

נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

נייר עמדה של הוועדה הציבורית לתיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה¹

ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה,
ללשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל ולמשרד הבריאות

ניסן תש"פ – אפריל 2020

תוכן העניינים:

- א. הקדמה – עמ' 2
- ב. מטרה – עמ' 3
- ג. הקמת הוועדה והרכבה - עמ' 3
- ד. עקרונות אתיים, משפטיים ודתיים – עמ' 4
 - א1. עקרונות ערך החיים והשוויון בשמירה על חיי אדם – עמ' 4
 - ב1. חובות המדינה והאזרחים לקיום ערכי החיים והשוויון – עמ' 4
 2. אי-שוויון חלקי במצבי חירום ומחסור – עמ' 5
 - א2. תיעדוף על בסיס מניעת הקבלה לטיפול נמרץ ומתן הנשמה – עמ' 5
 - ב2. תיעדוף באמצעות הוצאה מטיפול נמרץ, או הורדת רמת הטיפול – עמ' 5
- רצון החולה – עמ' 7
- ה. הנחיות יישומיות – עמ' 8
 1. במצב החירום הנוכחי ללא מחסור – עמ' 8
 2. במצב חירום עם מחסור – עמ' 8
- רצון החולה – עמ' 8
- כללי תיעדוף רפואי – עמ' 9
- טיפול פליאטיבי – עמ' 10
- שקיפות – עמ' 10
- ועדת תיעדוף מוסדית וארצית – עמ' 11
- נספח א: חברי וחברות הוועדה – עמ' 11
- נספח ב: תרשים זרימה וטבלת דירוג – עמ' 14
- נספח ג: ניירות העמדה של ועדות המשנה – עמ' 17
 - נספח ג1: ועדת משנה רפואית – עמ' 17
 - נספח ג2: ועדת משנה פילוסופית-אתית-חברתית – עמ' 26
 - נספח ג3: ועדת משנה משפטית – עמ' 29
 - נספח ג4: ועדת משנה הלכתית/דתית – עמ' 42

¹ המסמך כתוב בלשון זכר, אך הוא מתייחס באופן שווה לגברים ולנשים.

נייר עמדה: תיעודף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואטיקה, ללשכה לאטיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

א. הקדמה

מגפת הקורונה העולמית יצרה דילמה אתית-חברתית-דתית-משפטית מהחמורות, הקשות והטרגיות ביותר, עקב הצורך בקביעת תיעודף [טריאג' = Triage] לטיפול בחולים קשים ומונשמים. משמעות החלטות טרגיות אלו היא שבמצב של היעדר אמצעים להצלת חיים וכוח אדם מיומן מספיקים לטיפול בו-זמנית בכל החולים הזקוקים לטיפולים מצילי חיים, חלק מהחולים הקשים במיוחד לא יזכו לטיפול מציל חיים מיטבי. אשר על כן מדובר בשאלות של חיים ומוות באופן מידי, מוחשי וממשי.

הדבקה בנגיף הקורונה יכולה להיות אסימפטומטית או להסתמן בדרגות חומרה משתנות, החל מתסמינים קלים דמויי שפעת ודרגות שונות של קשיי נשימה, ועד לדלקת ריאות אינטרסטיציאלית מלווה בהיפוקסיה קשה. החולים הקשים נזקקים לאשפוז ביחידות לטיפול נמרץ, והקשים במיוחד זקוקים להנשמה באמצעות מכשירי הנשמה. לאור מספר הנדבקים הגדול, ובמיוחד לאור המספר הגדול של הנזקקים בו-זמנית לטיפול נמרץ ולמכשירי הנשמה ולפרקי זמן ארוכים, הגיעו מספר מדינות לאי ספיקה של מערכת הבריאות, ונאלצו לקבוע קריטריונים לתיעודף במתן טיפול נשימתי מורכב. מדינות אלו שונות זו מזו בהגדרת הקריטריונים לתיעודף. הסוגיה של קביעת קריטריוני תיעודף במצבי מחסור באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן מוכרות מאז ומעולם בצורות שונות ובגין סיבות שונות:

מצבים המוגדרים כאירועים רבי-נפגעים (אר"ן = אירוע רב-נפגעים), כגון תאונות דרכים עם פצועים רבים; אסונות טבע, כמו רעידות אדמה, שיטפונות, סופות טורנדו, צונאמי וכיו"ב; מלחמות עם פצועים רבים בנשק קונבנציונלי ובלתי-קונבנציונלי; אסונות תעשייתיים, כמו דליקות, התפוצצויות, דליפת חומרים רעילים וכיו"ב. ולענייננו: מגפות המוניות, כגון דֶבֶר, כולירע, שפעת, אבולה, איידס וכד'.

המדובר בדרך כלל באירוע פתאומי ובלתי חזוי מראש, בו נפגעים בני אדם רבים בדרגות שונות, בתוך פרק זמן קצר, וכאשר קיימת יכולת מוגבלת מצד המערך הרפואי לתת פתרונות מלאים לכל אחד מהנפגעים, הן בגלל היעדר כוח אדם ואמצעים מספיקים, והן בגלל מהירות ההתערבות הנדרשת.

מדינה יכולה לקבל החלטה שלפיה יהיה לצוותים הרפואיים חופש להתנהלות גמישה במצבי חירום ללא דרישות נורמטיביות-ציבוריות; אולם הוועדה סבורה כי קיימת עדיפות ברורה לגישה הקובעת מראש את הנורמות האתיות-משפטיות-דתיות של החברה, אשר תאפשר התנהלות רפואית מקצועית אחידה ושקופה. אין הכוונה, וגם אין יכולת מציאותית, להכתיב מראש את ההתנהלות בכל מצב ובכל מקרה לגופו, שכן תמיד קיימים מקרי גבול עדינים ומורכבים שמחייבים התייחסות ספציפית. אך ברוב המקרים ניתן וצריך להתנהל בצורה מובנית ושקופה על פי אמות מידה אתיות, חוקיות, חברתיות ודתיות ברורות. התנהלות כזו יש בה כדי להבטיח במידה מיטבית את שוויון הזכויות בין מטופלים, וכן להגביר את אמון הציבור במערכת הרפואית, שללא ספק עושה מעל ומעבר לטובת המטופלים, לעתים אף תוך סיכון עצמי.

יש להדגיש כי המצב הנוכחי במדינת ישראל – בעת פרסום נייר עמדה זה – איננו מצב של מחסור באמצעים ובכוח אדם לטיפול בחולים הזקוקים לטיפול נמרץ ולהנשמה. לפיכך, במצב הנוכחי קיימת החובה להעניק טיפול שוויוני לכל אחד ואחת, ללא תלות בקריטריונים מגבילים וכמקובל במצבי שגרה. בפרט יש לציין שגם במצב הנוכחי וגם במצב של חוסר משאבים אין להעדיף או להפלות בטיפול חולה במחלה שאינה קורונה לעומת חולה בקורונה.

נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

המצב הנוכחי בו ניתן טיפול לכל מי שזקוק לו ללא מגבלות חייב להימשך כל עוד לא הכריז משרד הבריאות שמערכת הבריאות הגיעה לאי ספיקה, שאז – ורק אז – יחולו הכללים הרפואיים, האתיים, המשפטיים והדתיים המפורטים בנייר עמדה זה.

נייר עמדה זה בא, איפוא, לתת מענה רפואי, אתי, חברתי, משפטי והלכתי/דתי אם וכאשר ייווצר חליה מחסור משמעותי באמצעים ובכוח אדם לטיפול בכל החולים שייזקקו לטיפול נמרץ ולהנשמה – בין ביחידה לטיפול נמרץ ובין במחלקה רגילה, ועקב כך ייווצר הצורך לתיעדוף בין חולים שונים. תיעדוף זה כרוך כאמור בהחלטות קשות, אך חשוב להבין שעצם ההזדקקות לטיפול נמרץ ולהנשמה מלמדת על חומרת מצבו הרפואי של המטופל. המידע הנוכחי על חולי קורונה מלמד שלמרבית הצער מרבית הנזקקים להנשמה אינם צפויים להחלים גם אם יונשמו. המנדט שניתן לוועדה זו על ידי משרד הבריאות הוא לדון בשאלת ההקצאה של אמצעים מצילי חיים וכוח אדם מיומן במקרה שייווצר חוסר באמצעים אלה. לפיכך נייר העמדה מתייחס אך ורק לשאלה זו בהקשר הרחב, ולא למכלול הנושאים הנובעים ממצב החירום בגין מגפת הקורונה.

ב. מטרה

מטרת נייר עמדה זה היא לקבוע עקרונות מנחים אתיים, משפטיים ודתיים, ושיקולים יישומיים רפואיים-טיפוליים במצב חירום רפואי בתקופת מגפת הקורונה בזמן שאין מחסור באמצעים מצילי חיים וכוח אדם מיומן, ובזמן שנוצר מחסור כזה. עקרונות אלה באים לשמר מידה של אנושיות, חמלה, צדק ואהבת הזולת גם בעידן של משבר קיומי; לסייע לצוות הרפואי לקבל את ההחלטות הצודקות והשקופות ביותר בתיעדוף חולים קשים לאשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ולביצוע הנשמה – בין ביחידה לטיפול נמרץ ובין במחלקה רגילה; להקל על העומס הרגשי הכבד העלול להיות מוטל על צוות רפואי הנקלע לדילמה קשה זו; ולסייע לציבור להכיל מצב קיצון של צורך בתיעדוף בטיפול במטרה להציל את מירב החולים תוך מימוש עקרונות צדק ושוויון.

ג. הקמת הוועדה והרכבה

ועדה ציבורית זו הוקמה ביום 2 באפריל 2020 על פי מינוי של מנכ"ל משרד הבריאות מיום ז' בניסן תש"פ – 1 באפריל, 2020. הוועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכת האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל ולמשרד הבריאות. מדובר בוועדה רב-תחומית, שמיוצגים בה מומחים בתחומי הרפואה, האתיקה, המשפט, החברה, ההלכה היהודית, הנצרות והאסלם. הוועדה מורכבת מ-26 חברים, רכז, עוזרת מחקר ומזכירה. על מנת לייעל את העבודה מצד אחד, ולמצות את ההיבטים הרלוונטיים הרב-תחומיים מצד שני, חולקה הוועדה ל-4 ועדות משנה: רפואית, פילוסופית-אתית-חברתית, משפטית, הלכתית ודתית – איסלם ונצרות. בנספח א מצויינים חברי וחברות הוועדה והחלוקה לוועדות המשנה. ועדות המשנה ומליאת הוועדה קיימו ישיבות שוטפות (במייל ובשיחות וידאו, מפאת האיסור להתקהל), והגיעו להסכמה בקונצנזוס ביחס לעקרונות הרלוונטיים בתחומי האתיקה, המשפט, והדת, וביחס להנחיות הרפואיות-מערכתיות המעשיות הנוגעות לשאלת התיעדוף של חולים קשים הזקוקים להנשמה מלאכותית. הוועדה עשתה מאמץ ניכר בפרק זמן קצר להקיף את מכלול ההיבטים הרלוונטיים של סוגיה קשה זו, ולהציג את הדברים בצורה ברורה ושקופה.



נייר עמדה: תיעודף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

ד. עקרונות אתיים, משפטיים ודתיים

1א. עקרונות ערך החיים והשוויון בשמירה על חיי אדם

- א. נקודות המוצא העקרוניות להתייחסות לחולים הנזקקים למשאבים רפואיים הן ערך החיים כערך העליון, והשוויון הבסיסי בין כל בני האדם.
- ב. "לפיכך נברא אדם יחידי, ללמדך שכל המאבד נפש אחת מעלה עליו הכתוב כאילו איבד עולם מלא, וכל המקיים נפש אחת מעלה עליו הכתוב כאילו קיים עולם מלא".² ערך החיים של כל אחד ואחת הוא ערך עליון, ולפיכך קיימת חובה מוסרית, משפטית ודתית לעשות ככל הניתן להציל את חייו של כל אדם.
- ג. תפיסת יסוד זו מעוגנת במדינת ישראל בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ובפסקי דין שונים של בית המשפט העליון, הכוללים את הזכויות לחיים, לבריאות, לכבוד ולשוויון. כמו כן קיימים חוקים הקובעים הסדרים שונים לשמירה על עקרון זה כמו לדוגמה חוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994, פקודת בריאות העם, 1940 וחוק החולה הנוטה למות, תשס"ו – 2005.
- ד. חזקה על כל אדם שהוא רוצה להוסיף ולחיות, אלא אם כן הוא חולה הנוטה למות, היינו מי שתוחלת חייו, גם בהינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על ששה חדשים, והוכח מעבר לכל ספק סביר שהוא איננו רוצה שחייו יוארכו.
- ה. השוויון המתחייב מבחינה אתית וחוקית קובע שאין להפלות בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית, מצב סוציו-אקונומי, מעמד חברתי, מעמד משפחתי, מעמד אזרחי במדינה, עיסוק, גיל וכיו"ב.

1ב. חובות המדינה והאזרחים לקיום ערכי החיים והשוויון

- ו. בזמן שגרה, ובזמן חירום בשלב בו אין מחסור באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן, קיימת חובה על המדינה לעשות את כל הנדרש וככל האפשר – תוך איזון ראוי ומידתי עם צרכים ציבוריים חיוניים אחרים – כדי לספק את כל הדרוש על מנת לשמר ככל הניתן את ערך החיים העליון ואת ערך השוויון, ובכך למנוע או לדחות ככל האפשר את המצב הדורש החלטות טרגיות וגורליות של תיעודף בטיפול על חשבון אחרים.
- ז. ואמנם במצב הנוכחי – בעת פרסום נייר עמדה זה – מדינת ישראל עושה מאמץ כביר להקים במהירות יחידות טיפול נמרץ ארעיות, רוכשת ומייצרת מכשירי הנשמה, רוכשת ומייצרת ציוד מיגון ייעודי עבור הצוותות המטפלים בחולים ומכשירי צוותות רפואיים מתאימים לטיפול בחולים מונשמים.
- ח. על מדינה לעשות מאמצים גם להקצות את האמצעים למתן טיפול פליאטיבי, כולל צוות רב תחומי מיומן, תרופות וציוד.
- ט. יש להפנות משאבים לטיפול בחולי קורונה, כולל משאבי שטח וכוח אדם, אולם זאת בתנאי שאין זה פוגע בטיפול הנדרש לחולים באותה דרגת חומרה שאינם חולי קורונה. לדוגמה, בתי החולים צריכים לנצל אזורים מותאמים של המתקן לשירותי טיפול נמרץ, כגון אזורי פרוצדורה, התאוששות, חדרי ניתוח, ויחידות הנמכת טיפול (step-down) על מנת לקלוט חולים מונשמים – בין חולי קורונה ובין חולים אחרים – במקביל להפניית כוח אדם ממשימות שגרה לטיפול בחולי המגפה. עם זאת, אין לצמצם את מספר המיטות

² סנהדרין לו א.

נייר עמדה: תיעודף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

- או את חברי הצוות הרפואי במחלקות אחרות באופן שיסכן את החולים האחרים במידה העולה על הקטנת הסכנה לחולי קורונה.
- י. המדינה חייבת להבטיח זמינות הוגנת בפריסה ארצית של מיטות טיפול נמרץ, של מכונות הנשמה ושל צוות מיומן שנדרש להפעלתם על פי מדדים של צפיפות אוכלוסייה וצפי/ביקוש בפועל של המשאב המצומצם. לשם כך, יש לקיים מעקב מרכזי אחרי היחס בין מספר המאושפזים במחלקות קורונה למספר מיטות טיפול נמרץ בכל מרכז רפואי, ולווסת את אשפוז החולים כדי לשמור ככל האפשר על יחס שווה. במידה ובאזורים מסויימים בארץ הפער בין הצרכים והמשאבים גורם לטיפול לא מיטבי יש לדאוג להעברת המטופלים לבתי חולים פחות עמוסים על מנת לתת טיפול דומה בכל האזורים במדינה.
- יא. האחריות ברמה הארצית חייבת לכלול גם אחריות לבני אדם שאינם בעלי מעמד של אזרח או תושב במדינה.
- יב. יש להכיר באחריותה המוסרית הכללית של מדינת ישראל לבריאותם של הפלסטינאים בשטחים שבשליטה מלאה או חלקית של ישראל, ובחובתה לסייע לרשות הפלסטינית להתמודד עם סכנת הקורונה. מידת הסיוע תיקבע על ידי רשויות מדינת ישראל.
- יג. ככלל, אין לסגור או לפנות מוסדות סיעודיים, מחלקות לבריאות הנפש וכיוצא באלה כדי להכין מחלקות אשפוז לחולי קורונה. משלוח המאושפזים במוסדות ובמחלקות כאלה "לקהילה" או לבתיהם מחזירה אותם לא אחת למצבים חמורים של הזנחה או התעללות. יחד עם זאת, יש לתכנן בשלב מוקדם של המגפה שחרור חולים שאינם זקוקים לאשפוז והגבלה בקבלת חולים לבתי החולים שאין דחיפות באשפוזם כדי להגדיל את כמות המיטות הפנויות.
- יד. הוועדה ממליצה למשרד הבריאות לבחון דרכים נאותות להגנה משפטית על הצוותים הרפואיים, שעובדים בתנאים קשים תוך סיכון עצמי, וצריכים לקבל החלטות קשות ומהירות בתנאים המיוחדים של המגפה.
- טו. הוועדה ממליצה למשרד הבריאות לבחון את הצורך בקביעת תקנות או בתיקוני חקיקה בהתאם לנדרש על פי ההנחיות בנייר עמדה זה.
- טז. קיימת חובה על כל אזרח במדינה לקיים בהקפדה יתירה את כל ההנחיות של הממשלה למניעת הידבקות ולמניעת הדבקה, על מנת למנוע תחלואה קשה שעלולה להגיע למצב של אי ספיקת מערכת הבריאות.

2. אי-שוויון חלקי במצבי חירום ומחסור

א2. עקרונות לקביעת תיעודף

- יז. במצב חירום, אם וכאשר יהיו חלילה חולים רבים שמספרם עולה על האמצעים וכוח האדם שיוכלו לתת מענה רפואי מיטבי לכל חולה, משתנים השיקולים האתיים והדתיים בהשוואה למצב בשגרה, והמוקד האתי והדתי עובר למחוייבות לבריאותם ולחייהם של חברי הציבור בכללותו, ולעתים על חשבון יחידים.
- יח. במצב כזה נדרשים שינוי והתאמה של שיקולי התיעודף בטיפול המשפיעים על רף הטיפול המקובל, בהתאם למצב הקיים בשטח.
- יט. הכלל העקרוני לתיעודף חולים במצבי חירום ומחסור במשאבים הוא הצלת כמה שיותר בני אדם, על פי העקרון של סיפוק מירב התועלת למירב הנזקקים. היינו הסטייה היחידה מעקרון השוויון היא רק על בסיס הבדלים רפואיים להצלחת הטיפול ולסיכויי ההישרדות.

נייר עמדה: תיעודף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה ועדה משותפת למועצה הלאומית לביאותיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

- כ. לפיכך, גם במצבי חירום ומחסור אין להפלות בין חולים שונים על סמך מאפיינים שאינם רפואיים, או על סמך מאפיינים כלליים של קבוצות אנשים, אלא יש לקבוע את התיעודף באופן אינדיבידואלי, על פי הנתונים הרפואיים הספציפיים לכל חולה.
- כא. העקרון המשפטי-אתי במקרים אלה הוא עיקרון המידתיות והאיזון בין שיקולים שונים, שלפיו נשקלת הסטייה ההכרחית מעקרון השוויון בדרך מובנית, שקופה והוגנת.
- כב. לפיכך, אם ישנם חולים שמצבם הרפואי הקשה מצריך טיפול מציל חיים שבלעדיו הם ימותו מחד גיסא, וסיכוייהם הרפואיים להפיק תועלת מהטיפול להצלמתם בסיכויי שרידות הם טובים יותר מאידך גיסא, הרי הם קודמים לאלו שיכולים לשרוד גם ללא הטיפולים מצילי החיים, ולאלו שהסיכויים הרפואיים שלהם – גם אם יינתן להם טיפול מציל חיים – קלושים.
- כג. לשם כך קיימות מערכות הערכה רפואיות שעל פיהן יכולים הרופאים לדרג את סיכויי הצורך בטיפולים הללו ואת סיכויי ההישרדות של החולים שיקבלו טיפולים אלה.

ב2. עקרונות ליישום התיעודף

- כד. עקרונות התיעודף נוגעים לכל אופני הטיפול שיש בהם מחסור – אשפוז בטיפול נמרץ לעומת אשפוז במחלקה רגילה, שימוש או אי שימוש במכשירי הנשמה או אקמו (סוג של מכונת לב-ריאה) וכיו"ב.
- כה. במהלך מגפה יש צורך להגביל את האשפוז בטיפול נמרץ להפקת תועלת או שיפור במשך זמן מוגבל, ולשחרר חולים למחלקות, או להגביל את רמת הטיפול בהם במקרה של החמרה במצב הרפואי.
- כו. לפיכך, חולים שהוחלט לאשפזם ביחידה לטיפול נמרץ, מונשמים ולא מונשמים, ומצבם הידרדר למצב שסיכויי הישרדותם נמוכים מאד – יש לשקול את הוצאתם מהיחידה והעברתם למחלקה רגילה, על מנת לאפשר טיפול בחולים אחרים שסיכויי הישרדותם גבוהים יותר.
- כז. כמו כן, ביחס לחולים מונשמים שמצבם הידרדר וסיכויי שרידותם קלושה – יש לשקול הימנעות מהמשך טיפולים משמרי חיים שהם מחזוריים, כגון דיאליזה, תרופות לשמירת לחץ דם וכד'.
- כח. הוועדה דנה באריכות בשאלת ניתוק חולה ממכשיר הנשמה כשסיכויי הישרדותו קלושים. שאלה זו רגישה מאד ושנויה במחלוקת בציבוריות הישראלית, וגם חברי הוועדה נחלקו בדבר והדעות היו שקולות. הוועדה סבורה שבשלב זה לא נדרשת הכרעה בשאלה זו, שכן המצב העובדתי בישראל בעת פרסום נייר עמדה זה בוודאי אינו מצריך החלטה כזו, וגם אם חלילה נגיע למצב שבו ייווצר מחסור באמצעי הצלה ובכוח אדם סבורים חברי הוועדה שיש בנייר עמדה זה די מנגנוני תיעודף שלא יצריכו לנקוט באמצעי זה. כמו כן נראה על פניו שפעולה זו בלתי חוקית (על פי סעיף 21 לחוק החולה הנוטה למות). אם וכאשר יתברר חלילה שהשאלה תהיה אקטואלית תתכנס הוועדה לדיון מהיר ותכריע.

רצון המטופל

כט. מבחינה אתית, ראוי לברר את רצון המטופל לגבי טיפולים פולשניים בכלל, והנשמה מלאכותית בפרט. גישה זו גם מוצאת את ביטויה בצורך בקבלת הסכמה לפני ביצוע כל פרוצדורה רפואית ובחוק החולה הנוטה למות, המאפשר מתן הנחיות מקדימות ומינני

**נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות**

מיופה כוח רפואי להחלטות רפואיות הנוגעות לסוף החיים. למרות הזמן שחלף מאז נחקק החוק, עד היום רק מיעוט קטן מתושבי המדינה אכן כתב הנחיות מקדימות או מינה מיופה כוח רפואי.

ל. יש לציין שלקרובי משפחה שאינם מיופי כוח או אפטרופסים של המטופל אין מעמד מיוחד להחלטה עבור חולה שאינו כשיר. עם זאת, במקרה והמטופל לא נתן הנחיות מקדימות ולא מינה מיופה כוח, ובזמן אמת הוא אינו כשיר לקבל החלטות, ניתן להתייעץ עם בני המשפחה לגבי רצונו המשווער של המטופל בנוגע לטיפול פולשני; זאת בתנאי שהם זמינים, בהנחה כי השגתם בימים של חירום ומחסור אינה פשוטה.

לא. למרות השאיפה לברר את רצון המטופל משום כיבוד האוטונומיה של האדם, יש להיות ערים לכך שאם יתקיים תרחיש המחסור ביכולות הטיפול, הצוות הרפואי עשוי להחליט על אי מתן טיפול למטופל. אי מתן הטיפול עשוי להיות בהתאם לבקשתו המקורית, או בניגוד לבקשתו המקורית של המטופל. כלומר שבמצב מחסור צפויה הלימה רק עם רצונם של אותם המטופלים שביקשו להימנע מטיפול פולשני. לכן, יש הגורסים שבמצב מחסור לא ראוי לברר את רצון המטופלים, משום שבעת מחסור ממילא לא יתחשבו ברצונם, ואז בירור רצונם הוא משלה ומטעה. לחילופין, ניתן לומר שישנה משמעות לעצם בירור רצונו של אדם, וכן שבאותם מקרים בהם תהיה הלימה בין רצון הפרט להחלטה הטיפולית יש בכך משום הקלה הן על המטופל והן על הצוות הרפואי.

לב. הרופא הבכיר או נציג ועדת התיעדוף צריך ליידע את החולה הכשיר או את קרובי המשפחה של החולה הבלתי כשיר על כל החלטה לתיעדוף שלילי שתקבל ביחס אליו. יחד עם זאת אין למשפחה זכות להתנגד להחלטות כאלה.



נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

ה. הנחיות יישומיות

1. במצב החירום הנוכחי ללא מחסור

לג. במצב הנוכחי – בעת פרסום נייר עמדה זה – מדינת ישראל איננה במצב של מחסור באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן. לפיכך לא מתקיימים התנאים להפעלת הנחיות התיעדוף על פי נייר עמדה זה, אלא הכללים והעקרונות הנוהגים בימים בהם אין חסר באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן.

2. במצב חירום עם מחסור

לד. אם וכאשר – ובתפילה ובתקווה שזה לא יתרחש – תגיע מדינת ישראל לאי-ספיקה של מערכת הבריאות, עם מחסור באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן, למרות כל המאמצים הסבירים להרחיב משאבים או להשיג משאבים נוספים, ולאחר ששרד הבריאות יכריז על מעבר למצב חרום בתנאי מחסור, יחולו הנחיות התיעדוף המפורטות בנייר עמדה זה.

רצון החולה

לה. חולה כשיר: על הרופא המטפל בחולה – בין חולה קורונה ובין חולה במחלה אחרת – לברר אם כתב הנחיות מקדימות או מינה מיופה כוח. במידה והתשובה שלילית – על הרופא לברר עם החולה אם הוא מעוניין להבהיר את העדפותיו הטיפוליות במידה ומצבו יחמיר. יש לכבד את תשובתו של חולה שאיננו מעוניין לשוחח בנושא זה, אך אם הוא מעוניין להביע את רצונו יש לנהל עמו שיחה ברגישות ובמגבלות המתחייבות מהמצב (פחדים וחרדות, קשיי הבנה ומודעות, מיגון מלא של הרופא המקשה על אינטראקציה רגילה, מגבלות הקשר בטלפון/וידאו). חשוב ליידע את החולה בדבר סיכויי ההצלחה של טיפול פולשני, אם יגיע לכדי כך, וכך לציין את החלופות השונות, כולל מניעת סבל על ידי טיפול פליאטיבי. יש לכבד את רצונו של החולה ככל האפשר בנסיבות המצב בין שהוא הימנעות מטיפולים מסויימים ובין שהוא דרישה למתן טיפולים. יש לתעד את השיחה ואת המסקנות העולות ממנה.

בשלב החמרה – ככל שהחולה במצב שניתן לקיים עמו דיון, ראוי לחזור ולברר את רצונו ביחס לטיפולים הנדרשים במצב החדש, ולהציג את החלופות השונות כפי שצוין לעיל. דבר זה חייב להיעשות ברגישות רבה ובהתחשבות במצבו הפיזי והנפשי של החולה ובמערכת ערכיו התרבותיים.

לו. חולה שאינו כשיר: יש לברר האם קיימים הנחיות רפואיות מקדימות, מיופה כוח או אפוטרופוס, או סיכום מתועד בתיק הרפואי, ולפעול בהתאם. בהיעדר נתונים כאלה יש לברר עם בני משפחה אם ידועה להם עמדתו של החולה ביחס לטיפולים פולשניים במצבים רפואיים קשים. רצון בני המשפחה לכשעצמם איננו מהווה שיקול קביל מבחינה זו.

נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביאותיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

כללי תיעדוף רפואי

לז. העקרונות הרפואיים לתיעדוף בקבלה ליחידה לטיפול נמרץ ולהנשמה מפורטים בנספח ב. ועדת המשנה הרפואית בדקה והעריכה מספר כלים מוכרים לביצוע תיעדוף לטיפול נמרץ ולהנשמה בזמן מגפות, אך אף אחד מהם לא אושר ותוקף במסגרת משבר. בהינתן העובדה כי אין כלי מושלם לקביעת תיעדוף החליטו חברי ועדת המשנה הרפואית לבחור בכלי שהוא פשוט וקל להבנה, והשימוש בו מאפשר ביצוע הערכות במהירות. כלי הערכה זה פותח על ידי קבוצה בינלאומית של מומחי תיעדוף בטיפול נמרץ במהלך מגפות קודמות, ובמהלך מגפת הקורונה הנוכחית.

לח. אשר על כן, תינתן עדיפות לטיפול מציל חיים לכל חולה באופן אינדיבידואלי במצב שבו מגיעים חולים בגלים ובמספרים שאינם מאפשרים מתן טיפול מציל חיים לכולם כדלקמן:

1. לא מתקיים אף קריטריון מקריטריוני השלילה המופיעים בתרשים הזרימה בנספח ב.

2. קיים לפחות אחד מקריטריוני ההכללה בתרשים הזרימה בנספח ב.

3. דרגת העדיפות בהקצאת משאבים מחולקת מ-1 עד 4 על פי ניקוד תחלואה נלווית במדד התפקודי (Performance Score), ניקוד מדד איגוד המרדימים האמריקאי (ASA Score) ומספר המערכות בכשל. חולה בדרגה 1 יקבל את העדיפות הגבוהה ביותר; לחולה בדרגות 2 ו-3 יוקצו משאבים בעדיפות נמוכה יותר בהתאמה; ולחולה בדרגה 4 יוקצו משאבים רק במקרים חריגים. טבלאות חישוב הדירוג מצורפות בנספח ב.

לט. התיעדוף יתקיים רק על בסיס רפואי, וכמבואר לעיל. לפיכך אין לכלול בתיעדוף את הגורמים הבאים:

- דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית, מצב סוציו-אקונומי, מעמד חברתי, מעמד משפחתי, מעמד אזרחי במדינה, עיסוק וכיו"ב.
- שנות חיים, ובכלל זה שיקולי גיל. היינו, הגיל הכרונולוגי כשלעצמו איננו מהווה שיקול לגיטימי בתיעדוף לטיפול מציל חיים, אלא כחלק ממכלול גורמי הסיכון.
- דברים העלולים להיחשב כעומדים לחובתו של החולה, ובכלל זה התרשלות שאולי גרמה להידבקות בקורונה.
- זכויות העומדות לחולה מתוך מעשיו עד עתה.

מ. חברי צוות רפואי, אף אם נדבקו עקב טיפול בחולי קורונה, לא יקבלו עדיפות, אלא אם כן הדבר נחוץ להתגברות על מחסור בחברי צוות, בין בהשבתם לעבודה לאחר שיחלימו, ובין בתמריץ להתנדבות. כאשר קיים שוויון רפואי בין שני מטופלים, תשמש העובדה שמדובר בחבר צוות רפואי נקודת עדיפות.

מא. כללים אלה יחולו באופן זהה ביחס לכלל העובדים שבתוקף תפקידם באים במגע עם חולי קורונה.

מב. שיטות התיעדוף הרפואי הללו מיועדות לשמש הן את מומחי היחידות לטיפול נמרץ, והן את הרופאים שיטפלו במונשמים מחוץ ליחידות לטיפול נמרץ, שלרוב אינם מנוסים בקבלת החלטות במצבי קיצון.

נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה ועדה משותפת למועצה הלאומית לביאותיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

מג. מסגרת שיקולי התיעדוף חייבת להתייחס לא רק לחולי קורונה אלא לכלל החולים הנזקקים לאותם טיפולים מצילי חיים. לפיכך חולי קורונה צריכים להימצא במעגל אחד עם שאר הזקוקים לטיפולים מצילי החיים על רקע רפואי כלשהו, ואין לשלול באופן שרירותי מחולים במחלות אחרות את האשפוז והטיפול הדרושים להם לטובת חולי קורונה.

טיפול מקל [פליאטיבי]

מד. גם במצבי חירום ומחסור בהם נעשה תהליך תיעדוף שבמסגרתו הוחלט לא לקבל את החולה ליחידה לטיפול נמרץ, לא לתת לו טיפול הנשמתי או להוציאו מהיחידה לטיפול נמרץ – חייבים להמשיך ולתת לו טיפול פליאטיבי על פי הסטנדרטים המקובלים במקצוע זה ואסור להזניח אותו מבחינה גופנית ונפשית כאחת. על משרד הבריאות לקבוע נהלים להבטחת טיפול פליאטיבי מיטבי, אם כחלק ממחלקות הקורונה הקיימות, ואם בהקצאת מחלקות קורונה פליאטיביות. בנוסף, הוועדה ממליצה למשרד הבריאות לבחון את היתרונות והחסרונות של הקמת הוספיס מיוחד לחולי קורונה בתנאים שבסעיף הקודם, ובמטרה למקסם את הטיפול הפליאטיבי.

מה. רצוי שהחולים הקשים, ובעיקר אלו שנראה שעומדים לסיים את חייהם בקרוב, יזכו להיפרד מאדם קרוב בדרך אנושית הכוללת ביקור בדרך של מגע ישיר. עם זאת חשוב להקטין את הסיכון שמגע כזה יוביל להדבקה המבקר, ובעקבות זאת לשרשרת הדבקה משנית. לכן, מומלץ לצמצם את הפרידה הפיזית לקרוב משפחה אחד. במידת האפשר יש להעדיף קרוב משפחה שחלה בקורונה והחלים, ובדיקות סרולוגיות ככל שתהיינה קיימות ותהיינה אמינות, מוכיחות שהוא מחוסן. אולם אם ישנה העדפה משפחתית אחרת, או בהיעדר קרוב כזה, יש לאפשר ביקור ישיר לקרוב משפחה אחד, ובתנאי שהוא ימוגן באופן מלא, יסכים לקחת על עצמו את הסיכון, ולאחר הביקור יתחייב למלא אחר ההוראות הרפואיות שיומלצו (לדוגמה להיכנס לבידוד או לעבור בדיקות). באותו אופן יש לאפשר נוכחות פיזית של איש דת למטופלים החפצים בכך.

מו. יש לתת לרופאים והצוותים המעורבים בקבלת החלטות של תיעדוף סיוע אתי ככל שידרש להם, וכן תמיכה וסיוע רגשי הנדרש, על פי הצורך, בהתחשב באופי המאתגר של ההחלטות הנדרשות.

שקיפות

מז. על הצוות הרפואי לעשות ככל שביכולתו לתעד את החלטותיו ולנמק בצורה ברורה את ההערכה לגבי סיכויי השרידות של החולה, וכן ההחלטה בדבר מתן או אי-מתן המשאב הטיפולי.

מח. יש להציג בשלב מוקדם בפני החולים או בני משפחתם את התוכנית הטיפולית המתאימה למצבו של החולה בהתאם לקריטריוני התיעדוף, ואת עקרונות הטיפול הפליאטיבי ויתרונותיו, כך שלא ישתמע שגם אם הוחלט שלא לתעדף את החולה הוא יזנח ולא יקבל טיפול תומך.

**נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות**

ועדת תיעדוף מוסדית וארצית

מט. כל מוסד רפואי ימנה ועדת תיעדוף מוסדית מיוחדת אד-הוק שתעמוד לרשותו של המומחה הבכיר להתייעצות בכל מקרה שהוא ימצא לנכון.

נ. ועדת תיעדוף זו תהא מורכבת מ-4 אנשים: מומחה רפואי בכיר שאינו שייך למערך הרופאים המטפלים בחולי קורונה; אח בכיר; אדם שעוסק באתיקה; איש דת. בעת צורך בקבלת החלטה דחופה - די ב-2 מתוך ה-4 החברים בוועדת התיעדוף.

נא. ועדה זו גם תוכל לסייע לרופא הבכיר להסביר את החלטות התיעדוף לבני משפחת החולה.

נב. לוועדה זו סמכות ייעוצית, אך כל החלטת תיעדוף ביחס לכל חולה אינדיבידואלי תתקבל על ידי רופא בכיר מומחה בטיפול נמרץ לאחר התייעצות עם מומחה רפואי נוסף, ובהיעדר מומחה בטיפול נמרץ – על ידי שני רופאים בכירים, על סמך הקריטריונים המנחים בנייר עמדה זה.

נג. משרד הבריאות ימנה ועדת תיעדוף עליונה ברמה ארצית, שתוכל לדון בנושאים עקרוניים שיתעוררו במהלך המגפה. החברים בה יהיו: רופא בכיר מומחה בטיפול נמרץ, רופא מומחה בפנימית או בגריאטריה, אח בכיר, משפטן, אדם שעוסק באתיקה, איש דת, ונציג ציבור.

נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

נספח א: חברי וחברות הוועדה

יושבי הראש המשותפים של הוועדה הם:

- הרב פרופ' אברהם שטינברג - יו"ר משותף של המועצה הלאומית לביואתיקה
- פרופ' אפרת לוי-להד - יו"ר משותף של המועצה הלאומית לביואתיקה
- ד"ר תמי קרני - יו"ר הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל

מסייעים בידם: גב' נורית דסאו – עוזרת המחקר של המועצה הלאומית לביואתיקה; עו"ד רפי טויזר – רכז מטעם משרד הבריאות; גב' דגנית להב – עוזרת מנהלית של המועצה הלאומית לביואתיקה.

ועדת משנה רפואית:

- פרופ' צ'רלס ספרונג, יו"ר – מנהל היחידה לטיפול נמרץ, ומחלקת הרדמה, טיפול נמרץ וכאב, בית חולים הדסה ירושלים, בדימוס
- פרופ' יונתן הלוי, חבר – מנכ"ל בית חולים שערי צדק, ירושלים, לשעבר
- פרופ' ירון ניב, חבר – סמנכ"ל בכיר איכות ובטיחות, ראש צוות פעולה של הנשמת חולי קורונה בבתי החולים, משרד הבריאות
- פרופ' עופר מרין, חבר – מנכ"ל בית החולים שערי צדק,
- פרופ' פסח שוורצמן, חבר – יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית
- פרופ' משה זוננבליק, חבר – מנהל יחידה גריאטרית קלינית, בית חולים שערי צדק, ירושלים
- ד"ר עדי נמרוד, חבר – מנהל מחלקת טיפול נמרץ, בית חולים איכילוב, תל אביב
- פרופ' ישראל שטראוס, חבר – מנהל מערך הפסיכיאטריה, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק

ועדת משנה פילוסופית-אתית-חברתית:

- פרופ' נעם זהר, יו"ר – ראש התוכנית ללימודים מתקדמים בביואתיקה, המחלקה לפילוסופיה, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן
- פרופ' דוד הד, חבר – החוג לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית, ירושלים
- פרופ' יעל השילוני-דולב, חברה – החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע
- פרופ' רות לנדאו, חברה – בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית, ירושלים
- ד"ר אפרת רם-טיקטין, חברה – המחלקה לפילוסופיה, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן

ועדת משנה משפטית:

- ד"ר גיל סיגל, יו"ר – ראש המרכז למשפט רפואי וביואתיקה, הפקולטה למשפטים, הקריה האקדמית אונו
- השופט סלים ג'ובראן, חבר – המשנה לנשיא בית המשפט העליון, בדימוס
- פרופ' שי לביא, חבר – ראש מכון ון-ליר, ירושלים
- עו"ד טליה אגמון-אדרי, חברה – משנה ליועץ המשפטי, משרד הבריאות

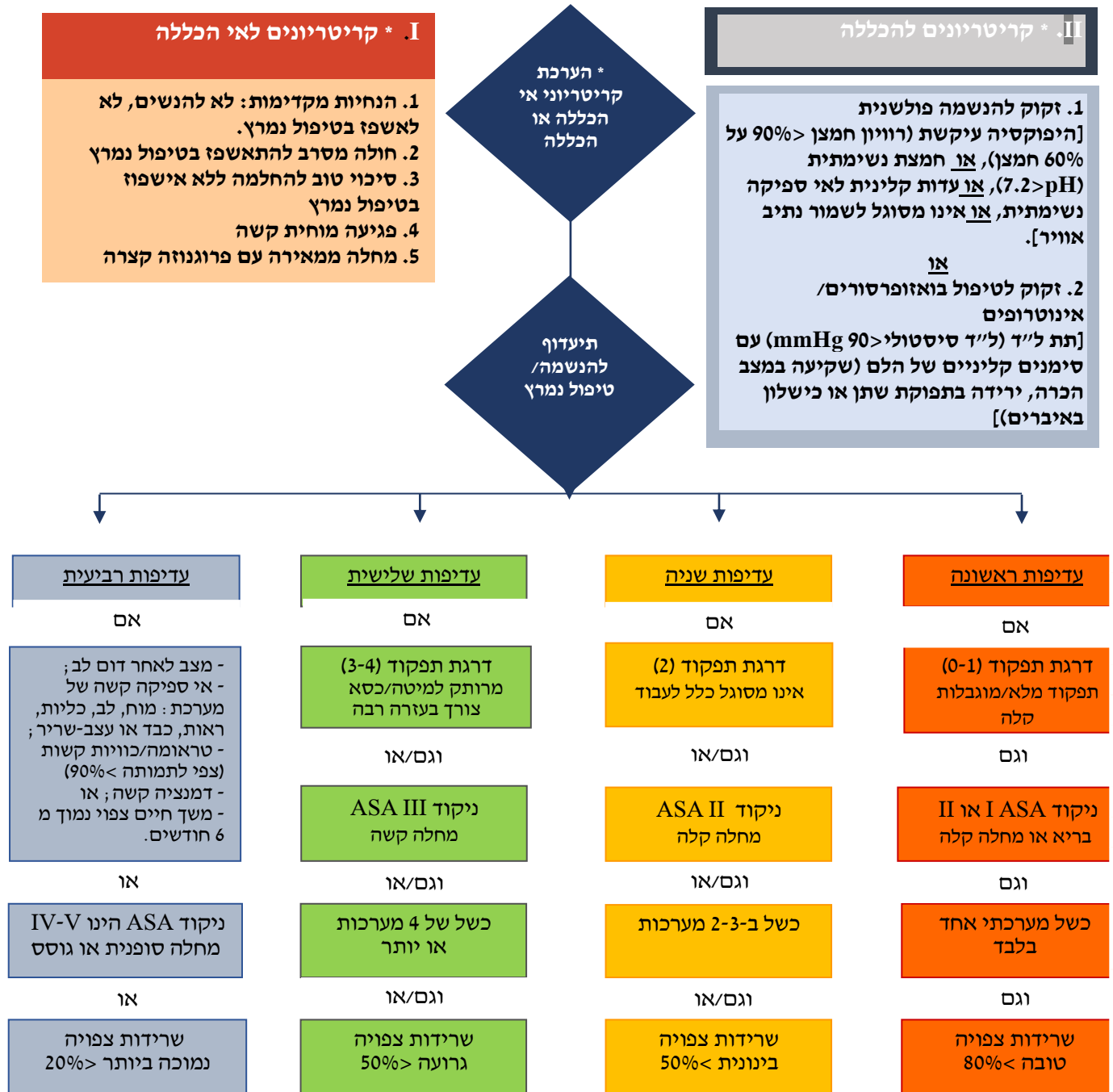
**נייר עמדה: תיעודף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות**

ועדת משנה הלכתית/דתית:

- הרב פרופ' אברהם שטינברג, יו"ר – יו"ר משותף של המועצה הלאומית לביואתיקה
- הרב תת-אלוף אייל קרים, חבר – הרב הצבאי הראשי, צה"ל
- הרב פרופ' יגאל שפרן, חבר – ראש המחלקה לרפואה והלכה, הרבנות הראשית לירושלים
- הרב ד"ר מרדכי הלפרין, חבר – מנהל מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי התורה, בית חולים שערי צדק, ירושלים
- הרב אברהם מנלה, חבר – מנכ"ל חברא קדישא, תל אביב
- הקאדי מחמד אבו-עביד, חבר – שופט בבית הדין השרעי לערעורים (אסלאם)
- ד"ר איתן לה פיקאר, חבר – מנהל "בית הגת", הבית למפגש בינדתי-אומנותי בירושלים (נצרות)

**נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות**

**נספח ב: תרשים זרימה וטבלת דירוג
תיעדוף במהלך פנדמיה COVID – 19
בחסר משאבי הנשמה / טיפול נמרץ**



1. במקרה של שוויון –
2. א. הקצאה על ידי תועלת מצטברת לטיפול נמרץ – חיים ניצלו, בהתבסס על סבירות השרידות בהתחשב הן במחלות אקוטיות והן במחלות כרוניות של החולה.
ב. אם עדיין קיים שוויון – 'כל הקודם זוכה'.
3. הערכה מחודשת של דרגת עדיפות לאחר 24 שעות אצל חולים הממתינים להתקבל לטיפול נמרץ.
4. הערכה מחודשת של החולה ביום 10-14 אם במקרה של החמרה משמעותית במצב החולה הגורמת לירידה בצפי השרידות לדרגה נמוכה יותר מדרגת העדיפות אליה שייך, יש לשקול העברת החולה או הגבלות בטיפול.

נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

PERFORMANCE SCORE ניקוד תפקודי		קדימות PRIORITY
תפקוד מלא טרם המחלה	0	1
מוגבל בפעילות פיזית אך נייד ומסוגל לבצע עבודות הדורשות מאמץ פיזי קל	1	
ניידות חלקית ומסוגל לדאוג לצרכיו אך אינו מסוגל לעבוד	2	2
מוגבל ביכולת לדאוג לעצמו ומרותק למיטה או לכיסא ברוב שעות היום	3	3
נכות מלאה; לא מסוגל לדאוג לעצמו. מרותק למיטה או לכיסא	4	

הותאם מ- <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>

AMERICAN SOCIETY of ANESTHESIOLOGISTS (ASA) SCORE	
המטופל היה בעבר בריא ובכושר	I
המטופל סובל ממחלה סיסטמית קלה ומאוזנת	II
המטופל סובל ממחלה סיסטמית קשה אך לא מגבילה	III
המטופל סובל ממחלה סיסטמית משמעותית ומגבילה	IV

הותאם מ- <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>

נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

מקרא – תרשים מס' 1

כלי זה מספק מרכיב של אובייקטיביות במטרה לסייע בשמירה על שיטתיות. עם זאת, הוא אינו מהווה תחליף לשיפוט התיעדוף על ידי קלינאי מנוסה בטיפול נמרץ.

- החלטת תיעדוף הינה החלטה קלינית מורכבת המתקבלת כאשר מכשירי הנשמה או מיטות טיפול נמרץ הם מוגבלים. תהליך קבלת החלטות מובנה חשוב למקסום השקיפות ולשיפור העקביות בקבלת החלטות. הערכה קלינית של התועלת הצפויה (השוואת תוצאות אשפוז בטיפול נמרץ אל מול תוצאות הצפויות אם המטופל נשאר במחלקה) הינה הכרחית, כדי להשיג עדיפות לחולים באשפוזם בטיפול נמרץ. מוצגות דוגמאות למצבים קליניים שלדעת קבוצת המומחים עלולים להוביל לכישלון של מטופל לעמוד בעדיפות מספקת לצורך אשפוזו (עדיפות 4). אלגוריתם רעיוני זה מתווה תהליך מומלץ לקבלת תהליך תיעדוף אינדיבידואלי, בהתבסס על כך שסבירות ההישרדות ללא טיפול נמרץ תהיה נמוכה (5% -10% או פחות), ואם מתקיימים קריטריוני הקבלה כפי שנקבעו, ההישרדות מוערכת להיות מעל 50% לטווח בינוני עד ארוך.
- הקריטריונים הראשוניים לאי הכללה מבוססים על קריטריוני אי הכללה שבהם נעשה שימוש בתנאים 'נורמליים', כך שאותם מטופלים שיהיו זכאים גם בתנאי מגיפה ותינתן להם העדיפות על סמך הסבירות שיפיקו תועלת מירבית. באם אין קריטריונים לאי הכללה החולים חייבים לעמוד באחד מקריטריוני ההכללה. העדיפות אז מתבססת על דירוג העדיפויות מקדימות 1 עד 4 (עדיפות 1, לאחריה עדיפות 2, לאחריה עדיפות 3, ולבסוף עדיפות 4). אי הכללות אלה אמורות לסייע ביצירת אמון במערכת תיעדוף הוגנת יותר עם פחות סיכוי לאפליה.
- התועלת המצטברת מאשפוז ביחידת טיפול נמרץ מוגדרת לפי 'חיים שניצלו', המתבססת על סבירות להישרדות מטיפול נמרץ תוך התחשבות גם במחלות חריפות וגם במחלות כרוניות של המטופל.
- כל החלטה מסתייעת בקריטריונים מוסכמים להנשמה ולטיפול נמרץ בזמן מוגדר, ותלויה במשאבים הזמינים ובמספר המטופלים הממתינים לקבלה (למשל, יתכן ויהיה צורך בסף מחמיר יותר במהלך שיא הפנדמיה ופחות קפדני בתחילתה ולקראת סופה).
- ציוני הביצועים, קו-מורבידיות ומשתני כשל במערכת האיברים שנבחרו בדוגמה זו הם אלו המהירים ביותר לשם הערכה.

מקרא – תרשים מס' 2

ציון קבוצת האונקולוגיה המזרחית השיתופית (ECOG) וציוני ASA.