

מדיניות מבוססת ראיות

Evidence Informed Policy

פרופ' אבי פורת,
אוניברסיטת בן גוריון



דילמת שני הכובעים



- **כובע הקלינאי המטפל בחולה בודד** – מתבסס על ראיות מוצקות, מחקרים מתוקפים, הנבחנים שוב ושוב עד פרסום מחקרים המחייבים עדכון הנחיות
- **כובע המנהל, מקבל החלטות בתחום הבריאות לגבי אוכלוסייה שלמה** - שירותי הבריאות, ארגונים, פריסתם ותפעולם – כאן האתגרים למקבל ההחלטות בתחום הבריאות אינם שונים מהאתגרים של קבלת החלטות בתחומי ציבור אחרים, והם משמעותיים

[Informed Policy] **EBP** ≠ **EBM**

קביעת מדיניות מבוססת ראיות

- מוגדרת כגישה המסייעת למקבלי החלטות לקבלן באופן מושכל בכל הנוגע למדיניות, תוכניות ומיזמים, ועל ידי בחינת הראיות הזמינות - הטובות ביותר בעת פיתוח ויישום של מדיניות.
- קובעי המדיניות נאלצים לפעול לנוכח כמויות משתנות של מידע, בעל איכות שאינה ברורה, או פחות ממספקת.
- מאתגר במיוחד הצורך להשגת מענה הנתמך בראיות לשאלות מדיניות דחופות.

מגוון הראיות

• מגוון הראיות בהן ניתן לעשות שימוש בתהליך בניית מדיניות מבוססת-ראיות הוא רחב וכולל:

- מחקר ראשוני במתודולוגיה מקובלת, בקנה מידה גדול, מהארץ או מהעולם
- סקרי אוכלוסייה, סקירות שטתיות, סינתזות נתונים
- חקר מקרים השוואתי [מבחני שונות גאוגרפיים, סוציו-דמוגרפיים, ואחרים]
- ניתוח משני של מסדי נתונים ארגוניים וממשלתיים
- מחקרים סימולטיביים

ראיות עשויות להיות מורכבות **ממידע מצרפי** ונתונים סטטיסטיים מגופי ממשלה, מוסדות רפואיים, גופי מחקר וארגונים נוספים.

השוואה בין:

Evidence Based Medicine (EBM)
Evidence Based Policy (EBP)-ל

נקודות דמיון

התבססות על ראיות אמפיריות:

בשני המקרים, המטרה היא להשתמש בידע הנובע ממחקרים איכותיים ושיטתיים. הראיות נבחרות על סמך איכותן המדעית, כדי להבטיח שההחלטות המתקבלות מבוססות על הטוב ביותר שיש בנמצא.

שיפור תוצאות ושירותים:

EBM מתמקד בבריאות המטופל הבודד, ו-EBP מתמקד בבריאות הציבור והמערכת, אולם בשניהם יש רצון לשפר את התוצאות הטיפול או איכות החיים של האוכלוסייה על בסיס ידע מוצק.

שימוש במתודולוגיות מחקריות סדורות:

בשני המודלים נעשה שימוש בכלים כמו סקירות שיטתיות, מטא-אנליזות, הנחיות מבוססות ראיות ושיטות הערכת איכות מחקר, כדי לגבש בסיס ראיתי יציב.

נקודות שוני:

• רמת היישום:

EBM מופנה לרופאים וקלינאים, תוך קבלת החלטות לגבי מטופל מסוים, מצבים קליניים או פרוטוקול טיפולי נקודתי.

EBP מכוון למקבלי החלטות ציבוריים, פוליטיקאים, מנהלי מערכות בריאות וגופי רגולציה. התחום עוסק בקביעת מדיניות ברמת מערכת הבריאות, חקיקה, תקצוב, הגדרת סדרי עדיפויות בריאותיים, ולא במטופל הבודד.

היקף ההשפעה:

EBM מתמקד בהשפעה על בריאותו של הפרט, לעיתים דרך טיפול אישי או הנחיות קליניות המיושמות במסגרות הטיפול.

EBP שואף להשפעה רחבה יותר ברמה מערכתית או לאומית (לדוגמה, מדיניות חיסונים, הקצאת משאבים, רפורמות בריאות).

שיקולים נוספים:

ב- EBM, מרבית ההחלטות מבוססות בעיקרן על מחקרים קליניים. השפעות חברתיות, כלכליות ופוליטיות קיימות אך משניות יחסית.

ב- EBP, למידע מחקרי מתווספים גם שיקולים חברתיים, כלכליים, פוליטיים, ערכיים ואתיים, מאחר והמדיניות צריכה להתחשב בהקשרים רחבים יותר מאשר הטיפול היחידני.

למה לדון בכך כעת?

- אנחנו בצומת דרכים:

- **מחד:** הזדמנויות משנות פרדיגמה:

- בסיסי מידע ענקיים, מתוחזקים ברמה גבוהה, מגוונים, מקיפים ספקטרום רחב של תחומי עשייה
- טכנולוגיה הולכת ומתבססת של טיפול ב BIG DATA; באקדמיה ובגופי מחקר מסחריים
- יוזמות של משרד הבריאות להנגיש ולאפשר שימוש משני בנתונים [חוזרי מנהל משה"ב מ 2018]; חוק ניוד מידע רפואי [2024]
- מכרז בנושא הנגשת נתוני עתק ממשלתיים לחוקרים; עומד להתפרסם בתקופה הקרובה [רקמ"ה – רשת לקידום מדעי הנתונים, כחלק מתהליך החדשנות בממשלה]

- **מאידך:** חשש שללא הבנת החסמים – לא תהיה פריצת דרך בפתרונות

לכן התכנסנו...

- הבאנו תחת גג הסדנה את מיטב המוחות, מנהלים וחוקרים מנוסים:

- הבא נזהה את כלל החסמים

- הבא נצביע על הפתרונות הנדרשים

- הבא נלבן ונבין מהן הסוגיות שתקדמנה **מדיניות המבוססת על ראיות**

בהצלחה