

## צוות מייעץ לחיסון נגד הקורונה

ט' שבט תשפ"א  
22 ינואר 2021

לכבוד,  
פרופ' חזי לוי  
מנכ"ל משרד הבריאות

שלום רב,

הנדון: ישיבה תשיעית - סיכום המלצות קבוצת העבודה לתעדוף חיסונים נגד קורונה – 21.1.2021

בתאריך 21.12.2021 התקיימה ישיבה תשיעית. להלן עיקרי הדיון:

### עיקרי המלצות:

1. יש להעמיק את הכיסוי החיסוני בגילאי ה-60+ ובקבוצות הסיכון ולתעדפו על פני כל קבוצה אחרת וזאת במקביל להרחבת מבצע החיסון לחתכי גילאים נמוכים יותר.
2. **חיסון לנשים הרות –**
  - 2.1. הוועדה עומדת מאחורי ההמלצה שאישה המעוניינת להתחסן יש לאפשר לה להתחסן.
  - 2.2. יש להסביר לאישה את העובדה שהחיסון טרם נבדק בצורה מבוקרת בקרב נשים הרות ולכן אין מידע על כך. יחד עם זאת, אין הוכחה או בסיס מדעי להניח נזק.
  - 2.3. הוצגו דעות התומכות בחיסון מתחילת ההיריון אל מול דעות לחיסון בטרמיסטר השני או השלישי של ההיריון. לציין, כי עמדת האיגוד לרפואת נשים אינה מצמצמת את האפשרות לחיסון לסוף ההיריון בלבד. יש לזכור כי הטרמיסטר הראשון מתאפיין בכך שיש הרבה נשים שאינן ערות לכך כי הן בהיריון. בנוסף יש לזכור כדי להיות מחוסנים בטרמיסטר השני החיסון צריך להתבצע בטרמיסטר הראשון, לכן קשה להכווין לחיסון בטרמיסטר השני או השלישי.
  - 2.4. אין מקום להחתמת אישה בהיריון המבקשת להתחסן על טופס הסכמה אך רצוי לתת דף הסבר טרם החיסון (המלצה ברוח זו יצאה לקופות החולים).
3. **חיסון מחלימים –** בוצע דיון חוזר בנושא. במגבלות המידע הקיים הוועדה ממליצה שלא לחסן בשלב זה מחלימים מהסיבות הבאות:
  - 3.1. לא מוכרים בעולם אירועי הדבקה חוזרת משמעותיים, למרות חלוף שנה מתחילת המגיפה, ומכאן מסקנה כי בשלב זה החיסון הטבעי לאחר מחלה מקנה הגנה. המלצה זו תמשיך להבחן על סמך פרסומים מבוססים בנושא.

- 3.2. אין מידע התומך בתוספת הגנה שמקנה החיסון למחלימים מפני הדבקה.
- 3.3. מרכיבים מזידיים של חיסוניות במחלימים, כפי שנמדדו בעבודות מחקר טובות, כולל רמות נוגדנים מנטרלים, רמות של תאי B memory ותגובות תאי T, לרוב יציבות גם חודשים לאחר ההחלמה.
- 3.4. חיסון מחלימים (דיירים ומאושפזים) במוסדות " מגן אבות ואמהות", ידון בדיון נוסף של הוועדה שיתקיים בהקדם.
4. בדיקות סרולוגיות - הוועדה מבקשת להתריע בפני המשרד על ריבוי בדיקות סרולוגיות בקהילה ובבתי החולים, שנעשות ללא התוויה ברורה, ושמשמעות תוצאותיהן בשלב זה אינה ידועה. עד כה לא הוגדרו correlates of protection ו של הגנה בפני הדבקה ב- SARS-CoV-2.
- 4.1. מומלץ לא לחפש עדות להדבקה עבר באמצעות סרולוגיה, אלא לחסן בשלב זה כל מי שאינו מאומת לקורונה
- 4.2. בשלב זה מומלץ לא לבצע בדיקות סרולוגיות למחלימים על מנת להעריך את מידת ההגנה מהדבקה חוזרת, אלא כחלק ממחקר. מחלים נחשב מחוסן בלי קשר לרמת הנוגדנים.
- 4.3. בשלב זה אין לבצע מעקב סרולוגי לאחר חיסון, אלא כחלק ממחקר. מי שקבל שתי מנות חיסון נחשב מחוסן בלי קשר לרמת הנוגדנים.
5. חיסון גילאי 16 – 18 –
- 5.1. הוועדה ממליצה פה אחד לתעדף חיסון בני 16 – 18 הן בשל התרומה שלהם להדבקות והן בשל הצורך להקטין אירועי תחלואה בבתי הספר (ריבוי מגעים, אי הקפדה על הכללים וכיתות צפופות) ופגיעה בשגרת הלימודים בגילאים אלה (לקראת הברויות). חלק מחברי הוועדה סבורים כי נכון להמתין עוד כשבועיים על מנת להעמיק את הכיסוי החיסוני בקרב בני 40 – 60 לאור התחלואה הגבוהה והגדלה בגילאים אלה.
- 5.2. חשוב להדגיש, כי חיסון בני הנוער לא יאפשר שגרת לימודים רגילה, מאחר שלא צפוי כיסוי חיסוני מלא בשכבות גיל אלו, לא יהיה כיסוי חיסוני בכלל בשכבות צעירות יותר ועדיין קיימת הדבקה נרחבת בקהילה. אי לכך החיסון לא ישנה בזמן הקרוב את הנחיות עטיית המסיכה, ריחוק חברתי והגיינה.
- 5.3. בהצבעה המליצו רוב חברי הקבוצה על חיסונם בבתי הספר (57%) בשל הצפי להיענות גבוהה יותר לעומת חיסון בקהילה. היתר סברו שיש לחסן בקופות החולים (43%). בהתדיינות קבוצתית נוספת בין חברי הוועדה הדעות עדיין חלוקות בין העדיפות לחסנם בבתי הספר אל מול חיסונם בקופות החולים. ההחלטה היא החלטה שהיא בעיקרה בעלת משמעות לוגיסטית ופחות אפידמיולוגית. הדגשים למשרד בתכנון מבצע החיסון לבני הנוער הם:

5.3.1. אי פגיעה בתעדוף של המשך החיסון של שאר האוכלוסיה, בעיקר בשכבות הגיל המבוגרות יותר.

5.3.2. תחילת חיסון בני נוער בהקדם האפשרי (מיד או עוד כשבועיים)

5.3.3. הפעלת שיקול דעת לגבי אפשרות של לחץ חברתי ופגיעה בפרטיות ובאוטונומיה של בני הנוער, במידה שיחוסנו בתוך בתי הספר.

## 6. חיסון חסרי מעמד :

6.1. ככלל, מי שמרכז חייו בארץ יש לחסנו לאור העובדה כי הוא תורם לתחלואה ולהדבקה.

6.2. מי שחי בישראל לרבות מבקשי מקלט, מהגרים לא חוקיים, סטודנטים – יש לחסנם על פי התעדוף באוכלוסיה הכללית וזאת בשל השפעתם על התפשטות המגיפה.

6.3. יש צורך לציידם במספר מזהה שיאפשר מעקב אחרי קבלתם את החיסון, ולדאוג למרפאות ייעודיות לחיסונם או לשלבם בחיסוני הקופות

6.4. חברי הוועדה סבורים כי תיירות מרפא של חיסונים איננה ראויה ויש למנעה.

## דברים בשם אומרים :

### 1. כללי

1.1. ד"ר בעז לב –

1.1.1. מבצע החיסונים עד כה היה יעיל ונעשה לרוב על פי המלצות הוועדה.

1.1.2. התעדוף שלנו הוא תעדוף על בסיס רפואי – למשל מחלת רקע ובני 60+ עדיפים על פני כל קבוצה אחרת. לעיתים יש שיקולים נוספים שאינם רפואיים וזו החלטה של הדרג של מקבלי ההחלטות.

1.1.3. אנחנו נמצאים בשלב של המשך התעדוף על פי חתך הגילאים שהולך ויורד כדי למלא את השורות. בשלב זה נכנסים שיקולים נוספים שאינם בהכרח מתפקידה של הוועדה – חינוך, תרבות, בטחון. מתלבט מי הגוף שצריך להחליט על הסולם הערכים הזה. למשל בתעדוף תקציבי יש לגורם מסויים את התפקיד הממלכתי להחליט על השיקולים האלה. עוד מעט מגיעים לקצה גבול התעדוף הרפואי שלנו. אמרנו את האמירה שלנו כמעט לגבי כל הקבוצות.

1.2. ד"ר טל ברוש – יש להרחיב את הכיסוי החיסוני לאוכלוסיה שבסיכון. למשל עלתה הצעה לחסן את בני הנוער. צריכה להאמר אמירה אפידמיולוגית בעניין. זה מייצר מצג שווא שנפתח את מערכת החינוך. מניח שנגיע לכיסוי חיסוני חלקי – יהיו רבים מהילדים שלא יחוסנו (לא ירצו להתחסן או הורים שיסרבו). עדיין זה צריך לעבור את הוועדה.

1.2.1. ד"ר בעז לב – התפקיד שלנו הוא בתחום האפידמיולוגי להמליץ על קבוצות שיקטינו את התחלואה.

## 1.2.2. תא"ל (במיל) יורם חמו –

1.2.2.1. לא הסתיימה העבודה של הוועדה. קרובים לאמירה שכל מי שרוצה להתחסן שייגש להתחסן.

1.2.2.2. האם חיסון תלמידי תיכון עוזר להתמודד עם התחלואה בארץ – זו שאלה שצריכה להיות נדונה בוועדה.

1.2.2.3. איך נצליח לחסן יותר ויותר אנשים. לא נכון לעשות את זה בדרך אחרת.

1.2.3. פרופ' שמואל רשפון – מדיניות חיסונים היא תמיד שילוב של מספר מרכיבים וערכים ביניהם אפידמיולוגים וחברתיים כשלכל אחד יש משקל אחר. חושב שהוועדה הזו היא המקום לקיים דיון מקצועי. אם הדרג הפוליטי יקבל החלטה שונה מהמלצתנו, זו סמכותו.

## 1.2.4. ד"ר יסמין מאור –

1.2.4.1. מסכימה עם פרופ' רשפון וד"ר ברוש.

1.2.4.2. יש לי תחושה שלהעמיק את ההתחסנות מדובר בעניין לוגיסטי. המקום של הוועדה הוא תלוי האם יש ערך בבלימת התחלואה.

1.2.5. פרופ' אלי סומך – חושב שצריכים לחשוב מתי אנחנו יכולים לעזור ומתי לא להפריע. עיקר העניין כעת הוא אופרטיבי וצריך לדאוג שכמה שיותר יתחסנו במהירות האפשרית. השיקולים הם לוגיסטיים וזה ישרת את המטרה האפידמיולוגית. להשאיר את התפקיד של הוועדה לדיונים בשאלות מקצועיות.

## 1.2.6. ד"ר יאן מיסקין –

1.2.6.1. לאור הנאמר על גל אפשרי באפריל, שיעורי החיסון של בני 60+ הוא לא מספיק ויש להעמיק את מבצע החיסון באוכלוסיות בסיכון. יכולת החיסון שיש לנו צריכה להיות מנוצלת גם להעמקה וגם לכיסוי נרחב ככל שניתן.

1.2.6.2. כמעט ואין תרומה מסרולוגיה ולכן לא רואה בזה כל חשיבות בשלב זה. צריך להחליט אם בכלל יש לכך מקום.

1.2.6.3. יש להחליט מתי לחסן את אלה שחלו. יש לזכור שהאמריקאים מאפשרים לחסן מחלימים, אך השאלה מתי חלו.

1.2.6.4. אם צריך לחסן את תלמידי התיכון, אז מציע מוקדם ככל שניתן.

1.2.6.5. חיוני להגיע למרותקי הבית בכל דרך אפשרית.

1.2.6.6. בשלבים הבאים של מבצע החיסון, אך לא אחרי המועד שבו נקבע שמחלימים אינם זכאים ל"דרכון ירוק" – יש לבצע חיסון של אוכלוסייה זאת.

## 1.2.7. פרופ' ליטל קינן בוקר –

- 1.2.7.1. צריך להעמיק את החיסון של בני 60+. לא ירחק היום שצריך לפתוח את זה לכולם. יש הרבה שאלות לגבי מחלימים שהבדיקה הסרולוגית שלילית ויש תחושת קיפוח אצל רבים מהם.
- 1.2.7.2. לדעתה נכון לחסן בני 16-18 בביה"ס ולא במסגרת מתחמי חיסון בקופות.
- 1.2.8. גב' ליאורה ולינסקי – בהתייחס לחיסון בני ה-16-18, הבעיה שאין אפשרות לנבה היענות בקבוצות שונות מבחינת גיל, תרבות, או גיאוגרפיה. יש מקום לדיון ברמת הלוגיסטיקה.
- 1.2.9. ד"ר חיתאם חוסין – לצערי בגל הזה רואים הרבה חולים קשים מקרב קבוצות הגיל שלא תועדפו. 50% מהחולים הקשים ברמב"ם הם פחות מגיל 60. נשים בהיריון. ההסתכלות שלנו צריכה להיות יותר רחבה ולהתמיד במטרה של מניעת תחלואה קשה.
- 1.2.10. פרופ' גליה רהב – הועדה חשובה לדברים אחרים. יש תחושת אי סדר בתעדוף ואני מקבלת פניות מהאשפוז ומהקהילה. יש לי תחושה שאין יותר מה לעשות תעדוף כי כבר פתוח לכולם.
2. **עדכון סטטוס חיסונים** – מר מיכאל שטיינמץ (מנהל מכלול חיסונים)
- 2.1. עד היום חוסנו 3.1 מיליון חיסונים. 2.4 מיליון מתחסנים מנה ראשונה + 700 אלף מחוסנים במנה שניה. 200 אלף איש זכאים לתעודת מתחסן (שבוע לאחר חיסון שני).
- 2.2. כיום מחוסנים כ- 200 אלף חיסונים ביום – בחלוקה לפי קופות החולים ובתי החולים ומגן אבות
- 2.3. 69% מגיעים להתחסן כעבור 21 יום. 0.7% טרם התחסנו ללא סיבה מוצדקת לאחר 25 יום (כ- 3000 איש). הקופות מנסות לטייב את המספרים ולהגיע לכולם. 0.2% נפטרו בתקופה שבין החיסון הראשון לחיסון השני. 0.6% בבידוד. 0.4% החלמה.
- 2.4. החיסון מתבצע ב- 378 אתרי חיסון של קופות החולים, בתי החולים וצה"ל. בנוסף לזה כמה מאות מוקדי חיסון של מגן אבות.
3. **פרופ' נחמן אש – קבוצות תעדוף**
- 3.1.1. מודה על העיסוק שלכם בנושא - הוא מאוד חשוב וסייע בקביעת התעדוף, תוך נטרול השפעות לא רצויות.
- 3.1.2. בנוגע לתעדוף בעת הזאת – לא בטוח שהגענו לנקודה שמיצינו את אוכלוסיות היעד. יש איזון בין הרצון להעמיק ולהיות מדויק לעומת הרצון לרוץ וכמה שיותר. הדילמה היא מה אנחנו מעריכים מבחינת יכולת החיסון של אוכלוסיות היעד.
- 3.1.3. לגבי גילאי 16-18 – מבקש מהוועדה להתייחס לזה מבחינה מקצועית וצריכים לקחת שיקולים בהיבט התועלת הרפואית ושיקולים נוספים. יש חשיבות לקיים את מערכת החינוך בצורה יותר סדירה. סבור שזה יפחית את התחלואה בקרב התלמידים למרות שברור שלא תהיה היענות

מלאה. התזמון הנכון בעיני הוא שחשוב להתחיל בשבוע הבא כל עוד יש סגר. יש שיקול לוגיסטי אולי לחסן במערכת החינוך.  
3.2. ד"ר אהרונה פרידמן –

3.2.1. למרות שנראה כאילו אנו בסוף עבודת התעדוף, עדיין עולות דילמות רבות. לדוגמא, יתכן שנדרש בהמשך לענות על שאלות של חיסון ילדים צעירים גם בהעדר מידע.  
3.2.2. מוקדם מידי לסיים את עבודת הוועדה. אנחנו צריכים להיות גורם של איזונים מול גורמים שלא לוקחים בחשבון שיקולים רפואיים ואפידמיולוגיים אלא שיקולים אחרים.

#### 4. חיסון נשים בהיריון

4.1. פרופ' גליה רהב - יש כ- 16 נשים בהיריון במצב לא טוב. רובן מהזן הבריטי. תומכת באפשרות מתן החיסון לנשים בהיריון במחצית השניה של ההיריון. אין לנו מידע על הבטיחות של החיסון. רואים תופעות לוואי. התחלואה הקשה היא בסוף ההיריון ולא בהתחלה. מציעה שלא נכון לעשות תעדוף.

4.2. ד"ר בעז לב – אין לנו המלצה לנשים בהיריון להתחסן. האמירה היא שמאפשרים לנשים בהיריון להתחסן.

4.3. פרופ' ערן דולב – פרופ' אליעזר שלו אמר שלא רואים מניעה שנשים בהיריון תתחסנה. באות נשים בהיריון ורוצות להתחסן. מדברים על חיסון שאין עליו המלצה ואין אישור של ה-FDA אנחנו חושבים שעושים טוב אבל האם זה מוצדק? בתנאים ובשיטה זה לא טוב. אישה בהיריון שבאה להתחסן צריך להסביר לה שאנחנו לא מכירים ולהחתיים אותה. זה על הגבול של ניסוי קליני.

4.4. פרופ' רשפון –

4.4.1. אתמול פורסם התעדוף של נשים בהיריון. לא נכון לדון על כך מחדש היום, זה משגע את הציבור.

4.5. ד"ר טל ברוש –

4.5.1. זה שנכתב בתעדוף זה לא אומר שהם בסיכון כמו בני 60+ אלא בתעדוף, כלומר ניתן לאפשר לאישה להתחסן. אנחנו לא יצאנו בהמלצה שנשים בהיריון צריכות להתחסן.

4.5.2. הסיכון למחלה קשה בהיריון הוא משמעותי יותר במחצית השניה של ההיריון. אישה בתחילת ההיריון שרוצה להתחסן לא ראינו סיבה למנוע את זה.

4.5.3. אני נשאל לגבי כמות החיסונים בסוף ההיריון כמו שעלת וצריך לתזמן אותם ולכן היכולת להתחסן בכל מהלך ההיריון יקל על המרווח בין החיסונים.

4.5.4. לנגיף אין התחשבות בהמלצות שלנו. יש כרגע המון העברה בקהילה ואחות או רופאה שנחשפת לחולים יהיה בעייתי למנוע ממנה. אפשר להסביר שהסיכון ממחלה יותר גבוה מהסיכונים של החיסון.

4.5.5. ד"ר אמיליה אניס – יש מכתב מידע שהכוונה שכל אישה הרה תקבל, בין אם תחוסן או לא (המכתב הוצג).

#### 4.5.6. פרופ' שלמה מעין –

4.5.6.1. תמיד הדגשנו שלא נותנים חיסונים בטרמיסטר ראשון כדי שלא להסתבך. זה לא נכון

לעשות ניסוי. ממליץ ללכת עם מה שידוע למשל כמו בשפעת או שעלת. האקסיומה לא

נותנים אלא אם מוכרחים בטרמיסטר ראשון. נגד מתן בטרמיסטר ראשון כדי שלא נחשוף

עצמנו לתביעות.

#### 4.5.7. עו"ד טליה אגמון –

4.5.7.1. לא בעד טפסי הסכמה במקרים שלא חובה ולא צריך. לא מדובר בניסוי, אלא זו

החלטה מקצועית. אם ההחלטה היא שזה אפשרי מקצועית, אז אין מקום לטופס הסכמה

בכתב.

4.5.7.2. הסכמתי שצריך לתת קצת יותר מידע, וזה מה שנעשה. לייצר טופס הסכמה דווקא

יצטייר כאילו אנחנו ב'שדה' של ניסוי, בשונה מיתר המתחסנים, כאשר מוסכם מקצועית

שזהו אינו ניסוי.

4.6. ד"ר מיכל שטיין – אין אקסיומה שלא מחסנים נשים בהיריון בטרמיסטר ראשון באופן גורף. מוסכם

שלא נותנים וירוס חי-מוחלש. החיסון של פייזר אינו חי-מוחלש.

4.7. ד"ר בעז לב – אם היינו חושבים שצריכים לשנות ומשהו לא נכון צריך לעדכן את ההמלצה. כבר נקטנו

כך בעבר בנוגע לנשים מיניקות ומתכננות היריון וככל שיתקבל מידע נוסף ניתן יהיה לשנות המלצות

גם בעתיד.

#### 4.8. ד"ר יסמין מאור –

4.8.1. מצטרפת לד"ר שטיין.

4.8.2. צריך להשלים את העובדה שאנחנו בפנדמיה ואין לנו עשייה מבוססת ראיות בנושא.

4.8.3. לגבי הנושא המשפטי רפואי – ייתכן וקיימת חשיפה משפטית אבל זה לא מה שצריך להנחות.

צריך לשקול שיקול ענייני. ייתכן שלהיפך, ניתב על כך שהיו חיסונים זמינים ולא אפשרנו לנשים

הרות להתחסן.

4.8.4. המידע המוגבל תומך בהתחסנות שככל הנראה לא מזיקה, התוצאה תהיה שהנשים לא תהיינה

מחוסנות בזמן אם לא נאפשר בכל מהלך ההיריון.

4.8.5. ההמלצה היותר נכונה היא לאפשר להתחסן עם הבהרה של מגבלות הידע.

4.8.6. השאלה המקצועית העיקרית היא האם יש קשר בין התופעות הנורולוגיות שנצפו לאחר

החיסון לבין נזק לעובר ואנחנו כיום לא יודעים לומר כי אין מידע אולם הניסיון מלמד שאין

השפעה.

#### 4.9. פרופ' מנפרד גרין –



4.9.1. לא זכור לי שעשו ניסויים קליניים בנשים בהיריון. בדו"כ רוכשים ניסיון. בודקים את הצד

הביולוגי. כמעט תמיד זה אקסטרפולציה. יש חברה של בריאות האישה והם מנסים לקדם את

הרעיון שלהכניס נשים בהיריון לניסויים קליניים. זה מהפכני אבל עוד לא בוצע עד היום.

4.9.2. טרימסטר ראשון זו הגדרה לא ברורה. ההחלטה צריכה להיות על הביולוגיה ואת מה שאנחנו מבינים על החיסון.

4.10. פרופ' אלי סומך – סבור שהשאלה הנכונה היא מה הזכות האתית שלנו למנוע חיסון מאישה הרה בטרימסטר ראשון אם רוצה בכך? ואני חושב שאין כזו למעט העובדה שצריך לומר בבירור שלא נבדק על נשים בהיריון אז אין מידע. על כן אני תומך במתן האפשרות לנשים בהיריון להתחסן בכל שלב של ההיריון.

4.11. ד"ר דוד דביר -

4.11.1. מסכים שלא צריך למנוע מנשים שרוצות ומבינות להתחסן. הסיטואציה שנוצרה היא המלצה

שלנו בפועל. תעדפנו אותם. לא מבינים את זה בציבור. ההבנה היא שנשים בהיריון הן בסיכון

ולמעשה יש המלצה. פה כאילו נתנו המלצה לכל הנשים בהיריון להתחסן. לכן העניין האתי עולה

בצורה מאוד חזקה.

4.11.2. לדעתי היה צריך לפתוח את זה לכולם ולא צריך לעשות תעדוף במקומות שלא מבוססים. חושב שצריך לפתוח את זה לכולם בלי תעדוף של קבוצה מסויימת.

4.12. ד"ר רותי ישי – טל הזכיר שרוב הנשים בהיריון הן צעירות. יש קבוצה גדולה של נשים בטיפולי פוריות וחלקן מבוגרות יותר. לא כולן צעירות. צריך לחשוב על היריון מאוד יקר אל מול מחלה אצל נשים לא צעירות.

4.13. ד"ר בעז לב – ההמלצה המתגבשת היא שחשוב שהאישה תבין מה הסיטואציה שהיא נכנסת אליה.

חושב שהמסמך שאמיליה הפיצה והיה מקובל על המיילדים והגינקולוגים נותן הסבר. לגבי החתימה

כשלעצמה איננה מבטיחה הסכמה מדעת ובמעמד החיסון אין מי שיחתים את האישה, כי ברוב

המקומות יש אחיות, סטודנטים וחובשים ואלה אינם יכולים להחתים).

## 5. חיסון מחלימים

5.1. ד"ר טל ברוש –

5.1.1. החלטנו שלא מחסנים מחלימים – מי שעבר את המחלה, סרולוגיה מוכרת חיובית.

5.1.2. יוצא מן הכלל – את "מגן אבות" נחסן מסיבות לוגיסטיות כדי שלא להצריך הגעה פעם נוספת.

5.2. פרופ' רשפון –

5.2.1. הנימוק לא לחסן מחלימים היה מסיבות של מלאי מוגבל.



- 5.2.2. את ההחלטה אם להמשיך לחסן ב"מגן אבות" יש לבסס גם על המידע על כך שהנגיף עלול ליצור את התסמונת Multisystem Inflammatory Syndrome. עובדה זו מעלה את הצורך לשקול את האפשרות של תגובה דומה בחיסון מחלימים.
- 5.3. ד"ר אודי קלינר – חלק מההחלטה נבע מחסר של מנות חיסונים. עכשיו אנחנו במקום לפחות שונה שיש מספיק חיסונים. תת קבוצה של מחלימים מעל גיל 60+ מגיבים חיסונית באופן חלש יותר. בסיכון גבוה לחלות. האם בכל זאת לאפשר לבני 60+ להתחסן אם חלפו יותר מחצי שנה מהמחלה?
- 5.4. ד"ר יאן מיסקין – המבוגרים שקיבלו מנה אחת צריכים להשלים.
- 5.5. ד"ר טל ברוש –

#### 5.5.1. אמביוולנטי בעניין. מצד אחד

- 5.5.1.1. בעד חיסון מחלימים כי: יש בני 60+ שלכאורה מחלימים אך למעשה כוזבים וקיים חשש שיחלו; אין מחסור אמיתי בחיסונים; יש ירידה ברמות נוגדנים.

- 5.5.2. נגד חיסון מחלימים כי: בשום מחלה חוץ משפעת לא נותנים חיסונים בגלל דעיכה; למרות ירידה הדרגתית בנוגדנים קושרים וגם נוגדנים מנטרלים יש תגובה חיסונית טובה על ידי החיסון התאי (B ו-T); מחקר האנגלי מאוקספורד בדקו סיכון לתחלואה חוזרת לאנשים שהם סרופוזיטיב, שמדבר על הגנה טובה מהדבקות חוזרות; יש 2-3 מקרים בהדסה וסורוקה של מחלימים שחוסנו שפיתחו Multisystem Inflammatory Syndrome.

- 5.5.3. הכף נוטה לכך שלא צריך לחסן מחלימים אבל לא בטוח.
- 5.6. ד"ר יניב לוסיטיג (מהמעבדה של פרופ' אלה מנדלסון) – תוצאות בדיקות סרולוגיות: יש פי 12 נוגדנים שבוע אחרי המנה השניה לעומת 3 שבועות אחרי המנה הראשונה. משבועיים עד חודשיים ניתן לראות פי 3-4 רמה של נוגדנים מאשר אצל מחוסנים. זה המידע שיש לנו.
- 5.7. פרופ' אלי סומך –

- 5.7.1. אני לא חושב שיש בשלב הזה מקום לחסן מחלימים.
- 5.7.2. יודעים שהגנה של חיסונים הם 95%. המחלה מגנה טוב מהחיסון כי אנחנו לא רואים הדבקה חוזרת במידה משמעותית, בודאי שפחות מ-5%. אם יהיה סיגנל של דעיכה של החיסונית נדון בכך שוב.

- 5.7.3. צריך להיזהר מהתבססות על מספר מאוד קטן של מקרים של Multisystem Inflammatory Syndrome ולא למהר לקשור את החיסון לסיבוך הזה.

#### 5.8. ד"ר מירי ויינברגר –

- 5.8.1. חיסנו 33 אנשים שהיו מחלימים – הנתונים אצל ד"ר שי אפרתי שמנהל וירולוגיות בקרב מחלימים.

- 5.8.2. בקבוצה זו היו רמות נוגדנים באלפים ומבין ה-33 ל-2 היו תופעות לוואי קשות של חנק ונפיחות. בבית החולים חששו שאין לחסן ב-2 מנות חולים מחלימים אלא צריך להסתכל על רמות

- הנוגדנים בחיסון הראשון. האם מספיק חיסון אחד במחלימים. אין שום סטנדרטיזציה של רמות הנוגדנים במחלימים או מחוסנים.
- 5.8.3. לפי מחקר דרום אפריקאי, הווריאנט הדרום אפריקאי מתחמק מהחיסון אך זה ללא ביקורת עמיתים.
- 5.9. ד"ר בעז לב – אין להסיק מסקנות ממאמר אחד.
- 5.10. ד"ר אמילה אניס –
- 5.10.1. מצטרפת לדבריו של פרופ' סומך. חושבת שלא צריכים לחסן, צריך לאסוף נתונים. הם ככל הנראה מוגנים.
- 5.10.2. במקביל, חוסנו הרבה במגן אבות ונאסוף נתונים משם ומארה"ב.
- 5.10.3. בשלב זה לא לחסן כהנחיה גורפת אלא בנסיבות מאוד מסויימות
- 5.10.4. לא נוכל לומר אף פעם שהיה false positive ב-PCR.
- 5.11. תא"ל (במיל) יורם חמו – מבין כל החיסונים שביצענו, חיסנו בארץ לפחות כמאה אלף מחלימים ואנחנו כרגע לא יודעים על סיבוכים. אם היו היינו יודעים על כך.
- 5.12. פרופ' שלמה מעיין –
- 5.12.1. היציבות של רמת הנוגדנים שהציג ד"ר לוסטיג מרשימה ולא תומכת במתן חיסון למחלימים.
- 5.12.2. מסכים עם ד"ר ויינברגר שצריכים להסתמך על סרולוגיה. יש הרבה שאלות על כך. נוכל לעזור בהחלטה האם כן לחסן או לא.
- 5.13. פרופ' גליה רהב –
- 5.13.1. יש לנו נתונים מאוד מעניינים מהסרולוגיה שמתבצעת בקרב אנשי הצוות בשיבא. עשינו סרולוגיה לפני חיסון, אחרי מנה ראשונה, ואחרי מנה שניה.
- 5.13.2. יש צורך בהסברה לציבור לגבי סרולוגיה כי יש שיטות שונות עם תוצאות שונות ואנשים לא יודעים לקרוא את התוצאות. יש שאלות שעולות מהשטח כגון, האם לבקש מנה שלישית כאשר אין נוגדנים לאחר שתי המנות.
- 5.14. ד"ר טל ברוש – יש קדחת סרולוגיות באשפוז ובקהילה – גם למטרות מחקר וגם ניסיון של המשרד להשמיש את הקיטים של הסרולוגיה. אנחנו לא יודעים מה המשמעות של נוגדנים. אפילו חבי פיזור לא אומרים את זה שמי שהיה ב-5% שלא התחסנו היו בעלי סרולוגיה שלילית. למשרד צריכה להיות אמירה ברורה יותר בנושא. אם לא יודעים מה לעשות עם התשובה לא צריך לעשות את הבדיקה. זה סתם יוצר לחץ וחרדה.
- 5.15. ד"ר בעז לב – מאד מסכים.
- 5.16. פרופ' רשפון –
- 5.16.1. תומך גם כן. זה נכון גם בחיסונים אחרים כגון חצבת. מי שיש לו תיעוד שחוסן נחשב מוגן ולא צריך לעשות בדיקת סרולוגיה.

- 5.16.2. אם מחליטים שלא מחסנים מחלימים צריך לקבל החלטה נוספת לגבי **חיסונים ב"מגן אבות"**.
- 5.17. ד"ר חיתאם חוסיין – האם מי שחלה באפריל לא דורש חיסון?
- 5.18. ד"ר בעז לב – כרגע הוחלט לפי הידע הקיים שאדם שהחלים הוא מחוסן.
- 5.19. ד"ר מיכל שטיין – מי שקיבל 2 חיסונים מגיע לו תו ירוק.
- 5.20. פרופ' אביגדור שפרמן –
- 5.20.1. יש כל כך הרבה שנדבקו מבין המתחסנים ולא ראינו תופעות שליליות. בין המחלימים יש אחוז לא קטן שלא היו חיוביים בבדיקה סרולוגית. חושב שפייזר חייבים לבצע את הבדיקה הזו ונקבל מהם את המידע. ואז נוכל להתייחס לסוגיה הזו. יש תגובה חיסונית. לא צריך לחסן באופן אקטיבי מחלימים.
- 5.21. ד"ר יאן מיסקין – לא צריכים להתבסס על סרולוגיה. צריך מדיניות של מי שמחוסן הוא מחוסן ומי שחלה הוא מוגן. לרדת מהסרולוגיה וכולם רוצים לבדוק ואנחנו לא יודעים אם זה בכלל מעיד על מצבם החיסוני.
- 5.22. פרופ' מנפרד גרין – **אם המסר הוא לא לחסן מחלימים צריך לנסח היטב. שלא יצא הרושם שזה מסוכן. צריך לכתוב שזה מיותר ושאינן צורך.**
- 5.23. ד"ר בעז לב –
- 5.23.1. אנחנו מקבלים החלטות על פי מיטב שיקול הדעת. מסרולוגיה אנחנו לא יודעים הרבה. אין לנו שום מידע שתומך שצריך לחסן.
- 5.23.2. מחלימים יוגדרו מי שעבר את המחלה, מי שחוסן, מי שיש לו סרולוגיה חיובית
- 5.23.3. חושבים שלחסן מחלימים זה מיותר. נבחן את ההחלטה הזו לאורך הזמן לגבי התגובה הסרולוגית.
- 5.24. פרופ' גליה רהב – צריך לדייק את הניסוח. לא מחסנים מחלימים.
- 5.25. ד"ר אמיליה אניס – כתוב שניתן לחסן במגן אבות. זה לא מיותר את שיקול הדעת הרפואי כפי שפרופ' רהב הפעילה במקרה של מוסד של קשישים.
- 5.26. ד"ר אורי פיינשטיין –
- 5.26.1. חשוב להדגיש את הסכנה בהנחת היסוד של הנבדקים לסרולוגיה אחרי חיסון ונמצאים כחיוביים ל-ANTI SPIKE שהם מוגנים בפני תחלואה ואינם ה-1 מ-20 שאינם מוגנים.
- 5.26.2. **התנהגות מעודדת הדבקה False sense of security הוא בעייתי ביותר.**

## 6. חיסון בני 16-18

- 6.1. תא"ל (במיל) יורם חמו – **ממליץ לחסנם לא בגלל הרצון למנוע תחלואה קשה.** ישנן כמה מטרות לחיסון גילאים אלה:
- 6.1.1. יפתחו את בתי הספר בקרוב. זה יגביר את התחלואה במדינה. רוצים להקטין את הדבר הזה.

- 6.1.2. יש טיעון שאומר שאם נפתח את בתי הספר יהיו בידודים ואז למה חיסנו אותם.
- 6.1.3. השיקול הראשון יותר חשוב בעיני. הילדים מגבירים במידה מסוימת את התחלואה.
- 6.1.4. אין ספק שחיסון בני 50-60 הוא יותר משמעותי. האם לתעדף אותם לפני בני 25-35 מהסיבות שמניתי נראה שכן.
- 6.1.5. כרגע מצליחים בערך 70 אלף ביום. שכבות הגיל האלה הם כ- 300000 אלף.
- 6.1.6. חיסון בבתי הספר – קל יחסית, ההיענות יותר גדולה מאשר אם צריך להגיע לקופה זה יקטין את ההיענות.
- 6.1.7. חושב שנכון לחסן אותם. לא נכון דווקא השבוע. נכון לארגן במצב מאורגן. לתת אפשרות עדיין לבני 60 ומעלה. בעוד שבוע שבועיים זה ממילא ייפתח. הייתי שמח לראות את התיכונים מתחסנים בבתי הספק במבצע מאורגן.
- 6.2. פרופ' אלי סומך –
- 6.2.1. תומך בעמדה של יורם בחיסון גילאי 16-18. יש להקפיד שחיסון התלמידים לא יפגע בחיסון האוכלוסיה הכללית כולל מטופלים עם מחלות רקע ועל כן עדיף לחסנם בבתי הספר. החיסון של בני 16-18 יהווה גם הכנה לחיסון גילאים צעירים יותר בהמשך.
- 6.3. פרופ' ליטל קינן בוקר - מציעה לחסן בבתי הספר בצורה מרוכזת לילדים.
- 6.4. פרופ' רשפון – מצטרף ומוסיף כי בית ספר הוא מקום שיש הרבה מפגשים. להתחשב גם בכך שהם בבחינות בגרות. צריך לצמצם ככל האפשר את הקשיים שלהם לגשת לבחינות עקב בידודים והדבקות.
- 6.5. ד"ר אודי קלינר – מצטרף לנאמר לפניי ומוסיף כי שיעור ההיענות כשהכנסנו את חיסוני השפעת לבתי הספר העליה בהיענות הייתה פי 4.
- 6.6. ד"ר אהרונה פרידמן – תומכת. חיסון בבתי הספר דורש לוגיסטיקה לא פשוטה.
- 6.7. ד"ר טל ברוש – תומך לחסן אותם. צריך להוציא את המסר שזה לא יובן שזה מאפשר לימודים בביטחה ללא קורונה. עדיין חיוני לשמור על כללי הריחוק, מסיכות והגינה.
- 6.8. ד"ר מיכל שטיין – (מצגת):
- 6.8.1. שיעור הדבקות גבוה בקבוצת הגיל הזו. שיעור ההידבקות דומה למבוגרים בגלל המגעים. כיתות צפופות. מתקשים על שמירת ריחוק.
- 6.8.2. בחינת מתכונת ובגרות – זו יכולה להיות הזדמנות עבורם להבחן כמו שצריך.
- 6.8.3. עד היום חוסנו כ- 10,000 בני נוער בגילאים אלה. לא ידועים תופעות חריגות כלשהן באוכלוסיה זו.
- 6.9. ד"ר אפרת אפללו – השאיפה היא לפתוח את יא' יב' בכפוף לביצוע בדיקות. הכוונה היא לצורך ביצוע בחינות בבית ספר אחרי פסח.

## 6.10. ד"ר ליאורה ולינסקי –

6.10.1. אין אפשרות לבוא מה תהיה ההיענות באוכלוסייה. ולכן מאחר ואנחנו לא יודעים מה תהיה ההיענות ומה קצב הגעת החיסונים לארץ. נצטרך לקבל החלטה האם לתעדף או לשנע חיסונים. חושבת שכן יש מקום לדיון האם זה נכון לחסן בני נוער בבתי ספר או בקהילה. יש פה נציגות גם של קופות, בתי חולים ובריאות הציבור. זה דיון לגבי עקרונות לוגיסטיים משיקולים רפואיים.

6.10.2. נכון לחסן תלמידים בבתי הספר. ניתן להיערך לכך ואנחנו יודעים לעשות את זה

6.10.3. נתקלנו באוכלוסיות שלא רוצות להתחסן פועלות בצורה שיטתית למשל באי שליחת הילדים לבית הספר.

## 6.11. ד"ר ארנון שחר –

6.11.1. יש לחשוב מה יהיה דינם של הילדים שלא יתחסנו. איזה לחץ חברתי יהיה עליהם, במיוחד עם

הוריהם לא נתנו הסכמה.

6.11.2. האם אין בעיה של פגיעה בפרטיות ושיקולים של תגובות חברתיות.

6.12. ד"ר יסמין מאור - אם באמת רוצים לסייע לילדים לעבור את הבגרויות אז התזמון הוא כמה שיותר מוקדם.

## 6.13. ד"ר אמיליה אניס –

6.13.1. אין שירות בריאות לתלמיד בכיתות אלה.

6.13.2. אם לא נעשה בבית הספר לא נגיע לכיסוי חיסון הנכון.

6.13.3. זה לא יכול לבוא על חשבון כיוסי חיסוני שגרה.

6.13.4. את הילדים ניתן לחסן רק בחיסוני פיזור ולכן יש להיערך ולשמור מספיק חיסונים לקבוצה זו.

## 6.14. עו"ד טליה אגמון –

6.14.1. זה איננו חיסון שגרה כדוגמת שפעת, ואין להתייחס אליו ככזה מבחינת חיסון התלמידים.

6.14.2. אני נגד חיסון בתוך בתי הספר. עלולה להיות פגיעה בפרטיות של הילדים ועלול להיות לחץ

חברתי על תלמידים להתחסן. במצב כזה יותר קשה להסתמך על הסכמה. לכן, בקופות החולים

זה נכון יותר. הסכמה מדעת היא יותר בעייתית במתווה של חיסון חדש, בבתי הספר.

## 6.15. גב' יפית יצחקי –

6.15.1. במידה ויוחלט אנחנו יודעים לתת את החיסונים כאשר הילדים לא בבתי הספר. אפשר לעשות

את זה במרכזי חיסונים. אנחנו יודעים לתפעל אותם. ניתן יהיה להתגבר על הסכמה ולבקש

מההורים להתלוות וגם לקבל הסכמה כתובה מראש.

## 7. חיסון חסרי מעמד

7.1. ד"ר בעז לב – האם יש לחסן חסרי כאלה שהם חברי מעמד וישנן קבוצות שונות.

7.2. ד"ר רבקה שפר –

7.2.1. חסרי מעמד אינם מקשה אחת. יש קבוצות בעלות מעמד ודורשות התייחסות שונה. השאלה

היא לא רק האם לחסן אלא באיזה תעדוף:

7.2.1.1. שוהים בלתי חוקיים – בעד לחסנם

7.2.1.2. חסרי מעמד – בעד לחסנם

7.2.1.3. בעלי ביטוח רפואי – בדרי"כ לא כולל חיסונים. נגד לחסנם בשלב זה

7.2.1.4. זרים שאינם תושבי הארץ – למשל תיירים. נגד חיסונים

7.2.1.5. סטודנטים, בחורי ישיבה מחו"ל, בנות סמינרים מחו"ל - ?

7.2.1.6. אנשים שמגיעים לטיפול בקשישים – בעד לחסנם

7.3. ד"ר טל ברוש –

7.3.1. אפידמיולוגית אנשים שחיים פה צריכים לחסן. כל עובד זר שהגיע ברישיון ברור שצריך לחסן.

7.3.2. חסר מעמד שהגיע לא חוקית והוא חי כאן - תומך לחסן

7.3.3. תיירים – אסור לאפשר כי זה פתח לפגיעה ביכולת החיסונים לאזרחי המדינה. זו שאלה לא

רפואית ופחות לוועדה זו.

7.4. ד"ר יאן מיסקין –

7.4.1. היה מכתב של ד"ר טריף באדר שבדיעבד מבין שבוטל. בינתיים חיסנו במחוז ירושלים כמרים

וכל מיני שוהים בארץ, דיפלומטים.

7.4.2. יש נהירה של ישראלים חזרה לארץ לקבל חיסון. צריכה להיות קביעה ברורה של המשרד

בעניין.

7.4.3. קשה לנו להיות הגוף המאשר.

7.5. ד"ר יסמין מאור –

7.5.1. ב-HIV הקריטריון הוא חצי שנה בארץ וזה נשמע קריטריון סביר להחיל במקרה זה.

7.6. ד"ר בעז לב –

7.6.1. על פי הקריטריון המקובל בביטוח לאומי – מי שמרכז חייו בארץ.

7.6.2. תיירות "חיסונים" היא לא מקובלת לא ראווה.



חטיבת הבריאות  
האגף לשעת חרום  
Emergency and Disaster Management Division

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

8. שאלון לגבי מקום מתן החיסון תלמידי יא'-יב' – 57% בעד בתי הספר, 43% בקופות החולים.
9. לישיבה הבאה – בריאות הציבור יכינו מידע על חיסון תושבי הרשות הפלסטינאית.

**ב ב ר כ ה ,**

**ד"ר בעז לב**

**פרופ' שמואל רשפון**

**ד"ר טל ברוש**

**העתקים:**

**חברי הצוות המייעץ**

**פרופ' נחמן אש – פרויקטור קורונה**

**תיק: תל אביב: שעח-הנהלה: תיקי הנהלת האגף: ועדות: צט"מ: צוות חיסונים**