



23 אוקטובר 2020

תגובה מפורטת למסמך "ניתוח מאפייני תחלואה בקורונה בקרב ילדים"
(מסמך משרד הבריאות מס' 400844120)

קראנו בעיון רב את הדו"ח הארוך והמפורט הנדון. אנו מברכים על הוצאת מסמך חשוב הסוקר את התחלואה בקורונה בילדים. יחד עם זאת, לדעתנו המסמך מציג פרשנות שגויה ומגמתית לנתונים המוצגים בו.

תמצית ההערות:

- א. במסמך חסרה ההכרה בתפקיד החיוני שבתי הספר ממלאים בהתפתחותם הגופנית, השכלית, הרגשית והחברתית של ילדים, בתזונתם ובצמצום פערים בחברה וכן בהשפעת סגירת מסגרות החינוך על מצבם הכלכלי של הורי הילדים והמדינה.
- ב. המסמך ומסקנותיו מתייחסים לילדים כקבוצה אחידה והומוגנית. לעומת זאת, הנתונים למעשה מעידים על דיפרנציאליות לפי גיל, ושההעברת הנגיף שונה בעליל בין ילדים בני 0-9 שנים לילדים ובני נוער בני 10-17.
- ג. ממצאי הסקר הסרולוגי אינם תקפים (בעיקר) בילדים ואינם יכולים לשמש בסיס לקבלת החלטות עקב ההטייה שבדגימה.
- ד. על אף שהנתונים המוצגים בדו"ח מדגימים בבירור שילדים נדבקים פחות, לרוב נדבקים ממבוגרים ולא להיפך ומהווים אחוז קטן ממפיצי-העל באוכלוסייה (4.9%), בחרו כותבי הדו"ח להציג מסקנות הפוכות.
- ה. הקביעה, כי ניתן לייחס את העליה הדרמטית בשיעור המאומתים ב-1.9 לפתיחת בתי הספר הינה שגויה מן היסוד מבחינה אפידמיולוגית, שכן ברור שהיא מבטאת אירועי הדבקה שאירעו 10-14 יום לפני כן. בנוסף, אין לייחס את הירידה בתחלואה לסגירת בתי הספר, כאשר אוכלוסיית ישראל נכנסה לסגר מלא יום לאחר מכן, ב-18.9.
- ו. מסקנות הדו"ח, שאינן בהלימה לנתונים עליהם הן מבוססות, מדגישות את הסיבות מדוע אין להחזיר ילדים למסגרת לימודית סדורה ומתעלם מהחובה המוסרית להחזרתם, המוסכמת ע"י אירגוני רופאי ילדים^{1,2}, ארגון הבריאות העולמי³ ואנשי בריאות ואקדמיה^{4,5}.

כאנשי בריאות הציבור אנו קוראים לקיים דיון ענייני על אופן פתיחת מסגרות החינוך בצורה בטוחה, ולא על עצם פתיחתן.

¹ [://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-in-person-education-in-schools/](https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-in-person-education-in-schools/)

² <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m2458>

³ <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-schools-and-covid-19>

⁴ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms2024920>

⁵ <https://www.scu.edu/ethics-spotlight/the-ethics-of-going-back-to-school-in-a-pandemic/the-moral-question-of-school-reopening-benefit-burden-and-cura-personalis/>



להלן התייחסות מפורטת לטענות שהועלו במסמך:

"מאז ביצוע הבדיקה הראשונה לילדים בישראל ב- 27.1.2020 ועד 24.9.2020 נערכו 677,982 בדיקות RT=PCR בקרב ילדים. מתוכם (8%) 55,288 היו חיוביים. בהשוואה, היו 157,229 מתוך 2,548,273 (6%) חיוביים בקרב מבוגרים. ממצא זה מוכיח ששיעורי התחלואה גבוהים יותר בילדים מאשר במבוגרים."

אחוז הבדיקות החיוביות הוא מדד אחד של שיעור ההדבקה בקהילה, אבל ודאי שהוא אינו "הוכחה" לשיעורי הדבקה גבוהים יותר, וזאת משום שאם האינדקסיה להפניה לבדיקה שונה, הרי שגם ה- pretest probability לבדיקה חיובית תהיה שונה. ככל שהחשד להדבקה שבעטיו מבוצעת הבדיקה גבוה יותר, כך עולה הסיכוי לקבלת תוצאה חיובית ומכיוון שבתחילת המגיפה הילדים נבדקו בשל תסמינים או בגלל בן משפחה שנדבק, שיעור הבדיקות החיוביות בקרבם יותר גבוה מאשר בקרב מבוגרים שנבדקו מסיבות כלליות ואחרות, כגון חזרה מחו"ל, סקר במקום העבודה או סקר במסגרת בית אבות⁶. לא מובאת במסמך כל הוכחה לכך ששיעורי ההדבקה בקרב ילדים גבוהים יותר מאלו של מבוגרים.

המסמך ומסקנותיו מתייחסים לילדים כאל מקשה אחת, למרות שקיימת דיפרנציאליות ברורה בנתונים לפי גיל. תרשים 4 מדגים את נתוני הבדיקות שבוצעו לפי גיל. בעוד ששיעור הבדיקות החיוביות הכולל הוא אכן 8% (54,994 מתוך 665,484) ניתן להתרשם, שעבור כל שכבות הגיל למעט 15-17, אחוז הילדים הנבדקים נמוך משיעורם באוכלוסייה. יתרה מכך, מחישוב המבוסס על הנתונים המופיעים בתרשים ניתן לראות ששיעור הבדיקות החיוביות (מס' חיוביים מתוך מס' בדיקות לפי גיל) עולה עם הגיל: החל מ- 5.5% בבני 0-2, עד 8.7% בבני 9-11, 10.1% בבני 12-14 ו-11.6% בבני 15-17. חישוב שיעורי ההיארעות המצטברת לפי נתונים אלה (מס' חיוביים מתוך סך אוכלוסייה לפי גיל) מדגים אף הוא עלייה עם הגיל: 1% בגילאי 0-2, 1.7% בגילאי 9-11, ו-3.6% בגילאי 15-17.

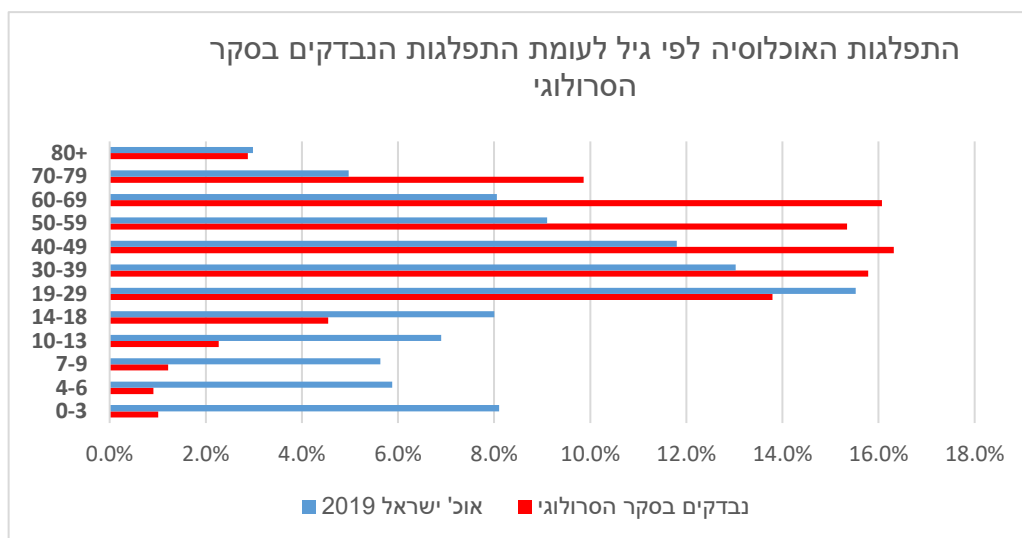
יש לציין שבמסמך אין כל הסתכלות דיפרנציאלית לפי מועד, מגדר ומגזר, למרות שברור שגורמים אלו קשורים לשיעור הבדיקות החיוביות לשיעורי ההיארעות, וכמובן לעקומת ההתפרצות של המגיפה בישראל.

"תוצאה זו נתמכת גם ע"י ממצאי הסקר הסרולוגי הלאומי שנערך ע"י משרד הבריאות בתאריכים 28/6-14/9 בקרב כלל האוכלוסייה בישראל. נמצא שיעור חיוביים בקרב ילדים של 7.1% לעומת 4.8%-1.7% בקבוצות גיל המבוגר."

לדעתנו "הסקר הסרולוגי" אינו מייצג את כלל האוכלוסייה, מכיוון שאינו מבוסס על דגימה אקראית ואינו משקף את הרכב האוכלוסייה, אלא מהווה מדגם נוחות של ישראלים שהגיעו לקופות החולים ותרמו דגימת דם בחודשים יוני עד ספטמבר. מר ארי פלטיאל, דמוגרף בכיר לשעבר בלמ"ס, הוציא מסמך המדגים על פי הצגת הפרמטרים הפשוטים של גיל, מין ויישוב את חוסר הייצוגיות של האוכלוסייה המתבטא בסקר (נא ראו תרשים התפלגויות אוכלוסייה ונבדקים בסקר לפי גיל, הוכן ע"י ארי פלטיאל).

לגבי ילדים, יש לזכור, כי בילדים לא קיימות "בדיקות דם שגרתיות", פרט לספירת דם בינקות המתבצעת בדקירה באצבע ואינה מספקת די דם לבדיקה סרולוגית. לפיכך, קרוב לוודאי שכל הילדים שנדגמו בבדיקות הדם אינם מייצגים את אוכלוסיית הילדים וסביר להניח שההסתברות שלהם לחלות בקורונה אינה מייצגת את האוכלוסייה. למעשה, הסקר בבני ברק שדגם את האוכלוסייה בצורה יותר שיטתית ומייצגת (אבל למרבה הצער רק בילדים בני 7 ומעלה) מצא ששיעורי הנוגדנים החיוביים היו נמוכים יותר בקרב ילדים מאשר בקרב מתבגרים בני 16 ומעלה. יש לזכור שהסקר בבני ברק לא כלל תלמידים בישיבות בני 16 ומעלה, ולכן סביר שהפער אף גדול יותר.

⁶ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/calculating-percent-positivity.html>



“מהנתונים עולה כי בקבוצות הגיל השונות, 70% - 51% מכלל הילדים המאומתים הינם חסרי תסמינים. על פי נתוני החקירות האפידמיולוגיות, ילדים שדיווחו על מקור ההדבקה, נדבקו ברובם עקב מגע עם מבוגר (80% מהמקרים הידועים) ו- 20% נדבקו עקב מגע עם ילדים, בעיקר בני גילם או קרובים אליהם בגיל.”

מהנתונים עולה בבירור, כי חלק ניכר מהילדים שנדבקו היו ללא תסמינים. לעומת זאת, אין כל מידע במסמך שיכול להראות שהילדים מהווים מאגר של הנגיף המדבק את שאר האוכלוסייה. הנחה כזו נשענת על הספרות העוסקת במחלת השפעת, או ממצאים ממחקרי מעבדה על עומס נגיפי של SARS-Cov2 שלא בחנו העברה בפועל של הנגיף מילדים אסימפטומטיים⁷. יתרה מכך, חוקרים בעולם הציעו, כי למעשה הסיכון להעברה משנית מילדים במסגרת של מוסדות חינוך^{8,9,10}. או מילדים מתחת לגיל 10 במשקי בית¹¹ נמוך. ואמנם, הממצא המוצג במסמך, המעיד שהילדים נדבקו ברובם ממבוגרים, עומד בניגוד גמור למסקנה, שילדים הם מקור ההדבקה לשאר האוכלוסייה ומציע, כי המבוגרים מסכנים את הילדים בהדבקה, ולא להיפך.

“בדיקת מספר אנשים שהדביקו לפחות 10 אנשים [עד] כה נמצאו 350 כאלו בכל הגילאים. מתוכם 17 הם ילדים עד גיל 17 שנים: 7 מהם הדביקו 10 איש כל אחד, 3 ילדים הדביקו 12 איש כל אחד ואף ילד אחד הדביק 24 איש.”

רק 4.9% ממפיצי-העל היו ילדים עד גיל 17 (למרות שהם מהווים כשליש מהאוכלוסייה), מכאן שילדים הם הרבה פחות מפיצי-על ממבוגרים (שהם 95.1%). יתרה מכך, 17 ילדים אלו מהווים ללא ספק אחוז נמוך ביותר מתוך כלל אוכלוסיית הילדים שנחקרה, ולפיכך נתון זה מהווה למעשה תמיכה בכך שהסיכון

⁷ <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2770149>

⁸ [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30251-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30251-0/fulltext)

⁹ <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.36.2001587>

¹⁰ <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000903>

¹¹ https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/10/20-1315_article

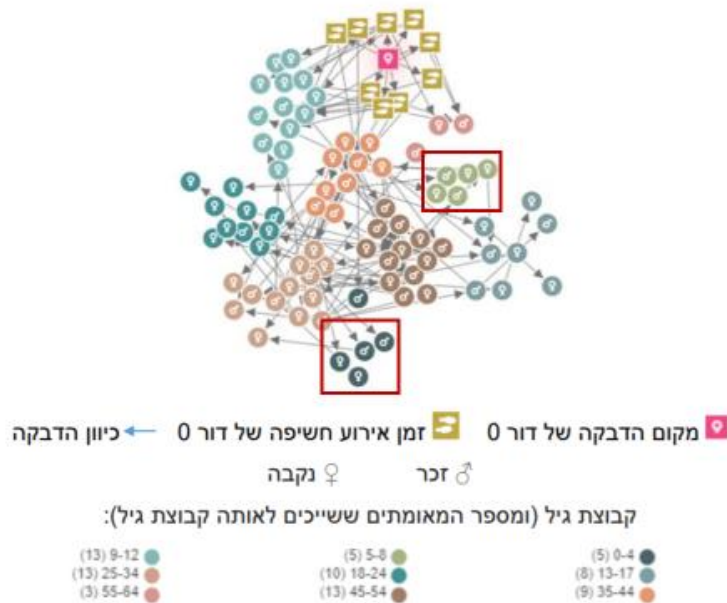


להדבקת-על שמקורה בילדים הינו קטן ביותר. מידע נוסף על פי גיל, מגזר, אזור גיאוגרפי או צפיפות דיור היה יכול לסייע בניתוח נוסף של 17 מקרים אלו, אך הוא לא נכלל בדוח.

”ניתוח שרשרת ההדבקה מלמד כי הדבקת ילדים מאפשרת יצירת דורות נוספים, דבר המתבטא בקבוצות גיל שונות והעברה בין אזורים גיאוגרפים שונים. נמצאו 17 מקרים של ילדים שהדביקו לפחות 10 איש.”

בתרשים 7א' מודגמת שרשרת הדבקה על ידי תלמידים בכיתה ה'. נראה שבהתפרצות הזו, ברגע שילד מתחת לגיל 8 נדבק, הסיכוי שיעביר את המחלה הלאה היה קלוש (ילד אחד בגיל 4-0 וילד אחד בגיל 5-8). בתרשים 7ב' אין כל התייחסות לגיל הנדבקים או המדביקים.

תרשים 7א. שרשרת ההדבקה לפי קבוצות גיל



תרשימים 5א-ד' מדגימים בבירור שאחוז הילדים הקטנים המהווים מקור הדבקה למבוגרים הינו קטן ביותר. אמנם כרבע מהילדים נדבקים מילדים אחרים, אך מכיוון שההדבקה שלהם למבוגרים נדירה, ומחלת COVID-19 בקרב ילדים היא לרוב קלה מאוד, הדבר אמור להרגיע את הציבור, ולא להפחיד. ניתן לראות בתרשים 5א' שכאשר מקור ההדבקה ידוע, ברובם המוחלט של המקרים (60-69%) ילדים עד גיל 11 נדבקו ממבוגרים בני 18+. לעומת זאת, רק 2.6% (5.4% מהמקרים הידועים) מהמבוגרים נדבקו מילדים בני 11 ומטה. אפילו נייחס את כל מקרי ההדבקה בהם המקור אינו ידוע לילדים, לא נגיע לשיעור הגבוה של 60% ומעלה שאנו רואים עבור הדבקה של ילדים ע"י מבוגרים.

נוסיף, כי מנתונים מפורטים שנאספו ע"י חדר המצב של מנח"י (מנהל החינוך בירושלים), ב-58% מהמקרים בהם ילד מאומת נכח בבית הספר, לא זוהתה כל הדבקה בשכבת הגיל שלו, ואילו ב-35% מהמקרים זוהתה הדבקה של עד 2 ילדים. בקרב ילדים בכתות הנמוכות (א-ג) נמצא שיעור ממוצע נמוך של הדבקה - 0.5 לתלמיד.

”ניתוח נוסף הכולל נתונים מתאריך פתיחת מערכת החינוך (1.9.20), מראה עליה ניכרת בשיעור המאומתים הן בגילאי מערכת החינוך והן באוכלוסיית הבוגרים מהם, כאשר סגירת מערכת החינוך עקב העלייה במדדי התחלואה הצביע על ירידה ניכרת בשיעורי המאומתים הן בגילאי מערכת החינוך והן באוכלוסייה הכללית. העלייה בתחלואה הייתה שונה בין קבוצות גיל שונות כך שעם עליית הגיל הסיכון לתחלואה היה גבוה יותר.”



כאפידמיולוגים אנו מוצאים מסקנה זו כבעייתית ולא מדויקת. העלייה הדרמטית בקהילה החלה 10-14 יום אחרי פתיחת מערכת החינוך באוכלוסייה החרדית, בגילאי 15-17 שנים (תרשימים 8 ו-9) ובגילאי 18-23, קבוצות הגיל של בנים הפוקדים ישיבות (מוסדות החינוך בעלי מאפיינים ייחודיים). עליה זו החלה בערך ב-1 בספטמבר ובלטה במיוחד באוכלוסייה החרדית, שמשום מה לא מוצגת בגרפים. במסמך של מרכז המידע והידע הלאומי למערכה בקורונה¹² ובמסמכים קודמים של משרד הבריאות רואים בבירור שתבנית ההדבקה הייתה מאוד שונה בין האוכלוסיות החרדית, הערבית והכללית. בתחילת שנת הלימודים, האוכלוסייה הערבית הייתה בשיא העלייה של מקרי ההדבקה בכל הגילאים (למעט הצעירים ביותר) והתחלואה החלה לרדת כ-14 יום לאחר מכן, בזמן שמערכת החינוך פעלה. באוכלוסייה הכללית התחלואה עלתה מיד ב-1 בספטמבר, מה שמשקף הדבקה והתנהגות ב-10-14 ימים לפני כן (כמו חופשות משפחתיות, מסיבות של בני נוער ועוד). לבסוף, כיצד ניתן לייחס ירידה בתחלואה בסוף ספטמבר לסגירת בתי הספר ב-17.9 כאשר יום לאחר מכן, ב-18.9, כל המדינה נכנסה לסגר?

“על פי הניתוח שמונב לעיל, ילדים בהחלט נדבקים ומדבקים. מאחר ומרביתם אינם מציגים תסמינים, קשה לזהות חלק ניכר מהילדים הנושאים את הווירוס והם עלולים להוות מקור הדבקה לאחרים”

אנחנו מסכימים לחלוטין שילדים נדבקים ומדבקים, אך לדעתנו המסקנה המתבקשת משילוב השיקולים של החומרה הפחותה של המחלה בקרב ילדים, מקומם השולי יחסית בשרשראות ההדבקה¹³ ובתחלואה¹⁴ וצרכיהם הבסיסיים, הינה שאין למנוע מילדים את הזכות ללכת לבית הספר ולהתפתח.

“המצאות ילדים במסגרות החינוך, במיוחד בזמן של תחלואה נרחבת, עלולה לזרז את התפשטות המחלה, הן בקבוצות גיל שונות והן באזורים גיאוגרפיים שונים.”

המסקנה הזו לא נובעת מהנתונים והיא מתעלמת מהסיכון היחסי לפי גיל ולפי מגזר. אנו מסכימים כי באזורים של תחלואה גבוהה, בתי הספר משקפים את התחלואה בקהילה¹⁵ ואף התרענו על כך לפני פתיחת שנת הלימודים¹⁶. עדות לכך ניתן למצוא בהידבקות בקרב ילדים במגזר הערבי בסוף אוגוסט-תחילת ספטמבר. לפיכך, צפוי שיהיו הרבה התפרצויות בבתי ספר כשההדבקה בקהילה גבוהה. מאידך, רמות תחלואה נמוכות בקהילה כמו שהיו בישראל באמצע מאי לא מבטיחות שלא יהיו התפרצויות, אם התנאים בבתי הספר לא מתאימים – וביניהם צפיפות, ערבוב בין כיתות שונות, היעדר אוורור ואי הקפדה על מסיכות בקרב מורים וילדים גדולים (ראו מקרה ההתפרצות בגימנסיה). יתר על כן, חלופות המשמשות את ההורים הנאלצים לצאת לעבודה הן רחוקות ממיטביות, כיוון שהן כוללות השארת ילדים צעירים לבד בבית או בהשגחת הסבים והסבתות שהם לרוב אוכלוסייה בסיכון.

“נודעת חשיבות רבה לחזרה הדרגתית של מערכת החינוך לפעילות ובהתאם לרמת התחלואה בקבוצות גיל שונות ובאזורים גיאוגרפיים שונים.”

אנו מסכימים שיש לחזור לבית הספר בהדרגה. אולם, שכיחות ההדבקה בקרב ילדים בני 10-1 לא שונה משמעותית בין קבוצות הגיל השונות ולכן אין סיבה לדחות את פתיחת כיתות א-ד, כל עוד הדבר נעשה בצורה זהירה, כפי שהמלצנו פעמים רבות בעבר. למעשה, ייתכן אפילו בטוח יותר להחזיר ילדים לבית הספר מיד אחרי הסגר מאשר לדחות את חזרתם ולאפשר מגעים חברתיים רבים במשפחות כפי שהיה במגזר הכללי בסוף אוגוסט.

התייחסותנו לסיכום ומסקנות המופיעים בסוף המסמך:

¹² https://www.gov.il/BlobFolder/reports/research-report-n183-youth-morbidity-increase/he/research-report_research-report-n183-youth-morbidity-increase.pdf

¹³ <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2771181>

¹⁴ [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30177-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30177-2/fulltext)

¹⁵ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.21.20178574v1>

¹⁶ התפרצויות בבתי ספר במוקדי תחלואה; email, 31/8/2020



”משרד הבריאות מתמודד עם מצב מתמשך של מגפת קורונה שמחייב הערכת רמת ההדבקה ותחלואה בקרב ילדים וההשלכות על כלל האוכלוסייה במדינה בדומה למדינות אחרות. ”

ההתמודדות עם מגיפת הקורונה אכן קשה ומתמשכת ולצערנו מציאות זו אינה עומדת להשתנות בעתיד הנראה לעין. התמודדות זאת כוללת את כלל החברה ואינה מוגבלת למשרד הבריאות. דווקא בשל כך אסור לנו לדחוק לשוליים את חובת החברה כלפי הילדים והחינוך שלהם.

”על פי הניתוח שמובא כאן, ילדים נדבקים ומדבקים ואף עלולים להיות מפיצי על. מאחר ומרביתם אינם מציגים תסמינים, קשה לזהות חלק ניכר מהילדים הנושאים את הווירוס והם עלולים להיות מקור הדבקה לאחרים.”

קביעה זו אינה שגויה, אך היא מדגישה יותר על המידה את תפקידם של ילדים, במיוחד הקטנים שבהם, בהעברת המחלה, מבלי לתת משקל לכך שמרבית ההדבקות, כפי שמוצג במסמך, מקורן באוכלוסייה המבוגרת, וכך גם רובם המכריע של אירועי הפצת-על. המסמך מביא דוגמא אחת של תלמידי כיתה ה' שהיו מעורבים באירוע של הפצת-על. האם יש דוגמאות לילדים מתחת לגיל 9 שהיו מפיצי-על? כאמור, מידע נוסף על 17 הילדים שזוהו כמפיצי-על היה יכול לסייע. חשוב מאד להימנע מלתייג את הילדים כמקור הבעיה¹⁷, כמפיצי-על או אפילו כסוכנים של המגיפה. נכון לידוע כיום, אין הדבר נכון.

”המצאות ילדים במסגרות חינוך, במיוחד במצב תחלואה נרחבת בזמן ובמקום, עלולה לזרז את התפשטות המחלה ממקום למקום ובקרב מספר קבוצות גיל שונות, בעיקר עקב היותם מקור הדבקה בקרב בני בית. ההשפעה יכולה להיות הן בקבוצות גיל שונות והן באזורים גיאוגרפים שונים.”

במסמך אין עדות להדבקות נרחבות במשקי בית, כפי שניסו לבחון במכון גרטנר. כדאי להתרשם ממסקנות הדו"ח של גרטנר¹⁸ לפיו, במרבית המקרים בבני ברק במהלך ”הגל הראשון”, כאשר כל בני הבית נסקרו לקורונה גם בהיעדר תסמינים, כיווני ההדבקה היו ממבוגרים לילדים וההדבקה מילדים נראתה פחותה. בנוסף, יש לזכור שבתנאים של פתיחת המשק (תום הסגר), סגירת בתי הספר לא בהכרח מונעת תחלואה שכן ילדים עלולים להדביק ולהידבק בקהילה.

מעבר לכך, לדעתנו מתבקש שמסמך שנכתב על ידי אנשי בריאות הציבור לא ימנע מלציין את הנזק העצום שנגרם לילדים מכך שאינם נמצאים במסגרת חינוך¹⁹ רשמית ובסביבת בית ספר לאורך תקופת זמן ארוכה ויתכן שהיה אף ראוי להזכיר את הפגיעה הכלכלית למשק ולחברה²⁰ הנובעת מהשבתת מערכת החינוך בטווח המיידי והארוך. הרי בסופו של דבר ניהול מגיפה הינה בחזקת בחירה בין חלופות לפי יחס סיכוי-סיכון.

נקודה מהותית נוספת הינה שבמסמך אין כל התייחסות לפתיחות מערכת החינוך בעבר, למרות שחשוב שההחלטות הקרובות יקחו בחשבון גם את ניסיון העבר וגם את הניסיון שהצטבר בעולם. למעשה, ב-3.5.2020 נפתחו מסגרות החינוך עד כתיבתה ג' במתווה של קפסולות, ללא עליה בתחלואה. העלייה נצפתה ב-27.5.2020, עשרה ימים בדיוק לאחר הפתיחה ב-17.5.2020 שנעשתה ללא הפעלת מתווה לצמצום תחלואה. גם ביה"ס של החופש הגדול לא היה מקושר להתפרצויות בקהילה. נתוני מנח"י, החל מחודש מאי, מדגימים כי ילדים מהווים פרופורציה קבועה מהתחלואה בירושלים ללא תלות במצב מערכת החינוך (פתוחה או סגורה), כי ילדים מדביקים פחות, וכי מורים גורמים לבידודים מרובים בקרב תלמידים וצוותים חינוכיים. לבסוף, יש לציין כי פתיחת מערכת החינוך, ובמיוחד היסודי, במדינות רבות יושמה ללא עליה בתחלואה^{21,22}.

¹⁷ <https://pediatrics.aappublications.org/content/146/2/e2020004879>

¹⁸ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.03.20121145v2>

¹⁹ <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences>

²⁰ https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-economic-impacts-of-learning-losses_21908d74-en

²¹ <https://www.brookings.edu/blog/education-plus-development/2020/07/06/reopening-the-world-reopening-schools-insights-from-denmark-and-finland/>

²² <https://education.org/facts-and-insights#f09a6e46-8c5f-4d01-8297-d2a3f6c8f873>



לסיכום, ככל שמשבר הקורונה מתמשך, יש להכיר בכך ששליטת זכותם של ילדים לחינוך על מנת להפחית מקרי הדבקה אינה יכולה להיות ברירת המחדל. העיקרון המנחה צריך להיות שכל הילדים צריכים וזכאים ללכת למסגרות החינוך ושמערכות הבריאות והחינוך צריכות לעשות כל שביכולתן כולל הקצאת המשאבים הדרושים כדי לאפשר סביבת לימודים בטוחה.

הוכן ע"י (בסדר אלף-בית): דר' אלכס גיללס-הלל, דר' חגית הוכנר, ד"ר קטיה יז'מסקי, פרופ' אמנון להד, פרופ' אורלי מנור, פרופ' רן ניר-פז, פרופ' אורה פלטיאל, מר ארי פלטיאל, פרופ' רונית קלדרון-מרגלית - צוות בין תחומי ילדים וקורונה של הדסה והאוניברסיטה העברית