהבטחת הצרכים החיוניים ביותר של ארוחות חמות, מוצרי מזון ותרופות עבור האוכלוסייה המבוגרת, ניצולי השואה, בעלי המוגבלויות, אנשים החיים בעוני, ועוד. לצד זאת, נראה כי חשוב להוסיף נדבך נוסף של עבודה קבוצתית וקהילתית עם הקבוצות והקהילות השונות. יש חשיבות רבה למעורבות פעילה של עובדים סוציאליים ומומלץ לשקול להגדיר את חלקם כעובדים חיוניים.
4. עבודה קהילתית בתנאים של ריחוק פיסי –יש לפתח מענים באמצעים דיגיטליים, טלפוניים, ועוד – אשר עשויים הן לאפשר את קיום עבודה קהילתית בזמנים של סגר מלא או חלקי והן לסייע לצמצום הפערים הדיגיטליים בקרב האוכלוסיות המוחלשות.
5. מומלץ לתמוך בעמותות המסייעות לאוכלוסיות נזקקות, או לציבור הרחב.
6. יש ליצור מנגנוני העברת מידע מונגש לאוכלוסיות מיוחדות, כגון החברה החרדית, מבקשי מקלט, מהגרים ועובדים זרים.
7. יש לגבש מדיניות אסטרטגית ופרקטיקה להתמודדות עם הסטיגמה שנוצרה או עלולה להיווצר כלפי הציבור החרדי, הגיל השלישי, המהגרים וקבוצות נוספות בחברה הישראלית.
8. יש לגבש מדיניות כוללת ופרקטיקה להתמודדות עם תחושות ההדרה רבות-השנים של החברה הערבית וביתר לאחר הירתמותם המשמעותית במסגרות הרפואיות עם מגפת הקורונה.
9. יש לפתח מדיניות ופרקטיקה להתמודדות עם השלכות מתמשכות המגיפה והסגר על משפחות ברמה הזוגית, ההורית והמשפחתית הכוללת. תוך התייחסות לאוכלוסיות מוחלשות כמו, נכים, נפגעי נפש וכו.
10. יש להבטיח נגישות לקשישים וקשישות, התלויים בנגישות למערכת הבריאות – נגישות למערכת זו, למרות המגבלות על הנגישות בשל הנגיף.
11. על רקע העלייה החדה במספר מקרי אלימות במשפחה, מומלץ לקדם באופן מידי תכנית ארוכת טווח לצמצום התופעה, בדגש על מציאת פתרונות ייחודיים ומותאמים למצבי החירום השונים
12. פיתוח כוללני מדיניות ופרקטיקה בתחום העבודה הסוציאלית להתערבות בזמן משברים ומצבי חירום רחבי-היקף עתידיים והתאמת תקנות העבודה הסוציאלית (התע"ס) בהתאם. הדבר מצריך הקמה מיידית של כוח משימה לאומי המשותף למשרד הרווחה והשירותים החברתיים, איגוד העובדים הסוציאליים, האקדמיה, החברה האזרחית, ועוד. דחיפותה של משימה זו נובעת מן הסבירות הגבוהה להתרחשותם של גלים נוספים של מגפת הקורונה וכן בשל גורמי סיכון נוספים הרלוונטיים מאוד למדינת ישראל ובהם האימונים הביטחוניים, רעידת אדמה הרסנית, ועוד.

13. הגברת הסולידריות הבינלאומית אל מול מגיפת הקורונה – מקצוע העבודה הסוציאלית חרת על דגלו זה מכבר עקרונות של סולידריות בזמני שגרה ומשבר כאחד. הדבר נכון אף ביתר שאת בימים של מגיפת הקורונה העולמית. מוצע כי משרד הרווחה, האקדמיה ומשרד החוץ יבחנו הדרכים השונות שבהם העובדים הסוציאליים מישראל יוכלו להיות שותפים למיזמים בינלאומיים הקשורים להתמודדות עם ההיבטים החברתיים והקהילתיים של מגיפת הקורונה.
14. עבודה סוציאלית רב-תרבותית – החברה הישראלית מורכבת מפסיפס רב-תרבותי ייחודי. כפי שמלמדת הספרות המחקרית בתחום חקר מצבי החירום, אחד הגורמים אשר עשויים לשפר במידה ניכרת את איכות ההתמודדות בטווח הקצר והארוך עם השלכותיהם של מצבי חירום קשור לפיתוח פתרונות רגשי-תרבות לאוכלוסיות השונות. בהקשר זה, למקצוע העבודה הסוציאלית תפקיד ייחודי בפיתוח המענים שלעיל, אשר כה נדרשים במסגרת ההתמודדות עם מגיפת הקורונה. מוצע להקים באופן מידי צוות מקצועי רב-ארגוני לגיבוש קווים מנחים ברמה הלאומית והמקומית עם הסוגיה שלעיל.
15. מומלץ למעט בשימוש במונח "התפרצות" המגיפה, היוצרת את האשליה שהסבל הסוציאלי מגיע לסופו עם מותו של הנגיף ועלולה לעצור את התמיכה לאורך זמן במי שנפגעו.

ד. תובנות בתחום הרשויות המקומיות

מצב של מגיפה עולמית מצריך פעולה משותפת של ממשלות וארגונים בינלאומיים. במקרים רבים ארגונים אלה מתייחסים לתרחישים המחמירים ביותר ותגובתם היא גלובלית ומגיעה ממבט-על ללא הבחנה בהבדלים בין ערים שונות ואוכלוסיות מגוונות. "המגפה היא עולמית אבל התגובה היא מקומית, היכולת היא מקומית, ההתנהגות היא מקומית והתרבות היא מקומית"²⁴. אכן, צעדי המדיניות במצב חירום ובמצב של שיקום, צריכים לקחת בחשבון את הכרת הצרכים המקומיים ואת חשיבות המעורבות המקומית בשיקום. להלן נפרט מספר המלצות לחיזוק חלקן של הרשויות המקומיות והארגונים המקומיים הן בזמן החירום והן בתהליך ההתאוששות והשיקום.

קידום חוסן עירוני

שלב המוכנות הינו בעל חשיבות רבה בהתמודדות עם תרחישי קיצון. קידום חוסן עירוני נעשה בעזרת תהליכים שונים הכוללים את הרשות המקומית, הגופים העסקיים והאזרחיים לפני פרוץ המשבר. יש ספרות מקצועית ענפה בנושא שהיריעה כאן מצומצמת מכדי להכיל אותה, אך ניתן לומר שער שיקדמה תכניות של חוסן עירוני תוכל לתפקד טוב יותר בזמן חירום ובתהליך ההתאוששות.

בנוסף, קיומן של תכניות מוכנות למצבי חירום, מקלה על הדרג הממשלתי והעירוני בתפקוד במצבי משבר. כאמור, ניתן היה לראות זאת במדינות אסיה שהתמודדו עם הסארס, כמו טאיוואן, שיצרה

²⁴ Dr. Ragib Shaw in: [UNDRR GETI and WHO Webinar. Resilience of local governments: A multi-sectoral approach to integrate public health and disaster risk management. Webinar April 7, 2020.](#)

בעקבותיו מבנה מבוזר של הנחיות ותיאום במערכת העירונית, אשר הקל על התפקוד הכללי בזמן הקורונה.

הפעלת מטה חירום ברשויות המקומיות

בישראל, אין מערכת חירום אזרחית מוגדרת על פי חוק. ישנו מערך מל"ח שמוזג לאחר מלחמת לבנון השנייה לתוך רח"ל, ויש הנחיות ברורות לתפקוד בזמן חירום בהובלת פיקוד העורף אך במשבר הנוכחי המערך לא הופעל על ידי הממשלה. משרד הפנים, האמון על הרשויות המקומיות, יכול לסייע לרשויות מקומיות הן תוך כדי המשבר והן בתהליך היציאה ממנו, ולתרום לניהול האירוע ברמה הארצית בצורה המיטבית.

מטה חירום במשרד הפנים, במשותף עם פיקוד העורף מהווה גורם מקשר בין הרשויות המקומיות לבין הממשלה, על אף שאינו מוסדר בחקיקה. יש להסדיר את חלוקת התפקידים, החובות והסמכויות בין הגורמים הרלוונטיים, כולל מנגנון פיסקלי שיוכל לסייע לרשויות המקומיות בזמן משבר. בנוסף, יש לתת את הדעת על הפערים בין רשויות מקומיות שונות (חלשות מול חזקות) ולגשר עליהם.

הרשות המקומית על כל אגפיה, דרך משרד הפנים, היא למעשה זרוע הביצועית של הממשלה. הרשות המקומית מכירה את הקהילה ויש לה את יכולת הניהול והביצוע דרך האגפים השונים כגון פיקוח, תברואה, חינוך, רווחה וכד'.

בעזרת פיקוד העורף ומשרד הפנים נבנה מערך חירום לרשויות המקומיות הבנוי ממכלולים בהם אנשי מקצוע מכל תחום מייעצים לראש הרשות המקומית, בשיתוף עם נציגי פיקוד העורף (יקל"ר – יחידת קישור לרשות המקומית) המקשרים בין צרכי הרשות המקומית ליכולות הסיוע של פיקוד העורף וגורמים אחרים. לדוגמה, בזמן המשבר הנוכחי, סייע משרד הפנים לרשויות מקומיות חלשות ושלה, במימון המשרד, אנשי מקצוע שעזרו לרשויות שביקשו זאת. כך, בבני ברק, ראש העיר ביקש סיוע וקיבל זאת מיועץ מקצועי בשיתוף פעולה מהצבא (פיקוד העורף), בהעדר גוף אחר שיכול היה לסייע.

למרבית הצער, מערך זה כמעט שלא הופעל עם תחילתו של משבר הקורונה והרשויות המקומיות למעשה הודרו מתהליכי קבלת החלטות וביצוען. לא זאת בלבד, גם עובדי הרשות המקומית הוצאו לחל"ת, יחד עם כל המשק. כך שלמעשה הרשויות המקומיות היו צריכות לפעול בתקופה עמוסה זו רק עם 30% מכח האדם שברשותן כדי לנהל את המשבר בשטחן.

דיפרנציאציה מרחבית

הצורך בזיהוי המגפה ודיפרנציאציה גיאוגרפית שלה היה ברור ברמה הבינלאומית וסגירת הגבולות בין מדינות הייתה הביטוי המשמעותי ביותר לכך, בעיקר באירופה. יחד עם זאת, יש משמעות לדיפרנציאציה מרחבית גם בתוך המדינה בניהול האירוע ויותר מזה בתהליך היציאה מהסגר והשיקום. קבלת החלטות בנושא דיפרנציאציה גיאוגרפית יכלה לסייע לעסקים מקומיים, להתנהלות מוסדות חינוך ביישובים בהם לא היו נדבקים וכן להשקעת המשאבים באכיפה, במקומות בהם היא נדרשה באופן מרבי.

תקשורת בזמן אמת בין העירייה לתושבים

מדינות ויישובים מורכבים מקהילות שונות. כדי לנהל אירוע מורכב יש צורך בממנהיגות מקומית, ברמת תיאום גבוהה ובאמון שיתאפשר על ידי תקשורת מתאימה. מקור מידע אמין, נותן תחושת אמיתות גבוהה יותר וההיענות לו רבה יותר. ערים חזקות ויציבות יכולות לתפקד טוב יותר בזמן חירום וביכולתן להפעיל מערכי שליטה ובקרה. יש ברשותן מערכות מיפוי ממוחשבות ונתונים על אוכלוסייה הנזקקת לסיוע. נתונים אלה יכולים לסייע הן בהעברת מידע לתושבים והן בסיוע להם.

בדרום קוריאנה נעשה שימוש במערכת מסרים מהירים מהעירייה לתושבים. גם עיריית תל אביב השתמשה באמצעי תקשורת שונים, במערכת הנתונים הממוחשבת, ובפילוח גיאוגרפי על מנת להעביר לתושבים מסרים ולאפשר להם להגיב בזמן אמת. פלטפורמת דיגיטל שימשה להעברת מסרים לתושבים בעניין הנחיות ופעילויות העירייה; למוקד 106, נוספו פונקציות (106 פלוס) שאפשרו שליחת הודעה מתפרצת לתושבים, דיווח של תושבים על אזרח ותיק הזקוק לסיוע ולחצן מצוקה לקשישים; למפות GIS הפתוחות לשימוש התושבים נוספה שכבה וכל תושב יכול היה לקבל מידע מהו הטווח המותר של 100 מטר סביב ביתו. כמו כן, על סמך פילוח מידע באופן מרחבי ניתן היה לאתר את האוכלוסייה המבוגרת הזקוקה לסיוע, או להתמקד באזורים בעלי שיעור חולים גבוה.

בנוסף, כחלק מהפעילויות הקהילתיות יזמה העירייה הופעות על גגות תל אביב. ההופעות לא פורסמו מראש על מנת למנוע התקהלות והודעה נמסרה על פי פילוח התושבים באזור, רק לתושבי המקום דרך מערכת דיגיטל. מערכת המסרים דרך פלטפורמת דיגיטל יוצרת דו-שיח בין העירייה לתושבים, היא מקור מידע אמין ויכולה להמשיך ולשמש בכל שלבי היציאה ולתת הבהרות לגבי פעילות מערכת החינוך, העסקים וכן המרחב הפתוח.

ארגונים מקומיים ומתנדבים

מהספרות המקצועית עולה שיש צורך במאמץ ממשלתי ומקומי כדי לנהל משבר על כל היבטיו. נמצא שקיומם של ארגונים מקומיים, שהיו פעילים עוד לפני משבר או אסון, חיזקו וזירזו את תהליך השיקום, גם במצבי אסון פיזי כגון הוריקן או רעידות אדמה וגם במגפות, מכיוון שפעלו מיידית לאחר האירוע והמשיכו לפעול ולקדם את תהליך השיקום. מערכי התנדבות בשילוב של גופים אזרחיים ומקומיים מסייעים בשעת משבר ובתהליך ההתאוששות. תכניות שיקום הכוללות מעורבות קהילתית יוצרות גאווה מקומית ושיתופי פעולה בין הרשות לבין גופים אזרחיים ותושבים. בנוסף, הרשות המקומית מכירה את הגופים ההתנדבותיים שעובדים בתחומה ויכולה לרכז את עבודת ההתנדבות באופן המיטבי ביותר לטובת הקהילה בזמן חירום. זו הזדמנות לעיר לגלות את החזקות שבקהילה ואלו אכן התבטאו, במקרים רבים בתמיכת הרשות המקומית, ביוזמות מקומיות של גופים התנדבותיים או יוזמות חדשות שנוצרו בקהילה. חיזוק גופים אלה ופיתוחם טוב שיעשה בשגרה, לרווחת הקהילה ובוודאי שקיומם יסייע בתהליך השיקום.

קשר בין רשויות מקומיות ברמה הלאומית והבינלאומית

כפי שתואר בפרק הקודם, במהלך מגפת הקורונה נעשה בסין "ציוות לזוגות" - כל עיר במחוז חוביי, צוותה לפרובינציה מאמצת ששלחה לה אספקה רפואית שוטפת ואת הצוות הרפואי שברשותה. גם בארץ היו פרויקטים של תמיכה וסולידריות במישור הלאומי. עיריית תל אביב למשל סייעה ליושבים אחרים, אליהם היא מצוותת כחלק מפעילות מתמשכת של המשרד לשוויון חברתי לשיתוף ידע ושירותים. ניתן לחשוב על קידום שיתופי פעולה כאלו, בזמן שגרה כך שסייעו בפעילות בזמן חירום והתאוששות. תיאום פעילויות יכול להיעשות גם ברמת המחוז או הנפה.

גם ברמה הבינלאומית נוצרו מערכות של סיוע ותמיכה בין רשויות מקומיות (למשל מפגש זום בין נציגי עיריית אשדוד שסייעו לנציגי עיריית אליקנטה בספרד בנושא של מניעת אלימות במשפחה בזמן הקורונה). כמו כן ישנן פלטפורמות בינלאומיות כמו רשת ערי חוסן של קרן רוקפלר וקרן בלומברג הנותנות תמיכה בצורת ידע המאפשרות שיתוף וידע בין מקבלי החלטות ברמה העירונית בכל העולם.

התכנון העירוני ועתיד העירוניות

אחת השאלות שעולה וחוזרת בנושא התהליכים שיושפעו בטווח המתמשך היא עתידה של העיר ומגמת העירוניות המתחזקת. ערים התמודדו עם מגפות גם בעבר. אף מגפה או משבר לא מנעו מבני האדם לעבוד ולחיות במרחב העירוני מכיוון שערים מרכזות פעילות אנושית וכלכלית חזקה מספיק כדי לייצר חידושים שמניעים את הכלכלה קדימה. באופן היסטורי תמיד התקיים שיתוף פעולה בין מתכנני ערים למומחי בריאות הציבור על מנת לעשות את הערים בריאות יותר כחלק מתכנון העיר, היום הערים נקיות ובטוחות.

כדי שהרחוב העירוני ימשיך להתקיים ולהיות פעיל יש לסייע להתאוששות העסקים הקטנים (מסעדות, בתי קפה ונותני שירותים כמו מספרות, סלוני יופי, חדרי כושר וכד'). כמו כן, ניתן לבצע התאמות קטנות בעיצוב הרחוב, כדי ליצור מרחב הליכה מרווח ובטוח, כגון, הסבת רחובות במרכזי ערים למדרחובים על מנת למנוע צפיפות הולכי רגל.

חשוב שהתחבורה הציבורית תאפשר פעילות של רכבות ואוטובוסים תוך התאמת קווים ותדירויות ובמקביל ליצור גמישות ברשת הסעה הפנים עירונית. שינויי טכנולוגיה קיימים וצפויים כגון מודלים של תחבורה משותפת ובעתיד מעבר לרכב אוטונומי יוכלו בטווח הרחוק יותר לתת מענה טוב ברשת הפנימית.

אין ספק שחודשי המגיפה העלו את חשיבות המרפסות כמרחב מחייה עירוני ואת חשיבות הקשרים המקומיים והעסקיים המקומיים כמו המכולת השכונתית, להתנהלות העיר. בנוסף, נראה שחשיבותו של "אזור פתוח/ שדה" היה משמעותי ביותר ושימש כמרחב נשימה עירוני שמאפשר הליכה, ספורט ומשחק בחוץ. "העבודה מרחוק" עברה תהליך בחינה מואץ ויש הבנה שתהיה יותר "היברידיות" שילוב של בית-עבודה והבנה שלבחירה האישית יהיה מקום רב יותר בעיקר כשהמילינאלים מתחילים להוות חלק משמעותי בשוק העבודה. באופן כללי ישנו שיח ברור יותר על הצורך בעירוב שימושים ועל אינטגרציה של טבע במגורים. אלו תהליכים לטווח ארוך שיצטרכו להיבחן באופן מעמיק יותר בחודשים הבאים.

ה. תובנות בתחום הממשל

הניתוח ההשוואתי לגבי התמודדות מדינות מזרח אסיה עם מגיפות קודמות העלה מגוון גדול מאוד של תובנות והמלצות אפשריות. קיים דמיון מסוים בין התנהלותן של מדינות שונות, באסיה ובמקומות אחרים, ביחס למשברים אפידמיולוגיים ואחרים, אך קיימים גם הבדלים הנובעים מהאופי המשטרי, ממבנה המערכת הפוליטית והמנהלית ומסוגיות תרבותיות וערכיות בחברה.

עם זאת, כדי להמליץ על יישומים אפשריים של תובנות אלו למערכת הישראלית והתמודדותה עם משבר הקורונה נדרשות התאמות רבות והתייחסות מעמיקה לאילוצים וחסמים שמאפיינים את המגזר הציבורי והחברה בישראל, המבנה השלטוני והמגבלות הקשורות לאופי המערכת הפוליטית והמנהלית. בחלק הבא נתייחס להמלצות העיקריות בתחום המדיניות, תהליכי קבלת החלטות והמנהל על בסיס הניסיון המזרח-אסייתי ונאיר את החסמים והאילוצים שיכתיבו את ההתאמות הנדרשות לישראל.

שינויים מבניים בממשל, במנהל, ובניהול המשבר ותוצאותיו

המודלים שאומצו במזרח אסיה וארה"ב מאופיינים בפיתוח ומיסוד מערכת לניהול תגובה למצב חירום תוך הישענות רחבה על מערכות מנהל מקצועיות, מנוסות וחזקות. המודל בארה"ב מבוסס על מבנה ארגוני מטריציוני בו יש מנהל אירוע אחד ומתחתיו רשת חברתית עם התמחות מקצועית שתפעל באופן קבוע, תבנה תכניות, תתרגל, תאייש אנשי מקצוע, תבנה רשת קשרים, יחסי אמון ופרוטוקול תגובה ובקרה. המבנה הניהולי במזרח אסיה מבוסס על שליטה ריכוזית והיררכיה נוקשה שמתאפשרת גם בזכות רמת ציות גבוהה מאוד מצד האזרחים. לעומת זאת, המודל בארה"ב מבוסס על היגיון של ביזור אחריות וסמכות למבנה של רשת.

בישראל עלולה להיות בעיה עם שני המבנים משום שהמבנה הריכוזי יוצר חוסר שיתוף פעולה בין השחקנים השונים שיש להם ניגודי אינטרסים ואילו המבנה המטריציוני-רשתני זר לתרבות הניהולית בישראל. כאן עולות התאמות רבות שנדרשות בכל הקשור לחלוקת סמכות ואחריות, יחסי גומלין בין הדרג המקצועי והדרג הפוליטי, ושיתוף פעולה בין הגורמים הממשלתיים ובינם לבין שחקנים חברתיים אחרים. ברור שהמבנה הממשלתי הנוכחי המאפשר קיומם של משרדים רבים מידי על בסיס פונקציונאלי, ומיעוט תיאום ביניהם הינו מכשול בשגרה, לא כל שכן בעת חירום. לכן, בזמן משבר בו יש לצמצם את הבירוקרטיה השלילית למינימום ולהגיב מהר וביעילות, חשוב לצמצם את מספר השחקנים הממשלתיים העשויים לשמש כשחקני וטו ולהגביר התיאום בין אלה שנתרו.

תהליכי קבלת החלטות וקביעת מדיניות

הניסיון הנצבר במדינות רבות מלמד על קיומו של מחזור חיי האסון אשר מכתוב דיון והטמעה קודם להתפרצותו בכדי להגדיל את השפעתו, להימנע מכפילות מאמצים ושימוש פחות יעיל במשאבים. כיום כאשר הממשלה מתכננת את תגובתה לשלב הבא, עליה לפתח מראש ובאופן מסודר אסטרטגיות שיקום בהיבטים הבריאותיים, כלכליים וחברתיים. המודלים מלמדים שנדרש שימוש מושכל בכלים מקצועיים של ניהול סיכונים, חישובי עלות ותועלת (במקרה הנוכחי חריף במיוחד

פער האיזון בין הנזק הבריאותי לנזק הכלכלי ששיעורו מתחיל רק להתברר) לשם גיבוש תחזיות ותיעודף איומים. תהליכי קבלת החלטות צריכים להתבסס על מספר מודלים חישוביים ולבחון חלופות מגוונות. כדי להימנע משבי בקונספציות ותופעה של חשיבת יחד יש לבקש הערכות מגורמים שונים ולשקלל אותם בתהליכי קבלת החלטות מנותקים אלה מאלה ולצמצם הטיות בחשיבה בפורומים של קבלת החלטות.

ביקורת ובקרה לשם למידה ותיקון

מדינות מזרח אסיה שונות ממדינות מערביות בשיטת המשטר והתרבות הפוליטית-אזרחית. לפיכך, כלים שאומצו שם לא בהכרח עמדו במבחן הביקורת והפיקוח הציבורי. לעומת זאת, במדינות דמוקרטיות יש חשיבות עליונה לביקורת מעין זו. לפיכך, חשוב למסד תהליכי ביקורת תוך כדי ביצוע (למשל באמצעות מבקר המדינה), פיקוח פרלמנטרי קפדני ופיקוח שיפוטי כדי להימנע מפגיעה ביסודות המשטר וזכויות יסוד. יש אף לעודד אקטיבית ארגוני חברה אזרחית לסייע במשימת הפיקוח על רשויות הממשל. ברור שבעתות משבר וחירום תפקידם של שומרי סף נדחק לפינה. עם זאת אסור לוותר על המשך תפקודם תוך כדי משבר, מבלי להפריע לניהול המשבר. המנגנונים האלה חייבים להשתכלל ולהתאים עצמם לעולם הדיגיטאלי, לבסס מערכות השוואה להתפתחויות בזמן אמת במקומות אחרים ולהכניס גמישות בדמות הפקת לקחי ביניים בעת משבר כדי לנסות ולהתאים מערכות תוך כדי ניהול אירוע.

רגולציה, חקיקה ואכיפה

הצעדים שננקטו במדינות רבות לוו ברגולציה קפדנית ואף חקיקה, ובאופן כללי הנהגת מדיניות מלמעלה למטה (Top-Down) תוך אכיפה נוקשה. גישה כזאת עלולה לעמוד בסתירה לתרבות הפוליטית והאזרחית בישראל כמו גם לממצאים ממחקרים התנהגותיים שונים המלמדים שהכתבה מלמעלה ואכיפה נוקשה עשויים ליצור ציות בטווח שליליות בטווח הבינוני והארוך. צעדים נוקשים שאינם מתבססים על משא ומתן אזרחי ושיתוף שחקנים של החברה האזרחית פוגמים בתהליכי הפנמה של צרכי שעת חירום בטווח הארוך. כתוצאה מכך יכולות להיווצר תחושות קשות של הציבור כלפי לגיטימיות הממשל וזרועותיו בטווח הבינוני והארוך. נראה שבקרב נותני השירותים וגורמי האכיפה בישראל ישנה הבנה מסוימת של ההיגיון הזה ומתאפשרת גמישות מסוימת, אך חשוב להימנע ממסרים סותרים כמו רגולציה נוקשה ללא אכיפה אפקטיבית, מכיוון שהתוצאה של מצב מעין זה הרסנית הרבה יותר. ההמלצה היא לפיכך להתרכז בעקרונות ולהמעיט ברגולציה וחקיקה ספציפית למשבר, תוך כדי מתן שיקול דעת לאזרחים ואמון ביכולתם לעשות זאת. המלצתנו היא לאפשר למשל אוטונומיה רחבה יותר לרשויות מקומיות בעת ניהול המשבר, תוך כדי חובת דיווח והקפדה על תיאום עם רשויות סמוכות ועם השלטון המרכזי.

תיאום וניטרול חסמים

הניסיון מלמד שבעת משבר יש חשיבות גדולה לתיאום כדי לקצר טווחי זמן ולניטרול חסמים. מנגד, חשוב להבין שארגונים ואנשים שפועלים בצורה מסוימת בזמן שגרה מתקשים מאוד לאמץ שינויים גדולים באופן מיידי גם אם מדובר בעת חירום. לפיכך, חשוב לבנות את מערכי החירום וניהולו בעת שגרה כך שיווצר תיאום מירבי וליצור מנגנונים מוסכמים לניטרול חסמים. אנו ממליצים לקיים חדר מצב לתיאום ולניטרול חסמים ביישום מדיניות ניהול המשבר והפקת לקחים ממנו.

מידע וידע - צבירה וניהול

הניסיון מלמד שיש חשיבות עצומה עבור הממשל, המנהל והציבור למידע הנאסף בעת משבר ולידע המדעי והטכנולוגי שנצבר לפני ותוך כדי המשבר. המידע והידע חייבים לעמוד בבסיס תהליכי קבלת ההחלטות (Evidence Based Policy) תוך הקפדה על שיתוף מירבי ועל שקיפות. לשם כך, יש ליצור מנגנונים טכנולוגיים ודיגיטליים לשיתוף מידע וידע ותיוכו לציבור. לאחר המשבר חייבים מנגנונים אלה להיות מנותחים היטב כדי להפיק מהם באופן שיטתי תובנות להמשך.

עידוד חדשנות ויזמה

משברים מזמנים בדרך כלל הזדמנויות טובות ליוזמות חדשות ושינויים מעמיקים. יש להשתמש במנגנוני תמרוץ ועידוד קיימים כדי לעודד חדשנות ויזמה הן בהתמודדות עם המשבר והן בנושאים משיקים והיקפיים יותר. אנו ממליצים לממשל לפתח ולהקים מנגנון שינסה לנצל את המשבר לצורך פיתוח עתידי, עידוד יוזמות רלוונטיות ותגובה יזמית במינימום זמן.

חברה אזרחית, חוסן חברתי, סולידריות ואמון

הניסיון ממשברים רבים מלמד שבסופו של דבר עוצמתם והשפעתם נקבעת על פי מוכנותה של החברה וחוסנה. סולידריות רבה, אמון גבוה ומנגנונים איתנים של חברה אזרחית מאפשרים התמודדות טובה יותר עם משברים דוגמת פנדמיה. תנאים הכרחיים לכך הם שקיפות, שיתוף ציבור, תגובתיות רבה לדרישות וציפיות הציבור, כמו גם תחושות של הגינות והיעדר אפליה. אלו הם הערכים העיקריים שצריכים להנחות מקבלי החלטות בעת חירום תוך שימוש מושכל במנגנונים קיימים לחיזוקם. יש לפתח דרכים להגביר ערכים אלה בעת שגרה, לא כל שכן בעת חירום בה התלות של הציבור בממשל ובמנהל רבים עוד יותר.

ו. תובנות בתחום המשפט

בהתבסס על הסקירה של ממצאי המחקר של הצוות המשפטי עיקר ההמלצות:
לטווח הבינוני-ארוך:

1. גיבוש דוקטרינה כוללת להכנה, התמודדות והבראה ממשברים או עיתות חירום, המעוגנת בחוק חירום מקיף, ובו, בין השאר, הקמת רשות חירום לאומית ומוסדותיה (בהן, מועצה מנהלת בה חברים נציגים של השלטון המרכזי, המקומי, החברה האזרחית ומומחים, וראש הרשות ודרכי מינויו), פירוט חובותיה וסמכויותיה, חובות על רשויות שונות להתכונן ולהכין תכניות, לשתף בעלי עניין ומומחים, להצטייד ולתרגל תרחישי חירום שונים, המבוסס על דוקטרינת חירום מגובשת.

במסגרת הכנת חוק כאמור יש לדון בשאלות כגון: האם להקים גוף אחד האחראי להכנה, ניהול והבראה מחירום, או גופים שונים להכנה, לניהול משבר, ולהבראה. האם יהיה מדובר בגוף אחד לכל סוגי מצבי החירום או גופים שונים למצבי חירום שונים. תשובה לשאלות אלו תשפיע גם על האמצעים המשפטיים שמופעלים בזמן חירום.

2. רפורמה בסעיף 39 לחוק יסוד הממשלה, תוך ביטול הכרזת מצב חירום הקבועה, קיצור משך ההכרזה וקיצור משמעותי של תוקפן של תקנות לשעת חירום מבחינת משך זמן לפני פקיעתן, אלא אם נחקקו כחוק של הכנסת.

3. רפורמה בפקודת בריאות העם (כמפורט במסקנות קבוצת בריאות הציבור).

4. חקיקת הגנה על הפרטיות שתאפשר מעקב לגיטימי אחרי חולים ונשאים של הנגיף, כולל הסמכה בחוק לבצע את המעקב.

5. רפורמה והסדרת פעילות בתי המשפט בעזרת הליכים מקוונים - זיהוי סוגי תיקים בהם ראוי בשגרה להציע מתווה של הליך מקוון מלכתחילה לאור מאפייני ההליכים, תוך יישור קו עם ההתפתחויות בתחום של יישוב סכסוכים מקוון בבתי המשפט ברחבי העולם בהם אומצו הליכים כאלה במגוון מישורים ובהם תביעות קטנות, נזיקין, תעבורה, מימוש משכנתאות, משפחה ובתיקים פליליים קלים. וכן היערכות תשתית לקיום הליכים מקוונים החורג מהמקרים שזוהו כמתאימים במיוחד להליך מעין זה בקטגוריה 2 לעיל, על מנת שניתן יהיה במצבי חירום עתידיים להמשיך ולקיים את מרבית הפעילות בבתי המשפט במתכונת מקוונת.

על מנת להוציא לפועל מתווה זה מומלץ ללמוד את הלקחים מהפיילוטים שנערכו בתחום הפלילי והאזרחי בארץ ובחו"ל וליישם בתכנון המערכות העתידיות לשגרה ולמצבי חירום.

לטווח הקצר:

- החזרת מטה קביעת המדיניות לכנסת ומעבר משימוש בצווים ותקנות לחקיקה ראשית.
- תוכנית חירום לצמצום מידי של העיכוב שנוצר כתוצאה ממספר חודשים של אי שמיעת תיקים בבתי משפט והצורך שיווצר בחודשים הקרובים להתחשב בשופטים/ות, עורכי ועורכות דין וצדדים שהם בקבוצות סיכון ונמנע מהם/ן להגיע פיזית לבית המשפט.

4. אינטגרציה

מניתוח ההיבטים השונים שתוארו בהרחבה בפרקים הייעודיים שלעיל עולות מספר תובנות שהן חוצות-תחומים ורלוונטיות להיערכות למצבי חירום באופן כללי, תובנות בנוגע להיערכות למגיפות מסוג הקורונה ולהתמודדות איתן, המלצות לטווח קצר ובינוני, והמלצות לשינויים מוסדיים-מערכתיים:

היערכות למצבי חירום - כללי

- חשוב לתכנן ולבנות מראש אסטרטגיה ומערכת גמישה להערכות ותגובה, המגובה בסמכויות וחובות של בעלי תפקידים ומוסדות ברורים המוסדרים בחקיקה.
- תהליכי קבלת ההחלטות צריכים להתבסס על ידע מקיף ועדכני ותיקוף עמיתים מקצועי, תוך שיתוף מגוון מומחים מתחומי ידע שונים.
- ישנה חשיבות רבה לשיתופי פעולה בין ארגוניים ובין-מגזריים וייצוג כלל הגורמים בתהליכי קבלת ההחלטות, כולל נציגי המגזר השלישי, הפרטי והממשלתי וכמובן הציבור הרחב באמצעות פלטפורמות שונות. בנוסף יש חשיבות רבה גם לשיתופי פעולה בין-לאומיים מתמשכים.
- מוכנות להתמודדות עם משבר ותהליך היציאה ממנו, קשורים באופן הדוק לרמת האמון בין הציבור לממשל ולרמת השקיפות של גופי הממשל. אי הוודאות הגדולה מעלה עוד יותר את חשיבותו של אמון הציבור לצורך התמודדות קולקטיבית אפקטיבית. לכן יש חשיבות רבה לקביעת מדיניות ברורה ופתוחה לעיון הציבור, ולפעולה עקבית וסדורה בעת משבר ולקראת סיומו. חשוב לקיים תקשורת והעברת מסרים ברורה ושקופה בין גופי הממשל והציבור באמצעות גורם סמכותי ומוסמך אחד.
- הרשות המקומית הינה "אבן היסוד" בטיפול במצבי חירום, הן בטיפול השוטף באוכלוסיה והן בקשר הישיר לתושבים. יש להפעיל את מנגנוני החירום הקיימים ברשויות המקומיות לעת משבר, להתאים אותם למצבי חירום מסוג פנדמיה ולחזק את הרשות המקומית הן מבחינת כח אדם והן מבחינת מתן הנחיות ברורות מצד הממשלה והגורמים המוסמכים לכך. בנוסף יש חשיבות רבה לקיומו של מנגנון פיסקלי שיוכל לסייע לרשויות המקומיות בזמן משבר.

היערכות ותגובה למגפת הקורונה

- ישנה חשיבות רבה לזיהוי מוקדם ותגובה מהירה למגיפה בגל הראשון. תהיה על כן חשיבות רבה לתגובה מהירה בגל השני, כפי שרואים כיום בסינגפור ודר' קוראיה. לשם כך דרוש מעקב אפקטיבי אחרי אנשים (רצוי באופן וולונטרי).
- בטווח הביניים יש להכין תכניות מוכנות ותגובה הכוללות צעדים בריאותיים, חברתיים וכלכליים; בטווח הרחוק יש לפעול להכנת תכנית לאומית אסטרטגית למניעת אסונות והתמודדות איתם ותכניות מוכנות לרשויות המקומיות.
- ישנה חשיבות לקבלת מידע עדכני רב ככל הניתן וביצוע תהליך מדוקדק של הערכת סיכונים ומידת הפגיעה בסקטורים מוגדרים, הן מבחינה בריאותית והן מבחינה כלכלית.

- אמצעי התמודדות גורפים בדרך כלל יהיו פחות יעילים ויגרמו נזק ארוך טווח לכלכלה ולחברה. בחירת צעדי ההתמודדות עם המשבר חייבת להיות מותאמת לאוכלוסיות שונות ולאזורים שונים. ניתן ליישם צעדים ואמצעים (למשל, לגבי ניטור ובדיקות, יישום הגבלות או הקלות, השבתה מעבודה ועוד) באופן דיפרנציאלי וחכם לפי מרחב/מקום, סוגי אוכלוסייה, סוגים של בעלי מקצוע, ובהתאם לפגיעה היחסית הצפויה במשק ו/או בהתאם לתרומה להכלת הנגיף.
- חשוב לפתח ולקדם טכנולוגיות חכמות למטרות שונות, ביניהן איכון וניטור **וולונטרי** (לא על ידי שירותי בטחון כמו השב"כ), שיתוף מידע בזמן אמת (כולל בין מקבלי החלטות), קבלת שירותים מהמשל וכן לעבודה ולמידה מרחוק.

המלצות פעולה לטווח הקצר והבינוני

- בטווח הקצר לאחר תחילת המשבר יש חשיבות להבטחת פיצויים לנפגעים המיידיים והראשיים, להעברת מסרי הרגעה מבוססי עובדות, ולתמיכה במוראל הלאומי על ידי אווירה אופטימית והמחשת התיאום הבין-מוסדי. בטווח הביניים יש לעבור ממתן פיצויים לעידוד חזרה לתעסוקה.
- יש צורך להקצות תקציבים גדולים להגדלת התעסוקה, גם על חשבון הגדלת הגרעון.
- ישנה חשיבות ליישום מהיר של הצעדים הכלכליים בכדי לאושש את הכלכלה, גם אם יהיה ניצול לרעה בכמה מקרים. קרי, יש חשיבות לכך שהנטל הברוקרטי הכרוך במימוש ההטבות יהיה מינימלי.
- יש לעשות כל מאמץ כדי למנוע כניסה של אוכלוסיות נוספות אל מעגל העוני באמצעות תכנית ייעודית. במקביל, חשוב להעניק תמיכה נוספת לאלו שכבר נמצאים בו. במקביל, יש להבטיח שהזכאים לתמיכה יוכלו לממש אותה. יש לחזק את המערכת הסוציאלית כך שתוכל לסייע לאוכלוסיות מוחלשות מחד ולמנוע יצירה של "עניים חדשים" מאידך.
- ישנה חשיבות למעורבותם הפעילה של ארגונים אזרחיים/חברתיים בהתמודדות עם המשבר, בשל היכרותם הקרובה עם קבוצות האוכלוסייה השונות. בנוסף, יש למסד מנגנון תמיכה בהם בדומה למנגנוני הפיצוי ועידוד התעסוקה, כפי שנקבע לגבי המגזר הפרטי.
- ישנה חשיבות להיערכות מקיפה ואסטרטגית להתמודדות עם משבר הקורונה מבחינת בתי חולים, מערך בריאות הציבור ברמה הלאומית והמקומית, קופ"ח, מלונות וכד', וכן מערך בדיקות.
- תכנית ההתמודדות הבריאותית עם מגיפות חייבת לקחת בחשבון מבט בריאותי הוליסטי שכולל תחומי בריאות מסורתיים, תחומי בריאות נפש ומתן מעטפת ממשלתית בריאותית לכל האוכלוסיות ובאופן שוויוני. לשם כך חשוב שהמדינה תרחיב את ההשקעה בכח אדם רפואי ופארה-רפואי עם דגש על אלה המתמחים בבריאות הציבור והתמודדות עם אסונות.
- בטווח הביניים-ארוך יש לקדם מענה חקיקתי, שבמסגרתו גם יקבע מערך מוסדי עם הגדרת סמכויות וחובות, שבמרכזו גוף מטה שירכז את ההתמודדות עם מגפות.
- יש להפסיק את השימוש בתקנות שעת חירום וצווים ולפעול ללא דיחוי להעברת סמכות ההסדרה של התנהלות המשק והאזרחים בשעת חירום לחקיקה ראשית.

- יש לפעול לחקיקה להגנת הפרטיות שתאפשר שמירה על זכויות פרט בזמן משבר, תוך כדי מעקב לגיטימי אחרי חולים ונשאים של הנגיף, כולל הסמכה בחוק לבצע את המעקב.
- יש להכשיר את העובדים בסקטורים השונים להתמודד עם מצבי חירום שאינם על רקע בטחוני ולתת בידיהם כלים מתאימים (כולל עבודה מרחוק).

המלצות על שינויים מוסדיים-מערכתיים:

בטווח הארוך חשוב לייצר חקיקה מקיפה המעגנת את הגוף או הגופים האחראים לענייני חירום. יש לשאוף לארגון מסודר של מוסדות לניהול המשבר בטווח הקצר ולהבראה ממנו בטווח הארוך. החקיקה תתייחס לרשויות, סמכויות, חובות, תחומי אחריות וחלוקת סמכויות בין הרשות המקומית לרשויות אחרות, שיתוף ציבור והבטחת ייצוג של קבוצות שונות (מגזר אזרחי, מגזר פרטי, אנשי מקצוע) ותהליכים לפעולה וקבלת החלטות.

בתוך אלה יש לשלב מנגנוני בקרה על תהליכי קבלת ההחלטות שחשיבותם לשמירה על הדמוקרטיה רבה. כמו כן יש לדאוג למערכות שימור מידע ולמידה מתוך המשברים באמצעות מוסדות מחקר קיימים או כאלה שיהיו ייעודיים למשימה. חשוב גם לשמור על תיווך מידע לאוכלוסיות שונות, מיסוד שיתופי פעולה בין גופים רלוונטיים מהסקטורים השונים, שינוי והססת תקציבים, חיזוק ותמיכה ממשלתית בניהול חירום ברשויות מקומיות (תקציבית, פוליטית, תכניות לקידום חוסן וכו'), וכן קביעה מראש של מדדי ביצוע ומנגנוני הערכה לשלבי המשבר השונים.

מיסוד ותמיכה בשיתופי פעולה:

המוכנות לחירום בכלל ומצבי חירום בריאותיים בפרט, נוגעת כמעט בכל גוף וכל רשות במשק. על מנת לקדם אותה, חקיקה אינה מספיקה ויש צורך בשיתופי פעולה רבים בין כל המגזרים ברמה המקומית, הלאומית והבינלאומית. מומלץ לנסות ולשלב תהליכים וולונטריים לשיתופי פעולה כאלה לקידום כל הפעולות הנעשות לטובת היערכות למצבי חירום.

5. סיכום ו"מעגל המוכנות"

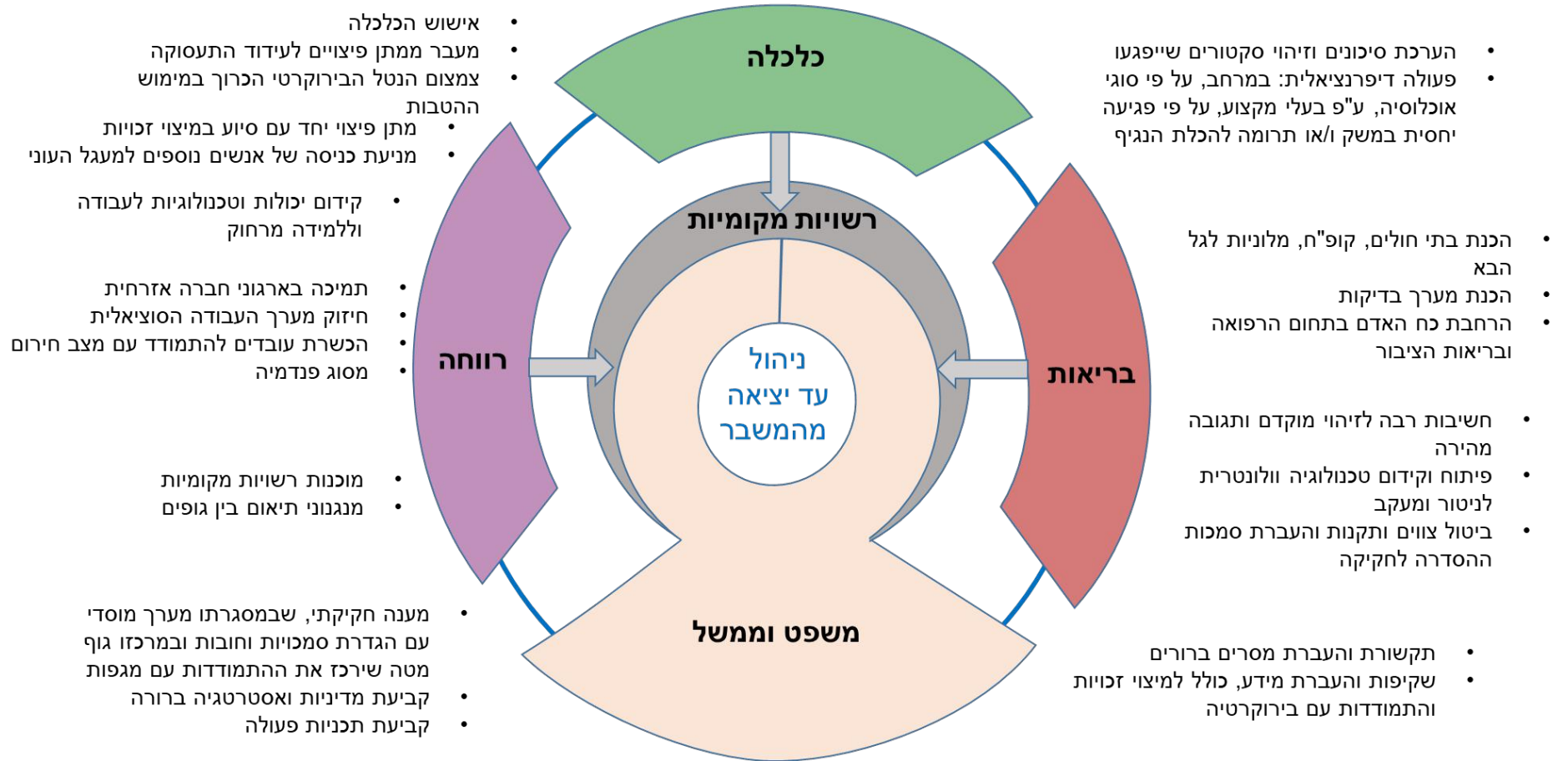
מכל התובנות שלמעלה ניתן להבין שהמפתח להתמודדות אפקטיבית וארוכת טווח עם המשבר ויציאה טובה ממנו נמצא במוכנות, יחד עם תהליכי למידה והפקת לקחים כל העת. הכנה מהותית לחירום (כגון קיבולת מערכת בריאות, אמצעי איכון וולונטרים, ציוד ואספקה) מקטינה את הפגיעה הבריאותית, הכלכלית והחברתית, כמו גם את הפגיעה הפוטנציאלית בזכויות אדם ובשלטון החוק.

ניתן לסכם את עיקרי התובנות בתמונת "מעגל המוכנות" המורכב ממערכת הקשרים שבין ההיבטים והתחומים השונים. מעבר לכך, חשוב להדגיש את הנושא של שיתוף-הפעולה בין כלל מגזרי החברה הישראלית והגברת הסולידריות הבין-קבוצתית. נראה כי על מנת לממש את האמירה "יחד ננצח" ישנה חשיבות רבה להגברת המרכיבים של רעות, אחדות והכלה חברתית במסגרת הפסיפס הרב-גוני של החברה הישראלית. כדי לבנות מוכנות, כמו גם כדי לנהל את היציאה מהמשבר, יש צורך בשילוב ושיתופי פעולה בין הגורמים האחראים על כל תחום וכל נושא

(כלכלה, חברה, בריאות, ממשל, משפט ורשויות מקומיות). כך, לדוגמה, מתן פיצויים על ידי המערכת הכלכלית צריך להיות מלווה בסיוע המערכת הסוציאלית במיציא זכויות - המכירה את האוכלוסיות הנזקקות, ואת החסמים הפסיכולוגיים-סוציאליים שעלולים לעמוד בפניהן. המערכת הסוציאלית היא כמובן בראש ובראשונה בתחום הידע, היכולות והאחריות של הרשויות המקומיות; אישוש הכלכלה וצמצום הנטל הבירוקרטי הכרוך במימוש הטבות קשורים להבטי ממשל ולהבטי רווחה; תקשורת והעברת מסרים ברורים על ידי גורם מוסמך תוך שקיפות, מתחילה בעבודת הממשל יוצרת אמון ומשפיעה הן על החברה והן על הכלכלה. דוגמה נוספת היא הצורך במעקב וניטור בריאותי, שאם יעשה באופן וולונטרי (בטכנולוגיות שיש לפתח וניתן להטמיע בעזרת רשויות מקומיות ומערכות חברתיות), יקטין את הפגיעה בזכויות אדם ואת החשש מניצול לרעה של סמכויות המערכת המבצעת ויחזק את שלטון החוק. וכמובן, הסדרה חוקית של של גוף מתאם בעל סמכויות וחובות אשר יפעל לקביעת מדיניות ברורה ואסטרטגיה – נוגעת בכל התחומים.

איור מס' 1 מדגים את מעגל המוכנות, שבמרכזו ניהול המשבר עד ליציאה ממנו וסביבו מגוון התחומים וחלק מהנושאים והתובנות.

מעגל המוכנות



איור 1: מעגל המוכנות

נספחים

נספח א – זמני תגובה – אמצעים כלכליים ואמצעים בתחום הבריאות

הסבר:

טבלה זו מרכזת את זמן התגובה של מדינות מזרח אסיה ומדינות נבחרות באירופה ל-COVID-19 החל מזיהוי החולה הראשון במדינה. כל תא בטבלה מציג את הזמן שחלף מיום זיהוי החולה הראשון ועד להפעלת אותו אמצעי. לדוגמה, בתא K8 ניתן לראות כי מדינת ישראל סגרה את בתי הספר 20 יום לאחר זיהוי החולה הראשון. הצבעים משקפים את זמני התגובה, מהמהיר ביותר לאיטי ביותר לכל צעד (בכל שורה).

חציה העליון של הטבלה מציג את זמני הפעלת הצעדים בתחום בריאות הציבור. חציה התחתון של הטבלה מציג את זמני הפעלת הצעדים הכלכליים ואת הסכומים המושקעים.

מסקנות ראשוניות:

על פניו, נראה שרוב אמצעי ההתמודדות הופעלו במדינת ישראל במועד מוקדם יחסית לזיהוי החולה הראשון אך ההצלחה בבלימת המגיפה במדינות מזרח אסיה היתה טובה יותר. מכאן ניתן ללמוד (א) שניתן לשפר את אופן נקיטת הצעדים ו/או את מידת שיתוף הפעולה מצד הציבור ו- (ב) יש חשיבות רבה לזיהוי מוקדם של החולה הראשון בטרם הנגיף מתפשט באופן נרחב.

		זמני תגובה ל-COVID-19 ביחס לחולה ראשון										
		ישראל	ספרד	איטליה	קנדה	דרום קוראה	וייטנאם	טייוואן	הונג קונג	סינגפור	אמצעים	
		11586	169496	159516	25663	10564	265	393	1009	2918	מספר חולים	
		116	17489	20465	780	222	0	6	4	9	מספר מתים	
אמצעי בריאות הציבור	זיהוי חולה ראשון	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	100 חולים	21	31	24	46	32	59	58	39	37		
	חובת סגירת בתי ספר	20	37	23	50	14	10		2	75		
	חובת סגירת מקומות עבודה	25	42	22	52	62	63		6	74		
	חובת ביטול אירועים פומביים	22	38	23	46	32	15	44	3	49		
	חובת ביטול תחבורה ציבורית	32					64					
	קמפיין שיתוף ציבור	13-	1-	0	45	0	5	1-	22-	22-	22-	
	חובת הגבלת תנועה	27	42	21	54	61	20		66			
	בדיקות תסמינים לנוחתיים מחו"ל			8-	4-		1	17-	22-	22-	22-	

	איסור כניסה ממדינות נגועות	1-	4	2	8	14	52	1-	38	0
	בדיקות קורונה לבעלי קריטריונים ספציפיים		10-	0	3	1	1-	0	8-	0
	בדיקות קורונה לכל בעלי התסמינים	1-	27	26	14		43	26		
	בדיקות קורונה פומביות חופשיות	70				18	53			
	מעקב חלקי אחר הבאים במגע עם חולים				14	9	25-		1-	19
	מעקב מלא אחר הבאים במגע עם חולים	1-	1-	0	43	22		0		24
אמצעים כלכליים	הפעלה ראשונה של אמצעים פסקליים	25	29	35	75	29	45	28	40	15
	סכום ראשוני- אמצעים פסקליים במיליונים	\$4,470	\$2,170	\$1,976	\$11,000	\$356	\$11	\$1,000	\$1,599	\$1,147
	הרחבה ראשונה של אמצעים פסקליים	62	34	71		44	52	30	45	18
	סכום הרחבה ראשונה במיליונים	\$33,560	\$15,397	\$34,646		\$9,800	\$367	\$4,000	\$23,859	\$2,535
	הרחבה שנייה של אמצעים פסקליים		57			70	65	37		37
	סכום הרחבה שנייה במיליונים		\$2,580			\$7,400	\$229	\$8,500		\$19,620
	הרחבה שלישית של אמצעים פסקליים		76					40		46
	סכום הרחבה שלישית במיליונים		\$17,736					\$2,784		\$277
	אמצעי מוניטרי- הורדת ריבית		41	58	53	57	38			44
	גובה ההורדה בריבית		0.50%	0.25%	1.00%	0.50%	0.50%			0.15%
	אמצעי מוניטרי- הורדת ריבית נוספת		53				45			
	גובה ההורדה בריבית		0.64%				1.00%			
	השקעת חירום בבריאות הציבור	25	28	37		8	45	28	40	18
	גובה השקעה במיליונים	\$6	\$1,308	\$560		\$18	\$562	\$800	\$4,213	\$3,081
השקעה בחיסונים			37		73	45		44		
גובה השקעה במיליונים			\$2		\$174	\$200		\$26		

- Abdullah, A. S. M., Tomlinson, B., Cockram, C. S., & Thomas, G. N. (2003). Lessons from the severe acute respiratory syndrome outbreak in Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, 9(9), 1042–1045. <https://doi.org/10.3201/eid0909.030366>
- Ackerman, J. M., Vaughn Becker, D., Mortensen, C. R., Sasaki, T., Neuberg, S. L., & Kenrick, D. T. (2009). A pox on the mind: Disjunction of attention and memory in the processing of physical disfigurement. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(3), 478–485. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.12.008>
- Barry, J. M. (2005). *The Great Influenza: The Epic Story of the Deadliest Plague in History*. Penguin.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cao, Y., Li, Q., Chen, J., Guo, X., Miao, C., Yang, H., ... Li, L. (2020). Hospital Emergency Management Plan During the COVID-19 Epidemic. *Academic Emergency Medicine*, 27(4), 309–311. <https://doi.org/10.1111/acem.13951>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1999). Ten Great Public Health Achievements - - United States , 1900-1999. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(12), 241.
- Collins, A. (2020). A risk governance perspective, 1–8.
- Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: A systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*, 79(11), 736–771. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.08.006>
- Fang, L., Karakiulakis, G., & Roth, M. (2020). Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *The Lancet. Respiratory Medicine*, (January), 19–21. <https://doi.org/10.1111/all.14238>
- Frost, M., Li, R., Moolenaar, R., Mao, Q., & Xie, R. (2019). Progress in public health risk communication in China: Lessons learned from SARS to H7N9. *BMC Public Health*, 19(Suppl 3), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6778-1>

- Goddard, N. L., Delpech, V. C., Watson, J. M., Regan, M., & Nicoll, A. (2006). Lessons learned from SARS: The experience of the health protection agency, England. *Public Health*, *120*(1), 27–32.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.10.003>
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and Health*, *38*, e2016048.
<https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Lee, D. T. S., Sahota, D., Leung, T. N., Yip, A. S. K., Lee, F. F. Y., & Chung, T. K. H. (2006). Psychological responses of pregnant women to an infectious outbreak: A case-control study of the 2003 SARS outbreak in Hong Kong. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(5), 707–713.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.08.005>
- Li, D., Zhang, D. jun, Shao, J. jin, Qi, X. dong, & Tian, L. (2014). A meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms in chinese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *58*(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.07.016>
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., ... Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(1), 15–23.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>
- Lopez, W. (2002). The Model State Emergency Health Powers Act. *JAMA*, *287*(4), 462. <https://doi.org/10.1093/jurban/79.4.437>
- Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., & Ishitake, T. (2009). Predictive Factors of Psychological Disorder Development During Recovery Following SARS Outbreak. *Health Psychology*, *28*(1), 91–100.
<https://doi.org/10.1037/a0013674>
- MoH. (2014). Pandemic Readiness and Response Plan for Influenza and Other Acute Respiratory Diseases. *Ministry of Health*, 1–32. Retrieved from [https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/diseases-updates/interim-pandemic-plan-public-ver-_april-2014.pdf%0Ahttps://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Diseases and Conditions/DORSCON 2013/Interim Pandemic Plan Public Ver _April 2014.pdf](https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/diseases-updates/interim-pandemic-plan-public-ver-_april-2014.pdf%0Ahttps://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Diseases%20and%20Conditions/DORSCON%202013/Interim%20Pandemic%20Plan%20Public%20Ver%20_April%202014.pdf)

Naylor, D., Basrur, S., Bergeron, M. G., Brunham, R. c, Butler-Jones, D., Gerald, D., ... Plunner, F. (2003). *Learning from SARS*.

Novel, C. P. E. R. E. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi= Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, 41(2).

Occupational Safety and Health. (2009). *Pandemic Influenza Preparedness and Response Guidance for Healthcare Workers and Healthcare Employers*. Occupational Safety and Health.

OECD. (2019). *Health at a Glance 2019 OECD Indicators*. *Health at a Glance 2007*. <https://doi.org/10.1787/9789264055896-ko>

Peeri, N. C., Shrestha, N., Rahman, M. S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., ... Haque, U. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *International Journal of Epidemiology*, 1–10. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa033>

Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *British Journal of Psychiatry*, 205(3), 246–247. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144766>

Richardson, S., Hirsch, J. S., Narasimhan, M., Crawford, J. M., McGinn, T., Davidson, K. W., ... Zanos, T. P. (2020). Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *Jama*, 10022, 1–8. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>

Sabbaghtorkan, M., Batta, R., & He, Q. (2020). Prepositioning of assets and supplies in disaster operations management: Review and research gap identification. *European Journal of Operational Research*, 284(1), 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2019.06.029>

Schaller, M. (2017). Parasites, Behavioral Defenses, and the Social Psychological Mechanisms Through Which Cultures. *Psychological Inquiry*, 17(2), 96–101.

Schaller, M., & Murray, D. R. (2008). Pathogens, Personality, and Culture: Disease Prevalence Predicts Worldwide Variability in Sociosexuality, Extraversion, and Openness to Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 212–221. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.1.212>

- Shaw, K. (2006). The 2003 SARS outbreak and its impact on infection control practices. *Public Health*, 120(1), 8–14.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.10.002>
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 105–110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
- Stoian, A. P., Banerjee, Y., Rizvi, A. A., & Rizzo, M. (2020). Diabetes and the COVID-19 Pandemic: How Insights from Recent Experience Might Guide Future Management. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, X(X), 1–3.
<https://doi.org/10.1089/met.2020.0037>
- Straus, S. E., Wilson, K., Rambaldini, G., Rath, D., Lin, Y., Gold, W. L., & Kapral, M. K. (2004). Severe acute respiratory syndrome and its impact on professionalism: Qualitative study of physicians' behaviour during an emerging healthcare crisis. *British Medical Journal*, 329(7457), 83–85.
<https://doi.org/10.1136/bmj.38127.444838.63>
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*, 8, 1–13.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347>
- Winslow, C.-A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23–33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>
- Wong, J. E. L., Leo, Y. S., & Tan, C. C. (2020). COVID-19 in Singapore-Current Experience: Critical Global Issues That Require Attention and Action. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 2019–2020.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.2467>
- World Health Organization. (2020). WHO Director- General ' s opening remarks at the media briefing on. Retrieved from
<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., ... Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302–311. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>

Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., ... Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and Alcoholism*, 43(6), 706–712.

<https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>

הלל, ס., & חקלאי, צ. (2019). מיטות אשפוז ועמדות ברישוי.

הלל, ס., & חקלאי, צ. (2020). מיטות אשפוז ועמדות ברישוי.

לרון, מ., & גולדווג, ר. (2020). התנהגויות בריאות בעת התפרצות מגפת הקורונה - ממצאים ראשוניים.

מבקר המדינה, י. (2020). דוח הביקורת השנתי 70א.

משרד הבריאות. (2020a). דו"ח שירותי בריאות הציבור על פעילות בתחום המשפחה, תינוקות, פעוטות ותלמידי בתי הספר בעת התפרצות מגפת הקורונה.

משרד הבריאות. (2020b). הנחיות להתמודדות עם תחלואה מנגיף קורונה החדש - מעודכן ליום 8.4.20 - עדכון 14 Retrieved from https://www.health.gov.il/Subjects/disease/corona/Documents/coronavirus_med_guidelines.pdf

ניראל, נ., שץ, א., & טראוב, א. (2010). גופים וקבוצות עבודה לתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות סקירה בין לאומית.

צעדים כלכליים כנגד השפעות COVID-19

- Falak, A. (2020). Vietnam Issues Incentives to Counter COVID-19 Impact. Retrieved from Vietnam Briefing: <https://www.vietnam-briefing.com/news/vietnam-issue-incentives-counter-covid-19-impact.html/>
- Focus Taiwan. (2020). Taipei unveils measures to counter economic impact of COVID-19. Retrieved from <https://focustaiwan.tw/politics/202003250020>
- Government of Canada. (2020). Canada's COVID-19 Economic Response Plan. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/departement-finance/economic-response-plan.html>
- Government of Hong Kong. (2020). Fight the virus together. Retrieved from <https://www.coronavirus.gov.hk/pdf/fund/CE-Measure-12-eng.pdf>
- International Monetary Fund. (2020). Policy responses for COVID-19. Retrieved from IMF Website: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#top>
- KBS world radio. (2020). Gov't Unveils Emergency Economic Measures against COVID-19. Retrieved from http://world.kbs.co.kr/service/contents_view.htm?lang=e&menu_cate=business&board_seq=380636
- Lin, S. (2020). Virus Outbreak: Economic stimulus package expanded. Retrieved from Taipei Times: <https://www.taipetitimes.com/News/front/archives/2020/04/03/2003733902>
- Oxford University. (2020). CORONAVIRUS GOVERNMENT RESPONSE TRACKER. Retrieved from <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>
- Singapore government. (2020). Solidarity Budget 2020: Further support for businesses through the circuit breaker period. Retrieved from A Singapore Government Agency Website: <https://www.gov.sg/article/solidarity-budget-2020-further-support-for-businesses-through-the-circuit-breaker-period>
- Zhang, Z. (2020). China's Support Policies for Businesses Under COVID-19: A Comprehensive List. Retrieved from China Briefing: <https://www.china-briefing.com/news/china-covid-19-policy-tracker-benefiting-business-enterprises-comprehensive-updated-list/>

ניתוח השפעות SARS על כלכלות מזרח אסיה והשוואות ל-COVID 19

Richard Yue Chim Wong. (2004). Economic impact of SARS: the case of Hong Kong. pp. 62-83.

Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats, Knobler, S., Mahmoud, A., Lemon, S., Mack, A., Sivitz, L., & Oberholtzer, K. (Eds.). (2004). *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak*. National Academies Press (US).

Oshitani H. (2005). Lessons learned from international responses to severe acute respiratory syndrome (SARS). *Environmental health and preventive medicine*, 10(5), 251–254. <https://doi.org/10.1007/BF02897698>

Chou, Ji & Kuo, Nai-Fong & Peng, Su-Ling. (2004). Potential Impacts of the SARS Outbreak on Taiwan's Economy. *Asian Economic Papers*. 3. 84-99. 10.1162/1535351041747969.

Fan, E. X. (2020). SARS: Economic Impacts and Implications. Retrieved from Asian Development Bank: <https://www.adb.org/publications/sars-economic-impacts-and-implications>

Tan, Wei-Jiat & Enderwick, Peter. (2006). Managing threats in the Global Era: The impact and response to SARS. *Thunderbird International Business Review*. 48. 515 - 536. 10.1002/tie.20107.

Rawski, T. G. (2005). SARS and China's Economy. *SARS in China: Prelude to Pandemic*, 105-121.

Huang, D. H. (2004, 3 13). The Impact of SARS on Asian Economies. pp. 102-112.

צעדים כלכליים כנגד השפעות ה-SARS

CBS News. (2003). The Economic Impact of SARS. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news2/background/sars/economicimpact.html>

Gilliland, M. (2003). SARS Aggravates Singapore's Economic Challenges. Retrieved from <https://www.bus.umich.edu/kresgepublic/journals/gartner/research/114600/114626/114626.html>

Government, H. K. (2003). Severe Acute Respiratory Syndrome: Relief and Economic Revival Measures. Retrieved from <https://www.info.gov.hk/gia/general/200304/23/0423227.htm>

Ministry of Finance Singapore. (2003). Government Unveils \$230 Million SARS Relief Package. Retrieved from Singapore Government Agency Website: <https://www.mof.gov.sg/newsroom/press-releases/Government-Unveils-%24230-Million-SARS-Relief-Package>

The Star. (2003). Chinese associations welcome RM8.1bil stimulus. Retrieved from https://www.thestar.com.my/news/nation/2003/05/23/chinese-associations-welcome-rm81bil-stimulus_1

World Health Organization. (2002). Update 95 - SARS: Chronology of a serial killer. Retrieved from World Health Organization website: https://www.who.int/csr/don/2003_07_04/en/

World Health Organization. (2007). Control Measures Implemented by the Non European SARS Affected Countries . Retrieved from World Health Organization website: <https://survey.erasmusmc.nl/SARSControlproject/picture/upload/Non%20European%20SARSControl%20Measures%20D8%202%20Final.pdf>

TSANG, T. and LAM, T. (2003), SARS: public health measures in Hong Kong. *Respirology*, 8: S46-S48. doi:10.1046/j.1440-1843.2003.00524.

Twu, S. J., Chen, T. J., Chen, C. J., Olsen, S. J., Lee, L. T., Fisk, T., Hsu, K. H., Chang, S. C., Chen, K. T., Chiang, I. H., Wu, Y. C., Wu, J. S., & Dowell, S. F. (2003). Control measures for severe acute respiratory syndrome (SARS) in Taiwan. *Emerging infectious diseases*, 9(6), 718–720. <https://doi.org/10.3201/eid0906.030283>

Kow-Tong Chen, Shiing-Jer Twu, Hsiao-Ling Chang, Yi-Chun Wu, Chu-Tzu Chen, Ting-Hsiang Lin, Sonja J. Olsen, Scott F. Dowell, Ih-Jen Su, SARS in Taiwan: an overview and lessons learned, *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 9, Issue 2, ,2005 Pages 77-85, ISSN 1201-9712, <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2004.04.015>.

ניתוח עומק של טייוואן

Caitlin Taylor, S. K. (2020). Inside Taiwan during COVID-19: How the country kept schools and businesses open throughout pandemic. Retrieved from CBC: <https://www.cbc.ca/news/business/taiwan-covid-19-lessons-1.5505031>

Chang, W.-C. (2020). Taiwan's Fight against COVID-19: Constitutionalism, Laws, and the Global Pandemic. Retrieved from [Verfassungsblog](https://www.verfassungsblog.de/en/2020/05/20/taiwan-s-fight-against-covid-19-constitutionalism-laws-and-the-global-pandemic/):

<https://verfassungsblog.de/taiwans-fight-against-covid-19-constitutionalism-laws-and-the-global-pandemic/>

Chiou, C. (2020). How Taiwan Battles the Coronavirus. Retrieved from The Diplomat: <https://thediplomat.com/2020/04/how-taiwan-battles-the-coronavirus/>

Lin C, Braund WE, Auerbach J, Chou J-H, Teng J-H, Tu P, et al. (2020), Policy decisions and use of information technology to fight 2019 novel coronavirus disease, Taiwan. Emerg Infect Dis. Jul <https://doi.org/10.3201/eid2607.200574>

Taiwan centers for disease control. (2020). press releases. Retrieved from <https://www.cdc.gov.tw/En>

Yang, W. (2020). How has Taiwan kept its coronavirus infection rate so low? Retrieved from DW: <https://www.dw.com/en/taiwan-coronavirus/a-52724523>

נספח ד: מקורות פרק החברה והרווחה

ברלב, ל., יאבו, מ., רימון-גרינשפן, ה., אורן, י., ומורן-גלעד, ל. (20.3.2020) ילדים עם מוגבלות במערכת החינוך בעת משבר הקורונה – סקירת מדיניות בין-לאומית. ירושלים: מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

Arwady, M. A., Garcia, E. L., Wollor, B., Mabande, L. G., Reaves, E. J., & Montgomery, J. M. (2014). Reintegration of Ebola survivors into their communities—Firestone District, Liberia, 2014. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 63(50), 1207.

Chan, S. M. S., Chiu, F. K. H., Lam, C. W. L., Leung, P. Y. V., & Conwell, Y. (2006). Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(2), 113-118. DOI: 10.1002/gps.1432

Cheung, C. K., & Tse, J. W. L. (2008). Institutional trust as a determinant of anxiety during the SARS crisis in Hong Kong. *Social Work in Public Health*, 23(5), 41-54. DOI: 10.1080/19371910802053224

Crouse Quinn, S. (2008). Crisis and emergency risk communication in a pandemic: a model for building capacity and resilience of minority communities. *Health Promotion Practice*, 9(4_suppl), 18S-25S. DOI:10.1177/1524839908324022

Delamou, A., Camara, B. S., Kolie, J. P., Guemou, A. D., Haba, N. Y., Marquez, S., ... & van Griensven, J. (2017). Profile and reintegration experience of Ebola survivors in Guinea: a cross-sectional study. *Tropical Medicine & International Health*, 22(3), 254-260. DOI: 10.1111/tmi.12825

Fallah, M. P., Skrip, L. A., Gertler, S., Yamin, D., & Galvani, A. P. (2015). Quantifying poverty as a driver of Ebola transmission. *PLoS neglected tropical diseases*, 9(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004260>

Ferguson, N. (2006). Poverty, death, and a future influenza pandemic. *Lancet (London, England)*, 368(9554), 2187. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69870-X

Gearing, R. E., Saini, M., & McNeill, T. (2007). Experiences and implications of social workers practicing in a pediatric hospital environment affected by SARS. *Health & Social Work*, 32(1), 17-27. doi: 10.1093/hsw/32.1.17.

Hul, J. M., & Tsui, M. S. (2004). Empowerment by hotline: Experiences during the SARS Outbreak. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 14(1), 65-71. <https://doi.org/10.1080/21650993.2004.9755943>

James, P. B., Wardle, J., Steel, A., & Adams, J. (2019). Post-Ebola psychosocial experiences and coping mechanisms among Ebola survivors: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 24(6), 671-691. <https://doi.org/10.1111/tmi.13226>

Lau, A. L., Chi, I., Cummins, R. A., Lee, T. M., Chou, K. L., & Chung, L. W. (2008). The SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pandemic in Hong Kong: Effects on the subjective wellbeing of elderly and younger people. *Aging and Mental Health*, 12(6), 746-760. DOI: 10.1080/13607860802380607

Lee, S., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P., & Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social science & medicine*, 61(9), 2038-2046. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.04.010

Park, H. J., & Lee, B. J. (2016). The Role of Social Work for Foreign Residents in an Epidemic: The MERS Crisis in the Republic of Korea. *Social Work in Public Health*, 31(7), 656-664. DOI: 10.1080/19371918.2016.1160352

Richardson, E. T., Kelly, J. D., Sesay, O., Drasher, M. D., Desai, I. K., Frankfurter, R., & Barrie, M. B. (2017). The symbolic violence of 'outbreak': A mixed-methods, quasi-experimental impact evaluation of social protection on Ebola survivor wellbeing. *Social Science & Medicine*, 195, 77-82. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.018

Rowlands, A. (2007). Medical social work practice and SARS in Singapore. *Social Work in Health Care*, 45(3), 57-83. DOI: 10.1300/J010v45n03_04

Rowlands, A. (2004). Reappraising social work's contribution to recovery from disaster and trauma: Applying a strengths perspective. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 14(2), 67-85. <https://doi.org/10.1080/21650993.2004.9755955>

Rosoff, P. M. (2008). The ethics of care: Social workers in an influenza pandemic. *Social work in Health Care*, 47(1), 49-59. DOI: [10.1080/00981380801970814](https://doi.org/10.1080/00981380801970814)

Shantz, J. (2010). Capitalism is making us sick: poverty, illness and the SARS crisis Toronto. In A. Mukherjea (Ed.) *Understanding emerging epidemics: Social and Political Approaches* (pp. 3-18). New York, NY: Emerald, 3-18. doi: [10.1108/S1057-6290\(2010\)0000011005](https://doi.org/10.1108/S1057-6290(2010)0000011005)

SZE, Y. H., & Ting, W. F. (2004). When civil society meets emerging systemic risks: The case of Hong Kong amidst SARS. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 14(1), 33-50. <http://hdl.handle.net/10397/8528>

Uscher-Pines, L., Duggan, P. S., Garron, J. P., Karron, R. A., & Faden, R. R. (2007). Planning for an influenza pandemic: social justice and disadvantaged groups. *Hastings Center Report*, 32-39. DOI: 10.1353/hcr.2007.0064

Yamada, T. (2009). Poverty, wealth, and access to pandemic influenza vaccines. *New England Journal of Medicine*, 361(12), 1129-1131. DOI: [10.1056/nejmp0906972](https://doi.org/10.1056/nejmp0906972)

Yip, P. S., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 86. DOI: 10.1027/0227-5910/a000015

נספח ה: מקורות פרק הרשויות המקומיות ומערכת התכנון

[Allen H., Ling B. and Burton W. Stop Using The Term 'Social Distancing' -- Start Talking About 'Physical Distancing, Social Connection'](#). *Health Affairs Blog*, April 27, 2020.

Aspinwall N. [Taiwan Is Exporting Its Coronavirus Successes to the World](#). *Foreign Policy*. April 9, 2020.

Basrur, S. V., Yaffe, B., & Henry, B. (2004). [SARS: A local public health perspective](#). *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 95(1), 22-24.

Beirman, D. (2006). [A comparative assessment of three Southeast Asian tourism recovery campaigns: Singapore roars: post SARS 2003, Bali post-the October 12, 2002 bombing, and WOW Philippines 2003](#). *Tourism, security and safety: From theory to practice*, 251-269.

Bell, D. M., Weisfuse, I. B., Hernandez-Avila, M., Del Rio, C., Bustamante, X., & Rodier, G. (2009). Pandemic influenza as 21st century urban public health crisis. *Emerging Infectious Diseases*, 15(12), 1963.

FEMA (2007). [Two years after Katrina: Progress report on recovery, rebuilding and renewal](#). US Federal Emergency Management Agency.

Florida Richard. [Moving beyond the current crisis: a plan for reopening our cities](#). *International City/County Management Association - ICMA Webinar 10.4.2020, Local Gov life podcast*.

Florida Richard and Pedigo Steven [How our cities can reopen after the COVID-19 pandemic](#). *The Avenue blog*, March 24, 2020 *The Avenue blog. The Brookings Institution*.

[Fulton William. Here's what our cities will look like after the coronavirus pandemic](#). *Perspective*, 26.3.2020. *The Kinder Institute for Urban Research, Rice University, Houston*.

[Fulton William. How the COVID-19 pandemic will change our cities](#). *Perspective*, 29.3.2020. *The Kinder Institute for Urban Research, Rice University, Houston*.

Gopinath [Gita. The Great Lockdown: Worst Economic Downturn Since the Great Depression](#). *IMF Blog* 14.4.2020. *International Monetary Fund*.

Haeffele-Balch, S., & Storr, V. H. (2015). Austrian contributions to the literature on natural and unnatural disasters. *Advances in Austrian Economics*, 19, 67-93

- Hoffman, L. M. (2013). The return of the city-state: urban governance and the New York City H1N1 pandemic. *Sociology of health & illness*, 35(2), 255-267.
- Hung, L. S. (2003). [The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned?](#). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(8), 374-378.
- Knobler, S. L., Mack, A., Mahmoud, A., & Lemon, S. M. (2005). The story of influenza. In *The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready? Workshop Summary*. National Academies Press (US).
- Lau, J. T. F., Yang, X., Tsui, H., & Kim, J. H. (2003). [Monitoring community responses to the SARS epidemic in Hong Kong: from day 10 to day 62](#). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(11), 864-870.
- Nakagawa, Y., & Shaw, R. (2004). [Social capital: A missing link to disaster recovery](#). *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 22(1), 5-34.
- [NewCities. How Public Transport Bounces Back](#). The Big Rethink: Live Discussions on Cities after COVID-19. *New Cities*, April 4, 2020.
- Painter Antony. [Coronavirus: respond at scale, build bridges to the future](#). *Royal Society for the encouragement of Arts, Manufactures and Commerce (RSA)*, Mar 21, 2020.
- Robertson C., Bar F. & DiGuseppi G. [How can the houseless fight the coronavirus? A community organization partners with academics to create a grassroots hand-washing infrastructure](#). *The Conversation Media Group*. April 9, 2020
- Sacsh Ben (2018) [Crisis and turnaround management: Lessons learnt, Post-Hurricane Katrina. Recorded lecture, Cascading Disasters Workshop 28.11.2018](#) National Knowledge and Research Center for Emergency Readiness, Haifa, Israel.
- Schwartz, J., & Yen, M. Y. (2017). [Toward a collaborative model of pandemic preparedness and response: Taiwan's changing approach to pandemics](#). *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 50(2), 125-132.
- Shenker Jack. [Cities after coronavirus: how Covid-19 could radically alter urban life](#). *The Guardian* 26.3.2020.
- [Shih Gerry. Locked down in Beijing, I watched China beat back the coronavirus](#). *The Washington Post*. Mar. 16, 2020
- Strange, C. (2007). [Postcard from Plaquetown: SARS and the Exoticization of Toronto](#). In *Medicine at the Border* (pp. 219-239). Palgrave Macmillan, London.

UN. [Shared responsibility, global solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19](#). United Nations – Headquarters (UN). March 2020

UNDRR [Disaster expert shares COVID-19 lessons from China](#). UNDRR Asia-Pacific COVID-19 *Webinars* 27.3.2020, United Nations Office for Disaster Risk Reduction

[UNDRR Risk communication to prevent the spread of COVID-19: Countering the 'Infodemic'](#). United Nations Office for Disaster Risk Reduction - Regional Office for Asia and Pacific, *Webinar April 30, 2020*.

[UNDRR GETI and WHO Webinar. Resilience of local governments: A multi-sectoral approach to integrate public health and disaster risk management](#). *Webinar April 7, 2020*.

WHO, "[Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003](#)". *World Health Organization*. 21 April 2004.

WHO, [Novel Coronavirus – China Disease outbreak news: Update](#). *World Health Organization*. 12 January 2020

Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020). [Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS?](#). *The Lancet Infectious Diseases*.

[אבן ש., אקשטיין צ., חדד ש., ליפשיץ א. וסומקין ס. משבר הקורונה: המלצות למדיניות כלכלית. נייר מדיניות מיוחד, בשיתוף המכון למחקרי ביטחון לאומי. נייר מדיניות מיוחד. מרץ 2020.](#)

הועדה הלאומית למוכנות לרעידות אדמה. עקרונות להכנת תכנית רב תחומית לשיקום, הבראה וצמיחה בעקבות משבר הקורונה, המלצות קבוצת חשיבה, 6 אפריל 2020.

מינהל התכנון. הערכת מצב - משבר קורונה ועולם התכנון. מינהל התכנון, אגף בכיר לתכנון אסטרטגי, אפריל 2020.

[עיריית תל אביב. פעולות עיריית תל אביב – יפו בתקופת משבר הקורונה. מסמך מתעדכן, אפריל 2020.](#)

נספח ו: מקורות לטבלת ממצאים בתחום הממשל

1. Aengus, C. (2020). Spotlight on risk COVID-19: A risk governance perspective, *International Risk Governance Center*, <https://www.epfl.ch/research/domains/irgc/spotlight-on-risk/>
2. Bajek, R. & Matsuda, Y. & Okada, N. (2008). Japan's Jishu-bosai-soshiki community activities: Analysis of its role in participatory community disaster risk management. *Natural Hazards*, 44, 281-292. <https://doi.org/10.1007/s11069-007-9107-4>
3. Binlei G., Shurui Z., Lingran, Y. & Kevin, Z. C. (2020). A balance act: minimizing economic loss while controlling novel coronavirus pneumonia. *Journal of Chinese Governance*, <https://doi.org/10.1080/23812346.2020.1741940>
4. Birkmann, J., Buckle, P., Jaeger, J., Pelling, M., Setiadi, N., Garschagen, M., Fernando, N & Kropp, J. (2010). Extreme events and disasters: a window of opportunity for change? Analysis of organizational, institutional and political changes, formal and informal responses after mega-disasters, *Nat Hazards*, 55(3) ,637-655. <https://doi.org/10.1007/s11069-008-9319-2>
5. Boin, A. & Renaud, C. (2013). Orchestrating Joint Sensemaking Across Government Levels: Challenges and Requirements for Crisis Leadership. *Journal of Leadership Studies*. <https://doi.org/10.1002/jls.21296>
6. Brahmabhatt, M. & Dutta, A. (2008). On SARS type economic effects during infectious disease outbreaks. *Policy Research working paper; no. WPS 4466*. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/On-SARS-type-economic-effects-during-infectious-disease-outbreaks>
7. Burkle, F. (2020). Political Intrusions into the International Health Regulations Treaty and Its Impact on Management of Rapidly Emerging Zoonotic Pandemics: What History Tells Us. *Prehospital and Disaster Medicine*, 1-5. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000515>
8. Cai, W., Li, C., Sun, M. & Hao, M. (2019). Measuring inequalities in the public health workforce at county-level Centers for Disease Control and Prevention in China. *Int J Equity Health*, 18, 179. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1073-4>
9. Chen, L.C., Jie-Ying, W. & Mei-Ju, L. (2006). The Evolution of the Natural Disaster Management System in Taiwan. *Journal of the Chinese Institute of Engineers*, 29(4), 633-638.

10. Cheng, A.S., Danks, C. & Allred, S.B. (2011). The role of learning in changing forest governance: an examination of community-based forestry initiatives in the U.S. *Forest Policy and Economics*, 13 (2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.forpol.2010.09.005>
11. Chung, J. H. (2011). *China's Crisis Management*. Taylor & Francis Group, Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/haifa/detail.action?docID=957939>
12. Eksin, C., Shamma, J.S. & Weitz, J.S. (2017). Disease dynamics in a stochastic network game: a little empathy goes a long way in averting outbreaks, 7, 44122. <https://doi.org/10.1038/srep44122>
13. Economy, E. (2004). Don't Break the Engagement. *Foreign Affairs*, 83 (3), 96-109. www.jstor.org/stable/20033978
14. Fueller, H. (2016). [Pandemic cities: biopolitical effects of changing infection control in post-SARS Hong Kong](https://doi.org/10.1111/geoj.12179). *Geographical Journal*, 182 (4), 342-352. <https://doi.org/10.1111/geoj.12179>
15. Gao, H., Knight, J.G., Zhang, H. & Mather, D. (2013). Guilt by association: Heuristic risks for foreign brands during a product-harm crisis in China. *Journal of Business Research*, 66, 1044-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28887624>
16. Gostin, L. O. & Katz, R. (2016). The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security. *Milbank Quarterly*, 94 (2), 264-313. <https://ssrn.com/abstract=2779092>
17. Han, M., Gu, J., Gao, G.F. & Liu, W.J. (2017). China in action: *national strategies to combat against emerging infectious diseases*. *Sci China Life Sci*, 60, 1383–1385. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7088851/>
18. Huang, Y. (2004). The SARS Epidemic and Its Aftermath in China: A Political Perspective, In: Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats Knobler, S., Mahmoud, A., Lemon, S., et al., editors. *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak*. Workshop Summary. Washington (DC): **National Academies Press (US)**. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92479/>
19. Hung, L.S. (2003). The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned?. *JOURNAL OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE*, 96 (8), 374-378.

20. Jenny, F. (2020). Economic Resilience, Globalization and Market Governance: Facing the COVID-19 Test. <https://ssrn.com/abstract=3563076>
21. Law, S., Wingnang, A. & Xu. C. (2020). [Severe acute respiratory syndrome \(SARS\) and coronavirus disease-2019 \(COVID-19\): From causes to preventions in Hong Kong](#); 94: 156–163. Published online
22. Lai, A. Y. (2009). Shaping the Crisis Perception of Decision Makers and Its Application of Singapore's Voluntary Contribution to Post-Tsunami Reconstruction Efforts. *Journal of Administration and Governance*, 4 (2), 1-12. https://www.researchgate.net/publication/228089965_Shaping_Crisis_Perception_of_Decision_Makers_An_Application_of_Singapore_Voluntary_Contribution_in_the_Post-Tsunami_Reconstruction
23. Lai, A. Y. (2012). Organizational Collaborative Capacity in Fighting Pandemic Crises: A Literature Review from the Public Management Perspective. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 24 (1), 1-14. <https://doi.org/10.1177/1010539511429592>
24. Lai, A. Y., He, A. J., Tan, T. B. & Phua, K. H. (2009). A Proposed ASEAN Disaster Response, Training and Logistic Centre: Enhancing Regional Governance in Disaster Management. *Transition Studies Reviews*, 16 (2), 299-315. <https://doi.org/10.1007/s11300-009-0068-z>
25. Lai, A. Y. & Tan, S. L. (2012). Impact of Disasters and Disasters Risk Management in Singapore: A Case Study of Singapore's Experience in Fighting the SARS Epidemic', in Sawada, Y. and S. Oum (eds.), *Economic and Welfare Impacts of Disasters in East Asia and Policy Responses*.463-501. https://www.eria.org/uploads/media/Research-Project-Report/RPR_FY2011_8_Chapter_13.pdf
26. Lixin, Y., Lingling, G., Dong, Z., Junxue, Z. & Zhanwu, G. (2011). An analysis on disasters management system in China. *Natural Hazards*. 60 (2), 295-309. <https://doi.org/10.1007/s11069-011-0011-6>
27. Lin, Feng-Tyan (2008). Disaster Management Information System in Taiwan, Presented in Pacific Neighborhood 2008 Annual Conference in Conjunction with ECAI and JVCC, Hanoi University of Technology.
28. Lu, X. & Han, Z. (2019). Emergency management in China: towards a comprehensive model?. *Journal of Risk Research*, 22 (11), 1425-1442. <https://doi.org/10.1080/13669877.2018.1476901>

29. Lu, X. & Xue, L. (2016). [Managing the unexpected: Sense-making in the Chinese emergency management system](https://doi.org/10.1111/padm.12261). *Public Administration*, <https://doi.org/10.1111/padm.12261>
30. Ma, N. (2004). SARS AND THE LIMITS OF THE HONG KONG SAR ADMINISTRATIVE STATE. *Asian Perspective*, 28(1), 99-120. Retrieved May 16, 2020, from www.jstor.org/stable/42704445
31. Maital, S. & Barzani, E. (2020). The Global Economic Impact of COVID-19: A Summary of Research, Haifa Israel: Samuel Neaman Institute. <https://www.neaman.org.il/EN/The-Global-Economic-Impact-of-COVID-19-A-Summary-of-Research>
32. Moynihan, D. (2009). The Network Governance of Crisis Response: Case Studies of Incident Command Systems. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19 (4), 895-915. <https://doi.org/10.1093/jopart/mun033>
33. Moynihan, D. (2008). Learning under uncertainty: Networks in crisis management. *Public Administration Review*, 68 (2), 350-365. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00867.x>
34. Moynihan, D. (2012). Extra-Network organizational reputation and blame avoidance in networks: The Hurricane Katrina example. *Governance*, 25 (4), 567-588. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2012.01593.x>
35. Mounier-Jack, S. & Coker, R. (2006). How prepared is Europe for pandemic influenza? Analysis of national plans. *Lancet*, 367. https://www.researchgate.net/publication/7130148_How_prepared_is_Europe_for_pandemic_influenza_Analysis_of_national_plans.
36. Naylor, C.D., Chantler, C. & Griffiths, S. (2004). Learning from SARS in Hong Kong and Toronto, *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*, 291 (20), 2483-2487. http://apps.webofknowledge.com.ezproxy.haifa.ac.il/CitedFullRecord.do?product=WOS&colName=WOS&SID=D2F3GI86JwYRzyJ1vDK&search_mode=CitedFullRecord&isickref=WOS:000221599700032
37. Pan, S. L., Pan, G. & Devadoss, P. (2005). E-Government Capabilities and Crisis Management: Lessons from Combating SARS in Singapore. *MIS Quarterly Executive*, 4 (4), 385-397. Research Collection School of Accountancy. https://ink.library.smu.edu.sg/soa_research/627
38. Peeri N. C, Shrestha N., Rahman, Si., Zaki, R., Tan, Zh., Bibi, S., Baghbanzadeh, M., Aghamohammadi, N., Zhang, W., Haque, U.(2020).The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19)

- epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned?. *International Journal of Epidemiology*, dyaa033, <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa033>
39. Pereira, A.A. (2008). Whither the developmental state? Explaining Singapore's continued developmentalism. *Third World Quarterly*, 29 (6), 1189-1203. <https://doi.org/10.1080/01436590802201162>
 40. Roberts, P. S. (2013). *Disasters and the American State: How Politicians, Bureaucrats, and the Public Prepare for the Unexpected*, **Cambridge University Press**.
 41. Rosenberg, M. (2020). The Disaster Cycle. *ThoughtCo*, 11. <https://www.thoughtco.com/the-disaster-cycle-1434979>
 42. Sivan, Y. & Zhang, M. (2020). presents post-COVID19 Three New Normals model (3NN) at the National Forum for Bioinnovators by Teva, <https://i8.ventures/06-apr-2020-prof-sivan-presents-post-covid19-three-new-normals-model-3nn-at-the-national-forum-for-bioinnovators-by-teva/>
 43. [Sivaramakrishnan](#), K. (2011). the Return of Epidemics and the Politics of Global–Local Health ,*Am J Public Health*. 101 (6), 1032–1041. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093284/>
 44. Schwartz, J., King, C., Yen, M. (2020). Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: Lessons From Taiwan’s Severe Acute Respiratory Syndrome Response, *Clinical Infectious Diseases*, ciaa255, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa255>
 45. Suttmeier, R., Yao, X. & Zixiang, A. (2006). Standards of Power? Technology, Institutions, and Politics in the Development of China's National Standards Strategy. The National Bureau of Asian Research. http://www.sitedoconsumidor.gov.br/qualidade/comites/CBN_paises/china.pdf
 46. Ts0, Y.E., & McEntire, D.A. (2010). Emergency Management in Taiwan: Learning from Past and Current Experiences <https://training.fema.gov/hiedu/downloads/compemmgmtbookproject/comparative%20em%20book%20-%20em%20in%20taiwan.pdf>
 47. Teo, P., Yeoh, B.S.A., Ong, S.N. (2005). SARS in Singapore: Surveillance strategies in a globalizing city. *Health Policy*, 72 (3), 279-291. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.11.004>

48. Tom, C. & Martin, P. (2004). The Politics of SARS – Rational Responses or Ambiguity, Symbols and Chaos?, *Policy and Society*, 23 (2), 18-48, [https://doi.org/10.1016/S1449-4035\(04\)70031-4](https://doi.org/10.1016/S1449-4035(04)70031-4)
49. Thornton, P. (2009). Crisis and Governance: SARS and the Resilience of the Chinese Body Politic. *The China Journal*, 61, 23-48, www.jstor.org/stable/20648044
50. Wang, Z., Emily, Y. C., Kevin, S.L., & May, P. Y. (2016). The Disaster and Emergency Management System in China. [CHINESE UNIVERSITY OF HONG KONG, THE COLLABORATING CENTRE FOR OXFORD UNIVERSITY AND CUHK FOR DISASTER AND MEDICAL HUMANITARIAN RESPONSE \(CCOUC\)](http://www.cuhk.edu.hk/~ccouc/), Policy Brief. <https://www.preventionweb.net/go/57243>
51. Wiest, L. (2004). The Current Status of Male Teachers of Young Children. *The Educational Forum*, 68, 62-70. <https://doi.org/10.1080/00131720308984604>
54. Xue, L. & Zhong, K. (2009). Turning Danger to opportunities: reconstruction China's national system for emergency management after 2003. *Learning from Catastrophes: Strategies for Reaction and Response*, Wharton School Publishing: 190-210. <http://www.sppm.tsinghua.edu.cn/english/faculty/fulltime/26efe4891f406f6b011f644bcd15008f.html>
55. Yanzhong, H. & Christopher J. S. (2010). China's Response to Pandemics: From Inaction to Overreaction. *Eurasian Geography and Economics*, 51:2, 162-183. <https://doi.org/10.2747/1539-7216.51.2.162>
56. Zhong, K. & Lu, X. (2018). Exploring the administrative mechanism of China's Paired Assistance to Disaster Affected Areas programme. *Disasters*, 42: 590-612. <https://doi.org/10.1111/disa.12262>

מסמכים ממשלתיים, דוחות ארגונים בינ"ל ועיתונות

57. Documents guide the United States' preparedness and response in an influenza pandemic, with the intent of stopping. Pre-Disaster Recovery Planning Guide for State Governments November 2016 FEMA Federal Emergency Management Agency
[National Strategy for Pandemic Influenza](#) Cdc-pdf [551 KB, 17 pages]
58. <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-webinar.htm>

59. U.S. Department of Homeland Security PANDEMIC INFLUENZA PREPAREDNESS, RESPONSE, AND RECOVERY GUIDE FOR CRITICAL INFRASTRUCTURE AND KEY RESOURCES For more information including a PDF copy of the CI/KR guide, please visit www.pandemicflu.gov or email your CI/ KR-related questions to dhspandemic@dhs.gov. Publication date: September 19, 2006
60. Abhas, K. J. & Zuzana, S. G., Editors © 2013 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 1818 H Street NW Strong, Safe, and Resilient A Strategic Policy Guide for Disaster Risk Management in East Asia and the Pacific
61. Charlotte, B. E. 2004, Understanding the Economic and Financial Impacts of Natural Disasters. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Planning for Individual and Community Recovery in an Emergency Event Principles for Psychosocial Support National Health Emergency Plan. Disaster Risk Management Series
62. THE GOVERNMENT OF THE HONG KONG SPECIAL ADMINISTRATIVE REGION EMERGENCY RESPONSE SYSTEM The policy, principles and operation of the Government's emergency response system Emergency Support Unit Security Bureau Government Secretariat May 2000
https://www.arc.byf1.io/sites/default/files/emergency_response_system_eng.pdf
63. Ministry of Health. 2007. Planning for Individual and Community Recovery in an Emergency Event: Principles for Psychosocial Support. National Health Emergency Plan. Wellington: Ministry of Health. Published in September 2007 by the Ministry of Health
64. Ministry of Health. 2017. New Zealand Influenza Pandemic Plan: A framework for action (2nd edn). Wellington: Ministry of Health. First published in April 2010, 2nd edition in August 2017 by the Ministry of Health
65. Office of Disaster Management (ODM), Taiwan (2010). "The Adjustment of Disaster Prevention and Response Agencies" The Executive Yuan, Republic of China:
66. <http://www.ey.gov.tw/public/Attachment/1159594371.pdf>.
67. Renmin wang. [People]. 2003. [Online] Available: <http://www.people.com.cn/GB/shehui/47/20030211/921420.html>.

68. Renmin wang. [People]. Feb 11, 2003. [Online] Available: <http://www.people.com.cn/GB/shehui/47/20030211/921422.html>.
69. Renmin wang. [People]. May 21, 2003. [Online] Available: <http://past.people.com.cn/GB/shizheng/252/17/1853/20030521/997636.html>.
70. Renmin wang. [People]. May 8, 2003. [Online] Available: <http://www.people.com.cn/GB/shehui/44/20030508/987610.html>.
71. Vietnam Disaster Management Reference Handbook 2018
<https://reliefweb.int/report/viet-nam/viet-nam-disaster-management-reference-handbook-december-2018>
72. The Domestic Politics of Vietnam's Coronavirus Fight
<https://thediplomat.com/2020/04/the-domestic-politics-of-vietnams-coronavirus-fight/>
73. Xinhua News Agency, April 17, 2003,
<http://www.people.com.cn/GB/shizheng/252/2152/2900/20030417/974570.html>
74. WHO. World Health Assembly, Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), WHA56.29. 2003.
75. WHO. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS): Status of the Outbreak and Lessons for the Immediate Future. Geneva: WHO; 2003.
76. WHO. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)—Multi-Country Outbreak. 2003. [Online] Available: http://www.who.int/csr/don/2003_03_15/en/html.

נספח ז: מקורות פרק המשפטים

חקיקה

פקודת המשטרה [נוסח חדש], התשל"א-1971.

Disaster Prevention and Protection act.

<https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0120014>

פסיקה

בג"ץ 2293/17 אסתר צגיי גרסגהר נ' הכנסת (פורסם בנבו, 23.4.20).

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C17%5C930%5C022%5Cv53&fileName=17022930.V53&type=2>

בג"ץ 2109/20 בן מאיר נ' ראש הממשלה (פורסם בנבו, 26.4.20).

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C090%5C021%5Cv09&fileName=20021090.V09&type=2>

בג"ץ 2233/20 המועצה המקומית פרדס חנה-כרכור נ' משרד הבריאות (פורסם בנבו, 26.3.20).

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C330%5C022%5Cf04&fileName=20022330.F04&type=2>

בג"ץ 2277/20 משרד עו"ד מיכאל דקר נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 31.3.20).

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C770%5C022%5Cm03&fileName=20022770.M03&type=2>

בג"ץ 2471/20 עדאלה המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל נ' משרד הבריאות (פורסם בנבו, 16.4.20).

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C20%5C710%5C024%5Cj02&fileName=20024710.J02&type=2>

בג"ץ 1550/18 עמותת הפורום החילוני נ' שר הבריאות (פורסם בנבו, 30.4.20).

<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C18%5C500%5C015%5Cm27&fileName=18015500.M27&type=2>

מאמרים

Chien-Liang Lee, Taiwan's Proactive Prevention of COVID-19 under Constitutionalism (April 22, 2020).

<https://verfassungsblog.de/taiwans-proactive-prevention-of-covid-19-under-constitutionalism>

Jaclyn Neo, Darius Lee, Singapore's Legislative Approach to the COVID-19 Public Health Emergency (April 18, 2020).

<https://verfassungsblog.de/singapores-legislative-approach-to-the-covid-19-public-health-emergency/>

Joelle Grogan, Right Restriction or Restricting Rights? The UK Acts to Address COVID-19 (April 17, 2020).

<https://verfassungsblog.de/right-restriction-or-restricting-rights-the-uk-acts-to-address-covid-19>

Victor Cha, A Time Line of South Korea's Response to COVID-19 (March 27, 2020).

<https://www.csis.org/analysis/timeline-south-koreas-response-covid-19?fbclid=IwAR3ZApst2nn5FoCltz4OSGOHMB-esJERiJRNo2eILrYIITtyC6JfTfeXVco>

Voigt, S., & Salzberger, E. M. (2002). Choosing not to choose: When politicians choose to delegate powers. *Kyklos*, 55(2), 289-310.

<http://law.haifa.ac.il/images/documents/Choosing%20Not%20to%20Choose%20When%20Politicians%20Choose%20to%20Delegate%20Powers.pdf>

ספרים

Kahn, Jeffrey P. (ed) (2020) Digital Contact Tracing for Pandemic Response, Ethics and Governance Guidance. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

<https://muse.jhu.edu/book/75831/pdf>

Kwon S, Lee Tj, Kim Cy. Republic of Korea Health System Review. Vol.5 No.4. Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2015.

http://www.searo.who.int/entity/asia_pacific_observatory/publications/hits/hit_korea/en

שונות

<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

<https://www.gov.uk/government/publications/emergency-preparedness>