



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

# הכנס השנתי ה-14 למדיניות הבריאות

יום ד', כ"ז אדר ב' תשפ"ב, 30 במרץ 2022  
מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל-אביב

יו"ר הכנס:

פרופ' ניהאיה דאוד, פרופ' יהודה ניומרק

## ספר תקצירים



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)  
THE ISRAEL NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH POLICY RESEARCH

# הכנס השנתי ה-14 למדיניות הבריאות

יו"ר הכנס

פרופ' ניהאיה דאוד, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

פרופ' יהודה ניומרק, האוניברסיטה העברית - הדסה

יום ד' כ"ז אדר ב' תשפ"ב, ה-30 במרץ 2022

מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל אביב

# תוכן עניינים

4	תוכנית הכנס
5	מושבים מקבילים
5	מושב 1 – מדיניות בריאות יו"ר: דיוויד חניץ, ליטל קינן בוקר
5	מושב 2 – כלכלת בריאות יו"ר: גבי בן נון, איילת גרינבאום-אריזון
6	מושב 3 – יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה יו"ר: שגית ארבל אלון, ניר קידר
6	מושב 4 – איכות הבריאות יו"ר: מירי מזרחי-ראובני, רונית קלדרון-מרגלית
7	מושב 5 – ארגון השירותים יו"ר: דן גרינברג, דוד דביר
7	מושב 6 – מקצועות הבריאות יו"ר: גיל לביא, הגר מזרחי
8	Invited Guests – Short Bio
11	רשימת הרצאות לפי מושבים
15	תקצירי הרצאות לפי מושבים
15	מדיניות הבריאות
25	כלכלת בריאות
35	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה
44	איכות הבריאות
54	ארגון השירותים
64	מקצועות הבריאות
74	רשימת פוסטרים (א-ב שם משפחה)

ועדה מדעית של הכנס:

ניהאיה דאוד ויהודה ניומרק - יו"ר

אורלי מנור, חיים ביטרמן, ניר קידר, גבי בן נון, אליק אבירם

ועדת שיפוט פוסטרים:

יעקב דרייהר - יו"ר, רחלי ניסנהולץ-גנות, שולי ברמלי-גרינברג

# הכנס השנתי ה-14 למדיניות הבריאות

יום ד' כ"ז אדר ב' תשפ"ב, ה-30 במרץ 2022, מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל אביב

## תוכנית הכנס

הרשמה, קפה ותערוכת ePosters	09:00-08:00
<b>מליאת פתיחה</b> יו"ר: פרופ' ניהאיה דאוד	10:45-09:00
<b>דברי ברכה</b> פרופ' אורלי מנור, המכון הלאומי	
פרופ' נחמן אש, מנכ"ל משרד הבריאות	
<b>הרצאת אורח</b> פרופ' יניב ארליך - Genetic Media	
<b>פאנל</b> "יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה"	
<b>מנחה</b> פרופ' שלמה מור יוסף	
<b>משתתפים</b> ד"ר עליזה בלוק, פרופ' מולי להד, פרופ' ניהאיה דאוד	
הפסקת קפה ותערוכת ePosters	11:00-10:45
<b>מושבים מקבילים</b>	13:00-11:00
מדיניות בריאות   כלכלת בריאות   יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	
איכות הבריאות   ארגון השירותים   מקצועות הבריאות	
ארוחת צהריים ותערוכת ePosters	14:00-13:00
<b>מליאת סיכום</b> יו"ר: פרופ' יהודה ניומרק	16:00-14:00
מר ניצן הורוביץ, שר הבריאות	
<b>הענקת פרס ע"ש פרופ' חיים דורון</b> פרופ' שלמה וינקר	
<b>מקבלי הפרס</b> ד"ר אורית קסטל-כהן, ד"ר מוטי חיימי	

**Tête à Tête: Prof. Martin McKee & Dr. Sharon Alroy-Preis**

**Panel: "After COVID 19 - where do we go from here"**

Prof. Martin McKee

Mr. Charles N. (Chip) Kahn

Prof. Christian Lovis

Prof. Haim Bitterman

**הענקת פרס הפוסטר המצטיין** פרופ' יעקב דרייהר

# מושבים מקבילים

## מושב 1 – מדיניות בריאות יו"ר: דיוויד חניץ, ליטל קינן בוקר

כשכל הדרכים מובילות לכזב: מהי מדיניות הבריאות הנדרשת בזמן מגיפה לחשיפה למידע ברשת?	גילי שנהר
ניתוח נתוני פניות למחלקה לרפואה דחופה ואשפוזים בבתי חולים כלליים בישראל בתקופת הקורונה: כלי לקביעת צעדי מדיניות ולאיתור אוכלוסיות בסיכון	חני שרודר
השפעת תקופת הקורונה על הסיכון לניסיונות אובדניים	ערד קודש
פערים חברתיים-כלכליים בהתחסנות כנגד נגיף הקורונה בישראל	מיכל בנדרלי
כושר התאוששות מערכת הבריאות בעקבות משבר גל הקורונה הראשון – ניתוחים אלקטיביים כמקרה בוחן	יעל אפלבוים
קבלת החלטות מבוססת צדק חלוקתי: צמצום פערי בריאות בין פריפריה ומרכז	מרגנית אופיר גוטלר
הערכת ההשלכות הבריאותיות העקיפות של מגפת הקורונה על המטופלים בשירותי בריאות כללית ואיתור קבוצות סיכון	גלית שפר
שינויים במספרי המבוטחים בקופות החולים ופלחי השוק על פני 25 שנה	ברוך רוזן
בניית סולם התפתחות עדכני המבוסס על אוכלוסיית ילדי ישראל	יאיר צדקה
שימוש נוכחי בטבלאות הסימון התזונתי ועמדות לגבי התוויות החדשות באדום ובירוק בחזית האריזה בקרב צרכנים ישראלים	מיכל ברומברג

## מושב 2 – כלכלת בריאות יו"ר: גבי בן נון, איילת גרינבאום-אריזון

הערכת הנטל הכלכלי של long-COVID: העלות העודפת של מחלימי קורונה לארגון בריאות	יעל וולף שגיא
הכנסות בתי החולים בשנת הקורונה 2020 – האם חל שינוי?	עטל-שולמית גורדון
ההשקעה הכלכלית לשנת חיים בעקבות פעולות הממשלה בשנה הראשונה של מגיפת הקורונה	נסרין ח'ורי נח'ול
תיעדוף בהקצאה של מכשירי ECMO בזמן מגפת הקורונה בישראל: עמדות רופאים, סטודנטים לרפואה, מטופלים וקהל רחב	ארנה טל
הערכת עלות/מועילות של האמצעים השונים להתמודדות עם מגיפת הקורונה	רון ארבל
הוצאות מהכיס ועומס פיננסי בקרב אנשים שנפטרו מסרטן ובני משפחתם	אביעד טור-סיני
זה כנראה עבד: גישה בייסיאנית להערכת הרחבת תשלומים דיפרנציאליים בבתי חולים בישראל	רות וייצברג
חיזוי משך ניתוח	נדב רפפורט
מנגנון לתמרוץ קופות החולים למניעת מחלות כרוניות באמצעות נוסחת חלוקת מקורות המימון (הקפיטציה)	מיכל גולדברג
גורמים הקשורים בשימוש off-label באונקולוגיה: תפקידם של עלויות ומקורות המימון	נועה גורדון

### מושב 3 – יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה יו"ר: שגית ארבל אלון, ניר קידר

שלומית אבני	אתגרי המחקר המשותפים לבריאות ורווחה
בלה סביצקי	קצה הקרחון של תופעת האלימות במשפחה נגד נשים: נתוני רישום הטראומה הלאומי
ינאי קרנצלר	"כל פעם שאני עומד, מפילים אותי שוב, ואני עייף": דרי רחוב, שימוש בסמים וקריאה לגישת מזעור נזקים
ענבל הלוי הוכוולד	יחסי הגומלין בין איכות הטיפול באנשים עם דמנציה סופנית לבין רווחת בני המשפחה המטפלים
נורית גוטמן	"זה לא רק המידע": מהם החסמים ומה תורם למימוש זכויות בריאות בישראל מנקודת ראות של א.נשים מקבוצות חברתיות שונות, ארגוני זכויות וארגוני בריאות
לליב אגוזי	הערכת היקפי השחיקה התעסוקתית בישראל, הגורמים לה והשלכותיה הבריאותיות על עובדים.
יעל בר-זאב	האם חברות ברשת ערים בריאות השפיעה על התמודדות הרשויות מקומיות ותושביהן למגיפת הקורונה?
יעל קרני ויזל	בית או פנימייה: מהי המסגרת האופטימלית עבור משפחות המגדלות ילד עם מוגבלות שכלית קשה או עמוקה?
הראל גורן	מגמות עשור בנתונים על אנשים עם התמכרויות בישראל: מה מלמדים מקורות המידע השונים
ברוך לוי פאנל	השפעת מגפת הקורונה על פערים כלכליים ועל צריכת שירותי בריאות בישראל <b>שיפור הממשקים בריאות-רווחה – מדיבורים לפעולה</b> <b>בהשתתפות: שגית ארבל אלון, הגר מזרחי, הלה הדס, שרון מלמד</b>

### מושב 4 – איכות הבריאות יו"ר: מירי מזרחי-ראובני, רונית קלדרון-מרגלית

אורה פלטיאל	מדדי סוכרת ואיכות הטיפול בסוכרת בחולים עם מחלת נפש קשה - SMI – בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בישראל 2015-2019. תוצאות מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה (התמ"ל)
אורלי קהת	בניית מודל חיזוי מבוסס בינה מלאכותית לאשפוזים חוזרים במרכז הרפואי תל אביב
מיכאל קוניאבסקי	השפעת התפרצות מגפת COVID-19 על מדדי איכות שנמדדים במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים
אלכס גלפר	האם הסגר בתקופת הקורונה השפיע על איכות ותוצאות מטופלי אוטם שריר הלב ושבץ מוחי? – משמעויות קליניות וכלכליות
רחל ניסנהולץ-גנות	תפיסות רופאים ראשוניים ביחס לתרומתה של האחות לשיפור איכות הטיפול הרפואי
ציונה חקלאי	האם חל שינוי בדפוס האשפוז במחלקות הפנימיות בשנת הקורונה הראשונה?
אורן לדר	מגורים בפריפריה ומצב סוציו-אקונומי נמוך קשורים בתוצאים גרועים יותר של מחלת מעי דלקתית – מחקר כלל-ארצי של epi-IIRN
אליענה עין מור	פערים חברתיים ומגדריים בתחלואה בסוכרת ובבדיקות סקר לגילוי סרטן 2015-2019, נתונים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה
ליאת דויטש	שימוש בפלטפורמה דיגיטלית מותאמת אישית להדרכת מטופלים העומדים לבצע בדיקת קולונוסקופיה קשור בשיעור נמוך יותר של הכנת מעי תת-אופטימלית: ממצאי מחקר רטרוספקטיבי
מור סבאן	מערכת תומכת החלטה לשיפור ההצדקה (Justification) לביצוע בדיקות דימות: מחקר משולב קהילה – בית חולים

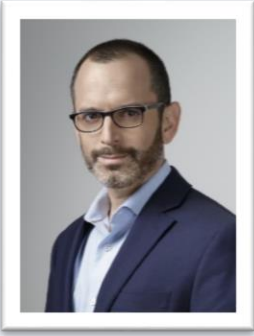
## מושב 5 – ארגון השירותים יו"ר: דן גרינברג, דוד דביר

מדיניות לנוכח המציאות: ההחלטה לקצר תורנויות ל-16 שעות ומשבר כוח האדם במקצוע ההרדמה בישראל	אריאל וימפיהימר
השוואה בין מערכת אישורי תרופות ממוחשבת אוטומטית לבין מוקד אישורים אנושי במסגרת טיפול בסוכרת בקהילה	שי מושל
קריאת השכמה להחלמה: התמודדות עם המשבר בשירותי בריאות הנפש בישראל	אמיר קריבוי
"אברבנאל כמשל" – מדיניות ויישום תהליכי אל-מיסוד במערכת ברה"ן הישראלית	אבי אורן
גורמים הקשורים בשיפור העצמאות התפקודית 12 חודשים לאחר שבץ מוחי	רחלי דנקנר
טיפול במסגרת הבית כחלופה לאשפוז בקרב חולים זקנים מורכבים המרותקים לביתם והשפעתו על ניצול שירותי בריאות ועל עלות השירותים	בוריס פונצ'יק
ההשפעה של קיצור משמרות מתמחים במהלך מגיפת הקורונה על רמת הטיפול בחולה, איכות החינוך הרפואי והבריאות הכללית של מתמחי רפואת ילדים	רעות רון
מהן הסיבות והמנבאים לנטל גבוה של אשפוזים חוזרים בחולים אמבולטוריים עם אי ספיקת לב?	עפרה קלטר-ליבוביץ'
תהליך שחרור ייעודי מבית חולים והבטחת רצף טיפולי בצל מגפת הקורונה – "מודל שירות 24/7"	דניאל וילה
מאפייני מטופלים משתמשי שירותי רפואה מרחוק ברפואה הראשונית	אילן פלדהמר, יעל וולף שגיא

## מושב 6 – מקצועות הבריאות יו"ר: גיל לביא, הגר מזרחי

תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל – יישום המלצות ועדת גמזו	רייצ'ל ברנר שלם
מומחים צעירים בפריפריה ובמרכז – המעבר מהתמחות למומחיות	הדר סמואל
הפיזור הגיאוגרפי של המתמחים ברפואה	מרים אבורבה
שעות עבודת מתמחים – השוואה בינלאומית	רינה מעוז ברויאר
צוותים רפואיים בתקופת הקורונה: תפיסת מוכנות, משאבי התמודדות ועמדות כלפי שינוי	הדס רוזן
"זה עשה סדר"? מקצועות הבריאות לאחר עשור לחוק הסדרת עיסוקם	פאולה פדר-בוביס
שוני תרבותי בעמדות האחים.ות והרופאים.ות לגבי מוות של מטופלים	לובה בלין
בריאות הציבור בעולם משתנה: פרויקט שיתוף ידע אירופאי-ישראלי לקידום מנהיגות ותעסוקה בבריאות הציבור בישראל "SEEPHI"	אסנת בשקין
אלימות כלפי עובדי בית חולים במהלך מגפת הקורונה	קרן דופלט
השוואה בין שיעורי שביעות רצון של מטופלים במרפאות גנטיקה בין יעוצי טלרפואה למול יעוציים מסורתיים	אורי חמיאל

# Invited Guests – Short Bio



## Dr. Yaniv Erlich

Dr. Yaniv Erlich is the CEO of Eleven Therapeutics and the CSO of MyHeritage.com.

Prior to these positions he was an Associate Professor of Computer Science and Computational Biology at Columbia University and a Principal Investigator at the Whitehead Institute, MIT.

Dr. Erlich received his bachelor's degree from Tel-Aviv University, Israel (2006) and a PhD from the Watson School of Biological Sciences at Cold Spring Harbor Laboratory (2010). Dr. Erlich's research interests are computational human genetics. Dr. Erlich is a TEDMED speaker (2018), the recipient of DARPA's Young Faculty Award (2017), the Burroughs Wellcome Career Award (2013), Harold M. Weintraub award (2010), the IEEE/ACM-CS HPC award (2008), and he was selected as one of 2010 Tomorrow's PIs team of Genome Technology.



## Prof. Martin McKee

Martin McKee is Medical Director and Professor of European Public Health at LSHTM, London School of Hygiene & Tropical Medicine and Research Director at the European Observatory on Health Systems and Policies. He is President Elect of the British Medical Association.

He qualified in medicine in Northern Ireland and subsequently trained in public health in London. His research focuses on the health effects of major social, political, and economic change, from the collapse of the USSR to Brexit. He has published over 1,100 papers in peer-reviewed journals, and he is author or editor of 46 books. He is in the top 1% by citations worldwide in social sciences.

He is a member of the International Advisory Committee of the Israel National Institute for Health Policy Research and, in 2015, was the Albert Neuberger lecturer at the Hebrew University, Jerusalem. His contributions to health policy in Europe have been recognized by-election to the UK Academy of Medical Sciences, US National Academy of Medicine, and Academia Europaea and has been awarded honorary doctorates from Greece, Hungary, the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom.

In 2003 he was awarded the Andrija Stampar medal by the Association of Schools of Public Health in European Region (ASPHER) and in 2005 he was made a Commander of the Order of the British Empire (CBE) for services to health care in Europe.





## **Prof. Christian Lovis**

Professor for clinical informatics, The University of Geneva and chairman of the Medical Information Sciences, The University Hospitals of Geneva, Switzerland.

Dr. Christian Lovis developed the Geneva public state shared patient record.

His research focuses on clinical data interoperability and semantic representation, including a strong lead on computational linguistics and tools to use medical narratives and texts.

He is a Fellow of the American Medical informatics association (FACMI) and Medical Informatics certified of the German Medical Informatics Association.

He is Editor-in-Chief of JMIR Medical Informatics and of HealthManagement.Org, and member of the editorial board of several peer-reviewed journals, such as the Journal of the American Medical Informatics Association or PLOS One.

He is a member of the executive board of the Swiss Personalized Health network initiative and of the international advisory board of the German BMBF “Medical Informatics” initiative.

Christian is the 2016-2018 president of the European Federation of Medical Informatics.

He founded several start-ups. His most recent publications can be seen [here](#).



## **Mr. Charles N. (Chip) Kahn**

Charles N. (“Chip”) Kahn III is President and Chief Executive Officer of the Federation of American Hospitals (FAH), the national public policy organization for investor-owned hospitals, a position that he has held since June 2001.

He is recognized nationally as one of the country’s most insightful and articulate experts on health policy, Medicare payment, health care financing, and health coverage.

Mr. Kahn recently served as co-chairman of the Coordinating Committee of the National Quality Forum’s (NQF) Measure Applications Partnership (MAP), a multi-stakeholder private-public partnership for developing and implementing a national strategy for health care quality measurement. He also is a former member of the NQF’s Governing Board. Previously, Mr. Kahn served as a principal of the former Hospital Quality Alliance (HQA), a private-public partnership that he helped to initiate, and as a Commissioner of the American Health Information Community, a former federal policy advisory panel responsible for advising then-HHS Secretary Michael Leavitt about the diffusion of health information technology.

Before coming to the FAH, Mr. Kahn was one of the nation’s top public policy leaders for the health insurance industry.

Mr. Kahn has a long and distinguished career as a professional staff person in The United States Senate and House of Representatives, specializing in health policy issues.

Mr. Kahn taught health policy at The Johns Hopkins University, The George Washington University, and Tulane University and writes about health care financing and quality measurement policy.

Mr. Kahn holds a Masters of Public Health (M.P.H.) degree from Tulane University’s School of Public Health and Tropical Medicine. Mr. Kahn received a Bachelor of Arts degree from The Johns Hopkins University.

## רשימת הרצאות לפי מושבים

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	מושב	עמ'
1	גילי	שנהר	כשכל הדרכים מובילות לכזב: מהי מדיניות הבריאות הנדרשת בזמן מגיפה לחשיפה למידע ברשת?	מדיניות בריאות	15
2	חני	שרודר	ניתוח נתוני פניות למחלקה לרפואה דחופה ואשפוזים בבתי חולים כלליים בישראל בתקופת הקורונה: כלי לקביעת צעדי מדיניות וליתור אוכלוסיות בסיכון	מדיניות בריאות	16
3	ערד	קודש	השפעת תקופת הקורונה על הסיכון לניסיונות אובדניים	מדיניות בריאות	17
4	מיכל	בנדרי	פערים חברתיים-כלכליים בהתחסנות כנגד נגיף הקורונה בישראל	מדיניות בריאות	18
5	יעל	אפלבוים	כושר התאוששות מערכת הבריאות בעקבות משבר גל הקורונה הראשון – ניתוחים אלקטיביים כמקרה בוחן	מדיניות בריאות	19
6	מרגנית	אופיר גוטלר	קבלת החלטות מבוססת צדק חלוקתי: צמצום פערי בריאות בין פריפריה ומרכז	מדיניות בריאות	20
7	גלית	שפר	הערכת ההשלכות הבריאותיות העקיפות של מגפת הקורונה על המטופלים בשירותי בריאות כללית ואיתור קבוצות סיכון	מדיניות בריאות	21
8	ברוך	רוזן	שינויים במספרי המבוסחים בקופות החולים ופלחי השוק על פני 25 שנה	מדיניות בריאות	22
9	יאיר	צדקה	בניית סולם התפתחות עדכני המבוסס על אוכלוסיית ילדי ישראל	מדיניות בריאות	23
10	מיכל	ברומברג	שימוש נוכחי בטבלאות הסימון התזונתי ועמדות לגבי התוויות החדשות באדום ובירוק בחזית האריזה בקרב צרכנים ישראלים	מדיניות בריאות	24
11	יעל	וולף שגיא	הערכת הנטל הכלכלי של long-COVID: העלות העודפת של מחלימי קורונה לארגון בריאות	כלכלת בריאות	25
12	עטל-שולמית	גורדון	הכנסות בתי החולים בשנת הקורונה 2020 – האם חל שינוי?	כלכלת בריאות	26
13	נסרין	ח'ורי נח'ול	ההשקעה הכלכלית לשנת חיים בעקבות פעולות הממשלה בשנה הראשונה של מגיפת הקורונה	כלכלת בריאות	27
14	ארנה	טל	תיעודף בהקצאה של מכשירי ECMO בזמן מגפת הקורונה בישראל: עמדות רופאים, סטודנטים לרפואה, מטופלים וקהל רחב	כלכלת בריאות	28
15	רון	ארבל	הערכת עלות/מועילות של האמצעים השונים להתמודדות עם מגיפת הקורונה	כלכלת בריאות	29
16	אביעד	טור-סיני	הוצאות מהכיס ועומס פיננסי בקרב אנשים שנפטרו מסרטן ובני משפחתם	כלכלת בריאות	30
17	רות	וייצברג	זה כנראה עבד: גישה בייסאנית להערכת הרחבת תשלומים דיפרנציאליים בבתי חולים בישראל	כלכלת בריאות	31
18	נדב	רפפורט	חיזוי משך ניתוח	כלכלת בריאות	32

33	כלכלת בריאות	מנגנון לתמרוץ קופות החולים למניעת מחלות כרוניות באמצעות נוסחת חלוקת מקורות המימון (הקפיטציה)	גולדברג	מיכל	19
34	כלכלת בריאות	גורמים הקשורים בשימוש off-label באונקולוגיה: תפקידם של עלויות ומקורות המימון	גורדון	נועה	20
35	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	קצה הקרחון של תופעת האלימות במשפחה נגד נשים: נתוני הרישום הטראומה הלאומי	סביצקי	בלה	21
36	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	"כל פעם שאני עומד, מפילים אותי שוב, ואני עייף": דרי רחוב, שימוש בסמים וקריאה לגישת מזעור נזקים	קרנצ'ר	ינאי	22
37	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	יחסי הגומלין בין איכות הטיפול באנשים עם דמנציה סופנית לבין רווחת בני המשפחה המטפלים	הלוי הוכוולד	ענבל	23
38	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	"זה לא רק המידע": מהם החסמים ומה תורם למימוש זכויות בריאות בישראל מנקודת ראות של א.נשים מקבוצות חברתיות שונות, ארגוני זכויות, וארגוני בריאות	גוטמן	נורית	24
39	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	הערכת היקפי השחיקה התעסוקתית בישראל, הגורמים לה והשלכותיה הבריאותיות על עובדים.ות	אגוזי	לליב	25
40	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	האם חברות ברשת ערים בריאות השפיעה על התמודדות הרשויות מקומיות ותושביהן למגיפת הקורונה?	בר-זאב	יעל	26
41	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	בית או פנימייה: מהי המסגרת האופטימלית עבור משפחות המגדלות ילד עם מוגבלות שכלית קשה או עמוקה?	קרני-ויזל	יעל	27
42	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	מגמות עשור בנתונים על אנשים עם התמכרויות בישראל: מה מלמדים מקורות המידע השונים	גורן	הראל	28
43	יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה	השפעת מגפת הקורונה על פערים כלכליים ועל צריכת שירותי בריאות בישראל	לוי	ברוך	29
44	איכות הבריאות	מדדי סוכרת ואיכות הטיפול בסוכרת בחולים עם מחלת נפש קשה - SMI – בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בישראל 2015-2019. תוצאות מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה (התמ"ל)	פלטיאל	אורה	30
45	איכות הבריאות	בניית מודל חיזוי מבוסס בינה מלאכותית לאשפוזים חוזרים במרכז הרפואי תל אביב	קתת	אורלי	31
46	איכות הבריאות	השפעת התפרצות מגפת COVID-19 על מדדי איכות שנמדדים במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים	קוניאבסקי	מיכאל	32

47	איכות הבריאות	האם הסגר בתקופת הקורונה השפיע על איכות ותוצאות מטופלי אוטם שריר הלב ושבץ מוחי? – משמעויות קליניות וכלכליות	גלפר	אלכס	33
48	איכות הבריאות	תפיסות רופאים ראשוניים ביחס לתרומתה של האחות לשיפור איכות הטיפול הרפואי	ניסנהולץ-גנות	רחל	34
49	איכות הבריאות	האם חל שינוי בדפוס האשפוז במחלקות הפנימיות בשנת הקורונה הראשונה?	חקלאי	ציונה	35
50	איכות הבריאות	מגורים בפריפריה ומצב סוציו-אקונומי נמוך קשורים בתוצאים גרועים יותר של מחלת מעי דלקתית - מחקר כלל-ארצי של epi-IIRN	לדר	אורן	36
51	איכות הבריאות	פערים חברתיים ומגדריים בתחלואה בסוכרת ובבדיקות סקר לגילוי סרטן 2015-2019, נתונים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה	עין מור	אליענה	37
52	איכות הבריאות	שימוש בפלטפורמה דיגיטלית מותאמת אישית להדרכת מטופלים העומדים לבצע בדיקת קולונוסקופיה קשור בשיעור נמוך יותר של הכנת מעי תת-אופטימלית: ממצאי מחקר רטרוספקטיבי	דויטש	ליאת	38
53	איכות הבריאות	מערכת תומכת החלטה לשיפור ההצדקה (Justification) לביצוע בדיקות דימות: מחקר משולב קהילה – בית חולים	סבאן	מור	39
54	ארגון השירותים	מדיניות לנוכח המציאות: ההחלטה לקצר תורנויות ל-16 שעות ומשבר כוח האדם במקצוע ההרדמה בישראל	וימפיהימר	אריאל	40
55	ארגון השירותים	השוואה בין מערכת אישורי תרופות ממוחשבת אוטומטית לבין מוקד אישורים אנושי במסגרת טיפול בסוכרת בקהילה	מושל	שי	41
56	ארגון השירותים	קריאת השכמה להחלמה: התמודדות עם המשבר בשירותי בריאות הנפש בישראל	קריבוי	אמיר	42
57	ארגון השירותים	"אברבנאל כמשל" – מדיניות ויישום תהליכי אל-מיסוד במערכת ברה"ן הישראלית	אורן	אבי	43
58	ארגון השירותים	גורמים הקשורים בשיפור העצמאות התפקודית 12 חודשים לאחר שבץ מוחי	דנקר	רחלי	44
59	ארגון השירותים	טיפול במסגרת הבית כחלופה לאשפוז בקרב חולים זקנים מורכבים המרותקים לביתם והשפעתו על ניצול שירותי בריאות ועל עלות השירותים	פונצ'יק	בוריס	45
60	ארגון השירותים	ההשפעה של קיצור משמרות מתמחים במהלך מגפת הקורונה על רמת הטיפול בחולה, איכות החינוך הרפואי והבריאות הכללית של מתמחי רפואת ילדים	רון	רעות	46

47	עפרה	קלטר- ליבוביץ'	מהן הסיבות והמנבאים לנטל גבוה של אשפוזים חוזרים בחולים אמבולטוריים עם אי ספיקת לב?	ארגון השירותים	61
48	דניאל	וילה	תהליך שחרור ייעודי מבית חולים והבטחת רצף טיפולי בצל מגפת הקורונה – "מודל שירות 24/7"	ארגון השירותים	62
49	אילן יעל	פלדהמר וולף שגיא	מאפייני מטופלים משתמשי שירותי רפואה מרחוק ברפואה הראשונית	ארגון השירותים	63
50	רייצ'ל	ברנר שלם	תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל – יישום המלצות ועדת גמזו	מקצועות הבריאות	64
51	הדר	סמואל	מומחים צעירים בפריפריה ובמרכז – המעבר מהתמחות למומחיות	מקצועות הבריאות	65
52	מרים	אבורבה	הפיזור הגיאוגרפי של המתמחים ברפואה	מקצועות הבריאות	66
53	רינה	מעוז ברויאר	שעות עבודת מתמחים – השוואה בינלאומית	מקצועות הבריאות	67
54	הדס	רוזן	צוותים רפואיים בתקופת הקורונה: תפיסת מוכנות, משאבי התמודדות ועמדות כלפי שינוי	מקצועות הבריאות	68
55	פאולה	פדר-בוביס	"זה עשה סדר"?: מקצועות הבריאות לאחר עשור לחוק הסדרת עיסוקם	מקצועות הבריאות	69
56	לובה	בלין	שוני תרבותי בעמדות האחים.ות והרופאים.ות לגבי מוות של מטופלים	מקצועות הבריאות	70
57	אסנת	בשקין	בריאות הציבור בעולם משתנה: פרויקט שיתוף ידע אירופאי-ישראלי לקידום מנהיגות ותעסוקה בבריאות הציבור בישראל "SEEEPHI"	מקצועות הבריאות	71
58	קרן	דופלט	אלימות כלפי עובדי בית חולים במהלך מגפת הקורונה	מקצועות הבריאות	72
59	אורי	חמיאל	השוואה בין שיעורי שביעות רצון של מטופלים במרפאות גנטיקה בין יעוצי טלרפואה למול יעוציים מסורתיים	מקצועות הבריאות	73

# תקצירי הרצאות

## מדיניות הבריאות

**כשכל הדרכים מובילות לכזב: מהי מדיניות הבריאות הנדרשת בזמן מגיפה לחשיפה למידע ברשת?**

גילי שנהר<sup>1</sup>, נתן סטולרו<sup>1</sup>, נורית גוטמן<sup>1</sup>, אימי לב<sup>2,1</sup>

1. אוניברסיטת תל אביב

2. האקדמית גורדון

**רקע:** מערכת הבריאות נדרשת להתמודד עם מידע כוזב בזמן מגפה. רשתות חברתיות הצהירו כי יפעלו להסרת מידע מטעה בנושא הקורונה, אך לפי מחקרים, מידע כוזב מופץ באפליקציות לא מפקחות ובאלגוריתמים להמלצת תכנים. בנוסף, חשוב לדעת כיצד הציבור נחשף ותופס את האופן ש"מידע כוזב" מגיע אליו.

**מטרות:** ללמוד מהי המדיניות הנדרשת למערכת הבריאות במצב שמשתמשים מובלים למקורות מקוונים כוזבים, מהם הגורמים שתורמים לחשיפה למידע כוזב במגפה ולפרקטיקות לזיהויו.

**שיטות מחקר:** ניתוח קישורים למקורות מהטלגרם וסרטונים ביוטיוב בנושא הקורונה בין 19/2/2021-20/2/2020 וסקר במדגם מייצג של 1,002 בגירים דוברי עברית בפברואר 2021.

**ממצאים:** למקורות מידע רשמיים אין כמעט נוכחות בקבוצות טלגרם: 73.62% מהקישורים בקבוצות מיוטיוב ופייסבוק, 4.28% ממקורות רשמיים. המלצות צפייה שהופיעו ביוטיוב בצמוד לווידאו ממקורות רשמיים כללו סרטונים שסווגו כמטעים על ידי משרד הבריאות. למשל, סרטון של יובל אשורב, שסווג כמטעה על-ידי משרד הבריאות ופורסמה אזהרה לגביו, נמצא כאחד הבולטים בהמלצות הצפייה. רוב המשיבים בסקר (65.4%) העריכו שברשתות החברתיות מופץ מידע כוזב. 55.9% העריכו שקיבלו מידע כוזב מסביבתם הקרובה, כשמתוך כך ב-12.48% מהמקרים, מאנשים שסומכים עליהם בדרך כלל 72.2%. הסתמכו במידה רבה/מאוד על המוניטין של המקור בתחום הבריאות כדי לזהות מידע כוזב. עם זאת, חלק השתמשו גם בפרקטיקות כמו התרשמות מנתוני חשיפה ("רייטינג" 15.1%), עיצוב גרפי (13.9%), תגובות תומכות (19.8%) או אימות עם מקורות נוספים לאו דווקא מתחום הבריאות. (63.3%).

**מסקנות והמלצות:** כדי להתמודד עם התופעה של מידע כוזב בנושאי בריאות:

1. להקצות משאבים לניטור המידע המופץ גם בערוצי תקשורת לא מפקחים כמו טלגרם וואטסאפ וליצור מאגר מידע המאפשר לחפש את העובדות שהעומדות מאחורי כל סיפור, בדומה לעבודת fact checkers.
2. לגבש מדיניות להפצת תכנים בפלטפורמות דיגיטליות, כגון יוטיוב, שמונעת מצב שבו חשיפה לתוכן רשמי גוררת המלצה אלגוריתמית לתוכן שמסווג ככוזב.
3. שתי ההמלצות לעיל ייתנו מענה גם לפרקטיקות הערכה פחות יעילות על ידי הציבור, בעצם ההתייחסות לתכנים הכוזבים הרבים שמופצים רשת.

## ניתוח נתוני פניות למחלקה לרפואה דחופה ואשפוזים בבתי חולים כלליים בישראל בתקופת

### הקורונה: כלי לקביעת צעדי מדיניות וליתור אוכלוסיות בסיכון

חני שרודר<sup>1</sup>, עמרי גולדוין<sup>2</sup>, ענבר צוקר<sup>2</sup>

1. האוניברסיטה העברית

2. משרד הבריאות

**רקע:** תקופת הקורונה הביאה לשינויים בשגרת-החיים, שהתבטאו בין השאר בשינוי בהתנהגויות בריאות ובצריכת שירותי בריאות כולל הימנעות מהגעה לטיפול. במבט קדימה, שינויים אילו עלולים להשפיע על שיעורי התחלואה והתמותה ממחלות אחרות, בטווח הקרוב, בשל הימנעות מקבלת טיפול מידי, ובטווח הארוך, בשל אבחון ואיתור מאוחרים ואובדן ההזדמנות לקבלת טיפול מונע. זיהוי מגמות אילו ואיתור אוכלוסיות בסיכון יסייע בקביעת מדיניות בריאות הפועלת לצמצום הגרעון הטיפולי.

**מטרות:** לבחון את היקף השינויים בצריכת שירותי הבריאות בתקופת הקורונה באמצעות ניתוח של הפניות למחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) והאשפוזים בבתי החולים הציבוריים בישראל.

**שיטות מחקר:** מחקר רטרוספקטיבי של נתוני הפניות למלר"ד והאשפוזים בכל בתי החולים הציבוריים בשנים 2018-2020. נעשתה השוואה לפי חודשים בשנת 2020 לממוצע השנים 2018-2019 לפי ריבודים שונים.

#### ממצאים:

1. בשנת 2020 חלה ירידה מובהקת במספר הפניות הגולמי למלר"ד (2,618,979) בהשוואה לממוצע השנים 2018-2019 (3,078,116).
2. הירידה החדה ביותר (של 30%-45%) הייתה בחודשים מרץ-אפריל, בהמשך הירידה התמתנה אך נותרה מובהקת לאורך השנה.
3. נצפתה ירידה בכלל קבוצות הגיל ובסוגי אבחנות שונות. שיעורי הירידה החדים ביותר נצפו בקבוצות הגיל 0-18 (במיוחד 0-5), ו-85+.
4. אחוז ההעברות ממלר"ד לאשפוז ומשך השהייה במחלקות השונות באשפוז בשנת 2020 היה דומה לממוצע בשנים 2018-2019. ייתכן שזה מעיד על כך שלא רק החולים "הקלים" נמנעו מלהגיע למלר"ד, אלא גם חולים עם אבחנות המחייבות אשפוז.
5. בשנת 2020 נצפתה ירידה משמעותית גם בפניות בגין אבחנות מסכנות חיים כגון התקפי לב ושבץ בהשוואה לשנים 2018-2019.

**מסקנות והמלצות:** למגפת הקורונה היו השלכות עקיפות משמעותיות על היקף צריכת שירותי הבריאות והימנעות מטיפול. ברוב התחומים, הירידה בהיקף הטיפול נמשכה לכל אורך השנה, ולא הוגבלה רק לחולים קלים. על מנת למנוע פגיעה ארוכת טווח בבריאות של אוכלוסיות שונות, באחריות קובעי מדיניות לבחון ביצוע התערבויות יזומות לצמצום הגירעון הטיפולי.



## השפעת תקופת הקורונה על הסיכון לניסיונות אובדניים

ערד קודש<sup>1</sup>, סטפן לזין<sup>2</sup>

1. קופת חולים מאוחדת

2. אוניברסיטת חיפה

**רקע:** מגפת הקורונה היא אירוע משבש בסדר גודל גלובאלי. מעבר להיותו אירוע רפואי, המגפה מהווה אירועי טראומטי, בעלת השלכה ביו-פסיכוסוציאלית וצפויה להוביל להשלכות רבות ולאתגרים בתחום בריאות הנפש. יחד עם זאת עדין לא ברור מה תהיה ההשפעה של המישכות מגפת הקורונה והשלכותיה על שכחות הניסיונות האובדניים.

**מטרות:** לבחון את ההשפעה של חשיפה לתקופת הקורונה על הסיכון לניסיונות אובדניים.

**שיטות מחקר:** אוכלוסיית המחקר כללה את כלל מבוטחי הקופה בגילאים 15 ומעלה. המחקר עקב אחר כלל האוכלוסייה מינואר 2013 עד פברואר 2021. פרק הזמן ממרץ 2020 הוגדר כפרק הזמן שבו נחשף הציבור לקורונה. מאוחדת מנהלת רשם ניסיונות אובדניים המתבסס על קוד הדיווח של משרד הבריאות בחדרי המיון ומתעדכן כל 24 שעות. היארעות הניסיונות האובדניים נמדדה בעזרת מדידת הסיכון היחסי (RR). בנוסף, נבדקו שלושה תרחישי תחזית להיארעות ניסיונות אובדניים 10 חודשים לאחר הסגר השלישי. התחזיות כללו גם רווחי סמך לתחזית (95% prediction intervals) בוצעו 14 מבחני רגישות על מנת לבחון את מהימנות הממצאים.

**ממצאים:** המחקר כלל 852,234 מבוטחים. מספר הניסיונות האובדניים לאורך כל תקופת המחקר עמד על 1,306 מקרים (153.24 מקרים ל-100,000 איש-95% CI= 145.04, 161.79). תוצאות האנליזה העיקרית הצביעו על ירידה במספר הניסיונות האובדניים בתקופת הקורונה (RR=0.79, 95% CI= 0.65, 0.94, P<0.05) ביחס לתקופה שלפני המגפה. באופן כללי מבחני הרגישות תאמו את תוצאות האנליזה העיקרית והצביעו על ירידה מובהקת סטטיסטית (P<.05) בשיעור היארעות הניסיונות האובדניים בתקופת הקורונה. שנים מתוך שלוש התחזיות הצביעו על עלייה צפויה בשיעור היארעות הניסיונות האובדניים שנעה בין 15.33 ל-100,000 איש (95% PI=10.11, 23.25) ובין 19.63 ל-100,000 איש (95% PI=12.98, 29.69).

**מסקנות והמלצות:** העבודה הנוכחית מצביעה על כך שחשיפה לתקופת מגפת הקורונה והשלכותיה, הקטינה את שיעור היארעות הניסיונות האובדניים במהלך המגפה. שניים מבין התחזיות אומתו בתום 10 חודשים לאחר הסגר השלישי. הממצא מצביע על כך שעדין היארעות ניסיונות אובדניים קשים ממשיכה להתנהג בדומה לתקופת החשיפה. מכאן שעדין צפויה עלייה משמעותית בהיארעות ניסיונות שכאלה בעתיד. הממצא מחייב את קובעי המדיניות במערכת הבריאות להיערך לעליה במספר הניסיונות האובדניים כולל הטמעת תכניות מניעת התאבדויות במקביל לנסיגת המגפה.

## פערים חברתיים-כלכליים בהתחסנות כנגד נגיף הקורונה בישראל

מיכל בנדרלי, עמית הופרט, איליה נוביקוב, ארנונה זיו, עפרה קלטר-ליבוביץ

מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות הבריאות – המרכז הרפואי שיבא

**רקע:** נתונים מהעולם מצביעים על שיעורי התחסנות נמוכים כנגד נגיף הקורונה בקבוצות אוכלוסייה מוחלשות ובקבוצות מיעוט. מרבית המחקרים שבחנו תרומה של גורמים חברתיים-כלכליים לפערים אלה, התייחסו לכל גורם בנפרד.

**מטרות:** לבחון תרומת שילוב גורמים חברתיים-כלכליים לשיעורי התחסנות נמוכים.

**שיטות מחקר:** מחקר אוכלוסייה רטרוספקטיבי שהתבסס על מאגר הקורונה הלאומי (נתוני התחסנות מעודכנים ל-10/05/2021) ועל נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (ברמת אזור סטטיסטי). במחקר נכללו 6,478,999 בני 15 ומעלה, שלא חלו בקורונה לפני תחילת החיסונים. הסיכוי הרגעי היחסי להתחסנות (HR; Hazard ratio) והיארעות מצטברת חושבו באמצעות המודל של Fine & Gray עם הגדרת תחלואה בקורונה במהלך המעקב כסיכון מתחרה.

**ממצאים:** 5,001,535 תושבים חוסנו לפחות פעם אחת בתקופה המחקר ו-4,709,981 חוסנו פעמיים (94%). לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעור ההתחסנות בין גברים ונשים או בין אזורים גאוגרפיים. שיעורי התחסנות עלו בהדרגה עם עליה בגיל (מ-67% בקרב בני 22-24 ל-96% בקרב בני 75 ומעלה) ובדרוג חברתי-כלכלי (מ-61% בדרוג 3-1 ל-82% בדרוג 7-6 ו-87% בדרוג 8-10). השיעורים הנמוכים ביותר נמצאו בחברה הערבית (65%) ובאזורים שאופיינו כחרדים (54%). הקשר באזורים שהוגדרו כערבים היה תלוי בדרוג חברתי-כלכלי כך שהכיסוי החיסוני בדרוג 3-1 היה גבוה ביחס לאזורים המאוכלסים ברב יהודי חילוני, (HR=1.06, רווח סמך ר"ס (1.02-1.11) 95%) ובדרוג 7-6 נמוך מאשר באזורי היחס (HR=0.83, ר"ס (0.79-0.87) 95%). שיעורי התחסנות היו גבוהים בקרב צעירים באזורים ערבים בהשוואה לבני גילם באזורי היחס (HR בבני 25-34: 1.18, ר"ס (1.12-1.28) והיו נמוכים מאשר באזורי היחס, מעל גיל 45. בקרב חרדים, שיעורי ההתחסנות היו נמוכים מאשר באזורי היחס בכל שכבת גיל או דרוג חברתי-כלכלי למרות צמצום של הפער עם העלייה בדרוג חברתי-כלכלי.

**מסקנות והמלצות:** מצאנו כי הפערים בשיעורי התחסנות בין קבוצת אוכלוסייה תלויים בגיל ובדרוג חברתי-כלכלי. המחקר מדגים את חשיבות החקירה לעומק של שילוב גורמים כבסיס לתכנון מאמץ ממוקד להרחבת הכיסוי החיסוני וצמצום פערי התחסנות באוכלוסייה. הרחבת המחקר לזיהוי החסמים להתחסנות ברמת הפרט ובקבוצות שזוהו, יוכל לסייע בגיבוש מדיניות כזו.

## כושר התאוששות מערכת הבריאות בעקבות משבר גל הקורונה הראשון - ניתוחים

### אלקטיביים כמקרה בוחן

יעל אפלבויס, עדה שטיימן, עטל-שולמית גורדון, ציונה חקלאי

משרד הבריאות

**רקע:** אחד מהמדדים לכושר ההתאוששות של מערכת בריאות הוא התגברות על הירידה בפעילות אלקטיבית וצמצום תורים ומשכי המתנה ארוכים לאחר משבר.

**מטרות:** לבחון את הירידות ובעקבותיהן התאוששות מערכת הבריאות, כפי שהיא מתבטאת בביצוע הניתוחים האלקטיביים.

**שיטות מחקר:** בחרנו ניתוחים אלקטיביים שכיחים מתחומים שונים, המייצגים פעילות שהפסקתם משפיעה על איכות החיים של מטופלים ועל משכי המתנה וכן לאבדן הכנסה לבתי חולים. עקבנו אחר הירידה החל מהגל הראשון ב-2020 והעלייה לאחר מכן עד סוף השנה. הנתונים הושאו לממוצע הפעילות בשנים 2017-2019, בהתאם למידע במאגר האשפוזים באגף המידע במשרד הבריאות. השווינו את המגמות בין סוגי מוסדות שונים: בתי חולים ציבוריים, בתי חולים פרטיים ומרפאות כירורגיות בקהילה. הניתוחים שנבדקו היו קטרקט, הסרת שקדים, החלפת ברך או ירך, תיקון בקע מפשעתי או טבורי, כריתת רחם והסרת ערמונית.

**ממצאים:** בגל הראשון נרשמה ירידה בלתי אחידה בניתוחים שבדקנו. לאחר הירידה לא כל הניתוחים הראו התאוששות מלאה, חלקם סיימו את השנה עם מספרים נמוכים יותר משנים קודמות וחלקם עלו מעל לצפוי. ניתוחי קטרקט, ערמונית והחלפת ירך עלו בכל שנת 2020 בהשוואה לממוצע 2017-2019, כריתת רחם והחלפת ברך יחסית נשארו יציבים ואילו בקע מפשעתי ובקע טבורי ירדו בעשירית והסרת שקדים ירדו ברבע. בחלק מהניתוחים נעשה מעבר מבתי חולים ציבוריים לפרטיים, במיוחד בהחלפת ברך והחלפת ירך וניתוח פרוסטטה.

**מסקנות והמלצות:** מערכת הבריאות הראתה התאוששות גבוהה, כפי שמוצג בעליה בניתוחים האלקטיביים בחודשים לאחר הגל הראשון. בתי החולים והמרפאות בקהילה הגדילו את היקפי הפרוצדורות האלקטיביות ובכך מנעו יצירת משכי המתנה ארוכים. ניתן לראות הבדלים בין ניתוחים שונים ובין סוגים שונים של מוסדות ברמת ההתאוששות, דבר שמבטא שינויים המושפעים ממדיניות של בתי החולים וחלקם קשורים כנראה גם להעדפות המטופלים. יש להמשיך ולעקוב אחר פרמטרים נוספים על מנת לוודא שציבור המטופלים לא ייפגע מהירידה בפעילות בתי החולים בזמן גלי הקורונה, וכן לבחון האם יש צורך בקביעת מדיניות להעדפה, או לתת לכוחות השוק להתוות את הדרך.

## קבלת החלטות מבוססת צדק חלוקתי: צמצום פערי בריאות בין פריפריה ומרכז

מרגנית אופיר גוטלר<sup>1</sup>, נורית דסאו<sup>1,2</sup>, סיון שפיצר<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת בר אילן

2. ספירת הסוכרת בגליל על שם ראסל ברי

**רקע:** בעשור האחרון פעל משרד הבריאות בדרכים שונות ובאמצעות יחידה ייעודית שהקים לצמצום פערי הבריאות בין המרכז לפריפריה החברתית-גיאוגרפית.

**מטרות:** מחקר זה בחן דרך האספקלריה התיאורטית של רשתות מדיניות, המנתחת תהליכי קביעת מדיניות כתוצא של האינטראקציה בין שחקנים כגון גופי ממשל והמגזרים העסקי והשלישי, את הנעשה בעשור האחרון לצמצום הפערים: הנחות עבודה, תכנון וביצוע.

**שיטות מחקר:** המחקר עשה שימוש בניתוח תוכן ובחן את תהליך הגיבוש בשבע תוכניות עבודה ושמונה מסמכים אסטרטגיים בין 2010-2021 והשחקנים המעורבים בו. בנוסף בדקנו מדדי תוצא נבחרים לבחינת מידת הצטמצמות הפערים.

**ממצאים:** בחלוף עשור, נותרו פערי הבריאות בין מחוז הצפון וכלל הארץ. ב-2019 הפער במיטות האשפוז ל-1,000 נפש עמד על 0.36 והפער במספר הרופאות בשנים 2015-2017 עמד על 1.3 ל-1,000 נפש. שיעור התמותה המתוקן לגיל עמד בצפון בין השנים 2013-2017 על 5.3, לעומת 4.93 ל-1,000 נפש בכלל הארץ. שיעורי התמותה ממחלות כלי דם במוח, לב וסוכרת בצפון הם הגבוהים בארץ. בניתוח התוכן נמצא שבתחילת העשור המשרד השתמש באסטרטגיה של שוויון לצמצום פערים ואף קבע זאת כאחד מעמודי האש, אולם במהלך השנים צמצום הפערים נטמע בתוכניות העבודה ואיבד את מעמדו האסטרטגי. בנוסף, נמצא שרשת המדיניות, המורכבת מבעלי התפקידים במשרד, פנתה להיוועצות עם הפריפריה הגיאוגרפית, אך זו לא הובילה למעורבות הפריפריה בתהליך קביעת המדיניות וביטוייה בתוכניות העבודה המתוקצבות לאורך השנים היה מועט. לדוגמה, הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בצפון כללה נציגי ציבור, אך יישום תוכניתה המפורטת היה חלקי.

**מסקנות והמלצות:** מהממצאים עולה שמשרד הבריאות פועל לצמצום פערי הבריאות באמצעות קידום עקרונות השוויון בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אולם ללא שילוב עקרונות ההוגנות (צדק) שבחוק, נמנע מיצוי הפוטנציאל הבריאותי של תושבי הפריפריה. החסם המבני בו קיימת רשת סגורה להליך קביעת מדיניות וקבלת החלטות אינו מאפשר תהליך בו נכללות נקודות מבט מגוונות המשקפות את צרכי ומאפייני הקהילות השונות בפריפריה. על השחקנים בתוך רשת מדיניות הבריאות לפעול להסרת החסם המבני-גיאוגרפי להכללת שחקנים מהפריפריה במוקדי קבלת החלטות.

## הערכת ההשלכות הבריאותיות העקיפות של מגפת הקורונה על המטופלים בשירותי בריאות

### כללית ואיתור קבוצות סיכון

גלית שפר, שגיא צחורי, שרית אבישי-אלינר

מרכז רפואי קפלן

**רקע:** לתקופה הארוכה של הסגר, הבידוד וההשבתה של הפעילות הרפואית הרגילה בתקופת הקורונה השלכות על בריאות האדם עקב שינויים פתאומיים בהרגלים תזונתיים ובאורח החיים.

**מטרות:** לזהות את הגורמים שתרמו להחמרה במצבם הבריאותי של מטופלי הכללית (אורח חיים, מדדים קליניים ומצב נפשי) בתקופת הקורונה לעומת התקופה שקדמה לה, במטרה למקד תהליכים שיובילו לשמירה על רווחתם הנפשית והבריאותית בתקופת מגפה.

**שיטות מחקר:** נשלפו נתונים על מטופלי הכללית בגיל +18 בשנים 2019-2020 מתשתית שיתוף המידע למחקר באמצעות MDCclone. נבחנו ההבדלים בין תקופת הקורונה (2020) לשנה שקדמה לה (2019) באורח-חיים (עישון, BMI לחץ דם), מדדים קליניים (רמת גלוקוז בדם, שומנים בדם) ורכישת תרופות למצבים נפשיים. ניבנו עצי החלטה מסוג Conditional Inference-ו Random Forest ברבדי אוכלוסייה (גיל, מגדר, מגזר, מחלות-כרוניות). זוהו המשתנים ובעלי ההסתברות הגבוהה ביותר לתרום להחמרה/שיפור/ללא שינוי בכל תחום, בהינתן המשתנים המשפיעים.

**ממצאים:** נכללו 771,636 מטופלים בני +18. בתקופת הקורונה שיעור החולים בהשמנת יתר עלה מ-23% ל-31%, ושיעור המעשנים עלה מ-20% ל-27%. שיעור החולים בסוכרת עלה ב-2020 ב-22%, הסובלים מלחץ דם גבוה ב-28%, הסובלים ממחלות לב ב-12% וממחלות פסיכיאטריות ב-60%. ממוצע המרשמים לתרופות נוגדות דיכאון בקרב מטופלים שצרכו תרופות אלו עלה מ- $5.9 \pm 4$  ב-2019 ל- $6.9 \pm 4$  ב-2020 ושל תרופות המפחיתות מתח וחרדה מ- $5.6 \pm 5.2$  ב-2019 ל- $6.8 \pm 6.2$  ב-2020. בשנת 2020 הביקורים אצל הרופא היו בעיקר טלפונים (58%) ונרשמה ירידה של 33% בביקורים במיון בקרב קשישים. החמרה במצב הנפשי בתקופת הקורונה נמצאה בעיקר בחולים עם יתר לחץ דם ( $p < 0.001$ ). גורמים נוספים שתרמו להחמרה היו COPD ( $p < 0.001$ ) ורכישת תרופות לאסתמה ( $p < 0.001$ ).

**מסקנות והמלצות:** למגפת הקורונה היו השלכות עקיפות שהובילו להחמרה במצב הבריאותי, הקליני והנפשי במיוחד בקרב מטופלים שסבלו לפני הקורונה מיל"ד ומחלות נשימה. מניעת הידרדרות במצב הבריאותי והנפשי של מטופלים בעת מגפה צריכה להתמקד במטופלים הסובלים מגורמי סיכון אלו, אשר יכולים להעיד על נטייה למצבים נפשיים של מתח, לחץ ודיכאון.

## שינויים במספרי המבוטחים בקופות החולים ופלחי השוק על פני 25 שנה

ברוך רוזן<sup>1</sup>, שלומית קגיה<sup>1</sup>, עמיר שמואלי<sup>2</sup>, דן אבן<sup>3</sup>, טוביה חורב<sup>3</sup>

1. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

2. האוניברסיטה העברית

3. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** במהלך 25 השנים לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חלו שינויים משמעותיים במספר החברים בקופות החולים ובפלחי השוק שלהן.

**מטרות:** לבחון את השינויים על פני השנים 1995-2019 במספר החברים בקופות ובפלחי השוק שלהן, לבחון את הסיבות לשינויים האלו בעבר, ולהדגים מודל ושיטה לבחינת שינויים כאלו בעתיד.

**שיטות מחקר:** הניתוח של "מה" ו"מי" תרם לשינויים במספר החברים בקופות התבסס על סדרת הדוחות "חברות בקופות החולים" של הביטוח הלאומי. הניתוח של "למה" אנשים בחרו קופה מסוימת התבסס על סקרי חב"ם של מכון ברוקדייל, השיח החברתי ברשתות, העיתונות הדיגיטלית, מערך הקבילות של משרד הבריאות, דוחות משרד הבריאות על הפעילות הכספית של הקופות ועל פעילות השב"ן.

**ממצאים:** במהלך התקופה הנבדקת מספר החברים בקופות גדל ב-72%, כאשר ריבוי טבעי הביא לגידול של 56% ועלייה הביאה לגידול של 18%. בנוסף, מספר המעברים במהלך התקופה היה 55% ממספר החברים בראשית התקופה. המגמות על פני זמן בשלושת הרכיבים הנ"ל היו שונות משמעותית בין הקופות, בין קבוצות גיל, בין קבוצות אוכלוסייה, ובין תקופות. במקביל להתפתחויות בחברות ובפלחי שוק, התרחשו לא מעט שינויים רלוונטיים במדיניות הממשלתית, בעשייה של הקופות, ובבחירות הצרכנים. שיעור המעברים גבוה יחסית בקרב שלוש קבוצות בעלות שיעורי לידה גבוהים יחסית (צעירים, ערבים, וחרדים). בשל כך, חלק לא מבוטל מהשינויים בפלחי שוק הנובעים במייד מלידות הם בעצם תוצאה של מעברים בשנים עברו.

**מסקנות והמלצות:** שוק החברות בקופות החולים הוא שוק מורכב ודינמי, כאשר יש למספר רב של גורמים יכולת להשפיע על התפתחותו. על משרד הבריאות להמשיך ולעודד תחרות בונה ובו זמנית לפעול להגבלת תחרות בעייתית. יש להמשיך ולהרחיב את מספר הנושאים עליהם מופץ מידע השוואתי לציבור, ולהשקיע בפישוט ומיקוד ההשוואות, בשיתוף פעולה עם כלי התקשורת. יש להשקיע בפיתוח ובהפצת מידע השוואתי בנושאים בעלי עניין מיוחד לקבוצות הנוטות יותר לעבור קופה ו/או ללדת. יחד עם זאת חשוב גם בהמשך להשקיע מאמצים ולעודד תחרות בונה בקרב קבוצות שנוטות פחות לעבור וללדת.

## בניית סולם התפתחות עדכני המבוסס על אוכלוסיית ילדי ישראל

יאיר צדקה<sup>1</sup>, תמר סודרי<sup>2</sup>, גיא עמית<sup>2</sup>, הדר ירדני<sup>3</sup>, דינה צימרמן<sup>4</sup>

1. המכון להתפתחות הילד, משרד הבריאות, באר שבע

2. מכון מחקר KI

3. המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו, במשרד הבריאות

4. המחלקה לאם לילד ומתבגר, משרד הבריאות

**רקע:** בדיקות לסיקור התפתחותי הנעשות באופן שגרתי בילדות המוקדמת הינן כלי חיוני למעקב אחר התפתחות הילד ואיתור מוקדם של ילדים עם פוטנציאל לעיכוב התפתחותי. בטיפות החלב בארץ קיים כלי לסיקור שטרם תוקף, בנוסף ישנם מגוון כלי סיקור הנמצאים בשימוש ברמה הבינלאומית. קיים פער בין הכלים השונים בנוגע לנורמות להשגת אבני דרך התפתחותיות.

**מטרות:** לבסס נורמות לאבני דרך התפתחותיות ולבנות סולם התפתחות עדכני עבור אוכלוסיית ילדי ישראל.

**שיטות מחקר:** מחקר חתך מבוסס אוכלוסייה. אוכלוסיית המחקר כוללת את כל הילדים שנולדו בשנים 2014-2020 והיו במעקב התפתחות הילד בתחנות טיפת חלב המופעלות על ידי משרד הבריאות, עיריות ירושלים ותל אביב וקופת חולים לאומית. קריטריוני ההוצאה כללו ילדים הנמצאים בסיכון לעיכוב התפתחותי, לרבות פגים, משקל לידה > 2.5 ק"ג, משקל > אחוזון 3, היקף ראש קטן מאחוזון 3 או גדול מאחוזון 97. כמו כן, הוצאו ילדים ללא תיעוד גיל הלידה או גיל הילד בעת הביקור, וביקורים ללא תיעוד הבדיקה ההתפתחותית.

**ממצאים:** הוערכו 59 אבני דרך התפתחותיות ב-4 תחומים: שפה, חברה, מוטוריקה גסה ומוטוריקה עדינה. באנליזה נכללו כ-8.3 מיליון הערכות התפתחות של מעל 640,000 ילדים בגילאי 0-6 שנים, על בסיס נבנה סולם התפתחותי עדכני המציג את גילאי השגת אבני הדרך עבור 75%, 90% ו-95% מהילדים. סולם התפתחות זה השווה לכלי סיקור נפוצים אחרים, לרבות ה-DENVER II, AIMS, וה-CDC, עם התאמה של 7/7 (100%), 18/27 (67%) ו-10/19 (53%) מאבני הדרך המקבילות, בהתאמה. אבני הדרך הנותרות הושגו בגיל מוקדם יותר בסולם זה.

**מסקנות והמלצות:** סולם התפתחותי זה מבוסס על האוכלוסייה הגדולה ביותר בעולם שהוערכה עד כה עבור ביצועים התפתחותיים ומייצג את האוכלוסייה ההטרוגנית והרב-תרבותית בישראל. סולם זה מוטמע כעת בטיפות החלב וסייע בזיהוי מוקדם של ילדים עם פוטנציאל לעיכוב התפתחותי על בסיס הנורמות החדשות המתקפות. מגוון וגודל האוכלוסייה הייחודיים לעבודה זו הם בעלי פוטנציאל להשפעה על קביעת נורמות התפתחות ברמה הבינלאומית.

## שימוש נוכחי בטבלאות הסימון התזונתי ועמדות לגבי התוויות החדשות באדום ובירוק

### בחזית האריזה בקרב צרכנים ישראלים

מיכל ברומברג, טלי סיני, ליטל קינן-בוקר, רונית אנדוולט, דבורה פרנקנטל

משרד הבריאות

**רקע:** החל מינואר 2020, נכנסו לתוקף תקנות חדשות המחייבות תווית אזהרה אדומה בחזית האריזה של מוצרי מזון עם רמות גבוהות של נתרן, סוכר ו/או שומנים רוויים. במקביל, ישנה המלצה להוסיף תווית ירוקה על גבי מוצרים התואמים את ההמלצות התזונתיות הלאומיות.

**מטרות:** לאפיין את השימוש הנוכחי בטבלאות הסימון התזונתי על-ידי הצרכנים הישראלים ואת עמדותיהם כלפי התוויות החדשות באדום ובירוק בחזית האריזה.

**שיטות מחקר:** נערך סקר חתך טלפוני לאומי בקרב מדגם מייצג של אזרחים ישראלים בני 21 ומעלה בין ינואר למרץ 2020. שאלון הסקר כלל שאלות דמוגרפיות, שאלות הקשורות למצבו הבריאותי של המרואייין ושאלות לגבי רמת הסכמתו עם מספר היגדים לגבי השימוש הנוכחי בטבלאות הסימון התזונתי והבנה ועמדות כלפי הסימון החדש בחזית האריזה. נעשה שימוש במודלים של רגרסיה לוגיסטית רב-משתנית בכדי לבחון את הקשרים בין התנהגותם וכוונותיהם של המשתתפים לבין המאפיינים הדמוגרפיים והבריאותיים שלהם.

**ממצאים:** בסקר השתתפו 1,042 איש. מרביתם דיווחו שהם בדרך כלל בודקים את טבלאות הסימון התזונתי לפני רכישת מזון (76.2%) ושהם מתכוונים לרכוש פחות מוצרים עם תווית אדומה (81.1%) ויותר מוצרים עם תווית ירוקה (85.0%). שימוש נוכחי בטבלאות הסימון התזונתי נמצא קשור למין נקבה, מוצא אתני ערבי, תחלואת רקע במחלת לב כלילית וביצוע פעילות גופנית באופן קבוע. כוונות עתידיות לרכוש פחות מוצרים עם תוויות אדומות נמצאו קשורות למין נקבה, מוצא אתני ערבי, מדד מסת גוף גבוה יותר ואי עישון, ואילו כוונות עתידיות לרכוש יותר מוצרים עם תווית ירוקה נמצאו קשורות למוצא ערבי, השכלה נמוכה יותר ומדד מסת גוף גבוה יותר.

**מסקנות והמלצות:** צרכנים בעלי מדד מסת גוף גבוה יותר והשכלה נמוכה יותר הביעו יותר כוונות להשתמש בתוויות החדשות בחזית האריזה, אך לא שימוש נוכחי גבוה יותר בטבלאות הסימון התזונתי. ממצא זה מרמז כי קבוצות הסיכון הגבוה הללו, שעבורן נועדו התוויות החדשות, אכן עשויות להפיק תועלת מהמדיניות החדשה של סימון המזון.



## כלכלת בריאות

### הערכת הנטל הכלכלי של long-COVID: העלות העודפת של מחלימי קורונה לארגון

#### בריאות

יעל וולף שגיא<sup>1</sup>, אילן פלדהמר<sup>1</sup>, משה חשן<sup>1</sup>, שולי ברמלי גרינברג<sup>2</sup>, גיל לביא<sup>1</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. האוניברסיטה העברית

**רקע:** טרם נבחנה ההשפעה של תחלואה בקורונה על העלות התוספתית לארגוני הבריאות הנלווית לטיפול במחלימים לאורך-זמן, מעבר לתקופת המחלה החריפה.

**מטרות:** להעריך את העלות העודפת של הטיפול במחלימי קורונה לאורך זמן עבור ארגון הבריאות.

**שיטות מחקר:** במחקר פרוספקטיבי היסטורי זה, עלויות הטיפול במחלימי קורונה מבוטחי שירותי בריאות כללית, הושוּו לאלה של מבוטחי הקופה שהיוו בקורות תואמות. זיווג פרטני בוצע לפי גיל, מגדר, מגזר, מצב סוציו-אקונומי וציון Adjusted-Clinical-Groups האומד את עומס תחלואת הרקע בשש קבוצות. הוחרגו מבוטחים שאינם מתגוררים בקהילה או בעלי אבחנות הקשורות לעלויות קיצוניות (למשל, חולים אונקולוגיים ומטופלי-דיאליזה). העלויות נאספו החל מ-12 חודשים לפני בדיקת SARS-COV-2 חיובית עבור כל צמד, ועד ה-31 באוגוסט 2021. חושבו עלויות חודשיות ממוצעות והבדלים בין הקבוצות. העלות של מקרים ב-7-12 חודשים לפני ההחלמה הופחתה מההפרש בין הקבוצות בתקופה שלאחר ההחלמה (החל מ-30 יום לאחר הבדיקה החיובית או 30 יום לאחר השחרור מאשפוז הקשור ל-COVID) (difference-in-differences).

**ממצאים:** נכללו 360,256 צמדי מחלימי קורונה ובקורות, בעלי משך מעקב ממוצע של 7.5 חודשים. בתקופה שלאחר ההחלמה, העלויות הממוצעות של המקרים היו גבוהות בכמעט 9% בהשוואה לבקורות, לאחר הפחתת הפרש העלויות טרם המחלה. מרבית העלות העודפת מיוחסת לצריכת שירותי בתי החולים, שהיוו 80% מהתוספת, והיו גבוהים ב-12.6% בקרב המקרים בהשוואה לבקורות. שירותים נוספים שנצרכו ביתר ותרמו לעלות הנוספת היו ביקורים ברפואה הראשונית (ב-8.9%), ביקורים ברפואה היועצת (ב-9.3%) וביקורים במקצועות הפרא-רפואיים (ב-11.3%). העלות העודפת ירדה בעקביות במהלך חמשת החודשים הראשונים לאחר ההחלמה, אך נותרה ברורה גם לאחר עשרה חודשים. העלויות העודפות הגבוהות ביותר (נטו ובאופן יחסי), נצפו בתת-קבוצה של N=12,749 מחלימים שאושפזו בשלב החריף של מחלת הקורונה.

**מסקנות והמלצות:** העלות העודפת של טיפול במחלימי קורונה מצטברת לכדי עלויות כבירות המושתות על ארגוני הבריאות, לצד הגדלת עומס צריכת השירותים השונים. יש לקחת בחשבון עלויות אלה כחלק מהיערכות מערכת הבריאות להשפעותיה ארוכות-הטווח של המגיפה.

## הכנסות בתי החולים בשנת הקורונה 2020 – האם חל שינוי?

עטל-שולמית גורדון, סיניה משה, ציונה חקלאי

משרד הבריאות

**רקע:** פעילות בתי החולים בישראל, כמו במדינות רבות בעולם, ירדה עם פרוץ הקורונה. אי הוודאות מרמת המגיפה היתה גבוהה וגרמה לירידה בפעילות בתי החולים, במיוחד בחודשים הראשונים.

**מטרות:** לאמוד את השפעת הקורונה על השינוי בהכנסות בתי החולים הכלליים בשנת 2020 בהשוואה לשנת 2019.

**שיטות מחקר:** העבודה מבוססת על מאגרי המידע במשרד הבריאות, בהתאם לדיווח בתי החולים על הביקורים במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד), הביקורים במערך האמבולטורי והאשפוזים. נכללו בתי החולים הכלליים הציבוריים, בהתאם לדיווח קוד השירות לפי מחירון משרד הבריאות. בדקנו אומדן ההכנסות בשנת 2020 בהשוואה לשנת 2019 לפי גיל ומסגרת הטיפול.

**ממצאים:** אומדן הכנסות בתי החולים מפעילות האשפוז, המלר"ד והמערך האמבולטורי מצביע על ירידה ב-5% בשנת 2020 לעומת 2019. הכנסות בפעילות המלר"ד ירדו ב-13% מהאשפוז ב-7%, לעומת עליה ב-1% בהכנסות בפעילות האמבולטורית. עיקר הירידה בהכנסות היתה במרץ-מאי 2020 לעומת 2019, ב-19% במרץ, ב-34% באפריל, ב-13% במאי. לעומת זאת, ההכנסות ביוני-דצמבר היו דומות ל-2019, במערך האמבולטורי נרשמה עליה ב-9%, לעומת ירידה ב-2% באשפוז וירידה ב-12% במלר"ד. כמחצית מההכנסות היו מטיפול בני 55 ומעלה, חמישית מטיפול בני 75 ומעלה, 30% מטיפול בני 25-54 וכחמישית מטיפול בני 0-24. ההכנסות מטיפול בילדים בגיל 0-4 ירדו ב-20% לעומת ירידה ב-8% בטיפול בני 5-44, ב-6% מטיפול בני 75 ומעלה וב-2% בטיפול בני 54-74.

**מסקנות והמלצות:** פעילות בתי החולים מושפעת, בין היתר, ממדיניות משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים, מתחלואה ומהתנהגות האוכלוסייה שהושפעה מרמת המגיפה ומחשש הפניה לבית החולים. יחד עם זאת, לא נרשמה ירידה בפעילות האמבולטורית בבתי החולים. בנוסף, הערכות הקופות לרפואה מרחוק הובילה לשיעור יציב של הביקורים לרופא בקהילה, כפי שדווח ל-OECD. בעיקר נרשמה ירידה בפניות למלר"ד ובאשפוזים, ויתכן שחלק משירות זה טופל בקהילה. כמו כן, במחצית 2020 נעשתה פניה והסברה של בתי החולים לציבור תוך דגש על בטיחות הטיפול וההקפדה על כללי הזהירות ומניעת הדבקה מקורונה, פעולה שהשפיעה על קבלת השירות בבתי החולים בהמשך.

# ההשקעה הכלכלית לשנת חיים בעקבות פעולות הממשלה בשנה הראשונה של מגיפת

## הקורונה

נסרין ח'ורי נח'ול, שולי ברמלי-גרינברג

האוניברסיטה העברית

**רקע:** בעקבות תחילתו של גל חמישי של קורונה בישראל, שיח סביב הטלת מגבלות להכלת המגפה והצלת חיי אדם עולה שוב לדיון. הדילמה בין פגיעה כלכלית במשק לבין חיסכון בחיי אדם מרחפת מעל פני מקבלי ההחלטות אבל גם מעל התנהגות הציבור הישראלי עצמו ביום יום. כחלק ממחקר מקיף המבקש ללמוד על אמידת הנכונות החברתית של הציבור הישראלי לשלם עבור שנת-חיים, ביצענו ניתוח המשווה בין ההשקעה הכלכלית של מדינת ישראל במגיפת הקורונה אל מול נתוני התמותה (גם אלו שנחסכו) בשנה הראשונה של המגיפה.

**מטרות:** המחקר מבקש ללמוד על אמידת הנכונות החברתית של הציבור הישראלי לשלם עבור שנת-חיים.

**שיטות מחקר:** בשלב הראשון חישבנו את שנות החיים שניצלו בעקבות פעולות הממשלה להתמודדות עם המגיפה לפי מודלים ששימשו את אנשי משרד הבריאות בזמן קבלת ההחלטות. בשלב השני ביצענו ניתוח כלכלי של סעיפי התוצר המקומי הגולמי ותחזיות בנק ישראל, להערכת העלות למשק של פעולות אלו.

**ממצאים:** החישוב הראה תוצאות יוצאות דופן של הפסד בתמ"ג כתוצאה מפעולות לריסון המגפה. הפסד של 93.7 מיליארד ₪ נצפה בסעיף ההוצאה הפרטית ובמקביל נצפתה עליה בהוצאה הציבורית של כ-12 מיליארד ₪. על פי המודלים ששימשו את מקבלי ההחלטות בנינו תרחישי יחוס ממוצע לחיסכון של חיי אדם, מהם חישבנו את העלות לשנת חיים. מצאנו שעלות פעולות ריסון המגיפה לשנת חיים בממוצע נעה בין 900,000 ₪ בתרחיש הנמוך ל-1.4 מיליון ₪ בתרחיש הבינוני ול-2 מיליון ₪ בתרחיש הגבוה. מספרים אלו גבוהים בהרבה מהחישוב של שמואלי ואנגלצ'ין-ניסן (2008) אשר התבסס על החלטות ועדת הסל והגיע למקסימום של 340,000 ₪ לשנת חיים. ממוצעים אלו משתנים כאשר לוקחים בחשבון את התפלגות הגילאים ואת מין הנפטרים.

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מצביעים על חריגה בולטת בפועל של השקעה כלכלית לשנת חיי אדם בשנה הראשונה של שנת הקורונה לעומת השקעות קודמות כפי שבאו לידי ביטוי בוועדות הסל והחלטות אחרות בתחום הבריאות. המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

## תיעודף בהקצאה של מכשירי ECMO בזמן מגפת הקורונה בישראל: עמדות רופאים,

### סטודנטים לרפואה, מטופלים וקהל רחב

ארנה טל<sup>1</sup>, ירון קונלי<sup>2</sup>

1. מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)

2. ICET – The Israeli Center for Emerging Technologies

**רקע:** כבר בשלביה המוקדמים של מגפת הקורונה, התפתח דיון אתי בנוגע לצורך בהקצאה ראויה של משאבי רפואה מוגבלים בשעת חירום. דוגמא לכך, היא מערכת ה- ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) - מכשיר חיוני, מציל חיים המחליף את פעולת הלב והריאות שכשלו כתוצאה ממחלה. מתחילת 2021 דווח בישראל על מיעוט מכשירי ECMO לנוכח צורך מתעצם בקרב מטופלי קורונה קשים. בעולם קיים מחסור קיצוני המחייב לבחור את המטופלים הקריטיים ביותר לטיפול.

**מטרות:** לבחון הבדלים בתפיסות האתיות בנוגע להקצאת מכשירי ECMO בישראל במצב בו קיים מחסור שלא מאפשר לספק אותם לכל מי שזקוק להם.

**שיטות מחקר:** שאלון מובנה לתיעודף מכונות ECMO הופץ בקרב 530 משתתפים בחודשים יוני-נובמבר 2021 במספר מתארים:

1. 146 סטודנטים לרפואה בשנה השלישית ללימודיהם באוניברסיטת תל-אביב;
2. 95 רופאים בכירים הלומדים לתואר שני במנהל מערכות בריאות באוניברסיטת תל-אביב;
3. 189 מטופלים שנדגמו באופן אקראי ממרשם המטופלים במרכז הרפואי שמיר בחצי השנה שלפני ביצוע הסקר;
4. דגימת נוחות של 100 אנשים מהציבור הכללי.

**ממצאים:** למעלה מ-75% (398) מהמשתתפים סברו כי יש לקבוע קריטריונים לקידום מטופלים מסוימים בתור למכונת ה-ECMO אולם במבחני chi-sq נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות. בעוד 171 (80%) מהסטודנטים ו-161 (85%) מהמטופלים צידדו בצורך בקריטריונים, רק 63 (66%) מהבכירים ו-57 (57%) מהקהל הרחב תמכו בכך 103. ( $p < 0.001$ ) מקרב אנשי הבריאות (71%) - מהסטודנטים ו-62 (65%) מהבכירים הצהירו כי הם 'מסכימים' או 'מסכימים מאוד' לכך שגיל הוא קריטריון לגיטימי לקידום בתור, בהשוואה ל-67 (35.4%) מהמטופלים ו-44 (44%) מהקהל הרחב. ( $p < 0.001$ ) בתשובה לשאלה "באיזו מידה אתה מסכים שיש להעביר סרבני חיסונים לסוף התור", "שיעור המשתתפים שהסכימו במידה רבה עד רבה מאד היה דומה בקרב הסטודנטים, הבכירים והקהל הרחב (17%-20%), אך גבוה יותר בקרב המטופלים 45% ( $p=0.003$ ).

**מסקנות והמלצות:** תרחישי מחסור בתשתיות רפואיות מצילות חיים בשעת-חירום הם מוחשיים. לצד השיח המקצועי ראוי שיתפתח קשב לתפיסה הציבורית, להעצמת תובנות ולתהליכים האתיים שיאפשרו למערכת הבריאות קבלת החלטות המעוגנת גם בערכים של החברה הסובבת אותה.

## הערכת עלות/מועילות של האמצעים השונים להתמודדות עם מגיפת הקורונה

רונן ארבל<sup>1</sup>, יוסף פליסקין<sup>2</sup>

1. המכללה האקדמית ספיר
2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב (אמריטוס)

**רקע:** האמצעים שננקטו בישראל להתמודדות עם הקורונה ב-2020 (בעיקר סגר כללי ממושך) בוצעו ללא ניתוח עלות/מועילות. קמפיין התחסנות מסיבי של האוכלוסייה החל מ-2021, עשוי להיות בעל יחס עלות/מועילות טוב משמעותית.

### מטרות:

1. הערכת ההשפעה הכלכלית של צעדי מדיניות שונים בטיפול במגיפה אל מול תוצאי הבריאות שהושגו בישראל.
2. איתור שיטה שתאפשר שיפור משמעותי של יחס העלות/מועילות של האמצעים לטיפול במגיפה.

### שיטות מחקר:

1. ארגון בסיס נתונים ייעודי הכולל את תוצאי הבריאות, מדדי סגר, ועלויות, על בסיס מקורות ציבוריים.
2. מידול ההשפעה של האמצעים השונים לטיפול במגיפה על מדדי התמותה מקורונה.
3. השוואת העלות למניעת מוות מקורונה בין האמצעים השונים (סגר מול חיסון).

### מצאים:

1. הסגר הראשון מנע 1,022 מקרי מוות מקורונה, והסגר השני מנע 1,970 מקרים. קמפיין החיסונים מנע 4,750 מקרי מוות בחציון הראשון של 2021.
2. עלות הסגר הראשון הוערכה על ידי משרד האוצר ב-5.1 עד 5.4 מיליארד ₪ לשבוע. הסגר הראשון ארך 50 יום, ולכן עלותו הכוללת מוערכת ב-36.4-38.6 מיליארד ₪.
3. עלות הסגר השני הוערכה על ידי משרד האוצר ב-3 עד 3.5 מיליארד ₪ לשבוע. הסגר השני ארך 42 יום, ולכן עלותו הכוללת מוערכת ב-18-21 מיליארד ₪.
4. עלות קמפיין החיסונים בחציון הראשון של 2021 מוערכת ב-1 מיליארד ₪.
5. העלות למניעת מקרה מוות אחד על ידי סגר היא בין 10-36 מיליון ₪, לעומת 210,000 ₪ בלבד באמצעות חיסונים.

### מסקנות והמלצות:

1. הטלת סגר מלא הינו אמצעי שחורג מכל אמות המידה המקובלות של עלות/מועילות.
2. הקפדה על רמת חיסוניות גבוהה באוכלוסייה בסיכון (כדוגמת מתן הבוסטר), הינו האמצעי המועיל והכלכלי ביותר למניעת מוות מקורונה.

## הוצאות מהכיס ועומס פיננסי בקרב אנשים שנפטרו מסרטן ובני משפחתם

אביעד טור-סיני<sup>1</sup>, נטע בנטור<sup>2</sup>, דיימיאן אורבן<sup>3</sup>

1. המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2. אוניברסיטת תל-אביב

3. המרכז הרפואי שיבא

**רקע:** ברוב מדינות המערב, גם באלה שיש ביטוח בריאות ממלכתי או כללי, חלק מההוצאות הטיפול בחולים בסרטן ממומנות על ידי החולים ובני משפחתם.

**מטרות:** לזהות את סוגי ההוצאה מהכיס בחצי השנה האחרונה לחיי אנשים שנפטרו מסרטן ובני משפחתם, לבדוק את היקף ההוצאות וללמוד על העומס הכלכלי עליהם.

**שיטות מחקר:** 491 בני משפחה של אנשים שנפטרו מסרטן רואיינו בראיון טלפוני, באמצעות שאלון מובנה סגור, 3-6 חודשים לאחר מות יקירם.

**ממצאים:** הגיל הממוצע של הנפטרים היה 70 (SD=13), 52% נשים, 25% היו עצמאיים תפקודית, 49% בעלי השכלה אקדמית, ולדברי 56% הם היו בעלי יכולת כלכלית גבוהה. ל-42% מהנפטרים היתה הוצאה מהכיס עבור תרופות, \$5,800 בממוצע. הסיכוי להוצאה מהכיס לתרופות היה גבוה באופן מובהק בקרב מי שלא יכלו להישאר לבד בבית ללא השגחה ובעלי יכולת כלכלית נמוכה. ל-32% מהנפטרים היתה הוצאה מכיס למטפלת פרטית, \$8,000 בממוצע, ול-9% היתה הוצאה מהכיס לאחות פרטית, \$2,800 בממוצע. הסיכוי להוצאה מהכיס למטפלת או אחות היתה גבוה באופן מובהק בקרב מי שהיו מוגבלים בתפקודם, לא יכלו להישאר לבד בבית, ויכולת כלכלית נמוכה. הסיכוי לעומס כלכלי לחולה ובני משפחתו עקב ההוצאות מהכיס היה גבוה בקרב נפטרים עם מוגבלות תפקודית, ללא יכולת להישאר לבד בבית, וללא ביטוח רפואי או סיעודי פרטי, בעוד שהסיכוי היה נמוך באופן מובהק בקרב בעלי השכלה והכנסה גבוהים יותר, ובקרב חולים שנפטרו בבית. בנוסף בני המשפחה דיווחו על הוצאות לנסיעות, אמבולנס, ומימון אוכל ולינה כאשר יקירם היה מאושפז.

**מסקנות והמלצות:** מהמחקר עולה החשיבות שיש לשימור ולהרחבה, ככל האפשר, של מימון תרופות וטיפולים אונקולוגיים מתוך סל הטכנולוגיות שנקבע מידי שנה. בנוסף, עולה הצורך להגביר את התחשבות האונקולוגים ביכולת הכלכלית של החולים בעת התווית תרופות וטיפולים, ובמיוחד בחודשים האחרונים לחייהם.

## זה כנראה עבד: גישה בייסיאנית להערכת הרחבת תשלומים דיפרנציאלים בבתי חולים

### בישראל

רות וייצברג<sup>1</sup>, מרטין סיגל<sup>1</sup>, ווילם קנטין<sup>1</sup>, ריינהרד בוסה<sup>1</sup>, דן גרינברג<sup>2</sup>

1. האוניברסיטה הטכנולוגית של ברלין

2. אוניברסיטת בן גוריון בנגב

**רקע:** מחקרים רבים בדקו את ההשפעות של אימוץ תשלומים לפי פעולה (PRG) על משכי האשפוז במספר מדינות, אולם מעט מחקרים בדקו זאת בישראל, בה הכנסות בתי החולים מוגבלות בתקרה (CAP). בין השנים 2010-2015 האיצה ישראל את אימוץ התשלומים דיפרנציאליים לפי פרוצדורה לבתי החולים. אימוץ זה נעשה בשלושה "גלים" בהם נוצרו קודי תשלום רבים לפי תחומים קליניים.

**מטרות:** מחקרנו בחן את ההשפעות של ה"גל השני" שהתרחש בין 2013-2014 על משכי האשפוז.

**שיטות מחקר:** בדקנו נתונים מנהליים של משרד הבריאות עבור 14 פרוצדורות מ-2005 עד 2016 בכל בתי החולים הציבוריים (97% ממיטות הטיפול האקוטי). ביצענו ניתוח הישרדות עם התפלגות Weibull. בחרנו בגישה בייסיאנית להערכת שינוי יחסי במשכי האשפוז לפני ואחרי הרפורמה. פיקחנו על מאפייני המטופל, מאפייני בית חולים (גודל, מיקום, בעלות), ועל שנה כהשפעות קבועות.

**ממצאים:** הנתונים הסטטיסטיים התיאוריים מראים שמשכני הרקע של המטופלים לא השתנו באופן משמעותי אחרי הגל השני, וסביר להניח שכל שינוי במשכי האשפוז אינו תוצאה של שינויים בפרופיל הדמוגרפי של מטופלים לאורך זמן. לפני הרפורמה, משך האשפוז הממוצע נע בין 2.7 ל-13.6 ימים, והוא פחת עבור כל 14 הפרוצדורות, ובאופן מובהק סטטיסטית אצל רובם. בניתוח הישרדות, משכי האשפוז ירדו אחרי הרפורמה ב-7 מתוך 14 פרוצדורות שנותחו, במיוחד ב-6 מתוך 7 פרוצדורות אורולוגיות. בפרוצדורות אלה, משכי האשפוז הצטמצמו בין 11% ל-20%. למשתנים המפקחים היו השפעות מעורבות, ואלו לא מצביעות על דפוס ברור של קשר עם משכי האשפוז.

**מסקנות והמלצות:** צמצום משכי אשפוז שחרר משאבים לטיפול בחולים נוספים, וייתכן שתרום לצמצום זמני ההמתנה. יתכן שהיה קל יותר לצמצם משכי אשפוז עבור פרוצדורות אורולוגיות, שכן לאלו היו משכי אשפוז ארוכים יחסית מלכתחילה. משאבי בתי החולים המוגבלים, תקרת ההכנסות, סובסידיות רטרופקטיביות ופרוצדורות בתת-תמחור עשויים להיות גורם מגביל ליכולתם של בתי החולים לצמצם משכי אשפוז עבור הפרוצדורות שבהן לא נראה שינוי דוגמת כירורגיה כללית. כמו כן, על קובעי המדיניות לבחון את השפעות צמצום משכי האשפוז על איכות הטיפול.

נדב רפפורט<sup>1</sup>, ארנה טל<sup>2</sup>, רובין רובין<sup>3</sup>, בנימין עבו<sup>4</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. מרכז רפואי שמיר

3. משרד הבריאות

4. מרכז רפואי הלל יפה

**רקע:** העומס על חדרי ניתוח הוא אחד מצווארי הבקבוק המאתגרים בבתי חולים, אליו מוכוונים מאמצי התייעלות שוטפים. תכנון מפורט של שיבוץ הניתוחים (רצף פרודורות, שיבוץ הצוות הרפואי והסיעודי), מתבצע מידי יום לקראת יום המחרת. למרות התכנון, רק בשליש מהתוכניות הביצוע תואם לתכנון. כשליש מהניתוחים נמשכים פחות מהמתוכנן ומותרים את חדרי הניתוח לא מנוצלים וכשליש מסתיימים בחריגה מהזמן המתוכנן, מה שגורם לשחיקה מואצת של הצוות, ולעלויות הנדרשות לתשלום עבור שעות נוספות.

**מטרות:** בניית מודל חיזוי משך זמן ניתוח המבוסס על נתוני שיבוץ, שיאפשר לשפר את ניצולת חדרי הניתוח, לצמצם שחיקה ולחסוך בעלויות.

**שיטות מחקר:** ניתוח נתוני ניתוחים בין השנים 2010-2020 של שני מרכזים רפואיים: הלל יפה (121,539 ניתוחים), ושמיר (174,450 ניתוחים). נאספו הנתונים הבאים: סוג הניתוח, שיטת ההרדמה, המחלקה המנתחת, מספר המנתחים וניסיון המנתח הראשי בשעות ניתוח ומספר ניתוחים, מספר האחיות, וכן נתונים קליניים של המטופל הכוללים אבחנות עבר, תוצאות מעבדה, תרופות, מדדים חיוניים, רגישויות, גורמי סיכון, ודמוגרפיה. אימון מודל למידת מכונה המבוסס על עצי החלטה מסוג XGBoost. המודל אומן על נתונים טרום-ניתוחים. בוצעה חלוקה של הנתונים לנתונים שישמשו לאימון המודל (80% מהנתונים) ולנתונים לבחינת ביצועים (20% מהנתונים).

**ממצאים:** המודל חוזה בקירוב טוב את משך זמן הניתוח. החיזוי טוב יותר ממודל נאיבי המייצג את הפרקטיקה הנוכחית הנהוגה בבתי החולים. הראינו כי ל-33%-41 מהניתוחים ניתן חיזוי שקטן מעשר דקות מהזמן שנלקח בפועל, ולכ-60% מהניתוחים, המודל חזה בשגיאה הקטנה מעשרים דקות.

**מסקנות והמלצות:** בתקופה האחרונה מודלים בעולם להתייעלות תפוקות חדרי ניתוח בוחנים בעיקר היבט תיאורטי. אנו מציעים לראשונה, מוצע כלי לתכנון ניתוחים במודל שיושם בישראל בסיס שיהווה בסיס לשילוב אנליטיקה מתקדמת ליעול תהליכים. התשתיות שהוקמו ובעיקר מודל הנתונים המתוקן בתקן מחקר בינלאומי OHDSI יאפשרו מחקרים רב מרכזיים, ללא חשיפת מידע פרטני, כבסיס איכותי למחקרים ושיתופי פעולה עתידיים לאומיים ובין-לאומיים.



## מנגנון לתמרוץ קופות החולים למניעת מחלות כרוניות באמצעות נוסחת חלוקת מקורות

### המימון (הקפיטציה)

מיכל גולדברג, רייצ'ל ברנר שלם

משרד הבריאות

**רקע:** נוסחת הקפיטציה מפרטת את כללי חלוקת סל הבריאות בין קופות החולים. עם הזדקנות האוכלוסייה והגידול בהימצאות מחלות כרוניות הניתנות למניעה, מניעה ראשונית ושניונית של מחלות כרוניות היא אסטרטגיה הכרחית על מנת שמערכת הבריאות תוכל להמשיך להעניק טיפול מיטבי לתושבים. צעדים למניעה ראשונית ושניונית יעילים מאוד כלכלית בהסתכלות חברתית ארוכת טווח. לקופות החולים עשויים להיות יתרונות ייחודיים בהתערבויות למניעת מחלות כרוניות, עקב הקשר למטופלים, המידע עליהם, והתשתיות שברשותן. עם זאת, חלק מהתמורות הן חיצוניות מנקודת המבט של הקופות, כמו חיסכון הוצאות רפואיות בטווח עשרות שנים, חיסכון עלויות שנבעות מנכות לחולה, לבני משפחתו, למערכות הרווחה, ועוד. לכן, ההשקעה של קופות החולים במניעת מחלות כרוניות עשויה להיות בחוסר מנקודת מבט חברתית.

**מטרות:** בניית מנגנון שיהווה חלק מנוסחת הקפיטציה ויתמרץ את קופות החולים למניעת מחלות כרוניות בטווח הבינוני והארוך. המנגנון לא יגביל את הקופות להתערבות מסוימת, אלא יעודד אותן לבחור בהתערבות המתאימה ביותר עבור מטופליהן, בהתאם למידע המצוי ברשותן. המנגנון יעודד התערבויות שגורמות להפחתה בגורמי סיכון.

**שיטות מחקר:** יוצג מודל חלוקת תקציב בין הקופות על סמך שינויים במדדי תוצאה של מבטחיהן. נבחרו שני מדדי תוצאה בשלב ראשון, השמנת ילדים וקטיעות גפיים מאז'וריות אצל חולי סוכרת. השמנת ילדים הינה גורם סיכון למחלות בעיקר בטווח הרחוק ונמצאת במגמת עליה בשנים האחרונות. ישראל היא מהמובילות בקטיעות גפיים אצל חולי סוכרת, שעשויות להימנע באמצעות איזון סוכרת וטיפול מהיר בפצעים, כמו גם על ידי מניעת סוכרת. התניית התגמול במדדי תוצאה תעודד את הקופות להשקיע במניעה בשלבים שונים. תוצג התפלגות המדדים האלו כיום, לפי קבוצות מין, גיל וקופה. המודל יבחן את השינוי המתוקן במדדים בכל קופה, ויתגמל את הקופות בהתאם לחלקן היחסי בשיפור בהשוואה לקופות אחרות. ינותחו תוצאות סימולציה של המודל.

**ממצאים:** התיאוריה הכלכלית וכן סימולציות של המודל חוזות שאימוץ המנגנון יתרום להפחתה בגורמי סיכון למחלות כרוניות.

**מסקנות והמלצות:** מומלץ לאמץ את המודל ולשלבו בנוסחת הקפיטציה החדשה.

## גורמים הקשורים בשימוש off-label באונקולוגיה: תפקידם של עלויות ומקורות המימון

נועה גורדון<sup>1</sup>, דניאל גולדשטיין<sup>2</sup>, בעז תדמור<sup>2</sup>, סלומון שטמר<sup>2</sup>, דן גרינברג<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. מרכז רפואי רבין

**רקע:** Off-label drug use או - שימוש בתרופות שלא להתווייתן הרשומה, מוגדר כשימוש של תכשיר רפואי מאושר למטרה שאינה רשומה ברישיון השיווק. ישנם מספר פתרונות למימון טיפולי off-label במסגרת מערכות בריאות שונות. עם זאת, במסגרת מערכת בריאות ציבורית, מרבית הטיפולים אינם ממומנים.

**מטרות:** מטרת מחקר זה היא לאפיין את השימוש בתרופות off-label באונקולוגיה בישראל ולהעריך את העלויות ואת מקורות המימון של טיפולים אלו.

**שיטות מחקר:** במחקר נבחנו שימושי off-label במכון האונקולוגי במרכז הרפואי "רבין". העוקבה כללה 708 בקשות לטיפול off-label שאושרו בין ינואר 2016 לדצמבר 2018. נכללו רק תרופות שניתנו בעירוני עבור חולים ששרדו יותר מ-60 יום מאישור הבקשה. העלויות החודשיות תוארו וההבדלים בין טיפולים שבוצעו לטיפולים שלא בוצעו אופיינו בעזרת מבחן ANOVA. לבסוף, נבחנו המאפיינים המנבאים ביצוע טיפול, בעזרת רגרסיה לוגיסטית רב-משתנית.

**ממצאים:** מרבית החולים עבורם הוגשה בקשה היו עם מחלה גרורתית (69%), לאחר כישלון של קו טיפול אחד לפחות (53%). מרבית הבקשות היו עבור טיפולים אימונתרפיים (41%) וביולוגים (38%) וכמחציתן (48%) גובו בעדויות מדעיות חזקות. מתוך 708 הטיפולים שהוגשו לאישור, רק 583 (82%) ניתנו בסופו של דבר. פרופורציית הטיפולים שניתנו הייתה גבוהה יותר עבור מחלה גרורתית (84.9% מול 76.5%,  $p=0.007$ ), העלות החודשית הממוצעת לטיפול הייתה 54,708 ₪. מקורות המימון המתוכננים היו בעיקר תוכניות גישה מורחבות של חברות התרופות (30%) וביטוחים פרטיים (25%). אחוז גדול מהבקשות היו ללא מקור מימון ידוע בזמן הגשת הבקשה (31%). היעדר מקור מימון בזמן הגשת הבקשה נמצא כמעלה את הסיכוי לוותר על הטיפול פי 2.5 ( $OR=0.4$ ,  $p<0.0005$ ) להתחלת טיפול).

**מסקנות והמלצות:** טיפולי off-label נפוצים באונקולוגיה. למרות שהטיפול נרשם על ידי רופא מטפל במערכת הציבורית, העלויות גבוהות והמימון מהווה חסם לקבלת הטיפול. טיפולי off-label בישראל הם תחום מחקר מרתק מכיוון שמעורב בו טיפול רפואי הממומן באופן פרטי בתוך מערכת בריאות ציבורית. חקר שדה זה יוצר הזדמנות להסיק מסקנות ולהציע תוכניות לפעולה הרלוונטיים למגוון מערכות בריאות בעלות מבנים שונים.

## יחסי הגומלין בין בריאות ורווחה

### קצה הקרחון של תופעת האלימות במשפחה נגד נשים: נתוני רישום הטרומה הלאומי

בלה סביצקי<sup>1,2</sup>, אירינה רדומיסלנסקי<sup>1</sup>, שרון גולדמן<sup>1</sup>, אריאל קאים<sup>1</sup>, מורן בודס<sup>1</sup>

1. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז הרפואי שיבא

2. המכללה האקדמית אשקלון

**רקע:** אלימות נגד נשים במשפחה שהיא תופעה עתיקה שעדיין משגשגת ברחבי העולם. מקרים קטלניים עולים לכותרות, אך היקף התופעה שאינה קטלנית והשלכותיה פחות ידועות.

**מטרות:** לספק נתונים עדכניים לגבי אשפוזים של נשים בגין האלימות במשפחה, לאפיין את ההיפגעות והאשפוז של הנפגעות ולתאר במאפייני ההיפגעות בקבוצות אוכלוסייה שונות.

**שיטות מחקר:** מחקר פרוספקטיבי-היסטורי על נתוני רישום הטרומה הלאומי מה-1 בינואר 2011 ל-31 בדצמבר 2020. באוכלוסיית המחקר נכללו כל הנשים בנות +14 המאושפזות עקב פציעה שקשורה לאלימות במשפחה באחת מ-6 מרכזי על לטראומה או אחד מ-15 מרכזי טראומה אזוריים בישראל (n=676).

**ממצאים:** אלימות במשפחה מהווה סיבה לפציעות בדרגה בינונית לפחות בקרב 25% מהנשים המאושפזות, כאשר 20% מהקורבנות נזקקו לניתוח במהלך האשפוז. שיעור תמותה עמד על 2%. פרופורציה של נשים הרות הייתה גבוה בקרב המאושפזות ממוצא אתיופי (28%) וערבי (26%) ובקרב כלל המאושפזות עמדה על 19%. ברוב המקרים (53%), בן הזוג/לשעבר גרם לפגיעה. הקשר המשפחתי עם העבריין התפלג באופן שונה בין קבוצות האוכלוסייה שונות. בקרב 14.4% המאושפזות ממוצא ערבי אח היה הפוגע, תופעה של תקיפת אם על ידי בנה הייתה נדירה בקרב הערבים. לעומת זאת, בקרב קבוצת העולים מברית המועצות וממדינות אחרות 17% ו-26% בהתאמה נפגעו כתוצאה מתקיפה על ידי הבן. בשנת 2020 עמד הסיכון להתאשפז בעקבות האלימות במשפחה על 1.3/100,000 בקרב נשים יהודיות ועל 5.8/100,000 בקרב נשים ערביות (סיכון גבוה כמעט פי 5 בקרב נשים ערביות בהשוואה ליהודיות (RR=4.6, 95% CI: 2.9-7.3). הסיכון להתאשפז בגין אלימות במשפחה ב-2020 (שנת מגפת הקורונה) עלה לעומת 2019 ב-30% בקרב הנשים היהודיות וב-12% בקרב הנשים הערביות.

**מסקנות והמלצות:** מניעת אלימות במשפחה בחברה ישראלית חייבת להשתפר עם התייחסות מיוחדת לאוכלוסיות בסיכון: נשים ממגזר הערבי והעולות. נשים אלו פגיעות במיוחד בשל מגוון סיבות, ביניהן תמיכה משפחתית לא מספקת והיעדר משאבים כלכליים כדי לצאת ממלכודת האלימות במשפחה. שיתוף הפעולה בין שירותי בריאות, שירותי הרווחה, המשטרה והרשויות המקומיות חיוני על-מנת למנוע את התופעה, לזהות אותה מוקדם ככל האפשר למנוע היפגעות קשה ומוות.

## "כל פעם שאני עומד, מפילים אותי שוב, ואני עייף": דרי רחוב, שימוש בסמים וקריאה

### לגישת מזעור נזקים

#### ינאי קרנצלר

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** במדינת ניו ג'רסי, יש לפחות 10,000 בני אדם מחוסרי בית. בין 30%-50% סובלים מהתמכרות לסמים. על מנת להבין צרכים, לשפר שירותים ולמזער נזקים בצומת בין החיים ברחוב לשימוש בסמים, מחלקת הבריאות (New Jersey Department of Health) ביצעה מחקר בשיתוף מקלטים, עמותות רחוב, ואנשים מחוסרות. בית בחמישה אזורים ברחבי המדינה. הפרויקט התבצע כחלק מהתוכנית המדינתית למנוע מנות יתר ומומן על ידי המרכזים לבקרת מחלות ומניעתן (ה-CDC).

**מטרות:** לבחון את השפעת משבר מנות היתר על מחוסרי בית, להבין טוב יותר את הקשר בין משתנים כגון שיכון, הכנסה ותמיכה חברתית לשימוש בסמים בקרב מי שחי ברחוב, ולהפיק המלצות למדיניות ולשיפור שירותים.

**שיטות מחקר:** ראיונות עומק חצי מובנים עם 41 מחוסרות. בית ו-12 אנשי/נשות צוות במקלטים ובעמותות רחוב וניתוח תמטי.

**ממצאים:** משתתפות. ים שיתפו זיכרונות כואבים וטראומטיים, מהתעללות והדרה בילדות עד לחשיפה למערכות תמיכה שבורות והתמכרות בעקבות מרשם. המשתתפות. ים תיארו קשר מעגלי בין החיים ברחוב לשימוש בסמים ותחושת התשה כתוצאה מההימצאות במעגל זה. הן. הפצירו בשלטון להקשיב, להבין, ולסייע בהתאם לצרכים, וללא ענישה.

**מסקנות והמלצות:** משתתפות. ים המליצו לשפר את מערך הסיוע באמצעות הגברת תמיכה חברתית, הפסקת הענשת התמכרות, הסרת חסמים לשיכון על בסיס עבר פלילי, התמסדות טיפול מודע טראומה, העסקת אנשי מקצוע עם רקע אישי ברחוב/עם סמים, נגישות לגישות טיפוליות מגוונות, הפחתת סטיגמה, הנגשת שירותי בריאות הנפש למחוסרות. י בית, שיקום משולב ברצף הטיפול, ושיכון. קריאותיהן. מ משתקפות בגישת "מזעור נזקים", והיוו בסיס להגדלת התמיכה המדינתית בשבעת מרכזי מזעור נזקים בניו ג'רסי. כמו כן, חיבורים שנוצרו במהלך המחקר סייעו באופן ישיר ליצירת מערך מתכלל למחוסרות. י בית במהלך פנדמיית הקורונה.

## יחסי הגומלין בין איכות הטיפול באנשים עם דמנציה סופנית לבין רווחת בני המשפחה

### המטפלים

ענבל הלוי הוכולד<sup>1</sup>, גילה יעקב<sup>1</sup>, זוריאן רדומיסלסקי<sup>2,3</sup>, רחל ניסנהולץ-גנות<sup>3</sup>

1. האקדמית עמק יזרעאל

2. מכבי שירותי בריאות

3. אוניברסיטת אריאל בשומרון

**רקע:** בישראל, טיפול באנשים עם דמנציה מתקדמת המתגוררים בקהילה ומרותקים לביתם נעשה לרוב על ידי היחידות לטיפול בית. מסגרת טיפול נוספת, שאיננה שכיחה, הינה יחידות הוספיס הבית, המתמחות בטיפול פליאטיבי בשלבי סוף החיים.

**מטרות:** מטרת מחקר זה, לזהות ולאפיין את הטיפול הניתן לאנשים עם דמנציה סופנית המתגוררים בביתם, על ידי היחידות לטיפול בית ועל ידי יחידות הוספיס הבית. כמו כן, לתאר ולהשוות את חווית בני המשפחה המטפלים בשתי מסגרות טיפול אילו.

**שיטות מחקר:** במתודולוגיה איכותנית, בוצעו 81 ראיונות (עם 25 אנשי צוות ו-56 בני משפחה מטפלים) על פי פרוטוקול ראיון חצי מובנה. הראיונות נותחו בשיטת ניתוח תוכן תמתי.

**ממצאים:** מניתוח הראיונות עולה תמונה עשירה ומורכבת. במסגרת הרצאה זו נציג את המורכבות של תהליך קבלת ההחלטות של אנשי הצוות ובני המשפחה המטפלים באנשים עם דמנציה, ונבחן את מגוון האפשרויות העומדות בתהליכי קבלת ההחלטות. הערכת תוחלת החיים הצפויה, והתאמתו של טיפול פליאטיבי זוהו כתמה מרכזית בראיונות. נמצאו הבדלים בין שתי מסגרות הטיפול (היחידה לטיפול בית והוספיס בית), כאשר שורש ההבדל טמון בקושי לחזות את תוחלת החיים הצפויה. קושי זה בא לידי ביטוי בפערים בציפיות, בגישה הטיפולית, בהגדרת מטרות הטיפול בשלבי סוף החיים ובביצוע בחירות והעדפות המדגישות 'נוחות' לעומת 'הארכת חיים'. לממצאים אילו היו השלכות על רמות הנטל ושביעות הרצון של בני המשפחה המטפלים.

**מסקנות והמלצות:** המחקר שהינו בעל חשיבות מעשית ותיאורטית, מאפשר ליצור תשתית לבירור צרכי המשפחות המטפלות מתוך תפיסה מקצועית של 'האדם במרכז'. כל זאת במטרה להתאים את דרכי הטיפול לערכים, לעמדות, ולתפיסות העולם השונות, כפי שבאות לידי ביטוי בחברה רבת תרבותית, ובכך להביא לשיפור באיכות השירות, בשביעות הרצון ובהפחתת הנטל של בני המשפחה. אפיון השאלות הללו וההשוואה בין מסגרות הטיפול יש בכוחם לסייע בפיתוח כללים מנחים שתכליתם מתן טיפול שבבסיסו כבוד האדם, קידום שוויון ועזרה הדדית עבור החולים בדמנציה בשלב סופני המתגוררים בביתם שבקהילה ועבור בני משפחותיהם.

## "זה לא רק המידע": מהם החסמים ומה תורם למימוש זכויות בריאות בישראל מנקודת

### ראות של א.נשים מקבוצות חברתיות שונות, ארגוני זכויות וארגוני בריאות

נורית גוטמן<sup>1</sup>, אימי לב<sup>2</sup>, מראם חאזן<sup>3</sup>, שיר הדר<sup>4</sup>, נאוה מזרחי<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת תל אביב
2. המכללה האקדמית גורדון
3. המכללה האקדמית צפת
4. עצמאית (בעבר אוניברסיטת תל אביב)

**רקע:** הזכות לקבל שירותי בריאות בתזמון הולם, תוך התחשבות בצרכים ובהעדפות של הפרט, מעוגנת בחוק, ומימושה חשוב לשמירת בריאות ורווחת הפרט והציבור. למרות שבמערכת הבריאות קיימים מנגנונים לטיפול בבקשות, בתלונות ובערעורים, המאפשרים פנייה לערכאות גבוהות יותר, רבים.ות לא משתמשים.ות בהם למרות שמאמינים.ות שהזכות מגיעה להם.

**מטרות:** ללמוד מהם החסמים והגורמים שתורמים למימוש זכויות בריאות מנקודת ראות של א.נשים מקבוצות חברתיות שונות וצוותים מקצועיים מקופות החולים, משרד הבריאות, וארגוני זכויות.

**שיטות מחקר:** 134 ראיונות חצי-מובנים: 110- א.נשים שניסו לממש זכויות בריאות: 41- יוצאי אתיופיה (19 הצליחו/22 לא הצליחו); מחצית עם אוריינות קריאה מוגבלת); 49- ציבור כללי (28 הצליחו/21 לא הצליחו); 20 בחברה הערבית (6 הצליחו/14 לא הצליחו). 24- צוותים מקצועיים.

**ממצאים:** מרואיינים.ות סיפרו שוויתרו על שירותים/טיפולים למרות תחושת פגיעה בבריאות. בקרב המיעוטים הודגשו מגבלות בשפה, אפליה, חסמים הקשורים לתרבות, חוסר מיומנות דיגיטלית, ואי-קבלת עזרה מצוותי המרפאה. בכל הקבוצות הודגש חוסר בהירות המידע, מערכת בירוקרטית מתישה, חוסר שקיפות, פערי ידע בקרב צוותים המהווים "שומרי-סף". בכל הקבוצות עלה ש'עקשנות' וקבלת עזרה מאחרים הכרחיים למימוש זכויות בריאות. צוותי ארגוני זכויות הדגישו גורמים הקשורים לתשתית ושיקולים כלכליים. קשרים חברתיים הועלו כגורם חשוב בכל הקבוצות. מיומנות דיגיטלית מאפשרת קשרים מעבר למעגל החברתי הקרוב והגעה לגורמים רלוונטיים במערכת. טיפוח יחסים במרפאה הודגש בקבוצות המיעוטים עקב התלות בצוות המרפאה למידע ולעזרה.

**מסקנות והמלצות:** מימוש זכויות מתואר כהליך מתיש שמצריך קשרים וכוחות רבים. בקבוצות מודרות התייחסו לקשיים במימוש "זכויות בסיסיות" ופחות ידעו על הבירוקרטיה המורכבת. המלצות: -הרחבת הכשרת הצוותים בשטח -הפקת/הפצת מידע רלוונטי בפורמטים מותאמים תרבותית/לשונית באופן פרו-אקטיבי -הקמת גוף מכוון/מרכז בנושא מימוש זכויות בריאות במימון ממשלתי -להתייחס לנושאים הקשורים לתרבות ולחוסר אמון במערכת בקרב מיעוטים -להדגיש שיש גורם שיעזור למצות את הזכויות כשמקבלים תשובה שלילית.

## הערכת היקפי השחיקה התעסוקתית בישראל, הגורמים לה והשלכותיה הבריאותיות על

### עובדים.ות

לליב אגוזי, אשר פרדו

המוסד לבטיחות ולגיהות

**רקע:** שחיקה תעסוקתית מוכרת מזה מספר עשורים כגורם סיכון לבריאות העובדים. בעקבות הכנסת שחיקה תעסוקתית כסינדרום למדריך המחלות של ארגון הבריאות העולמי ה-ICD-11, עלה הצורך לבחון את היקפי השחיקה התעסוקתית בישראל, הגורמים לה והשלכותיה הבריאותיות.

### מטרות:

1. לספק הערכה על היקפי השחיקה התעסוקתית במגוון ענפים ותחומי עיסוק ובאוכלוסייה המייצגת את האוכלוסייה העובדת.
2. לבחון את הגורמים הנפוצים לשחיקה תעסוקתית בישראל.
3. לזהות השלכות בריאותיות של שחיקה תעסוקתית.

**שיטות מחקר:** מחקר אורך שנערך על ידי שני סקרים הראשון נערך בסוף שנת 2020 עליו ענו 2,011 משיבים (18% בערבית) ממגוון עיסוקים, ענפים ומקצועות ומייצגים מגדרית, גילאית, דתית ומבחינת אזורי מגורים. בתום שנת 2021 ענו 60% ממשיבי הסקר הראשון (1,203 משתתפים) על סקר נוסף לגבי השינויים התעסוקתיים והבריאותיים שחוו במהלך 2021. ניתוחי רגרסיה לינארית ורגרסיה לוגיסטית ב-SPSS 25 שימשו להערכת גורמי השחיקה והסיכונים הקשורים לרמות השחיקה.

**ממצאים:** ממוצע השחיקה בשנת 2020 היה 2.99 (סקלה 1-7) כאשר 3.6% דיווחו על שחיקה קיצונית, 13.6% שחיקה גבוהה מאד, 34.2% שחיקה גבוהה, 34.6% שחיקה בינונית ו-16.6% שחיקה נמוכה. בשנת 2021 עלתה מעט רמת השחיקה והגיעה לממוצע 3.10. עבור 45% מהמשיבים רמת השחיקה עלתה ול-35% ירדה. גורמים שנמצאו קשורים באופן מובהק לשחיקה הם: עומס דרישות מנטליות, עומס דרישות פיזיות, חסמים ארגוניים, סביבת עבודה עוינת, קונפליקט בין הבית לעבודה, חוסר בסמכות בתפקיד, חוסר הוגנות ארגונית וחוסר בחוסן אישי בעבודה. לא נמצא גורם אחד דומיננטי יותר מאחרים בניבוי שחיקה אלא ניכר כי שחיקה היא תוצר של ריבוי גורמי עומס או מחסור במשאבים. השחיקה שנמדדה בתום שנת 2020 נמצאה קשורה למצבים בריאותיים בשנה הבאה. נמצא קשר לריבוי ימי היעדרות בשל מחלה בשנת 2021 ( $\beta=0.17$ ,  $p<0.001$ , CI95% 0.12-0.25) סיכון מוגבר לחולי או החמרת מחלה (OR=1.26, CI95% 1.05-1.51) בעיות שריר-שלד (OR=1.31, CI95% 1.13-1.53) ומעורבות בתאונות (OR=1.47, CI95% 1.14-1.88).

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מדגישים את החשיבות של הטמעת תרבות ארגונית ונהלים ארגוניים לשמירה על הבריאות הרגשית של העובדים ולמניעת שחיקה לצורך שמירה על בריאותם הפיזית, הרגשית והפחתת הסיכון למעורבות בתאונות.

## האם חברות ברשת ערים בריאות השפיעה על התמודדות הרשויות מקומיות ותושביהן

### למגיפת הקורונה?

יעל בר-זאב, הילה נחושתן, ויסאם אבו אחמד, מילכה דונחין

האוניברסיטה העברית

**רקע:** מגיפת הקורונה הובילה להשפעות שליליות רבות. בישראל, 57 רשויות מקומיות הן חלק מרשת ערים בריאות, עם מחויבות פוליטית חזקה לקידום בריאות.

**מטרות:** לבחון האם חברות ברשת השפיעה על התמודדות הרשויות עם המגיפה, והתמודדות התושבים מבחינת תחושות דחק והיענות להנחיות.

**שיטות מחקר:** מחקר איכותני וכמותי: 1. ראיונות עם אנשי מפתח ברשויות; 2. סקר תושבים. נבחרו 14 רשויות – שבע ברשת שזווגו לשבע שאינן ברשת, על סמך מיקום גאוגרפי, אשכול סוציו-אקונומי, גודל ולאום. בוצע ניתוח תמתי כללי לראיונות. הסקר כלל שאלות לגבי היענות להנחיות, תחושות דחק, ורמת האמון בממשלה וברשות המקומית. מודלים רב-משתנים ליניאריים ולוגיסטיים עם אפקט מעורב בחנו את הקשר בין השתייכות לרשת ומשתנים אלו.

**ממצאים:** בוצעו 42 ראיונות. התמות המרכזיות כללו:

1. הבדלים בהתמודדות בין הסגר הראשון לסגרים הבאים;
2. קושי בהתמודדות עם הנתונים בתוך הרשות;
3. צורך במקור ממשלתי אחד;
4. רצון לעצמאות רבה יותר.

בחלק מהרשויות ברשת, מתאם הבריאות שיחק תפקיד משמעותי בהתמודדות. השתתפו במדגם 515 משתתפים (280 ברשת, ו-235 שאינם ברשת). שיעור גבוה יותר של תושבים ברשת דיווחו על אמון ברשות המקומית בהשוואה לתושבים שלא ברשת (44% מול 28.1%,  $p < 0.01$ ). במודלים הרב משתנים נמצא כי לתושבים שאינם ברשת, האמון ברשות המקומית היה נמוך יותר אך הבדל זה לא היה משמעותי (-0.26; 0.0295% CI). לא נמצאו הבדלים בהיענות להנחיות או בתחושות דחק לפי סטאטוס השתייכות לרשת. נצפו 2 אינטרקציות במודל היענות להנחיות – בקרב תושבי הרשת בלבד, יהודים ובעלי אמון גבוה בממשלה היו בעלי היענות גבוהה יותר.

**מסקנות והמלצות:** הרשויות המקומיות שיחקו תפקיד חשוב מאוד בתגובה למגיפה. האתגרים וההתמודדות הייתה דומה בין הרשויות ותושביהן, ללא קשר להשתייכות לרשת. בקרב תושבים ברשת, יהודים ובעלי אמון גבוה בממשלה דיווחו על היענות גבוהה יותר להנחיות. יתכן והשתייכות לרשת הגבירה את האמון ברשות המקומית. בחלק מהרשויות, תפקיד מתאם הבריאות היה חיוני להתמודדות עם המגיפה. הרשויות דיווחו על צורך במקור מידע מרכזי אחד, ועצמאות רבה יותר.



## בית או פנימייה: מהי המסגרת האופטימלית עבור משפחות המגדלות ילד עם מוגבלות

### שכלית קשה או עמוקה?

יעל קרני-ויזל<sup>1</sup>, מיטשל שערץ<sup>2</sup>, כרים נסאר<sup>3</sup>

1. אוניברסיטת בר אילן
2. קופת חולים מאוחדת
3. המכללה האקדמית צפת

**רקע:** בעשורים האחרונים, מספר הילדים והמתבגרים עם מוגבלות שכלית קשה ועמוקה אשר מתגוררים עם הוריהם ומטופלים על ידם גדל, זאת בעקבות מדיניות חברתית והמלצות אנשי מקצוע. משפחות המגדלות ילדים עם מוגבלות שכלית (מש"ה) קשה חוות אתגרים נפשיים, בריאותיים וכלכליים. עד כה, מחקרים מעטים השוו את איכות החיים בין משפחות אשר בחרו לגדל את הילד בבית לבין אלו אשר בחרו לגדל את הילד במעון-פנימייה, ותוצאותיהם לא עקביות.

**מטרות:** מטרת המחקר להשוות השלכות משפחתיות ואישיות בקרב משפחות המגדלות ילד עם מוגבלות שכלית קשה או עמוקה בבית לעומת משפחות שילדיהן שוהים במסגרת מוסדית.

**שיטות מחקר:** 60 הורים לילדים ( $M=8.94$ ,  $SD=4.71$ ) עם מש"ה קשה ועמוקה ( $DQ\leq 40$ ) השתתפו עד כה במחקר. ההורים מילאו שאלונים הבוחנים את איכות חייהם, באמצעות סקר איכות החיים של משפחה – Family Quality of Life Survey Brown et al., 2006, שאלון לחץ הורי (PSI) ושאלונים הבוחנים את סממני דיכאון, תחושות אשמה ובושה ובריאות גופנית.

**ממצאים:** ממצאים מצביעים על איכות חיים גבוהה יותר בקרב משפחות אשר מגדלות את ילדם במעון לעומת אלו המגדלות את ילדם בבית ( $p<0.05$ ). כמו כן, הורים המגדלים את ילדם במעון דיווחו על לחץ הורי מופחת ביחס לאלו המגדלים את ילדם בבית ( $p<0.05$ ). הורים לילדים עם מוגבלות שכלית קשה ועמוקה דיווחו על סממני דיכאון וסומטיזציה בשיעור גבוה ללא קשר למקום מגורי הילדים. לא נמצאו הבדלים בחומרת התחושות של בושה ואשמה בין שתי הקבוצות.

**מסקנות והמלצות:** הורים המגדלים ילדים עם מש"ה בביתם מדווחים על איכות חיים נמוכה ביחס לזו המדווחת בקרב הורים המגדלים ילדיהם במעון. בעת בה מעודדים משפחות לגדל את ילדיהם בבית, המלצות החוקרים נוגעות לצורך במענים משפחתיים מוגברים עבור הורים המגדלים ילדים עם מוגבלות שכלית קשה ועמוקה. בנוסף מוצע תכנון מענים עבור צרכיהם הבריאותיים והנפשיים המתמשכים של הורים לילדים עם מש"ה ללא קשר למקום מגורי הילדים.

## מגמות עשור בנתונים על אנשים עם התמכרויות בישראל: מה מלמדים מקורות המידע השונים

הראל גורן<sup>1</sup>, אהרון שבי<sup>1</sup>, חגית בוני נח<sup>2</sup>

1. משרד הרווחה והביטחון החברתי

2. אוניברסיטת אריאל בשומרון

**רקע:** סקרים ונתונים מהעולם מצביעים על שיעור גבוה של אנשים הצורכים חומרים פסיכו-אקטיביים וגם כאלו שלהם הפרעת שימוש בחומרים. למרות זאת, ההערכה היא כי רק 1 מתוך 6 אנשים יגיעו לקבל טיפול. בישראל המצב דומה. קיים פער גדול בין היקף האנשים הצורכים סמים, אלכוהול ועוסקים בהימורים כפי שהתגלו בסקר האפידמיולוגי הלאומי האחרון ובין אלו המגיעים לטיפול במערכות הרווחה.

**מטרות:** תיאור המגמות בתופעת התמכרות לסמים, לאלכוהול ולהימורים בעשור 2009-2018, מתוך מגוון מקורות המידע העומדים לרשות המשרד.

**שיטות מחקר:** מחקר ארכיוני על הרשומים במחלקות לשירותים חברתיים עם בעיות התמכרות מתוך מאגר 'נתוני יסוד' של משרד הרווחה והביטחון החברתי והשוואתו לנתוני הסקרים האפידמיולוגיים. בנוסף, סקר מקיף על כלל המטופלים במסגרות הטיפול שמטעם משרד הרווחה בנוגע לסוג ההתמכרות, למגוון מאפיינים אישיים וחברתיים ולתוצאות הטיפול.

**ממצאים:** למרות שהסקרים האפידמיולוגיים הצביעו על עליה בשימוש באלכוהול ובחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב בני 16 ומעלה, מספר הרשומים במחלקות לשירותים חברתיים עם בעיות שימוש בסמים ובאלכוהול בתקופה המקבילה ירד. בנוסף, השימוש לרעה באלכוהול רווח יותר משימוש לרעה בחומרים אחרים, אך המספר השנתי של הרשומים עם בעיות שימוש בסמים היה כפול מזה של הרשומים עם בעיית שימוש באלכוהול. מגמות סותרות אלו חייבו את השירות לטיפול בהתמכרויות לבצע באופן עצמאי איסוף מידע מקיף בקרב המטופלים בפועל במסגרות השירות. איסוף המידע בחן מספר רב של מדדים והראה כי: חלה עלייה במספר הכללי של המטופלים בגין התמכרויות; מספרם של מטופלי האלכוהול והאופיאטים ירד במהלך השנים שעד 2018, ומספר המטופלים בקנביס, בקוקאין ובתרופות מרשם עלה; כ-51% מהמטופלים עברו פגיעה כלשהי: מינית, פיזית, נפשית וכ-32% מהמטופלים מתמודדים עם קשיים ו/או הפרעות נפשיות, נוסף לבעיית ההתמכרות; בערך 70% מהמטופלים בכל שנה מתמידים או מסיימים על יעדי הטיפול, אך השאר נושרים מהטיפול ממגוון סיבות; מספר מסגרות הטיפול עלה במהלך העשור ב-20%.

**מסקנות והמלצות:** נדרש עדכון של כללי הרישום של הפונים למחלקות בגין התמכרויות ותשומת לב ליישוג בקרב צעירים.

## השפעת מגפת הקורונה על פערים כלכליים ועל צריכת שירותי בריאות בישראל

ברוך לוי, טלי ריין-אלוני, מלכה בורו, לאה ופנר

ההסתדרות הרפואית בישראל

**רקע:** ממצאי עבר מלמדים כי אוכלוסיות חלשות כלכלית ומודרות חברתית פגיעות יותר למגפות בהשוואה לכלל האוכלוסייה. התרחבות הפערים בעת מגפה עשויה לבוא לידי ביטוי באופנים שונים, כגון בתוצאי בריאות, בגישה לשירותי בריאות, בכיסוי הוצאות בריאות ועוד.

**מטרות:** לבחון את השפעת מגפת הקורונה (Covid-19) על אי-השוויון החברתי והבריאותי בישראל לפי חתך כלכלי, אתני וגיאוגרפי במהלך שנת 2020.

**שיטות מחקר:** סקר אינטרנטי הכולל 950 נסקרים ישראלים בני 18 ומעלה, ואשר מתבסס על מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת של ישראל. הסקר, שנערך בחודש אוגוסט, 2020 כחצי שנה לאחר פרוץ המגפה בישראל, כולל סדרה של שאלות הנוגעות לדפוסי צריכת שירותי בריאות כגון החזקת ביטוח פרטי, זמן המתנה לרופא מומחה, ויתור על שירותים רפואיים ועוד. מחקר זה מתמקד בשאלות הבאות:

1. באיזו מידה השפיע משבר הקורונה על המצב הכלכלי של בני ביתך?
2. האם אתה מודאג מהנטל הכספי של ההוצאות על תרופות וטיפולים חדשים?
3. האם במחצית השנה האחרונה מישהו מבני המשפחה הקרובה שלך נאלץ לצמצם או לוותר על שימוש בשירות רפואי בגלל החשש להיחשף לחולה קורונה במרפאות/ מתקני הרפואה הציבוריים?

**ממצאים:** 31% מבעלי ההכנסה הנמוכה מעידים כי נפגעו כלכלית ממשבר הקורונה במידה רבה או רבה מאוד, לעומת 13% מבעלי ההכנסה הבינונית ו-5% מבעלי ההכנסה הנמוכה. פער נמצא גם בין יהודים ולא-יהודים (18% לעומת 39% בהתאמה). שיעור המוותרים על שירות רפואי באזור הדרום (54%) הוא הגבוה ביותר. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות אוכלוסייה באשר לדאגה מהנטל הכספי של ההוצאות על תרופות וטיפולים חדשים.

**מסקנות והמלצות:** הממצאים מצביעים על פערים בין קבוצות אוכלוסייה במידת הפגיעה הכלכלית כתוצאה מהמגפה ובויתור על שירותי רפואה בשל החשש מהידבקות במחלה. ממצאי המחקר מלמדים על הצורך בחיזוק רשתות הביטחון החברתיות בעתות משבר, בדגש על מערכת הבריאות הציבורית, כגון מתן הקלות כלכליות על ביקורים, טיפולים ותרופות לצד ניטור ויתורים על טיפולים רפואיים. מחקר זה עשוי, אפוא, לסייע בגיבוש המדיניות הרצויה להתמודדות עם מגפת הקורונה והשלכותיה.

## איכות הבריאות

### מדדי סוכרת ואיכות הטיפול בסוכרת בחולים עם מחלת נפש קשה - SMI – בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בישראל 2015-2019. תוצאות מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה ( התמ"ל )

אורה פלטיאל<sup>1,2</sup>, דבורה ברדה<sup>1</sup>, רונית קלדרון-מרגלית<sup>2,1</sup>

1. הדסה עין כרם

2. האוניברסיטה עברית

**רקע:** אנשים עם מחלת נפש חמורה (SMI) סובלים מתוחלת חיים קצרה יותר וסיכון מוגבר לתחלואה נלווית, כולל הימצאות סוכרת פי 2-3 יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. סיכונים אלה קשורים בנגישות לשירותי בריאות, קושי באימוץ אורח חיים בריא והשפעות מטבוליות של טיפולים פסיכיאטריים. הרפורמה בבריאות הנפש 2015 בישראל העבירה את האחריות לטיפול בבריאות הנפש לקופות החולים ובכך אפשרה זיהוי חולים עם SMI אשר יסייע לשיפור איכות הטיפול בסוכרת באוכלוסייה זו.

**מטרות:** להשוות מדדי איכות ותוצאי ביניים של הטיפול בסוכרת באנשים עם SMI בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.

**שיטות מחקר:** העבודה התבססה על נתוני קופת החולים המאוגדים בתמ"ל, הכוללים את כלל האוכלוסייה האזרחית בישראל. הערכנו שיעורי הימצאות של SMI, סוכרת והשמנה, תיעוד המוגלובין מסוכרר - HbA1c ואיזון גליקמי. הניתוח רובד לפי מגדר, גיל ומעמד סוציו-אקונומי. מדדי האיכות הושוּו בין אנשים עם וללא SMI, חושבו יחס סיכויים (OR) ורווחי-סמך של 95% [CI], ונותחו מגמות בזמן לשנים 2015-2019.

**ממצאים:** אנשים עם SMI (n=75,500), המהווים 1.3% מהאוכלוסייה הבוגרת, נמצאו עם שיעורי הימצאות גבוהים של השמנה (OR= 2.11, 95%CI: 2.08-2.13) וסוכרת (OR=1.64, 95% CI: 1.64-1.67) בהשוואה לאוכלוסייה הכללית ב-2019, ונצפתה עליה קלה בשיעורים אלה עם השנים (p for trend <0.001). השיעור של סוכרת מאוזנת היה דומה בשתי האוכלוסיות (OR=1.02, 95%CI: 0.97-1.06), אך סוכרת בלתי מאוזנת (HbA1C>9) הייתה שכיחה יותר (OR=1.22, 95%CI: 1.14-1.30) ותיעוד ביצוע בדיקת HbA1c היה נמוך מעט (OR=0.88, 95%CI: 0.83-0.94) בקרב חולי SMI. נמצא מתאם שלילי בין מעמד סוציו-אקונומי, ומדדי השמנה ואיזון סוכרת מאידך בקרב אנשים עם SMI.

**מסקנות והמלצות:** סוכרת והשמנת יתר שכיחים בקרב אנשים עם SMI. נראה כי הטיפול והמעקב בחולי סוכרת דומים לרוב באוכלוסייה עם ובלי SMI. נותרו אתגרים בשילוב מערכת הבריאות הגופנית והנפשית בישראל. מחקר זה מצביע על קושי מסוים באיזון סוכרת בחולים עם מחלת נפש קשה ומציע כי האתגר העיקרי הוא למנוע סוכרת והשמנת יתר באוכלוסייה הזו.

## בניית מודל חיזוי מבוסס בינה מלאכותית לאשפוזים חוזרים במרכז הרפואי תל אביב

אורלי קהת<sup>1</sup>, רוני גמזו<sup>1</sup>, אורלי ויינשטיין<sup>2</sup>, אהובה וייס-מייליק<sup>1</sup>

1. המרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי

2. שירותי בריאות כללית

**רקע:** אשפוז חוזר של מטופל הינה תוצאה לא רצויה אשר מקורה בכשל של המערכת, בין אם במהלך האשפוז, במעקב הקהילתי לאחריו או ברצף הטיפול ביניהם. בהינתן כי מיטות אשפוז הינם מהמשאבים הנדרשים ביותר המערכת הבריאות בישראל, קיימת חשיבות רבה לצמצום תופעה זו.

**מטרות:** בניית מודל חיזוי לאשפוזים חוזרים במרכז הרפואי תל אביב המבוסס על בינה מלאכותית תוך שימוש במידע מתוך מערכות בית החולים. שיטה זו תוכל לתת אינדיקציה לצוות המטפל וכן לצוות המנהלי כי החולה נמצא בסיכון גבוה לחזרה לאשפוז ותאפשר לצוות לנקוט פעולות מנע.

**שיטות מחקר:** המחקר הינו מחקר רטרוספקטיבי העושה שימוש בנתונים של חולים שאושפזו במחלקות הפנימיות בין השנים 2011-2019. הנתונים שנלקחו בחשבון כוללים נתונים סוציו-דמוגרפים, סימנים חיוניים, תוצאות בדיקות מעבדה, אבחנות, תרופות ונתונים כללים נוספים. אשפוז חוזר הוגדר כאשפוז בלתי מתוכנן שהתרחש בטווח של עד 30 יום משחרור קודם. המחקר נעשה בשלושה שלבים: 1. הגדרת אוכלוסיית המחקר וחלוקתה לקבוצות אימון רטרוספקטיבית וקבוצת ולידציה פרוספקטיבית; 2. תהליך איטרטיבי של בחינת אלגוריתמים שונים; 3. (regularized logistic regression, Xgboost, random forest). לאחר בחירת המודל המדויק ביותר נבדקו ביצועיו על קבוצת ולידציה פרוספקטיבית.

**ממצאים:** הממצאים מראים כי בקרב החולים המאושפזים ממחלקות פנימיות, כ-14% מהמאושפזים חוזרים לאשפוז חוזר בלתי מתוכנן וכי שיעור זה עקבי לאורך השנים. לאחר בחינת אלגוריתמים שונים, נבחר מודל לינארי שהראה ביצועים של  $AUC = 0.71$  על קבוצת הוולידציה הפרוספקטיבית, כאשר הביצועים טובים יותר בקרב חולים בגיל 65 ומטה (0.76) בהשוואה לחולים מבוגרים יותר (0.69). ביצועים אלה הינם גבוהים יותר מה-HOSPITAL Score for Readmissions הממדד המקובל בספרות לאשפוזים חוזרים (0.65). בנוסף נבדק המודל גם על קבוצת ולידציה אחרות כגון מאושפזים במחלקות קרדיולוגיה וכירורגיה וחולי Covid-19.

**מסקנות והמלצות:** למרות שמדובר בקבוצה הטרוגנית למדי של חולים, מודל החיזוי מראה רמת חיזוי טובה מזו של המדדים המקובלים בספרות. מודל מסוג זה יכול להיות מוטמע בבית החולים ולהורות על נקיטת צעדים לצמצום אשפוזים חוזרים.

## השפעת התפרצות מגפת COVID-19 על מדדי איכות שנמדדים במסגרת התוכנית

### הלאומית למדדי איכות בבתי חולים

מיכאל קוניאבסקי, אלכסנדר קונסון, אולגה ברונשטיין, שאול דולברג, ירון ניב

משרד הבריאות

**רקע:** תחום האיכות ברפואה ומדידתו הושפע רבות במהלך מגפת COVID-19 העולמית. מחקרים מראים שבתקופת המגפה נצפו שינויים בשיעורי העמידה במדדי האיכות הלאומיים. בארה"ב, ה-CMS עיכבו את האיסוף ודיווח הנתונים במסגרת התוכנית למדדי איכות. בישראל, פעילותה של התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים נמשכה כסדרה גם בתקופת המגפה. עם השלמת הדיווחים עבור שנת 2020, בדקנו את השפעת המגפה על מדדי האיכות שנמדדים בבתי החולים הכלליים, הגריאטריים, הפסיכיאטריים, שירותי הפרה-הוספיטל ותחנות טיפת-חלב.

**מטרות:** למדוד את השפעת ההתפרצות של מגפת COVID-19 בישראל על היקף הפעילות ועל שיעורי העמידה הלאומיים של מדדי האיכות המדווחים במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות.

**שיטות מחקר:** הנתונים נאספו במסגרת הדיווח לתוכנית הלאומית למדדי איכות. לאחר תיקוף ועיבוד סטטיסטי נערכה השוואת נתונים בין שנת 2020 ל-2019 בשני פרמטרים: היקף פעילות המדדים, שבא לידי ביטוי בגודל אוכלוסיית המדד (כלומר במספר הנבדקים) ושיעורי העמידה במדדים. נותני שירות שלא דיווחו ו/או מדדים שלא דווחו במשך שנתיים מלאות לא נכללו בחישוב.

**ממצאים:** בשנת 2020 נצפתה ירידה ברורה בהיקף פעילות המדדים ביחס ל-2019 (ירידה ממוצעת של 7% בבתי חולים כלליים, 16% בבתי חולים גריאטריים, 4% בבתי חולים פסיכיאטריים, 1% בתחנות טיפת חלב ועליה של 3% בשירותי פרה-הוספיטל). יחד עם זאת, ברוב המכריע של המדדים, שיעורי העמידה הלאומיים עלו או לא השתנו בשנת 2020 (עליה ממוצעת של 2% בבתי חולים כלליים ו-1% בשירותי פרה-הוספיטל, וירידה של 2% בבתי חולים גריאטריים, 1% בבתי חולים פסיכיאטריים ו-1% בתחנות טיפת חלב).

**מסקנות והמלצות:** הפעילות השגרתית של מערכת הבריאות ירדה בישראל בשנת 2020 בהשוואה לשנת 2019, והדבר בא לידי ביטוי בירידה בפעילות מדדי האיכות. יחד עם זאת, שיעורי העמידה הלאומיים היו טובים יותר ברוב המדדים. תוצאות אלו מצביעות על כך שאין לעצור פעילות של תוכניות למדידת איכות בבריאות במצבים קריטיים, כגון מגיפה. פעילות סדירה של התוכנית מאפשרת מדידה של ביצועי מערכת הבריאות בעת משבר ויתרה מכך מסייעת לשמר רמת איכות מיטבית.

## האם הסגר בתקופת הקורונה השפיע על איכות ותוצאות מטופלי אוטם שריר הלב ושבץ

### מוחי? משמעויות קליניות וכלכליות

אלכס גלפר<sup>1</sup>, רחלי מגנז<sup>2</sup>, ענת עקה-זוהר<sup>3</sup>, ברניס אוברמן<sup>4</sup>, איל צימליכמן<sup>1</sup>

1. המרכז הרפואי שיבא

2. אוניברסיטת בר אילן

3. בית בלב

4. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז הרפואי שיבא

**רקע:** מגיפת הקורונה הנגרמת על ידי נגיף ה-SARS-CoV-2 השפיעה על מערכות הבריאות ברחבי העולם, מה שהוביל לירידה במספר הפניות לבתי החולים והעלה חששות לגבי ירידה באיכות הטיפול.

**מטרות:** לחקור את ההשפעות המוקדמות של המגיפה על איכות הטיפול בשבץ מוחי ואוטם שריר הלב (STEMI) תוך התמקדות בתוצאות קליניות ועלויות טיפול ישירות.

**שיטות מחקר:** מחקר תצפיתי רטרוספקטיבי זה התבסס על נתוני הרשומות הרפואיות האלקטרוניות של מרכז רפואי בן 1,900 מיטות במרכז הארץ. תקופת המחקר בת 10 השבועות כללה את הגל הראשון של מגיפת הקורונה בישראל. אוכלוסיית המחקר הכילה את כל המתקבלים למלר"ד עם אבחנות של אוטם שריר הלב ושבץ מוחי אשר הושאו לתקופות מקבילות בשנים 2017–2019. הניתוח התמקד בדמוגרפיה, מדדי סיכון וחומרה, והשפעת התוצאות הקליניות על עלויות האשפוז.

**ממצאים:** נתוני 634 מקרי שבץ מוחי ו-186 מקרי אוטם שריר הלב הצביעו על ירידה של 16% ו-19% בקבלות למלר"ד, בהתאמה, בהשוואה לשנת 2019. לא זוהו שינויים משמעותיים בנתונים הדמוגרפיים וברוב הפרמטרים של ניהול המחלה, כמו גם בתוצאות של אשפוז חוזר ותמותה. הזמן הממוצע מקבלה למלר"ד ועד ביצוע הצנתור עלה באופן לא מובהק ב-33%, והוריד את מדד האיכות בטיפול תוך 90 דקות מ-94.7% בשנים הקודמות ל-83% ב-2020. ( $p=0.022$ ). הזמן החציוני לביצוע דימות בחשד לאירוע מוחי התארך ב-28% ל-32 דקות ( $p=0.05$ ). כתוצאה מכך, רק 24.3% מהמטופלים עמדו במדד האיכות של ביצוע הדמיה תוך 29 דקות לעומת ממוצע של 45.5% בשנים הקודמות ( $p<0.01$ ). נמצא כי משך השהייה ארוך יותר ואשפוזים רבים יותר ביחידות לטיפול נמרץ היו הגורמים העיקריים לעלייה של 6.5% בעלות הממוצעת של מטופלי אוטם שריר הלב במהלך האשפוז הראשוני, שהסתכמו ב-\$29,300 בתקופת הקורונה ( $p=0.008$ ).

**מסקנות והמלצות:** תקופת המגיפה הראשונית גרמה לירידה במדדי האיכות הקשורים לפרוטוקולי אבחון וטיפול ועליה בעלויות הטיפול, ללא שינוי מובהק בתוצאי הטיפול. יש להגביר את המודעות למצבים מסכני חיים למטופלים, למטופלים ראשוניים וצוותי בתי חולים על מנת לאפשר אבחון וניהול נאותים.

## תפיסות רופאים ראשוניים ביחס לתרומתה של האחות לשיפור איכות הטיפול הרפואי

רחל ניסנהולץ-גנות<sup>1,3</sup>, יעל סלע<sup>2</sup>, ברוך רוזן<sup>3</sup>, תמר מדינה-הרטום<sup>3</sup>

1. אוניברסיטת אריאל

2. מרכז אקדמי רופפין

3. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

**רקע:** אחיות הן שחקניות מפתח בתחום הטיפול הראשוני בישראל, ובמאמצים לשפר את איכותו. ובכל זאת, מחקר שנערך בשנת 2010 על תפיסת רופאים ראשוניים, ביחס לתוכנית הלאומית למדידת איכות בקהילה, הראה כי כ-40% מהנשאלים דיווחו כי תרומת האחיות לטיפול הראשוני הייתה בינונית, קטנה או קטנה מאוד.

**מטרות:** לבחון האם וכיצד השתנו תפיסות הרופאים הראשונים בקהילה ביחס למידת התרומה של האחיות לאיכות הטיפול בקהילה הראשוני בקהילה.

**שיטות מחקר:** השוואה בין שני סקרים בדיווח עצמי (אינטרנטי עם גיבוי טלפוני) של רופאים ראשונים בכל הקופות, בשנים 2010 ו-2020. המדגם ב-2020 כלל 725 רופאים ומתוכם מילאו את הסקר 450 (62%) והמדגם ב-2010 כלל 884 רופאים ומתוכם מילאו את הסקר 605 רופאים (68%). בסקרים נבחנו בין השאר התפיסות של הרופאים ביחס למידת התרומה של האחיות לשיפור איכות הטיפול הרפואי.

**ממצאים:** שיעור הרופאים הראשונים התופסים את האחיות כתורמות משמעותית לאיכות הטיפול הראשוני עלה מ-59% בשנת 2010 ל-67% בשנת 2020 ( $p < .01$ ), אך יש לציין כי שלישי מהרופאים לא סבורים שהאחיות תורמות משמעותית לשיפור איכות הטיפול הרפואי. שיעור הרופאים שסברו כי מעורבות האחיות תורמת במידה רבה מאוד לאיכות הטיפול הרפואי עלה מ-17% בשנת 2010 ל-25% בשנת 2020 ( $p < .01$ ). שיעור הרופאים הראשוניים המאמינים שהמצב הפסיכו-סוציאלי של המטופל משפיע על מצבו הבריאותי ועל הצלחת הטיפול עלה מ-43% בשנת 2010 ל-52% בשנת 2020 ( $p < .01$ ). יתרה מזו, כמחצית מהרופאים המאמינים כך במידה רבה מאוד, מאמינים שהאחיות מעורבות בשיפור איכות הטיפול הראשוני במידה רבה או רבה מאוד.

**מסקנות והמלצות:** במהלך העשור האחרון חלה עלייה במידה בה רופאים תופסים אחיות כשותפות משמעותיות בשיפור האיכות. הדבר עשוי לנבוע, בין השאר, מהמחסור בצוותים רפואיים ובמשאבים אחרים, המחייבים את הרופאים לחלוק את העומס ואת האחריות שלהם עם האחיות כדי לספק שירותי בריאות מתאימים ואיכותיים למטופלים. על מנת להמשיך ולשפר את האיכות השירות הרפואי הניתן למטופלים ראוי להעניק לאחיות בקהילה סמכויות נוספות בייחוד בכל הקשור לניהול טיפול ולהגביר את שיתוף הפעולה עם הרופאים.



## האם חל שינוי בדפוס האשפוז במחלקות הפנימיות בשנת הקורונה הראשונה?

ציונה חקלאי, עטל-שולמית גורדון, דמיטרי מוסטובוי

משרד הבריאות

**רקע:** המחלקות הפנימיות בבתי החולים הן עמוד הטווח באשפוז הכללי ומהוות למעלה משליש מימי האשפוז באשפוז הכללי ללא יולדות. במהלך הקורונה, חלק מהמיטות הפנימיות וחלק מהצוות הרפואי הוסב לטיפול במחלקות המיועדות לטיפול בקורונה.

**מטרות:** לבדוק האם דפוס האשפוז של המאושפזים בפנימיות השתנה בשנת הקורונה הראשונה.

**שיטות מחקר:** המחקר מבוסס על מאגר האשפוזים במשרד הבריאות, בהתאם לדיווח בתי החולים. נכללו המחלקות הפנימיות הכלליות, פנימית מוגבר ופנימית גריאטרית בבתי החולים הכלליים בשנת הקורונה הראשונה, מרץ 2020-פברואר 2021 בהשוואה לשנה לפני, מרץ 2019-פברואר 2020.

**ממצאים:** בשנת הקורונה הראשונה, מרץ 2020-פברואר 2021, נרשמו 209 אלף אשפוזים בפנימיות בהשוואה ל-278 אלף בשנה לפני פרוץ הקורונה, ירידה ב-25%, בקרב צעירים עד גיל 55 הירידה גבוהה יותר, 29%. באפריל 2020 וביוני 2021 נרשמה הירידה הגבוהה ביותר 42% ו-34%, בהתאמה, והנמוכה ביותר ביוני ואוגוסט 2020, 7% ו-19% בהתאמה. בשנת הקורונה 67% מהאשפוזים בפנימיות היו בגיל +65, עליה מ-66% בשנה לפני 26%, היו עם +3 במדד צ'רלסון לתחלואה מרובה, לעומת 25% בשנה לפני. אחוז האשפוזים עד 3 ימים עלה ל-61% מ-60% בשנה לפני. בשנת הקורונה הראשונה אחוז האשפוזים עם CHF, UTI, AMI, סוכרת, סרטן, מחלות כבד ומחלות כליה היה גבוה יותר מהשנה לפני, ואילו אחוז האשפוזים עם COPD, TIA, דמנציה ודלקת ריאות היה נמוך יותר. לא נמצא הבדל באשפוזים עם שבץ מוחי ודלקת תוספתן. בשנת הקורונה אחוז הפטירות מכלל האשפוזים בפנימיות עלה ל-7% מ-6% בשנה לפני, האחוז גבוה בכל החודשים פרט ליוני 2020. אחוז האשפוזים החוזרים בתוך 30 ימים היה נמוך יותר 11.9, לעומת 13.3 בשנה לפני.

**מסקנות והמלצות:** התוצאות מראות שהמאושפזים בפנימיות בשנת הקורונה הראשונה היו מעט מבוגרים יותר ועם תחלואה רבה יותר, אך האנשים עם מחלות קריטיות הגיעו לבית החולים, כלומר האוכלוסייה קיבלה את הטיפול הרפואי הראוי. יש חשיבות בהמשך ניהול המערכת ובמיוחד בזמן מגפה.

## מגורים בפריפריה ומצב סוציו-אקונומי נמוך קשורים בתוצאים גרועים יותר של מחלת מעי

### דלקתית - מחקר כלל-ארצי של epi-IIRN

אורן לדר<sup>1,2</sup>, סשה הראל<sup>1</sup>, רונה לוחן<sup>1</sup>, חגית פריס<sup>1</sup>, אסתר אורלנסקי-מאיר<sup>1</sup>, דותן יוגב<sup>1</sup>, יסכה לבנברג וייסבנד<sup>3</sup>, שירה גרינפלד<sup>4</sup>, רויתל קריב<sup>4</sup>, נתן לדרמן<sup>5</sup>, ערן מץ<sup>6</sup>, דורון שוורץ<sup>7</sup>, גילי פוכט<sup>1</sup>, איריס דותן<sup>8</sup>, דן טרנר<sup>1,2</sup>

1. המרכז הרפואי שערי צדק

2. האוניברסיטה העברית

3. שירותי בריאות כללית

4. מכבי שירותי בריאות

5. קופת חולים מאוחדת

6. לאומית שירותי בריאות

7. מרכז רפואי סורוקה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

8. מרכז רפואי רבין, פתח תקווה, אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** הנגישות המוקדמת לשירותי רפואה איכותיים משפיעה על התוצאים של חולים במחלות מעי דלקתיות (IBD). במחקר כלל-ארצי של קבוצת האפידמיולוגיה של Israeli IBD Research Nucleus (IIRN) ניסו להעריך את השפעת אזור המגורים והמעמד הסוציו-אקונומי (SES) על התוצאים של המחלה.

**שיטות:** השתמשנו בנתונים מארבעת קופות החולים בישראל, המטפלות ב-98% של האוכלוסייה. איזורי המגורים הוגדרו כמרכז, צפון ודרום, וה-SES דורג מהנמוך ביותר עד הגבוה ביותר (1 עד 4) בהתאם להגדרות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל. נקודת הסיום הראשונית הייתה התלות בקבלת סטרואידים, ונקודת סיום השניונית היו הצורך בניחות, טיפולים ביולוגיים ותמותה.

**תוצאות:** הוכללו בסה"כ 28,216 מטופלי IBD: מתוכם, ל-15,815 (56%) הייתה מחלת קרוהן (CD) ול-12,398 (44%) קוליטיס כיבית (UC); (74%, 12% ו-14%, בהתאמה, התגוררו באזור המרכז, הדרום והצפון של ישראל) (21% SES-1 ו-12% SES-4). מעמד סוציו-אקונומי נמוך יותר היה קשור בתלות בקבלת סטרואידים (22% ב-SES 1 לעומת 13% ב-SES 4 ב-CD,  $p > 0.001$  ו-20% לעומת 14% ב-UC;  $p > 0.001$ ), וכן בשיעורים גבוהים יותר של הצורך בניחות (21% לעומת 13%,  $p > 0.001$  ו-1.9% לעומת 0.8%, בהתאמה), ובתמותה מוגברת (3.3% לעומת 5.2%,  $p = 0.03$  ו-6.7% לעומת 5.1%,  $p = 0.03$ ). הייתה תלות רבה יותר במתן סטרואידים ושיעורים גבוהים יותר של ניתוחים בקרב CD באזורים הפריפריים בהשוואה לאזור המרכז, במודלים של רב-משתנים, הן SES והן אזורי הפריפריה היו קשורים באופן בלתי תלוי בתוצאים יותר גרועים.

**מסקנות והמלצות:** מצאנו כי מעמד סוציו-אקונומי נמוך ומגורים באזורי פריפריה היו קשורים בתוצאים גרועים יותר של IBD. תוצאות אלה צריכות להילקח בחשבון על ידי קובעי המדיניות וצריכות לקדם אסטרטגיות לשיפור התוצאים של האוכלוסיות בסיכון.

## פערים חברתיים ומגדריים בתחלואה בסוכרת ובבדיקות סקר לגילוי סרטן 2015-2019,

### נתונים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה

אליענה עין מור, מיכל קריגר, שולי ברמלי-גרינברג, אדם רוז, רונית קלדרון-מרגלית

האוניברסיטה העברית

**רקע:** לצמצום פערים בבריאות ערך חברתי רב והוא אחד מיעדי האסטרטגיים של משרד הבריאות. מיפוי והבנת הפערים מהווים שלב מכריע בתהליך צמצום והשקעת משאבים יעילה.

**מטרות:** לאמוד פערים חברתיים ומגדריים בבריאות ואת המגמות של פערים אלו בשנים 2015-2019.

**שיטות מחקר:** הניתוח מתבסס על נתוני התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה, כוללים את כלל האוכלוסייה האזרחית בישראל. חושבו הפרשי השיעורים של מדדי המצאות ואיזון סוכרת וכן מדדי סיקור לגילוי מוקדם של ממאירויות בין השכבות החברתיות-כלכליות (SES) הגבוהה והנמוכה ביותר (10 ו-1 בהתאמה) וכן הפרשי השיעורים בגברים לעומת נשים. נבחנו מגמות לאורך השנים 2015-2019.

**ממצאים:** לא נמצאו פערים בהמצאות סוכרת ובביצוע של HbA1C ולא היו שינויים בשנים 2015-2019. לעומת זאת, שיעור הסוכרתיים שאינם מאוזנים היו גבוהים בקרב ה-SES הנמוך לעומת הגבוה והפער הצטמצם מ-20.6% ל-13.4% בשנות המעקב. השמנת-יתר נפוצה יותר בקרב ה-SES התחתון והפער התרחב בהדרגה לאורך השנים מ-3.7% ל-6.3%. מבחינת ההבדלים המגדריים במדדי הסוכרת נמצא כי ההמצאות גבוהה יותר בקרב גברים, שיעור הביצוע של HbA1C גבוה יותר בנשים ושיעור חוסר האיזון נפוץ יותר בגברים, ללא שינויים לאורך השנים. בבדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בוצעו יותר בקרב ה-SES העליון לעומת התחתון. בכל השכבות הייתה עליה בביצוע עם השנים והפער הצטמצם בהדרגה מ-13.8% ל-9.2%. ביצוע ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד וכן ביצוע בבדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם נפוצים יותר בקרב נשים מה-SES העליון. בכל השכבות הייתה עליה בביצוע, אך הפערים התרחבו בביצוע ממוגרפיה מ-1% ל-5.24% ובבדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם מ-33.8% ל-37.4%.

**מסקנות והמלצות:** לצד צמצום הפערים שנמצא בחוסר האיזון של הסוכרת ובבדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, נמצאה הרחבת פערים במדדי הסיקור של סרטן בנשים. למידת עומק של המקורות לפערים, מסייעת להכוונת פעולות ממוקדות, לצמצום ולשיפור בריאות האוכלוסייה בישראל. המחקר מדגים את החשיבות בהרחבת המדידה גם למיקום גאוגרפי ולמגזר.

## שימוש בפלטפורמה דיגיטלית מותאמת אישית להדרכת מטופלים העומדים לבצע בדיקת

### קולונוסקופיה קשור בשיעור נמוך יותר של הכנת מעי תת-אופטימלית: ממצאי מחקר

#### רטרוספקטיבי

ליאת דויטש<sup>1</sup>, רוני לוטן<sup>2</sup>, ירון קונלי<sup>2</sup>, דן רולס<sup>2</sup>, אורן שיבולת<sup>1</sup>

1. מרכז רפואי סוראסקי תל אביב

2. חברת GistMD

**רקע:** כשליש מבדיקות הקולונוסקופיה הינן תת-אופטימליות בעקבות הכנה לקויה של המעי, מה שמוביל לבדיקות חוזרות ולעומס על מערכת הבריאות ומעכב גילוי מוקדם של נגעים חשודים.

**מטרות:** בדיקת הקשר בין שימוש בפלטפורמה דיגיטלית ומותאמת אישית להדרכת מטופלים לבין שיעורי הכנת מעי מספקת בעת ביצוע קולונוסקופיה.

**שיטות מחקר:** ניתוח רטרוספקטיבי שכלל את כל הקולונוסקופיות האמבולטוריות שבוצעו במרכז הרפואי תל אביב (אפריל-אוקטובר 2021). החלוקה לקבוצות על פי אופן ההדרכה לבדיקה נעשתה באקראי: קבוצת המחקר קיבלה קישור לפלטפורמה דיגיטלית של חברת GistMD המותאמת לפי גיל, מגדר ושפה וכוללת סרטון אנימציה אישי, מערכת תזכורות ודפי הסבר, וקבוצת הביקורת קיבלה דפי הדרכה סטנדרטיים. הנתונים שנאספו כללו מאפיינים קליניים של המטופלים וכן רמת ניקיון המעי במהלך הבדיקה.

**ממצאים:** מתוך 3,085 קולונוסקופיות שבוצעו במהלך תקופת המחקר, מערכת GistMD נשלחה באופן אקראי ל-1,054 (34.1%) מטופלים ואילו ההדרכה הבסיסית ניתנה ל-2,031 (65.9%) מטופלים. בקבוצת מערכת GistMD נצפו שיעורים נמוכים יותר של הכנה לא מספקת [Boston bowel preparation scale (BBPS) < 6], בהשוואה לקבוצת הביקורת (25.6% לעומת 32.4%,  $p < 0.001$ ). בקרב תת-קבוצת מערכת GistMD שצפתה ב-75% ומעלה מהסרטון (49.3%) שיעור  $BBPS < 6$  נמצא נמוך ב-3.9% לעומת קבוצת הביקורת (23.1% לעומת 32.4%,  $p < 0.001$ ). התוצאות נשארו מובהקות גם לאחר תקנון לגיל, מגדר ושעת הבדיקה ומראות כי עצם קבלת מערכת GistMD מפחיתה בכ-30% את הסיכון להכנה תת-אופטימלית בהשוואה להנחיות הסטנדרטיות (OR 0.718,  $p < 0.001$ ) וצפייה ברוב הסרטון (<75%) מפחיתה את הסיכון להכנה תת-אופטימלית בכמעט 40% בהשוואה להנחיות הסטנדרטיות (OR 0.627,  $p < 0.001$ ).

**מסקנות והמלצות:** הטמעת מערכת הדרכה דיגיטלית ומותאמת אישית מבחינה גילאית, מגדרית ושפתית עשויה להפחית משמעותית את שיעור הקולונוסקופיות התת-אופטימליות, בהשוואה להנחייה המקובלת כיום. בנוסף, המערכת מפחיתה אי-שיווין ומגבירה הנגשת מידע לאוכלוסיות מוחלשות. מזווית הראייה של מערכת הבריאות, הפחתת הבדיקות התת-מיטביות תמנע בדיקות חוזרות שלא לצורך, עם שיפור מדדי הניצולת של ארגוני הבריאות המבצעים בדיקות קולונוסקופיה ואף בגילוי מוקדם של סרטן המעי-הגס.

## מערכת תומכת החלטה לשיפור ההצדקה (Justification) לביצוע בדיקות דימות: מחקר

### משולב קהילה – בית חולים

מור סבאן<sup>1</sup>, יעקב סוסנה<sup>2</sup>, דורית שחם<sup>2</sup>, קלרה סינגר<sup>1</sup>, ארנון מקורי<sup>3</sup>, שרונה וקנין<sup>1</sup>, אסנת לוקסנבורג<sup>4</sup>

1. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז הרפואי שיבא

2. מרכז רפואי הדסה עין כרם והאוניברסיטה העברית

3. שירותי בריאות כללית

4. משרד הבריאות

**רקע:** בעשורים האחרונים חלו תמורות משמעותיות במקצוע הדימות ובהיקף השימוש בו. אחד הפתרונות המרכזיים המאפשרים לקלינאי להזמין את הבדיקה הנכונה למטופל הנכון הוא שימוש במערכות קליניות תומכות החלטה.

**מטרות:** להעריך את מידת ההסכמה של רופאים מומחים עם ציוני הפניה להדמיה של מערכת תומכת בהזמנת בדיקות דימות (ESR IGuide).

**שיטות מחקר:** המחקר נערך בבית חולים גדול וכלל 4 רופאים מומחים (שני מומחים ברדיולוגיה, מומחה ברפואה דחופה ומומחה ברפואה פנימית). המומחים התבקשו לציין בעבור 40 מקרים קליניים את מידת ההסכמה שלהם עם המלצת ESR iGuide בסולם של 1 (לא מסכים בכלל) עד 5 (מסכים ברמה גבוהה). בנוסף, במידה והרופאים לא הסכימו עם המערכת הם התבקשו לנמק מדוע, ומה הבדיקה הנכונה ביותר לדעתם במקרה הנוכחי. הניתוח הכמותני כלל סטטיסטיקה תיאורית, מדדי הסכמה ומבחני קורלציה והניתוח האיכותי כלל אפיון ומיפוי מעמיק של המקרים בהם נצפתה אי הסכמה.

**ממצאים:** תוצאות המחקר הראו שהדירוג הממוצע של ארבעת המומחים עבור 40 המקרים המדומים הקליניים היה  $4.17 \pm 0.65$  והחציון 4.25. כל ארבעת המדרגים הסכימו ברמה גבוהה (דירוג 4-5) עם המלצת המערכת ב-75% מהמקרים. מידת ההסכמה הכוללת (ICC) בין המומחים עבור 40 המקרים היא 0.35. לא נמצא קשר מובהק בין מידת ההסכמה למספר האינדיקציות לבדיקה, גיל המטופל או מין. בתרחיש אופטימי, עבור דירוג מקובץ שבו הציונים 1-2 מייצגים בדיקה לא מוצדקת ו-3-5 בדיקה מוצדקת ה-OPA הוא 77.28%. ב-12.5% מהמקרים נמצאה אי הסכמה (דירוג 1-2). נמצאו מגוון סיבות לאי הסכמות, למשל: "מדובר על סימפטומים של מערכת העיכול, צילום בטן ריק הוא הדרך הטובה ביותר לשלול חסימת מעיים חלקית ולא CT בטן".

**מסקנות והמלצות:** הבנת היתרונות והחסרונות בשימוש במערכת תומכת החלטה יכולה לשפר את השירות למטופל על ידי בחירה מושכלת של הבדיקה המתאימה ביותר, לאפשר ניצול נכון יותר של משאבים, להקטין עלויות, להפחית את מידת החשיפה המיותרת לקרינה ולהגביר את ההכשרה הרפואית עבור הסקטורים השונים. מכיוון שמדובר בממצאים המבוססים על מחקר פיילוט קטן, נדרש מחקר נוסף בקנה מידה גדול יותר.

## ארגון השירותים

### מדיניות לנוכח המציאות: ההחלטה לקצר תורנויות ל-16 שעות ומשבר כוח האדם במקצוע

#### ההרדמה בישראל

אריאל וימפיהימר<sup>1</sup>, יהודה גינוסר<sup>2,3</sup>, צ'רלס וייסמן<sup>3</sup>, שי פיין<sup>4</sup>

1. מרכז רפואי שערי צדק
2. האוניברסיטה העברית
3. מרכז רפואי הדסה עין כרם
4. בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

**רקע:** הרדמה הינה מקצוע חיוני הסובל באופן כרוני ממחסור בכוח אדם, כפי שתואר בדוח מבקר המדינה לשנת 2021. הביקוש לשירותי הרדמה בחדר הניתוח ומחוץ לו נמצא בנסיקה מתמדת. החלטת ממשלת ישראל לקצר את שעות התורנויות מ-24 ל-16 שעות טומנת איום מתוסף על זמינות שירותי הרדמה.

**מטרות:** לכמת את השפעת קיצור התורנויות ל-16 שעות על זמינות כוח האדם ולבחון את השלכותיה על מערכת הבריאות.

**שיטות מחקר:** בוצע סקר בין כלל מנהלי מחלקות ההרדמה בישראל לברר את מספר המרדימים התורנים (ימי חול וימי שבת), והאם הם מתמחים או מומחים. בנוסף הם נשאלו האם קיימים תקנים פנויים והאם יש צורך בתקנים נוספים על מנת לספק את השירות הנדרש מהנהלה.

**ממצאים:** בכל תורנות עובדים בישראל 114 רופאים מרדימים: 72 מתמחים (62%) ו-42 רופאים בכירים (37%). בכדי להגיע למספר עובדים למשרה מלאה חושבו מקדמי עבודה הלוקחים בחשבון היעדרויות (חופשת מחלה, מילואים, חופש, לימודים) עבור מתמחים (1.45) ומומחים (1.22). תוצאות מקדמים מגדירות כי ייווצר מחסור של 104 מתמחים ו-51 מומחים בכדי לעמוד במדיניות החדשה לקצר תורנות תוך סיפוק דרישות עבודת הנוכחיות. בנוסף, ישנם 110 תקני הרדמה שאינם מאוישים. סך המחסור כולל 265 רופאים מרדימים רק בכדי לעמוד בביקוש הנוכחי.

**מסקנות והמלצות:** החלטת הממשלה לקיצור התורנויות גוררת השלכות כבדות משקל המשפיעות על יכולת מערכת הבריאות לספק שירותי הרדמה – בחדרי הניתוח ומחוץ לו, כולל סדציה, טיפול נמרץ וטיפול בכאב. מדיניות זו תוביל למחסור ב-155 מרדימים בשעות היום לפני תורנויות (>16%) ממצבת כוח האדם. למרות היעדר יכולת לגייס או להכשיר מרדימים בכמות כזו בהתרעה קצרה, מדיניות זו מתוכננת לעבור יישום באופן מידי, החל מבתי החולים הפריפריאליים. מדיניות זו תכביד בצורה ניכרת על יכולת העמידה של המערכת בהספק הנוכחי. יתרה מכך, תוצאות המדיניות יבטלו כל סיכוי להגדיל את כוח העבודה של מרדימים כפי שדרש מבקר המדינה בכדי לענות על צרכי האוכלוסייה הגדלה והמזדקנת בישראל. קובעי מדיניות וראשי המערכת נדרשים לפתרונות פורצי דרך בכדי להיחלץ ממשבר עמוק.

## השוואה בין מערכת אישורי תרופות ממוחשבת אוטומטית לבין מוקד אישורים אנושי

### במסגרת טיפול בסוכרת בקהילה

**שי מושל**, שמואל קלנג, רויטל ניקנבם בכר, קטי בר שלום, גליה זכאי

קופת חולים מאוחדת

**רקע:** מוקדי אישורי תרופות מהווים כלי מרכזי לבקרת הוצאות תרופות בארגוני בריאות, אך כרוכים בעומס ביורוקרטי ועלויות תפעול גבוהות. מאוחדת פיתחה מערכת אישורי תרופות אוטומטית כחלופה למוקדים האנושיים.

**מטרות:** לבחון האם מערכת אישורי תרופות אוטומטית משפרת גישה לתרופות בקרה מייצגות דוגמת GLP1-A ו-SGLT2i בהשוואה למוקד אנושי.

**שיטות מחקר:** מחקר רטרוספקטיבי, מבוסס נתונים ממאוחדת המשווה בין מוקד אישורים אוטומטי ואנושי. ממערכות מאוחדת זוהו חולים עבורם אושרו SGLT2i או GLP1-A בין השנים 2019-2020. אוכלוסייה זו חולקה לשתי קבוצות:

1. קבוצת התערבות – בקשות שאושרו על ידי המערכת האוטומטית;

2. קבוצת ביקורת – בקשות שאושרו על ידי מוקדים אנושיים בתקופות זמן מקבילות.

התוצא העיקרי הוגדר כ"זמן הנגשה", הזמן מרגע שליחת הבקשה לאישור ועד רכישתה הראשונה על ידי המטופל. זמן ההנגשה הממוצע השווה בין שתי הקבוצות באמצעות שיטות סטטיסטיות מקובלות. תוצאות משניות כללו: מספר הבקשות הכולל שטופלו במוקד האנושי לפני ואחרי כניסת המערכת האוטומטית לתרופות סוכרת; רגרסיה לניבוי רכישה תוך שבוע ותוך חודש מהאישור לפי מאפיינים דמוגרפיים וקליניים; והערכת חיסכון עלויות ישירות המיוחסות להפעלת המערכת האוטומטית.

**ממצאים:** נמצאו 1,371 אישורים אוטומטיים ו-1,240 אישורים ידניים. זמן ההנגשה החציוני ל-GLP1-A היה יום אחד (IQR: 0-5) במוקד אוטומטי לעומת 4 ימים (IQR: 1-9) במוקד אנושי. 97% מהמרשמים שאושרו אוטומטית נרכשו תוך חודש מיום אישורם, לעומת 93% במוקד האנושי, (p<0.001) בעוד ש-84% מהבקשות שאושרו אוטומטית מולאו תוך פחות משבוע מאישורם, בהשוואה עם 70% מהמאשרים במוקד אנושי (p<0.001). תוצאות דומות נצפו גם עם SGLT2i. המערכת האוטומטית הגדילה פי 2.68 את הסיכוי לרכוש GLP1-A תוך חודש מהאישור בהשוואה לאישור אנושי (p<0.001), הפחיתה את סך הבקשות הכולל במוקדים האנושיים ב-40% ואפשרה סגירת ארבעה מוקדים אנושיים עם חיסכון שנתי של 1.9 מיליון ₪.

**מסקנות והמלצות:** מערכת אישורים אוטומטית משפרת הנגשת טיפולים ומורידה עומס עבודה ועלויות של צוות מוקד אישורים אנושי. נדרשים מחקרי המשך לבחינת השיפור בשביעות רצון של מטפלים ומטופלים משירות זה.

## קריאת השכמה להחלמה: התמודדות עם המשבר בשירותי בריאות הנפש בישראל

אמיר קריבוי

המרכז לבריאות הנפש גהה

**רקע:** מספר תהליכים מובילים למשבר המחרף בשירותי ברה"ן בישראל. הפסיכיאטריה כדיסציפלינה רפואית מתמודדת עם התוקף האבחנתי והתועלת המוגבלת של הטיפולים התרופתיים. בישראל, היעדר תקצוב כרוני ומבנה אנכרוניסטי של שירותי ברה"ן, הישענות יתרה על אשפוזים וחסר במערכות תמיכה טיפוליות בקהילה מובילים לתוצאים עגומים וקושי במענה איכותי וזמין למאות אלפים הסובלים מתחלואה נפשית קשה. בנוסף, החסר באנשי מקצוע צפוי להחריף בשנים הקרובות במקביל לביקוש הגדל לשירותי בריאות הנפש בעקבות הפנדמיה. אולם משבר יכול להיות גם הזדמנות לפיתוח שירות מבוסס מודל החלמה בברה"ן תוך שינוי תפיסתי בארגון המערכת ויעדיה, למתן מענה לבעיות שלעיל.

**מטרות:** לתאר קווים מנחים לשינוי מדיניות וארגון השירותים בברה"ן תוך השוואת התוצאים של מערכת בריאות הנפש בישראל אל מול התשומות למדינת בחן עם שירות מבוסס קהילה ממוקד החלמה.

**שיטות מחקר:** השוואה בין מערכת ברה"ן בישראל ואנגליה המבוססות על מודלים שונים של ארגון השירותים ויעדים. ייבחנו מדדים המייצגים ארגון שירותים, תשומות ותוצאים קליניים וכלכליים.

**ממצאים:** בישראל שיעור מיטות האשפוז הפסיכיאטרי לנפש יורד בעקביות וב-2019 עמד על 0.4 ל-1,000 איש (ירידה של 55% משנת 2000) ושיעור חזרה לאשפוז פסיכיאטרי תוך חודש עמד ב-2019 על 19%. הנתח התקציבי המושקע בברה"ן הוא כ-0.25% מהתל"ג לנפש ושיעור הפסיכיאטרים הוא 10 ל-100,000 איש. באנגליה שיעור מיטות האשפוז דומה לישראל ושיעור הפסיכיאטרים אף נמוך יותר (6 ל-100,000) אך הנתח המושקע בברה"ן הוא 1.1% מהתל"ג לנפש ושיעור האשפוזים החוזרים תוך חודש עומד על 11%.

**מסקנות והמלצות:** ההבדלים בין ישראל ואנגליה מלמדים שהכוונה להעביר את מרכז הכובד הטיפולי בברה"ן לקהילה יושמה באופן חלקי. ישנו צורך בשינוי תפיסתי, בדומה למה שעבר על המערכת האנגלית, לכיוון ארגון השירותים מחדש תוך קביעת יעדי החלמה: שאיפה לחיים בעלי ערך בקהילה למתמודדים, עם התמיכות המתאימות. בכך יינתן מענה לאתגרים איתם מתמודדת המערכת הישראלית: קושי מימוני, מחסור בכוח אדם מקצועי, השענות יתר על מענה אשפוזי חסר והיעדר מגוון רחב של שירותים ברמות עוצמה משתנות בקהילה.



## “אברבנאל כמשל” – מדיניות ויישום תהליכי אל-מיסוד במערכת ברה״ן הישראלית

אבי אורן

משרד הבריאות

**רקע:** מערכת בריאות הנפש בישראל שונה תכלית השינוי מאחיותיה בעולם המערבי בשורה של מדדים מרכזיים, כאשר המרכזי הוא המיקוד היחסי בבית החולים הפסיכיאטרי לעומת הקהילה. הרפורמה בבריאות הנפש שנוסחה לראשונה בשנת 1972 על ידי ד״ר לודוויג טרמר וקבעה כי יש להעביר את מרכז הכובד הטיפולי מהמוסד לקהילה מנסה מזה 50 שנה להתהוות ללא הצלחה יתרה תוך הרחבת הפער בין מערכת ברה״ן הישראלית לעולם המערבי.

### מטרות:

1. סקירה השוואתית בין מערכות ברה״ן בעולם המערבי למול ישראל.
2. סקירה כללית של התפתחות שירותי הנפש בישראל.
3. הצגת הגורמים מעכבי השינוי בבריאות הנפש.
4. צעדי מדיניות רצויים.

**שיטות מחקר:** ההצגה מתבססת על עבודת מוסמך בהנחיית פרופ' אבירם, ובימים אלו מורחבת לידי עבודת דוקטורט. המחקר הוא מחקר מדיניות איכותני העושה שימוש בשיטת “חקר מקרה”. המחקר התמקד בניסיון לסגור את בית חולים אברבנאל ובמסגרתו רואיינו בכירים רבים במערכת הבריאות בכלל ובריאות הנפש בפרט. בהצגה זו אבקש להתמקד בפרספקטיבה תהליכית והיסטורית יותר ולהציג נתונים מעודכנים.

### ממצאים:

1. ההשקעה התקציבית בברה״ן כחלק יחסי מתקציב הבריאות הוא כ-5%, מהנמוכים ב-OECD.
2. מתוך תקציב בריאות הנפש, כ-60% מוקדש למערך האשפוז, פי יותר מ-2 מה-OECD.
3. אורך האשפוז בפסיכיאטרי במדינת ישראל עומד על 116.1 יום, פי 4 מממוצע ה-OECD.
4. בשנת 2019 היו במדינת ישראל 1.2 מיליון ימי אשפוז פסיכיאטריים, לעומת 2.01 מיליון בשנת 1999.
5. לתהליכים היסטוריים היתה השפעה מרחיקת לכת על עיצוב מערכת ברה״ן בישראל.

**מסקנות והמלצות:** יש לערוך חשיבה מחודשת ואמיצה על מבנה מערכת בריאות הנפש והאלוקציה התקציבית בה. בטווח הקצר יש להאיץ תוכניות קיימות להטמעת מיטות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים בדומה לכל מדינה מתוקנת. להפריד בין מערכת הפסיכיאטריה המשפטית לאזרחית, יש לעודד מענה אמבולטורי אקוטי מעבר למלר״ד. יש לערוך מחדש את מערך השיקום הפסיכיאטרי בכדי שיהיה נכון להתמודד עם מציאות משתנה במאפייני המשתקם הממוצע (שימוש בחומרים, הפרעות התנהגות וכו') תוך הסדרת הקשר עם מערכת הרווחה, הגדרת שירותי רווחה ושילובם בתוך תהליך השיקום הפסיכיאטרי.

## גורמים הקשורים בשיפור העצמאות התפקודית 12 חודשים לאחר שבץ מוחי

רחלי דנקנר<sup>1</sup>, אנג'לה שטרית<sup>1</sup>, דוד טנה<sup>2</sup>

1. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז הרפואי שיבא

2. רמב"ם, הקריה הרפואית לבריאות האדם

**רקע:** נפגעי שבץ מוחי זקוקים לטיפולים משקמים בכדי לחזור לעצמאות תפקודית לאחר האירוע החד. בישראל, לפי נתוני רשם השבץ הלאומי, מתרחשים מדי שנה כ-20,000 אירועי שבץ מוחי, כאשר רק כמחצית מהחולים מאושפזים במחלקות נירולוגיות, ורק כשליש מהחולים מאושפזים במוסד שיקומי עם שחרורם מהאשפוז החד. חלק מהחולים מקבלים טיפולים משקמים בקהילה.

**מטרות:** לאתר, בקרב נפגעי שבץ מוחי שאושפזו במחלקות נירולוגיות, מאפיינים אישיים וקליניים, אשר ימצאו בקשר עם שיפור במידת העצמאות התפקודית לאורך שנה מהאירוע החד.

**שיטות מחקר:** במהלך 2018-2020 גייסנו 430 נפגעי שבץ מוחי משש מחלקות נירולוגיות ברחבי ישראל וראיינו אותם טלפונית 4, ו-8 או 12 חודשים לאחר האשפוז החד. אספנו נתוני בסיס קליניים לגבי דירוג Barthel לאורך שנת המעקב. הגדרנו תפקוד בסיסי ירוד כ-NIHSS על 5 או mRS מעל 1, והשוונו את מידת השיפור בסולם Barthel בין חולים ששוחררו לשיקום באשפוז לחולים ששוחררו לביתם.

**ממצאים:** העוקבה כללה גברים (65%) ונשים בגיל ממוצע  $67 \pm 12$  שנים, מהם 21% שוחררו לבי"ח שיקומי (43% ו-22% נפגעי שבץ המורגי לעומת איסכמי בהתאמה). ציון ברטל ב-4 חודשים היה נמוך בחולים ששוחררו למוסד שיקומי לעומת אלו ששוחררו לביתם ( $72.6 \pm 30.9$  ו- $92.5 \pm 18.5$  בהתאמה,  $p < 0.001$ ). בשעה שב-61% מהחולים לא נצפה שינוי במדד ברטל בין 4 ל-12 חודשים, ב-21% חל שיפור וב-18% חלה החמרה. בתקנון לגיל, מין, מצב משפחתי ומרכז רפואי, גורמים שנמצאו קשורים לשיפור בציון ברטל היו אשפוז במוסד שיקומי לעומת שחרור הבייתה ( $OR=3.54$ , 95%CI 1.77-7.06) ותפקוד בסיסי ירוד לפי mRS/NIHSS עם האשפוז החד נקשרו בשיפור בציון ברטל, אולם ללא מובהקות סטטיסטית.

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מדגישים את חשיבות רצף הטיפול מהאשפוז החד והשחרור של נפגעי שבץ מוחי למוסדות שיקום לטובת העצמאות בתפקודי היומיום.

## טיפול במסגרת הבית כחלופה לאשפוז בקרב חולים זקנים מורכבים המרותקים לביתם

### השפעתו על ניצול שירותי בריאות ועל עלות השירותים

בוריס פונצ'יק<sup>1</sup>, אילונה קולושב<sup>2</sup>, אלה שוורץ<sup>2</sup>, סוזי מרציאנו<sup>3</sup>, יאן פרס<sup>4</sup>

1. שירותי בריאות כללית
2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
3. שירותי בריאות כללית
4. המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

**רקע:** החולים המבוגרים המרותקים לביתם מרבים לקבל טיפול במסגרת בתי חולים, למרות שלעיתים זה לא בטיחותי, לא נוח לחולים ומלווה בעלות גבוהה. מתן מענה רפואי במסגרת יחידות לטיפול בית מהווה חלופה לאשפוז בבית החולים, מלווה בהפחתת משך האשפוז, הפחתת מספר פניות לאשפוז ולמיון ובצמצום עלויות. בשירותי בריאות כללית, מחוז דרום מופעל מודל ייחודי של שירותי טיפולי בית, הניתן על ידי צוות רב מקצועי בהובלת גריאטר ומיועד לחולים מבוגרים במצב רפואי מורכב המרותקים לבית.

**מטרות:** לבחון האם מתן שירות במסגרת הבית במודל המוצע היה קשור לירידה במספר האשפוזים, לירידה במשך האשפוז ומספר ימי האשפוז, לירידה במספר פניות למיון ולירידה בעלות של השירותים.

**שיטות מחקר:** מדובר במחקר, case cross-over הכלל מטופלים בני 65 או יותר משתי ערים גדולות במחוז, מרותקים לבית, שאושפזו פעמיים או יותר בחצי שנה שקדמה לקבלתם ליחידה לטיפול ביתי, אשר טופלו במסגרת היחידה בין 01/01/2013 ועד 1/07/2020 לפחות חודש ימים. תוצאי המחקר היו שיעור אשפוזים ומספר ימי אשפוז, שיעור פניות לחדר מיון ועלות השירות, בהשוואה לתקופה של חצי שנה שקדמה לקבלת החולים לשירות.

**ממצאים:** במחקר נכללו 623 משתתפים, גיל ממוצע היה של  $83.65 \pm 9.23$ , רובם עם ירידה קוגניטיבית ניכרת ובמצב תפקודי ירוד עם ציון ממוצע של מבחן Mini Mental State Examination  $11.98 \pm 10.19$  וציון ממוצע של מבחן Barthel  $23.94 \pm 25.13$ . בתקופת הטיפול במסגרת יחידה לטיפול ביתי חלה ירידה של 39.79% במספר ימי האשפוז, ירידה של 22.58% במספר האשפוזים, ירידה של 25% במספר ביקורים במיון וירידה של 34.39% בעלות השירות בממוצע למטופל לחודש, בהשוואה לתקופה של חצי שנה לפני צירוף ליחידה לטיפול בית.

**מסקנות והמלצות:** טיפול בחולים מורכבים עם אשפוזים חוזרים המרותקים לבית במסגרת יחידה לטיפול בית ומבוסס על צוות גריאטרי רב מקצועי מלווה בירידה משמעותית במספר אשפוזים, בימי אשפוז, בפניות לחדר מיון ובעלות השירותים. המחברים ממליצים לאמץ את מודל השירות כדרך יעילה לצמצום אשפוזים חוזרים בקרב חולים מורכבים המרותקים לבית.

## ההשפעה של קיצור משמרות מתמחים במהלך מגיפת הקורונה על רמת הטיפול בחולה,

### איכות החינוך הרפואי והבריאות הכללית של מתמחי רפואת ילדים

רעות רון<sup>1</sup>, איתן דאמרי<sup>2</sup>

1. אסותא מרכזים רפואיים

2. בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד

**רקע:** על אף חוסר שביעות הרצון הניכר של המתמחים, כיום בישראל מתמחים נדרשים לעבוד במשמרות של עד 26 שעות. ההשפעה של משמרות ארוכות אלה על עבודתם, חינוכם ובריאותם של המתמחים שנויה במחלוקת. בתחילת 2020, עם פרוץ מגיפת הקורונה, בתי חולים ישראליים רבים עברו לעבוד בצוותים קבועים (קפסולות) ומעבר ממשמרות של 26 שעות למשמרות מקוצרות של 13 שעות, מלווה בתקופת מנוחה של 24 שעות בבית מיד לאחר מכן. שינוי ייחודי זה במהלך מגיפת הקורונה סיפק הזדמנות נדירה להעריך את תפישותיהם של המתמחים לגבי אורך המשמרות לפני השינוי, כלומר בשגרה (משמרת ארוכה) ובמהלך השינוי (משמרת קצרה).

**מטרות:** להעריך את תפישותיהם של המתמחים לגבי אורך המשמרת בשלושה היבטים: היכולת לספק רפואה איכותית, איכות החינוך הרפואי ותהליכי הלמידה הניתנים, ותפישתם באשר לבריאותם הכללית של המתמחים.

**שיטות מחקר:** במהלך החודשים מרץ עד מאי 2020, מתמחים ברפואת ילדים (N=37) משני בתי חולים, בית החולים הציבורי אסותא אשדוד ובית חולים לילדים ספרא תל השומר התבקשו להשלים שאלון הערכה עצמית מקוונת לפני ואחרי החלת תקנות החירום של הקורונה. השאלון התבסס על שאלון מתוקף ממחקרים קודמים בתחום, אשר תורגם לעברית והותאם להתמחות ברפואה בישראל.

**ממצאים:** למעט שאלות הנוגעות לזמינות המתמחה לביצוע מחקר, כל השאלות הנוגעות למשמרות קצרות יותר היו בעלות ציון גבוה יותר, לעומת משמרות ארוכות יותר. באופן כללי נצפתה תפיסה חיובית לגבי מודל המשמרות הקצר יותר בקרב המתמחים, אשר הודגם בעליה משמעותית באיכות החיים ושיפור בתפיסת הבריאות הכללית, כמו גם ביכולת לספק רפואה איכותית וביכולת לרכוש ידע רפואי.

**מסקנות והמלצות:** תפיסת המתמחים באשר לשינוי אורך המשמרות למשמרות קצרות יותר, הוביל לשיפור משמעותי ביכולת של המתמחים לספק רפואה איכותית, לרכוש חינוך רפואי ולנהל חיים תקינים במקביל לעבודתם בצורה טובה יותר. אנו מציעים להרחיב מחקר זה להתמחויות רפואיות נוספות לצורך קבלת תמונה מדויקת יותר לגבי תפיסת המתמחים משינוי אורך המשמרות.

## מהן הסיבות והמנבאים לנטל גבוה של אשפוזים חוזרים בחולים אמבולטוריים עם אי ספיקת לב?

עפרה קלטר-ליבוביץ<sup>1</sup>, ארנונה זיו<sup>1</sup>, חבי מורד<sup>1</sup>, דב פריימרק<sup>2</sup>, חיים סילבר<sup>3</sup>

1. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז הרפואי שיבא

2. המרכז הרפואי שיבא

3. מרכז רפואי מרום, כפר-סבא

**רקע:** אשפוזים חוזרים בחולי אי ספיקת לב (אס"ל) כרוכים בנטל כבד על מערכת הבריאות. מידע על הסיבות והמנבאים לאשפוזים אלה חיוני לצורך תכנון ויישום תוכניות מניעה אפקטיביות.

**מטרות:** לזהות חולים עם פרופיל דומה של אשפוזים דחופים, לפי סיבות אשפוז ומספר האשפוזים מכל סיבה, וגורמים מנבאים לפרופילים הללו.

**שיטות מחקר:** נכללו 1,360 חולי אס"ל אמבולטוריים מבוטחי "מכבי שירותי בריאות". מידע על מאפיינים דמוגרפיים וקליניים נאסף על ידי אחיות מחקר שפעלו ב-10 מרכזי אס"ל בפריסה ארצית, וממאגרי המידע של הקופה. סיכומי האשפוזים שאירעו במהלך המעקב בבתי החולים הכלליים נסקרו על ידי מעריכים וסיבת האשפוז העיקרית זוהתה. קבוצות חולים בעלי פרופיל דומה של אשפוזים (לפי סיבות האשפוז ומספר האשפוזים מכל סיבה) זוהו בעזרת cluster analysis. מאפייני החולים הקשורים בפרופילים הספציפיים נבחנו במודלים של רגרסיה מולטי-נומיאלית.

**ממצאים:** במהלך מעקב חציוני של 2.6 שנים (טווח: 0-5), היו 5,192 אשפוזים בקרב 1,158 חולים, מתוכם 82% היו דחופים. 15% מהחולים לא אושפזו כלל במהלך המעקב, ו-22% לא חוו אשפוז דחוף. אס"ל הייתה אחראית ל-28% מכלל האשפוזים, ושליש מהאשפוזים הדחופים. זוהו ארבעה צברי חולים בעלי פרופיל אשפוזים דחופים דומה. הצבר הראשון, שכלל כ-61% מהחולים, התאפיין בקצב נמוך יחסית של אשפוזים (כ-58% מסך האשפוזים הדחופים), מרביתם מסיבות שאינן אס"ל. לעומת זאת, שני צברים שכללו יחד רק 13% מהחולים, היו אחראיים על כשליש מהאשפוזים הדחופים, ואופיינו גם בשיעור תמותה גבוה (55%). הסיבות הדומיננטיות לאשפוזים חוזרים בחולים אלה, בנוסף לאס"ל, היו מחלת ריאות כרונית, זיהומים בדרכי הנשימה התחתונות, אנמיה, ואירועים חדים של מחלת לב איסכמית. תפקוד נמוך במבחן הליכה 6 דקות, עומס גבוה של תחלואה נלווית, רמת המוגלובין נמוכה ושימוש במשתני-לולאה היו המנבאים העיקריים בתחילת המעקב להשתייכות לשתי קבוצות החולים הללו.

**מסקנות והמלצות:** תוצאות המחקר מאפשרות התערבויות אפקטיביות המכוונות לחולים בסיכון לנטל אשפוזים גבוה, ומותאמות לפרופיל האשפוזים, לצורך הפחתת נטל האשפוזים הלא-מתוכננים בחולי אס"ל.

## תהליך שחרור ייעודי מבית חולים והבטחת רצף טיפולי בצל מגפת הקורונה – "מודל שירות 24/7"

דניאל וילה, קטי סמוחה

קופת חולים מאוחדת

**רקע:** מגפת הקורונה הציבה אתגרים חדשים בפני צוותי מאוחדת בבי"ח. נדרשנו לטפל בשחרור והבטחת רצף טיפולי לחולים, בתהליך דינמי ומואץ בכל שעות היממה, ממחלקות האשפוז ומהמלר"ד, למגוון מסגרות המשך על מנת לצמצם חשיפה של המטופלים לסיכונים המאפיינים שהייה בבית חולים. עבור כל מאושפז בוצעה הערכת מצב על בסיס מודל ביו-פסיכו-סוציאלי ומידע רפואי ממערכות המידע של מאוחדת ובי"ח. הטיפול בחולים עצמאיים, התאפשר במסגרת בידוד ביתי או במלונות. חולים מורכבים, הופנו לאשפוז ביתי, למוסדות להמשך או המשיכו את האשפוז בבי"ח.

### מטרות:

1. שחרור חולי קורונה והבטחת רצף טיפולי בשעות ערב, לילה וסופ"ש.
2. ניצול מיטבי של משאבים לאומיים ומשאבי מאוחדת.
3. פינוי מיטות לקליטת חולים הנזקקים לאשפוז.

**שיטות מחקר:** 30 אחיות בקרה התנדבו לטובת תורנויות סביב היממה לקיום מודל רצף טיפול ושירות 24/7. האחיות קיבלו מידע ממשל"ט מאוחדת ומביה"ח, אודות מצבת חולי קורונה מאושפזים והן אלה שפנו למלר"ד. הן יזמו התעדכנות אודות המצב הרפואי והסוציאלי של החולים ותיאמו שחרור חולים מותאם למסגרות המשך טיפול. לקראת השחרור הוצגו למטופל מכלול החלופות התואמות את מצבו. ההחלטה התקבלה בהסכמה לאחר תכלול כלל המשתתפים – רצון המטופל ומשפחתו והתייעצות עם הצוותים הרפואיים בביה"ח ובקהילה. השחרור תואם עם כלל הגורמים המעורבים בתהליך.

**ממצאים:** במהלך תקופת הקורונה (יולי 2020-ינואר 2022), טופלו 4,769 חולים בשעות הערב והלילה. נמנעו כ-6,429 ימי אשפוז מיותרים בעלות של 15,246,509 ש"ח לפחות.

**מסקנות והמלצות:** מודל השירות המורחב הוכח כמצמצם ימי אשפוז וחשיפה למגוון זיהומים וסכנות הטרורגניות אחרות. המודל מאפשר לגבש כיוונים ופתרונות למתן מענה רפואי ושירותי, במצבי חירום לאומיים, ובכלל זה להבטיח רצף טיפולי איכותי ויעיל ולהבטיח ניהול חכם של הממשקים. התוצאה הביאה למיצוי מיטבי של משאבים לאומיים וקופתיים. צוותי בית החולים, המטופלים ומשפחותיהם ביטאו שביעות רצון ממודל ההפעלה. בשל כך תבחן הפעלתו גם בשגרה על מנת שמטופלים יוכלו לקבל שירות זמין ומקיף, בשעות הערב, הלילה ובסופי שבוע.

## מאפייני מטופלים משתמשי שירותי רפואה מרחוק ברפואה הראשונית

אילן פלדהמר, יעל וולף שגיא, טליש רזי בניטה, שלומית ירון, גיל לביא

שירותי בריאות כללית

**רקע:** מגפת הקורונה האיצה תהליכי-שילוב שירותי רפואה מרחוק (ר"מ) ובפרט ברפואה הראשונית. הטמעת ר"מ עשויה לשפר זמינות שירותים תוך צמצום פערים סוציו-דמוגרפיים.

**מטרות:** זיהוי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ואחרים הקשורים עם שימוש בר"מ ברפואה הראשונית מאז פרוץ מגיפת הקורונה, וכן עם התמדה בשימוש בשירות גם לאחר ההקלות בהנחיות הריחוק החברתי.

**שיטות מחקר:** נכללו מבוטחי כללית בני 18 ומעלה שביקרו פעם אחת לפחות במרפאות ראשוניות בין 07/2021-03/2020. מי שהשתמשו פעם אחת לפחות בר"מ בתקופה הוגדרו כמשתמשים. משתמשים הן לפני והן אחרי הסגר השלישי (7/2/2021) הוגדרו גם כמתמידים. נבנו מודלים של רגרסיה לוגיסטית לשימוש בר"מ ולהתמדה, בנפרד למגזר הערבי והיהודי, לאור השימוש הנמוך בר"מ במגזר הערבי (16.3%) לעומת היהודי (62.6%).

**ממצאים:** נכללו 1,945,830 מבקרים ברפואה הראשונית. הן במגזר היהודי והן בערבי נמצאו שיעורי שימוש בר"מ גבוהים יותר בנשים, ( $OR=1.200$ ,  $OR=1.385$  בהתאמה) בבני 85+ בהשוואה לבני 45-65, ( $OR=1.204$ ,  $OR=1.394$  בהתאמה), ונמוכים יותר בבעלי ציון סוציאקונומי נמוך ( $OR=0.303$ ,  $OR=0.773$  בהתאמה) ובינוני ( $OR=0.414$ ,  $OR=0.786$  בהתאמה) בהשוואה לגבוה. מבוטחים שמסרו כתובת דואר אלקטרוני לצרכי דיוור (כאומד אוריינות טכנולוגית) השתמשו יותר בר"מ ממבוטחים ללא רישום דואר אלקטרוני ( $OR=1.645$ ,  $OR=1.779$  בהתאמה). סיכוייהם של מבוטחים להשתמש בר"מ היה גבוה יותר אם נזקקו ליותר מגעים עם מערכת הבריאות, כמתבטא בביקור אחד לפחות ברפואה היועצת בתקופה ( $OR=1.197$ ,  $OR=1.303$  בהתאמה).

בעוד שביהודים נצפה שימוש מוגבר בר"מ בפריפריה הקרובה ( $OR=1.645$ ) ובמרכז הארץ ( $OR=1.897$ ), במגזר הערבי השימוש היה נמוך יותר בפריפריה הקרובה ( $OR=0.740$ ) ובמרכז הארץ ( $OR=0.298$ ), בהשוואה לפריפריה הרחוקה. נצפה שימוש מוגבר בר"מ בתאים משפחתיים של בוגר יחיד עם ילדים בהשוואה לבוגר ללא ילדים, בפרט במגזר הערבי ( $OR=1.241$ ).

הפרמטרים לעיל אפיינו גם התמדה בשימוש בר"מ, למעט דירוג פריפריאליות וביקורים ברפואה היועצת שלא נמצאו קשורים עם התמדה.  $P\text{ value}<0.001$  עבור כל המקדמים.

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מסייעים בזיהוי אוכלוסיות שטרם התנסו בשימוש בשירותי ר"מ ומהווים בסיס לפעולות יישוג (outreach) והנגשת השירותים באוכלוסיות אלו.

## מקצועות הבריאות

### תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל – יישום המלצות ועדת גמזו

רייצ'ל ברנר שלם, אלכסיי בלינסקי, יונתן עוזיאלי

משרד הבריאות

**רקע:** בחודש יולי 2021 התכנסה ועדה בהובלת המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומטעם מנכ"ל משרד הבריאות, בראשות פרופ' רוני גמזו, בעניין תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל. הוועדה כללה בכירים במערכת הבריאות, העוסקים בתחומי ניהול רפואי, הוראה, מחקר ותכנון כוח אדם. בתום עבודתה, בחודש דצמבר 2021, הגישה הוועדה את המלצותיה לשר הבריאות. כפי שעולה מעבודת הוועדה, מגמות התעסוקה הנוכחיות של רופאים צפויות להביא לירידה בשיעור הרופאים ל-1,000 נפש משיעור של 3.29 בשנת 2019 לשיעור של 2.9 בשנת 2035 אם לא ינקטו צעדי מדיניות מקדימים. הפגיעה בהיצע הרופאים צפויה להיות קיצונית בפרפריה. לפיכך הוועדה פרסמה מספר המלצות במטרה להגדיל את מספר הרופאים והאחיות בישראל, בין היתר: להגדיל את השדות הקליניים להוראה בבתי החולים, לצמצם את הסטאז', להעביר הכשרה לקהילה ולהקפיא תוכניות לימוד לזרים. כדי לצמצם את הפערים הגיאוגרפיים ממליצה הוועדה לעודד תוכניות מנהיגות רפואית כמו "אילנות נגב וגליל" ותוכניות למתמחים מצטיינים בפרפריה, וכן לצמצם את הפער הגיאוגרפי בתשתיות הרפואיות. בנוסף לאלו, הוועדה המליצה על העברת ניהול תמהיל מקצועות הרפואה למשרד הבריאות, כמו גם הקמת מאגר מידע במשרד שיכלול את כלל המתמחים. אלו במטרה לווסת את הביקוש למקצועות ההתמחות השונים, בדומה לנעשה בחו"ל. בתחום ניהול כוח האדם הסייעודי המליצה הוועדה להגיע ליעד של 7 אחיות ל-1,000 נפש עד שנת 2027 באמצעות הגדלת השדות הקליניים להוראה במחלקות בתי החולים, ולקדם תקני אחות מומחית.

**מטרות:** יישום המלצות ועדת גמזו.

**שיטות מחקר:** ניתוח הנתונים מבוסס על קבצי רישיונות של משרד הבריאות, בשילוב עם נתוני מתמחים של המועצה המדעית ונתוני למ"ס ורשות המיסים.

**ממצאים:** המינהל יציג את סטאטוס יישום המלצות ועדת גמזו. בנוסף יתוארו עיקרי המגמות אשר הובילו להמלצות הוועדה, כמו גם נתונים חדשים.

**מסקנות והמלצות:** יוצגו ההמלצות להמשך עבודת היישום ותוכנית עבודה מפורטת.



## מומחים צעירים בפריפריה ובמרכז – המעבר מהתמחות למומחיות

הדר סמואל, רינה מעוז-ברויר, עמית משולם

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

**רקע:** מדינת ישראל מתמודדת עם מחסור ברופאים בפריפריה. במחקר מ-2015 נמצא שמענקים אשר ניתנו למתמחים שבחרו להתמחות בפריפריה תרמו לעלייה במספרם. אך בחינה מעמיקה של מאפייני המתמחים בפריפריה העלתה שרובם היו עושים זאת גם לולא המענקים, והגידול במספרם לא לווה בשינוי תמהיל האיכות של המתמחים, כפי שבא לידי ביטוי בשיעור בוגרי לימודי רפואה בארץ לעומת שיעורי בוגרי חו"ל. המחקר הנוכחי חזר אל אותם המתמחים, כיום מומחים צעירים, כדי לתאר את מסלול הקריירה שלהם לאחר ההתמחות.

### מטרות:

1. לתאר את מאפייני ההעסקה ודפוסי העבודה של רופאים במעבר מהתמחות למומחיות.
2. לתאר את הגורמים הקשורים לבחירת אזור העבודה (מרכז או פריפריה) בתום ההתמחות ואת הקשר בין קבלת המענק לבחירה זו.

**שיטות מחקר:** סקר בקרב 534 מומחים צעירים בשנה שלאחר השלמת חובות ההתמחות. הנתונים נאספו בארבעה סבבים, בין ינואר 2019 לאוקטובר 2020. שיעור ההיענות היה 65% (346 משיבים).

**ממצאים:** לאחר ההתמחות, רופאים בפריפריה ובמרכז זוכים בשיעורים דומים למגוון הצעות עבודה, לרבות תנאים מיוחדים, ודפוסי העבודה שלהם דומים. השיקולים לבחירת מקום העבודה, שדורגו כחשובים ביותר, היו אתגר והתפתחות מקצועית ושילוב בין משפחה לקריירה. נמצא שהיכרות מוקדמת עם הפריפריה – מגורי ההורים, ביצוע סטאז', ובעיקר התמחות בפריפריה, הם המנבאים החזקים ביותר לעבודה בפריפריה. ברם, שיעור המומחים הצעירים שנשארו לעבוד באותו אזור גאוגרפי שבו ביצעו את ההתמחות היה נמוך יותר בקרב מי שהתמחו בפריפריה לעומת בקרב מי שהתמחו במרכז.

**מסקנות והמלצות:** יש להשקיע מאמצים במשיכת רופאים לפריפריה בשלב ההתמחות כדי להגדיל את הסיכוי שיישארו לעבוד שם. עם זאת, כפי שהוכח בעבר, למענקים הכספיים, במתכונת שבה ניתנו, הייתה תרומה קטנה בלבד במשיכה לפריפריה של מתמחים שלולא המענקים היו בוחרים להתמחות במרכז. לפיכך, למרות הנטייה של מתמחים להישאר באזור הגאוגרפי של ההתמחות, מספר המומחים שנשארו בפריפריה אינו גדול.

## הפיזור הגיאוגרפי של המתמחים ברפואה

מרים אבורבה, חיים קרגר, ציונה חקלאי

משרד הבריאות

**רקע:** משרד הבריאות פועל להרחיב את היצע כוח האדם בשירותי הבריאות בכל אזורי הארץ ומכוון לצמצום פערים בין האזורים.

**מטרות:** לאמוד את היצע הרופאים המומחים החדשים לפי אזור ומאפייני ההתמחות.

**שיטות מחקר:** המידע מבוסס על מאגר בעלי הרשאה לעסוק ברפואה ונתוני הר"י על המתמחים. בחרנו קוהורט של מומחים חדשים בשנת 2010 ובשנת 2020. בדקנו את מסלול לימודי ההתמחות מתחילת ההרשמה הראשונה ועד קבלת רישיון המומחה הראשון לפי סוג ומקום ההתמחות. קבוצות המומחיות נקבעו לפי סיווג ה-OECD ומקום ההתמחות סווג לפי נפות ולפי מרכז ופריפריה (מחוז הצפון, הדרום ונפת חדרה).

**ממצאים:** בשנת 2020 הוכרו 900 רופאים מומחים חדשים בהתמחות ראשונה, עליה פי 1.5 מ-587 בשנת 2010, 45% ו-46% בהתאמה, נשים, 32% ו-9%, בהתאמה, ערבים. מחצית מהמומחים החדשים בוגרי הארץ ומחציתם סיימו לימודי רפואה בחו"ל, בדומה לשנת 2010. מרבית המומחים החדשים התמחו בארץ ורק 6% בשנת 2020 ו-8% בשנת 2010 התמחו בהתמחות הראשונה בחו"ל. מכלל המומחים החדשים בשנת 2020 שהתמחו בארץ, 14% התמחו בקהילה (18% בשנת 2010). מרבית המומחים שהתמחו בבתי חולים, התמחו בבתי חולים הממוקמים בנפות בתל אביב (27%), פתח תקוה (17%), חיפה (13%) וירושלים (12%), ורק 12% התמחו בצפון ו-8% בדרום בהשוואה ל-22%, 19%, 15%, 13%, 9% ו-9%, בהתאמה, מהמומחים החדשים בשנת 2010. מרבית המומחים שהתמחו בבתי החולים התמחו במרכז, 86% מהיהודים ו-58% מהערבים, לעומת 14% ו-42% בהתאמה, בפריפריה, בדומה לשנת 2010, 84%, 64%, 16% ו-36%, בהתאמה. אחוז המומחים בוגרי הארץ גבוה במקצועות הכירורגיים (59%), ברפואת משפחה (55%) ופסיכיאטריה (55%), והמומחים בוגרי חו"ל גבוה יותר ברפואת ילדים (63%) ובילוד וגניקולוגיה (62%), בהשוואה ל-51%, 57%, 53%, 60%, 67% בהתאמה בשנת 2010.

**מסקנות והמלצות:** מידע על מומחים ומתמחים ברפואה מהווה תשתית לתכנון מקצועות הרפואה המאפשר בחינה האם כוח האדם הרפואי מותאם לצרכי האוכלוסייה באזורים השונים.

## שעות עבודה מתמחים – השוואה בינלאומית

רינה מעוז ברויאר, רות וייצברג

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

**רקע:** רופאים מתמחים עובדים שעות ארוכות. לעבודה בתנאים של עייפות קיצונית יש השפעות שליליות על איכות ובטיחות הטיפול, ועל איכות החיים של המתמחים. מדינות רבות, כולל ישראל, ניסו להסדיר את שעות העבודה של המתמחים כדי לצמצם את ההשפעות השליליות האלו. ניסיונות להגביל את משך התורנויות או את שעות העבודה השבועיות הביאו לשיפור מתון באיכות החיים של המתמחים, עם השפעות מעורבות על איכות הטיפול והכשרת המתמחים.

**מטרות:** להשוות נתונים עדכניים לגבי שעות העבודה של מתמחים במדינות שונות, בדגש על תורנויות לילה.

**שיטות מחקר:** באמצעות שאלון, מומחים מ-14 מדינות (ארצות הברית, קנדה, ישראל, ספרד, הולנד, הונגריה, אירלנד, אנגליה, אסטוניה, סלובניה, גרמניה, צ'כיה, לטביה ופינלנד) אספו נתונים איכותניים ברי השוואה על שעות העבודה של מתמחים. בוצע ניתוח השוואתי בינלאומי.

**ממצאים:** כל המדינות שנבדקו מגבילות את שעות העבודה השבועיות של מתמחים; מדינות צפון אמריקה וישראל מגבילות ל-60-80 שעות, מדינות אירופה מגבילות ל-48 שעות. מגבלה זו מחושבת בדרך כלל כממוצע על פני תקופת זמן (חודש, רבעון, או שנה) ומהווה למעשה חסם עליון על מספר התורנויות בחודש. ברוב המדינות, המתמחים עובדים בתורנויות של 24 או 26 שעות רצופות. מבין המדינות שנבדקו, רק אנגליה מיישמת תורנויות מקוצרות בלבד של 13 שעות. מספר תורנויות בחודש נע בין שתיים לעשר. רק בישראל ישנן שעות המוקצות למנוחה לצורך שינה יזומה בזמן התורנות. מדינות רבות באירופה נתקלות בקשיים בעמידה במגבלת השעות השבועיות ומאפשרות קיום חוזי עבודה אלטרנטיביים המאפשרים לחרוג מהמגבלות. בנוסף, הנהלים הנוגעים לשעות עבודה של המתמחים אינם נאכפים בקפידה ברוב המדינות שנסקרו.

**מסקנות והמלצות:** במדינות שניתחנו מתמחים עדיין עובדים שעות ארוכות. הדרך העיקרית של המדינות לשפר את המצב היא הגבלת שעות העבודה השבועיות. מעדויות מארה"ב עולה שקיצור משך התורנויות ללא תוספת כוח אדם תגרום ל-work compression, כיוון שמתמחים צריכים למלא את אותה כמות המשימות בתורנויות יותר קצרות, מצב שעלול לפגוע ברווחת המתמחה ובאיכות הטיפול. אנו ממליצים לשלב תפקידים נוספים בצוות המטפל בכדי לחלוק בנטל העבודה.

## צוותים רפואיים בתקופת הקורונה: תפיסת מוכנות, משאבי התמודדות ועמדות כלפי שינוי

הדס רוזן<sup>1</sup>, שירי שנאן אלטמן<sup>2</sup>, מרים שיף<sup>3</sup>, רן ניר-פז<sup>1</sup>

1. המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה

2. אוניברסיטת בר אילן

3. האוניברסיטה העברית

**רקע:** מגפת הקורונה הציבה את צוותי בתי החולים בחזית האינטראקציה עם חולים קשים. הליכי העבודה עם כלל החולים השתנו, תוך מעבר לעבודה מרחוק או עם אמצעי מיגון. במקביל, הצוותים הרפואיים התמודדו עם אתגרים ברמה האישית והמשפחתית, כיתר האוכלוסייה. ברם, מידת החשיפה, מידת המוכנות לגל הבא של המגיפה או למגיפה אחרת והערכת המשאבים העומדים לרשותם של הצוותים בישראל טרם נחקרו. המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

**מטרות:** בדיקת תפיסות צוותים רפואיים לגבי ההיבטים הארגוניים של המשבר: היקף החשיפה של צוותי בתי חולים לנגיף הקורונה, תחושת מוכנות לגל הבא או למגיפה הבאה, תפיסת חוסן אישי וצמיחה, ועמדות כלפי שינויים ארגוניים שחלו בתקופת הקורונה.

**שיטות מחקר:** סקר רוחב שהועבר באופן מקוון לעובדים בארבעה בתי חולים באזורים שונים (צוותי רפואה, סיעוד, פרה-רפואיים ומנהל ומשק).

**ממצאים:** השתתפו 1,039 אנשי צוות, כ-5% ממסגרת הדגימה.

מוכנות למגיפה: צוותי רפואה וסיעוד דיווחו על תחושה שביה"ח פחות מוכן למגיפה הבאה באופן מובהק בהשוואה לשאר המקצועות. כלל הצוותים חשו שהמדינה בעלת מוכנות נמוכה.

חוסן אישי וצמיחה: רמת החוסן האישי נמצאה גבוהה. אנשי צוות דיווחו על צמיחה במימדי "חוזקות אישיות" ו"הערכה גוברת לחיים". אנשי צוות רפואי דיווחו על מידת הצמיחה הנמוכה ביותר מהמשבר.

עמדות כלפי שינויים ארגוניים: הצוותים תיארו מספר שינויים ארגוניים, גם חיוביים, בעקבות התפרצות המגיפה (כסולידריות רבה יותר).

**מסקנות והמלצות:** מהממצאים עולה שהיקף הבידודים יצר נטל על הצוותים בזמן שעומס העבודה היה גדול מהרגיל. עלתה ביקורתיות כלפי רמת המוכנות של בתי"ח והמדינה למגיפה הנוכחית ולמגיפה הבאה, במיוחד מצוותי רפואה וסיעוד. לאור זאת עולה צורך בבחינה מחדש של מדיניות הבידודים. מומלץ גם לבחון את הביקורת על רמת המוכנות של בתי החולים וחשיבה על אופנים לשיפור המצב, וכן מהם השינויים החיוביים לתפיסתם של העובדים וכיצד ניתן לאמצם גם מעבר לתקופת המגיפה. בחינה שכזו תתבצע, בין היתר, בראיונות עומק שמתוכננים להמשך המחקר הנוכחי.

## "זה עשה סדר"? : מקצועות הבריאות לאחר עשור לחוק הסדרת עיסוקם

פאולה פדר-בוביס

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות (2008) ('החוק') מהווה עיגון חוקי לפרופסיונליזציה של מקצועות הפיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ותזונה. כיום נכללים בחוק מקצועות נוספים. מטרת החוק להבטיח רמה מקצועית הולמת של העוסקים בהם ולהגן על בריאות הציבור.

### מטרות:

1. לתאר את תהליך עיצוב ויישום החוק במקצועות שהוגדרו בתחילה;
2. למפות תפיסות אנשי מפתח וקובעי מדיניות לגבי השפעת החוק על המקצועות והפרקטיקה המקצועית בכל אחד מהמקצועות.

### שיטות מחקר: מחקר איכותני, מורכב מ:

1. ניתוח תוכן של החוק ושל מסמכים תחקיטיים ומשפטיים כגון דיוני חקיקה, תקנות, תוספות, תיקונים, הוראות מעבר, דיונים משפטיים ותלונות;
2. ראיונות עומק עם 19 אנשי מפתח במקצועות הבריאות ועם קובעי מדיניות שהיו מעורבים בתהליך החקיקה.

**ממצאים:** המסמכים מלמדים כי יישום החוק התפרס על פני שנים. תיקוני חקיקה נעשו על מנת להוציא לפועל את תהליכי הרישוי שנקבעו בחוק. חלק מסעיפי החוק ריקים עד היום. לדוגמה, הסעיף בדבר ייחוד הפעולות, שנועד לקבוע את תחומי העיסוק של כל מקצוע. לאקונה זו מאפשרת לאנשי עיסוקים אחרים (occupational groups) לבצע פעילויות הנחשבות כליבה של מקצועות הבריאות. עוד עולה מהמסמכים כי שיקולים שאינם בהכרח מקצועיים עיצבו את יישום החוק ופיתוחו. לדוגמה, קיומו של חוק חופש העיסוק הכריע בקבלת החלטות בפסקי דין; הרצון להסיר חסמים בקליטתם התעסוקתית של עולים חדשים הביא לתיקון של החקיקה. מניתוח הראיונות עולה כי כל קובעי המדיניות ואנשי המפתח ראו את מטרות החוק באור חיובי ואף כהכרח. לדבריהם, החוק "עשה סדר" שכן הנפקת תעודות המקצוע מיושמת בהעסקתם של אנשי המקצועות. אולם רובם ציינו כי חל תהליך של פיחות בתוקפו של החוק לאור שינויי חקיקה שלא משיקולים מקצועיים ולאור נושאים חסרים בחוק, כגון תחומי מומחיות.

**מסקנות והמלצות:** החוק מסדיר את תהליכי הרישוי. הוא מגן על התואר של מקצועות הבריאות אך לא על עיסוקם ועל הפרקטיקה המקצועית שמאויימת על ידי עיסוקים שאינם מוסדרים. יש לשקול לסיים ליישם את החוק, בעיקר באמצעות השלמת סעיפי החוק שנותרו ריקים.

## שוני תרבותי בעמדות האחים.ות והרופאים.ות לגבי מוות של מטופלים

לובה בלין<sup>1</sup>, מרים בנטואיץ<sup>2</sup>, בלה גרוס<sup>2</sup>

1. מרכז הרפואי לגליל

2. פקולטה לרפואה צפת, אוניברסיטת בר אילן

**רקע:** תקשורת אופטימלית עם מטופלים ומשפחותיהם מהווה מרכיב מרכזי בתחום מתן הטיפול הרפואי בשלב סוף החיים. מחקרים שנעשו מדווחים על מחסומים תקשורתיים סביב הנושא של מסירת האבחנה הרפואית ותקשורת הקשורה בהעברת מסרים בנושא סוף החיים של המטופלים הסופניים. במחקרים אלו נחקרה בעיקר השפעתה האפשרית של התרבות על הגישה לסוף החיים של מטופלים, אך המיקוד בעיקר ברקע התרבותי של המטופל, ולא של המטפל.

**מטרות:** לבדוק מהו הקשר בין הרקע האתני תרבותי של המטופלים (רופאים.ות ואחים.ות) בישראל לבין עמדותיהם בנוגע לפתיחות שיש לגלות עם מטופלים.ות סופניים.ות ובני משפחותיהם לגבי נושא המוות.

**שיטות מחקר:** מחקר חתך משולב, החלק הכמותני של המחקר התבסס על שימוש בשאלוני PEAS (Physicians' End of Life Attitudes Scale), והחלק האיכותני של המחקר התבסס על שאלון מיקוד שליטה ושאלון דמוגרפי. שאלונים אלה הופצו ל-220 רופאים.ות ואחים.ות מקבוצות אתנו תרבותיות שונות.

**ממצאים:** בחלק הכמותני נמצא כי מטופלים ילידי הארץ יהודים מציגים פתיחות ברמה גבוהה יותר למטופלים סופניים ולבני משפחותיהם באשר לנושא המוות, נמצא קשר בין חשיפת המטפל למוות ומיקוד שליטה חיצוני הנמצא במזל או בגורל אשר קשורים לרמת הפתיחות של הצוות המטפל יותר מהרקע האתני תרבותי שלהם. עם זאת, כשגורמים אלה נלקחים בחשבון הם אך מפחיתים את עוצמת הקשר בין הרקע האתני תרבותי לבין רמת הפתיחות של הצוות המטפל, בעוד הקשר עדיין נותר קיים. תוצאות החלק האיכותני של המחקר מורות על ההיבטים התרבותיים שמהווים את הבסיס להבדלים שנמצאו בחלק הכמותני.

**מסקנות והמלצות:** המחקר הנוכחי מראה לראשונה בישראל, שקיים קשר בין רקע אתני תרבותי של המטפל לבין מידת פתיחותו עם מטופלים סופניים לגבי נושא המוות. כמו כן, מוצעים היבטי עומק תרבותיים שעשויים להיות הבסיס לקשר זה. המחקר מרחיב את הידע והבנה אודות הקשר האפשרי של תרבות המטפל, לעמדותיו ביחס לטיפול במטופל הנוטה למות ובני משפחתו.

## בריאות הציבור בעולם משתנה: פרויקט שיתוף ידע אירופאי-ישראלי לקידום מנהיגות

### ותעסוקה בבריאות הציבור בישראל "SEEEPHI"

אסנת בשקין<sup>1</sup>, קרן דופלט<sup>2</sup>, נדב דוידוביץ<sup>2</sup>, שירה זלבר-שגיא<sup>3</sup>, יהודה ניומרק<sup>4</sup>

1. המכללה האקדמית אשקלון
2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
3. אוניברסיטת חיפה
4. האוניברסיטה העברית והדסה

**רקע:** הכשרה מתאימה בבריאות הציבור היא ערובה ליכולתם של אנשי המקצוע לזהות ולמנוע תחלואה, לקדם בריאות, להוביל מהלכים לצמצום פערים בריאותיים ולהגיב ביעילות למצבי חירום בריאותיים.

**מטרות:** מטרת פרויקט SEEEPHI (Sharing European Educational Experience in Public Health for Israel) הינה להעריך את הפערים בין הרצוי והמצוי מבחינת כוח האדם בתחום בריאות הציבור, לרבות הכישרים והמיומנויות הנדרשים בהתייחס להכשרה הניתנת בישראל ולחזק היבטים של מנהיגות, תוך שיתוף בידע ובניסיון אירופאיים ופיתוח שיטות הוראה מתקדמות.

**שיטות מחקר:** פרויקט רב-לאומי תלת-שנתי במימון תוכנית הארסמוס (Erasmus + Capacity Building in Higher Education) הכולל מספר חבילות עבודה כאשר על כל חבילה אחראים במשותף מוסד ישראלי ומוסד אירופאי. לפרויקט שותפים חמישה מוסדות מאירופה וחמישה מישראל.

**ממצאים:** במסגרת מטרות הפרויקט הוגדרו חמישה יעדים ממוקדים:

1. מיפוי צרכים, כישרים ומיומנויות בשוק העבודה בבריאות הציבור בישראל.
2. מיפוי תוכניות הכשרה לבריאות הציבור בישראל ברמת הבוגר והמוסמך.
3. פיתוח ממשק מקיף לתמיכה בהכשרה, תעסוקה, פיתוח מקצועי ושיתופי פעולה בבריאות הציבור.
4. בניית יכולות מנהיגות בהכשרה ובפרקטיקה בבריאות הציבור.
5. מעורבות בעלי עניין ברמה הקהילתית והמקצועית, לצורך יישום ההמלצות המוצעות.

**מסקנות והמלצות:** בעידן של שינויים גלובאליים, חיוני להעריך ולקדם כוח עבודה מיומן ומוכשר אשר יפעל להגנה על בריאות הציבור ויתמודד עם אתגרי הבריאות החדשים. הבנת צרכי הקהילה והשדה בו פועל כוח האדם בבריאות הציבור, פיתוח תוכניות ההכשרה האקדמיות בהתאם לצרכים אלו, ובניית מנהיגות בבריאות הציבור, יאפשרו התמודדות טובה יותר עם העולם המשתנה. שיתוף הפעולה הישראלי-אירופאי הוא ייחודי ומאפשר החלפת ידע וניסיון בינלאומיים. השיטות שיפותחו במסגרת הפרויקט והלקחים שיילמדו בהקשר הישראלי החברתי-תרבותי, המקצועי והארגוני הייחודי, יהיו ניתנים להתאמה ואימוץ על ידי מדינות אחרות.

## אלימות כלפי עובדי בית חולים במהלך מגפת הקורונה

קרן דופלט<sup>1</sup>, אנה סטופק<sup>2</sup>, רחל בן עיון<sup>3</sup>, אנה לב אלצופין<sup>4</sup>, חזי לוי<sup>2</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
2. המרכז הרפואי האוניברסיטאי ברזילי
3. לשכת הבריאות באשקלון
4. המכללה האקדמית אשקלון

**רקע:** אלימות במקום העבודה נגד עובדי שירותי בריאות היא בעיה חמורה בבריאות הציבור, שהחמירה במהלך מגפת הקורונה. עובדי מערכת הבריאות נמצאים בסיכון של פי 16 לחוות אלימות במקום העבודה ביחס לעובדים בארגונים אחרים, כאשר במסגרת בית החולים הסיכויים אף גבוהים יותר.

**מטרות:** לבחון את מידת החשיפה לסוגים שונים של אלימות בעבודה בקרב עובדי בית חולים, את הסיבות לאלימות, ואת הגורמים המנבאים חשיפה לאלימות.

**שיטות מחקר:** מחקר חתך בוצע בחודשים נובמבר-דצמבר 2021 באמצעות שאלון מקוון בקרב עובדים בבית חולים ממשלתי בישראל. נאספו נתונים לגבי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ותעסוקתיים, חשיפה לצורות שונות של אלימות בעבודה במהלך ששת החודשים האחרונים, והאחריות והסיבות לאלימות מנקודת מבטם. הנתונים נותחו באמצעות מבחני חי בריבוע ומודל רגרסיה ליניארית לניבוי החשיפה לאלימות בעבודה.

**ממצאים:** 486 עובדים מילאו את השאלון, מתוכם 100 רופאים ו-205 אחים ו-71% מהמשתתפים נחשפו לאלימות בעבודה, ו-64% הניחו שהאלימות הסלימה במהלך המגיפה. השכיחות של אלימות מילולית-פסיכולוגית ופיזית הייתה 69% ו-11%, בהתאמה. לדעת המשתתפים, הסיבה העיקרית לאלימות בבית החולים הייתה זמני המתנה ארוכים (70%), חוסר שביעות רצון מהיחס של הצוות (57%), בירוקרטיה (49%) ועוד. ההסלמה במהלך המגיפה התרחשה, לדעתם, עקב החרדה והמצב הנפשי של החולים או המלווים בעקבות המגפה (72%), עלייה בזמן ההמתנה מאז החלה המגיפה (54%), חוסר במשאבים בבית החולים לטפל בכולם (45%) וחוסר יכולת לבקר קרוב משפחה חולה קשה בקורונה (44%). פחות שנות ותק, עבודה במלר"ד או במחלקה פנימית, היות הנבדק רופא או אחות היו מנבאים לחשיפה מוגברת לאלימות בעבודה.

**מסקנות והמלצות:** מחקר זה שופך אור על השכיחות הגבוהה של אלימות כלפי עובדים בבתי חולים בישראל, שאף הסלימה במהלך המגפה. אנו ממליצים לאמץ מדיניות של אפס סבלנות לאלימות וענישה מרתיעה, כמו גם להקצות משאבים ולעדכן את התקינה של כוח האדם כדי לקצר זמני המתנה ולאפשר מתן תשומת לב ויחס מכבד כלפי המטופלים והמלווים לצורך הפחתת חרדות ותסכול, המביאים להתפרצויות של אלימות.



# השוואה בין שיעורי שביעות רצון של מטופלים במרפאות גנטיקה בין ייעוצי טלרפואה למול

## ייעוציים מסורתיים

אורי חמיאל<sup>1</sup>, חגית בריס פלדמן<sup>1</sup>, ניצן לנדאו<sup>2</sup>, דפנה מרום<sup>1</sup>

1. המרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי

2. המרכז הרפואי שיבא

**רקע:** טלרפואה הינו מודל אספקת שירות בו מומחים מוסמכים מספקים ייעוץ מרחוק למטופלים. מידע אודות שביעות רצון המטופלים מייעוצי טלרפואה בתחום הגנטיקה הקלינית, ובמיוחד בגנטיקה ילדים הינו חסר.

**מטרות:** מטרתנו הייתה להשוות את שיעורי שביעות הרצון של מטופלים בטלרפואה לעומת ייעוצים גנטיים מסורתיים המתרחשים פנים אל מול פנים במהלך מגיפת COVID-19.

**שיטות מחקר:** מחקר חתך. הנתונים נאספו באמצעות שאלון שנשלח ל-672,1 הורים לקטינים (חולים מתחת לגיל 18), או למטופלים בוגרים, שקיבלו ייעוץ דרך המכון הגנטי במרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי בין התאריכים 1/6/2020-1/1/2020. הנתונים נאספו באמצעו תוכנת REDCap והומרו ל- Microsoft EXCEL Database Program (v16.0) ו-STATA (v14.1).

**ממצאים:** שאלונים מלאים נאספו מ-457 מטופלים (שיעור הענות של 27.3%). מתוכם, 330 מטופלים (72.2%) קיבלו ייעוץ מסורתי, 80 (17.5%) קיבלו ייעוץ באמצעות טלרפואה, ו-47 קיבלו ייעוץ במהלך התקופה בשני האמצעים (10.3%). שביעות רצון או שביעות רצון גבוהה דווחו ב-82.1% בקבוצת הייעוץ המסורתי, בעוד ש-6.3% לא היו מרוצים או לא מרוצים בכלל. זאת בהשוואה ל-82.5% ו-11.2% בקבוצת הטלרפואה, בהתאמה. לא נצפה הבדל משמעותי סטטיסטית בין שתי הקבוצות בשיעורי שביעות הרצון. בוצע ריבוד נוסף של הנתונים לפי תת-מרפאות קליניות בתחום הגנטיקה. מסך כל הייעוציים, 58 (12.7%) היו בתחום של גנטיקה ילדים. לא דווח על אף מקרה של חוסר שביעות רצון בקרב המטופלים שקיבלו ייעוץ גנטי לילדים באמצעות טלרפואה בלבד. 76% מכלל המטופלים שקיבלו ייעוץ באמצעות טלרפואה ציינו כי ירצו להשתמש בשירותי טלרפואה בעתיד, בעוד 18.7% הביעו התלבטות ו-5% ציינו שאינם מעוניינים באפשרות זו.

**מסקנות והמלצות:** ייעוצי טלרפואה במרפאת הגנטיקה במהלך חצי השנה הראשונה למגפת COVID-19, ובפרט ייעוציים במרפאת גנטיקה לילדים, היו קשורים לשיעורי שביעות רצון גבוהים, שאינם נופלים משיעורי שביעות הרצון מהייעוץ המסורתי.

## רשימת פוסטרים (א-ב שם משפחה)

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר
1	סירת	אבו חמד	מדיניות ניהול הלידה ותפיסת הטיפול המכבד לילודת בקרב נשים בישראל
2	דן	אבן	אמון הציבור במוסדות רפואיים: מקרה בוחן של נפגעי הטיפולים בהקרנות לגזזת בישראל
3	מוחמד	אגבארייה סעאדה	גורמים תרבותיים מעצבים בחוויות הנטל הסובייקטיבי, בקרב אימהות ערביות מוסלמיות לבן/בת עם מוגבלות נפשית קשה
4	אנה	אוצ'רטיאנסקי	התאמת טיפול תרופתי סביב ניתוח בריאטרי – קידום והטמעת ידע במכבי
5	ליאת	אורנשטיין	שינויים בזמן ומנבאים של פערים בעישון בחברה הישראלית בעקבות התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו: ניתוח נתונים משני סקרים לאומיים (2010 ו-2017)
6	שרון	אורשלימי	זכויות נשים בשירותי בריאות: מדיניות אמצעי מניעה כמקרה בוחן
7	ליזה	אידלמן	בדידות מאושפזי קורונה: שיתוף ציבור לבניית תוכנית התערבות להתמודדות עם תחושת הבדידות של מאושפזים במחלקות הקורונה
8	מוריה	אלן	לטפל או לא לטפל? התפיסות והחוויות של אונקולוגים ביחס לסיבות לטיפול יתר בחולי סרטן בסוף חייהם
9	אורית	אפומדו-יונה	הערכת התועלת של התערבות לקידום אורח חיים בריא בהובלת דיאטנית בקרב עובדי מפעל – לפי מעקב אחר ירידה במשקל ומדדים אנתרופומטריים, איכות חיים, הרגלי בריאות, פריון עבודה ושביעות רצון
10	ליאור	אפטר	אוטומציה באישורי תרופות
11	טל	אפרמן-יצחק	אימהות מעצבות בית בריא – ניסוי מבוקר אקראי במדיה מקוונת ליצירת סביבה ביתית בריאה יותר
12	מורן	אקוס כרמל	בריאקטיב – תוכנית לתמיכה באנשים אחרי ניתוח בריאטרי במדיה חברתית וירטואלית
13	דניאלה	אריאלי שטלצר	האם הקופות יכולות למנוע הגעה למצב סיעודי?
14	מאיה	ארנון	למידה רפואית מתמשכת כמקדם איכות משמעותי ברפואה
15	מאיה	ארנון	פיתוח קורס להכשרת צוותים רב-מקצועיים באמצעות סימולציות בנושא "דיאלוג מגשר" למניעת אירועי גזענות במערכת הבריאות
16	מורן	בודס	תהליכי סיום חיים בישראל – חקר האינטראקציה בין החולה הסופני ומלוויו למערכת הבריאות
17	שירן	בורד	היענות להנחיות, תפיסות סיכון ואיום, אמון ורגשות חיוביים ושיליים בקרב צוותים סיעודיים בתקופת הקורונה: מחקר אורך
18	דליה קאנו	ביטאולין שרמן	התנהגות בריאותית בהתייחס למחלת סוכרת סוג 2 בקרב יוצאי אתיופיה בישראל
19	יונתן	בילו	הערכת בריאות הנפש של מתבגרים ישראלים לפני ובמהלך מגיפת ה-COVID-19

20	מיכאל בכר	המרכז הרב תחומי לבריאות העצם כ-"One Stop Shop" לטיפול באוסטאופורוזיס – רפואה איכותית עם חיסכון כלכלי לאומי
21	קפאח בכריה	שיתוף במידע רפואי בין מוסדות הטיפול השונים (בתי חולים וקהילה) לבין טיפת חלב, להבטחת הרצף הטיפולי
22	הדס בן-אלי	הערכת היענות להפניות לבדיקת עיניים לאחר איתור ממצא בבדיקות סינון לבעיות ראייה בקרב פעוטות בתחנות טיפת חלב וזיהוי חסמים לא-היענות להפניות
23	אביבה בן ברוך	קידום ניטור ואיזון חולי לב וסוכרת על ידי רוקחי מכביפארם
24	עינבר בנדח	אינטגרציה בין אגפי קופ"ח מאוחדת ליישום טכנולוגיה חדשנית – HPV SCREENING
25	עדנה בר-רצון	הערכת Poly-pharmacy על ידי רוקחים קליניים במכבי
26	עדנה בר-רצון	יוזמה וקידום מדד בטיחות משולב בטיפול התרופתי במכבי
27	איילת ברג-ורמן	פערים במצב בריאות הפה של בני 65+ לפי מעמד חברתי-כלכלי
28	רותי ברגר	דיווח סובייקטיבי של מטופלים (Patient reported outcome Measures – PROM) לפני ולאורך זמן לאחר ניתוחי החלפת ברך ובריאתריה ברשת אסותא מרכזים רפואיים
29	אולגה בריימן טקץ'	צמצום שימוש בכפילויות פרמקולוגיות
30	יונתן בריל	רציפות הטיפול בקהילה: המפגש הראשון עם מטופל לאחר ניסיון אובדני
31	ארז ברנע	מרפאה מקוונת (online) לאבחון וטיפול בהפרעות קשב וריכוז (ADHD)
32	רועי ברנע	השפעת רפורמות רגולטוריות על התמהיל הסוציו-דמוגרפי של המטופלים ועל אופן המימון של ניתוחים אלקטיביים ברשת אסותא מרכזים רפואיים
33	אסנת בשקין	היבטים קליניים ואתיים בשימוש בטכנולוגיות חדשניות שאינן בסל הבריאות לטיפול בסרטן: תפיסותיהם של אונקולוגים במחקר משולב שיטות
34	מעוז ג'אראלה	עשור לרפורמה ברפואת שיניים בישראל – ניתוח השימוש בשירותי רפואת שיניים לילדים מ-2011 עד 2020
35	מרים ג'בארין	הטיפול המשולב בקשיש
36	לוי ג'קסון	ניטרליות, קונפליקט וגורמים מבניים המשפיעים על הבריאות במלר"ד ירושלמי
37	נורית גוטמן	יש הרבה מידע אבל לא שקוף ולא מספיק יישומי: מהן התפיסות בציבור לגבי האמינות ומתן מענה לצרכים של המידע שהופץ על ידי משרד הבריאות בזמן מגפת הקורונה והשלכות למדיניות
38	אלון גולדברג	השלמה עם מחלת ההורה: התקשרות ורווחה נפשית של ילדים בוגרים להורים החולים במחלת הפרקינסון
39	נחמה גולדברגר	באיזה ערים הייתה תמותה עודפת במהלך מגיפת הקורונה?
40	אורית גולדמן	ניתוח חיזוי של כבד שומני לא אלכוהולי
41	שרון גולדמן	אי-שוויון בקרב נפגעי טראומה: תמונת מצב בישראל
42	אורית גולן	עמדות והתנהגויות הציבור בנוגע לזכות הפרט לפרטיות מול שמירה על בריאות הציבור בעידן מגפת הקורונה בישראל
43	מאיה גולן	כשירות תרבותית באסותא מרכזים רפואיים

44	אביבית	גולן כהן	סיכונים והזדמנויות בשירותי רפואה ראשונית מרחוק – עמדות רופאי הקהילה
45	לימור	גונן	נכונות לשלם עבור הקפאת זרע
46	אמית	גור	התפקיד הכפול של הטיפול: שילוב תפקידי הטיפול הפורמלי והבלתי פורמלי והשלכותיו
47	שרון	גור אריה	שימוש בשיטת ה-FMEA לזיהוי כשלים פוטנציאליים בחדר המיון במהלך COVID-19 בבית חולים פסיכיאטרי
48	אריאלה	גורדון-שאג	פיתוח ותיקוף שאלון להערכת מודעות ותפיסת הורים לבידיקות סקר ראייה בילדים: תהליך דלפי
49	אילן	גרין	השפעת התפרצות נגיף COVID-19 על צריכת שירותי הרפואה הראשונית בקהילה ועל התוצאים הרפואיים בשירותים מקוונים מול טיפול במרפאה
50	ג'ניפר	דורטל	אי שוויון בגישה לגמילה מעישון בין חולים עם ובלי מחלת נפש קשה (serious mental illness (SMI))
51	ורד	הובר- מחלין	הקשר בין מיצובו של המטופל במרכז בשיקום לבין איכות הטיפול ותוצאותיו: ניתוח מצב והמלצות למדיניות
52	רפאל	הוד	בול באמצע: מחקר איכותני לבחינת התפיסות של מטופלים ומטפלים, לגבי מדדי איכות המשקפים רפואה ממוקדת מטופל
53	אורית	ויזינגר	אחות מומחית לסוכרת בצל מגפת הקורונה: אתגרים, תובנות והצעות לשיפור
54	גלי	וייס	הגורמים המשפיעים על זרימת מטופל הקורונה במלר"ד, מרגע קבלתו ועד לקבלת החלטה על שחרורו או אשפוז
55	רות	וייצברג	איך מדינות עשירות מתכננות, רוכשות ומשתמשות בטכנולוגיות דימות כדי למנוע רכישה ושימוש יתר?
56	אמיר	זהר	השפעת הרוקח על שיפור הטיפול התרופתי במוסדות הסיעודיים
57	מירי	זטלאוי	גישות לחיסוני COVID-19 בקרב האוכלוסייה בישראל לפני ואחרי זמינות החיסונים – מחקר חתך לאומי
58	גליה	זכאי	אפידמיולוגיה של שברים בילדים ומתבגרים בישראל במהלך השנים 2019-2000
59	מוחמד	ח'טיב	ההיענות של האוכלוסייה הערבית בישראל להנחיות הממשלתיות למיגור מגפת ה-COVID-19 בהקשרי המרחב הפרטי והציבורי
60	יונתן	חלאטניק	חדרי ניתוח ציבוריים בישראל – תמונת מצב ראשונה
61	יעל	טופול	ועדת החריגים לתרופות של מכבי שירותי בריאות: השלכות החלטותיה על מהלך מחלת המבקשים
62	אביעד	טור-סיני	ויתור על שירותי בריאות: מהם המניעים מאחורי התנהגות זאת?
63	ארנה	טל	מה מידת האמון של המטופל במערכת הבריאות הפרטית והציבורית – עמדות מנהלים בבתי חולים
64	רותם	טל בן ישי	בחינת יעילות השימוש בריצוף אקסומי לאבחון אוטיזם בישראל
65	אורלי	טמיר	מטפלים סיעודיים כשגרירי בריאות בקהילה

66	קרולינה	טנבאום-ברוכי	אנשים עם מוגבלות שמיעה מקיימים תקשורת עצמאית עם רופא/ת המשפחה
67	אבבה	טרונך	האם לאשפוזים ישרים למרכזי טראומה יש תועלת הישרדותית בהשוואה להעברות בין בתי חולים בטרומה קשה ואנושה? מחקר עוקבה ארצי
68	עומרי	ילובסקי	קווים ראשונים למודל למרכז יזמות וחדשנות במערכת הבריאות
69	דניאל	יעקבסון	הערכת איכות ובטיחות בתהליך העברת מטופל – משכי זמן בקבלת מטופל מורכב אל היחידה לטיפול נמרץ
70	הדר	ירדני	מעונות יום שיקומיים בעידן הקורונה – חתירה לשגרה
71	הילה	כהן	רגישות וסגוליות של כלים לסיקור אלימות זוגית נגד נשים בשירותי בריאות
72	הילה	כהן	קידום צדק עיסוקי במסגרות שיקום בקהילה בקרב אנשים עם קשיים נפשיים: חוויית צרכני השיקום
73	רוחמה	כהן	חברת הנחיות לסיעוד בסוכרת בקהילה ובאשפוז 2021 – פרויקט איכות להנגשת הנחיות מקצועיות לאחיות סוכרת בישראל
74	עירית	כהן-מנהיים	אי-שוויון מגדרי? שימוש בחגורות בטיחות והסיכון לפציעות קשות בקרב נהגים שהתאשפזו במרכזי-על לטראומה בישראל
75	סימונה	כהן קדוש	מוכנות לאסון רעידת אדמה: מידול פריסה אופטימלית של נקודות טיפול ראשוניות
76	מרינה	לאוננקו	תפיסות האחיות והאחים בכללית את המקצוע (בהווה ובעתיד), את עתידם המקצועי, והשפעת המגפה על תפיסות אלה
77	אייל	להב	השפעת ההתחסנות כנגד וירוס הקורונה על תפיסת הסיכון של המחלה, הרגשות השלילים, והצפיות הכלכליות. נתוני פאנל מתקופת מבצע ההתחסנות בישראל
78	דיאן	לוין	חדשנות בקידום בריאות בתקופת הקורונה ואחריה – "מעז יצא מתוק"
79	עירית	ליאור צדקה	פיתוח מודלים לחיזוי מדויק יותר של השמנת יתר בילדות המוקדמת
80	רונית	ליכטנטריט	הנשמה בימי קורונה
81	אירנה	ליפשיץ	מדיניות בריאות 2022 – מאומתים לפי ישובים
82	מיכל	לרון	שימוש ברפואה מקוונת תחת מגבלות תנועה בעת מגפת הקורונה
83	ויקי	מאירס	פיתוח של עלוני מידע בתוך חפיסות סיגריות בישראל: מחקר איכותני עם מעשנים ומעשנים לשעבר
84	ויקי	מאירס גמליאל	פערים בזמני המתנה ברפואת עיניים: ניוון מקולרי תלוי גיל כמקרה בוחן
85	שי	מוסבט	רשתות חברתיות כגורם מגן להחמרה בתפיסת מצב הבריאות, הקשורה לשינויים בתפיסת הבדידות ומצבים בריאותיים בקרב מבוגרים במהלך התפרצות מגפת הקורונה
86	מרינה	מור שלום	פיתוח כלי הערכה להטמעה מושכלת של טכנולוגיות רפואיות בקהילה
87	שי	מושל	דפוסי הטיפול בנוגדי קרישה פומיים ממשפחת Direct Oral Anticoagulants (DOACs) בקהילה, בהתאם למידת הנגשתם במערכת הבריאות בישראל: נתוני "עולם אמיתי"
88	אמיר	מזור	מחוסר שוויון בצידוד לחוסר שוויון בבריאות – ההשפעה שיש להימצאות מכשיר ממוגרפיה בפריפריה על התחלואה דה פקטו בסרטן שד

89	שי	מייזלס ערן	גורמים המשפיעים על קבלת שירותי טיפול בריאותי מקדם לילדים על הרצף האוטיסטי בישראל
90	אורן	מירון	שימוש בשירותי רפואה ומקצועות הבריאות בקהילה בקרב מחלימי קורונה והבדלים מגדריים
91	דביר	מצרי	זהות אתנית, חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כגורמים המסבירים מצוקה רגשית
92	סוזנה	מרדכי	יד ביד – עבודת צוות מקצועות הבריאות במגפת הקורונה מחוז דרום מאוחדת
93	גיל	מרון	האם נרשמה ירידה באשפוז גם בבתי החולים הפרטיים בשנת הקורונה 2020?
94	יבגני	מרזון	קשר בין הפרעת קשב לשיעור מוגבר של מחלות זיהומיות בילדים: מחקר מקרה-בקרה המבוסס על אוכלוסייה.
95	גלית	נויפלד קרושינסקי	ביישור בשורה מרה ושיתוף בקבלת ההחלטות: נקודת המבט של הנשים המתמודדות עם הפלה טבעית
96	אפרת	נטר	הבדלים אתניים בעמדות והתנהגויות מונעות קשורות-מחלת אלצהיימר בסקר ההזדקנות הישראלי
97	טל	ניצן	אפיון משתמשי אפליקציה לתרגול מרחוק בפיזיותרפיה
98	וואסף	נעאמנה	גורמים חברתיים ורשות (Networking) ושימוש בשירותי בריאות בקרב ערבים ויהודים – תוצאות ממחקר חלוץ
99	אפרת	נעמן	איזוק אסירים ועצורים בעת טיפול רפואי בבתי החולים בישראל – מחקר רב מרכזי
100	ליאור	נעמתי-שניידר	קונפליקטים תוך ארגוניים באימוץ אסטרטגיות עסקיות בבתי חולים
101	כרמית	נתנאל	הערכת תוכנית החיסונים הלאומית נגד דלקת כבד (הפטיטיס) נגיפת B וסיקור לנשים הרות בקרב ילודים ואימהותיהם בשנים 2015-2016 בישראל
102	מור	סבאן	היענות לחיסוני קורונה בקרב מחלימים וסיווג מקרי הדבקה לאחר התחסנות לפי מאפיינים דמוגרפיים
103	אריה	סולומון	בשרות רפואה מונעת בתחום רפואת העיניים TELEMEDICINE
104	מיכל	סטולר	ניתוחים להתאמה מגדרית בישראל – שימוש ברפואה הציבורית לעומת הפרטית
105	כרמית	סטרן	דחק ואפליה נתפשת בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל בתקופת הקורונה – תפישת האיום והאמון במערכת הבריאות כמשתנים מתווכים
106	נעמי	סיגל	חדשנות מנוהלת: הערכה מותאמת ארגון לטכנולוגיות רפואיות
107	אלונה	סיגלר הרכבי	מעז יצא מתוק – כלים להפקת תובנות מעשיות מהליכים משפטיים, לשיפור איכות ובטיחות הטיפול
108	אסתי	סייג	מימוש FHIR בממשק התחייבויות (טופס 17) אוטומטי בין בית החולים לבין הקופה המבטחת – שירות פורץ דרך לטובת המטופל
109	קלרה	סינגר	בחינת המוצדקות של שימוש בבדיקת CT חזה בטן ואגן במלר"ד
110	רותי	ספורטס	מחלקת אשפוז ניתוחים 10-10
111	בת שבע	ספיר	אשפוז בפנימית בית עבור חולי קורונה

112	נור	עבד אלהאדי שחברי	גורמים הקשורים להיענות אמהות לחיסון ילדיהן כנגד שפעת עונתית ו-HPV בקרב קבוצות אתניות שונות בחברה הערבית והיהודית בישראל
113	ניווין	עלי-סאלח דראושה	חסמים לטיפול בקרב נשים המתמודדות עם אלימות זוגית ומצוקה נפשית בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש
114	יבגני	פייגין	ההשפעה של גישת ה-Opt-Out על הפנייתן של נשים הרות לבדיקות HIV במהלך ההיריון
115	נדב	פן	שימוש וחסמי שימוש בשירותי בריאות מרחוק באוכלוסייה הערבית בישראל
116	ביאטריס	פקר-אגרונסקי	סיקור אלימות זוגית במערכת הבריאות וקבלת מידע על דרכי התמודדות עם אלימות זוגית בזמן מגפת הקורונה
117	צביאל	פרוסטיג	ניבוי משך אשפוז בפגיה
118	שרונה	צדוק רוזנבלוט	מערכת הביטוח הסיעודי בישראל: ידע, עמדות והתנהגות
119	יאיר	צדקה	השפעת תקופת הקורונה על השגת אבני דרך התפתחותיות בקרב ילדי ישראל
120	אריאל	קאים	השפעת 'עייפות פנדמית' על היענות להתחסנות: ניצחון המדע על הפוליטיקה
121	שלומית	קגיה	חווית המטופל – סקר בקרב מטופלים בפסיכותרפיה חמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית
122	אריאל	קוינט	צמצום אשפוזים
123	טטיאנה	קולובוב	חיסון נגד COVID-19 כמקרה מבחן להתמודדות עם איום בריאותי חדש: השוואה בין האוכלוסייה הכללית לבין אנשים עם מחלה כרונית
124	ירון	קונלי	תפיסת "המטופל במרכז" בעיני הציבור – האם המטופל מעוניין ומסוגל להיות במרכז קבלת ההחלטות?
125	אלכסנדר	קונסון	פערים בין מגזריים וסוציאוקונומיים בשיעורי ביצוע של מדדי איכות המדווחים על ידי תחנות טיפת חלב במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות
126	רויטל	קורנפלד	קבוצת הדרכה פסיכומטורית לאמהות ותינוקות בגיל הינקות
127	לילך	קליין	עבודת צוות מכוונת למען שיפור איכות הטיפול במטופלים עם סוכרת במחוז צפון
128	צביה	קסל	כיצד משפיע COVID 19 על הרגלי העישון? מחקר נתונים רטרוספקטיבי
129	אורית	קרניאלי-מילר	תחושת "חוסר השליטה" של אנשי המקצוע על הצלחת הטיפול בסוכרת כמקדם או כחסם ליישום תהליך קבלת החלטות משותפת
130	נינה	רבקין	בונים גשר מבית החולים לקהילה סוכרת סוג 1 בילדים ומתבגרים – תוכנית התערבות לשיפור המענה למשפחות וצוותים ראשוניים
131	מוראל	רגולר	הסברה מהירה ויעילה במקרה של טרור בלתי קונבנציונאלי צפויה להפחית תגובות פאניקה של הציבור
132	נח	רובינסון	הקשר בין תפיסת סיכונים, חרדה, ושינויים בהתנהגויות שימוש של מוצרי טבק וניקוטין עקב מגפת הקורונה במאי-יוני 2020 בישראל
133	עמוס	רוגוזינסקי	תפיסותיהם של בני המשפחה והצוות הסיעודי לגבי מעורבותם של בני המשפחה באשפוז

134	ברוך	רוזן	חלקם של מדענים ישראלים בספרות המדעית בנושא החיסון לנגיף קורונה
135	לאה	רוזן	ישראל מצטרפת כמדינה ה-30 בתאגיד הבינלאומי להערכת מדיניות המלחמה בטבק (ITC)
136	מוריה	רוזנברג	הכשרה מבוססת סימולציה לקידום תרבות איכות ובטיחות
137	רעות	רון	השפעת מגפת הקורונה על שוק ביטוחי הבריאות בישראל
138	טליש	רזי בניטה	רפואה מרחוק: האם המטופלים שבעי רצון?
139	נגה	רמות	שינויים בתמהיל ובהיקף הביקורים ברפואת הקהילה במהלך מגפת הקורונה
140	שוש	שהרבני	הגורמים הקשורים לקבלת החלטות ולהתנהגות מונעת הדבקה של רופאים במהלך הגל הראשון של מגיפת הקורונה בישראל
141	רון	שור	המשפחה כחלק ממערכת הלקוח במחלקות במרכזי בריאות הנפש: מחקר משווה להערכת יישום מודל ממוקד משפחות
142	פסח	שורצמן	צריכת אופיואידים בחולי סרטן בשירותי בריאות כללית: 2018-2007
143	יעל	שחר	אוסטאופורוזיס – מניעת השבר הבא
144	יעל	שחר	הפחתת סיכון להיפוגליקמיה בקרב קשישים
145	שלי	שטרנברג	שירותי בריאות ורווחה לאנשים עם דמנציה ולבני משפחתם בתקופת מגפת COVID-19 – מענים וצרכים לא מסופקים
146	מיכאל	שימל	סקר שביעות רצון מטיפת חלב ייעודית ליילודים בוגרי טיפול נמרץ יילודים
147	תמר	שלום	עמדות מטופלים כלפי רופא המשפחה
148	ליגת	שלי	להקדים רפואה למכה: הטמעת תוכנית שב"י (שומרים על בטיחות ילדינו) למניעת הגעה חוזרת למיון ילדים בעקבות היפגעות ביתית
149	גלי	שליצ'קוב	שנת הקורונה – האם השפיעה על לידות ותמותת תינוקות?
150	סיון	שפיצר	מה חשוב להשגת "ביטחון בריאותי"? סקר צרכי בריאות קהילתי ראשון בקרב תושבי הגליל
151	חני	שרודר	מדדי PROM במטופלים לאחר שבר בצוואר הירך: קידום מדיניות מקדמת איכות ששמה את המטופל במרכז
152	רעות	ששר	הגיע הזמן להתמקד באי-השוויון בטיפול בנשים עם גידולים של דרכי השתן
153	אורלי	תורן	עמדות מטופלים כלפי שימוש בטלה-רפואה לצריכת שירותי בריאות
154	אסף	תמיר	האם הישרדות חשובה יותר מאיכות חיים? מחקר "נכונות לשלם" (Willingness to pay) בקרב קרדילוגים בישראל