

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

אייר תש"פ – מאי 2020

תוכן העניינים:

פרק א: הקדמה ומטרה

- א. הקדמה – עמ' 2
- ב. מטרה – עמ' 3
- ג. הקמת הוועדה והרכבה – עמ' 3

פרק ב: עקרונות אתיים, משפטיים ודתיים – עמ' 4

1. עקרונות ערך החיים והשוויון בשמירה על חיי אדם – עמ' 4
2. חובות המדינה והאזרחים לקיום ערכי החיים והשוויון – עמ' 4
3. אי-שוויון חלקי במצבי חירום ומחסור – עמ' 6
- 3א. תיעדוף על בסיס מניעת הקבלה לטיפול נמרץ ומתן הנשמה – עמ' 6
- 3ב. תיעדוף באמצעות הוצאה מטיפול נמרץ, או הורדת רמת הטיפול – עמ' 6
- 3ג. רצון החולה – עמ' 7

פרק ג: הנחיות יישומיות – עמ' 8

1. במצב החירום הנוכחי ללא מחסור – עמ' 8
2. במצב חירום עם מחסור – עמ' 8
3. רצון החולה – עמ' 8
4. כללי תיעדוף רפואי – עמ' 9
5. כלי הערכה רפואיים לתיעדוף – עמ' 10
6. טיפול פליאטיבי – עמ' 13
7. שקיפות – עמ' 13
8. ועדת תיעדוף מוסדית וארצית – עמ' 13

נספח א: חברי וחברות הוועדה – עמ' 15

- נספח ב: תרשים זרימה וטבלאות דירוג – עמ' 17**
נספח ג: ניירות העמדה של ועדות המשנה – עמ' 20
נספח ג1: ועדת משנה רפואית – עמ' 20
נספח ג2: ועדת משנה פילוסופית-אתית-חברתית – עמ' 29
נספח ג3: ועדת משנה משפטית – עמ' 32
נספח ג4: ועדת משנה הלכתית – עמ' 46

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

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

פרק א: הקדמה ומטרה

I. הקדמה

מגפת הקורונה העולמית יצרה דילמה אתית-חברתית-דתית-משפטית מהחמורות, הקשות והטרגיות ביותר, עקב הצורך בקביעת תיעדוף [Triage = טריאג'] לטיפול בחולים קשים ומונשמים. משמעות החלטות טרגיות אלו היא שבמצב של היעדר אמצעים להצלת חיים וכוח אדם מיומן מספיקים לטפל בו-זמנית בכל החולים הזקוקים לטיפולים מצילי חיים, חלק מהחולים הקשים במיוחד לא יזכו לטיפול מצילי חיים מיטבי. אשר על כן מדובר בשאלות של חיים ומוות באופן מיידי, 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 מכשיר הנשמה, ולעתים גם באמצעות מכשיר אקמו (ECMO). 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 לתיעדוף במתן טיפול נשימתי מורכב. מדינות אלו שונות זו מזו בהגדרת הקריטריונים לתיעדוף.

הסוגיה של קביעת קריטריוני תיעדוף 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 דִּבְר, 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, ואת שיטות היישום הרפואיות, 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

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

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.

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 שיזקקו 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.

II. מטרה

מטרת נייר עמדה זה היא כפולה: (א) לקבוע עקרונות מנחים אתיים, חברתיים, משפטיים ודתיים; (ב) לקבוע את השיקולים והקריטריונים היישומיים מבחינה רפואית-טיפולית במצב חירום רפואי בתקופת מגפת הקורונה, הן בזמן שאין מחסור באמצעים מצילי חיים וכוח אדם מיומן, והן בזמן 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.

III. 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 בכירים בתחומי הרפואה, האתיקה, המשפט, החברה, ההלכה היהודית, הנצרות והאסלם.

הוועדה מורכבת מ-26 חברים, רכז, עוזרת מחקר ומזכירה. חברי הוועדה הבכירים מייצגים את התחומים הבאים: אתיקה, פילוסופיה, סוציולוגיה, עבודה סוציאלית, משפט, הלכה, אסלאם ונצרות.

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 – איסלאם ונצרות. בנספח א מצויינים חברי וחברות הוועדה והחלוקה לוועדות המשנה.

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

ועדות המשנה ומליאת הוועדה קיימו ישיבות שוטפות (במייל ובשיחות וידאו, מפאת האיסור להתקהל), והגיעו להסכמה פה אחד וללא הסתייגויות ביחס לעקרונות הרלוונטיים בתחומי האתיקה, החברה, המשפט, והדת, וביחס להנחיות ולקריטריונים הרפואיים-מערכתיים המעשיים הנוגעים 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.



פרק ב: עקרונות אתיים, משפטיים ודתיים

1. 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, חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, תשנ"ח – 1998, 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, מוגבלות, גיל וכיו"ב.

2. חובות המדינה והאזרחים לקיום ערכי החיים והשוויון

- א. 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 תיעדוף בטיפול על חשבון אחרים.
- ב. ואמנם במצב הנוכחי – בעת פרסום נייר עמדה זה – מדינת ישראל עושה מאמץ כביר להקים במהירות יחידות טיפול נמרץ ארעיות, רוכשת ומייצרת מכשירי הנשמה, רוכשת

² סנהדרין לו א.

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

- ומייצרת ציוד מיגון ייעודי עבור הצוותות המטפלים בחולים ומכשירה 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 אזורי 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 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 מכוונות 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 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 לבתיים 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.
- יג. 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.
- יד. הוועדה ממליצה למשרד הבריאות לבחון את הצורך בקביעת תקנות או בתיקוני חקיקה בהתאם לנדרש על פי ההנחיות בנייר עמדה זה.
- טו. 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.

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

3. אי-שוויון חלקי במצבי חירום ומחסור

3א. עקרונות לקביעת תיעדוף

טז. 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 למחויבות לבריאותם ולחיהם של חברי הציבור בכללותו, ולעתים על חשבון יחידים.

יז. במצב כזה נדרשים שינוי והתאמה של שיקולי התיעדוף בטיפול המשפיעים על רף הטיפול המקובל, בהתאם למצב הקיים בשטח.

יח. הכלל העקרוני לתיעדוף 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 שיקולים רפואיים להצלחת הטיפול ולסיכויי ההישרדות והגמילה ממכשיר הנשמה/אקמו.

יט. לפיכך, גם במצבי חירום ומחסור אין להפלות בין חולים שונים על סמך מאפיינים שאינם רפואיים רלוונטיים, או על סמך מאפיינים כלליים של קבוצות אנשים, אלא יש לקבוע את התיעדוף באופן אינדיבידואלי, על פי הנתונים הרפואיים הספציפיים לכל חולה.

כ. העקרון המשפטי-אתי במקרים אלה הוא עיקרון המידתיות והאיזון בין שיקולים שונים, שלפיו נשקלת הסטייה ההכרחית מעקרון השוויון בדרך מובנית, שקופה והוגנת.

כא. לפיכך, אם ישנם חולים שמצבם הרפואי הקשה מצריך טיפול מציל חיים שבלעדיו הם ימותו מחד גיסא, וסיכוייהם הרפואיים להפיק תועלת מהטיפול להצלתם 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.

כב. לשם כך קיימות מערכות הערכה רפואיות שעל פיהן יכולים הרופאים לדרג את סיכויי הצורך בטיפולים הללו ואת סיכויי ההישרדות של החולים שיקבלו טיפולים אלה.

3ב. עקרונות ליישום התיעדוף

כג. עקרונות התיעדוף נוגעים לכל אופני הטיפול שיש בהם מחסור – אשפוז בטיפול נמרץ לעומת אשפוז במחלקה רגילה, שימוש או אי שימוש במכשירי הנשמה או אקמו, וכיו"ב.

כד. 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.

כה. 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.

כו. 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'.

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

כז. הוועדה דנה באריכות בשאלת ניתוק חולה ממכשיר הנשמה כשיכויי 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 תיעדוף 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.

ג. רצון המטופל

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

כט. יש לציין שלקרובי משפחה שאינם מיופי כוח או אפטרופסים של המטופל אין מעמד מיוחד להחלטה עבור חולה שאינו יכול להביע את רצונו. עם זאת, במקרה והמטופל לא נתן הנחיות מקדימות, ולא מינה מיופה כוח, ובזמן אמת הוא אינו יכול להביע את רצונו ולקבל החלטות, כלומר, אינו מסוגל לתקשר גם באמצעות התאמות ותיווך, (כגון שאינו מגיב כלל, מחוסר הכרה וכדומה), ניתן להתייעץ עם בני המשפחה לגבי רצונו המשוער של המטופל בנוגע לטיפול פולשני; זאת בתנאי שהם זמינים, בהנחה כי השגתם בימים של חירום ומחסור אינה פשוטה.

ל. 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.

לא. הרופא הבכיר או נציג ועדת התיעדוף צריך ליידע את החולה שיכול להביע את רצונו, או את קרובי המשפחה של החולה שאיננו יכול להביע את רצונו על כל החלטה לתיעדוף שלילי שתקבל ביחס אליו. יחד עם זאת אין למשפחה זכות להתנגד להחלטות כאלה.



פרק ג: הנחיות יישומיות

1. במצב החירום הנוכחי ללא מחסור

א. 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

ב. 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 שמשרד הבריאות יכריז על מעבר למצב חרום בתנאי מחסור, יחולו הנחיות התיעדוף המפורטות בנייר עמדה זה.

3. רצון החולה

- ג. חולה שיכול להביע את רצונו: 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, וכן 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 ההחמרה – 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. אם החולה איננו מעוניין להביע את רצונו בשלב זה יש לברר אתו מי הוא רוצה שיקבל החלטות עבורו.
- ד. חולה שאינו יכול להביע את רצונו, ואינו מסוגל לתקשר גם באמצעות התאמות ותיווך, (כגון שאינו מגיב כלל, מחוסר הכרה וכדומה) יש לברר האם קיימות 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 לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

4. כללי תיעדוף רפואי

- ה. ועדת המשנה הרפואית מנתה 8 רופאים בכירים ומנוסים מהדיסציפלינות הרפואיות הבאות:
- ו. טיפול נמרץ, פנימית, גריאטריה, ניהול רפואי, טראומה, פסיכיאטריה ורפואה פליאטיבית.
- ז. העקרונות והקריטריונים הרפואיים לתיעדוף בקבלה ליחידה לטיפול נמרץ ולהנשמה נקבעו אך ורק עבור מצבים של מחסור באמצעים להצלת חיים.
- ח. נקודות המוצא העקרוניות של ערך החיים כערך העליון, והשוויון הבסיסי בין כל בני האדם נותרים גם במצבי חירום עם מחסור באמצעים להצלת חיים.
- ט. אכן בגין מחסור באמצעים להצלת חיים, כאשר רבים זקוקים למיטות ביחידות לטיפול נמרץ או למכשירי הנשמה או מכשירי אקמו, אין ברירה אלא לתעדף את החולים שיזכו באמצעים אלה.
- י. העקרון לתיעדוף הוא אך ורק על בסיס רפואי להצלחת הטיפול לסיכויי השרידות ולגמילה ממכשיר ההנשמה. המטרה בתנאי הקיצון היא להציל כמה שיותר בני אדם, ללא כל שיקולים אחרים המבדילים בין בני אדם, שכן כל בני האדם שווים, וערך חייהם שווה. בשום אופן אין לפרש את התיעדוף הפיזיולוגי במצבי קיצון כשיפוט לגבי ערך החיים של אף אדם.
- יא. 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.
 - מוגבלות. היינו, מוגבלות כשלעצמה איננה 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.
- יב. 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.
- יג. כללים אלה יחולו באופן זהה ביחס לכלל העובדים שבתוקף תפקידם באים במגע עם חולי קורונה.
- יד. 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.
- יז. 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.

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

5. כלי הערכה רפואיים לתיעוד

טו. על מנת לשמש את הרופא ביעילות בעת קבלת החלטות על תיעוד בזמן חירום ובלחץ רב כלי ההערכה צריך לענות על דרישות הסף הבאות:

1. הוא צריך להכיל מדדים מתוקפים, שלפי הספרות הרפואית כל אחד מהם לכשעצמו מנבא את יכולת ההישרדות.
 2. הוא צריך להיות מרוכז ומתמצת בעמוד אחד, כך שיסייע לרופא בהחלטות מהירות בעת ריבוי חולים קשים, ומיעוט אמצעים להצלת חיים.
 3. הוא צריך להיות פשוט, קל להבנה ולשימוש, ומאפשר ביצוע הערכות מהירות.
 4. המדדים צריכים להיות רשומים לפי משך הזמן הנדרש להערכתם, כשהקצר קודם לארוך ועם התקדמות הגיונית כך שאם לא עומדים בקריטריונים, הרופא יכול לעבור במהירות למועמד הבא, וזאת כדי לייעל באופן מירבי את תהליך התיעוד, הצפוי להתרחש במצבים של לחץ זמן ומיעוט צוות רפואי.
- טז. על מנת לבצע הלכה למעשה את התיעוד על הבסיס הרפואי בדקה והעריכה ועדת המשנה הרפואית מספר כלים מוכרים לביצוע תיעוד לטיפול נמרץ ולהנשמה בזמן מגפות. חברי הוועדה דנו באריכות בהצעות שונות של אלגוריתמים.
- יז. באופן כללי, חברי ועדת המשנה חשבו שראוי שכלי ההערכה יהיה רב ממדי, כלומר לא מבוסס רק על מדד מסוים, וזאת משום שהערכות רב-ממדיות הודגמו כבעלות יכולת ניבוי טובה יותר של השרידות לטווח קצר ויכולת הגמילה מהנשמה.
- יח. הממדים השונים המנבאים שרידות לטווח קצר ויכולת גמילה מהנשמה הם: מחלות הרקע, תפקוד מערכות הגוף החיוניות, והיכולת התפקודית.
- יט. הוועדה הייתה מודעת למשמעויות החברתיות של שימוש במדד תפקודי, בפרט עבור אנשים עם מוגבלויות. כפי שצוין לעיל, מוגבלות לכשעצמה אסור שתיחשב כקריטריון לתיעוד, שכן ישנם מצבי מוגבלות רבים שאין להם כל השלכה על השרידות לטווח קצר. עם זאת, יש חסרים תפקודיים שהם רלוונטיים ליכולת השרידות לטווח קצר, והם באים לידי ביטוי רק בהערכת מדדי התפקוד, ולא במדדים של כשל מערכות, או מחלות רקע, כמו לדוגמה חסרים תפקודיים המשפיעים על תפקוד הריאה. לכן מודגש גם בהנחיות היישומיות לרופאים השימוש במדד התפקוד הוא אינדיבידואלי, ויש להעריך את דרגת התפקוד רק בהתייחס לסיכויי השרידות לטווח קצר.
- כ. קריטריוני התיעוד לפי ניקוד תפקודי מתייחסים לכלל האוכלוסיות - בתוך עצמן ובינן לקבוצות אחרות, והן נקבעות על סמך מדדים פרטניים בלבד. רוב האנשים שיבוצע אצלם תיעוד לפי דרגת תפקוד אינם אנשים עם מוגבלויות. עם זאת, ישנה רגישות מיוחדת בהגדרות תפקוד בהקשר של אנשים עם מוגבלויות. לכן יש להדגיש שבביצוע הערכה על סמך הדרגה התפקודית יש להתייחס באופן פרטני רק להיבטי התפקוד הקשורים ליכולת השרידות.
- כא. באופן כללי, הרציונל הרפואי לשימוש בדרגות תפקוד פיזי מבוסס על הספרות הרפואית המלמדת שככל שהתפקוד היומיומי נמוך יותר, כך נמוכה יותר הפעילות השרירית והתפקוד הנשימתי, ובאותה מידה פוחתים סיכויי השרידות. באופן פרטני, על הרופא המטפל להתייחס לדרגת התפקוד בהקשר ליכולות הקשורות לסיכויי ההישרדות. לדוגמה, יש להניח שספורטאי פארא-אולימפי קטוע רגליים הוא בעל סיכויי הישרדות טובים משל אדם הסובל מאי ספיקת לב, גם אם אותו ספורטאי נזקק לעזרה בחלק מפעולות היום-יום.
- כב. הוועדה סבורה שלא ניתן לוותר על מדד תפקודי מאחר והוא נמצא כמנבא עצמאי של יכולת השרידות, ולכן אי הכללתו תקטין את מידת הדיוק של תהליך התיעוד, ועלולה לגרום להעדפה לא נכונה ומפלה מבחינה רפואית. בפרט, בהחלט צפויים מקרים בהם יהיה שוויון במדדי מחלה/מערכות גוף, כשרק הערכת היכולת התפקודית תאפשר בחירה של מטופל בעל סיכויי שרידות גבוה יותר.
- ניתן לתאר כמה דוגמאות לכך: שני חולים המטופלים בדיאליזה כרונית עקב כשל כללי - מחלות הרקע וכשל המערכות שווים ביניהם, אך השרידות צפויה להיות שונה מאוד אם אחד מהם פעיל, ואילו השני מרותק למיטה, ומידע זה מתקבל רק משימוש במדד תפקודי. באותה מידה סיכויי השרידות של אדם קטוע רגליים במצב תפקודי טוב גדולים יותר בהשוואה

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

לאדם קטוע רגליים מרותק למיטה. באותה מידה סיכויי השרידות של אדם קטוע רגליים במצב תפקודי טוב שווים לאדם שאינו קטוע גפיים באותו מצב תפקודי, ושניהם גדולים בהרבה משל זקן במצב תפקודי נמוך.
כג. כלי ההערכה הרפואיים שנבדקו לתפקוד הם אלה:

1. CFS (Clinical Frailty Scale) – מדד זה נקבע במקורו להערכת תפקודם של אנשים זקנים להערכת תוחלת החיים. הוא מכיל את המשתנים הבאים: חולשה, תשישות, איבוד משקל, פעילות פיזית נמוכה, שיווי משקל מופרע, ירידה בקצב ההליכה, הפרעת ראייה, והפרעה קוגניטיבית. מדד זה מכיל 9 משתנים, ולכן הוא פחות יעיל להערכה מהירה בזמן חירום שבו נדרשות החלטות מהירות.
2. מדד פעילות היומיום (ADL-Activities of Daily Living) - זהו מדד מקובל להערכת תפקוד שבמקורו נועד להערכת תפקודם של אנשים זקנים בין השאר לשם הערכת תוחלת החיים. המדד כולל מטלות שגרתיות אשר האדם מבצע במהלך שגרת חייו, שהבסיסיות שבהן כוללות האכלה עצמית, רחצה, תנועה (קימה מהמיטה ומעברים), שליטה על הצרכים ושימוש בשירותים. שאלון ה-ADL ארוך יחסית, ודורש מתן ניקוד וחשוב ציון סופי. לכן הוא פחות יעיל בזמן חירום שבו נדרשות החלטות מהירות.
- כד. לאור כל השיקולים שהוצגו לעיל החליטה הוועדה להשתמש ב-4 כלי תיעדוף רב ממדיים: דרגה תפקודית (ECOG), מחלות רקע כרוניות (ASA), כשל מערכות, והערכה כוללת של סיכויי השרידות לטווח קצר. כפי שצוין לעיל הספרות הרפואית מלמדת ששימוש במספר כלים שונים מעלה את רמת הדיוק של יכולת החיזוי, לעומת שימוש בכלי בודד. בנוסף, המדדים שנבחרו הם אלו המאפשרים מתן הערכה מהירה, דבר חיוני במצבי חירום.
- כה. להלן פירוט כלי ההערכה שנבחרו:

1. מדד ECOG Performance Status - מדד זה פותח לפני כ-35 שנה כמדד לניבוי ההישרדות של חולי סרטן. בשנים שחלפו מאז, נמצא שמדד זה הוא מנבא מובהק של הישרדות במצבים רפואיים רבים, כולל בקשישים, בחולים עם דלקת ריאות, ובחולים המאושפזים בטיפול נמרץ. המדד כולל 5 דרגות תפקוד המבוססות על משתנים שהם קלים להערכה תוך זמן קצר, ולכן הוא נבחר כמדד התפקודי המתאים ליישום בעת חירום.
2. מחלות רקע - לצורך הערכת מחלות רקע כרוניות נבחר מדד ה-ASA (American Society of Anesthesiologists), שהוא מוכר היטב, מכיל תיאורים תמציתיים, ומאורגן בצורה הגיונית. זאת במקום להציג רשימה ארוכה ומפורטת של מחלות רקע. על מנת לזהות חולים בדרגת עדיפות 4 בחרנו להשתמש באבחנות כלליות, במקום לפרט רשימת אבחנות ספציפיות. רשימת אבחנות ארוכה מקשה על ביצוע הערכה מהירה, כשממילא רשימה כזו לעולם לא תהיה ממצה.
3. כשל מערכתי - ביחס למדד הכשל המערכתי (OSF) נבחרה הגישה לקבוע את מספר המערכות שכשלו, במקום ניקוד ה-SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). שמהייב ניקוד וחישובים נוספים. ה-SOFA הוא מדד שנערך במקורו עבור חולים עם כשל מערכתי בזמן אלח דם (sepsis), הוא בא להעריך את מצב החולה המאושפז בטיפול נמרץ בהתאם לכשל באחת או יותר מערכות חיוניות בגופו. ניקוד זה במקורו לא היה מיועד כלל לקביעת תיעדוף בזמן מחסור, והוא מתייחס רק לדרגת הכשל המערכתי, כשהמטרה היא להעריך את חומרת המחלה והתמותה בטיפול נמרץ. עוד יש לציין שבעבר ניקוד ה-SOFA לא נמצא מועיל כשבחנו אותו רטרוספקטיבית במצבי מגפות. במצבי מגפה, נמצא שרוב החולים שלפי מדד SOFA לא היו מועברים לטיפול נמרץ, דווקא היו שורדים. יתר על כן, ספציפית לעניין מגפת הקורונה, רוב החולים המאושפזים הללו סובלים מכשל במערכת אחת בלבד, דבר המוריד משמעותית את יכולת התיעדוף על סמך ניקוד ה-SOFA.

כו. כלי הערכה המשולב הזה פותח על ידי קבוצה בינלאומית של מומחי תיעדוף בטיפול נמרץ מניסיונם במגפות קודמות, ובעזרת נתונים שהתקבלו מקלינאים שהתמודדו עם מחסור חמור

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

באמצעי הצלה במהלך מגפת הקורונה הנוכחית. יישומים מעשיים של כלי הערכה זה, והשימוש בו הלכה למעשה במהלך המגפה הנוכחית, היווה שיקול מרכזי בבנייתו.

כז. יו"ר ועדת המשנה הרפואית, פרופ' צ'רלס ספרונג, היה מעורב באופן פעיל בפיתוח האלגוריתם הזה עם ועדות מקצועיות אחרות בארץ ובעולם.

האיגוד הישראלי לטיפול נמרץ אימצה את האלגוריתם הנוכחי.

כח. האלגוריתם הנוכחי פורסם בביטאון *Critical Care Medicine*:

Sprung C, Joynt GM, Christian M, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Crit Care Med* 2020.

https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/9000/Adult_ICU_Triage_During_the_Coronavirus_Disease.95654.aspx

מחברי המאמר הם מומחים בעלי שם עולמי בתחומם, וחברים בגופים בינלאומיים מקצועיים מוכרים היטב, ומקורם בישראל, ארה"ב, בריטניה, ספרד, וסין. לחלק ממחברי המאמר יש ניסיון אישי רב בהחלטות תיעדוף הן בשגרה והן במצבי חירום של פנדמיות, כולל הפנדמיה הנוכחית של הקורונה. רשימת המחברים והסינוף האקדמי שלהם מופיעה בדו"ח של ועדת המשנה הרפואית.

רשימת המחברים והסינוף האקדמי שלהם:

Charles L. Sprung, MD¹; Gavin M. Joynt, MBBCh²; Michael D. Christian, MD³; Robert D. Truog, MD^{4,5}; Jordi Rello, MD, PhD^{6,7,8}; Joseph L. Nates, MD, MBA, CMQ⁹

¹Department of Anesthesiology, Critical Care Medicine and Pain, Hadassah Medical Center, Hebrew University of Jerusalem, Faculty of Medicine, Jerusalem, Israel.

²Department of Anaesthesia and Intensive Care, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China.

³London's Air Ambulance, Barts Health NHS Trust, London, United Kingdom.

⁴Center for Bioethics, Center for Bioethics, Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA.

⁵Department of Anesthesiology, Critical Care, and Pain Medicine, Boston Children's Hospital, Boston, MA.

⁶Clinical Research/epidemiology in pneumonia and sepsis, Vall d'Hebron Institute of Research (VHIR), Barcelona, Spain.

⁷Centro de Investigacion Biomedica en Red en Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Spain.

⁸Clinical Research, CHU Nîmes, Nîmes, France.

⁹Critical Care Department, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX.

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

ל. כלי הערכה יישומי זה מתווה תהליך מומלץ לקבלת מדדי תיעדוף אינדיבידואלי/פרטני, ללא כל התייחסות לשיוך קבוצתי.

לא. באופן כללי, הרציונל הרפואי לשימוש בדרגות תפקוד פיזי מבוסס על הספרות הרפואית המלמדת שככל שהתפקוד היומיומי נמוך יותר בגלל תשישות או שבריריות, כך נמוכה יותר הפעילות השרירית והתפקוד הנשימתי, ובאותה מידה פוחתים סיכויי השרידות. באופן פרטני, על הרופא המטפל להתייחס לדרגת התפקוד בהקשר ליכולות הקשורות לסיכויי ההישרדות.

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

לב. 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).

6. טיפול מקל [פליאטיבי]

לג. 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.

לד. 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 להדבקת 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.

לה. 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.

7. שקיפות

לו. 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.

לז. 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 יוזנח ולא יקבל טיפול תומך.

8. ועדת תיעדוף מוסדית וארצית

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

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

לט. 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.

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

מב. 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' צירלס 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

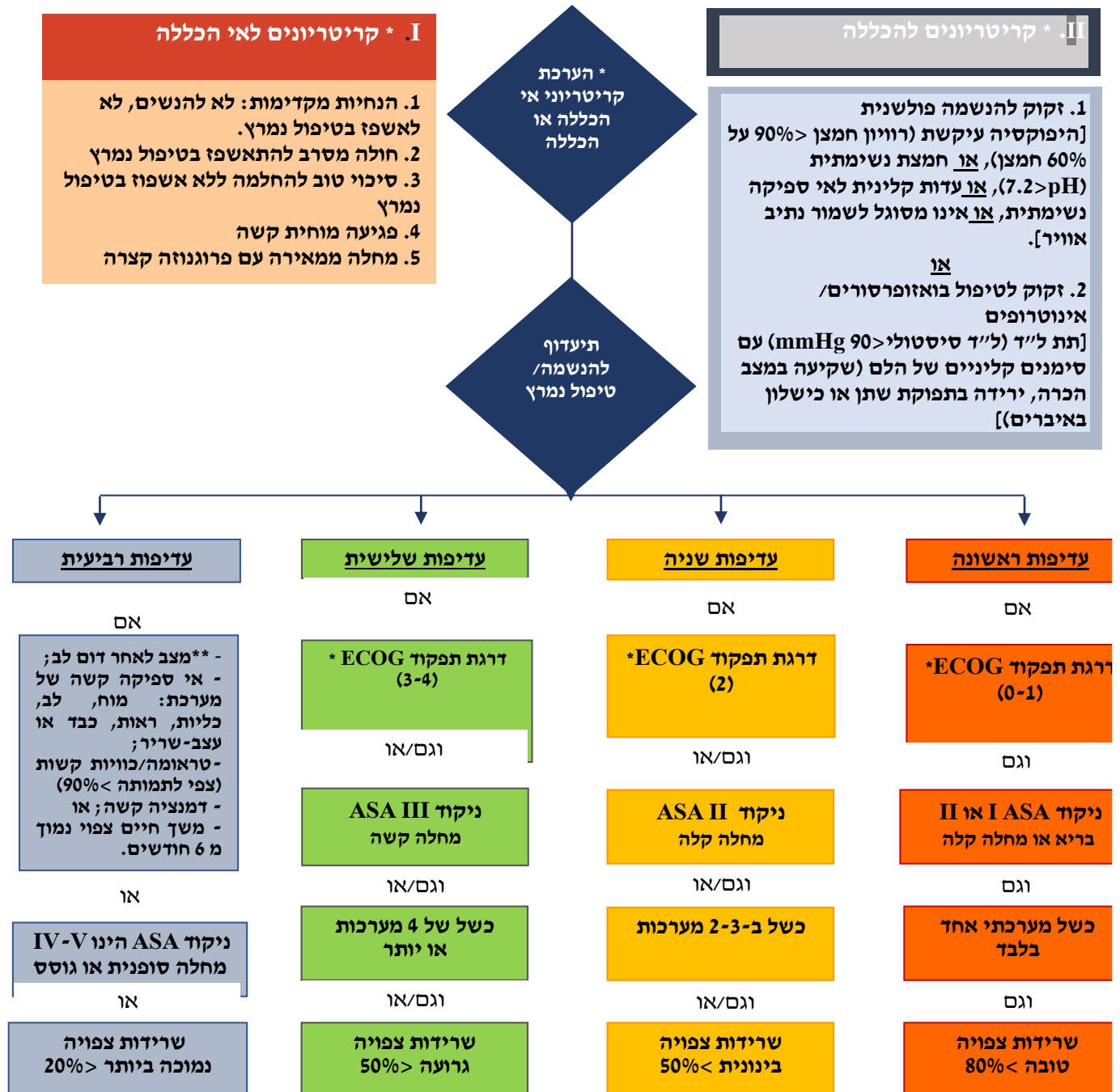
נייר עמדה: תיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה
ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכה לאתיקה של הר"י ולמשרד הבריאות

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 חברה 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 וטבלאות דירוג
מיועד למצבי חירום עם מחסור באמצעים להצלת חיים



* יש להתייחס לדרגת התפקוד רק ככל שהדבר נוגע לסיכויי השרידות לטווח קצר, ויש להקפיד על כך במיוחד בהערכה של אנשים עם מוגבלויות.

** מדובר בדום לב אקוטי, או עם נזק מוחי משמעותי

1. במקרה של שוויון – ההקצאה תהיה על בסיס הסיכוי המירבי להצלת חיים, בהתחשב הן במחלות אקוטיות והן במחלות כרוניות של החולה.
2. במקרה של שוויון רפואי מלא – הבסיס הוא: כל הקודם זוכה.
3. הערכה מחודשת של דרגת עדיפות לאחר 24 שעות אצל חולים הממתינים להתקבל לטיפול נמרץ או להנשמה.
3. הערכה מחודשת של החולה בטיפול נמרץ ביום 10-14, אן במקרה של החמרה משמעותית במצב החולה, יש לשקול העברת החולה למחלקה רגילה, או הגבלות בטיפול.

[הותאם מ- Sprung CL, et al. Crit Care Med 2020]

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

ECOG Performance Score

0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry on any self-care; totally confined to bed or chair

ECOG:

http://www.npcrc.org/files/news/ECOG_performance_status.pdf

American Society of Anesthesiologists (ASA) Score

Class	Description	Example
I	The patient was previously healthy and fit	Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use
II	The patient has mild systemic controlled disease	Mild diseases only without substantive functional limitations. Examples include (but not limited to): current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30 < BMI < 40), well-controlled DM/HTN, mild lung disease
III	The patient has severe but not incapacitating systemic disease	Substantive functional limitations; One or more moderate to severe diseases. Examples include (but not limited to): poorly controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity (BMI ≥40), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, premature infant PCA < 60 weeks, history (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents.
IV	The patient has incapacitating systemic disease Adapted from: https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system	Examples include (but not limited to): recent (< 3 months) MI, CVA, TIA, or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, sepsis, DIC, ARD
V	The patient is moribund not expected to survive 24 hours	Examples include (but not limited to): ruptured abdominal/thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction

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

מקרא:

- א. החלטת תיעדוף הינה החלטה קלינית מורכבת המתקבלת כאשר מכשירי הנשמה או מיטות טיפול נמרץ נמצאים בחסר, ואינם מספיקים לכל המטופלים הנזקקים להם. תהליך קבלת החלטות מובנה חשוב ליצירת שקיפות מירבית ולשיפור העקביות בקבלת החלטות. לשם כך חיוני להעריך את התועלת הצפויה למטופל, ולהשוותה לתועלת הצפויה למטופל שני (לדוגמה, השוואת תוצאות אשפוז בטיפול נמרץ או הנשמה, אל מול התוצאות הצפויות אם המטופל נשאר במחלקה וללא הנשמה). אלגוריתם יישומי זה מתווה תהליך מומלץ למדדי תיעדוף אינדיבידואלי/פרטני, ללא כל התייחסות לשיוך קבוצתי, כשהוא מהווה כלי רפואי מתוקף.
- ב. על הרופא להתייחס בכל המדדים, ובעיקר במדדי ECOG, אך ורק על המדד הרפואי הרלוונטי להצלחת הטיפול לסיכויי השרידות ולגמילה ממכשיר ההנשמה. אין להתחשב בשום שיקול אחר המבדיל בין בני אדם, כגון הגיל כשלעצמו, המוגבלות כשלעצמה, או המחלה כשלעצמה, אלא אך ורק ככל שהמדד מנבא מבחינה רפואית את סיכויי השרידות. יש לזכור שכל בני האדם שווים, וערך חייהם שווה. בשום אופן אין לפרש את התיעדוף הפיזיולוגי במצבי קיצון כשיפוט לגבי ערך החיים של אף אדם.
- ג. מתחילים את תהליך התיעדוף עם קריטריונים לאי-הכללה:
- הקריטריונים הראשוניים לאי-הכללה מבוססים על קריטריונים שבהם נעשה שימוש בתנאים 'רגילים'.
- אנשים שיש להם הנחיות מקדימות להימנע מטיפולים פולשניים
 - אנשים שמצבם הקליני טוב מספיק כך שהכנסתם לטיפול נמרץ לא יוסיף להם תועלת משמעותית
 - אנשים שמסרבים אשפוז בטיפול נמרץ ו/או הנשמה.
- ד. באם לא מתקיימים קריטריונים לאי-הכללה, החולים חייבים לעמוד באחד מקריטריוני ההכללה, כלומר שמצבם חמור דיו כדי להידרש לטיפול נמרץ/הנשמה.
- ה. מרגע שמטופל איננו עונה על קריטריוני אי-ההכללה ומתאים לקריטריוני ההכללה הוא מועמד להתקבל ליחידה לטיפול נמרץ או להתחבר למכונת הנשמה.
- ו. קריטריוני ההכללה נבדקים באופן אינדיבידואלי לפי הדירוגים בתרשים הזרימה ובטבלאות הדירוג.
- ז. מבין אלה העומדים בקריטריונים להכללה, התיעדוף מבוסס על דירוג העדיפויות מדרגת קדימות 1 עד 4 (עדיפות 1, לאחריה עדיפות 2, לאחריה עדיפות 3, ולבסוף עדיפות 4).
- ח. כלי התיעדוף שנבחרו הם רב ממדיים. הם כוללים דרגה תפקודית (ECOG), מחלות רקע כרוניות (ASA), קיום כשל מערכתי, והערכה כוללת של סיכויי ההישרדות לטווח קצר. הספרות הרפואית מלמדת ששימוש במספר כלים שונים מעלה את רמת הדיוק של יכולת החיזוי, לעומת שימוש בכלי בודד. בנוסף, המדדים שנבחרו הם אלו המאפשרים מתן הערכה מהירה, דבר חיוני במצבי חירום.

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

נספח ג: ניירות העמדה של ועדות המשנה

נספח ג1: ועדת משנה רפואית

מבוא:

בימי פנדמיה, קבלת ההחלטות הרפואיות והשיקולים האתיים משתנים ביחס למצב הרגיל. כאשר המערכת מגיעה לגבול הכלתה/יכולתה נדרשים שינוי והתאמה של שיקולי התעודף בטיפול, המשפיעים על רף הטיפול המקובל, בהתאם למצב הקיים בשטח (1).

בנסיבות כאלו, המערכת הרפואית מחויבת למסד עקרונות צודקים שיביאו את "מירב התועלת למירב הנזקקים" (ולא בהכרח "את המיטב לכולם"), למרות שמשמעות הדבר הינה מניעת טיפול מיטיב מחולים אחרים (1).

יישום העיקרון של "מירב התועלת למרב הנזקקים" עלול למנוע שירותי טיפול נמרץ מחולים, אשר בתנאים של משאבים נאותים, היו צפויים ליהנות מהם (1). מצבי קיצון עלולים לשלול אפשרות למתן טיפולים מקובלים כבשגרה.

מיקסום התועלת פירושו מתן עדיפות לחולים בעלי סיכוי להחלים אם יקבלו טיפול, על פני חולים בעלי סבירות נמוכה לכך או על פני חולים בעלי סיכוי להחלים גם ללא הנשמה או מתן שירותי טיפול נמרץ.

עקרונות מנחים:

- 1) יש לשאוף למקסימום תועלת ממשאבים שנמצאים בחסר;
- 2) יש לטפל באנשים בצורה שוויונית;
- 3) שימוש במשאבים מתוך אחריות וערכיות;
- 4) מתן קדימות לנזקקים ביותר.

מטרת ועדת המשנה:

לקבוע פרוטוקולים וקווים מנחים לסייע לצוות הרפואי לקבל את ההחלטות השקולות/שוויוניות ביותר ולהקל על העומס הרגשי הכבד העלול להיות מוטל על צוות רפואי הנקלע לדילמה.

קיום מנחים כלליים:

חשוב להדגיש כי למרות המחסור במשאבים וחלוקתם החסרה, כל החולים יקבלו טיפול. על הקריטריונים לטריאז' להיות מפורשים, הוגנים, גלויים מראש וולא להפלות אף אדם על בסיס גזע, מין, אתניות, העדפה מינית, מעמד כלכלי או ערך חברתי (2,3).

לכל המועמדים לטיפול נמרץ יהיו אותם קריטריונים לקבלה, חולים עם או בלי Covid-19. מודל הטרז'אז' ישתנה בהתאם למידת הצפי בחוסר במשאבים לפי השלבים הבאים (4):

- א) שגרה (Conventional);
- ב) שלב ההכלה (Contingency);
- ג) משבר (Crisis).

הגוף האחראי על ההמלצות לטיפול במגיפות הצהיר כי על בתי חולים להרחיב את יכולת התפוסה של היחידות לטיפול נמרץ ב 100-200% (1,5).

למרות שהוערכו מספר כלים לביצוע טריאז' לטיפול נמרץ בזמן מגיפות, אף אחד מהם לא אושר ותוקף במסגרת משבר. בהינתן כי אין כלי מושלם הוחלט לעשות שימוש בכלי שלהערכת הוועדה פשוט וקל להבנה ושימוש בעיקר מסוגל לספק הערכות במהירות. ראה מצורף אלגוריתם לקביעת טריאז' בנספחים.

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

קווים מנחים ממוקדים

1. התייחסות להוראות מקדימות.
 - א) יש לברר האם יש למטופל הנחיות מקדימות ולעודד קבלתן מכל מטופל שמאושפז בבית חולים בתקופה הזאת (או משפחתו) ובמיוחד מחולים הסובלים ממחלות כרוניות ומקשישים.
 - ב) יש להציג בשלב מוקדם בפני החולים המתאימים (או משפחתם) את עקרונות הטיפול הפליאטיבי ויתרונותיו, כך שלא ישתמע שהוראות מקדימות המבקשות לא להנשים או להגביל טיפול הן הוראות לא לטפל.
2. טיפול פליאטיבי יהיה זמין לכל החולים הזקוקים לכך.
3. חשוב להבהיר בפני כל מטופל או משפחה מלווה כי האשפוז בטיפול נמרץ יימשך ככל שידרש ובתנאי שקיימת תועלת ברורה המניבה התקדמות חיובית במצב בריאותו של המטופל. לעומת זאת היעדר שיפור כאמור יחייב העברת המטופל למחלקה מתאימה אחרת והקצאת משאבי טיפול נמרץ למטופלים נוספים הזקוקים להם (8).
4. ביצוע הטריאז' והחלטה על הקצאת משאבים כגון הנשמה או קבלה לטיפול נמרץ - מודל הטריאז' ישתנה ויתגמש בהתאם למידת החוסר במשאבים והעובדות החדשות שנלמדו על Covid-19.
5. הקריטריונים לקבלה לטיפול נמרץ או הנשמה (הטריאז') בשלב ג (Crisis) הם:
 - א) בחינת קריטריוני שלילה - לא מתקיים אף קריטריון מקריטריוני השלילה המופיעים בטבלה I באלגוריתם הטריאז'.
 - ב) קיום לפחות אחד מקריטריוני ההכללה בטבלה II באלגוריתם הטריאז'.
 - ג) קביעת דרגת עדיפות בהקצאת משאבים מ-1 עד 4 על פי ניקוד במדד התפקודי (Performance Score), ניקוד מדד איגוד המרדימים האמריקאי (ASA Score) ומספר המערכות בכשל. מצורפות הטבלאות לחישוב הניקוד באלגוריתם הטריאז'.חולים המשתייכים לדרגת עדיפות 1 יקבלו עדיפות ברורה בהקצאת המשאבים, לחולים בדרגות 2 ו-3 יוקצו משאבים בעדיפות נמוכה יותר בהתאמה ולחולים מדרגת עדיפות 4 יוקצו משאבים במקרים חריגים.

סיכום דיון ועדת המשנה הרפואית

- פרופ' ספרונג הציג כלי הטריאז' שהתקבל לוועדה הישראלית ולוועדה הבין לאומית ותיאור הסיבות למשתנים שנבחרו. פרופ' ספרונג הקדים והדגיש שלצורך קבלת ארון הציבור צריכים להדגיש שהוא הוגן, אובייקטיבי ומביא לעקביות בהחלטות. היה דיון ארוך שכלל הנתונים בכלי (למה לא השתמשו ב SOFA?), העובדה שבמחלת Covid-19 התמותה יותר גבוהה ממספרי ההישרדות שנמצא בכלי, מה עושים עם חולה בלי Covid-19 שמגיע עם MI, צורך בהנחיות לטיפול לרוב החולים המונשמים שלא יהיו בטיפול נמרץ, ומה יש לעשות כאשר חולה או משפחה דורשים הנשמה וטיפול נמרץ?
- לשאלות שהועלו: הוחלט להשתמש בכלי חוץ מההמלצה להשתמש במונחים כללים ולא מספרים לניבוי הישרדות מהעובדה שבמחלת Covid-19 התמותה יותר גבוהה ממספרי ההישרדות שנמצא בכלי. המונחים יהיו טוב, סביר, גרוע ועקר.
- לכל המועמדים לטיפול נמרץ יהיו אותם קריטריונים לקבלה, חולים עם או בלי Covid-19.
- המנדט של הועדה הינו להנשמה ולטיפול נמרץ ולא להנחיות לטיפול. למרות זאת ברור שרופאי טיפול נמרץ ומרדימים יצטרכו לעזור בטיפול בחולים אלו.

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

- חולים שעומדים בקריטריונים להנשמה וטיפול נמרץ לפי הכלי והקווים המנחים יקבלו אותם. אלו שלא עומדים בקריטריונים להנשמה וטיפול נמרץ לא יקבלו אותם ונסביר להם למה לא.
- היה דיון נוסף האם אפשר להשתמש באותם קריטריונים לאינטובציה, אוורור וכניסה לטיפול נמרץ.
- הוסכם שאין צורך להתייחס לאינטובציה. למרות שנייר העמדה נכתב לצורך מענה לשאלות של הנשמה וקבלה לטיפול נמרץ וגם מתאים לשניהם, כל חברי ועדת המשנה חשבו שהנושא הדומיננטי הוא הנשמה. לכן הוסכם ש"במצב משבר כמתואר לעיל ההנחה היא שרוב המונשמים יונשמו מחוץ ליחידות לטיפול נמרץ וכלי הטריאז' נועד לסייע לצוות המקבל החלטה על הנשמה ואיננו מנוסה בקבלת החלטות מסוג זה. עם זאת, כלי הטריאז' יכול לשמש גם את אנשי היחידה לטיפול נמרץ בבואם לתעדף קבלה ליחידה."
- 6. קביעת קדימות בין חולים באותה דרגת עדיפות – במידה והביקוש למשאב (מכונת הנשמה או מקום בטיפול נמרץ) על ידי חולים השייכים לאותה דרגת עדיפות יהיה גבוה מההיצע הקיים, העדיפות תינתן לחולה שמתן המשאבים לו יגרום לתועלת המצטברת הגבוהה ביותר מניצול המשאב והצלת הכי הרבה שנות חיים, פרמטר הנקבע תוך התייחסות קלינית למחלות רקע והערכת התמותה על בסיס תחלואה חריפה וכרונית כאחד.
- 7. במקרה של שוויון בין המועמדים לטיפול נמרץ, יש להשתמש בשיטה של 'כל הקודם זוכה' שבה הקלינאים רגילים להשתמש ולא בהקצאה על בסיס הגרלה אקראית שהקלינאים אינם רגילים להשתמש בה ותגזול זמן יקר.
- סיכום דיון ועדת המשנה הרפואית -**
פרופ' ניב ציטט המאמר של עמנואל (שמופיע כציטוט 10) שהמליץ להשתמש בהגרלה ולא בשיטה של 'כל הקודם זוכה'. כל המצביעים חוץ מאחד (שחשב שיש צורך לפנות לוועדה) הסכימו עם הוועדות הישראלית והבינלאומית שיש להשתמש בשיטה של 'כל הקודם זוכה' שבה הקלינאים רגילים להשתמש כדי להגיע להחלטה יותר מהר.
- 8. **עדיפות לחולים מסוימים -**
א. עובדי שירותי הבריאות הבאים במגע ישיר עם חולי המגפה כגון עובדי ניקיון, אבטחה, מנהלה, לוגיסטיקה, סניטרים, טכנאי רנטגן, פיזיותרפיסטים, אחים ורופאים - ישנה מחלוקת בספרות וחילוקי דעות לגבי מתן עדיפות לעובדי שירותי הבריאות (9-11).
- סיכום דיון ועדת המשנה הרפואית -** כל המצביעים חוץ מאחד (שחשב שכן לתת להם רק לדרגה שווה) חשבו שלא לתת עדיפות לעובדי שירותי הבריאות, וכי זה יגרום לאמון בציבור ובשקיפות. בנוסף, יש אינספור אנשים שמספקים שירותי החזית.
- ב. מתן עדיפות על פי גיל - גיל הוצע כפרמטר משפיע על החלטות טריאז' להקצאת משאבים בחדר. באיטליה ובספרד קשישים מתו מ-Covid-19 מכיוון שהרופאים החליטו שלא להנשימם או לקבלם לטיפול נמרץ בגלל גילם (12). העדפת חולים צעירים יותר מטרתה לאפשר שוויון הזדמנויות לעבור את שלבי החיים שמבוגרים יותר עברו.
- גיל לא יהווה הגורם הקובע היחיד בהחלטות טריאז' (2) אם כי יש לקחת בחשבון את גיל החולה ביחד עם משתנים אחרים בקביעת קדימות בהקצאת משאבים. מה שחשוב הוא הגיל הביולוגי ולא הגיל הכרונולוגי.
- סיכום דיון ועדת המשנה הרפואית -** כל המצביעים חשבו שגיל לא מהווה הגורם הקובע היחיד בהחלטות טריאז' ומה שחשוב הוא הגיל הביולוגי ולא הגיל הכרונולוגי.

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

בגלל שמשתמשים בקביעת העדיפות לחולה שמתן המשאבים יגרום לו לתועלת המצטברת הגבוהה ביותר מניצול המשאב לפי הצלת הכי הרבה שנות חיים יש יתרון לצעירים אבל בלי להשתמש בגיל כגורם הקובע היחיד.

9. אחריות על ביצוע הטריאז' - בצורה אידיאלית רצוי כי תהיה הפרדה בין מי שעושה את הטריאז' (קצין טריאז'/ועדה ממונה) לבין הצוות המטפל בחולים על מנת לשמור על אובייקטיביות (10). רוב חברי ועדת המשנה חשבו שעדיף שרופא בכיר עם ניסיון בטריאז' יקבל החלטות כאלה או יהיה חלק מוועדה כזו, אם כי הרוב גם סבר שזה לא יהיה בר ביצוע. מכיוון שרופאים רבים מתקשים בהחלטות טריאז' קשות, הגבלת טיפולים או שחרור חולים למחלקה בתנאים קשים אלה עקב קשר טיפולי עם החולים, ועדת הטריאז' או ועדת האתיקה המוסדית יכולה להועיל באישור ההחלטות שהתקבלו על ידי הרופא המטפל הבכיר וצוותו ובכך לתת משנה תוקף אובייקטיבי להחלטות שהתקבלו (10,14). ועדת הטריאז' או ועדת האתיקה המוסדית יכולה גם כן להיות אחראית לדיון בקבלת החלטות טריאז' עם חולים / משפחה ולדון בערעורים על החלטות טריאז' (10). ערעורים אפשריים רק על עובדות שגויות הקשורות להחלטת הטריאז' (10). המלצת תת-הוועדה היא כי רצוי למנות ועדת אתיקה מוסדית שתבצע בקרה על אובייקטיביות הטריאז' ותדון במקרים גבוליים, קשים להחלטה או בערעורים של חולים ובני משפחתם.

סיכום דיון ועדת המשנה הרפואית - למרות שיש בתי חולים שהקימו ועדת טריאז', הוסכם שזה לא מעשי לערוך טריאז' לכל חולה. לכל בית חולים יש ועדה אתיקה מיוחדת והיא יכולה לעזור במקרים קשים ובערעורים.

קריטריונים לשיחרור מטיפול נמרץ – אפילו בנסיבות בשגרה יש קונצנזוס לפיו חולים עם סיכויי תועלת נמוכים או לא קיימים משירותי טיפול נמרץ אינם צריכים להישאר מאושפזים ביחידה (2). במהלך מגיפה, יש להגביל את האשפוז בטיפול נמרץ להפקת תועלת או שיפור משך זמן מוגבל, ולשחרר חולים למחלקות או להגביל את הטיפול בהיעדר שיפור או בהחמרה במצב (8). חולים לא ינותקו ממכונות הנשמה אבל אפשר להעביר חולה מונשם למחלקה רגילה.

10. יש להעריך מחדש ולשקול המשך אישפוז של המטופלים שאושפזו בטיפול נמרץ לאחר 10-14 יום ובמידה ואין תועלת רבה מהמשך אישפוזם שם יש לשקול פינוי המקום לחולים נזקקים יותר. מכיוון שחולי Covid-19 נוטים לעבור משך זמן ארוך יותר של אישפוז בטיפול נמרץ, ייתכן שההערכה המחודשת צריכה להיות לאחר פרק זמן ארוך יותר.

11. הוסכם כי ככל שהידע אודות המחלה מתפתח יתכן שיהיה צורך לבצע שינויים או התאמות בכלי הטריאז' ובהחלטות הקיום המנחים (10).

12. ועדת פיקוח – באופן תיאורטי, יש צורך בוועדת פיקוח שתבדוק באופן קבוע החלטות, תוודא כי אין אי שוויון בלתי הולם ותבחן ותשנה את כלי הטריאז' אחרי התגלות ידע חדש במחלה (12). רוב חברי ועדת המשנה חשבו שזה לא יהיה בר ביצוע במצב חירום.

סיכום דיון ועדת המשנה הרפואית - הוסכם שזה לא יהיה בר ביצוע במצב חירום וכל בית חולים יחליט על שינויים לפי עובדות בשטח וידווח למשרד הבריאות.

נושאים אחרים שנדונו:

- טיפול פליאטיבי;
- הגנה ותמיכה בצוות - "הרופאים והצוותים המעורבים בקבלת החלטות אלו צריכים לקבל את כל התמיכה והסיוע הרגשי הנדרש, על פי הצורך, בהתחשב באופי המאתגר של ההחלטות הנדרשות."

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

- ועדת המשנה המשפטית תדון בשאלה האם יש צורך במסמך ממשרד הבריאות לצורך הגנה על הצוות שיצטרך לתת טיפול מתחת הסטנדרט הנורמלי.
- העברת חולים לבתי חולים אחרים עם מיטות - שוויון בנטל.
- יש להיערך למצב בו מערכת הבריאות לא תוכל להמשיך לתת טיפול בסטנדרט המקובל כיום. במקרה כזה יש צורך בחלוקת משאבים לאומית בין בתי החולים, שתאפשר ככל הניתן טיפול בסטנדרט שוויוני. 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.

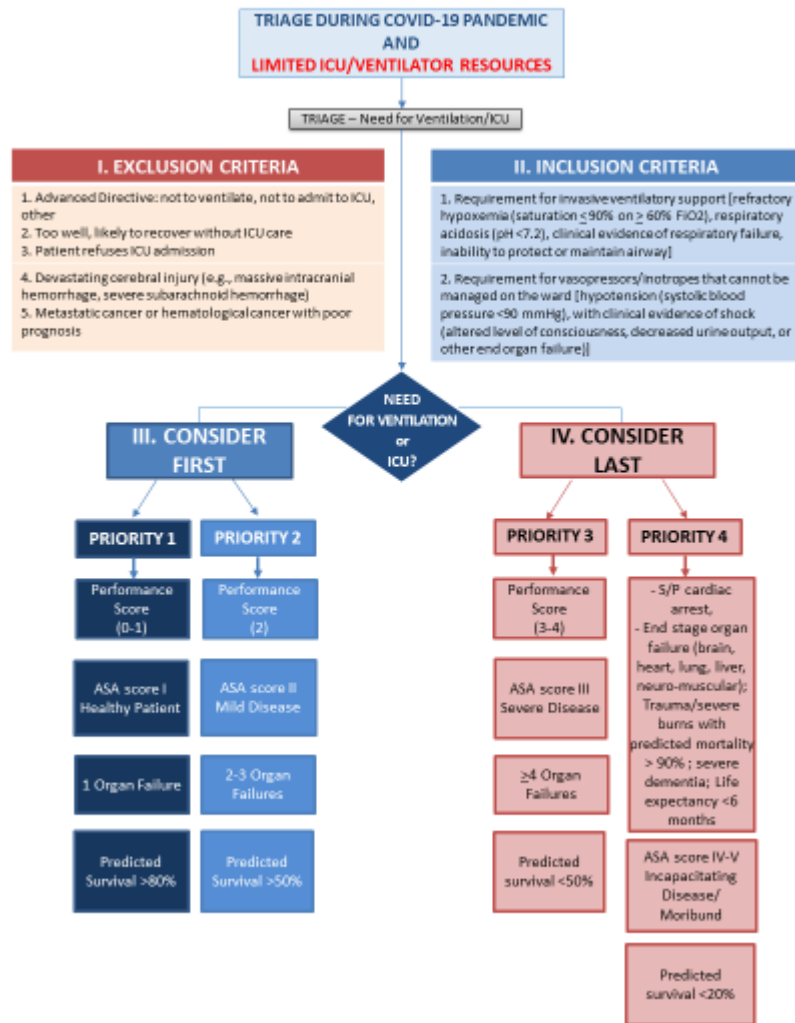
References

1. Sprung CL, Zimmerman JL, Christian MD, Joynt GM, Hick JL, Taylor B, Richards GA, Sandrock C, Cohen R, Adini B. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med* 2010;36:428-43.
2. Sprung CL, Danis M, Iapichino G, Artigas A, Kesecioglu J, Moreno R, Lippert A, Curtis JR, Meale P, Cohen SL, Levy MM, Truog RD. Triage of intensive care patients- Identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med* 2013;39:1916-1924.
3. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, Fowler CS, Byrum D, Miles WS, Bailey H, Sprung CL. Intensive Care Unit Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med*. 2016;44:1553-602.
4. Hick JL, Christian MD, Sprung CL. Chapter 2. Surge capacity and infrastructure considerations for Mass Critical Care. *Intensive Care Med* 2010;36:S11-S20.
5. Devereaux A, Christian MD, Dichter JR, Geiling JA, Robinson L. Summary of suggestions from the Task Force for Mass Critical Care summit, January 26–27, 2007. *Chest* 2008;133:1S–7.
6. Report of the Select Committee to inquire into the handling of the Severe Acute Respiratory Syndrome outbreak by the Government and the Hospital Authority. Chapter 10, July 2004.
7. Gomersall CD, Tai DY, Loo S, Derrick JL, Goh MS, Buckley TA, et al. Expanding ICU facilities in an epidemic: recommendations based on experience from the SARS epidemic in Hong Kong and Singapore. *Intensive Care Med*. 2006;32(7):1004-13.
8. [Vink EE](#), [Azoulay E](#), [Caplan A](#), [Kompanje EJO](#), [Bakker J](#). Time-limited trial of intensive care treatment: An overview of current literature. *Intensive Care Med* 2018;44:1369-1377.
9. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* March 27, 2020, Published online March 27, 2020. doi:10.1001/jama.2020.5046.

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

10. [Emanuel EJ](#), [Persad G](#), [Upshur R](#), [Thome B](#), [Parker M](#), [Glickman A](#), [Zhang C](#), [Boyle C](#), [Smith M](#), [James P](#), [Phillips JP](#). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med 2020 Mar 23[Online ahead of print] DOI: [10.1056/NEJMs2005114](https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114).
11. [Biddison LD](#), [Berkowitz KA](#), [Courtney B](#), [De Jong MJ](#), [Devereaux AV](#), [Kissoon N](#), [Roxland BE](#), [Sprung CL](#), [Dichter JR](#), [Christian MD](#), [Powell T](#). Ethical considerations: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest 2014;146 (4 Suppl), e145S-55S.
12. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. N Engl J Med 2020 Mar 18 [Online ahead of print].
13. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, Pezzi A, Wiis J, Pirrachio R, Baras M, Edbrooke DL, Pesenti A, Bakker J, Hargreaves C, Gurman G, Cohen SL, Lippert A, Payen D, Corbella D, Iapichino G. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II- Intensive care benefit for the elderly. Crit Care Med 2012;40:132-138.
14. [Truog RD](#), [Mitchell C](#), Daley GQ. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. N Engl J Med 2020 Mar 23[Online ahead of print].

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



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

SCORES

Priority	Performance Score	
1	0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
	1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities; up and about more than 50% of waking hours
3	3	Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours
	4	Completely disabled; cannot carry on any self-care; totally confined to bed or chair

ECOG:
http://www.npcrc.org/files/news/ECOG_performance_status.pdf

American Society of Anesthesiologists (ASA) Score	
I	The patient was previously healthy and fit
II	The patient has mild systemic controlled disease
III	The patient has severe but not incapacitating systemic disease
IV	The patient has incapacitating systemic disease
V	The patient is moribund not expected to survive 24 hours

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

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

Figure 1 and 2 Legend:

This tool provides an element of objectivity to help enhance consistency. It is not considered, however, a complete substitute for the carefully considered judgement of an experienced intensive care clinician.

- A triage (prioritization) decision is a complex clinical decision made when ICU beds are limited. A structured decision-making process is important to maximize transparency and improve consistency in decision-making. A clinical estimation of likely benefit (outcomes from ICU admission compared with outcomes expected if the patient remained on the ward/other care area) is necessary, so that patients who will benefit most from ICU are given priority. An example of clinical conditions that the expert group believe would likely result in a failure of a patient to meet sufficient priority for admission is provided (Priority 4). This conceptual algorithm outlines a recommended process for making an individual triage decision, based on a likelihood that survival without ICU care would be low (5%-10% or less), and if admission criteria as laid out are met, survival would be estimated to be in excess of 50% *medium to long-term survival*.
- The initial exclusion criteria are based on exclusion criteria used under 'normal' conditions so that the same patients are eligible during pandemic conditions and given priority based on their likelihood to benefit. Priorities are then based on those to be 'considered first' and 'considered last.' These exclusions should help foster trust in a fairer triage system with less chance of discrimination.
- Each decision is assisted on the basis of an agreed criterion threshold for the particular ICU at a specific time, and will be dependent on available resources and the number of patients queuing for admission (e.g. stricter thresholds may be required during the peak of the pandemic and less strict thresholds at the beginning and towards the end).

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

נספח 2: ועדת משנה פילוסופית-אתית-חברתית

1. אחריות כוללת – כולנו ערבים זה לזה

התבקשנו להתייחס לשאלות של תעדוף בהנשמה / טיפול נמרץ (להלן: ט"נ), קודם כל בהקשר של מחלקת ט"נ או של מרכז רפואי. אולם אין זה נכון לקיים את הדיון ברמה המקומית תוך התעלמות משאלות התעדוף ברמות הגבוהות יותר עד לרמה הארצית.

א. בתעדוף להנשמה / טיפול נמרץ, חולי קורונה צריכים להימצא במעגל אחד עם שאר הזקוקים לכך על רקע רפואי כלשהו.

ב. אין לשלול באופן שרירותי מחולים במחלות אחרות את האשפוז והטיפול הדרושים להם לטובת חולי קורונה; אין לצמצם את מספר המיטות או חברי הצוות הרפואי במחלקות אחרות באופן שיסכן את החולים האחרים במידה העולה על הקטנת הסכנה לחולי קורונה.

ג. 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 לבתייהם מחזירה אותם לא אחת למצבים חמורים של הזנחה או התעללות.

ד. יש להבטיח שוויון בגישה להנשמה ולטיפול נמרץ בין תושבי הארץ באזורים השונים. לשם כך, יש לקיים מעקב מרכזי אחרי היחס בין מספר המאושפזים במחלקות קורונה למספר מיטות ט"נ בכל מרכז רפואי ולווסת אשפוז החולים כדי לשמור ככל האפשר על יחס שווה.

ה. האחריות ברמה הארצית חייבת לכלול גם אחריות לבני אדם שאינם בעלי מעמד של אזרח או תושב במדינה, שכן הוירוס אינו מבחין בין בני אדם על פי מעמדם האזרחי/פוליטי. מעבר לכך, יש להכיר באחריותה הכללית של ישראל לבריאותם של הפלסטינאים בשטחים שבשליטה מלאה או חלקית של ישראל ובחובתה לסייע לרשות הפלסטינית להתמודד עם סכנת הקורונה.

2. ביקור חולים

הצורך הטיפולי של חולים, בייחוד במה שעלול להיות ימי חייהם האחרונים, הוא לא רק בטיפול רפואי-פיזיולוגי אלא גם קרבה לאהוביהם וליווי רוחני. אין זה נכון שהצורך הרפואי בבידוד של חולי קורונה יגבר באופן מוחלט על הצורך בקרבה אנושית ויכתוב בדיון של חולים קשים. לכן:

הנחיות המועצה לתעדוף צריכות לכלול גם חתירה לאיזון בין הבידוד הרפואי למתן אפשרות של תקשורת ואף ביקור בקרבה פיזית של הנמצאים בבידוד במחלקות קורונה וכן בטיפול נמרץ.

3. שוויון כל הנבראים בצלם

נקודת המוצא להתייחסות לחולים הנזקקים למשאבים רפואיים המצויים בחסר היא השוויון הבסיסי בין כל בני האדם. בשיקולי תעדוף לט"נ אין לכלול:

א. שנות חיים, ובכלל זה שיקולי גיל.

ג. דברים העלולים להיחשב כעומדים לחובתו של החולה, ובכלל זה התרשלות שאולי גרמה להידבקות בקורונה.

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

ג. זכויות העומדות לחולה מתוך מעשיו עד עתה, ובכלל זה חברי צוות רפואי אף אם נדבקו עקב טיפול בחולי קורונה.

עם זאת, יש מקום לתת עדיפות לחברי צוות רפואי (במובן הרחב – כולל עובדים לא מקצועיים) אם הדבר נחוץ להתגברות על מחסור בחברי צוות, בין בהשבתם לעבודה לאחר שיחלימו (בתנאי שהחלמה כזאת צפויה בפרק הזמן הרלבנטי) ובין בתמריץ להתנדבות (או למעבר לעבודה בבית חולים מן השוק הפרטי או לאחר פרישה, וכן להתנדבות אפשרית של סטודנטים לרפואה ולסיעוד).

ד. בין חולים עם פרוגנוזה דומה יש לנהוג בשוויוניות, אשר הלכה למעשה מתבטאת בעיקרון המקובל של "כל הקודם זוכה". אם חולים רבים הזקוקים מיידית לט"נ הגיעו וממתינים יחד, ייתכן שהשוויון יחייב לבחור ביניהם בחירה ראנדומלית.

4. אתיקה במצב חירום: פיקוח נפש ציבורי

האתיקה הרפואית בשגרה היא בעלת מוקד קליני, שבמרכזו מחויבות הצוות הטיפולי כלפי החולה היחיד. מחויבות זו עשויה לגבור על שיקולים של תועלת פוטנציאלית למטופלים אחרים, נוכחים או עתידיים. אולם במצב חירום של מגיפה נדרשת התמקדות אתית אחרת, שבראש מעייניה המחויבות לבריאותם ולחיייהם של חברי הציבור בכללותו.

א. הבחנה בין שגרה למצב חירום – תעדוף לפי פרוגנוזה:

בשגרה מכניסים לטיפול נמרץ גם מי שיש לו סיכויי החלמה נמוכים, ושלילת ט"נ נעשית רק כאשר סיכויים אלו אפסיים (=מצב של futility), כאשר יש להפנות את החולה לטיפול פאליאטיבי. כמו כן, לאור קיומה של רתיעה רווחת מניתוק מכונת הנשמה (וכן הוראות חוק החולה הנוטה למות בדבר טיפול רציף), הוצאה מט"נ של מי שסיכוייו אפסיים נעשית על פי רוב תוך העברה להנשמה במסגרת אחרת.

בחירום, כאשר אין מספיק מיטות ט"נ (=ציוד וצוות מיומן), יש לתעדף חולים אשר להם פרוגנוזה טובה גבוהה משמעותית. מובן מאליו שבמצב כזה אין להשאיר בט"נ חולה שסיכוייו אפסיים, גם אם עקב מצב החירום אין אפשרות להנשימו במסגרת אחרת. כמו כן, יהיה צורך לשלול כניסה לט"נ של חולה בעל סיכויי החלמה נמוכים – אשר בשגרה היה נקלט בט"נ – וזאת כדי לתת את המקום בט"נ לחולה אשר לו פרוגנוזה עדיפה משמעותית.

ב. ניתוק ממכונת הנשמה/ הוצאה מטיפול נמרץ *

תעדוף לפי פרוגנוזה (או שיקולים נוספים) ייעשה בעיקר מראש, בשלב החיבור למכונת הנשמה/ כניסה למיטת ט"נ. אולם במצב חירום של מחסור חמור, אחריותנו היא כלפי כלל החולים, לא רק לפי שיקול תועלתני אלא אף לפי עקרונות צדק אחרים. לכן ייתכנו מצבים שבהם יהיה זה נכון להעביר לטיפול פאליאטיבי חולה המצוי בט"נ אשר סיכויי החלמתו נמוכים מאד (אף אם אינם אפסיים), כדי לקלוט במקומו חולה אחר אשר לו סיכויי החלמה משמעותיים. במצב של מחסור חמור יש לראות את הקצאתם של משאבי ט"נ כהקצאה מותנית, העומדת לבחינה מחדש עם הגעתם של מועמדים נוספים, או עקב הידרדרות במצב החולה והרעה משמעותית בפרוגנוזה. בחינה-מחדש זו אינה צריכה להיעשות מרגע לרגע אלא לפרקים, כגון על בסיס יומי (או במקרים מיוחדים כהליך מהיר/מיידל). אם יש אפשרות טכנית, עדיף שעצם החיבור למכונת הנשמה ייעשה באופן הטעון חידוש לפרקים בהתאמה עם הבחינה-מחדש של התעדוף.

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

ג. מנגנון להחלטות התעדוף **

אין להשאיר את החלטות התעדוף – בין בהכנסה לט"נ ובין בהוצאה מט"נ – בידי הצוות המטפל. בכל מרכז רפואי שיש בו מחלקת ט"נ, יש להקים צוות טריאז' אשר יקבל בזמן אמיתי את הנתונים הקליניים ויהיה מוסמך להורות על תעדוף. מנגנון זה חשוב הן להקלת השחיקה הרגשית של הצוות הטיפולי והן למניעת הטיות (bias) בבחירה בין החולים.

*** הערות לסעיף 4ב:**

1. התייחסות לחוק חולה הנוטה למות: החוק מכון כלפי שאיפה לנתק מהנשמה (=להפסיק "טיפול רציף") כדי לכבד את רצון החולה (הנוכחי או בהנחיה מראש) ו/או כדי לאפשר "מוות בכבוד" או לקצר את סבלו, בעוד הניתוק נתפס (בחוגים רבים בישראל) כשקול להריגה בידים. במתח ערכי זה הכרעת החוק היא לאיסור, בצירוף המנגנון (שלא יושם) להפיכת טיפול רציף לטיפול לא-רציף.

בהקשר שלנו, הטעם לניתוק הוא הרבה יותר חזק – הצלת נפש של אחר (וכמדיניות – של רבים). על כן אפשר (וראו) להכריע כאן בעד הניתוק, בלי לסטות מן ההכרעה הערכית-החברתית של החוק ההוא.

2. דעת מיעוט:

עו"ד הקאדי מוחמד אבו-עובייד מוסיף שבנסיבות הנידונות כאן, ההעברה מט"נ לטיפול פאליאטיבי מותנית בהעברה למכונת הנשמה אחרת (גם אם לא מן הסוג ולא בלוויית התמיכה הקיימת בט"נ).

[למען הסר ספק: הסתייגות זו אמורה רק כלפי סעיף 4ב ואינה חלה על סעיף 4א]

**** הערה לסעיף 4ג:**

דעת מיעוט:

לדעתו של ד"ר איתן לה-פיקאר, על וועדת הטריאז' להיות וועדה מייעצת ולא וועדה מחליטה.

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

נספח ג3: ועדת משנה משפטית

תקציר מנהלים:

חלק זה נועד לשפוך אור על הסוגיות המשפטיות העיקריות העולות מצורך אפשרי בתיעדוף מכונות הנשמה לאור **הסדרי החקיקה המחייבים** בישראל. בחלק זה נידרש לשאלות קונספטואליות **אך גם לחלק פרקטי יישומי**, המיועד לאנשי המעש קרי הרגולטור, והצוותים הרפואיים ומנהליהם.

עיקרי ההמלצות:

- לאור ההכרעות המשפטיות להלן, על הרגולטור להקים צוות מומחים אשר ימליץ על עקרונות תיעדוף, אשר יופעלו בכל מקרה של צורך תיעדוף הקצאת מכונות הנשמה. הדבר יאפשר אחריותיות (Accountability) הקצאה ברורה, הוגנת ושקופה.
- כל החלטת תיעדוף בין מטופלים תתועד ותתבסס על עקרונות התיעדוף, ככל שנסכיבות החירום מאפשרות זאת.
- הקצאה תהא על פי עקרון קדושת החיים, ובמקרי מחסור הקצאה שמגדילה הסיכוי להציל כמה שיותר חיים. לכן, מי שיש לו הסיכוי הגבוה ביותר לשרוד ללא טיפול רפואי במשאב החסר, ומי שיש לו הסיכוי הנמוך ביותר לשרוד עם הטיפול הרפואי במשאב החסר יקבלו את העדיפות הנמוכה ביותר.
- אסור לקבוע כלל גורף שלפיו אין מטופלים בסוג מסוים של חולים ללא הסתמכות על בדיקה פרטנית והערכה פרטנית של החולה הנדון. כך למשל, אין לקבוע כלל גורף לפיו מגיל מסוים לא יינתן טיפול רפואי מציל חיים. אולם מותר כמובן לקחת פקטור של גיל כמדד אחד מבין המדדים המשפיעים על הסיכויים של החולה לשרוד את המחלה.
- כאשר בוחנים את סיכויי השרידות לשם מתן עדיפות בהקצאה, על הצוות הרפואי לתת דגש על סיכויי השרידות של החולה מהמחלה הפרטנית, בנסיבות מצבו הבריאותי הכללי. משקל תוחלת החיים העתידית של החולה **שנים קדימה** לאור מצב רפואי אחר שלו בשיקולי ההקצאה של מכונות הנשמה נותר במחלוקת.
- מכונות הנשמה יוקצו ויתועדפו לכלל החולים הנדרשים להם ונמצאים במצב זהה מבחינת הצורך הדחוף, ולא תהיה עדיפות מיוחדת או פחותה לחולי קורונה. **בשעת מחסור אקוטית** מנגנון הניקוד להקצאת מכונות הנשמה **יחול גם על קבוצת החולים שאינם חולים בקורונה**.
- ההקצאה תהא על סמך קריטריונים רפואיים אישיים לכל מטופל. עם זאת, בדומה לתרומות איברים (שם מוענקים נקודות לתורמים בעבר), יש לשקול בחיוב מתן נקודות נוספות לאנשי צוות רפואה שנדבקו במהלך טיפול בחולי קורונה. נקודות אלו ישמשו רק במקרה של שיוויון/כמעט שיוויון בין שני מטופלים.
- בשל הזכות החוקתית לשיוויון, יש לוודא זמינות הוגנת בפריסה ארצית של מכונות הנשמה והצוות הנדרש להפעלתם על פי מדדים של צפיפות אוכלוסייה וצפי/ביקוש בפועל של המשאב המצומצם. על משרד הבריאות ובעלי בתי החולים לוודא ניווד מספק בין אזורי עם דרישה מוגברת לאזורי דרישה מופחתת.
- כיבוד רצונו של המטופל - ההנחה היא, בהיעדר מידע אחר על רצונו של המטופל, כי כל מטופל רוצה בטיפול להארכת חיו.
- על הצוות הרפואי לכבד את רצונו של המטופל, וחובה לברר את רצונו בנסיבות העניין, קיומן של הנחיות מקדימות או יפוי כוח מתאים, ואת התאמת הטיפול ופולשניותו לרצונו המוקדם של המטופל.

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

- במעבר של מטופל ממצב בינוני למצב קשה שעלול לחייב טיפול בהנשמה, יש לקיים שיחה ומתן הסבר על התהליך ועל תוצאותיו המקוות וסיכונים עם המטופל ועם בני משפחתו (העתידיים להיות אפוטרופוסים לגוף). במידה ובשל המצב אין אפשרות לנוכחות פיזית של בני משפחה, יש לעשות מאמץ ליצירת קשר עימם באמצעי חלופי, ככל שנסיונות החירום מאפשרות זאת.
- מקרה קיצון של העברת מכשיר ממטופל למטופל יהיה רק במקרים בהם הטיפול בראשון נחזה להיות עקר/בעל סיכויים נמוכים, ואין עוד אינדיקציה לטיפול זה (במכונת הנשמה) לפי הסטנדרט הרפואי הסביר בנסיבות המגיפה. מקרה כזה יובא לאישור גורם שאינו הצוות הטיפולי הישיר במחלקה, ודיווח למשרד הבריאות.
- אין לכפות על איש צוות רפואי, אשר אמונתו מנוגדת למעשה, את ביצוע ההעברה, והוא יהיה חסין מכל הליך משפטי ו/או משמעתי בשל סירוב זה.
- חולה אשר מוסר ממכונת הנשמה צריך להיות מטופל במכשיר אחר שיעילותו אכן פחותה אך שעדיין מעניק סיוע נשימתי נדרש ככל שניתן וככל שיש כזה. קיימת חובה משפטית להמשיך בטיפול רפואי אחר ככל שנדרש וככל שניתן, ובוודאי טיפול פאליאטיבי.
- פעולה במתווה המנגנון שהתווה הרגולטור תהיה חסינה מפני הליך משפטי ו/או משמעתי.
- מינוי וועדת מיון בבית החולים ליישום עקרונות התיעדוף.
- מינוי וועדה עליונה/ארצית למעקב אחר החלטות התיעדוף בדומה לוועדה הציבורית לקביעת מוות מוחי.

I. מבוא:

לא יהיה חידוש מסעיר בתובנה כי תפקיד המשפטן באירוע של איום דרמטי על בריאות הציבור הוא לאפשר ההגנה על בריאות הציבור תוך שמירה על אגד זכויות הפרט ונורמות חברתיות ראויות. בעתות מצוקה אנחנו חשופים לסיכונים בהם קיימת חוסר יכולת או פניות של כלל המערכות להערכה של המשמעויות המשפטיות לעשייה הרפואית מצד הצוותים המטפלים ומי שמנחה אותם. כלומר – החשש מהתעלמות מהיבטים משפטיים או ההיפך – אימוץ מוגזם של נורמות-לכאורה שאינן משקפות את הנורמות הנדרשות או את השינוי בהן לאור נסיבות החרום המיוחדות.

חלק זה נועד לשפוך אור על הסוגיות המשפטיות העיקריות העולות מצורך אפשרי בתיעדוף מכונות הנשמה. בחלק זה נידרש לשאלות קונספטואליות אך גם לחלק פרקטי יישומי, המיועד לאנשי המעש קרי הרגולטור, והצוותים הרפואיים ומנהליהם.

בכתיבת חלק זה יש צורך להצביע על נקודות המוצא:

- מה מקומה של נקודת המבט המשפטית –

- האם היא מסננת אחרונה, הבוחנת את ההצעות הרפואיות ומכשירה/פוסלת מי מהן ;
- או שמא היא המניחה את העקרונות, ולאור העקרונות המשפטיים של השיטה המשפטית בישראל ייבנה מודל התיעדוף על ידי הרופאים.

עמדת ועדת המשנה היא כי לאור ריבוי ההסדרים המשפטיים המחייבים בתחומי הבריאות, הנשענים על מטריה חוקתית רחבה, התשתית המשפטית נועדה לצקת ולהתוות את גבולות הגזרה לצוותים הרפואיים ומנהליהם, לאור גבולות אלו יש לנהל את התיעדוף.

- במהלך הטיפול האישי, במטופל מסוים, הגישה יכולה להיות מבוססת על העקרונות של המטופל והמטפל המעורבים, (ולכן התבססות על אתיקה, נורמות אישיות של הצדדים, היונקים בוודאי מהנוהג ומתחייב במישור הכללי אך לא מחויבים לו

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

בהכרח) אך בשאלות של **בריאות הציבור**, במעשי המדינה, ראוי כי תשתית משפטית תישקל כנקודת הפתיחה המחייבת של שאלת התיעדוף ברמה הלאומית.

- האם התיעדוף צריך להיות מוכתב מלמעלה בצורה של פרוטוקול מחייב או שמא יוותר כהחלטה מקומית של בתי חולים, ובתוך בית החולים של הצוות המסוים בחולה המסוים?
- א. החלטה מקומית משמעותה גמישות לצוות המטפל, שונות אפשרית בתוצאה במקרה של שני חולים זהים, וחוסר שקיפות. כך החלטות של DNR או היום-יום של מחלקות המטפלות בחולים סופניים, והשיקולים ודרך מתן מורפיום עם ההשפעה הכפולה (DOUBLE EFFECT).

וכדברי הכותבת במאמר ב NEJM:

"Nevertheless, even under the direst circumstances, rationing is often better tolerated when done silently."³

ב. להחלטה כללית (TOP DOWN) חוקית/רגולטורית יש תוקף מחייב, הינה חותרת לאחידות, מגבילה התאמות אישיות ו"גמישות" ומאפשרת בקרה ופיקוח. **יודגש כי לפיקוח ולבקרה תפקיד חיוני בהגברת האמון של האזרחים בתפקוד בפועל של מערכת הבריאות בתנאי דחק.** הוועדה הציבורית לקביעת המוות המוחי (ע"פ חוק המוות המוחי-נשימתי 2008) משמשת דוגמא.⁴

פרוטוקולים מחייבים במהלך טיפול רפואי אינם חזון נפרץ. ברם, בסיטואציות של סוף החיים, ההסדרים בחוק זכויות החולה ובחוק החולה הנוטה למות אכן פרסו הסדר משפטי שיש בו חלקים אופרטיביים רבים **ועמדת ועדת המשנה היא ניסיון לשרטט את התשתית המשפטית ההכרחית והנדרשת לתיעדוף.**

נושאים לבחינה משפטית:

1. תהליך ההקצאה:

א. הדרישות הפרוצדורליות לתהליך –

1. קביעת זהות הגורמים המעורבים בהחלטה;
 2. עירוב/הפרדה בין צוות שמקצה לצוות שמטפל;
 3. מניעת ניגודי עניינים;
 4. דרישות שקיפות והוגנות - תיעוד השיקולים ומשקלם היחסי.
- ב. הלגיטימיות של קריטריונים לתיעדוף, רפואיים וחץ-רפואיים, תוך מניעת אפליה אסורה, הטיות (BIASES).

1. גיל – הלגיטימיות נבחנת הן בגיל המבוגר והן ביחס לגיל הרך, כולל טיפול בילודים או טיפול בנשים הרות ועובריהן;
2. מחלות רקע המשפיעות על סיכויי הישרדות;
3. סיכויי שרידות סטטיסטיים לעומת התפתחות המחלה באופן מעשי בחולה המסוים;
4. משמעות פערים בסיכויי שרידות – 2% מול 60%, או 40 לעומת 60%;
5. היש מקום להעדפת צוותים רפואיים שסיכנו חייהם בטיפול ומשמשים שדרת ההתמודדות עם המשך המגפה.⁵

³ Rosenbaum L. NEJM 2020 10.1056/NEJMp2005492

⁴ https://www.health.gov.il/Services/Committee/Brain_death/Pages/default.aspx

⁵ Emanuel E et. Al., NEJM 3/2020

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

2. היחס לטיפול עקר – (בהינתן העובדה הרפואית שבאוכלוסיית חולים מסוימת רק אחד מכל חמישה מונשמים שורד)
3. מקרים שונים לבחינה:
 - א. הקצאת מכוונות הנשמה בין מטופלים חולים אך לא מונשמים;
 - ב. העברת מכוונה בין מטופל מונשם לכוזה שממתין - סוגיית ניתוק ממכונת הנשמה.
4. ההיגיון בשמירה על מכוונות הנשמה כ"רזרבה" מדינתית לעומת צורך של חולה שבפנינו.
5. תיעדוף מכוונות על פי קריטריונים לא רפואיים – למשל הקצאה למטופל בשל מעמדו/תפקידו (ראשי המדינה/צבא/משפט וכו'); מעמדם של מסתננים/מבקשי עבודה/שוהים בלתי חוקיים; תיירים; תושבי הרשות הפלסטינית.
6. מעמדם המשפטי של החלטות תיעדוף והכרעה משפטית באשר לחסינות מתביעה פלילית/נזיקית למחליטים ולמבצעים בפועל. האם יש להסתפק בהסדרים הנוהגים היום (כך בנוזיקין - סעי' 7א רבתי לפקנ"ז המקנה חסינות יחסית לעובד ציבור מתביעה נזיקית, או סעי' 8 המקנה חסינות לגוף שיפוטי/מעין שיפוטי) או שמא יש צורך בהסדר ייעודי?

II. הממד החוקי: קביעת סדר עדיפויות לטיפול חיוני בחולים

לצידם של העקרונות החוקתיים (הזכות לחיים וקדושת החיים, הזכות לבריאות, הזכות לכבוד האדם והזכות לשיויון – מפורטים ב**נספח א'**) מצויים ההסדרים בחוק ביחס לטיפול בחולים במצבי חירום. היקף אחריותה של המדינה להבטיח את אספקתם ונגישותם של שירותי הבריאות בישראל, הותווה בשיטתנו המשפטית בדברי חקיקה שונים ובהם: (1) חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996; (2) חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 (3) פקודת בריאות העם, 1940; ושמה, בנסיבות המתאימות גם (4) חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו - 2005.

(1) חוק זכויות החולה

ההסדר החוקי המשמעותי ביותר ביחס לעקרונות הטיפול בחולים בישראל הוא חוק זכויות החולה שמטרתו "לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו" (סעיף 1). סעיף 3 לחוק קובע בזו הלשון: "כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים מעת לעת במערכת הבריאות בישראל". סעיף 3(א) לחוק זכויות החולה קובע, אפוא, במפורש כי היקפה של הזכות לטיפול רפואי בישראל נגזר, בין היתר, מהוראות הדין החלות על העניין, מכאן שהזכות מסויגת בהוראות ובהסדרים הקיימים מעל לעת. יוער כי סעיף 5 לחוק זכויות החולה, שכותרתו "טיפול רפואי נאות", משלים את הוראת-סעיף 3(א) בקובעו כי: "מטופל זכאי לטיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש". סעיף 3(ב) לחוק זכויות החולה מוסיף קובע כדלקמן: "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה". לכך יש להוסיף את הוראת סעיף 11(א) הקובעת כי: "בנסיבות שיש בהן לכאורה מצב חירום רפואי או סכנה חמורה, והתבקש מטפל או מוסד רפואי לתת טיפול רפואי לאדם, יבדוק אותו המטפל ויטפל בו ככל יכולתו". (הדגשה הוספה).

החוק בסעיף 4 מעגן גם את עקרון השוויון והעדר הפליה בטיפול רפואי: "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית, גיל או מטעם אחר כיוצא באלה". ואולם החוק מתיר להביא שיקולי גיל כהבחנה מותרת רק כאשר היא חלק משיקול רפואי: "אין רואים הפליה מטעמי גיל לפי סעיף זה כאשר ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים" (סעיף 4(א)). החוק גם קובע את החובה לשמור על כבודו של החולה (סעיף 10).

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

סעיף 13 לחוק עוסק בהסכמה לטיפול רפואי. מבחינה זו, הסכמה לטיפול כוללת בתוכה גם הזכות לסרב לטיפול, אבל גם את הזכות לסרב להפסקת טיפול. במקרה צורך בתיעדוף, כולל בחירה בין מטופלים או בהסטט משאב מוגבל ממטופלת אחת לרעותה, יש להבטיח ככל שניתן את קבלת ההסכמה של המטופלת או לכל הפחות יידוע שלה ו/או בני משפחתה במידה ויש עימות בין רצון המטופלת ליכולת המערכת לעמוד בה.

(2) חוק ביטוח בריאות ממלכתי

דבר חקיקה מרכזי נוסף המשליך על מימוש הזכות החוקית לשירותי בריאות ציבוריים הינו חוק ביטוח בריאות ממלכתי. תכליתו של החוק ליצור הסדר של ביטוח בריאות חובה לשם הבטחת שירותי בריאות לכלל תושבי ישראל, תוך הגדרת מקורות המימון למערכת הבריאות הציבורית והקצאתם. התפיסה המונחת בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הכירה באחריותה של המדינה למימון שירותי בריאות ציבוריים לטובת הכלל שיופקו לציבור באמצעות קופות החולים, וזאת מתוך מחויבות ל"עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" כאמור בהוראת סעיף 1 לחוק. מהותה והיקפה של הזכות החוקית לשירותי בריאות ציבוריים נקבעה בסעיף 3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שזו לשונו: "(א) כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר; (ד) שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13; (ה) שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית".

(3) פקודת בריאות העם - 1940

לאור הסוגיות החוקיות ומסכת הזכויות המוענקות לפרט, צפוי כי תעלינה שאלות בדבר הסמכות המשפטית ליצור רגולציה (אם כללית ואם מפורטת) בכל הנוגע לתיעדוף המוצע. ראוי להדגיש כי סעי' 20 לפקודה מסמיך את המנהל, בעת מצב חירום, להסדיר את אופן וחלוקת הטיפול הרפואי, וזו לשונו: (1) אם נראה כי מרחפת על איזה חלק של ישראל סכנה של מחלה איומה אפידמית, מקומית או מידבקת... שהכריז עליה שר הבריאות, ..., ומשפורסמה הכרזה זאת יהא המנהל מוסמך לסדר, או להתקין, בין בצו ובין בהוראה או בכל דרך אחרת שהיא, כי ייעשו על ידי כל אדם, לרבות קופת חולים:

(ב) הגשת עזרה רפואית, חלוקת רפואות, הספקת מקומות-שיכון, טיפוח הנקיון, האירור והחיטוי ושמירה בפני התפשטות המחלה;

במילים אחרות, הסמכות להורות על הדרך בה תוגש עזרה רפואית ויחולקו רפואות ניתנה לרגולטור, ומכאן הסמכות לרגולציה העוסקת בתיעדוף, במגבלות חקיקה המנוגדת לחוקי היסוד.

(4) חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו - 2005.

חוק זה עוסק בסוגיה הנושקת לסוגייתנו, למצער, בכמה מישורים:

- חזקת הרצון לחיות (סעי' 4), בשילוב הזכויות החוקתיות האמורות (חיים, בריאות, שוויון) נוטים כולם לכיוון הזכות לקבלת טיפול;
- חלק מהמטופלים עשויים להיות במצב בו הם ערכו מסמך של הנחיות מקדימות או יפוי כוח לפי החוק בו נתנו הוראות למיפיה הכוח (סעי' 30 או 32 לחוק) בין אם נרשמו או לא נרשמו במאגר משרד הבריאות (סעי' 44 לחוק). החלטות התיעדוף עשויות לחול עליהן בצורה שונה בשל תוכנן של אותן הנחיות (כך, עצם חיבור למכונת הנשמה עשוי להיות בניגוד לרצונם, בעיקר אם לא מדובר בהתערבות קצרה ובמידה והראיות מראות שהשרידות נמוכה); זאת,

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

- כאשר יוצאים מנקודת הנחה שלגבי אנשים במצב רפואי מסוים, מחלת הקורונה היא מחלה חשוכת מרפא (הנחה הטעונה ביסוס בכל מקרה לגופו).
- חלק מהחולים יגיעו למצב של העדר כשרות משפטית וללא הנחיות מקדימות או יפוי כוח;
 - סעי' 13 קובע שזכותו של חולה לקבלת טיפול שלדעת הרופא האחראי אין לו הצדקה בנסיבות העניין, אך הוראה זו לא תחול לגבי טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי אינו צפוי להאריך את חייו או עלול לגרום **לנזק משמעותי לזולתו**. קביעה זו רלוונטית ביותר בעת צורך בתיעדוף בין בעלי סיכויי שרידות השונים מהותית.
 - סעי' 19 מחדד את האיסור בחוק על עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, המכוונת להמית או שתוצאתה, קרוב לוודאי, היא גם גרימת מוות. הכרעה זו משליכה על הסיטואציה של הפסקת טיפול בא' והעברת המנשם לב'. עם זאת, החוק בא להגביל את ההיענות לרצונותיו של אדם שהוא חולה הנוטה למות, ואינו משרטט מגבלות על שיקול הדעת הרפואי באשר לסיכויי ההצלחה של טיפול מסוים, או מיתר את הצורך בקיומה של התוויה רפואית לטיפול, מסוג זה או אחר, בנסיבות.
 - החוק (סעי' 21) **אוסר** הפסקת טיפול רציף (ובמקרה שלנו הנשמה). הדבר ישליך על סיטואציה אפשרית של ניתוח חולה עם סכנת (פרוגנוזה) נמוכה והעברת המכשיר לחולה עם סכנת גבוהה. במקרה זה מן הבחינה הרפואית נבקש לדעת האם קיימים אמצעים חליפיים שיוכלו להיחשב "המשך טיפול" (דוגמת BPAP, סיוע נשימתי וכו') הגם שפחות ביכולותיו;
 - בשל שכיחותן הנמוכה של הנחיות מקדימות, מתעוררת שאלה משפטית בדבר החובה של צוותים רפואיים לברר את רצונם של המטופלים. מן הצד השני קיים חשש שמא האמון בין מטופלים (בעיקר המבוגרים שבהם) יתערער לנוכח תיחקור בדבר רצונותיהם והאם הותירו הנחיות מקדימות ("הם רוצים להרוג אותי"). ברור כי פרוטוקול בנושא חייב להיות רגיש לסוגיה זו. בד בבד, יתכנו מצבים בהם מטופל יעדיף שלא להיות מונשם תוך הסתכנות בכך שהדבר יבא למותו, אך כאשר מצבו אינו עונה במדויק על הקריטריונים שנקבעו בחוק החולה הנוטה למות להימנעות מטיפול.

III. קביעת סדרי עדיפויות בטיפול על פי עקרון המידתיות כעקרון-מסגרת משפטי

1) קביעת סדרי עדיפויות על בסיס עקרונות משפטיים

העקרונות החוקתיים וההסדרים החוקיים מובילים למסקנה ברורה כי יש להעניק טיפול מציל חיים לכל אדם בישראל ללא אפליה ובאופן שוויוני. ואולם הדילמה הניצבת בפנינו היא תיעדוף במתן טיפול במצב קיצון בעקבות התפרצות מגפה. במציאות של משאבי טיפול מוגבלים, במקרה זה מכוונת הנשמה ומשאבי טיפול נמרץ, על הרשות הציבורית לקבוע סדרי עדיפויות, כפי שעמד על כך בית המשפט העליון בבג"ץ 3071/05 לוזון נ' ממשלת ישראל, פ"ד סג(1) 1 (2008):

"הלכה פסוקה היא שרשות ציבורית רשאית, ואף חייבת, להתחשב במגבלות התקציביות במסגרת שיקול-הדעת הנתון לה, כחלק ממילוי חובותיה כלפי הציבור. כך במיוחד, מקום בו הדין מסמך את הרשות לקבוע בעצמה ולפי שיקול-דעתה את היקפה וגבולותיה המדויקים של הזכאות לשירות ציבורי, באופן המחייב קביעת סדרי עדיפויות בהתאם למשאבים הציבוריים המוגבלים. ובלשונה של השופטת ש' נתיניהו בבג"ץ 3472/92 ברנד נ' שר התקשורת, פ"ד מז(3) 143 (1993):

"אין חברה שמשאביה בלתי מוגבלים. אין רשות הפועלת בחברה על פי חוק הרשאית והיכולה להתעלם מאילוצי תקציב ולספק שירותים ללא חשבון, ותהא חשיבותם של השירותים רבה וחיונית ככל שתהא... כל

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

רשות עומדת בפני הצורך למצוא את האיזון הראוי בין ההיקף, האופן והמידה של קיום תפקידיה-חובותיה על פי הדין, לבין חובתה לשמור על המסגרת התקציבית שלה. לעולם אין היא יכולה לצאת ידי חובת הכל ולקיים את כל תפקידיה באופן אופטימלי, ללא התחשבות במגבלות התקציב. עליה לקבוע לעצמה סדרי עדיפויות וקדימויות וכללים וקריטריונים מנחים ליישומם, אשר יעמדו במבחן הסבירות. אותם עליה להפעיל תוך שוויון".

גם במקרים רגישים וקשים שחיי אדם מוטלים על הכף יש מקום לקבוע סדרי עדיפויות לטיפול, וכפי שמציין חוק זכויות החולה – הזכות לטיפול הרפואי כפופה לכל דין ותינתן בהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים מעת לעת במערכת הבריאות בישראל.

(2) קביעת סדרי עדיפויות לטיפול בחולים על פי עקרון המידתיות

עקרון מרכזי בדין הישראלי לאיזון בין שיקולים שונים הינו עקרון המידתיות המעוגן בחוקי היסוד בדבר זכויות האדם. בגדרי עקרון המידתיות ניתן לאזן בין החובה מחד, להבטיח טיפול רפואי נאות לכל לבין הצורך מאידך, להתחשב במגבלות משאבי הטיפול. עקרון המידתיות הוא קביעת יחס נאות בין הגשמת מטרה ראויה לבין האמצעים שננקטים לשם השגתה. במקרה דנן, המטרה של קביעת סדרי עדיפויות לטיפול בחולים היא להציל כמה שיותר חולים (הן גישה תועלתנית והן גישה המבוססת על קדושת החיים) במשאבי הטיפול הזמינים. על האמצעים שיקבעו לקבוע לשם השגת מטרה זו לעמוד במבחן המידתיות:

(א) קשר רציונלי בין האמצעים למטרה

המבחן הראשון הוא "מבחן הקשר הרציונלי" או "מבחן ההתאמה". על פיו נדרש קשר של רציונליות בין המטרה הראויה לבין האמצעי שנבחר. הרציונליות אינה טכנית. היא מחייבת לעתים הוכחתם של קשרים סיבתיים, המבססים את הקשר הרציונלי. לעניין קשרים אלה, לא נדרשת, מחד גיסא, ודאות מוחלטת כי האמצעי ישיג את מטרתו, ומאידך גיסא, אין להסתפק בסיכון "קלוש ותיאורטי". נדרשת אותה מידת הסתברות שהיא ראויה בהתחשב במהות הזכות, עוצמת הפגיעה בה, והאינטרס הציבורי שהפגיעה נועדה להגשים.

(ב) מבחן האמצעי שפגיעתו פחותה

מבחן המשנה השני למידתיות הפגיעה הוא "מבחן האמצעי שפגיעתו פחותה", או "מבחן הצורך". ההנחה הינה כי מבחן המשנה הראשון מכיר במספר אמצעים המקיימים את הקשר הרציונלי בין התכלית הראויה לבין האמצעי שנבחר. מבין אמצעים אלה יש לבחור באותו אמצעי שפגיעתו בזכות האדם היא הפחותה. על פי מבחן זה, נדרש כי החוק הפוגע לא יפגע בזכות החוקתית מעבר לנדרש להשגתה של התכלית הראויה "החובה לבחור באמצעי שפגיעתו פחותה, אינה שקולה כנגד החובה לבחור באמצעי שבאופן מוחלט הוא הפוגעני פחות. החובה היא לבחור, מבין האופציות הסבירות העומדות לרשותה, את זו הפוגעת פחות. יש להשוות, איפוא, בין האפשרויות הרציונליות, תוך בחירה של אותה אפשרות, אשר בנסיבות הקונקרטיות, יש בכוחה להשיג את התכליות הראויות תוך פגיעה פחותה בזכויות האדם" (בג"ץ 7052/03 עדאלה המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי נ' שר הפנים, פ"ד סא(2) 202 (2006)).

מרכיב משמעותי במבחן הצורך הוא **מניעת השימוש** בהסדר גורף (flat ban), כגון קביעה מראש שמגיל מסוים לא יינתן טיפול רפואי. הטעם לכך הוא שברבים מהמקרים השימוש באמת מידה פרטנית-אינדיבידואלית משיג את התכלית הראויה תוך שימוש באמצעי שפגיעתו בזכות האדם פחותה. הנשיא ברק ציין בהקשר באחת הפרשות כי: "כמובן, ייתכנו מצבים בהם הבדיקה האינדיבידואלית לא תגשים את תכליתו הראויה של החוק, ויש לנקוט באיסור גורף. עם זאת, בטרם מגיעים למסקנה זו יש להשתכנע, על בסיס נתונים ראויים, כי אין תחליף ראוי לאיסור

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

הגורף. לעתים הבחירה באיסור הגורף באה בשל כישלון בעיצוב הבדיקה האינדיבידואלית ולא משום שבדיקה כזו אינה יעילה ... הגבלה גורפת של זכות, אשר אינה מבוססת על בדיקה אינדיבידואלית, הינה אמצעי חשוד בחוסר מידתיות. כך הדבר במשפטנו שלנו" (פרשת עדאלה, לעיל).

(ג) מבחן האמצעי המידתי – סבירות האמצעים

מבחן המשנה השלישי למידתיות הפגיעה הוא "מבחן האמצעי המידתי" או "מבחן המידתיות במונח הצר". מבחן זה בוחן את היחס הראוי בין התועלת הצומחת מהשגת התכליות הראויה לבין הפגיעה בזכות החוקתית. במבחן זה אנו בוחנים את האיזון בתועלת הצומחת מן המדיניות לעומת הנזק שהיא מביאה בעקבותיה. בית המשפט ציין בהקשר זה כי: "מבחן משנה זה בוחן את התועלת מול הנזק... על-פיו, החלטה של רשות שלטונית צריכה לקיים איזון סביר בין הצרכים של הכלל לבין הפגיעה בפרט. מטרת הבדיקה היא לבחון אם חומרת הפגיעה בפרט והטעמים המצדיקים אותה הם ביחס ראוי זה לזה. הערכה זו נעשית על רקע המבנה הנורמטיבי הכללי של מערכת המשפט" (בג"צ 2056/04 מועצת הכפר בית סוריק נ' ממשלת ישראל, פ"ד נח(5) 807).

(ד) שקיפות והוגנות

כלי הכרחי בהשגת העיקרון של טיפול בחולים על פי עיקרון המידתיות הוא היכולת לתמוך את ההחלטות בציר הזמן ולשקף לציבור את תהליך ההקצאה והיותו עקבי, הוגן וצודק. בעניין זה, ועדת המשנה ממליצה על הכנת מנגנון של ניקוד, בדומה להקצאת איברים להשתלה, אשר יופעל בכל מקרה של תיעדוף הקצאת מכונת הנשמה. הדבר יאפשר אחריות (Accountability) הקצאה ברורה, הוגנת ושקופה.

IV. מן הכלל אל המעשה - קווים מנחים משפטיים (ראשוניים) לקביעת סדר עדיפויות לטיפול בחולים במהלך משבר הקורונה

העקרונות החוקתיים שנסקרו, ההסדרים החוקיים שנדונו ועקרון המידתיות כבית קיבול משפטי לקביעת האיזונים בין העקרונות השונים יוצרים מספר כללי מסגרת לקביעת סדרי עדיפויות לטיפול בחולים במהלך משבר הקורונה במצבים בהם יהיה מחסור במשאבי טיפול בחולים קשים.

- הצלת כמה שיותר חיים (מיקסום תועלת וקדושת החיים) - המטרה המרכזית של קביעת סדרי עדיפויות בהתאם לזכות החוקתית לחיים היא להציל כמה שיותר חיים במציאות של מחסור במשאבי טיפול. פועל יוצא מכך – עדיפות תינתן לחולים שמתן הטיפול בהם יהיה קרוב לוודאי מציל חיים עבורם.

- **המלצה - על הרגולטור להקים צוות מומחים ברפואה אשר ימליץ על כללי תיעדוף, אשר יופעלו בכל מקרה של תיעדוף הקצאת מכונת הנשמה. הדבר יאפשר אחריות (Accountability) הקצאה ברורה, הוגנת ושקופה. דעת מיעוט סברה כי יש לשאוף למנגנון של ניקוד ("שיטת הקצאה לאומית"), בדומה להקצאת איברים להשתלה**

- **החלטות תיעדוף יתועדו ככל שנסיבות החירום מאפשרות זאת**

- **המלצה – הקצאה על פי עיקרון קדושת החיים, ובמקרי מחסור הסיכוי להציל כמה שיותר חיים. לכן, מי שיש לו הסיכוי הגבוה ביותר לשרוד ללא טיפול רפואי במשאב החסר, ומי שיש לו הסיכוי הנמוך ביותר לשרוד עם הטיפול הרפואי במשאב החסר יקבלו את העדיפות הנמוכה ביותר בגישה למשאב החסר (למשל מכונת הנשמה).**
- **אסור לקבוע כלל גורף לאי-מתן טיפול ויש לבסס החלטות רק על הערכה אינדיבידואלית של החולה.**

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

- **המלצה - אסור לקבוע כלל גורף שלפיו אין מטפלים בסוג מסוים של חולים ללא הסתמכות על בדיקה פרטנית והערכה פרטנית של החולה הנדון. כך למשל, אסור בתכלית האיסור לקבוע כלל גורף לפיו מגיל מסוים לא יינתן טיפול רפואי מציל חיים. כלל שכזה מנוגד לחוק ולזכות החוקתית בדבר כבוד האדם. ואולם מותר כמובן לקחת פקטור של גיל כמדד אחד מבין המדדים המשפיעים על הסיכויים של החולה לשרוד את המחלה (ראו סעיף 4 לחוק זכויות החולה).**
- יש לבחון סיכויי שרידות קצרת טווח מהמחלה הפרטנית (הקורונה) ולא שרידות כללית לשנים רבות לעתיד. חלק מחברי ועדת המשנה היו בדיעה כי גם סיכויי שרידות ארוכי טווח הם שיקול לגיטימי בהקצאת משאב מוגבל מציל חיים.
- **המלצה – כאשר בוחנים את סיכויי השרידות לשם מתן עדיפות טיפול על הצוות הרפואי לתת דגש על סיכויי השרידות של החולה מהמחלה הפרטנית, קרי הקורונה, בנסיבות מצבו הבריאותי הכללי.**
- משקל תוחלת החיים העתידית של החולה שנים קדימה לאור מצב רפואי אחר שלו בשיקולי ההקצאה של מכוונת הנשמה נותרה במחלוקת.**
- איסור הפליה על בסיס שאינו רפואי – אסור לקבוע כי הקצאת משאבים מוגבלים של טיפול יינתנו על בסיס שאינו רפואי, כגון: גיל, מין, גזע, דת, לאום, מצב כלכלי או סוציאלי. כאמור לפי סעיף 4 לחוק זכויות החולה מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית, גיל או מטעם אחר כיוצא באלה. יש לשמור על כלל זה מכל משמר!
- **המלצה – הקצאה רק על סמך קריטריונים רפואיים, וכאמור קריטריונים אישיים לכל מטופל.**
- **יש לוודא זמינות הוגנת בפריסה ארצית של מכוונת הנשמה וצוות נדרש להפעלתם על פי מדדים של צפיפות אוכלוסייה וצפי/ביקוש בפועל של המשאב המצומצם.**
- **בדומה לתרומות איברים (שם מוענקים נקודות לתורמים בעבר), יש לשקול בחיוב מתן נקודות נוספות לאנשי צוות רפואה שנדבקו במהלך טיפול בחולי קורונה. נקודות אלו ישמשו רק במקרה של שיוויון בין שני מטופלים.**
- בחינת כל החולים כמקשה אחת ואי העדפת חולי קורונה - יש להיזהר מכך שהחולים בקורונה יהיו קבוצת מועדפת לטיפול, בגלל תשומת הלב המיוחדת לה זוכה מחלה זו כעת. מתן העדפה לחולי קורונה תפגע בעקרון השוויון. מאידך, אין גם להגיע למצב בו הטיפול בחולי קורונה הוא בעדיפות הנמוכה ביותר, בשל החשש מהדבקה או בשל המחסור במשאבים.
- לכן - כל החולים הזקוקים למשאב הטיפולי החסר, ללא קשר למחלתם, צריכים להיכלל באותה קבוצת התייחסות, ומכאן שכל חולה וחולה ייבחן באופן פרטני הצורך שלו ויוערכו סיכויי ההישרדות שלו בהתאם למחלה ממנה הוא סובל. מכאן שככל שיישם פרוטוקול להעדפת חולים אזי הוא יהיה תקף לכל החולים אשר יזדקקו למשאב הטיפולי החסר. אין באמור כדי למנוע הליך מיון שונה ומבודד לחולי קורונה בשל הצורך למנוע את התפשטות המגפה.
- **המלצה - מכוונת הנשמה יוקצו ויתועדפו לכלל החולים הנדרשים להם ונמצאים במצב זה מבחינת הצורך הדחוף, ולא תהיה עדיפות מיוחדת או פחותה לחולי קורונה.**
- בשעת משבר מנגנון הניקוד להקצאת מכוונת הנשמה יחול גם על קבוצת החולים שאינם חולים בקורונה.**

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

- מנגנון העדפה במקרה של נתונים זהים – במקרי קיצון לא סבירים, בהם ישנם חולים אשר הערכה הרפואית לגבי שרידותם זהה לחלוטין או כמעט לחלוטין ולמומחים אין אפשרות מעשית לתעדף, נדרש מנגנון הכרעה. כלי אפשרי אחד הוא להותיר את ההחלטה בידי הרופאים תוך ציון מפורש שהיא היתה בנסיבות קיצון וללא הכרעה מהותית בין הממתינים, או במקרים בהם זה אפשרי, יש לבחון מהן העדפות המטופל עצמו, ולאפשר לו לסייע בקבלת ההחלטה הקשה. אין להניח שלמטופל אין תפקיד ומשקל בקבלת ההחלטות במצבים אלה. לחילופין יש המעדיפים בחירת החולה בהגרלה. לדעת חלק מחברי ועדת המשנה כלי אקראי זה הוא המוסרי והאתי ביותר להכרעה כה קשה כאשר לא ידועים רצונות המטופלים או שרצון כולם לקבל טיפול באופן זהה.
- יש לשקול האם לאמץ הנחיה כי כאשר יש מספר חולים במצב זהה לחלוטין וביניהם קטינים, אזי תינתן עדיפות לקטינים, או לאנשי צוות רפואי שנדבקו במהלך משימותיהם וזכאים הם להתייחסות מיוחדת כמי שעומדים בקו הראשון במאבק במגיפה, וכן ריפויים יתרום להמשך המאבק בה.
- כיבוד רצונו של המטופל -
 - **המלצה - ההנחה היא, בהיעדר מידע אחר על רצונו של המטופל, כי כל מטופל רוצה בטיפול להארכת חייו.**
 - **המלצה – על הצוות הרפואי לכבד את רצונו של המטופל, וחובה לברר את רצונו בנסיבות העניין, קיומן של הנחיות מקדימות או יפוי כוח מתאים, ואת והתאמת הטיפול ופולשניותו לרצונו המוקדם של המטופל.**
 - **המלצה – במעבר של מטופל ממצב בינוני למצב קשה שעלול לחייב טיפול בהנשמה, יש לקיים שיחה ומתן הסבר על התהליך ועל תוצאותיו המקוות וסיכוייו עם המטופל ועם בני משפחתו (העתידיים להיות אפוטרופוסים לגוף).**
- העברת מכשיר למטופל אחר/הוצאת מטופל מטיפול נמרץ – ככל שחולה המקבל טיפול (למשל מכונת הנשמה) ומצבו אינו משתפר והצוות הרפואי מעריך כי סיכויי הישרדותו נמוכים מאוד ו/או שהם פחתו משמעותית לאור אי השיפור במצבו (לדוגמא מונשם ימים רבים), אזי יש לבחון קביעת מנגנון להוצאת חולה מטיפול לשם הכנסת חולה אחר בעל סיכויים גבוהים יותר אשר ממתין למשאב הטיפולי. יודגש שאין לנתק ממכשירי החייה (וכן, לדעת חלק מחברי ועדת המשנה, אין להשתמש בטיימר לצורך זה), אלא במקרים שבהם סיכויי ההישרדות נמוכים (אינם סבירים), ולא במקרים שבהם הם פחתו (אך עדיין סבירים) ויש מישהו אחר שסיכוי גבוהים יותר וממתין לטיפול. כמו כן, המנגנון כפוף להגבלות של חוק החולה הנוטה למות.
- **המלצה – מקרה קיצון של העברת מכשיר ממטופל למטופל יהיה רק במקרים בהם הטיפול בראשון נחזה להיות עקר/בעל סיכויים נמוכים, על פי מגבלת סעי' 13 לחוק החולה הנוטה למות, ואין עוד אינדיקציה לטיפול זה (במכונת הנשמה) לפי הסטנדרט הרפואי הסביר בנסיבות המגיפה.**
- **המלצה - מקרה כזה יובא לאישור גורם שאינו הצוות הטיפולי הישיר במחלקה, ודיווח למשרד הבריאות.**
- **המלצה – אין לכפות על איש צוות רפואי, אשר אמונתו מנוגדת למעשה, את ביצוע ההעברה, והוא יהיה חסין מכל הליך משפטי ו/או משמעתי בשל סירוב זה.**
- **המלצה – חולה אשר מוסר ממכונת הנשמה צריך להיות מטופל במכשיר אחר שיעילותו אכן פחותה אך שעדיין מעניק סיוע נשימתי נדרש ככל שניתן וככל שיש**

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

- כזה. קיימת חובה משפטית להמשיך בטיפול רפואי אחר ככל שנדרש וככל שניתן, ובוודאי טיפול פליאטיבי.**
- **הוגנות, שקיפות, ותיעוד החלטות – על הצוות הרפואי לעשות ככל שביכולתו לתעד את החלטותיו ולנמק בצורה ברורה את ההערכה לגבי סיכויי השרידות של החולה וההחלטה בדבר ההקצאה/מתן או אי-מתן המשאב הטיפולי.**
 - **המלצה – בהעדר חקיקה ראשית יותקנו תקנות משנה אשר יפרסו מנגנון דיווח ותיעוד לכל החלטת תיעדוף על סמך שיטת הניקוד הרפואי.**
 - **המלצה – פעולה במתווה המנגנון שהתווה הרגולטור תהיה חסינה מפני הליך משפטי ו/או משמעתי.**
 - **החלטה – לשקול חקיקה ראשית אשר תסדיר תיעדוף משאבים מוגבלים בשעת חירום.**
 - **קבלת החלטות בכל מוסד – לאחר שיוקם מנגנון ניקוד אחיד וברור, כל מוסד ימנה ועדת מיון על-מנת להבטיח כי שיטת הניקוד ופרוטוקול סדרי העדיפויות ייושם באופן שוויוני בכל בית החולים ובין כל המחלקות השונות.**
 - **המלצה – מינוי ועדת מיון בבית החולים ליישום עקרונות התיעדוף ובקרה.**
 - **המלצה – מינוי ועדה עליונה/ארצית למעקב אחר החלטות התיעדוף בדומה לוועדה הציבורית לקביעת מוות מוחי.**

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

נספח 1: הממד החוקתי

קביעת סדר עדיפויות למתן טיפול מציל חיים, דוגמת חיבור חולה למכונת הנשמה מלאכותית, כאשר ישנם משאבים מוגבלים כגון מחסור במכונות הנשמה מעלה מספר שיקולים חוקתיים:

(1) הזכות לחיים; (2) הזכות לבריאות; (3) הזכות לכבוד האדם; (4) הזכות לשוויון.

(1) הזכות לחיים

הזכות לחיים היא זכות יסוד במשפט החוקתי הישראלי. הזכות לחיים נתונה לכל אדם בישראל. מעמדה החוקתי של זכות זו מעוגן בפסקת עקרונות היסוד שבחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, הקובעת (סעיף 1 לחוק), כי: "זכויות היסוד של האדם בישראל מושתתות על ההכרה בערך האדם, בקדושת חייו ובהיותו בן-חורין...". זכות זו זכתה להכרה מפורשת גם בסעיף 2 לחוק היסוד, המורה, כי "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". סעיף 4 לחוק מורה, כי "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו". זכות זו נתונה אפוא לכל אדם באשר הוא. זכות זו אף מטילה חובה אקטיבית על המדינה להגן על החיים (סעיף 4 לחוק היסוד). זכות זו היא כמובן מאבני היסוד של שיטת המשפט הישראלית, שיונקת את ערכיה גם מערכי היסוד של היהדות אשר מעמידה את ערך קדושת חיי האדם כערך עליון ומנחה, כפי שציין השופט זילברג: "היהדות, מאז ומעולם, מאדירה ומפארת את הערך הכביר של חיי אנוש. תורת ישראל אינה שיטה פילוסופית של דעות ואמונות, אלא תורת חיים – של החיים, ולמען החיים... ועל-פי סולם העדיפויות של תורת ישראל, החיים הם הנכס הקדוש ביותר..." (בע"א 461/62 צים חברת השיט הישראלית בע"מ נ' מזיאר בעמ' 1333).

(2) הזכות לבריאות

הזכות לבריאות הינה זכות אדם בסיסית המעוגנת היטב במשפט הבינלאומי. הזכות לבריאות מוכרת גם במשפט הבינלאומי כזכות בסיסית אשר למדינה יש חובה לספק ברמה כזו או אחרת לתושביה. היקפה של הזכות, עם זאת, תלוי גם ביכולתה התקציבית והכלכלית של כל מדינה. סעיף 25(1) להכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם (אשר אומצה באו"ם בשנת 1948) הצהיר באופן כללי על הזכות לבריאות, ובנוסף, סעיף 12(א) לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, 1966, שאושרה על ידי מדינת ישראל בשנת 1991 קובע: "מדינות שהן צד באמנה זו מכירות בזכות כל אדם ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה". תוכנה של הזכות לבריאות חובק בתוכו מגוון של זכויות בעלות אופי שונה, תוכן שונה, והגנה משפטית שונה, ואולם אין חולק כי זכות זו כוללת את הזכות של כל אדם לקבל טיפול רפואי במצב חירום, והזכות לקבל שירותי בריאות בסיסיים.

מעמדה החוקתי של הזכות לבריאות טרם לובנה בפסיקה עד תומה. עם זאת, ניתן לומר כי טיפול רפואי בחירום וקבלת שירותי בריאות חיוניים ברמה הבסיסית ביותר הנדרשים להגנת החיים והבריאות, היא נגזרת של הזכות החוקתית לכבוד האדם, באשר הוא אדם, ושל הזכות החוקתית לחיים ולשלמות הגוף המעוגנות בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו (סעיפים 2 ו-4 לחוק). זכות זו עומדת לכל אדם בישראל באשר הוא (בג"ץ 1105/06 קו לעובד נ' שר הרווחה (פורסם באר"ש, 22.6.2014).

(3) הזכות לכבוד האדם

הזכות לכבוד האדם הינה בסיס מרכזי במשפט החוקתי הישראלי. הזכות לכבוד האדם מעוגנת בסעיפים 2 ו-4 לחוק יסוד כבוד האדם וחירותו ומהווה "זכות אם" למרבית הזכויות החוקתיות בישראל. הפסיקה קבעה כי הזכות לכבוד האדם מהווה אגד של זכויות ששמירתן נדרשת כדי לקיים את הכבוד האנושי. הנשיא ברק ציין כי: "ביסוד הזכות לכבוד האדם עומדת ההכרה כי האדם הוא יצור חופשי, המפתח את גופו וכוחו על פי רצונו בחברה בה הוא חי; במרכזו של כבוד

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

האדם מונחת קדושת חייו וחירותו. ביסוד כבוד האדם עומדים האוטונומיה של הרצון הפרטי, חופש הבחירה וחופש הפעולה של האדם כיצור חופשי. כבוד האדם נשען על ההכרה בשלמותו הפיזית והרוחנית של האדם, באנושיותו, בערכו כאדם, וכל זאת בלא קשר למידת התועלת הצומחת ממנו" (בג"ץ 6427/02 התנועה לאיכות השלטון בישראל נ' הכנסת, פ"ד סא(1) 619 פסקה 35 לפסק הדין (2006)). כבוד האדם משמיע לנו חובה משפטית ומוסרית לראות בכל אדם כבן אנוש עם זכויות מלאות ללא קשר לנסיבותיו או לתועלת שצומחת ממנו לחברה.

4 הזכות לשוויון

הזכות לשוויון מהווה חלק בלתי נפרד מהמשפט הישראלי. השוויון בין בני החברה הוא מרכיב מרכזי של המשפט המקובל הישראלי. מאז קום המדינה, חזר בית המשפט העליון וקבע כי השוויון מהווה את "נשמת אפו של המשטר החוקתי שלנו כולו". הצורך להבטיח שוויון הוא טבעי לאדם, ואין תחושה קשה יותר לאדם מאשר תחושת האפליה הבלתי מוצדקת. בית המשפט קבע כי השוויון "מבוסס על שיקולים של צדק והגינות. המבקש הכרה בזכותו, צריך להכיר בזכותו של הזולת לבקש הכרה דומה. הצורך לקיים שוויון הוא חיוני לחברה ולהסכמה החברתית שעליה היא בנויה. תחושת חוסר השוויון היא מהקשה שבתחושות. היא פוגעת בכוחות המאחדים את החברה. היא פוגעת בזהותו העצמית של האדם" (בג"ץ 953/87 פורז נ' ראש עיריית תל-אביב-יפו, פ"ד מב(2) 309, 332). לעיקרון השוויון פנים רבות, אשר המשותף להן הוא "האיסור על הבחנה בלתי עניינית בין שווים – היא ההפליה" (בע"מ 919/15 פלוני נ' פלונית (טרם פורסם, 2.7.2017)). מכאן שעקרון השוויון אינו מחייב זהות בטיפול בכל אדם ואדם, אלא תפיסת השוויון משמעותה יחס שווה לשווים ויחס שונה לשונים. אכן, "הפליה משמעותה יחס שונה אל שווים ויחס שווה אל שונים ... לעתים לשם השגת השוויון נדרש לפעול מתוך שונות. לא כל טיפול שונה הוא טיפול מפלה. עקרון השוויון מבוסס אפוא על תפיסת הרלוונטיות" (בג"ץ 6778/97 האגודה לזכויות האזרח בישראל נ' השר לביטחון פנים, נח(2) 358 (2004)). היטיב להביע זאת הנשיא אגרנט, בצינו: "המושג 'שוויון', בהקשר זה, פירושו איפוא שוויון רלוונטי (relevant equality) והוא הדורש, לענין המטרה הנדונה, 'טיפול שווה' (equality of treatment) באלה אשר המצב האמור מאפיין אותם. כנגד זה, תהא זו הבחנה מותרת, אם השוני בטיפול בבני אדם שונים ניזון מהיותם נתונים, בשים לב למטרת הטיפול, במצב של אי-שוויון רלוונטי (relevant inequality), כשם שתהא זו הפליה, אם הוא ניזון מהיותם נתונים במצב של אי-שוויון, שאיננו רלוונטי למטרות הטיפול" (ד"נ 10/69 בורנובסקי נ' הרבנים הראשיים לישראל, פ"ד כה(1) 7, 35). על חשיבותה הרבה של הזכות לשוויון ותוכנה נאמר מפי השופט גובראן בבג"ץ 2311/11 אורי סבח נ' הכנסת (17.9.2014):

"הזכות לשוויון, כידוע, נגזרת מהזכות החוקתית לכבוד הקבועה בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו ... על-פי גישה זו, השוויון מוסבר באמצעות מושג הרלבנטיות, ולא מאפשר להבחין בין אנשים מטעמים לא ענייניים ... כאשר נערכת הבחנה מטעמים שאינם רלבנטיים הרי זו הפליה. נהוג להבחין בין שני סוגים של הפליה. הפליה מסוג אחד עלולה להתקיים כאשר ההבחנה האסורה לוקה בחוסר רלבנטיות בהיותה שרירותית ובכך טועה להבחין כראוי בין פרטים. ההפליה מסוג נוסף יכולה להיעשות על בסיס קטגוריות זהות מוגדרות כגון לאום, גזע, או שיוך עדתי. הפליה זו מכונה בפסיקה "הפליה גנרית", והיא נתפסת כהפליה קשה שעולה כדי פגיעה בכבוד האדם"

עקרון השוויון אוסר בפירוש על הפליה מחמת גיל. הפליה מחמת גילו של אדם נאסרה בהקשרים מסוימים בישראל כבר בסוף שנות החמישים (למשל: סעיף 42א) לחוק שירות התעסוקה, התשי"ט-1959). בשנים האחרונות הולכת וגוברת המודעות הציבורית והמשפטית לאיסור הפליה

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

מחמת גיל (בג"ץ 10076/02 רוזנבאום נ' נציב שירות בתי הסוהר, פ"ד סא(3) 857, 872 (2006)). המקרה השכיח של הפליה מחמת גיל הוא הפליה לרעה של "מבוגרים" או "זקנים", המכונה "גילנות" (AGEISM) (בג"ץ 9134/12 פרופ' משה גביש נ' הכנסת (21.4.2016)). הפליה מחמת גיל מבטאת "... סטריאוטיפים באשר למגבלות הגוף והרוח של האדם המבוגר, בלא שלדברים יהיה לרוב בסיס רציונאלי או ענייני" (עניין רוזנבאום, בעמ' 871). בית הדין האזורי לעבודה עמד על כך בצינו כי "הגם שהחוק מנוסח באופן ניטרלי, במרבית המקרים מכוונת ההפליה מחמת גיל כלפי מי שהחברה מתייחסת אליו כאל 'מבוגר' או 'זקן', ויש בה כדי לשקף בעיה חברתית רחבת היקף של התייחסות לאנשים בגיל מתקדם כקבוצה חברתית המתויגת כבעלת מאפייני חולשה ואי יכולת אך ורק בשל גילה הכרונולוגי" (עע"א (ארצי) 209-10 ליבי וינברגר נ' אוניברסיטת בר אילן (6.12.2012)).

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

נספח ג4: ועדת משנה הלכתית

תקציר

בגין הפנדמיה העולמית של מגפת הקורונה צפוי מחסור באמצעים ובכוח אדם להצלת חיים, כולל מיטות טיפול נמרץ, מכשירי הנשמה, ערכות מיגון מתאים לצוות, וכוח אדם – רופאי טיפול נמרץ, אחיות טיפול נמרץ, טכנאים למכשירי הנשמה. להלן גדר ההלכה בנידון:

א. קיימת חובה על המדינה לעשות את כל הנדרש וככל האפשר כדי לספק את כל הדרוש להצלת חיים בעת המגפה על מנת שלא להגיע למצב הדורש החלטות טרגיות וגורליות של קידמות בטיפול על חשבון אחרים. יחד עם זאת, על המדינה לאזן את הצרכים הנדרשים להצלת חיים מול צרכים חיוניים אחרים.

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". ערך החיים של כל אחד ואחת הוא ערך עליון, ובדרך כלל קיימת חובה מוסרית והלכתית לעשות ככל הניתן להציל את חייו של כל אדם.

ג. כל אדם שיכול להציל את זולתו מחוייב לעשות זאת מדין לא תעמוד על דם רעך. ברם נפסק על ידי רוב הפוסקים שאין אדם חייב להכניס עצמו לספק סכנה כדי להציל את חברו מוודאי סכנה. אך ביחס לעובדי בריאות הדבר שונה, שכן רופא ועובד בריאות חיוני אחר רשאי לטפל בחולים גם אם יש בכך כדי חשש סכנה לחייו, ובוודאי שלכל הדעות אין עליו איסור להיכנס לספק סכנה. לפיכך, מותר לצוות רפואי לטפל בחולה במחלת קורונה המדבקת, אבל עם הזהירות המתחייבת מפעולה כזו, להיות ממוגן היטב, ולהקפיד הקפדה יתירה על כל כללי מניעת ההידבקות במצבים כאלה.

וראויים דברי הפוסקים להישמע: "באופן עקרוני אין לתת כללים ברורים וקבועים בשיעור ההסתכנות להצלת הזולת ובמניעה ממנה, אלא הכל לפי העניין, ויש לשקול העניין בפלס, ולא לשמור על עצמו יותר מדאי, ולא לדקדק ביותר", כאותה שאמרו: המדקדק עצמו בכך, סופו שבא לידי כך, ולא כל חשש רחוק נקרא ספק פיקוח נפש, ואם אין בזה גדר ספק נפשות יש חיוב הצלה, ודבר זה מסור לחכמים ולבקיאים.

ד. אכן ההלכה משתנה במצבים בהם מספר בני אדם זקוקים לטיפול מציל חיים, אך ניתן לטפל רק בחלק מהם בגלל מחסור במיטות טיפול נמרץ, או מכשירי הנשמה, או בצוות רפואי מיומן. במקרים כאלה צריך לקבוע דירוג להצלת חיים, גם במחיר הכואב של מות אחרים.

הדבר מבוסס על התפיסה העקרונית שהציבור והכלל איננו רק אוסף של יחידים, אלא הוא יחידה עצמאית, בעלת מהות מיוחדת עם חוקים משלה, ועם צרכים של ציבור ככלל, לעתים גם על חשבון היחיד, ואף שאין היחיד מתבטל כנגד הציבור, בכל זאת יש לציבור משקל מיוחד בפני עצמו במצבים שונים. לפיכך, יש צורך לאזן בין הצרכים של הציבור כיחידה עצמאית, לבין הצרכים של כל יחיד ויחיד המרכיב את הציבור.

ה. קדימויות אלו נכונות במיוחד כאשר מדובר בחולה שגם לפני ההידבקות בקורונה היה בגדר חולה הנוטה למות, או שהוא סובל ממחלות רקע קשות שלפי נתונים סטטיסטיים סיכויי ההישרדות שלו באם יזדקק להנשמה בגין מחלת הקורונה הם קלושים מאד.

ו. הכלל ההלכתי בקביעת קדימויות להצלה הוא ההתחשבות בחומרת המצב הרפואי, ובסיכויים להצלחת פעולות ההצלה. לפיכך אם ישנם חולים שמצבם הרפואי קשה יותר

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

- מאחרים, וסיכוייהם הרפואיים להפיק תועלת מהטיפול להצלתם טובים יותר מהאחרים, הם קודמים לאלו שמצבם הרפואי קל יותר, ושהסיכויים הרפואיים שלהם קלושים.
- ז. העקרונות הללו מבוססים על הכללים ההלכתיים הבאים: בריא ומסוכן - בריא קודם, והיינו ש"בריא" הוא מי שצריך את הטיפול הרפואי, ויש סיכויים טובים להצלחת הטיפול, לעומת מסוכן שיש לו מחלות רקע קשות, והסיכויים להצלחתו נמוכים יותר; טריפה ושאינו טריפה - יש קדימות להצלת זה שאינו טריפה על פני הטריפה; חיי עולם וחיי שעה - חיי עולם קודם, ואפילו ספק חיי עולם קודם לחיי שעה.
- ח. שיקולים של מגדר, גזע, דת, לאום, מצב כלכלי, מעמד חברתי, עיסוק וכדומה - אינם מהווים גורמים לקביעת קדימויות.
- ט. גם גיל כשלעצמו איננו מהווה שיקול להעדפת צעיר על פני זקן, אלא אם כן מצבו הרפואי קשה לכתחילה - בין אם מפאת גילו, או מפאת מחלות רקע.
- י. אם כבר התחיל הרופא לטפל בחולה קשה, ואחר כך הגיע אליו חולה בינוני; או שהתחיל לטפל בחולה שיש לו חיי שעה, ואחר כך הגיע חולה שיש לו סיכוי לחיי עולם - ככלל, לא יעזוב את הטיפול בחולה שהתחיל בו.
- יא. במקרה שכבר הנשימו חולה קשה, ומתברר שסיכוייו לשרוד קלושים ביותר, ודינו כחולה הנוטה למות - יש להימנע מלהתחיל כל טיפול רפואי חדש מאריך או תומך חיים; יש להימנע מחידוש תרופות כולל פרסורים; יש להפסיק לבצע בדיקות שונות, כגון בדיקות דם המיועדות לעמוד על מצבו של החולה; אין להמשיך ולנטר את החולה במצב זה, היינו להמשיך ולבדוק את לחץ הדם, קצב הלב, וריווי החמצן, ואין לתקן את מצבו של החולה על פי הנתונים שייראו על המסך; יש להימנע מפעולות החיאה כלשהן.
- מותר גם להוריד בהדרגה את קצב ההנשמה ואת ריכוז החמצן של מכונת ההנשמה עד למידה שלא ניכרת הרעה מיידית במצבו הנשימתי של החולה, ואם התייצב מצבו של החולה על מערכת ההנשמה המופחתת אין להחזיר את דרגת ההנשמה לקדמותה אם חלה החמרה מאוחר יותר.
- יב. חולה קורונה שאושפז בטיפול נמרץ ואובחן כמי שסיכוייו לשרוד קלושים - מותר להוציאו מטיפול נמרץ על מנת לפנות את המיטה לחולה שסיכוייו לשרוד גבוהים, מכיוון שאדם בהגדרה של חיי עולם קודם למי שיש לו רק חיי שעה, וצריך להמשיך לטפל בו במחלקה רגילה ככל האפשר.
- יג. כאשר מגיעים לאשפוז בני אדם הזקוקים לטיפול מציל חיים, וניתן לטפל רק בחלק מהם, והסיכויים הרפואיים של כולם שווים - יש אומרים שיטפל במי שרוצה; ויש אומרים שכאשר לא ידוע מי חשוב יותר ממי, או מי בסיכון גדול יותר ממי, הדרך העדיפה היא לחלק על פי גורל.
- יד. ישנה קדימות לצוות המטפל בחולי קורונה לקבל את הטיפול ההנשמתי אם יש לו סיכויים להינצל.
- טו. בהלכה מצינו הבדלים בקביעת קדימויות להצלה בין חולים הבאים בבת אחת, לבין חולים הבאים בזה אחר זה. אכן במצב כמו מגפת הקורונה, גם אם כרגע יש מיטות ומכשירי הנשמה פנויים, ידוע בוודאות שיגיעו חולים קשים הזקוקים לטיפול הנשמתי ויש להם סיכויים לשרוד, ולפיכך כל כללי הקדימויות הנדונים במצב של חולים הבאים בבת אחת חלים גם במצב שיש עדיין מיטות טיפול נמרץ ומנשמים פנויים.
- טז. אחת הבעיות הקשות העומדות בפני הרופאים האחראיים לקביעת קדימויות היא שאלת האמינות המדעית-סטטיסטית בקביעת התחזית והיכולת לצפות את התוצאות של הטיפול הנמרץ וההנשמתי בחולים אינדיבידואליים. קיימות שיטות תחזית שונות

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

ומגוונות, רובן מסובכות ומורכבות מנתונים רבים, אך המשותף לכולן שאין הן אמינות בצורה מספקת במקרים מורכבים, ובעיקר בשלבים מוקדמים של המחלה. לפיכך, נתונות הערכות אלו לשיקול דעת, וצריך לשם כך אנשים מיומנים בהיבטים השונים של הבעיה. אשר על כן צריך כל מוסד רפואי למנות ועדה מצומצמת של רופא, אתיקן, ואיש דת שאינם קשורים ישירות בטיפול בחולים בקורונה, אשר תיעץ לרופאים המטפלים במצבים מורכבים של קביעת קדימויות.

יז. בכל מקרה, יש להציע למטופלים סיוע פליאטיבי נרחב, כולל טיפולים פליאטיביים לתסמינים קליניים, וסיוע נפשי וחברתי עקב היותם מבודדים מבני משפחותיהם.



מלא

מגפת הקורונה העולמית יצרה דילמה מהחמורות ביותר של צורך בקביעת קדימויות לטיפול בחולים קשים ומונשמים.

אף שקיימים מספר מקורות הלכתיים רלוונטיים לדיון בשאלה של קביעת קדימויות להצלת חיים במצבי מחסור באמצעים או בכוח אדם, אך המורכבות המודרנית של מצבים כאלה לא מוצאת בקלות פתרונות מובנים בהלכה. וכבר כתב הגרש"ז אוערבאך: "אגיד לו נאמנה שאין אני קובע מסמרים בכל מה שכתבתי [בעניין קדימויות], כי השאלות הן חמורות מאד, ואינני יודע ראיות ברורות"⁶.

המקורות העיקריים לדיון בשאלת קדימויות בטיפול מציל חיים, או בהעדפת חולים במצבי מחסור, הם כדלקמן:

א. שנים שהיו מהלכין בדרך, וביד אחד מהן קיתון של מים. אם שותין שניהם – מתים, ואם שותה אחד מהן – מגיע לישוב. דרש בן פטורא, מוטב שישתו שניהם וימותו, ואל יראה אחד מהם במיתתו של חברו; עד שבא רבי עקיבא ולימד 'וחי אחיך עמך' – חייך קודמים לחי חברך⁷.

באופן עקרוני סוגיה זו איננה רלוונטית לדיון שלפנינו, שכן כאן מדובר במצב שאמצעי ההצלה המוגבל שייך לאחד מהאנשים שנמצאים בסכנה, בעוד שהדיון לפנינו מתייחס למצב של חסר באמצעי הצלה כשהאמצעי שייך לציבור.

ב. משנה: כהן קודם ללווי, לוי לישראל, ישראל לממזר, וממזר לנתין, ונתין לגר, וגר לעבד משוחרר. אימתי, בזמן שכולם שוים, אבל אם היה ממזר תלמיד חכם וכהן גדול עם הארץ – ממזר תלמיד חכם קודם לכהן גדול עם הארץ⁸.

הלכה למעשה כבר כתבו גדולי הפוסקים בדורנו שלא נוהגים כמשנה זו⁹.

⁶ שו"ת מנחת שלמה תניינא (ב-ג) סי' פו אות א. המקור פורסם באסיא נט-ס, אייר תשנ"ז עמ' 48; ספר אסיא יא, תשס"ט, עמ' 3-8. ד

⁷ ב"מ סב א. ראה על סוגיא זו בספרי "הרפואה כהלכה" כרך ה עמ' 77. וראה עוד במאמרו של הגר"ש דיכובסקי, דיני ישראל ז' תשל"ז עמ' מה ואילך.

⁸ הוריות יג א, ונפסק להלכה ברמב"ם מתנות עניים ח יז-יח, ובטושו"ע יו"ד רנא ח-ט. וראה הוריות שם במשנה הקודמת שאיש קודם לאשה להחיות ולהשיב אבדה. ראה באריכות בסוגיה זו בספרי "הרפואה כהלכה" כרך ה עמ' 86-88.

⁹ ראה שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עד אות א, שאפילו כשהגיעו בבת אחת, ואין עדיפות רפואית לאחד מהם, קשה לעשות מעשה על פי המשנה בהוריות בלא עיון גדול (וראה גם במסורת משה ח"א חח"מ סי' סב); ושו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' פב אות ב (תניינא סי' פו אות א), שבזמננו קשה מאד להתנהג לפי כללי הקדימויות של המשנה. אמנם ראה בשו"ת שבט הלוי ח"י סי' קסז אות א שגם כיום יש לנהוג על פי הקדימויות של המשנה.

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

- ג. מספר סוגיות קובעות את העקרון שאין דוחים נפש מפני נפש – הן באי מסירת אדם אחד להריגה¹⁰, או לפגיעה מינית¹¹, כדי להציל אחרים, והן באי העדפת מבוגר על פני תינוק¹².
- ד. מספר סוגיות מסדירות את היחס בין טובת היחיד וטובת הכלל במקרים של משאבים מוגבלים¹³.
- בענייננו, בגין הפנדמיה העולמית של מגפת הקורונה צפוי מחסור באמצעים ובכוח אדם להצלת חיים, כולל מיטות טיפול נמרץ, מכשירי הנשמה, ערכות מיגון מתאים לצוות, וכוח אדם – רופאי טיפול נמרץ, אחיות טיפול נמרץ, טכנאים למכשירי הנשמה.
- להלן גדרי ההלכה בנידון:
- א. קיימת חובה על המדינה לעשות את כל הנדרש וככל האפשר כדי לספק את כל הדרוש להצלת חיים בעת המגפה על מנת שלא להגיע למצב הדורש החלטות טרגיות וגורליות של קידמות בטיפול על חשבון אחרים. יחד עם זאת, על המדינה לאזן את הצרכים הנדרשים להצלת חיים מול צרכים חיוניים אחרים¹⁴.
- 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"¹⁵. ערך החיים של כל אחד ואחת הוא ערך עליון, ובדרך כלל קיימת חובה מוסרית והלכתית לעשות ככל הניתן להציל את חייו של כל אדם.
- ג. כל אדם שיכול להציל את זולתו מחוייב לעשות זאת מדין לא תעמוד על דם רעך¹⁶. ברם נפסק על ידי רוב הפוסקים שאין אדם חייב להכניס עצמו לספק סכנה אפילו כדי להציל את חברו מוודאי סכנה¹⁷. אך ביחס לעובדי בריאות הדבר שונה, שכן רופא ועובד בריאות חיוני אחר רשאי לטפל בחולים גם אם יש בכך כדי חשש סכנה לחייו, ובוודאי שלכל הדעות אין עליו איסור להיכנס לספק סכנה¹⁸. לפיכך, מותר לצוות רפואי לטפל בחולה במחלת קורונה המדבקת, אבל עם הזהירות המתחייבת מפעולה כזו, להיות ממוגן היטב, ולהקפיד הקפדה יתירה על כל כללי מניעת ההידבקות במצבים כאלה.
- וראויים דברי הפוסקים להישמע: "באופן עקרוני אין לתת כללים ברורים וקבועים בשיעור ההסתכנות להצלת הזולת ובמניעה ממנה, אלא הכל לפי העניין, ויש לשקול העניין בפלס, ולא

¹⁰ תוספתא תרומות ז כג; ירושלמי תרומות ח ד; בראשית רבה צד ט.

¹¹ משנה תרומות ח יב; רמב"ם יסודי התורה ה ה; טוש"ע יו"ד קנז א.

¹² משנה אהלות ז ו; סנהדרין עב ב.

¹³ משנה: אין פודין את השבויין יתר על כדי דמיהן, מפני תיקון העולם (גיטין מה א; רמב"ם מתנות עניים ח יב; טוש"ע יו"ד רנב ד). וראה תוס' שם ד"ה דלא, רמב"ן, רשב"א ומאירי שם, אם מחלוקת זו היא כמחלוקת ת"ק ורשב"ג בכתובות נב א, בעניין פדיון אשתו, עיי"ש. ואגב, ראה שו"ת רדב"ז ח"ג סי' מ, שעולה מדבריו כי "כדי דמיו" אינו ערכו של האדם בשוק עבדים, אלא הערך שמקובל לשלם בעולם לפדיון שבויים; מעיין של בני העיר חייהן וחיי אחרים חייהן קודמין לחיי אחרים בהמתם [ובהמת אחרים בהמתם] קודמת לבהמת אחרים כבישתן וכבישת אחרים כבישתן קודמת לכבישת אחרים חיי אחרים וכבישתן חיי אחרים קודמין לכבישתן רבי יוסי אומר כבישתן קודמת לחיי אחרים (נדרים פ ב). וראה תוספתא ב"מ (ליברמן) יא לג-לה; ירושלמי שביעית ח ה, ושם נדרים יא א. וראה בנידון בשו"ת לב שומע לשלמה (ר"ש דיכובסקי) ח"ב סי' לט. וראה גם ר"ש דיכובסקי, תורה שבעל-פה, לא, תש"נ, עמ' מ ואילך; והנ"ל תחומין לב תשע"ב עמ' 153 ואילך). וראה באריכות בסוגיה זו בספרי "הרפואה כהלכה" כרך ה עמ' 107 ואילך. על שיטת הגר"מ פיינשטיין ראה: ר"ש רפפורט, קדימויות בהקצאת משאבים ציבוריים לרפואה, אסיא נא-נב, אייר תשנ"ב, עמ' 46-53; ספר אסיא ז, תשנ"ד, עמ' 109-116.

¹⁴ יש לציין כי אכן הרשויות המוסמכות במדינת ישראל ניצלו כהלכה את הזמן שבו לא היה מחסור כדי להקים יחידות קורונה בכל בתי החולים במתחמים מבודדים, לרכוש ואף לייצר מכונות הנשמה בכמות גדולה, להכשיר רופאים ואחיות שאינם מומחים בטיפול נמרץ כדי להגדיל את הצוות המיומן, לרכוש אמצעי מיגון מתאימים ועוד.

¹⁵ סנהדרין לו א.

¹⁶ ויקרא יט טז. וראה סנהדרין עג א; רמב"ם הל' רוצח א יד; טוש"ע חו"מ תכו א.

¹⁷ ראה באריכות בספרי "הרפואה כהלכה" כרך ה עמ' 53 ואילך.

¹⁸ אגירת רעק"א בסי' אגרות סופרים מכתב ל; שו"ת ציץ אליעזר ח"ח סי' טו פ"י סק"ג, ושם ח"ט סי' יז פ"ה; שו"ת שבט הלוי ח"ח סי' רנא אות ז; הגר"י נויבירט, הובאו דבריו בנשמת אברהם מהדורה שניה חחו"מ סי' תכו סק"ב; שיעורי תורה לרופאים ח"א סי' מו; שו"ת מנחת אשר ח"ג סי' קב. וראה עוד וראה עוד נשמת כל חי ח"ב חחו"מ סי' מט; שו"ת רמ"א סי' יט (סי' כ בדפוסים אחרים); שו"ת דברי יציב חחו"מ סי' עט.

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

- לשמור על עצמו יותר מדאי, ולא לדקדק ביותר¹⁹, כאותה שאמרו: המדקדק עצמו בכך, סופו שבא לידי כך²⁰, ולא כל חשש רחוק נקרא ספק פיקוח נפש, ואם אין בזה גדר ספק נפשות יש חיוב הצלה, ודבר זה מסור לחכמים ולבקיאים²¹.
- ד. אכן ההלכה משתנה במצבים בהם מספר בני אדם זקוקים לטיפול מציל חיים, אך ניתן לטפל רק בחלק מהם בגלל מחסור במיטות טיפול נמרץ, או מכשירי הנשמה, או בצוות רפואי מיומן. במקרים כאלה צריך לקבוע דירוג להצלת חיים, גם במחיר הכואב של מות אחרים. הדבר מבוסס על התפיסה העקרונית שהציבור והכלל איננו רק אוסף של יחידים, אלא הוא יחידה עצמאית, בעלת מהות מיוחדת עם חוקים משלה, ועם צרכים של ציבור ככלל, לעתים גם על חשבון היחיד, ואף שאין היחיד מתבטל כנגד הציבור, בכל זאת יש לציבור משקל מיוחד בפני עצמו במצבים שונים²². לפיכך, יש צורך לאזן בין הצרכים של הציבור כיחידה עצמאית, לבין הצרכים של כל יחיד ויחיד המרכיב את הציבור.
- ה. קדימויות אלו נכונות במיוחד כאשר מדובר בחולה שגם לפני ההידבקות בקורונה היה בגדר חולה הנוטה למות, או שהוא סובל ממחלות רקע קשות שלפי נתונים סטטיסטיים סיכויי ההישרדות שלו באם יזדקק להנשמה בגין מחלת הקורונה הם קלושים מאד.
- ו. הכלל ההלכתי בקביעת קדימויות להצלה הוא ההתחשבות בחומרת המצב הרפואי, ובסיכויים להצלחת פעולות ההצלה²³. לפיכך אם ישנם חולים שמצבם הרפואי קשה יותר מאחרים, וסיכוייהם הרפואיים להפיק תועלת מהטיפול להצלחתם טובים יותר מאחרים, הם קודמים לאלו שמצבם הרפואי קל יותר, ושהסיכויים הרפואיים שלהם קלושים²⁴.
- ז. העקרונות הללו מבוססים על הכללים ההלכתיים הבאים: בריא ומסוכן - בריא קודם²⁵, והיינו ש"בריא" הוא מי שצריך את הטיפול הרפואי, ויש סיכויים טובים להצלחת הטיפול, לעומת מסוכן שיש לו מחלות רקע קשות, והסיכויים להצלחתו נמוכים יותר; טריפה ושאינו טריפה - יש קדימות להצלת זה שאינו טריפה על פני הטריפה²⁶; חיי עולם וחיי שעה - חיי עולם קודם²⁷, חיי עולם של אחד מול חיי שעה של שנים - חיי עולם של אחד קודם*. ואפילו ספק חיי עולם קודם לחיי שעה²⁸.
- ח. שיקולים של מגדר, גזע, דת, לאום, מצב כלכלי, מעמד חברתי, עיסוק וכדומה - אינם מהווים גורמים לקביעת קדימויות.

¹⁹ פת"ש חו"מ סי' תכו סק"ב; ערוה"ש חו"מ תכו ד; מ"ב סי' שכט סק"יט.

²⁰ ראה ב"מ לג א; טושו"ע חו"מ רסד א.

²¹ פת"ש שם.

²² ראה שו"ת חת"ס חח"מ סי' קעז; ר"ד סולובייצק, על התשובה, מאמר בין היחיד והציבור; אדרת אמונה (קלכהיים) עמ' 189, בשיטתו של המהר"ל בנידון. וראה עוד בכוזרי מאמר ג אות יט.

²³ שו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' פב אות ב (תניינא סי' פו אות א) המקור פורסם באסיא נט-ס, אייר תשנ"ז עמ' 48; ספר אסיא יא, תשס"ט, עמ' 8-3; הגר"א וייס, במכתב תשובה כת"י אלי (א.ש).

²⁴ שו"ת אגרות משה חח"מ סי' עג אות ב; שו"ת מנחת שלמה שם; שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' כח אות ג, ושם ח"י"ז סי' עב אות יד ואילך; שו"ת שבט הלוי ח"י סי' קסז; שו"ת קובץ תשובות ח"ג סי' קנט, שמסוכן קודם אפילו לתלמיד חכם; שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתנח; שו"ת מנחת אשר ח"א סי' קטו, ושם ח"ב סי' קכו. וראה עוד בסי' חקר הלכה אות ח בעניני חולה; שיעורי תורה לרופאים ח"ג סי' קסא.

²⁵ פרמ"ג או"ח סי' שכח משב"ז סק"א; שולחן עצי שטים (לבעל המרכבת המשנה) סי' א ס"ו; באה"ט או"ח סי' שלד סקכ"ב; ח"י רעק"א יו"ד סי' שלט ס"א. וראה שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' יז פ"י אותה, ושם ח"י"ז סי' עב אות יז.

²⁶ סי' חסידים סי' תשכד; שו"ת ציץ אליעזר ח"י"ז סי' י, וסי' עב; ר"מ וינברגר, עמק הלכה-אסיא, א, תשמ"ו, עמ' 109 ואילך.

²⁷ תפא"י יומא פ"ח בועז אות ג; יעב"ץ במגדל עז פרק אבן הבוחן פינה א אות צב; שו"ת אגרות משה חח"מ סי' ב עב אות ב; שו"ת ציץ אליעזר ח"י"ז סי' עב אות טו ואילך; שיעורי תורה לרופאים ח"ב סי' קכג; שו"ת מנחת אשר ח"ב סי' קכו.

* בבא מציעא סב, א, ובחזון אי"ש שם.

²⁸ ע"ז כז ב. הגר"נ גולדברג, הובאו דבריו במאמרו של א. סדן, אסיא פא-פב תשס"ח עמ' 42, והנ"ל תחומין לו תשע"ו עמ' 209 ואילך. בשיטת החזו"א בנידון יש לכאורה סתירה בביאורו את מחלוקת ר"ע וכן פטורא בסוגיא של שנים שהולכים במדבר (ב"מ סב א), בין מה שכתב בליקוטים למס' ב"מ סי' כ, לבין מה שכתב בגליונות על ר"ח מבריסק בהל' יסודי התורה, וי"ל. וראה מנחת אשר עה"ת ויקרא סי' נט אות ג.

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

- ט. גם גיל כשלעצמו איננו מהווה שיקול להעדפת צעיר על פני זקן²⁹, אלא אם כן מצבו הרפואי קשה לכתחילה – בין אם מפאת גילו, או מפאת מחלות רקע.
- י. במקרה שכבר הנשימו חולה קשה, ומתברר שסיכוייו לשרוד קלושים ביותר, ודינו כחולה הנוטה למות³⁰ – יש להימנע מלהתחיל כל טיפול רפואי חדש מאריך או תומך חיים; יש להימנע מחידוש תרופות כולל פרסורים; יש להפסיק לבצע בדיקות שונות, כגון בדיקות דם המיועדות לעמוד על מצבו של החולה; אין להמשיך ולנטר את החולה במצב זה, היינו להמשיך ולבדוק את לחץ הדם, קצב הלב, וריווי החמצן, ואין לתקן את מצבו של החולה על פי הנתונים שייראו על המסך; יש להימנע מפעולות החיאה כלשהן³¹.
- מותר גם להוריד בהדרגה את קצב ההנשמה ואת ריכוז החמצן של מכונת ההנשמה עד למידה שלא ניכרת הרעה מיידית במצבו הנשימתי של החולה³², ואם התייצב מצבו של החולה על מערכת ההנשמה המופחתת אין להחזיר את דרגת ההנשמה לקדמותה אם חלה החמרה מאוחר יותר³³.
- יא. חולה שאושפז בטיפול נמרץ ואובחן כמי שסיכוייו לשרוד קלושים – מותר להוציאו מטיפול נמרץ על מנת לפנות את המיטה לחולה שסיכוייו לשרוד גבוהים, מכיוון שאדם בהגדרה של חיי עולם קודם למי שיש לו רק חיי שעה³⁴, וצריך להמשיך לטפל בו במחלקה רגילה ככל האפשר³⁵. האמור (שמותר להעביר מהיחידה לטיפול נמרץ להמשך טיפול במחלקה) נכון גם אם החולה כבר מוגדר מבחינה הלכתית כגוסס.
- יב. כאשר מגיעים לאשפוז בני אדם הזקוקים לטיפול מציל חיים, וניתן לטפל רק בחלק מהם, והסיכויים הרפואיים של כולם שווים – יש אומרים שיטפל במי שרוצה³⁶; ויש אומרים שכאשר לא ידוע מי חשוב יותר ממי, או מי בסיכון גדול יותר ממי, הדרך העדיפה היא לחלק על פי גורל³⁷.
- יג. ישנה קדימות לצוות המטפל בחולי קורונה לקבל את הטיפול ההנשמתי אם יש לו סיכויים להינצל³⁸.

²⁹ שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עה אות ז; שו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' פב אות ב, והגרש"י אויערבאך במכתבו שפורסם בחוב' אסיא, נט-ס, אייר תשנ"ז, עמ' 48, שהתחשבות בגיל לא בא בחשבון כלל. אמנם ראה יעב"ץ, מגדל עוז פרק אבן הבוחן פינה א, שיש להקדים צעיר לזקן. וכן התפרסמה תשובתו של הגר"צ שכטר באתר של ישיבה-יוניברסיטי להקדים צעיר לזקן מופלג. וראה עוד במאמרו של הגר"ש דיכובסקי, דיני ישראל ז' תשל"ו עמ' מה ואילך.

³⁰ דין זה נכון גם אם הוא שרוי בחוסר הכרה מוחלט, ולא ברור שהוא סובל יסורים, מותר גם בו להימנע מהארכת חיו (שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' קעד ענף ג, ושם חח"מ ח"ב סי' עד אות א; הגרש"י אויערבאך, הובאו דבריו בנשמת אברהם מהדורה שניה חיו"ד סי' שלט סק"ד 42א).

³¹ ראה בכל זה בספרי "הרפואה כהלכה" כרך ו עמ' 370-369.

³² א. שטינברג, חוב' אסיא, סג-סד, תשנ"ט, עמ' 19-18, בשם הגרש"י אויערבאך והגר"ש וואזנר.

³³ יש אומרים שכאשר מפסיקים את פעולת מכשיר ההנשמה לצורך טיפול בחולה או במכשיר, כגון להחלפת הצינור הנכנס לריאות ומחובר למכשיר ההנשמה (הגר"ז"נ גולדברג, מוריה פח-פט עמ' נה ואילך, והנ"ל, עמק הלכה-אסיא, עמ' 64 ואילך), או אם מכשיר ההנשמה מחובר למיכל חמצן שהתרוקן, אין חיוב לחזור ולחבר את המכשיר לחולה אם התברר שאינו נושם עוד (שו"ת אג"מ חיו"ד ח"ג סי' קלב; הגר"ז"נ גולדברג, שם).

³⁴ שיעורי תורה לרופאים ח"ב סי' פה, ושם ח"ג סי' קסד (וכן שושנת העמקים (ר"י זילברשטיין) פרק ורפא ירפא סי' לד).

³⁵ שו"ת מנחת אשר ח"א סי' קטו. אמנם ראה בשו"ת אג"מ חח"מ ח"ב סי' עג אות ב שאף שהוא בגדר חיי שעה, אין להוציאו ולדחותו גם כשיש צורך במיטה לטפל בחולה שיש לו סיכויים לחיי עולם, כיון שהראשון כבר זכה במקומו, ואין הוא חייב למסור נפשו כדי להציל את חברו. ואולי במצב כה חמור של מחסור באמצעי הצלה לרבים מאוד, אף הגר"מ פיינשטיין יודה, וצ"ע.

• הגרש"י אויערבאך, הגר"ש וואזנר, והגרש"ב לייזרזון, אסיא נה, תשנ"ד, עמ' 45-43; ספר אסיא יא (תשס"ט) עמ' 9-11.

³⁶ חזו"א יו"ד סי' סט אות ב, ושם ב"מ ליקוטים סב א סי' כ; שבט מיהודה שער א פ"ח; הגר"מ הרשלר, הלכה ורפואה, ד, תשמ"ה, עמ' פב ואילך.

³⁷ שו"ת אגרות משה חח"מ ח"ב סי' עה אות ב; במראה הבזק עמ' 96, בשם הגר"ש ישראל. ובעניין משמעות הטלת גורל במצבי ספק בדרך כלל ראה מה שכתבתי בספרי "הרפואה כהלכה" כרך ה עמ' 90-89 בהע' 18.

³⁸ ראה שו"ת נס להתנוסס סי' סז (וראה גם מאמרו של ר"י זילברשטיין תחומין לו תשע"ז עמ' 85 ואילך); שיעורי תורה לרופאים ח"ג סי' קסא. והוא מגדר שרבים צריכים לו. וכן משמע מדברי רש"י הוריות יג א ד"ה להחיותו,

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

יד. בהלכה מצינו הבדלים בקביעת קדימויות להצלה בין חולים הבאים בבת אחת, לבין חולים הבאים בזה אחר זה. אכן במצב כמו מגפת הקורונה, גם אם כרגע יש מיטות ומכשירי הנשמה פנויים, ידוע בוודאות שיגיעו חולים קשים הזקוקים לטיפול הנשמתי ויש להם סיכויים לשרוד, ולפיכך כל כללי הקדימויות הנידונים במצב של חולים הבאים בבת אחת חלים גם במצב שיש עדיין מיטות טיפול נמרץ ומנשמים פנויים³⁹.

טו. אחת הבעיות הקשות העומדות בפני הרופאים האחראיים לקביעת קדימויות היא שאלת האמינות המדעית-סטטיסטית בקביעת התחזית והיכולת לצפות את התוצאות של הטיפול הנמרץ וההנשמתי בחולים אינדיבידואליים. קיימות שיטות תחזית שונות ומגוונות, רובן מסובכות ומורכבות מנתונים רבים, אך המשותף לכולן שאין הן אמינות בצורה מספקת במקרים מורכבים, ובעיקר בשלבים מוקדמים של המחלה. לפיכך, נתונות הערכות אלו לשיקול דעת, וצריך לשם כך אנשים מיומנים בהיבטים השונים של הבעיה. אשר על כן צריך כל מוסד רפואי למנות ועדה מצומצמת של רופא, אתיקאי, ואיש דת שאינם קשורים ישירות בטיפול בחולים בקורונה, אשר תיעץ לרופאים המטפלים במצבים מורכבים של קביעת קדימויות.

התקציר ההלכתי עם הערות עמדה נוצרית

בגין הפנדמיה העולמית של מגפת הקורונה צפוי מחסור באמצעים ובכוח אדם להצלת חיים, כולל מיטות טיפול נמרץ, מכשירי הנשמה, ערכות מיגון מתאים לצוות, וכוח אדם – רופאי טיפול נמרץ, אחיות טיפול נמרץ, טכנאים למכשירי הנשמה.

להלן גדרי ההלכה בנידון :

א. קיימת חובה על המדינה לעשות את כל הנדרש וככל האפשר כדי לספק את כל הדרוש להצלת חיים בעת המגפה על מנת שלא להגיע למצב הדורש החלטות טרגיות וגורליות של קידמות בטיפול על חשבון אחרים. יחד עם זאת, על המדינה לאזן את הצרכים הנדרשים להצלת חיים מול צרכים חיוניים אחרים.

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". ערך החיים של כל אחד ואחת הוא ערך עליון, ובדרך כלל קיימת חובה מוסרית והלכתית לעשות ככל הניתן להציל את חייו של כל אדם.

ג. כל אדם שיכול להציל את זולתו מחוייב לעשות זאת מדין לא תעמוד על דם רעך. ברם נפסק על ידי רוב הפוסקים שאין אדם חייב להכניס עצמו לספק סכנה כדי להציל את חברו מוודאי סכנה. אך ביחס לעובדי בריאות הדבר שונה, שכן רופא ועובד בריאות חיוני אחר רשאי לטפל בחולים גם אם יש בכך כדי חשש סכנה לחייו, ובוודאי שלכל הדעות אין עליו איסור להיכנס לספק סכנה. לפיכך, מותר לצוות רפואי לטפל בחולה במחלת קורונה המדבקת, אבל עם הזהירות המתחייבת מפעולה כזו, להיות ממוגן היטב, ולהקפיד הקפדה יתירה על כל כללי מניעת ההידבקות במצבים כאלה.

שמשוח מלחמה קודם לסגן, משום שהציבור צריך למשוך המלחמה יותר מהסגן, והובא בס' חסידים (ויסטינצקי) סי' תתתעה. כאן קיים גם שיקול נוסף, שהצלת מטפלים מקצועיים והחזרתם לצוות המטפלים, עשויה לאפשר הצלה של חולים נוספים.

³⁹ ראה שו"ת צ"ץ אליעזר ח"י"ז סי' עב אות כ, וכן שם סי' י. הגרש"ז אויערבאך הסכים לפסק זה, הובאו דבריו במאמרו של הגר"מ קליין, בשבילי הרפואה, ח, תשמ"ז, עמ' טז ואילך. וראה שו"ת מנחת שלמה ח"ב סי' פב אות ב; שו"ת תשובות והנהגות ח"א סי' תתנח. אמנם בשו"ת שבט הלוי ח"י"ז סי' קסז אות א פסק שכאשר באים זה אחר זה יטפלו במי שבא ראשון, אך אין כן דעת רוב הפוסקים. ואמנם בפועל, אף במצבי שגרה לא מקבלים כל חולה הזקוק להנשמה ליחידה לטיפול נמרץ על פי אותם שיקולים, וק"ו במצב של פנדמיה עולמית.

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

וראויים דברי הפוסקים להישמע: "באופן עקרוני אין לתת כללים ברורים וקבועים בשיעור ההסתכנות להצלת הזולת ובמניעה ממנה, אלא הכל לפי העניין, ויש לשקול העניין בפלס, ולא לשמור על עצמו יותר מדאי, ולא לדקדק ביותר", כאותה שאמרו: המדקדק עצמו בכך, סופו שבא לידי כך, ולא כל חשש רחוק נקרא ספק פיקוח נפש, ואם אין בזה גדר ספק נפשות יש חיוב הצלה, ודבר זה מסור לחכמים ולבקיאים.

ד. אכן ההלכה משתנה במצבים בהם מספר בני אדם זקוקים לטיפול מציל חיים, אך ניתן לטפל רק בחלק מהם בגלל מחסור במיטות טיפול נמרץ, או מכשירי הנשמה, או בצוות רפואי מיומן. במקרים כאלה צריך לקבוע דירוג להצלת חיים, גם במחיר הכואב של מות אחרים.

הדבר מבוסס על התפיסה העקרונית שהציבור והכלל איננו רק אוסף של יחידים, אלא הוא יחידה עצמאית, בעלת מהות מיוחדת עם חוקים משלה, ועם צרכים של ציבור ככלל, לעתים גם על חשבון היחיד, ואף שאין היחיד מתבטל כנגד הציבור, בכל זאת יש לציבור משקל מיוחד בפני עצמו במצבים שונים. לפיכך, יש צורך לאזן בין הצרכים של הציבור כיחידה עצמאית, לבין הצרכים של כל יחיד ויחיד המרכיב את הציבור.

ה. קדימויות אלו נכונות במיוחד כאשר מדובר בחולה שגם לפני ההידבקות בקורונה היה בגדר חולה הנוטה למות, או שהוא סובל ממחלות רקע קשות שלפי נתונים סטטיסטיים סיכויי ההישרדות שלו באם יזדקק להנשמה בגין מחלת הקורונה הם קלושים מאד.

ו. הכלל ההלכתי בקביעת קדימויות להצלה הוא ההתחשבות בחומרת המצב הרפואי, ובסיכויים להצלחת פעולות ההצלה. לפיכך אם ישנם חולים שמצבם הרפואי קשה יותר מאחרים, וסיכוייהם הרפואיים להפיק תועלת מהטיפול להצלתם טובים יותר מהאחרים, הם קודמים לאלו שמצבם הרפואי קל יותר, ושהסיכויים הרפואיים שלהם קלושים.

ז. העקרונות הללו מבוססים על הכללים ההלכתיים הבאים: בריא ומסוכן - בריא קודם, והיינו ש"בריא" הוא מי שצריך את הטיפול הרפואי, ויש סיכויים טובים להצלחת הטיפול, לעומת מסוכן שיש לו מחלות רקע קשות, והסיכויים להצלתו נמוכים יותר; טריפה ושאינו טריפה - יש קדימות להצלת זה שאינו טריפה על פני הטריפה; חיי עולם וחיי שעה - חיי עולם קודם, ואפילו ספק חיי עולם קודם לחיי שעה.

ח. שיקולים של מגדר, גזע, דת, לאום, מצב כלכלי, מעמד חברתי, עיסוק וכדומה - אינם מהווים גורמים לקביעת קדימויות.

ט. גם גיל כשלעצמו איננו מהווה שיקול להעדפת צעיר על פני זקן, אלא אם כן מצבו הרפואי קשה לכתחילה - בין אם מפאת גילו, או מפאת מחלות רקע.

י. אם כבר התחיל הרופא לטפל בחולה קשה, ואחר כך הגיע אליו חולה בינוני; או שהתחיל לטפל בחולה שיש לו חיי שעה, ואחר כך הגיע חולה שיש לו סיכוי לחיי עולם - ככלל, לא יעזוב את הטיפול בחולה שהתחיל בו.

יא. במקרה שכבר הנשימו חולה קשה, ומתברר שסיכוייו לשרוד קלושים ביותר, ודינו כחולה הנוטה למות - יש להימנע מלהתחיל כל טיפול רפואי חדש מאריך או תומך חיים; יש להימנע מחידוש תרופות כולל פרסורים; יש להפסיק לבצע בדיקות שונות, כגון בדיקות דם המיועדות לעמוד על מצבו של החולה; אין להמשיך ולנטר את החולה במצב זה, היינו להמשיך ולבדוק את לחץ הדם, קצב הלב, וריווי החמצן, ואין לתקן את מצבו של החולה על פי הנתונים שייראו על המסך; יש להימנע מפעולות החייאה כלשהן.

מותר גם להוריד בהדרגה את קצב ההנשמה ואת ריכוז החמצן של מכונת ההנשמה עד למידה שלא ניכרת הרעה מיידית במצבו הנשימתי של החולה, ואם התייצב מצבו של החולה על מערכת ההנשמה המופחתת אין להחזיר את דרגת ההנשמה לקדמותה אם חלה החמרה מאוחר יותר.

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

יב. חולה שאושפז בטיפול נמרץ ואובחן כמי שסיכוייו לשרוד קלושים – מותר להוציאו מטיפול נמרץ על מנת לפנות את המיטה לחולה שסיכוייו לשרוד גבוהים, מכיוון שאדם בהגדרה של חיי עולם קודם למי שיש לו רק חיי שעה, וצריך להמשיך לטפל בו המחלקה רגילה ככל האפשר.

יג. כאשר מגיעים לאשפוז בני אדם הזקוקים לטיפול מציל חיים, וניתן לטפל רק בחלק מהם, והסיכויים הרפואיים של כולם שווים – יש אומרים שיטפל במי שרוצה; ויש אומרים שכאשר לא ידוע מי חשוב יותר ממי, או מי בסיכון גדול יותר ממי, הדרך העדיפה היא לחלק על פי גורל.

יד. ישנה קדימות לצוות המטפל בחולי קורונה לקבל את הטיפול ההנשמתי אם יש לו סיכויים להינצל.

טו. בהלכה מצינו הבדלים בקביעת קדימויות להצלה בין חולים הבאים בבת אחת, לבין חולים הבאים בזה אחר זה. אכן במצב כמו מגפת הקורונה, גם אם כרגע יש מיטות ומכשירי הנשמה פנויים, ידוע בוודאות שיגיעו חולים קשים הזקוקים לטיפול הנשמתי ויש להם סיכויים לשרוד, ולפיכך כל כללי הקדימויות הנדונים במצב של חולים הבאים בבת אחת חלים גם במצב שיש עדיין מיטות טיפול נמרץ ומנשמים פנויים.

טז. אחת הבעיות הקשות העומדות בפני הרופאים האחראיים לקביעת קדימויות היא שאלת האמינות המדעית-סטטיסטית בקביעת התחזית והיכולת לצפות את התוצאות של הטיפול הנמרץ וההנשמתי בחולים אינדיבידואליים. קיימות שיטות תחזית שונות ומגוונות, רובן מסובכות ומורכבות מנתונים רבים, אך המשותף לכולן שאין הן אמינות בצורה מספקת במקרים מורכבים, ובעיקר בשלבים מוקדמים של המחלה. לפיכך, נתונות הערכות אלו לשיקול דעת, וצריך לשם כך אנשים מיומנים בהיבטים השונים של הבעיה. אשר על כן צריך כל מוסד רפואי למנות ועדה מצומצמת של רופא, אתיקאי, ואיש דת שאינם קשורים ישירות בטיפול בחולים בקורונה, אשר תיעץ לרופאים המטפלים במצבים מורכבים של קביעת קדימויות.

עמדת הנצרות:

אין מחלוקת כלל על סעיפים א' ו-ב' (אף אם היינו מנסחים זאת אחרת, בביסוס ערך החיים של כל אדם בהיותו נברא בצלם (בר' א', 26-27) ומיועד להידמות לצלם הבן (אל הרומים ח', 29) למשל).

בסעיף ג' מדובר על החובה "לא תעמוד על דם רעך". אין לאדם זכות אבסולוטית על חייו כי אם לקב"ה כמו שכתוב "כי בו אנחנו חיים, מתנועעים וקיימים" (מעשה השליחים יז' 28), מכאן חובה על האדם לשמור על עצמו ולצוות המטפל לטפל בו. עם זאת, הצוות המטפל חייב לזכור שאין לו זכות לטפל אלא זו שקיבל מהמטופל כשלו עצמו אין זכות אבסולוטית על חייו. מותר לבן אדם לסכן את חיי גופו למטרה עליונה יותר – לשם שמים, להצלת נפשות, ובשירות אחיו (ראה להלן האמנה, 89).

בקשר לסעיפים ג' ו-ד' – לא מצאתי התייחסות במקורות הכנסייתיים (באמנה לעובדי מערכת הבריאות, 2017, למשל, שהוא המקור המסכם והמעודכן ביותר בתחום הביואתיקה) למעבר ממצב השגרה למצב חרום בו הציבור הופך להיות יחידה עצמאית שצרכיו עומדים אל מול צרכיו של הפרט. יש התייחסות כזו בעת מלחמה, וכן בעניין של מחלות מדבקות בקשר לחיסון, אך לא בהקשר של פנדמיה. אגודת הרופאים הקתולים האמריקאים הוציאה מסמך "נקודות להתייחסות" שנוגע בעניין תעדוף אך לא מפרט הרבה. עם זאת, באמנה שציטטתי לעיל כן קיימות

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

הצגה והתייחסות לכללים שרלוונטיים לנו כאן (האמנה 84-89). אפרט אותם להלן ואדון בהם לפי הצורך.

1. כל חולה זכאי לטיפול האפשרי ושממנו יוכל להפיק תועלת.
2. אם החלמה אינה אפשרית, החולה תמיד זכאי שיטפלו בו כאדם, דהיינו חובה על המטפל להעניק לו את כל הטיפול שבגדר המקובל הרגיל (ORDINARY) ובמידתיות למצבו (PROPORTIONATE). במידתיות יש לקחת בחשבון את מורכבות הטיפול, הסכנה הטמונה בו, עלותו והאפשרות לקבל אותו, ולשקול את אלה מול התוצאה המצופה.
3. כנגד טיפול שבגדר הרגיל והמידתי, יש טיפולים שיוצאים מגדר הרגיל כאשר הם מטילים מעמסה (שתהיה זאת חומרית, פיזית, נפשית או כלכלית) על מטופל, בני משפחתו, או על המוסד הרפואי בו נמצא. על אחת כמה וכמה, טיפולים שהפכו למיותרים (FUTILE).
4. השימוש באמצעים הרגילים כדי לשמור על חייו של החולה הם חובה מוסרית. ואילו אפשר לבטל (DECLINE) שימוש באמצעים היוצאים מגדר הרגיל, בהסכמתו של המטופל או על פי בקשתו, אפילו אם אי שימוש זה מקצר את חייו. אי אפשר לדרוש מרופאים להשתמש באמצעים היוצאים מגדר הרגיל.
5. ישנם שני הקשרים בהם מפורשת המידתיות בטיפול: הקשר אפסות טיפול אפשרי/ניסוי והקשר סוף החיים:
 - 5.1. בתוך ההיתרים שבהקשר הראשון, צוין במפורש שאין לאף אחד היכולת להכריח מישהו להשתמש בטכניקה הנושאת מידת מה של סכנה או מעמסה. הדבר ייראה כקבלה של היותו אדם ככל אדם (ולא ייחשב להתאבדות למשל), רצון למנוע שימוש בטכניקה שאינה שקולה לעומת התועלת שבה, או כרצון להימנע מלהטיל הוצאות שיוצאות מגדר הרגיל על המשפחה או על הקהילה. (האמנה, 87)
 - 5.2. ההקשר השני הוא זה של חולה הנוטה למות. בהקשר זה, אם חולה נוטה למות למרות הטיפולים שקיבל, מותר למטפל לסרב לתת צורות טיפול שרק יאריכו את חייו בצורה לא ברורה ומעמסת, כל עוד לא מפסיקים את הטיפול בו בטיפולים שבגדר הרגיל. (האמנה, 150).
6. אחרי שהצגתי את העקרונות האלה (שידועים מזמן ומקובלים) איישם אותם במקרה של פנדמיה כשהכלל עובר מקדימות טיפול בחולה הנזקק בו ביותר לטיפול בחולה שיפיק מהטיפול התועלת המרבית ביותר.
 - 6.1. סעיף ה' נראה מובן מאליו ונובע ישירות מסעיפים 3 ו-4 לעיל.
 - 6.2. סעיפים ו' וז' הם כללים מקובלים והנמצאים בנקודות להתייחסות של האגודה הקתולית האמריקאית.
 - 6.3. על סעיפים ח' וט' אין ויכוח. וכמו כן סעיף י'.
 - 6.4. את סעיף יא' כפי שהוא מנוסח כאן, אני מקבל אותו על סמך הנקודות 4 ו-5.2 שלעיל. יש להוסיף שמאז שנות החמישים, חיבור להנשמה נחשב לאמצעי שהוא יוצא מגדר הרגיל, עליו לא חל חובה על הרופא המטפל להשתמש בו, על אחת כמה וכמה כשחל החמרה במצב החולה או כשהתוצאות לא תואמות לתועלת המצופה.
 - 6.5. את סדר הקדימויות בסעיפים יב' עד טו', ניתן לקבל על סמך הנקודות 3 ו-5.1 בנוסף לסעיפים 4 ו-5.2 בשל המימד הכלכלי, מוסדי וקהילתי המוזכר בהם.
7. כנקודת סיכום אציין שהאיסור המוחלט הוא גרימת מוות במכוון, ועל אחת כמה וכמה אם גרימת מוות זו היא אינסטרומנטלית, זאת אומרת במטרה להפיק תועלת שאינה תואמת למצבו של המטופל הספציפי. יחד עם זאת, עם ההבחנה בין אמצעי טיפול שבגדר הרגיל לבין אמצעי טיפול שיוצאים מגדר הרגיל, והכלל של כפל התוצאה, הנני סבור שניתן לקבל את

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

סדרי הקדימויות כפי שמנוסחים כאן, במיוחד בסעיפים יא' ויב'. בעיקר שהדברים יעשו בהתאם למצב הרפואי של החולה ומבלי לנטוש אותו ללא טיפול תומך.

8. סעיפים 159-164 של האמנה המצוטטת לעיל מפרשת את הליכי הליווי הרוחני המקובל לחולים שחייהם בסכנה ממשית והנוטים למות וכדאי שיהיה הערכות אם אפשר לקשר עם המשפחה ולאפשרות ליווי רוחני כזה גם בעת קורונה.

מקורות:

New Charter for Health Care Workers, Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers, The National Catholic Bioethics Center, Philadelphia, 2017 (האמנה).

“Points to Consider: Triage in the Perspective of Catholic Bioethics”, <https://ncbcstore.org/ncbc-resources-for-covid19/triage-in-the-perspective-of-catholic-bioethics> (retrieved 3/31/2020) (נקודות להתייחסות).

John Breck, *The Sacred Gift of Life. Orthodox Christianity and Bioethics*, (consulted according to the French translation, Cerf, Paris, 2007).