



משרד הבריאות

הוועדה הציבורית לבחינת
סוגיית הגיל כקריטריון
לרישום להשתלת איברים
מתורמים נפטרים

דין וחשבון

התשע"ד-2014

חברות וחברי הוועדה (לפי סדר א"ב)

יו"ר הוועדה: ד"ר אייל כתבן, המרכז האקדמי למשפט ולעסקים

רכזת הוועדה: ד"ר תמר אשכנזי, המרכז הלאומי להשתלחות, משרד הבריאות

ד"ר מיכל אלהלל, יו"ר ועדת כליות (נפרולוגית), ביה"ח הדסה

עו"ד אורלי אנטמן, חברה בוועדות סטטוטוריות של משרד הבריאות

ד"ר טוביה בן-גל, קרדיולוג, ביה"ח בילינסון

פרופ' נטע בנטור, מכון ברוקדייל

ד"ר חגי בועז, סוציולוג של הבריאות, אוניברסיטת תל-אביב

עו"ד מאיר ברודר, הלשכה המשפטית, משרד הבריאות

ד"ר יצחק ברנד, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת בר-אילן, מומחה באתיקה רפואית הלכתית

ד"ר דליה גלבווע, פסיכולוגית, חברת ועדת ההיגוי של מרכז ההשתלות

פרופ' ערן דולב, פרופ' לרפואה, מומחה באתיקה רפואית

פרופ' ישראל (איסי) דורון, משפטן, ראש החוג לגרונטולוגיה, מדעי הזקנה, אוניברסיטת חיפה

מר יהורם הל, נציג "כח לזקן"

הרב ד"ר מרדכי הלפרין, אתיקה רפואית, משרד הבריאות

ד"ר נורית וגנר, נשיאה, לשכת האתיקה של האחים והאחיות

ד"ר מיכל כרמיאל, יו"ר ועדת כבוד, המרכז הרפואי לגליל המערבי

פרופ' יעקב (ג'יי) לביא, מנהל יחידת השתלות לב, המרכז הרפואי שיבא

פרופ' איתן מור, מנהל יחידת השתלות, המרכז הרפואי רבין

ד"ר יעקב סגל, רופא, נציג מושתלים

עו"ד נתן סמוך, הלשכה המשפטית, משרד הבריאות

פרופ' מוטי קרמר, פולמונולוג מושתלי ריאה, המרכז הרפואי רבין

ד"ר דוד רייר, סוציולוג של הבריאות, אוניברסיטת בר-אילן

עו"ד יהושע שופמן, לשעבר המשנה ליועץ המשפטי לממשלה

ד"ר בועז שנוור, המרכז האקדמי למשפט ולעסקים, מומחה בדיני נזיקין

ד"ר יופי תירוש, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת תל-אביב

תוכן העניינים

8 רשימת טבלאות ותרשימים

9 פרק א': מבוא ופעילות הוועדה

9 1. הרקע להקמת הוועדה

10 2. עבודת הוועדה והעמדות שהוצגו בוועדה

14 3. עיקרי המלצות הוועדה

פרק ב': המצב הקיים ונתונים שהוצגו בפני

15 הוועדה

1. רקע כללי – מצב תרומות האיברים להשתלה ורשימות

15 הממתינים

17 2. איברים להשתלה – רקע רפואי

19 3. הנוהל הקיים – קריטריון הגיל ברישום להשתלות

23 4. קריטריון הגיל כקריטריון מדיר בהיבט השוואתי

- 26 5. הקשר בין גיל ובין הצלחת השתלות איברים
- 32 6. המלצות הצוותים המקצועיים

פרק ג': הגיל כקריטריון מדיר – השיקולים

35 המשפטיים, החברתיים והאתיים

35 1. מבוא

36 2. הגיל: היבטים חברתיים ודמוגרפיים

38 3. הגיל: היבטים משפטיים

41 4. הגיל: השתלות, אתיקה ומשפט

42 4.1 העקרונות האתיים

43 4.2 העקרונות המשפטיים

45 4.3 יישום

4.3.1 טיעונים התומכים בביטול מידי של הגיל

45 כקריטריון סף

47 4.3.2 טיעוני נגד

פרק ד': הגיל כפרמטר משוקלל

51 בהקצאת איברים – המלצות נוספות

51 1. מבוא

52 2. הקצאת איברים (קריטריון הגיל) – המצב הקיים

55 3. השיקולים האתיים והאינטואיציות האתיות

59 4. עמדת חברי הוועדה

59 4.1 עמדת הרוב

4.2 סיכום (עמדת הרוב): אמות המידה לקביעת

62 קריטריונים להקצאת איברים ומדד השברירות

64 4.3 עמדת המיעוט

75 **סיכום**

77 נספח א' – נוסח הודעה לציבור

רשימת טבלאות ותרשימים

- טבלה 1: מספר הממתינים להשתלה (2006–2013) (נתוני המרכז הלאומי להשתלות) 16
- טבלה 2: מספר הנפטרים בעודם ממתינים להשתלה (2010–2012) (נתוני המרכז הלאומי להשתלות) 16
- טבלה 3: הגיל הממוצע של תורמים נפטרים ושיעור ההסכמה (נתוני המרכז הלאומי להשתלות) 20
- טבלה 4: נתונים השוואתיים בדבר מזדיניות הגבלת גיל בהשתלות איברים 24
-
- תרשים 1: שרידות בהשתלות לב בחלוקה לפי גיל (נתוני ISHLT) 27
- תרשים 2: שרידות בהשתלות ריאות בחלוקה לפי גיל (נתוני ISHLT) 28
- תרשים 3: שרידות לאחר השתלה, לפי גיל המושתלים (2000-2011) 30

פרק א': מבוא ופעילות הוועדה

1. הרקע להקמת הוועדה

ביום 9.4.2013 מינה מנכ"ל משרד הבריאות, הפרופ' רוני גמזו, את הד"ר אייל כתבן לתפקיד יו"ר הוועדה לבחינת סוגיית הגיל כקריטריון לרישום להשתלת איברים מתורמים נפטרים (להלן: "הוועדה"). היזמה על הקמת הוועדה התקבלה בהחלטת ועדת ההיגוי שליד המרכז הלאומי להשתלות, מיום 20.3.2013 (להלן: "ועדת ההיגוי").

הגילים הרלוונטיים לרישום כמועמדים להשתלה נקבעו ב'הנחיות ועדת ההיגוי למרכז להשתלות' לפי חוק השתלת אברים, התשס"ח-2008, כפי שפורסמו בילקוט הפרסומים 6216 (24.3.2011) 3282. ועדת השתלות הלב והריאות, ועדת הכליות וועדת הכבד בחנו מחדש בשנת 2012 את מדיניות הגבלת הגיל לרישום לתרומות איברים והציגו לוועדת ההיגוי ניירות עמדה ולפיהן הוצע להעלות את גיל הנרשמים לתרומת לב וריאות ל-65–75, אשר יופיעו ברשימה נפרדת (18.11.2012); לאור המלצת ועדת השתלות כבד נקבע הרישום לתרומת כבד בחלוקה לשתי רשימות – לילדים עד גיל 18 ולמבוגרים עד גיל 67 (לפי החלטת ועדת ההיגוי מיום 20.3.2013); כן הוחלט להמשיך בכלל הקובע כי אין הגבלת גיל לרישום לתרומת כליה (18.12.2012).

יש לציין כי הדיון המחודש בסוגיית הגיל כקריטריון לכניסה לרשימת המועמדים להשתלה התקיים בעקבות מקרים שעלו בתקשורת בנוגע למטופלים שנאלצו לעבור השתלת איברים בחו"ל, בין היתר בשל מגבלת הגיל שמנעה את כניסתם לרשימת הממתינים בארץ. למקרים אלה הצטרפו מקרים נוספים של מבוטחים שפנו לקבל מימון של קופות

חולים להשתלות איברים בחו"ל, בין היתר מאותה סיבה, באופן שחידד את הפער בין הפרקטיקה בארץ למקובל לפחות בחלק ממדינות העולם שאליהן הם פנו. באותה תקופה הוחלט גם במרכז הלאומי להשתלות להעלות את גיל תורמי האיברים הנפטרים לגיל 80. במובן מסוים, ולמרות המלצות הוועדות דלעיל להעלות את גיל המועמדים לכניסה לרשימת המושתלים, יצרה העלאת גיל התורמים פער בין הגיל המקסימלי של התורמים לבין זה של הנתרמים. על רקע כל אלו התקבלה ההחלטה להקים את הוועדה.

2. עבודת הוועדה והעמדות שהוצגו בוועדה

עם קבלת כתב המינוי ממנכ"ל משרד הבריאות ליו"ר הוועדה (מיום 9.4.2013) פנה האחרון בתיאום ובמכתב משותף עם הפרופ' רפי ביאר, העומד בראש המרכז הלאומי להשתלות, למועמדים אפשריים לשמש חברים בוועדה. העיקרון שעמד בבסיס זימונם של המועמדים היה יצירת הרכב בין-תחומי של מי שעוסקים בסוגיות הרלוונטיות. בכלל זה היו רופאים מומחים בתחומי השתלות הלב והריאות, כבד וכליה; משפטנים בעלי ניסיון בתחומים הרלוונטיים, דוגמת זכויות אדם, זכויות מבוגרים, דיני נזיקין, רפואה, הלכה ומשפט; אתיקנים; גרונטולוגים; פסיכולוגים, נציגי מושתלים וסוציולוגים של הבריאות. כמו כן, בישיבת הוועדה הראשונה הוחלט להזמין כחבר בוועדה נציג מאחד מארגוני זכויות הזקנים. החלטה זו יושמה עד למועד הישיבה השנייה של הוועדה, עם הזמנת נציג עמותת "כן לזקן" להצטרף לוועדה כחבר מן השורה.

מלאכת ריכוז הוועדה הופקדה בידי המרכז הלאומי להשתלות בהנהלתה של ד"ר תמר אשכנזי, ובעזרתן האדיבה של יעל ביסטריץ, לאה הררי, רונה סימון ונצחיה רצון. תודת חברות וחברי הוועדה נתונה לכולן על הבטחת פעילות הוועדה ועל הצלחתה. בהזדמנות זו

נביע תודתנו לפרופ' רפי כהן-אלמגור על הערות לטיוטה מוקדמת של דו"ח זה. תודה לגב' אמירה כהן על עריכת הלשון.

טרם מועד הישיבה הראשונה ננקטו כמה פעולות הכנה, ובכלל זה:

משלוח כתב המינוי ומכתב רקע לחברי וחברות הוועדה.

הכנת מסמך רקע על ידי יו"ר הוועדה ומסמך רקע מטעם המרכז הלאומי להשתלות, שהוכן על ידי מנהלת המרכז. מסמכים אלו נועדו לספק רקע ומכנה משותף לחברי הוועדה.

הכנת חומרי רקע (מאמרים ומחקרים) לחברי הוועדה.

ניסוח משותף ליו"ר הוועדה ולמנהלת מרכז ההשתלות (רכוז הוועדה) של פנייה למקביליה במדינות שונות בעולם, בבקשה לקבל מידע על אודות השימוש שלהם בגיל כקריטריון מדיר לרישום מועמדים להשתלה.

ישיבת המליאה הראשונה התקיימה ביום 23.5.2013. בישיבה זו הוצגו הרקע לוועדה והסיבות להקמתה, ובייחוד השאלות המרכזיות לדיון שבמסגרת מנדט הוועדה. עיקר הדיון שיקף ניסיון של חברי הוועדה להבין את תהליך הקצאת האיברים ובייחוד את העובדות והרקע הרפואי בהליך קבלת ההחלטות באשר לגיל הנתרמים. הוסכם כי בטרם יוכלו חברי הוועדה להחליט אם ההבחנה על בסיס גיל נשענת על יסודות רפואיים ומדעיים, עליהם לקבל לידיהם את הנתונים הרלוונטיים. לפיכך הוחלט כי חברי הוועדה שאינם נמנים עם הצוותים המקצועיים (הרפואיים), ירכזו שאלות לצוותים המקצועיים (בחלוקה לפי סוג האיבר).

השאלות שנשלחו עובדו לכדי מסמך שהותאם לכל אחד משלושת הצוותים המקצועיים ולמרכז הלאומי להשתלות. ארבע הקבוצות העבירו לידי חברי הוועדה מסמכים מפורטים ובהם מענה לשאלות החברים. ההמלצה הטנטטיבית של הוועדות המקצועיות, בכפוף

להסתייגויות, הייתה כי על רקע הנתונים שבידיהם הם ממליצים על ביטול הגיל כקריטריון סף.

בהסתמך על כל אלו הוחלט להקים תת-ועדות לדיון מקדים בסוגיות: משפט והלכה; אתיקה; גרונטולגיה, סוציולוגיה של הבריאות ופסיכולוגיה, וזאת כדי לייעל את הדיון בישיבת הוועדה השנייה ולגבש את העמדות – ההסכמות וההסתייגויות.

במקביל פורסמה בעיתונות היומית מודעה לציבור בשלוש שפות (עברית, ערבית ורוסית) הקוראת לציבור המעוניין להציג את עמדותיו בסוגיות הנדונות בוועדה. לפרסום המודעה קדמה "הודעה לעיתונות" מטעם המרכז הלאומי להשתלחות שמטרתה הייתה להפנות את תשומת לב הציבור לדבר קיומה של הוועדה ולעובדה שעתידיה להתפרסם מודעה לציבור ושהוא מוזמן להציג עמדות, כאמור. בעקבות מודעה זו פורסמו כמה ידיעות חדשותיות שהגבירו את חשיפת פעילות הוועדה. פרטי הוועדה עודכנו גם באתר משרד הבריאות בצירוף הקול הקורא. העתקי המודעה לציבור נשלחו על ידי המרכז הלאומי להשתלחות לגורמים רלוונטיים שונים, לרבות להסתדרות הרפואית בישראל, לקופות החולים ולמבטחים פרטיים. בנוסף, התבקשו גם חברי הוועדה להפיץ בעצמם את הקול הקורא. פנייה מיוחדת נעשתה באמצעות נציג ציבור המושתלים, שהביא את הידיעה לאגודות ולעמותות השונות העוסקות בעניין. למרות ההערכות שלפיהן יתקבלו פניות רבות מהציבור, הן מהאוכלוסייה המבוגרת – שהיא לכאורה בעלת עניין מיוחד בעבודת הוועדה – והן ממועמדים הממתינים להשתלח, הרי אלו נתבדו. בסיכומו של דבר התקבלו שתי פניות בלבד. חברת הוועדה שביקשה לברר אם דבר קיומה של הוועדה נודע ברבים בצורה מספקת, נענתה על ידי הפונים בחיוב. חברי הוועדה הציעו הסברים שונים למיעוט הפונים מטעם הציבור (למשל, ביחס לוועדות קודמות שעסקו בפריון). נדמה כי ההסבר העיקרי הוא שהעובדה שהמודרים מרשימת המועמדים להשתלח נעדרים מהוועדה היא אלגורית למעמדם ולשוליותם בחברה – טעם מספק לדון בעניינם ובאפשרות שהדרתם קשורה גם בשאלות חברתיות ולא רפואיות בלבד.

בישיבת הוועדה השנייה, מיום 29.8.2013, הופיעו שני הפונים, שייצגו למעשה שתי עמדות מנוגדות: לדברי פונה אחת, בעלה, בן ה-67, היה מנוע מהשתלת לב מחמת גילו, ומשום כך, בין השאר, נפטר; ואילו הפונה האחר, העומד בראש עמותת מושתלי הכליה,

תמך בהעדפתם של הצעירים ברשימות הממתינים להשתלה, אך גם בשימור המצב הקיים שלפיו גם קשישים אינם מודרים מהרשימה. עמדות מנוגדות אלו הן הן שעומדות בלבם של דיוני הוועדה, ושני הפונים מטעם הציבור תרמו תרומה חשובה לדילמה ולשיח הזכויות בנושא.

לאחר מכן התקיימה ישיבת המליאה השנייה. לאחר דיון מפורט החליטו הנוכחים פה אחד להמליץ על ביטול קריטריון הגיל כקריטריון מדיר לרישום מועמדים להשתלות איברים. החלטה זו התקבלה טנטטיבית, במובן זה שהיא כפופה להמשך דיון בשאלה אם יש לשקלל את הגיל וכיצד. עם זאת, לאור מנדט הוועדה, דיון זה אינו עוסק בשאלת הפרמטרים להקצאת איברים (כלומר מנגנון ההקצאה), אלא בשאלות האתיות הנובעות מכניסתם של מועמדים חדשים (מבוגרים) לרשימה.

בישיבה זו הציע פרופ' לביא את מדד השבריריות (Frailty Index) כאמצעי להערכת כושרם של מועמדים להשתלות. לקראת ישיבת הוועדה הבאה סיפקה פרופ' בנטור נתונים מפורטים על אודות מדד השבריריות.

בישיבת המליאה השלישית מיום 8.10.2013 הוחלט ברוב דעות כי:

1. בהתאם לסיכום הקודם, יוסר הגיל כתנאי סף.
2. הגיל לא ישוקלל בנוסחת ההקצאה, למעט כשיש לכך הצדקה רפואית עניינית. שקלול הגיל המקובל כיום בכליות יישאר מטעם זה על כנו.
3. הוועדה ממליצה לוועדת ההיגוי לבחון את מנגנוני ההקצאה הקיימים, כדי להבטיח שאלו אינם נותנים משקל כלשהו לגיל הכרונולוגי, אלא מנימוקים רפואיים בלבד. ניתן לשקול להכליל מדדים חלופיים שאין בהם שקלול גיל

כרונולוגי ושיש להם תוקף רפואי (דוגמת מדד השבריריות), בנוסחת ההקצאה (כלומר לא כתנאי סף).

4. תועבר לחברים טיוטת דו"ח מסכם לקבלת תגובות.

ביום 12.11.2013 התבקשה ממנכ"ל משרד הבריאות ארכה לחודשיים נוספים להגשת דו"ח הוועדה, בשל מורכבות הנושא כמו גם הצורך לקבל משוב ותגובות לטיטת הדו"ח מכלל חברי הוועדה. מנכ"ל המשרד אישר חלקית את הבקשה וקבע את מועד הגשת הדו"ח ליום 1.1.2014. במועד זה הוגש הדו"ח.

3. עיקרי המלצות הוועדה

כאמור, הוועדה הציבורית היא בגדר ועדה ממליצה. הצעותיה של הוועדה יועברו לעיון מנכ"ל משרד הבריאות וועדת ההיגוי שליד המרכז הלאומי להשתלות, להחלטתם.

הוועדה ממליצה כי:

1. יבוטל הגיל כקריטריון מדיר לרישום מועמדים להשתלות איברים.
2. הגיל לא ישוקלל בנוסחת ההקצאה, למעט כשיש לכך הצדקה רפואית עניינית. שקלול הגיל המקובל כיום בכליות יישאר מטעם זה על כנו.
3. הוועדה ממליצה לוועדת ההיגוי לבחון את מגנוני ההקצאה הקיימים, כדי להבטיח שאלו אינם נותנים משקל כלשהו לגיל הכרונולוגי, אלא מנימוקים רפואיים בלבד. ניתן לשקול להכליל מדדים חלופיים שאין בהם שקלול גיל כרונולוגי ושיש להם תוקף רפואי (דוגמת מדד השבריריות), בנוסחת ההקצאה (כלומר לא כתנאי סף).

המלצה מס' 1 התקבלה פה אחד. המלצות מס' 2 ו-3 התקבלו ברוב דעות.

פרק ב': המצב הקיים ונתונים שהוצגו בפני הוועדה¹

1. רקע כללי – מצב תרומות האיברים להשתלה ורשימות הממתינים

במציאות שבה הביקוש לאיברים להשתלה עולה במידה ניכרת על ההיצע, נוצר מחסור מתמיד באיברים. במצב דברים זה נקבעו קריטריונים לכניסה לרשימת המושתלים וכללים לתעדוף בהקצאת איברים. במצב אוטופי, שבו מספר האיברים להשתלה שווה למספר האיברים הנדרש להשתלה או עולה עליהם, לא היה צורך בקביעת קריטריונים כאמור, למעט קריטריונים רפואיים שמטרתם למנוע מצב שבו מצבו של המטופל לאחר ההשתלה יהיה גרוע ממצבו טרם ההשתלה או שבהשתלה לא תהא כל תועלת למטופל. עד אז, המציאות היא שאנשים רבים הזקוקים להשתלה וכשירים לה מבחינה רפואית אינם יכולים לעבור את ההשתלה מידית בשל מחסור באיברים – חלקם ממתינים להשתלה ברשימת המתנה, וחלקם מנועים מלהיכנס לרשימת הממתינים מחמת גילם. ועדה זו מונתה כדי לדון בקבוצה אחרונה זו ובמשתנה הגיל במסגרת הקריטריונים להקצאת איברים להשתלה.

¹ הנתונים המוצגים הם באדיבות הצוותים המקצועיים, ומבוססים בעיקרם על עבודת הצוותים כמענה לשאלות הוועדה.

ממתינים להשתלה

שנה	כליות	כבד	לב	ראות	לב ראות	כליה לבלב	סך ממתינים
2006	490	101	106	47	6	18	768
2007	518	123	117	50	9	16	833
2008	540	117	115	65	5	22	864
2009	598	131	121	46	7	20	923
2010	690	151	133	66	6	23	1069
2011	733	159	128	79	2	16	1117
2012	729	135	96	70	1	10	1041
2013	755	164	93	90	1	11	1114

* נכון ל-1 בינואר כל שנה

טבלה 1: מספר הממתינים להשתלה (2006–2013) (נתוני המרכז הלאומי להשתלות)

נפטרו בעודם ממתינים

8% תמותת ממתינים
על הרשימה הארצית
(ביורטרנספלט-22%)

האיבר	2010	2011	2012
כליות	39	36	32
כבד	37	25	25
לב	17	17	16
ריאות	31	27	18
סה"כ	124	105	91

טבלה 2: מספר הנפטרים בעודם ממתינים להשתלה (2010–2012) (נתוני המרכז הלאומי להשתלות)

כאמור, בסבב הדיונים הראשון בוועדה הוסכם כי על מנת להחליט אם הגיל יכול לשמש קריטריון מדיר מכניסה לרשימת המועמדים להשתלה, על הצוותים המקצועיים והמרכז הלאומי להשתלות להציג בפני הוועדה נתונים לפי רשימת שאלות מובנית. נתונים אלו התמקדו בייחוד בסוגיית ההבחנה בין האיברים השונים, בפרקטיקות ובנוהל ההשתלות הקיים ובקשר בין גילו של מטופל להצלחת ההשתלה בו. כל אלו נועדו ללמד עד כמה ניתן לייחס משקל לגיל הכרונולוגי בעת קבלת ההחלטות. להלן יוצגו הנתונים והממצאים.

2. איברים להשתלה – רקע רפואי

בכתב המינוי התבקשה הוועדה להציג את עמדותיה בסוגיית הגיל בנוגע לכל איבר. התייחסות זו היא מחויבת המציאות, שכן כל אחד מהאיברים מעורר אתגרים רפואיים ואתיים שונים אשר יוצגו בקליפת אגוז להלן:

לב: בהשתלות לב או ריאה כישלון האיבר המושתל חורץ מיידית את גורל האדם המושתל ומכאן זהירות היתר בקבלת ההחלטה אם להשתמש באיבר הנתרם, ואם כן – כיצד. בשנים האחרונות קיימת חלופה של השתלת "לב מלאכותי" המתאימה לחלק מהמועמדים להשתלת לב.²

ריאות: בהשתלות ריאה קיימת חשיבות מרבית לגודל האיבר הנתרם ביחס לגודל בית החזה של הנתרם (נתון זה בעל חשיבות פחותה מעט יותר בהשתלות לב). למועמדים להשתלת ריאות אין כל תחליף להשתלה.

כבד: השתלת כבד מוגדרת משנת 1983 כטיפול מומלץ ויחיד להצלת חיי אדם הסובל מאי-ספיקת כבד סופנית. אין כיום טיפול חלופי להשתלת כבד. חולים הנמצאים בסכנת חיים יטופלו לעתים במסגרת טיפול נמרץ בדיאליזת כבד – מכשיר המסלק רעלים שאינם מפונים מהכבד של החולה. טיפול זה עשוי לתת מענה זמני לפעולות חיים בסיסיות שמספק הכבד, והשימוש בו "קונה" זמן עד

² לב מלאכותי זמין כיום בישראל לכל מי שנזקק לו ויכול לשמש הן כגשר להשתלת לב והן כתחליף קבוע לאותם חולים שבהם קיימת התוויית נגד רפואית להשתלת לב.

להשתלה. עם זאת, מכשיר זה עדיין בחזקת ניסיוני, ואין הנחיות (guidelines) לטיפול בו.

כליה: השתלת כליה, בניגוד להשתלות איברים אחרים, אמנם משפרת את תוחלת החיים, אך אינה בגדר טיפול מציל חיים מידי, מאחר שקיים טיפול חלופי, קרי דיאליזה. לטיפול בדיאליזה יש משמעות שונה בכל קבוצת גיל. כך למשל: בילדים – בזמן טיפול בדיאליזה נפגע קצב הצמיחה שלהם, בגיל הפוריות יש ירידה קשה בפוריות בנשים, עד כדי כך שהיריון נחשב לאירוע נדיר, ופגיעה גם בפוריות הגבר. ככלל, בעקבות השתלה קיים שיפור בתוחלת החיים ובאיכות החיים³ בכל קבוצות הגיל (המידע חסר בכל הקשור לקבוצת הגיל מעל 80), אך עצמת ההשפעה פוחתת עם הגיל. נתון חשוב נוסף הוא שאורך חייה של כליה מושגת מנפטרים עומד היום על למעלה מעשר שנים. לפי המדיניות הקיימת היום, לא ניתן לקבל כליה מנפטרים (להבדיל מכליה מתורם חי) אלא לאחר תחילתו של טיפול בדיאליזה.

בסיכומם של דברים, ועד שלא יוצגו טכנולוגיות אחרות או מקורות חדשים לאיברים להשתלה, בשלושת האיברים: לב, ריאות וכבד, ההשתלה היא בדרך כלל מצילת חיים. משמעות הדבר היא שהדרה מרשימת המועמדים להשתלות משמעה במרבית המקרים גזר דין מוות לחולה, גם אם העיתוי אינו מידי. כשמדובר בכליות, יש בנמצא אלטרנטיבה מצילת חיים המלווה בדרך כלל גם בפגיעה באיכות החיים וגם בירידה בתוחלת החיים. המשאב חסר בכל האיברים, אך בכליות הדחיפות פחותה. בכליות הגיל אינו משמש קריטריון סף, אלא קריטריון המשפיע על דחיפות ההקצאה. בכבד ובכליות (ומעט פחות גם בריאות) קיים גם פוטנציאל לתרומה מן החי.

³ על השיפור הדרמטי באיכות החיים לאחר השתלות כליה ראו Gabriele Helga Franke et al., *Quality of Life in Patients before and after Kidney Transplantation*, 14 PSYCHOLOGY & HEALTH 1037 (2000).

3. הנוהל הקיים – קריטריון הגיל ברישום להשתלות

חוק השתלת אברים, התשס"ח-2008, קובע כי על ועדת ההיגוי "לקבוע הנחיות לעניין הקצאה של אברים שניטלו לפי חוק האנטומיה והפתולוגיה". עקרונות הקצאה כאמור נקבעו בנוגע לארבעה סוגי איברים: לב, ריאות, כבד וכליות.⁴ עקרונות אלו, ששונו מאז פורסמו ברשומות,⁵ מביאים בחשבון גם את קריטריון הגיל:

רישום לתרומת לב – עד גיל 65. מועמדים להשתלת לב שגילם מעל 65 ועד גיל 75 רשומים ברשימת ממתנינים לתרומת איבר "הולם" שמשמעו איבר שנפסל לשימוש למועמדים ברשימות הרגילות אך נחשב עדיין בר שימוש, אם כי בדרגת סיכון מוגברת;

רישום להשתלת ריאות – עד גיל 65 עם אפשרות לרישום ברשימה אלטרנטיבית עד גיל 70. מועמדים להשתלת ריאה בני 65–70 רשומים ברשימת ממתנינים לתרומת איבר "הולם" שמשמעו איבר שנפסל לשימוש למועמדים ברשימות הרגילות אך נחשב עדיין בר שימוש, אם כי בדרגת סיכון מוגברת;

רישום לתרומת כבד – קיימות שתי רשימות – לילדים עד גיל 18 ולמבוגרים עד גיל 67;

בכל הנוגע להשתלות כליה אין קריטריון סף, כך שבהיעדר אינדיקציה רפואית אחרת, כל המטופלים זכאים להיכנס לרשימת הממתנינים. עם זאת, "כאשר התורם הוא צעיר מתחת לגיל 25 תחילה תיבדק התאמה בממתנינים שהם ילדים מתחת לגיל 18. כאשר התורם מעל גיל 60 – תחילה תיבדק התאמה בממתנינים מעל גיל 60 (בכך נעשית הבחנה על רקע גיל התורמים וגיל הנתרמים).

⁴ ילקוט הפרסומים 6216 (24.03.2011) 3282.
⁵ ראו לעיל בדיון על אודות הרקע להקמת הוועדה.

כמו כן, בנמצא נתונים נוספים תלויי גיל:

1. הגיל המקסימלי של תורמים נפטרים, לכל האיברים, עומד כיום כאמור על $6;80$
2. מי שנרשם להשתלה (לאיברים לב, ריאות וכבד) בטרם הגיע לגיל המקסימלי לכניסה לרשימה ועבר את הגיל המקסימלי בעודו ממתין להשתלת האיבר⁷ – אינו מוצא מהרשימה בשל גיל. בכבד: חולה כזה יושתל גם לאחר שעבר את גיל הסף בתנאי שסיכוייו לשרוד מן הניתוח טובים בהתאם למצבו הרפואי. בהשתלות לב יושתלו מטופלים מעל לגיל הסף במקרים נדירים.
3. ממוצע הגילים של הממתינים להשתלה (בשנת 2012), לפי נתוני המרכז הלאומי להשתלות:

⁶ הגיל הממוצע של תורמים נפטרים בישראל ביחס למקומות אחרים בעולם (עם סטיית תקן), לפי נתוני המרכז הלאומי להשתלות עומד על 45.64 ± 20.22 . התפלגות נתוני התרומות (להלן) בשנת 2012 מלמדת כי האוכלוסייה המבוגרת מיוצגת היטב כתורמת איברים, אף אם סטטיסטית איברים מצעירים מתפקדים טוב יותר ולאורך זמן רב יותר מאיברים ממבוגרים. שיעור ההסכמות לתרומה: שיעור המשפחות שנענות לפנייה לתרום איברים לאחר שנקבע אצל יקירם מוות מוחי נשימתי עומד על כ-50%.

Median age = 49 (1 – 83) years

Age	% of organ donors (n = 89)	Consent rate
<18	12%	69%
18 – 29	14%	41%
30 – 39	11%	69%
40 – 49	13%	37.5%
50 – 59	12%	47.6%
60 – 69	22%	64%
70 – 79	15%	62.5%
80 – 89	1%	100%

טבלה 3: הגיל הממוצע של תורמים נפטרים ושיעור ההסכמה (נתוני המרכז הלאומי להשתלות)

⁷ כמו כן, מאחר שמרבית הרשימות היום מבוססות על חומרת מחלה, ייתכן שחולה דחוף יקבל איבר בתוך זמן קצר מאוד, וממתין "קל" יחסית ימשיך להיות רשום זמן ממושך.

- כליה – 53.74 (סטיית תקן ± 14.12)
- כבד – 52 (סטיית תקן ± 13.11)
- לב – 55.02 (סטיית תקן ± 13.84)
- ריאות – 56.20 (סטיית תקן ± 12.41)

4. הגיל הממוצע של מושתלים שקיבלו איברים מהמת בישראל

- כליה – 47.7 (סטיית תקן ± 18.2)
- כבד – 49.89 (סטיית תקן ± 15.93)
- לב – 46.13 (סטיית תקן ± 19.4)
- ריאות – 52.45 (סטיית תקן ± 13.82)

מספר החולים הזקוקים להשתלה המנועים מלהיכנס לרשימות הממתנים בשל גילם אינו ידוע, מאחר שהם אינם מופיעים ברשימות המרכז הלאומי להשתלות. עם זאת, ניתן ללמוד על חלקה הגדל והולך של אוכלוסיית המבוגרים בהשוואה למקומות אחרים בעולם, שבהם הגיל אינו קריטריון מדיר מכניסה לרשימת המועמדים להשתלה. דוגמה לכך ניתן לראות בנתוני השתלות כבד באירופה,⁸ לפיהם ניכרת עליה משמעותית בשיעור המושתלים המבוגרים (שישים ומעלה) מתחילת שנות התשעים של המאה שעברה.

נתון זה בדבר המצטרפים הפוטנציאליים לרשימת המועמדים להשתלה הוא חיוני, מכיוון שכל שינוי כזה משנה, מטבע הדברים, את מפת ההיצע-ביקוש לאיברים. כל שינוי בקריטריון הגיל יש בו כדי להשפיע על מקומם ברשימה של מועמדים רשומים (עקב הגדלת רשימות הממתנים ללא גידול בהיצע). אי-שינוי כאמור יש בו כדי לחרוץ את גורלם של החולים המבוגרים המודרים מרשימת המועמדים להשתלה. לפיכך הוצגו בפני הוועדה נתונים משוערים בעניין זה.

⁸ העלייה בשיעור מושתלי כבד מבוגרים (1968-2011) בנתוני European Liver Transplant Registry.

להערכת הצוותים המקצועיים, אם תוסר מגבלת הגיל, יתווספו לרשימת הממתינים לתרומת לב וריאות ממתינים בהיקף של כ-25%-35% מהרשימה הקיימת. מאחר שלא קיים קריטריון סף של גיל בכליות, לא תשתנה מפת הממתינים להשתלה.⁹

גם בקשר לחולי כבד מבוגרים אין די מידע. בארצות-הברית, למשל, קבוצה זו (מעל גיל 65) מהווה 18% מהמועמדים להשתלה.¹⁰ בישראל קיים צפי כי שיעור זה יעלה עם השנים בשל גדילתה של אוכלוסייה מבוגרת הסובלת ממחלת כבד מתקדמת על רקע דלקת נגיפית C (הפטיטיס C), מחלה שתוצאותיה מופיעות שנים רבות לאחר ההדבקה,¹¹ ומחלת הכבד השומני ששכיחותה עולה משמעותית בעשורים האחרונים וחומרתה ביחס ישיר עם גיל ומחלות אופייניות גיל דוגמת סכרת והשמנה. כבר כיום ניכרת מגמה גוברת והולכת של עליית גיל מושלתי הכבד, לפחות במדינות אירופה.

⁹ מספר המועמדים להשתלת כליה מעל גיל שישים הוא 286. ממתינים להשתלת כליה: 766; ממתינים להשתלת כליה 60–64: 107; ממתינים להשתלת כליה מעל גיל 65: 179.

¹⁰ United Network for Organ Sharing (UNOS) data. UNOS Web site. Available at <http://www.unos.org/>. Accessed July 2013.

¹¹ M. Cornberg, HA Razavi, A Alberti, E Bernasconi, M Buti, C Cooper, O Dalgard, JF Dillion, R Flisiak, X Forns, S Frankova, A Goldis, I Goulis, W Halota, B Hunyady, M Lagging, A Largen, M Makara, S Manolakopoulos, P Marcellin, RT Marinho, S Pol, T Poynard, M Puoti, O Sagalova, S Sibbel, K Simon, C Wallace, K Young, C Yurdaydin, E Zuckerman, F Negro, S Zeuzem. *A Systematic Review Of Hepatitis C Virus Epidemiology In Europe, Canada And Israel* 31(2) LIVER INT. 30–60 (Jul 2011) ; BD Smith, RL Morgan, GA Beckett, Y Falck-Ytter, D Holtzman, CG Teo, A Jewett, B Baack, DB Rein, N Patel, M Alter, A Yartel, JW Ward; Centers for Disease Control and Prevention. *Recommendations for the identification of chronic hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965*, 61(RR-4) MMWR Recomm Rep. 1–32 (Aug 17, 2012) .

4. קריטריון הגיל כקריטריון מדיר בהיבט השוואתי

לפי פניית הוועדה באמצעות המרכז הלאומי להשתלות, התקבלו משובים מכמה מדינות באשר לשאלה אם קיימת הגבלת גיל בהשתלות איברים. עם זאת, יש לזכור שאין בהכרח מקום לגזור גזירה שווה מנתונים כגון דא, למשל בשל הבדלים תרבותיים וחברתיים בין המדינות. כך לדוגמה שיקולי הקצאת איברים בישראל אינם כוללים שיקולים כלכליים, של עלות ההשתלה (ויודגש כי סוגיה זו לא נדונה בוועדה מטעם זה). ולמשל, במדינות שונות המחסור באיברים פחות משמעותי מאשר בישראל, ומכאן גם שיטת ההקצאה יכול שתהיה ליברלית יותר; וכן, בישראל אין תחרות בין מרכזים בנוגע למספר ההשתלות או למספר ההשתלות המוצלחות, לפחות לא באופן רשמי, אך במקומות אחרים בעולם יש תחרות כזאת.

אף שאין מדובר בהשוואה כלל עולמית, הרי ניכר שלפחות במדינות המערב המרכזיות אין מגבלת גיל, ולענייננו זו התובנה הרלוונטית העיקרית. עם זאת, ניתן להתרשם שבהיעדר קריטריון גיל מדיר, כללי ההקצאה משתנים בהתאם לגיל (כגון שאיברים גבוליים [מרג'ינליים] יושתלו במבוגרים). כך שאף שבפועל אין הגבלת גיל, נוצר קנה מידה המשקף הדרה גילאית במקרים מסוימים.

המדינה	המדיניות	הערות
אוסטרליה וניו-זילנד	אין הגבלת גיל	<p>לב: ללא הגבלת גיל, אך נתרמים צריכים "a life expectancy of at least 10 years after transplantation with a reasonable prospect of returning to an active lifestyle after transplantation."</p> <p>גם באיברים האחרים לא נקבעו הגבלות, אך נקודת המוצא היא שככל שהגיל עולה, כך שיעורי התחלואה והתמותה לאחר השתלות עולים. ומכאן ששיעור המושתלים המבוגרים נמוך יחסית.</p> <p>לאחרונה נקבעה מדיניות ולפיה הגיל משוקלל במסגרת הניקוד כדי להבטיח 70% שרידות במשך 5 שנים.</p>
ספרד	אין הגבלת גיל	
רומניה	הגבלת גיל לכבד – גיל 67	

<p>ההמלצה בלב היא: עד גיל 65; בריאות: עד גיל 70-75; כבד: עד גיל 75-80; כליות: עד גיל 80-85; משתדלים שהפער בין גיל התורם לגיל הנתרם לא יעלה על 15 שנה, ביחוד מעל גיל 60.</p>	<p>הגיל אינו קריטריון סף. ההחלטה לרישום מועמדים נקבעת בכל מקרה לגופו על ידי ועדה רב-תחומית. הגיל ותוחלת החיים הם גורם חשוב במסגרת ההערכה.</p>	<p>צרפת</p>
	<p>אין הגבלת גיל. אין חובה שאיברי מבוגרים ישמשו מבוגרים בלבד. מעדיפים כי איברי צעירים ישמשו צעירים.</p>	<p>קנדה (כליות)</p>
<p>בבלגיה שיעור גבוה של השתלות מתורמים גם אחרי מוות מוחי וגם אחרי מוות לבבי, ומכאן ששיעור הממתינים נמוך יחסית.</p>	<p>פועלים בהתאם לכללי ה-Eurotransplant. אין הגבלת גיל.</p>	<p>בלגיה (ולמעשה בכל מדינות ה-Eurotransplant באופן גורף אין מגבלת גיל).</p>
<p>השתלת כליה: ללא הגבלת גיל, אך רק מיעוט המקרים מושתלים מעל גיל 80; בלב: מיעוט המקרים מושתלים מעל גיל 70.</p>	<p>הכללים נקבעים במרכזים הרפואיים השונים ותלויי איבר. עם זאת, מקובל שלא לקבוע הגבלת גיל. מדיניות זו נבחנת כל העת וכפופה גם לכללי ה-Age Discrimination Act.</p>	<p>ארצות-הברית</p>

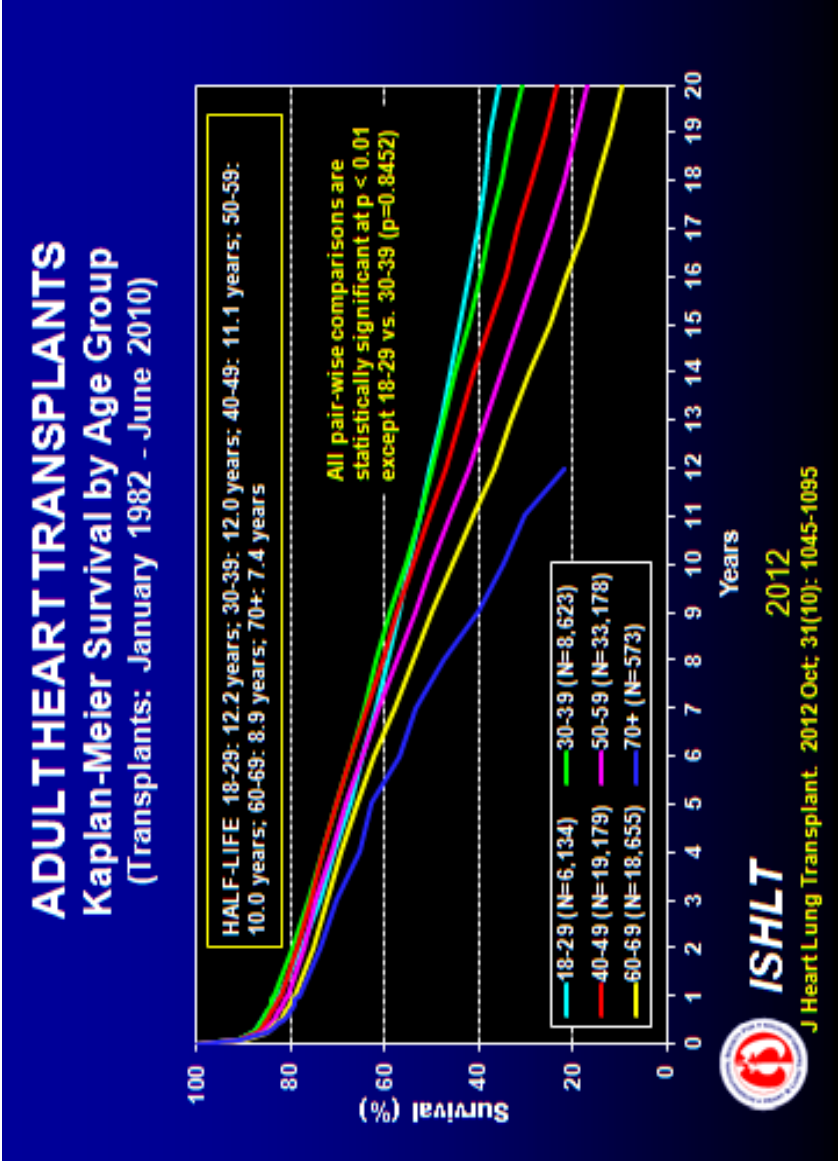
טבלה 4: נתונים השוואתיים בדבר מדיניות הגבלת גיל בהשתלות איברים

5. הקשר בין גיל ובין הצלחת השתלות איברים

השאלות המרכזיות שהצוותים המקצועיים התבקשו להתמקד בהן עסקו בפערים הקיימים בכל הקשור להצלחת השתלה בין קבוצות הגיל השונות. שאלה מקדמית היא, כיצד מוגדרת "הצלחה" או כיצד מוגדר "כישלון" בהשתלת איברים?

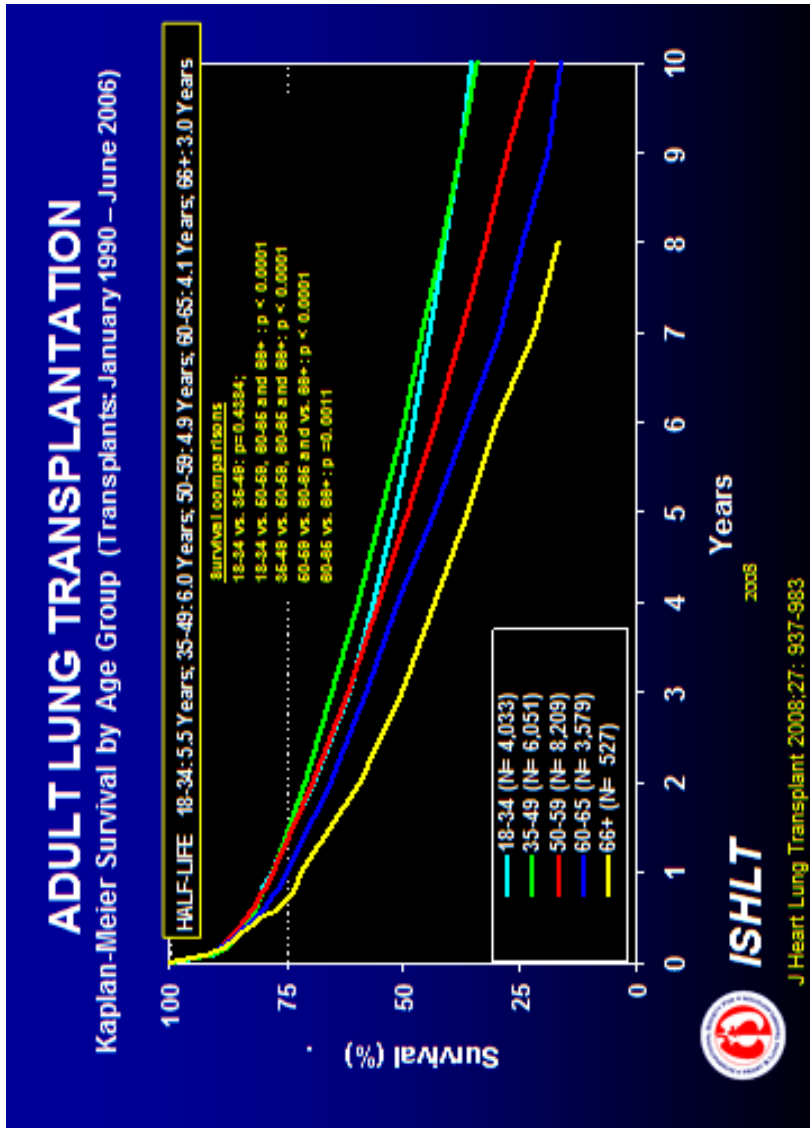
לב/ריאות. הגדרת הצוות המקצועי להצלחת השתלה היא כאשר "המושתל משתחרר לביתו בלא כל פגיעה תפקודית". הגבלת הגיל הנוהגת כיום בישראל לגבי המועמדים להשתלת לב או ריאות מבוססת, בין השאר, על תוצאות השתלות אלו בחולים מבוגרים בעולם שהראו שרידות מופחתת של מושתלי לב או ריאות שגילים עולה על 65 כפי שבא הדבר לידי ביטוי בנתוני מאגר המידע הבין-לאומי של החברה הבין-לאומית להשתלות לב וריאות. עם זאת, החלטת ועדת הלב-ריאות להגביל את הגיל המרבי לקבלת מועמדים להשתלת לב או ריאות התבססה בעיקרה על מיעוט תרומות הלב והריאות. כל המידע בנושא מקורו במאגר הנתונים הבין-לאומי של החברה הבין-לאומית להשתלות לב וריאות.

נתונים אלו מראים כי שיעור השרידות בהשתלות לב וריאה הוא אמנם תלוי גיל, אך הפערים בין קבוצת המבוגרים (70+ ללב ו-66+ לריאות) ובין הצעירים יותר אינם גדולים כל עוד מדובר בחמש שנות שרידות לאחר ההשתלה. ואכן, במסגרת השיטות המשמשות בעולם להערכת תוחלת החיים של מושתלי לב או ריאות אין משמעות לגיל החולה.



תרשים 1: שרידות בהשתלות לב בחלוקה לפי גיל (נתוני ISHLT)¹²

¹² www.ishlt.org/downloadables/slides/2012/heart_adult.pptx



תרשים 2: שרידות בהשתלות ריאות בחלוקה לפי גיל (מתוני ISHLT)

הנחיות החברה הבין-לאומית להשתלות לב וריאות משנת 2006 יוצאות מנקודת הנחה שיש לייחס משמעות לגיל בהחלטה להשתיל או להימנע מלהשתיל. ברם, אין מדובר בקריטריון מדי, אלא בקווים מנחים ולפיהם: "Patients >70 years of age who meet specific criteria may be considered for cardiac transplantation. For these patients, the use of an alternate-type program (i.e., use of organs from older donors) should be pursued"¹³. תפיסה זו התגבשה על רקע הספרות המדעית-רפואית שהדגימה הצלחה בהשתלות גם בקרב מבוגרים.¹⁴ היה זה אך טבעי שככל שנצברו יותר ניסיון ואמצעים, כך עלה בהתמדה גיל המושתלים, ובכלל זה מי שהושתלו בהצלחה.¹⁵ עם זאת, ההנחיות קבעו גם כי בגילים מעל 70 שנה יש לבחון כל מקרה לגופו. גם מחקרים שפורסמו לאחר הנחיות אלו מעידים על הבדלים זניחים בין קבוצות מושתלים מבוגרים לצעירים יותר.¹⁶ ועל הצורך לאפשר נגישות להשתלות גם למבוגרים, לאחר הערכה יסודית בכל מקרה.¹⁷ כך הוצע גם לקבוע רשימות נפרדות שבמסגרתן איברים גבוליים ["מרג'ינליים"] יוקצו למושתלים המבוגרים יותר.

כבד. השתלת כבד כושלת תוגדר כתמותת המושתל בטווח השנה הראשונה לאחר ההשתלה. מתוך נתוני ההשתלות שבוצעו בארץ בשנים 2000-2011, השתלה כושלת הייתה שכיחה יותר בקבוצת הגיל $60 \leq$ בהשוואה לצעירים יותר (לפי ה-CTS - מאגר מידע בין-לאומי להשתלות כבד וכליות) אולם נתונים אלו אינם

¹³ Mandeep R. Mehra et al, *Listing Criteria for Heart Transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for the Care of Cardiac Transplant Candidates – 2006*, 25(9) THE JOURNAL OF HEART AND LUNG TRANSPLANTATION, 1024-1042 (2006).

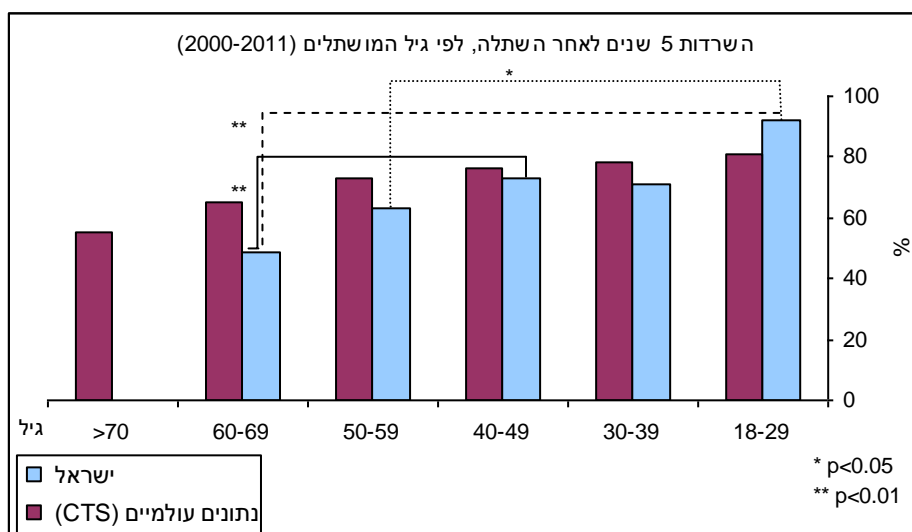
¹⁴ ראו שם.

¹⁵ למותר לציין כי עד אשר לא החלו בהשתלות למבוגרים, לא היו בנמצא נתונים על אודות הצלחת הטיפול בהם.

¹⁶ עם זאת, ראו למשל, Yanto Sandy Tjan et al., *Impact of Recipient's Age on Heart Transplantation Outcome*, 85 ANN THORAC SURG. 2051–2055 (2008).

¹⁷ D. Daneshvar et al., *Heart Transplantation in Patients Aged 70 Years and Older: A Two-Decade Experience*, 43 TRANSPLANTATION PROCEEDINGS, 3851–3856 (2011).

מגיעים לכדי משמעות סטטיסטית. גם עבודות מבוקרות מהעולם לא הצליחו להוכיח קשר בין גיל להשתלה כושלת.¹⁸ לעומת זאת, השתלה מוצלחת מוגדרת באופן כוללני כשרידות השתל (והמושלת) חמש שנים לפחות לאחר ההשתלה. הנתונים בארץ מצביעים שבקרב צעירים (18-29) שכיחות ההצלחה גבוהה באופן משמעותי לעומת מושתלים בגיל $50 \leq$ (ראו התרשים להלן). עם זאת בקרב קבוצות גיל אחרות לא נמצאה מובהקות בהצלחת ההשתלה. תוצאות אלו חוזרות על עצמן גם בנתונים ועבודות רטרוספקטיביות של מאגרי מידע אחרים כמו של UNOS.¹⁹



תרשים 3: שרידות לאחר השתלה, לפי גיל המושתלים (2000-2011)

¹⁸ United Network for Organ Sharing (UNOS) data. UNOS Web site. Available at <http://www.unos.org/>. Accessed July 2013; D Vrochides, M Hassanain, J Barkun, J Tchervenkov, S Paraskevas, P Chaudhury, M Cantarovich, M Deschenes, P Wong, P Ghali, G Chan, P Metrakos Association of preoperative parameters with postoperative mortality and long-term survival after liver transplantation. 54(2) CAN J SURG. 101-106 (Apr 2011).

¹⁹ שם. כן ראו: C. Burcin Taner et al., *Age is not a Contraindication for Orthotopic Liver Transplantation: A Single Institution Experience with Recipients Older than 75 Years*, 6 HEPATOL INT 403 (2012). על כך שבכפוף להערכה ובדיקה של גורמי סיכון, השתלות במבוגרים מגיל 75 משיגות הצלחה ושרידות לאורך זמן.

כליה. הצלחת השתלה משקללת כמה נתונים, דוגמת שרידות השתל, שרידות המטופל ועוד. אחוז הצלחת השתלות כליה מן המת בישראל אינו שונה מנתוני המערב, והוא עומד על שרידות שתל של כ-93% והישרדות נתרם של כ-97% בשנה הראשונה. הישרדות נבדקת בדרך כלל לשנה, ל-5 שנים ול-10 שנים. הישרדות השתל הממוצעת לחמש שנים, בישראל, להשתלות שבוצעו בעשור האחרון עולה על 80%. פילוח הצלחת השתלות לפי חלוקה לגילים מראה כי שרידות השתל ארוכה יותר כאשר המקבל שייך לקבוצת הגיל הצעירה יותר, קרי, מתחת לגיל 20. שרידות שתל קצרה יותר בקרב מקבלים מעל גיל 50. זאת, גם בארץ וגם בעולם (נתונים נלקחו מה-CTS). ממצא בולט עוד יותר הוא של הישרדות הנתרמים. נמצא כי מושתלים צעירים שורדים זמן ארוך יותר מאשר מושתלים מבוגרים, וגם בקרב קבוצות המבוגרים ניכר הבדל בשרידות של קבוצות הגיל הצעירות לעומת מקבלים מעל גיל 50. יש לציין כי הממצאים בארץ אינם שונים מאלה בעולם. עם זאת, פילוח זה (בכל הנוגע לנתונים מישראל) מוטה (לרעת המבוגרים מגיל 60) בשל גודל המדגם ובשל העובדה שמקור הכליה הוא ברובו מתורמים גבוליים (כלומר מתורמים שרובם מעל גיל 60 או מתורמים מעל גיל 50 בעלי גורמי סיכון ידועים למחלה קרדיווסקולרית). לפיכך, ממצאי הצוות המקצועי להשתלות כליה מגלים כי ככל שהתורם צעיר יותר, הישרדות הנתרם טובה יותר; כך גם ככל שהנתרם צעיר יותר עולה הישרדותו. אולם, לשיטתו של הצוות המקצועי, הכלל לא יכול להיות מוחל על כל המקרים,²⁰ והשונות הנובעת ממחלות הרקע הן של התורם והן של המקבל גבוהה. מכאן שהנטייה היא לבחון כל מקרה לגופו. עוד יצוין כי בישראל מספר הממתנים להשתלה בקרב קבוצות הגילים הקיצוניות – תינוקות וילדים קטנים מחז ומבוגרים מעל גיל 75 מאידך – נמוך יחסית.

²⁰ על השיפור שחל בהצלחת השתלות כליה מעל גיל 70 ראו גם Kristian Heldel et al., *Benefit of Kidney Transplantation Beyond 70 Years of Age*, 25 NEPHROL. DIAL. TRANSPLANT 1680 (2010).

6. המלצות הצוותים המקצועיים

בסיכום חוות דעתם של הצוותים המקצועיים, חיווה כל צוות את דעתו בשאלה אם יש לבטל את קריטריון הגיל כקריטריון מדיר.

המלצת צוות לב/ריאה: "לולא החוסר המשוע בתרומות לב או ריאות אין כל ספק כי היינו ממליצים על ביטול מגבלת הגיל כקריטריון מגביל לקבלה למועמדות להשתלה, וזאת למרות התוצאות הטובות מעט פחות בהשתלות הלב או הריאות המבוצעות בגילים המבוגרים". בנוסף: "הוצאת הגיל כקריטריון מגביל לקבלה למועמדות להשתלת לב או ריאות תקל מאוד על הרופאים המטפלים". לפיכך "ועדת השתלות הלב והריאות מוכנה להמליץ על הסרת מגבלת הגיל הכרונולוגי של המועמדים להשתלות הלב או הראות כקריטריון סף לקבלה למועמדות להשתלה ובלבד שבנהלים הרשמיים שיפרסם משרד הבריאות בנדון, באמצעות המרכז הלאומי להשתלות, תינתן לרופאים המטפלים בקבלת המועמדים הרשאה מפורשת להימנע מלקבל מועמד להשתלת לב או ריאות בין השאר גם על בסיס הקריטריון הסובייקטיבי של מצב ה-frailty (שבריריות) של המועמד".

המלצת צוות כבד: "במצב אוטופי שבו מאגר האיברים אינו מהווה מגבלה, הרי לאחר שייקבע שאדם סובל ממצב שבו השתלת כבד היא טיפול מומלץ, המגבלה היחידה להשתלה תהיה מגבלת הסף התחתון: האם השתלה לא תרע לחולה מבחינת איכות החיים או תוחלת החיים. קדימות הפעולה תיקבע לפי חומרת מחלתו. יצוין כי גם כאשר החולים הקשים מאוד מקבלים איבר מעולה, בגלל מצבם לא בטוח שייחננו מההשתלה, או אפילו שישרדו אותה.

מכיוון שהשתלת כבד כרוכה בשימוש במשאב נדיר, קיימת תלות ברורה של ההחלטה בין חולה לחולה (כלומר השתלת חולה א' יש בה פוטנציאל לפגוע בסיכויי השתלה בחולה ב', ומכאן – בסיכויי לשרוד). לפיכך קיימת חובה ציבורית לדון גם בתועלתנות ההשתלה.

יש לתמוך בביטול הגיל כקריטריון סף לרישום, אולם בה בעת נדרש מנגנון בר כימות לגבי חולים קשים מדי להשתלה, והגיל עשוי להיות אחד הפרמטרים המשוקללים לקביעה זו. בהיעדר מנגנון מקובל כזה, השיקול לרישום או לפסילה של מועמד חוזר לדיון הקליני של הצוות המשתיל. על מנת לשמור על תועלתנות התכנית, תידרש בחינת תוצאות ההשתלות אצל מבוגרים וצעירים כאחד במקביל למעקב התמותה בקרב ממתינים להשתלה. אף על פי כן, בשל מספר ההשתלות הנמוך בארץ יהיה קשה להסיק מסקנות או להמליץ המלצות לאחר דיון זה. אך למרות מגבלה זו, ייתכן שזה יהיה הפתרון היחיד. אם יומלץ מנגנון מעקב כזה, יהיה צורך כמובן לתכנן אותו מבחינת איסוף הנתונים והגדרת סמכויותיו ותוקף המלצותיו".

המלצת צוות כליה: כאמור, כשמדובר בהשתלות כליה, הגיל אינו קריטריון מדיר, ולשיטת הצוות המקצועי, הוא אף אינו צריך לשמש קריטריון מדיר: "במצב אוטופי, ההקצאה צריכה להתבצע על רקע התאמה אימונולוגית בלבד, בהנחה שהמועמד בריא דיו על מנת לעבור את ההליך ללא נזק לו עצמו. במצב אוטופי לא צריכה להיות השפעה לגיל או לוותק בדיאליזה על הקצאת איברים".

פרק ג': הגיל כקריטריון מדיר – השיקולים המשפטיים, החברתיים והאתיים

1. מבוא

לענייננו, המלצות הצוותים המקצועיים עוסקות, בעקיפין או במישרין, בשני גורמים חשובים: ראשית, העובדה כי מדובר בפערים סטטיסטיים הנוגעים לגיל הכרונולוגי ולא לגיל הביולוגי. כלומר, בחינת כל מקרה לגופו עשויה לגלות כי החולה המבוגר מתאים להשתלה לא פחות מחברו הצעיר; שנית, במציאות הקיימת יש חסר באיברים להשתלה (להבדיל מהמצב האוטופי שבו היינו יכולים להשתיל איברים לכל מי שנזקק להם, ובלבד שההשתלה תיטיב עם מצבם). שני השיקולים הללו מעוררים בעיות משפטיות ואתיות: הראשונה, פוטנציאל ההדרה המבוססת על קריטריון שרירותי של גיל כרונולוגי ופגיעה אפשרית בעקרון השוויון; השנייה, עירוב אפשרי בין שאלות רפואיות ובין שאלות אתיות וחברתיות בכל הקשור להקצאת איברים במצב של חסר במשאב זה. סוגיות אלו נדונו בעיקרן בתת-הוועדות. תמצית הדיון (בתוספות המתבקשות) תוצג להלן. ראשית יידון ההקשר הכללי של הגיל – החברתי והדמוגרפי, ולאחריו המשפטי; בהמשך יוצגו היסודות האתיים והמשפטיים הרלוונטיים לעניין סוגיית ההשתלות ולבסוף, יישום הדברים.²¹

²¹ יצוין כי אין מטרתו של דו"ח זה לפרוט ולפרוס את כל הספרות האקדמית והמחקרית בהקשר זה. הדו"ח משקף את העמדות (לרבות אלו הנשענות על אותה ספרות מחקרית), התפיסות והאינטואיציות של חברי הוועדה כפי שהובעו ובאו לידי ביטוי בישיבות הוועדה ובהערות לטיוטת הדו"ח.

2. הגיל: היבטים חברתיים ודמוגרפיים

החברה הישראלית עוברת שינויים דמוגרפיים: מחברה צעירה בעיקרה עברה החברה הישראלית בעשורים האחרונים הליכי הזדקנות משמעותיים. הליכים אלו עתידים להמשיך ולהתגבר בעשורים הקרובים. אין מדובר בתופעה ייחודית לחברה הישראלית, אלא במגמה עולמית של הזדקנותה של החברה האנושית בכללותה. הנתונים, כפי שמובאים בשנתון הסטטיסטי של הקשישים בישראל, קובעים כי נכון לסוף שנת 2010 מנתה אוכלוסיית ישראל 7.7 מיליון נפש. אוכלוסיית הזקנים (בני ה-65 ומעלה)²² מנתה כ-763 אלף נפש (קרוב ל-10% מכלל האוכלוסייה). לעומת כלל האוכלוסייה בישראל, שגדלה מאז שנת 1955 פי 4.3, הרי אוכלוסיית הזקנים גדלה פי 8.9 (כלומר קצב גידול הזקנים היה כפול מזה של כלל האוכלוסייה). הגידול באוכלוסיית הזקנים לא היה רק במונחים של מספרם המוחלט, אלא גם שיעורם באוכלוסייה הוכפל: מ-4.8% בשנת 1955 ל-9.9% בסוף שנת 2010. קבוצת האוכלוסייה הגדלה כיום באופן יחסי בקצב המהיר ביותר היא של בני ה-80 ומעלה. גידול זה במספרם ושיעורם של הזקנים הוא תולדה של עלייה דרמטית בתוחלת החיים לצד ירידה בשיעורי הילודה: תוחלת החיים כיום בישראל היא 83.4 לנשים ו-79.7 לגברים, והיא מהגבוהות בעולם. נתונים דמוגרפיים אלה, לצד תחזיות דמוגרפיות נוספות, מלמדים כי החברה הישראלית (בדומה לחברות נוספות) עוברת טרנספורמציה דמוגרפית דרמטית שבמסגרתה תושבי ישראל זוכים לאריכות ימים, וחלקם ומקומם של הזקנים בכל זירות הפעילות החברתית עתיד להשתנות באופן מהותי.²³

הצורך בחשיבה מחודשת בנוגע למקומם של הזקנים בחברה הישראלית נובע לא רק מהתמורה הדמוגרפית שתוארה לעיל. בשנים האחרונות התפתחה מודעות לתופעה המכונה "גילנות" (המושג העברי ל-ageism). יש הטוענים כי תופעה חברתית זו כמוה כגזענות (racism), או מיננות (sexism). תופעה זו נעוצה בהבניה החברתית השלילית של הזקנה,

²² למעשה, התרחש גם שינוי איכותני שבמסגרתו עצם הגדרת הזקנה כבר אינה כוללת את בני השישים, למשל.

²³ כל הנתונים הסטטיסטיים שאובים מג'ני ברודסקי, יצחק שנוור ושמואל באר קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי 2011 (2012).

הכוללת סטיגמה וסטראוטיפים המתייגים זקנים כחסרי יכולת, חסרי ישע, מיושנים ולא-רלוונטיים, ובעיקר – הדרה ממעגלי החיים החברתיים.

ספרות מדעית גרונטולוגית וגריאטרית, מצביעה על כך שגיל כרונולוגי – במנותק ממכלול הקשרים ביולוגיים, חברתיים ופסיכולוגיים – הוא מנבא חלקי מאוד בנוגע לזהותו של האדם. יתרה מכך, מחקרים אנתרופולוגיים מצביעים על כך שחברות אנושיות מגוונות, שהיו ממוקמות בתקופות ובאזורים שונים, המשיגו את הזקנה בתצורות תרבותיות מגוונות (ולא פעם גם מנוגדות) ורבות: חלקן לחיוב וחלקן לשלילה. מכאן שכיום קיימת הסכמה רחבה יותר (אף אם לא הסכמה גורפת), שבדומה ל"תכונות" אחרות ("סטטוסים"), כדוגמת גזע, לאום, דת, נטייה מינית או מוגבלות – גם הגיל הכרונולוגי הוא תכונה שאינה אמורה להכתיב מראש את היחס החברתי כלפי אדם.²⁴ עם זאת, יש לציין כי הגיל הכרונולוגי – לצעיר ולמבוגר – עדיין מכתוב תדירות את ההתייחסות אליו, כפי שיודגם עוד להלן.

הגם שהדברים דלעיל לא הכתיבו את המלצותיה של הוועדה, הרי הם בהחלט עמדו ברקע דיוניה, ואף באו לידי ביטוי במסגרת חילופי הדעות על הגישה החברתית הראויה – כל זאת, הן לאור לקחי העבר והן לאור הצפי במבט לעתיד. יצוין כי בהקשר זה הייתה הסכמה מלאה של כל חברי הוועדה שכל אדם, בלי קשר לגילו, זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו. כל חברי הוועדה מקבלים לחלוטין את העיקרון שערך חייו של אדם אינו פוחת עם הזדקנותו. ככל שהתגלעה מחלוקת בין חברי הוועדה, היה זה בעיקר בשאלת המשקל שיש לתת לתוחלת חייו של אדם ולשימוש בהנחות המבוססות על גיל כרונולוגי כאמצעי לעיצוב נוסחת הקצאה הוגנת ואובייקטיבית.

²⁴ לסקירה מקיפה של תופעת הגילנות, המשגתה וביטוייה המגוונים במציאות הישראלית, ראו אצל: גילנות בחברה הישראלית: הבניה חברתית של הזיקנה בישראל (ישראל דורון עורך, 2013).

3. הגיל: היבטים משפטיים

לגיל נודעות ומיוחסות נפקויות משפטיות בלתי-מבוטלות. גילו של אדם קובע ומגדיר לעתים את אגד זכויותיו או חובותיו.²⁵ גיל יכול שישמש כבסיס מינימום אשר קודם לו לא תוטל חובה או לא תוענק זכות (למשל, גיל קטינות; גיל ההסכמה המשפטית; גיל במסגרת רישוי; גיל נישואין; גיל אחריות משפטית; גיל גיוס; גיל לצורך קבלת פנסיה) או כתקרת מקסימום שלאחריה תופסק הזכות (למשל, סיוע בדיור לזוגות צעירים). אלו נקבעו בדרך כלל כסטנדרטים פורמליסטיים, אשר לא ניתן לסטות מהם בדרך כלל. עם זאת, ניתן לזהות נורמות חקיקתיות שבהן הגיל משמש כסמן להפעלתה של דרישה או של תנאי (דוגמת בדיקות רפואיות לנהגים מעל גיל 70 כתנאי לחידוש רישיון הנהיגה). כלומר המחוקק רואה בגיל במקרים אלו כנושא משמעויות סטטיסטיות, מתוך התפיסה שלגיל עלולה להיות השפעה שלילית על יכולת הנהיגה, אך גם מתוך מודעות לכך שהשפעה זו אינה הכרחית – היא משתנה מאדם לאדם. כל זאת, על רקע הבנת המחוקק שהמוביליות של האדם (או שלילת חופש התנועה שלו או הגבלתו) היא חשובה ביותר. לכן משמעויות אלו אינן בעלות תוצאה מדירה, אלא מחייבות בדיקה אינדיבידואלית.

באופן היסטורי, ההפליה מטעמי גיל וההבניה החברתית השלילית של הזקנה (הגילנות – ageism) לא זכתה להכרה בחקיקה הישראלית.²⁶ אולם בשנים האחרונות – בעקבות עלייה במודעות הציבורית והמשפטית לתופעת הזדקנותה של החברה הישראלית ובעקבות ההכרה בעצמת הפגיעה וההשפלה הכרוכה בסטראוטיפיזציה והסטיגמטיזציה של אנשים רק בגלל גילם הכרונולוגי – התחולל שינוי מהותי בחקיקה הישראלית בכל הנוגע למודעות להיות הפליה זו עילת הפליה שמעמדה מתקרב לעילות המוכרות כגון דת, גזע, מין או לאום. כך, לדוגמה, בשורה של תיקוני חקיקה, הוסף איסור ההפליה מטעמי גיל

²⁵ ראו אצל אבנר ח' שאקי **הגיל במשפט** 9 (התשכ"ח): "...מתייחס המשפט כרגיל באופן שונה לבן התקופה המאוחרת של הבגירות – לזקן – ע"י שהוא מעניק לו זכויות ומטיל עליו מיגבלות, בהתחשב בהצטמצמות הטבעית, ההדרגתית, בכושרו".

²⁶ לסקירה מקיפה אודות המושג "גילנות" באופן כללי, וכן על דרכים למדידת התופעה ועל מופעה המגוונים במציאות הישראלית ראו אצל: **גילנות בחברה הישראלית** (ישראל (איסי) דורון עורך, תשע"ב).

לחוקים שבעבר לא כללו איסור שכזה במסגרת סעיף איסור ההפליה הכללי שלהם.²⁷ יצוין כי שאלה זו עלתה אף היא בדיוני הוועדה בשאלת ההשוואה בין הפליה על בסיס גיל להפליות מסוגים אחרים.²⁸

בתי המשפט נדרשו אף הם לא פעם לעיסוק בשאלת גילו של אדם, ובייחוד בשאלת ההפליה על רקע גיל.²⁹ הגם שהיו מי שזיהו את קריטריון הגיל ככזה שנתפס בעיני בית המשפט כחלש יותר מהקריטריונים האחרים של הפליה (דוגמת מין וגזע)³⁰ – הרי עמדה זו נדחתה על ידי דעת רוב שופטי בית המשפט העליון ולו בהקשר של הפליה כלפי עובדים מבוגרים. כדברי כבוד נשיא בית המשפט העליון, אהרן ברק, בפרשת **רקנט**.³¹

"הנמקתו השנייה של השופט זמיר הייתה כי 'הפליה מחמת גיל אינה מקוממת כמו הפליה מחמת גזע או דת' (הדיון המקורי [...], בעמ' 370). ייתכן, אבל היא מקוממת מאוד מאוד, כאשר עניין לנו בהפלייתו של העובד המבוגר. הערך של "אל-תשליכני לַעַת זְקָנָה" (תהילים, עא, ט [...]) הוא ביטוי לתפיסה הטבועה עמוק בתרבות החברתית שלנו. הפליה של אדם מחמת גילו המבוגר – להבדיל מסוגים אחרים של הפליה על בסיס של גיל – מהווה פגיעה קשה בכבודו של העובד המבוגר. **אינני סבור שפגיעה זו מקוממת פחות מפגיעות אחרות אשר בית-המשפט העליון רואה בהן, כעניין שבשיגרה, סתירה לתקנת הציבור**. מדוע פגיעה בלתי סבירה בחופש העיסוק של העובד נתפסת כפוגעת בתקנת הציבור (בפסיקה ענפה מאז קום המדינה [...]) ואילו פגיעה

²⁷ ראו לדוגמה את תיקוני החקיקה הבאים, שכולם עוסקים בהוספת איסור ההפליה מטעמי גיל לסעיפי איסור ההפליה הכלליים שלא כללו בעבר את עילת ה"גיל" כחלק מהעילות האסורות לפגיעה: חוק איסור לשון הרע (תיקון מס' 9), התש"ע-2009, ס"ח 2214, עמ' 246; חוק שיוויון ההזדמנויות בעבודה (תיקון מס' 3), התשנ"ד-1995, ס"ח 1528, עמ' 334; חוק חובת המכרזים (תיקון מס' 21), התשע"ב-2012, ס"ח 2356, עמ' 390.

²⁸ ראו לעניין זה את עמדת המיעוט של הוועדה בעניין התעדוף.

²⁹ וראו גם אצל ישראל (איסי) דורון "גילנות ואנטי-גילנות בפסיקת בית המשפט העליון" **המשפט יד 65** (תשע"א). וראו גם ישראל (איסי) דורון **זיקנה בהיכלים של צדק: על גילנות בפסיקת בית המשפט העליון** (תשע"ג).

³⁰ כן ראו פנינה אלון-שנקר "העולם שייך לצעירים": על אפליה מחמת גיל מתקדם בעבודה ופרישת חובה בגיל נקוב" **ספר דליה דורנר** 81, ובמיוחד בעמ' 87-90 (שולמית אלמוג, דורית ביניש ויעד רותם עורכים, 2009).

³¹ דנג"ץ 4191/97 **רקנט נ' בית הדין הארצי לעבודה**, פ"ד נד(5) 330 (2000). בפרשת **רקנט** נפסל הכלל שלפיו דיילי אוויר באל-על חייבים לפרוש בגיל 60, לעומת שאר העובדים, שחייבים לפרוש בגיל 65. בית המשפט העליון קבע כי אל-על יוצרת אצל הלקוחות את הציפייה שהדיילים יהיו צעירים, ואז מצדיקה את מדיניותה המפלה, המשמרת את הציפייה הגילנית. עוד קבע בית המשפט כי האיסור המשפטי על הפליית גיל שווה בעצמתו לאיסור המשפטי על הפליית אחרות, כמו דת, לאום, גזע או מין.

בלתי סבירה בשוויון העסקתו של העובד המבוגר אינה נתפסת כפוגעת בתקנת הציבור (והיבט להמתין לחקיקתו של חוק שוויון ההזדמנויות)? האין בגישה זו משום כניעה לאותם סטראוטיפים באשר לכושרו הנמוך של העובד המבוגר אשר כנגדם יצא השופט זמיר חוצץ בדיון המקורי [...]?" (ההדגשות לא במקור).³²

ואכן, מניתוח הפסיקה הקיימת כיום בישראל עולה כי התחום שהעשיר את הפסיקה בהקשר זה יותר מאשר תחומים אחרים הוא זה של דיני העבודה. פסק הדין העדכני ביותר בתחום זה הוא פסיקת בית הדין הארצי לעבודה בפרשת ליבי וינברגר. באותו מקרה קבע בית הדין כי על מקום העבודה להפעיל שיקול דעת פרטני באשר לפרישתו של אדם המבקש להמשיך לעבוד לאחר גיל הפרישה הקבוע בחוק. במילים אחרות, בית הדין מצא כי קיים חשד גילנות בכל הקשור לגיל פרישה כפוי אחיד הנשען על גיל כרונולוגי, אך השאיר את השאלות החוקתיות בעניין זה לפתחו של בית המשפט העליון.³³

גם מחוץ לעולם ההפליה בתעסוקה ניתן לזהות תמורות ביחס הפסיקה כלפי השימוש בקריטריון הגיל. נדמה כי הפסיקה מבקשת לצמצם את השימוש בקריטריון הגיל כמסגרת קשיחה שאינה מאפשרת גמישות בנסיבות המתאימות. כך, לדוגמה, במסגרת דיון על מגבלת "הפרשי הגיל" בין מבקש אימוץ ובין הילד המאומץ המעוגן בחוק אימוץ ילדים, עמדת רוב הרכב שופטי בג"ץ הייתה כי קביעת הפרש הגיל בחוק היא חוקתית ומידתית, אך עם זאת יש לאפשר לוועדת ערר לשקול את העניין לגופו, ולהתיר את האימוץ במקרים חריגים אף אם הפרש הגילים חורגים ממגבלה הקבועה בחוק.³⁴

³² שם, בעמ' 369–370.

³³ ע"א (ארצי) 209/10 וינברגר נ' אוניברסיטת בר-אילן (נבו, 2012). ואכן, בעקבות פסיקה זו הוגשה עתירה לבג"ץ הידועה כבג"ץ 9134/12 פרופ' משה גביש נ' הכנסת. עתירה זו טרם נדונה.

³⁴ הנשיאה ביניש (בדעת הרוב) כותבת: "יוער כי בקביעת פער גילאים מקסימאלי של 48 שנים, עשויה להיות מידה מסוימת של שרירותיות המאפיינת כל נורמה הקובעת מדד אחיד, בוודאי כאשר מדובר במגבלה המבוססת על גיל. כבר נאמר בפסיקתנו כי... 'זה דינם של זמנים, של מידות, של משקלות, של מרחקים ושל עוד כיוצא באלה מושגים קדידים, שבקצה גבולותיהם הם שרירותיים משהו. והדברים ידועים'". ראו בג"ץ 4293/01 משפחה חדשה נ' שר העבודה והרווחה (נבו, 2009). או, כדוגמה נוספת, ראו כיצד במסגרת בג"ץ 1173/07 אנדרי יון נ' משרד הפנים (נבו, 2009) נדונה עתירת בני הזוג אנדרי יון ועליזה קליין נגד משרד הפנים בגין סירובו של האחרון להעניק לבן הזוג (שהיא אזרח זר) אזרחות ישראלית מכוח נישואיו לבת זוגו (שהייתה אזרחית ישראלית) בשל העובדה שהיא הייתה בת 79 ומבוגרת ממנו ב-30 שנים. כב' השופטת פרוקצ'יה, תוך שהיא מקבלת את ההסדר שלפיו ההחלטה תישקל מחדש, ציינה כי קשרים זוגיים אמתיים יכולים להתקיים גם כאשר הם מחוץ לתבניות הגיל המקובלות.

לצד אלו, ניתן למצוא דוגמאות לשימוש בקריטריון הגיל גם בהקשרים הרפואיים-פריוניים, כגון בחוק תרומת ביציות; וכן המלצות ועדת מור יוסף שתמכה בקביעת קריטריון גיל בטיפולי פוריות מסוימים.³⁵

נדמה אפוא שניכר מעבר מכללים פורמליסטיים, המבוססים על גיל כרונולוגי בלבד, לכללים מהותיים של בחינה קונקרטי של מכלול נסיבות העניין, ולהפעלת שיקול דעת ענייני. לא מן הנמנע אפוא שההקשר, מאזן הצרכים הקונקרטיים, שיקולים מערכתיים, הסיטואציה הספציפית וחלופות הפעולה הקיימות – הם שיחליפו את ההסתמכות הבלעדית על הגיל הכרונולוגי בהכנת התוצאה בדילמות המשפטיות הגילאיות.

4. הגיל: השתלות, אתיקה ומשפט

לענייננו – קריטריון הגיל כתנאי לרישום מועמדים להשתלות קובע תקרת מקסימום פורמליסטית. כלומר קריטריון הגיל להשתלות אינו נתון לשיקול דעת או להסכמות – לא מצד הצוותים הרפואיים ולא מצד המטופלים. זהו גיל מדיר לכל דבר ועניין,³⁶ ואין בצד ההדרה כל אפשרות לפרט להוכיח כי הוא כשיר להירשם כמועמד להשתלה. לפנינו אפוא תקרת מקסימום פורמליסטית המשקפת הדרה מוחלטת מהאפשרות ליהנות ממשאב, אשר כולם יסכימו כי שלילתו היא בגדר שלילת זכות יסוד. הטעמים להדרה מוחלטת חייבים שיישענו על אדנים יציבים ומוצדקים במיוחד. אם טעמי ההדרה הם טעמי גיל כרונולוגי גרידא, הרי אפשר שמדובר בהפליה אסורה (גילנות) ובלתי-מידתית. כמובן, הדבר הוא תלוי הקשר וכפוף לבחינת התכלית בבסיס ההגבלה. סוגיה זו עמדה במרכז דיוני הוועדה ותת-הוועדה המשפטית, כפי שיוצגו בהמשך הדברים.

³⁵ המלצות הוועדה הציבורית לבחינת הסדרה חקיקתית של נושא הפריון וההולדה בישראל 29–32 (2012). www.health.gov.il/publicationsfiles/bap2012.pdf

³⁶ למעט, כאמור, בקריטריון הגיל להשתלת לב, או ניתן לספק לעתים איברים גבוליים [מרג'ינליים] לנתרמים שגילם עולה על הגיל המקסימלי. גם זאת עד תקרת גיל מקסימלית.

4.1 העקרונות האתיים

הדילמה המרכזית העומדת בלבו של דיון זה נוגעת: (1) בהזרת מבוגרים מכניסה לרשימת המועמדים להשתלה; (2) בתעודף בין קבוצות גיל שונות, ובייחוד בין מבוגרים לצעירים במסגרת רשימת המועמדים להשתלה. דילמות אלו אינן נעדרות מהספרות הסוציולוגית³⁷ והביו-אתית בנושא. הסוגיה הראשונה, העומדת במרכז המנדט של הוועדה תידון בפרק זה. הסוגיה השנייה תידון בחלקו הבא של הדו"ח.

הדילמה, מקורה בעובדה שאיברים להשתלה הם משאב חסר, שאם לא כן, הדיון בסוגיה היה מתייטר. סוגיית משאבים חסרים ברפואה בכלל ובהשתלות בפרט, והקצאתם בנסיבות אלו אינה חדשה.³⁸ ניתן לסכם את הגישות השונות כך: הגישה האחת גורסת כי יש למקסם את התועלת שבאיברים (כלומר מקסום מספר ההשתלות המוצלחות ומשך ניצול האיברים); לפי גישה אחרת, יש לפעול בהקשר זה באופן שוויוני (גישה של צדק) מבלי להתחשב בגיל.

העמדה המסמנת ככל הנראה את צדו הקיצוני של המנעד בדילמה זו, מיוחסת לקלהאן (Callahan). לשיטתו, הגיל (הכרונולוגי) יכול לשמש וצריך לשמש קו מבחין בדילמות של הקצאת משאבי בריאות, ובכלל זה בתחום השתלות האיברים. קרי, קביעה פורמליסטית של גיל היא זו שתכריע, שרירותית, אם אדם יזכה להשתלה אם לאו. עמדתו מבוססת על העובדה שהמבוגרים השלימו כברת דרך (מבחינת מיצוי תחולת החיים), ולפיכך יש מקום להעדיף את הצעירים, שטרם זכו לכך. עם זאת, מדובר כאמור בעמדת קצה, ונדמה כי מרבית המלומדים אינם מצדדים בדיכוטומיה מוחלטת, אלא בכללי תעודף בין צעירים למבוגרים או בביטול כל הבחנה על סמך גיל. עמדות אלו יוצגו כאמור בחלקו הבא של הדו"ח.

³⁷ Dennis McKlerie, *Justice between the Young and the Old*, Oxford University Press, 2012.

³⁸ ראו למשל אברהם שטיינברג "חלוקת משאבים מוגבלים ברפואה – היבטים מוסריים והלכתיים" עמק הלכה (ענייני רפואה) ב 91 (1989).

4.2 העקרונות המשפטיים

סעיף 4 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, קובע כי:

"(א) מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה.

(ב) מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי גיל, ואולם אין רואים הפליה לפי סעיף זה כאשר ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים".

ס"ק ב' התקבל בתיקון משנת 2010. בהקשר של עבודת הוועדה, הסעיף מעורר שלוש בעיות מרכזיות: האחת, תחולתו בכל הקשור להקצאת איברים להשתלה. חוק זכויות החולה עוסק ב"מטפלים" וב"מוסדות רפואיים" ("בית חולים או מרפאה"), ולכאורה אינו חל על ועדת ההיגוי שליד המרכז הלאומי להשתלות – אותה ועדה הפועלת מכוח חוק השתלת איברים, וקובעת את הקריטריונים להשתלה. בין חברי תת-הוועדה המשפטית נתגלעה מחלוקת בסוגיה זו. לפי העמדה האחת, חוק זכויות החולה אינו חל על ענייננו; לפי העמדה השנייה, מאחר שהחלטות ועדת ההיגוי מיושמות בידי רופאים ומוסדות רפואיים, חוק זכויות החולה (וסעיף 4 לחוק) חל במישרין על ענייננו, ולא תהא לרופא מטפל הגנה שהפלה הפליה אסורה רק מטעם שפעל לפי הנחיות ועדת ההיגוי. מכל מקום, נדמה כי בקרב המשפטנים שוררת הסכמה כי עקרון השוויון ואיסור ההפליה חלים על ועדת ההיגוי מכוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, או לפחות מכוח העקרונות המחייבים את המנהל הציבורי בהחלטותיו, ומכאן גם שאם ההנחיות שקובעת הוועדה יש בהן משום הפליה – הרי הפליה זו אסורה היא. דהיינו, גם אם חוק זכויות החולה אינו חל במישרין לעניין החלטות ועדת ההיגוי, הרי עדיין כל החלטה הנשענת על קריטריון הגיל צריכה לעמוד במבחן החוקיות לפי חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו ובמבחן שיקול הדעת המנהלי; הבעיה השנייה בקשר של סעיף 4(ב) לחוק זכויות החולה נוגעת בדיוק בנקודה זו של היכולת להבחין בין הפליה אסורה לבין הבחנה ה"נדרשת משיקולים רפואיים". הבחנה זו ומושג זה מעוררים קושי משפטי ואתי בשל אפשרות העירוב בין החברתי לרפואי. הגבול הזה מטושטש בייחוד בכל הקשור לקריטריון הגיל, ועלינו להיזהר שהשיקולים החברתיים

לא יהפכו בהליך של מדיקליזציה לשיקולים רפואיים (כלומר נתונים לשיקול דעת רפואי). עלינו להימנע גם מרציונליזציה ומהסוואה של פרקטיקות חברתיות במסווה (מודע או בלתי-מודע) רפואי. לכן מתבקשת בחינה מדוקדקת של השאלה – מה משמעות הגיל על הצלחת ההשתלה. גם כאן, כפי שכבר ראינו, הגדרת "הצלחת השתלה" אינה אחידה וכוללת מנעד של גוונים אשר יש בהם לכאורה גם משום הבניות חברתיות – דוגמת משך שרידות המטופל ומשך שרידות השתל.³⁹ גם חברי הוועדה הביעו את עמדתם ולפיה יש להיזהר כי השיקולים הרפואיים לא יתערבבו בשיקולים החברתיים. לפיכך – בבחינה לפי חוק זכויות החולה יש לוודא שכלל מדיר, אם ייקבע, נשען אך על יסודות רפואיים. בבחינה החוקתית יש לוודא שהכלל שייקבע עומד במבחני החוקתיות, אשר מחייבים הסתמכות אך ורק על שיקולים רלוונטיים; הבעיה השלישית היא שאיסור ההפליה על סמך הגיל נקבע בסעיף קטן נפרד ולא במסגרת איסורי ההפליה שבס"ק א'. השאלה היא אם להבחנה זו יש משמעות כלשהי. ראשית, הסעיף נושא אופי הצהרתי. ראיה לכך היא שבתיקון לחוק, המחוקק קבע במפורש שאיסור ההפליה מטעמי גיל, להבדיל מכל עילות ההפליה האחרות, לא יישא סנקציה פלילית או אזרחית. זו גם העילה היחידה שנקבע לגביה במפורש כי לא מתקיימת הפליה אסורה כאשר ההבחנה שבבסיסה נדרשת משיקולים רפואיים. מכל מקום, נדמה כי קיימת הסכמה ולפיה הכנסת ביקשה להבחין בין הפליה מהטעמים שבס"ק א' לבין הפליה מטעמי גיל שבס"ק ב'. הבחנה זו חשובה, שכן במסגרת דיוני הוועדה עלו השוואות בין איסור ההפליה מטעמי מין ולאום (למשל) ובין הפליה על בסיס גיל. מכל מקום, יצוין כי לפחות חלק מהמשפטנים בוועדה סברו כי השאלה היא בעיקרה לא משפטית, משום שהסמכות הניתנת לוועדת ההיגוי ולמנכ"ל משרד הבריאות מאפשרת להם לשקול שיקולים רחבים, וכי מתן משקל לגיל שעומד בקריטריונים רפואיים וביו-אתיים מקובלים, אין בו בהכרח פגיעה חוקתית. השאלה אפוא חוזרת להיות: מהו האיזון הנכון בין השיקולים השונים.

³⁹ Jessica Dunsay Silver *From Baby Doe to Grandpa Doe: The Impact of the Federal Age Discrimination Act on the "Hidden" Rationing of Medical Care*, 37 CATH. U.L.R. 993, 1013 (1988): "By using age and 'potential for rehabilitation' after transplantation, they seem to favor those patients who are expected to live longer and have a higher 'quality of life'".

4.3.1 – טיעונים התומכים בביטול מידי של הגיל כקריטריון סף

כאמור, הנתונים שהציגו הצוותים המקצועיים מלמדים כי אכן קיים פער סטטיסטי בין נתוני הצלחת השתלה, שרידות השתל ושרידות המושתל ככל שגיל המושתלים עולה (ובמקרים מסוימים גם ככל שגיל האיבר עולה). אף שהבדלים אלו מובהקים סטטיסטית, קיימת הסכמה בקרב הצוותים המקצועיים כמו גם בקרב ההדיוטות, כי הבדלים אלו אינם משמעותיים עד כדי שיצדיקו הדרה מוחלטת מרשימת המועמדים להשתלה. כלומר הממצאים מלמדים כי לגיל יש משמעות סטטיסטית בכל הקשור להצלחת ההשתלה,⁴⁰ ואולם הבדלים אלו בין הצלחת השתלה בצעירים ובין הצלחת השתלה במבוגרים אינם כה דרמטיים. למשל, גם בקרב המושתלים המבוגרים ביותר, לפחות מחצית מהם מרוויחים תוחלת חיים של לפחות חמש שנים לאחר ההשתלה.

לפיכך, המענה לשאלה – האם די בכך שקיימים הבדלים סטטיסטיים בין צעירים למבוגרים כדי להצדיק הדרה מוחלטת של האחרונים מרשימת המועמדים להשתלה הוא שלילי בהחלט פה אחד של כל חברי הוועדה. הטעם לכך הוא שכל מועמד להשתלה נבדק ועובר הערכה רפואית. לעתים גם מועמדים צעירים מנועים מלעבור השתלה מטעמים רפואיים,⁴¹ אך קודם לכך הם עוברים את אותה הערכה כחבריהם. במצב שבו כל מועמד נבדק, מה טעם יש בהדרה שכל כולה מבוססת על הנחה סטטיסטית שהצלחת השתלה במבוגרים טובה פחות מזו של צעירים? הנחה שרירותית זו אינה מקובלת.⁴² היא עד כדי כך שרירותית, שיש בה כדי להדיר חולה שסיכויי הצלחת השתלתו טובים לפי כל קנה

⁴⁰ כאמור, המושג "הצלחת ההשתלה" אף הוא אינו ברור ואחיד דיו וכולל לא רק את הישרדות המטופל, אלא גם, למשל, את שרידות השתל, וששני אלו נמדדים יחדיו לאורך כמה שנים. הצלחת ההשתלה תלויה כאמור גם במרכיבים אחרים שאינם תלויי גיל (כגון תחלואה נוספת). כאמור, בעצם הגדרות אלו נכללים לא רק שיקולים רפואיים, אלא גם חברתיים.

⁴¹ לעתים צעירים מודרים מכניסה לרשימה מסיבות רפואיות (דוגמת גודל גידול ממאיר).

⁴² וראו לעניין זה:

Jessica Dunsay Silver, *supra* note 39, at p. 1043: "An age test may unfairly disadvantage a qualified individual who is not given an opportunity to prove that he or she is qualified" 1046; וכן שם, בעמ' 1046: "Why is age used to exclude individuals from

מידה, ושזה עתה חצה את קו הגיל הקובע, בעוד חברו, העומד ימים ספורים טרם יחצה את קו הגיל הקובע, וסיכויי הצלחת ההשתלה אצלו פחותים משל רעהו, ייכנס לרשימה.⁴³ משמעות הדבר שאין להדיר מבוגרים מרשימת המועמדים להשתלה, שכן יש בכך פגיעה בשוויון. הגיל הכרונולוגי (להבדיל מהגיל הביולוגי) אינו מספר לנו דבר על האינדיבידואל הזקוק להשתלה. הכללתו של החולה המבוגר הזקוק להשתלה ברשימת המועמדים להשתלה מבטיחה לו לפחות דבר אחד שנמנע ממנו עד כה – והיא התקווה. מכאן, **בנוגע לשאלה העקרונית/חוקתית/אתית – האם יש מקום להזרת מבוגרים מרשימת המועמדים להשתלה בהתבסס על גיל כרונולוגי – התשובה של חברי הוועדה שלילית.**

הנמקה נוספת העומדת בבסיס הגישה הקוראת לבטל את קריטריון הסף נוגעת בלב לבו של מערך ההשתלות והיא עקרון הזדיות או הערבות ההדדית.⁴⁴ תרומת איברים, בוודאי תרומה מן הנפטר, היא תרומה אלטרואיסטית לחברה, ויש להגן על המרקם העדין הזה מפני פגיעה. במיוחד חמורה הפגיעה בעקרון ההדדיות – שבין תורמים⁴⁵ לנתרמים:

consideration when individualized evaluations are being performed anyway? The scientific basis for a total exclusion of those over age fifty-five is admittedly weak".

⁴³ בתי המשפט בישראל קבעו כי הסתמכות על נתונים סטטיסטיים כקריטריון מדיר לסינון מועמדים לעבודה או למינויים הוא אסור. כך, למשל, הורשעה חברת גסטטנר בהפליה אסורה כשפרסמה מודעת דרושים לגברים בלבד, בנימוק שהתפקיד דורש כוח פיזי ועבודה בשעות מאוחרות. נא/3-8 (ארצי) **מדינת ישראל נ' חברת גסטטנר**, פד"ע כד 65, (1992).

⁴⁴ עיקרון זה הוביל גם להסדרה חוקית המתעדפת את החותמים על כרטיס אדי. ראו גם: Amos Shapira, *Organ Transplantation in Israel: Professional Paternalism, Vmmunitarian Solidarity, Individual Autonomy, and Family Control, in AN EQUITABLE DISTRIBUTION OF HUMAN ORGANS FOR TRANSPLANTATION*125 (The Sacher Institute for Legislative Research and Comparative Law, the Hebrew University of Jerusalem, M.A. Rabello ed., 2003)

⁴⁵ Radomir Naumovic et al., *Effects of Donor Age on the Outcome of Living-Related Kidney Transplantation*, 18 *TRANSPLANT INTERNATIONAL* 1266 (2005); Bruno Nardo et al., *Liver Transplantation from Donors Aged 80 Years and Over: Pushing the Limit*, 4 *AM. J. OF TRANSPLANTATION* 1139 (2004).

כשגילם של הראשונים עלה לכדי גיל 80⁴⁶ וגילם של האחרונים נמוך בדרך כלל מזה, ובייחוד, כפי שצוין כבר, במציאות שבה גיל התורמים בפועל הולך ועולה.⁴⁷

3.3.2 – טיעוני נגד

ובכל זאת עלו בוועדה שני טיעוני נגד אפשריים. הראשון נוגע באפשרות **התארכות התורים**. כלומר ביטול קריטריון הגיל כקריטריון סף יוביל לתוספת מידית של מועמדים רבים להשתלה (כאלו שאין לגביהם אינדיקציה רפואית מובהקת המונעת את כניסתם לרשימה בכל מקרה, יהא גילם אשר יהא). בנוסף, ביטול קריטריון זה יביא להתארכות התורים בטווח הארוך, כפי שהודגם קודם לכן בנתוני הצוותים המקצועיים ובהערכותיהם.⁴⁸ עמדת חברי הוועדה בהקשר זה לא הייתה מונוליתית. יש מבין חברי הוועדה הרואים בתוספת זו רק מגבירת ייאוש ופוגעת בתקווה של מטופלים שעד כה הייתה להם תקווה, וכנוטעת תקוות שווא במטופלים שעד כה ידעו כי לא יזכו להשתלה.⁴⁹ פגיעה זו עלולה להיתפס כפגיעה בלתי-מידתית במי שכבר ממתניים להשתלה. מאידך, חברי ועדה אחרים הדגישו את ההיבט החוקתי, ולפיו אם מדובר בפרקטיקה מפלה, הפוגעת בעקרון השוויון – יש לבטלה מידית. האנלוגיה שהציעו חברי הוועדה בנקודה זו הייתה הפליה על בסיס דת, לאום, גזע או מין. קרי, לגישתם של חברי הוועדה המצדדים בביטול מידי של הגיל כקריטריון מדיר, לא היינו מעלים על הדעת להותיר קריטריון זה על כנו אם היינו מגלים, למשל, כי הוא פוגע בקבוצת מיעוטים מסוימת, ולא על בסיס רפואי.

⁴⁶ יודגש כי קביעת גיל מקסימום לתרומת איברים (להבדיל מקבלת איברים) נשענת על שיקולים רפואיים. מכל מקום, סוגיה זו של תקרת המקסימום לתרומת איברים אינה חלק ממנדט הוועדה (אף אם תידון בהקשר לעקרון ההדדיות בהשתלות איברים).

⁴⁷ החלטת הוועדה פוטר ממילא גם את הצורך לדון בשאלה מדוע מי שכבר רשום לא יוצא מהרשימה בשל גילו.

⁴⁸ יש לציין שבכל הנוגע להשתלות כליה, מצבת המועמדים להשתלה לא תשתנה מכיוון שמלכתחילה לא נקבעה תקרת גיל מקסימלית להשתלות.

⁴⁹ יש לציין, אגב, כי עצם ההמתנה להשתלת איברים היא עצמה יוצרת ומגבירה את חרדת המטופלים. Corruble Emmanuelle, et al., *Progressive Increase of Anxiety and Depression in Patients Waiting for a Kidney Transplantation*, 36(1) BEHAVIORAL MEDICINE 32 (2010).

טיעון נגד שני נוגע להגברת הלחץ על הצוותים הרפואיים והבעיות בהשגת אובייקטיביות בקבלת ההחלטה לכניסה לרשימת המועמדים להשתלה. גיל (כרונולוגי) הוא קריטריון ברור, קשיח ואחיד. מטעם זה בכוחו להבטיח כי החלטה (במקרה זה בדבר כניסה לרשימת המועמדים להשתלה) היא אובייקטיבית. לא זו בלבד, אלא שבדרך זו הרופאים אינם עומדים במפגש בעל אופי אדוורסרי מול מי שמבקשים להיכנס לרשימה וגילם גבוה מזה שנקבע בנהלים. עם זאת, כאמור, בהינתן שקריטריון הגיל כקריטריון סף חשוב כמפלה, הרי שיקול זה של חשש מלחץ על הרופאים המטפלים אינו יכול לעמוד כשיקול נגד. לפיכך הוועדה ממליצה לגבש את מנגנון ההקצאה ולהתחשב בגיל הביולוגי של אדם בצורה מדויקת ואובייקטיבית ככל הניתן. עוד היא ממליצה להקצות לצוותים המטפלים-המשתילים תפקיד מינימלי בהליך ההקצאה ולהעדיף קריטריונים המבוססים על בדיקות מעבדה אובייקטיביות על פני בדיקות קליניות שבהן ייתכנו הבדלי פרשנות בין רופאים שונים, וזאת, על מנת להימנע מלחצים אלו ואפילו ממראית עין של היעדר אובייקטיביות. למעשה, במפורש או במשתמע, זו גם עמדתם של הצוותים המקצועיים, המבקשים לקבוע מערכת קריטריונים ברורה להקצאת האיברים. גיל (ביולוגי) צריך להיות חלק מקריטריונים אלו.

בסיכומו של דבר, דעת הוועדה היא, כי גם על בסיס מבחן ההבחנה ה"נדרשת משיקולים רפואיים" וגם על פי המבחנים החוקתיים, קריטריון גיל המקסימום כקריטריון קשיח אינו יכול לעמוד על רקע ממצאי הצוותים המקצועיים.⁵⁰

⁵⁰ למעשה, אין זה מן הנמנע שגם במקרה שבו היו סיכויי שרידות של 20% למושתלים מבוגרים לאחר ניתוח בהשוואה לשיעורי הישרדות גבוהים הרבה יותר בקרב צעירים, מסקנה זו לא הייתה משתנה. כלומר קריטריון סף יהיה מוצדק רק לעתים נדירות.

יצוין כי בדעה זו כלולה גם דעתם של משפטנים, אשר צידדו בהסרת מגבלת הגיל כקריטריון מדיר, לא על בסיס שיקולים חוקיים או חוקתיים (לרבות חוק זכויות החולה, בפרט נוכח שאלת תחולתו העקרונית בסיטואציה הנדונה), אלא מן הטעם שבהתחשב במידע הקיים בנוגע לסיכויי ההשתלה, לפי גיל, הדרה כזאת אינה יכולה להיחשב סבירה, הוגנת או מוצדקת עניינית, אף ללא תלות בהשלכה (שללא ספק קיימת) של מסקנה זאת, על תוקפה המשפטי של ההדרה. חברי ועדה, כולל משפטנים, סברו כי הבעיה אינה חוקתית, אלא נעוצה בעקרונות של הוגנות: האם ניתן לטעון כי אנו נוהגים הגינות בבני הגיל המבוגר כאשר אנו מתעלמים מצורכיהם? האם אדם צעיר שמקבל יתרון על פני אדם מבוגר מרגיש שזכה בעדיפות זאת מטעמים הוגנים? אלו הדגישו כי הזכות לחיים, לא רק החוקתית, אלא אף המוסרית, היא מוחלטת ולא יחסית: לאדם שתוחלת חייו קצרה יותר, אין זכות פחותה יותר לחיים, יחסית לשנות חייו הנותרות.

פרק ד': הגיל כפרמטר משוקלל בהקצאת איברים – המלצות נוספות

1. מבוא

כאמור, מנדט הוועדה תוחם את הדיון בעיקרו לשלב הראשון של השאלה אם גיל יכול וצריך לשמש קריטריון להזרה מרשימת המועמדים להשתלה, על רקע בחינת השיקולים הרפואיים, המשפטיים, האתיים, החברתיים והפסיכולוגיים הרלוונטיים. עם זאת, חברי הוועדה מצאו כי לא ניתן להפריד הפרדה מלאה בין השלב הראשון, זה של הרישום להשתלה, לשלב השני, של הקצאת האיברים להשתלה. הטעמים לכך הם שאז שיקול הדעת עובר לכאורה לידי הצוותים הרפואיים ומעצים את בעיית האובייקטיביות כמו גם הלחץ עליהם מצד ציבור הממתינים להשתלה; כמו כן, החשש להסוואה של האלמנטים החברתיים והפסיכו-חברתיים בשיקול הדעת הרפואי הופך אז למובהק יותר. מעין "hidden rationing"⁵¹. לפיכך חלקו האחרון של הדיון בוועדה עסק בשאלה זו: "האם גיל צריך לשמש קריטריון כלשהו במסגרת של הקצאת האיברים, ואם כן – כיצד?". מטרת הוועדה בדיון זה הייתה לקבוע אמות מידה כלליות בשאלה זו, על מנת שוועדת ההיגוי תוכל לקבוע את כללי ההקצאה על רקע אותם עקרונות.

יצוין כי מקצת חברי הוועדה סברו שלפי מנדט הוועדה יש לסיים את עבודת הוועדה בנקודה זו, אך הוועדה החליטה להמשיך בדיון ולשקול את השאלה אם לתת משקל לגיל במסגרת שיקולי ההקצאה.

ראשית, יוצגו הנתונים בדבר עקרונות ההקצאה (בקשר לגיל הנתרמים). לאחר מכן יוצגו העקרונות האתיים המנחים בסוגיה זו, ולאחריהם – דעת הרוב ודעת המיעוט בוועדה בהקשר זה.

⁵¹ Jessica Dunsay Silver, *supra* note 39, at p. 998.

2. הקצאת איברים (קריטריון הגיל) – המצב הקיים

בהשתלות לב או ריאות:

גיל החולה במועד הרישום כמועמד להשתלה אינו משנה את מיקומו ברשימה. כל הקריטריונים המשמשים כיום בכל הקשור לשני איברים אלו הם רפואיים בלבד (לצד קריטריון זמן ההמתנה ברשימה). לשיטת הצוות המקצועי, מרגע שיתקבלו המלצות הוועדה, גם השפעת גיל על מיקומו של מועמד בתור להשתלת ריאות תבוטל ותומר בעקרון יישום מדד השבריריות.

בהשתלות כבד:

1. עקרון ההקצאה לכבד בישראל, בדומה למרבית העולם הוא: החולה הקשה ביותר יושתל ראשון. שיטת ההקצאה מתבססת על מודל מתמטי אשר משתמש בשלושה פרמטרים מעבדתיים המגדירים את חומרת מחלתו של המועמד (MELD). ערך זה נבדק והוכח כמנבא תמותה בטווח שלושת החודשים הקרובים. לפיכך, התרומה הבאה תינתן לחולה עם ניקוד ה-MELD הגבוה ביותר לפי סוג הדם (A,B,O,AB). במצבים רפואיים מסוימים קיים תעדוף שאינו קשור לניקוד ה-MELD, והוא תלוי בזמן המתנה. פרמטר הגיל אינו מוסיף ואינו גורע מבחינת ההקצאה בתוך רשימת ההמתנה (בכפוף לאמור להלן). הסיכוי לקבל תרומת כבד תלויה אך ורק בקדימות רפואית למעט כללי העדפת החותמים על כרטיס אד"י או תורמים וקרוביהם.

2. כל האיברים המוצעים על ידי המרכז הלאומי להשתלות מיועדים לכל החולים הרשומים בארץ וניתנים לפי ההקצאה לעיל. המושג "תרומה חופשית" נוגע לאיבר לא מיטבי (בשל גיל, מחלות רקע וכדומה) אשר לא נדרש על ידי המשתילים למועמד ברשימה ויכול להינתן לחולה שאינו עומד בקריטריונים לרישום להשתלה (למשל, בשל גידול החורג מהמותר להשתלה). לצערנו, כיום בשל מצאי האיברים הדל והדרישה המוגברת להשתלה, גם תרומה בלתי-מיטבית וגבולית תיחשב איבר ראוי

ותושלת לפי ההקצאה על כל המשתמע מכך. אגב, מגמה זו קיימת בכל העולם בשל מצוקת האיברים.

3. התעדוף היחיד הקשור בגיל הוא – העדפת ילדים. הסיבה לכך היא הסיכוי הנמוך של ילד לקבל איבר בגודל מתאים. לפיכך בנוכחות תרומה העשויה להתאים לילד הממתין ברשימה, תידון העדפתו, בתנאי שהעדפה זו לא תסכן באופן מידי את חייו של המבוגר שאליו מיועדת ההקצאה. יש לציין כי תמותת ילדים ממתנים להשתלה (שאינה דחופה) בארץ היא זניחה.

בהשתלות כליה:

הגיל הקובע לצורך קבלת ניקוד בזמן הקצאת כליה הוא הגיל ביום שהחולה נכנס לרשימה – כלומר, הניקוד לממתין ספציפי בגין גיל הוא קבוע לאורך כל זמן היותו ברשימה. הניקוד המקסימלי הוא 4 נקודות עד גיל 18, כולל, ואז הוא יורד מדי שנה באופן לינארי עד אפס בגיל 60. כליות המגיעות מתורמים מעל גיל 60 ניתנות באופן אוטומטי למקבלים מעל גיל 60, ובתנאי שאין להם נוגדנים נגד מערכת סיווג הרקמות, מאחר שעל מנת לשפר את שרידות הכליות הללו, ההשתלה מתבצעת טרם ביצוע ההצלבה (בדיקת התאמה בין המקבל לאיבר הנתרם), ולכן מועמדים שלהם נוגדנים כאלה אינם יכולים להיכלל בתכנית מסיבות רפואיות. מדובר במיעוט קטן של המועמדים מעל גיל 60. לפיכך, ככל שהגיל עולה (עד לגיל המקסימום), כך פוחת הסיכוי לזכות באיבר.

עם זאת, ההבדל העיקרי הוא בין ילדים עד גיל 18 לשאר קבוצות הגיל. הבדל זה קשור בניקוד המקסימלי (4 נקודות בקריטריון לילדים מתחת לגיל 18), בשל ההחלטה שלפיה כל תורם צעיר – איבריו יועברו לילדים בעדיפות ראשונה. החלטה זו התקבלה הן מנימוקים רפואיים וטכניים כירורגיים של התאמת גודל האיבר לגודל המקבל; הן בשל המשמעות הרפואית והנפשית לטווח ארוך שיש לאי-ספיקת כליות כרונית וטיפול בדיאליזה על הילדים; והן בשל ריבוי הקשיים הטכניים בביצוע דיאליזה לזמן ארוך בילדים – דבר המשפיע על תוחלת חיהם. מאותן סיבות הוחלט גם לפני כעשור, כי בתורמים בגילים 18

עד 25, כליה אחת תועבר לילדים, והשנייה – להקצאה הכללית. זאת, מאחר שלמרות העדפת הילדים, נוצרו זמני המתנה בדיאליזה ארוכים מהסביר, שגרמו לפגיעה בלתי-הפיכה בהתפתחות הילדים. קריטריון הניקוד לגיל נקבע על פי הניסיון שנצבר עם השנים, בעיקר מנתונים רטרוספקטיביים. קריטריון הניקוד לגיל נובע גם מנתונים בנוגע לסיבות לאבדן השתל, ולא רק ממשך הישרדותו. באוכלוסייה המבוגרת, 50% מהשתלים אובדים בשל מות המקבל מסיבות שאינן קשורות לכליה, כלומר עם כליה מתפקדת.

וביתר הרחבה באשר להצדקה הרפואית להעדפת ילדים בהשתלות כליה. השתלת כליה, בניגוד להשתלות איברים אחרים, אמנם משפרת תוחלת חיים, אך אינה בגדר טיפול מציל חיים מידי, מאחר שקיים טיפול חליפי, קרי דיאליזה. קיים הבדל ביולוגי במשמעות הטיפול בדיאליזה בקבוצות הגיל השונות. בילדים למשל בזמן טיפול בדיאליזה נפגע קצב הצמיחה לגובה, ולאחר תקופה מסוימת פגיעה זו הופכת בלתי-הפיכה. מבחינה רפואית – הדיאליזה קשה יותר טכנית בילדים בשל כלי דם קטנים מדי, ובשל העומס הנפשי עליהם (הדיאליזה ארוכה, משעממת וכואבת אך מצריכה שיתוף פעולה שלהם, משום שתזוזה לא מכוונת עלולה לסכן אותם).

גם לגבי הסיכון בהשתלה ובטיפולים הכרוכים בה יש הבדל בין קבוצות הגיל השונות. טיפולים אימונוסופרסיביים פוגעים בראש ובראשונה במערכת החיסון, ומשנית לכך – המטופלים חשופים לזיהומים שונים. יש לזכור כי קבוצת הגיל המבוגרת נחשבת למדוכאת חיסונית גם ללא קשר לתרופות או לאי-ספיקת כליות ביחס לקבוצות הגיל הצעירות. תופעות לוואי אחרות של הטיפול מדכא החיסון הן – (1) פגיעה בחילוף החומרים התקין בעצמות. בכל קבוצות הגיל הביטוי יהיה אוסטיאופורוזיס מוקדם. בקבוצת הילדים תהיה פגיעה מסוימת בקצב ובפוטנציאל הצמיחה לגובה (אך עדיין פחות בהרבה מאשר מצב של אי-ספיקת כליות); (2) יתר לחץ דם – נכון לכל קבוצות הגיל; (3) סכרת חדשה – נכון לכל קבוצות הגיל; (4) עלייה בשכיחות ממאירויות – נכון לכל קבוצות הגיל. אולם בגיל המבוגר שכיחות אוסטיאופורוזיס, סכרת, יתר לחץ דם וממאירויות גבוהה מלכתחילה, ולכן המחלות תהיינה שכיחות אף יותר ותתבטאנה בצורה חמורה יותר לאחר ההשתלה מאשר

בקבוצות הגיל הצעירות יותר. משום כך הניקוד פוחת ליניארית לאחר גיל 18 ועד לגיל 60. למרות כל האמור לעיל, אין לדעת הצוות המקצועי העוסק בהשתלת כליות להדיר מטופלים מבוגרים מהשתלה, ולמרות שקלול הגיל במנגנון ההקצאה מסיבות רפואיות, הוכנס מנגנון מאזן, שבו כליות מתורמים מבוגרים ניתנות אוטומטית לממתינים מבוגרים, ואכן אין הבדל משמעותי בסיכוי לקבל כליה, למעט אם משווים את קבוצת הילדים לשאר הממתינים.

3. השיקולים האתיים והאינטואיציות האתיות

מבחינת הספרות המחקרית בתחום, הרי לעומת קלהאן, שעמדתו הוצגה בחלקו הקודם של הדו"ח, מרבית המלומדים סבורים כי אין להסתמך על קביעה שרירותית של גיל כרונולוגי. הטעם העיקרי לכך הוא שאותו קו מבחין אינו מביא בחשבון את העובדה שהגיל הכרונולוגי אינו הגורם היחיד המשפיע על בריאותו של אדם, וכי מבחינה מוסרית יש בקו מבחין זה משום גילנות.⁵² למעשה, גם חברות וחברי הוועדה מסכימים עם קביעה זו, אך המחלוקת נוגעת לשאלת התעדוף בין המועמדים להשתלת איברים.⁵³ מחלוקת דומה היא זו שבין האריס (Harris) ובין קאפל וסנדו (Sandoe & Kappel), הטוענים בעד ונגד קדימויות לצעירים בהקשר זה.⁵⁴ לפיכך יש המציעים גישות ביניים לתעדוף בהקצאת איברים.

⁵² Rephael Cohen-Almagor, *A Critique of Callahan's Utilitarian Approach to Resource Allocation in Health Care*, 17 ISSUES IN LAW AND MEDICINE 247 (2002).

⁵³ לנימוקים השונים בעד ונגד השימוש בגיל כקריטריון בהקצאת איברים להשתלה, ראו אצל Tom L. Beauchamp & James F. Childress, *PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS* 259 (5th ed. 2001).

⁵⁴ John Harris, *Does Justice Require that we be Ageist?*, 8 BIOETHICS 74 (1994); Klemens Kappel & Peter Sandoe, *Saving the Young before the Old – A Reply to John Harris*, 8 BIOETHICS 85 (1994); Jessica Dunsay Silver, *supra* note 39: "At the same time, there is a certain rationality to reserving scarce health care resources for those who hold jobs, have young families, and have their "whole lives ahead of them." Aaron and Schwartz viewed this as an explanation for the bias against care of the elderly in the British system".

גישה אחת היא זו של ויטצ' (Veatch) המציע שיטת ניקוד פוחתת, בגרף בשיפוע מתון (לפחות כשמדובר בהשתלות כליה).⁵⁵ עמדה אחרת היא זו של עמנואל (Emanuel) ואחרים אשר מציעים לשלב בין עקרונות אתיים שונים במסגרת ההחלטה להקצאה ולתעדוף בהשתלות איברים (כללים דוגמת פרוגנוזה, העדפת צעירים, הצלת חיים רבים יותר וכיוצא באלה).⁵⁶

גם גישת ההלכה בהקשר זה הוצגה על ידי אחד מחברי הוועדה. עולה כי פוסקי הלכה מרכזיים נחלקו בשאלת המשקל של הגיל לעניין סדרי קדימויות בטיפול רפואי. לדעת ר' יעקב עמדין (גרמניה, המאה השמונה-עשרה), לצעיר יש עדיפות על מבוגר, אולם שניים מן הבולטים בפוסקי המאה העשרים – הרב פינשטיין והרב שלמה זלמן אויערבך חולקים על כך. העמדה ההלכתית הרווחת היא אפוא שאין עדיפות לצעיר על פני הזקן.⁵⁷

אחד מחברי הוועדה האתית התייחס להכללת הגיל כמבטאת גישות שונות של צדק חלוקתי. הגישות השונות מבטאות תפיסה שונה של גיל, גיל, למשל, יכול להיתפס כקריטריון השייך למשפחת השיקולים על *worthiness*: דהיינו זכות לקבלת משאב חיוני בגין תרומה לקהילה או שייכות לקבוצה נבחרת. הגיל כאן נתפס כפריבילגיה, ושיקול מעין זה עומד במתח עם הקריאה לתרומה ללא תנאי ועם המובן הפשוט והישיר של מושג האלטרואיזם. במובן זה מתנגד חבר הוועדה להכללת הגיל כקריטריון. בצורתו זו, "גיל" הוא קטגוריה אנליטית רחבה וגסה מדי. עוד הוסיף כי במסגרת גישה חלופית של צדק חלוקתי, גיל יכול להיחשב קריטריון במסגרת תהליכי הערכה של זכאות להשתלה אך ורק אם הוא משתקלל כחלק מממדד אובייקטיבי המתאים בין חולה לתורם. במובן זה חבר הוועדה תומך בפיתוח מדד השבריריות כחלופה לקריטריון הגיל שהוא קריטריון מכליל

⁵⁵ ראו הדיון המפורט והנימוקים השונים אצל: Robert M. Veatch, *Transplantation Ethics* 336–351 (Washington DC, 2002).

⁵⁶ Persad Govind, Alan Wertheimer & Emanuel J. Ezekiel *Principles for the Allocation of Scarce Medical Interventions*. THE LANCET 373: 423–431 (2009).

⁵⁷ הרב יעקב בן צבי עמדין (יעב"ץ), בירת מגדל עוז, אבן בוחן, אבן פינה א, ס"ק צב; הרב משה פיינשטיין, שו"ת אגרות משה חושן משפט חלק ב סימן עה; הרב שלמה זלמן אויערבך, מנחת שלמה, חלק ב, סימן פב, אות ב. עם זאת, מחלוקת זו אינה עוסקת במישרין בדיני קדימה בהקצאת איברים, ויתכן שבהקצאה יסכימו כולם כי יש למקסם את התועלת מהתרומה, כרצון התורמים.

בצורה רחבה מדי. זאת ועוד, פיתוח מדד יכול להקל את המצב המכונה 'הפרדוקס הטראגי' שבו חולים המגיעים לראש הרשימה אינם בהכרח אלה שיפיקו את מרב התועלת מהאיבר הנתרם. על מנת להגיע לראש הרשימה, המצב צריך להידרדר עד כדי הנקודה שבה ההשתלה מצילה חיים אך אינה מעניקה את איכות החיים שהייתה מתאפשרת לחולה שמצוי בשלבים מוקדמים יותר של התור. שכלול ההקצאה על ידי מדד השבריריות יכול, במידת מה, להקל את הפרדוקס הזה על ידי התאמה רגישה אף יותר בין תורם לנתרם.

לצד הגישות השונות והניסיונות לשקלל משתנים שונים במנגנון ההקצאה, ברי שנושא השתלות, כפי שציין אחד מחברי הוועדה, תלוי גם (אולי בשונה ממשאבי בריאות אחרים) בשיתוף הציבור ובעמדות הציבור בנוגע לנושא. נדמה כי גם דעת הרוב וגם דעת המיעוט בוועדה, כפי שיוצגו להלן, מבוססות בין השאר על אינטואיציות אישיות של המחזיקים בכל אחת מהעמדות. תפיסות אינטואיטיביות אלו אינן רק לגיטימיות, אלא כמעט הכרחיות בסוג זה של דיון.⁵⁸ גם התוצאות הנגזרות מאותן אינטואיציות אינן בהכרח אחידות. אחד מחברי הוועדה הסביר כי לשיטתו: "פטירתו של אדם בן 90 היא אירוע עצוב וכואב, אך לעומת מוות בגיל צעיר היא איננה אירוע טרגי". בכך שיקף הדובר אינטואיציה שהיא לכאורה אינטואיציה בסיסית. כנגד "אינטואיציה" זאת גרסו חלק מחברי הוועדה, כי אין היא משקפת תשובה לבעיית הגילנות, אלא היא ביטוי נוסף שלה, וכי היא משקפת נקודת מבט המבטאת תפיסה חברתית, שהקשישים בחברה אינם בהכרח שותפים לה, ושאינה בהכרח תקפה מוסרית או ערכית. בנוסף, עלתה הטענה כי מי שנפטרו בעודם ממתנים להשתלה אינם מתים "בשיבה טובה", וכי הסבל הכרוך בהמתנה להשתלה, בשילוב תחושת הקיפוח הנובעת ממניעת טיפול ממבוגרים לטובת הצעירים מהם, אינם מאפשרים להתבונן באדם המבוגר המסיים כך את חייו בשוויון נפש. יתרה מכך, בגילים המרביים שבהם מדובר אין עסקינן בקשישים מופלגים, אלא בבני 65 ואילך, גילים שבהם מצפות למרבית בני הדור השלישי שנים טובות ומתפקדות.

⁵⁸ "This 'moral law within', 'intuitive ethics' or perhaps Ross's *prima facie duty* is the force that always led the transplant community to favor the very young. It is a "right" value, independent of the consequences". J.J. Curtis, *Ageism and Kidney Transplantation*, 6 AM. J. OF TRANSPLANTATION 1264, 1266 (2006).

מכאן שבמידה רבה עמדות חברות וחברי הוועדה, שיוצגו בהרחבה להלן, הן מבוססות אינטואיציות אתיות ואישיות. "אינטואיציות" אלו משקפות למעשה תפיסות ערכיות ואתיות, שאכן משתנות מאדם לאדם, מחברה לחברה ומזמן לזמן.⁵⁹ יש אומרים כי אינטואיציות אלו הן חלק מהבניה חברתית. לפיכך, ייתכן שבעוד עשור נקבל כמובן מאליו את האפשרות שלפיה אין עדיפות לצעיר. ייתכן גם שיהיה מובן מאליו שחובה להעדיף צעיר על מבוגר (דווקא בגלל התפתחות היכולות להאריך חיים, הנשענות על משאבים מוגבלים). שני סקרי דעת קהל (בארצות-הברית ובגרמניה) מעידים כי התפיסה בציבור אכן אינה מונוליתית בשאלה אם יש להעדיף צעירים על פני מבוגרים,⁶⁰ עובדה המלמדת שלא מן הנמנע שמדובר באינטואיציות אישיות, ולא פחות מכך – בנקודת הזמן (הכרונולוגית והבריאותית) שבה אדם נמצא.⁶¹ מאחר שאין מענה אחיד בסוגיה, יוצגו להלן עמדות הרוב והמיעוט בשאלת התעדוף בהקצאת איברים.

⁵⁹ כך לפחות מאנלוגיה הנלמדת ממחקר על אודות המושג האבירי של "נשים וילדים קודם" באירועים של אסונות ימיים. סוגיית הגיל בהשתלות דומה לנטישת ספינה טובעת. המשאב החסר הוא סירות הצלה (האיברים) וכן הזמן החסר עד שהספינה תטבע (דחיפות רפואית). Mikael Elinder & Oscar Erixson, *Gender, Social Norms, and Survival in Maritime Disasters*, 109 PNAS 13220 (2012).
⁶⁰ NR Zweibel, CK Cassel, T Karrison, *Public Attitudes About the Use of Chronological Age as a Criterion for Allocating Health Care Resources*, 33 (1) THE GERONTOLOGIST 74–80 (1993); Adele Diederich, Jeannette Winkelhage & Norman Wirsik, *Age as a Criterion for Setting Priorities in Health Care? A Survey of the German Public View* (<http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0023930>);

כן ראו:

Linda Brasfield Kuder, *Attitudes toward Age-Based Health Care Rationing A Qualitative Assessment*, 7 J AGING HEALTH 2301-327 (May 1995)

והשוו:

James Neuberger, et al., *Assesing Priorities for Allocating of Donor Liver Grafts: Survey of Public and Clinicians*, 317 (7152) BMJ 172 (1998) (על הבדלים בהשקפה בין הרופאים ובין הציבור הרחב באשר לדרך התעדוף בהשתלות כבד. רופאים גסטרואנטרולוגים הדגישו בעיקר את התוצאה; הציבור הדגיש צורך לתעדף ילדים צעירים).
⁶¹ למיטב ידיעתנו, אין סקר דומה המשקף את הלך הרוח בישראל. אין גם לגזור גזירה שווה מהנעשה מעבר לים לסיטואציה החברתית-תרבותית המיוחדת לישראל. עם זאת, ראו: אור ארביב-מנו, **קיומן של עמדות גילניות והבדלים בעמדות חולי אי ספיקת כליות כלפי הקצאת משאבים (טיפול דיאליזה כרוניים והשתלת כליה) לחולים זקנים וצעירים** (עבודת גמר לתואר מוסמך, החוג למדעי הזקנה, אוניברסיטת חיפה, 2011). על תפיסות גילניות של מטופלים.

4. עמדת חברי הוועדה

4.1 עמדת הרוב של חברי הוועדה הייתה ברורה – אין לייחס לגיל כל משמעות מלבד זו הרפואית במסגרת ההחלטה על תעדוף מועמדים להשתלה.⁶² כלומר, בשים לב לכך שלגיל נודעת משמעות רפואית – יש לבחון משמעות זו בכל מקרה לגופו.⁶³ במובן זה לגיל הכרונולוגי לא צריכה להיות כל משמעות, להבדיל מהגיל הביולוגי של אדם. עמדת הרוב התרחקה במידה רבה ממקרי הקיצון (כגון השוואה בין צעיר בן 15 לבין מבוגר בן 85 הזקוקים להשתלה) והעבירה את מוקד הדיון להשוואה בין קבוצות גיל דומות, כגון בת 45 ובת 55 הזקוקות להשתלה. במצב דברים זה ההכרעה האינטואיטיבית לכאורה לטובת הצעירים, כפי שמייצגת את עמדת המיעוט (להלן) כבר אינה חדה כמקודם.

חששותיהם של חברי הוועדה, כפי שהובעו בדיונים של תתי-הוועדות ובדיוני המליאה השנייה והשלישית, נגעו באפשרות פריצת הסכרים או גלישה במדרון החלקלק – בהענקת ערך לשנות חיים כמו גם ערך לאנשים שלכאורה "שווים יותר" ו"שווים פחות". קרי, אם הגיל ישמש שיקול שאינו רפואי בלבד (הנוגע לסיכויי השרידות בניתוח ההשתלה עצמו, להבדיל למשל משנות השרידות של המושגל ושל האיבר לאחר הניתוח – הנחשבים גם כקריטריונים חברתיים), עלולים להתגנב לאותה דלת גם שיקולים דוגמת מצבו הכלכלי, החברתי, המשפחתי וכן הלאה של הנתרם, וכדבריה של אחת מחברות הוועדה: "מדוע לא לשיקול לצד שנות החיים שנשארו לכל מושגל גם את השאלה כמה אנשים תלויים בו כלכלית, או את השאלה האם הוא יושב קרנות או מדען על סף פריצת דרך שתקדם את האנושות?" או האם האדם יזכה לשנים בריאות או שנים של סבל ומחלות". אלו שיקולים חברתיים ופסיכו-חברתיים ולא רפואיים. בהקשר זה עלתה גם טענה, כי לשנות חיים נותרות, כמבחן העומד בפני עצמו רק משום היותו מדיד, אין באמת ערך עצמאי במנותק מאיכות החיים. לעומת זאת, לא ניתן לתת ערך לאיכות החיים, בשל מהותה הסובייקטיבית, והתפיסות המוסריות המקובלות השולחות מתן "ערך" שונה לחייהם של בני אדם שונים: מכאן שאין מקום להעדיף אנשים שתוחלת חייהם ארוכה יותר.

⁶² וראו למשל, אברהם שטיינברג "דילמות אתיות בטיפול רפואי בזקן" *הזדקנות וזיקנה בישראל* 941 (ארנולד רוזין עורך, התשס"ג).

⁶³ וראו למשל, לאה שילה *חיים כמתנה: השתלות איברים וזכויות הפרט* 94 (1999).

בהקשר זה, הקושי אינו נובע כלל מבעיית "המדרון החלקלק", כפי שמציגה דעת המיעוט (להלן), אלא מן המשמעות ה"רזה" שיש לתוחלת חיים, כשיקול לעצמו, אל מול מכלול הגורמים של אושר או הנאה מהחיים, שלא רק שלא ניתן לכמתם, מעשית, אלא גם אין מקום לכמתם, ערכית ומוסרית, אם יש בכך כדי להעדיף את ערך חייו של פרט אחד לעומת משנהו.

יתרה מכך, לעומת דוגמת הקיצון של בני ה-85 ומעלה, ניתן להציב דוגמאות וטענות "הפוכות". גם לפי קו טיעונה של דעת המיעוט (להלן) טמונה דוגמה זו בעיקרה בחיק העתיד, בתרחיש שהיא בוחרת לכנותו "סביר" אך שאינו תואם את המצב כיום, ולא ברור מניין ההנחה כי הוא יתאם את המצב בעתיד הנראה לעין (בפני הוועדה הודגש, כי ברוב המקרים, יהיה קושי להבטיח את הישרדותו של חולה בגיל הנדון בניתוח, ויש להניח כי יישום מדד השברירות יגרום גם הוא להפיכת מספרם של בני הקבוצה שיתאימו להשתלה לשולי בהיקפו). כך, למשל, ניתן להתמקד במועמדים להשתלה בעשור השביעי לחייהם, שהצבתם במדרגה נמוכה יותר – על בסיס תוחלת חיים בלבד – מייצגת את התוצאה השכיחה יותר של מתן עדיפות ל"צעירים", על פני מבוגרים מהם; כן ניתן להצביע על המשמעות האבסורדית שיש לכך שקריטריון הגיל, כשהוא מוחל "הדרגתית", מייצר הבחנה גם בין קבוצות הגיל הצעירות, שלפניהן תוחלת חיים ארוכה מאוד: במקרה כזה, יצירת ההבחנה המלאכותית בין יחידות זמן שונות, שכל אחת מהן פרושה על פני עשרות שנות חיים, הופכת לבלתי-סבירה, שעה שהיא מנטרלת את כל אותם "אירועי חיים" המתערבים באופן בלתי-נמנע במהלך החיים (מחלות, תאונות וכו') ואינם מאפשרים לנבא בצורה אמתית את תוחלת החיים של פרט אחד לעומת משנהו, על פני רצפי זמן ארוכים. זאת, פרט לעובדה שסוגיית תוחלת החיים אינה רק פונקציה של גיל, אלא של הרגלי חיים (עיסוקים מסוכנים או תחביבים מסוכנים) ומצב סוציו-אקונומי (קיימים נתונים על קשר בין תוחלת חיים למצב סוציו-אקונומי) או אפילו של פרמטרים "רפואיים" מקצרי תוחלת חיים דוגמת גנטיקה (ככל שמיפוי הגנום יתרחב, נוכל לנבא בצורה מדויקת יותר את סיכוייו של כל פרט לפתח בעתיד מחלות מקצרות חיים), מחלות רקע משפחתיות (כדוגמת מחלות לב) או בעיות אישיותיות שונות (נטיות אבדניות למשל).

באשר לאפשרות הענקת ערך לשנות חיים⁶⁴ – גם של האיבר וגם של הנתרם – היו חברי ועדה שטענו כי משימה כזו של הערכת שנות חיים היא בלתי-ריאלית מכיוון שגם במשפט הישראלי טרם הוכרעה הסוגיה של ראיית כל חיים כחיים מלאים ושווים מול הערכת חיים בהתאם לשנות החיים שנותרו בהם (למשל, בשאלה מהו הפיצוי בגין קיצור תוחלת חיים). שאלת הערכת שנות חיים אינה בהכרח שאלה של גיל, אלא של תוחלת החיים הצפויה לשני מטופלים בני אותו גיל ממש: למשל, שני מועמדים להשתלה, האחד מהם חולה במחלה נוספת אשר לאחר השתלה ישרוד כעשר שנים, ואילו האחר ישרוד כחמישים שנה, עד לגיל תוחלת החיים הסטטיסטי; הדוגמה השנייה היא של אישה וגבר בני אותו גיל המועמדים להשתלה. לפי נתוני הלמ"ס לנשים תוחלת חיים ארוכה יותר, ולכן בכל מקרה של שוויון גילי – הנשים יזכו לאיבר ולא הגברים.

חשוב להוסיף בנקודה זו גם את עקרון ההדדיות שהוזכר קודם לכן, בין התורמים והנתרמים, קרי –שניתן להשתיל את איבריו של נפטר עד גיל 80, ולכן יהא זה צודק שגם הנתרמים המבוגרים יהיו זכאים לקבלת תרומה, כאמור.

לפיכך הוחלט להמליץ (בדעת רוב) כי הגיל כשלעצמו לא ישמש קריטריון בהקצאה, אלא אם כן קיימת הצדקה רפואית עניינית לכך. מטעם זה התלבטו חברי הוועדה בשאלה מה באשר למנגנון ההקצאה הקיים בכל הנוגע להשתלות כליה, שכאמור אין בהן כיום ממילא תקרת מקסימום, אך קיים מנגנון הקצאה שהוא בין היתר תלוי-גיל.⁶⁵ לאחר הצגת

⁶⁴ וראו גם:

F. ROSNER MODERN MEDICINE AND JEWISH ETHICS (1986): “the value of human life is infinite and beyond measure, so that any part of life – even only for an hour or second – is of precisely the same worth as seventy years of it, just as any fraction of infinity, being indivisible, remains infinite. Accordingly, to kill a decrepit patient approaching death constitutes exactly the same crime of murder as to kill a young, healthy person who may still have decades to live”.

⁶⁵ לדיון בשאלה האתית בדבר קיומן של שתי רשימות מועמדים להשתלה (למשל, מבוגרים וצעירים) ובכלל זה הקצאת איברים למבוגרים מתורמים מבוגרים ראו למשל:

KA Bramstedt, *Why An Alternate Recipient List For Heart Transplantation Is Not A Form Of Ageism*, 2(2) N Z BIOETH J. 27–31 (Jun 2001); Veatch, *supra* note 55, at p. 241.

הדברים על ידי הצוות המקצועי, נמצא כי מאחר שמדובר במנגנון הנשען על הצדקות רפואיות ענייניות, יש להשאירו על כנו. בכל שאר המקרים הוועדה ממליצה להעביר את בחינת המנגנונים לוועדת ההיגוי, כדי להבטיח שאלו אינם נותנים משקל כלשהו לגיל אלא מנימוקים רפואיים, וכדי למנוע מצב שבו בשל שיקולי ההקצאה מבוגרים שעד כה היו מודרים ממועמדות להשתלה יוכלו להיכנס לרשימות המועמדים אך בפועל לא יוכלו לזכות באיבר להשתלה.

4.2 סיכום (עמדת הרוב): אמות המידה לקביעת קריטריונים להקצאת איברים ומדד

השבריריות

בפני הוועדה הוצע גם מדד השבריריות (Frailty Index) אשר לכאורה יש בו כדי לסייע בקביעת התאמתו של מטופל להשתלה, על בסיס כל מקרה לגופו. הציגה את הנושא בוועדה פרופ' בנטור: "שבריריות נתפסת כיום כמצב של מועדות מוגברת לתוצאות שליליות כגון מוות, הידרדרות תפקודית עקב ירידה רב-מערכתית במאגרים הפיזיולוגיים, אשפוז ומעבר לאשפוז ממושך (מוסד).⁶⁶ כדי לאתר את הלוקים בשבריריות ולענות לצרכים הקליניים והטיפוליים שלהם, התפתחו כמה גישות להגדרתה ולמידתה, שתיים מהן נפוצות יותר. גישה אחת פותחה בידי לינדה פריד וקבוצתה⁶⁷ שביססה את ההגדרה על נתונים מה- Cardiovascular Health Study. שבריריות, לפי גישה זו, היא קיומם של שלושה סמנים או יותר מתוך הרכיבים הבאים: אבדן משקל לא מכוון, חולשה (weakness) כפי שנמדדת בכוח לחיצה, תשישות ועייפות מוגברים (exhaustion), רמת פעילות נמוכה והליכה איטית. הגישה השנייה להגדרת שבריריות היא מודל של

⁶⁶ TM Gill, EA Gahbauer, L Han et. al. *The Relationship Between Intervening Hospitalizations And Transitions Between Frailty States*. 66A(11) J GERONTOL A BIOL SCI MED SCI 1238–1243 (2011) .

⁶⁷ LP Fried, CM Tangen, J Walston et al. *Frailty In Older Adults: Evidence For A Phenotype*. 56A J GERONTOL A BIOL SCI MED SCI M146–M156 (2001) .

⁶⁸Minitski and Rockwood "accumulation of deficits" (הצטברות ליקויים) של אשר לפי מודל זה מוגדרת רשימה של לפחות שלושים מצבי בריאות הקשורים לגיל, אשר עשויים לנבא תוצאות בריאות שליליות כגון: ירידה קוגניטיבית, אי-שליטה בסוגרים, נפילות חוזרות, הליכה איטית, בעיות בנשימה ועוד. כל אדם שמקבל ציון חיובי ב-60% או יותר מכלל המצבים, מוגדר כשברירי. זהו מודל מתמטי הסופר את מצבי הבריאות השליליים ומבוסס על הטענה שככל שיש יותר רכיבים שאינם תקינים, כך סביר יותר שתפתח שבריריות.

הפרדיגמה של שבריריות חשובה מבחינות רבות. ראשית, היא מסייעת באיתור ההטרונגיות של קבוצות אוכלוסייה שונות, מלבד תיאורם והגדרתם לפי רמות תחלואה ומוגבלות. שנית, היא מסייעת בזיהוי קבוצות שנמצאות בסיכון לתוצאות בריאות שליליות תוך כמה שנים, ומהווים לפיכך קבוצה מתאימה להתערבות ולטיפול.⁶⁹ שלישיית, הפרדיגמה הזו יכולה לסייע בקבלת החלטות קליניות.⁷⁰ מחקרים שנועדו ללמוד על מהלך השבריריות ולפתח כלים לאיתורה נמצאים עדיין בחיתוליהם. ככל הידוע לנו טרם נערכו בישראל מחקרים שהתמקדו בבדיקת מהלך השבריריות ומורכבותה".

מכל מקום, מדד זה, שובה לב ככל שיהיה, עורר בעיות עקיפות, מכיוון שטמון בו הפוטנציאל של הפיכה לקריטריון סף, אם ייעשה בו שימוש בתחילת התהליך (כלומר במסגרת רישום המועמד לרשימת המועמדים להשתלה). עם זאת, מדד זה יכול לשמש בשלב שלאחר כניסתו של חולה לרשימת המועמדים להשתלה. לפיכך ממליצה הוועדה לוועדת ההיגוי:

1. הגיל לא ישוקלל בנוסחת ההקצאה, למעט כשיש לכך הצדקה רפואית עניינית. שקלול הגיל המקובל כיום בכליות יישאר מטעם זה על כנו.

⁶⁸ AB Mitnitski, JE Graham, AJ Mogilner et al. *Frailty, Fitness And Late-Life Mortality In Relation To Chronological And Biological Age*. 2 BMC Geriatr 1(2001).

⁶⁹ D Saliba et al. *The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community*. 49 JAGS 1691–1699 (2001).

⁷⁰ A Lacas, K Rockwood. *Frailty In Primary Care* 10BMC Medicine 4 (2012).

2. הוועדה ממליצה לוועדת ההיגוי לבחון את מנגנוני ההקצאה הקיימים, כדי להבטיח שאלו אינם נותנים משקל כלשהו לגיל הכרונולוגי אלא מנימוקים רפואיים. ניתן לשקול הכללת מדדים חלופיים שאינם כוללים שקלול גיל כרונולוגי ושיש להם תוקף רפואי (דוגמת מדד השבריריות), בנוסחת ההקצאה (כלומר לא כתנאי סף).

4.3 עמדת המיעוט [בעמדה זו מחזיקים יו"ר הוועדה, פרופ' נטע בנטור, הרב ד"ר מרדכי הלפרין, ד"ר נורית וגנר, ד"ר מיכל כרמיאל, עו"ד יהושע שופמן, ד"ר בועז שנור]. לפי עמדה זו, יש לייחס משמעות לגיל הכרונולוגי במסגרת שיקולי ההקצאה. עמדה זו נשענת על שני נימוקים עיקריים: האחד, שקיימת משמעות למעגל החיים – לשנים שאדם חי ולשנים שהוא עתיד לחיות (ולו עד גיל תוחלת החיים הסטטיסטית); השני, שקיימת משמעות למספר השנים שהאיבר הנתרם, כמשאב ציבורי, עתיד לשרת את נושאו. השאלה העומדת לדיון – האם יש מקום להתחשב בגילו של חולה לצורך הקצאת איברים להשתלה – אינה פשוטה כלל ועיקר. אין לשאלה זו תשובה לגיטימית אחת בלבד. כאמור, תפיסותיהם האתיות של אנשים שונים עשויות להוביל למסקנות שונות. ראינו דוגמה לכך בדעות החלוקות (בענין דומה, אף אם לא זהה) של חכמי הלכה, ר' יעקב עמדין מצד אחד, והרבנים משה פיינשטיין ושלמה זלמן איוערכך מן הצד האחר. בכתיבה האתית בנושא, שבחלקה מצוטטת בדו"ח, ניתן למצוא תומכים בפתרונות שונים, הן פתרונות-קצה (העדפה מוחלטת של צעירים או התעלמות מוחלטת מגיל המטופל) והן פתרונות ביניים. הבעיה כה קשה משום שמדובר בשאלות של חיים ומוות. לנוכח המחסור החמור של איברים להשתלה, כאשר עומדת על הפרק שאלת ההקצאה של איבר מסוים ויש שני חולים במצב רפואי דומה הזקוקים לו, מי שנבחר לקבל את האיבר זוכה לסיכוי לריפוי ולחיים, ואילו הסיכוי של השני למות בעודו ממתין להשתלה הוא משמעותי מאוד (הדברים כאן ובהמשך מתייחסים להשתלת לב, ריאה וכבד; לגבי השתלות כליה, אין היום גיל מרבי, אך גיל המטופל הוא מרכיב בנוסחת ההקצאה, ובעלי דעת הרוב והמיעוט אינם מציעים לשנות מצב זה).

כיום (כלומר טרם המלצת הוועדה), חולים מעל גיל 65 (לב וריאות) או 67 (כבד) אינם יכולים להיכנס לרשימת הממתינים הכללית, אף כי חולה שנכנס לרשימה אינו נגרע ממנה עם הגיעו לגיל המקסימום. בעת ההקצאה, אין מתחשבים בגילו של החולה, אלא במצבו הרפואי ובוותק שלו ברשימה בלבד. המצב הקיים מעורר קושי רב מכמה בחינות. ראשית, התחושה הברורה היא שגיל המקסימום שנקבע לעניין כניסה לרשימת המועמדים להשתלה הוא גיל צעיר למדי. בניגוד לעבר, כיום העשור השביעי לחייו של אדם אינו נחשב תקופת סוף החיים. תוחלת החיים של תושבי ישראל בגיל 65 הוא כעשרים שנים;⁷¹ שנית, הבחנה חדה מסוג זה יוצרת מצבים שקשה להצדיקם. תחושת הצדק אינה נוחה ממצב שבו דינו של חולה בן 64.5 יהיה זהה לדינו של אדם בן 25, ואילו חברו המבוגר ממנו בחצי שנה בלבד יודר לחלוטין מרשימת ההמתנה (לכל היותר הוא יוכל להיכנס לרשימה אלטרנטיבית ולקבל איבר באיכות ירודה שנפסל לשימוש באדם צעיר יותר); שלישית, המצב שבו הגיל הוא מרכיב בעת הכניסה לרשימה בלבד ולא בעת ההקצאה גורם לכך שייתכנו שני חולים בגיל זהה ובמצב רפואי דומה שלאחד מהם תינתן זכות לריפוי ולשני לא, הכול בגלל מועד הכניסה לרשימה. מסיבות אלו לא היה למחזיקים בעמדת המיעוט קושי לתמוך בעמדה שלפיה גילו של אדם אינו צריך לשמש תנאי סף לכניסה לרשימה, ובוודאי לא בגיל 65–67, כפי המצב היום.

אך החלטה זו היא רק תחילת הדרך ולא סופה. עדיין ניצבת השאלה הקשה, אם לגיל יש משקל כלשהו בעת הקצאת האיבר, ואם כן – באילו מקרים ואיזה משקל? שלילת ההתחשבות בגיל נותנת מענה חד וברור לשאלה זו, ואינה מצריכה התלבטות בין דרכים שונות של שקלול הגיל בהחלטת ההקצאה. אך עמדת המיעוט גורסת כי פתרון פשוט זה אינו מביא לתוצאה צודקת, לנוכח מיעוט האיברים להשתלה מנפטרים. חברי הוועדה המחזיקים בעמדת הרוב בחרו להתרחק ממקרי הקיצון (בן 85 לעומת בן 15) ולהתמקד בקבוצות גיל דומות (בת 45 לעומת בת 55, למשל). עם כל הכבוד, לדעת חברי עמדת המיעוט, שיטה שאינה נותנת מענה מניח את הדעת לדוגמה הקיצונית יותר אינה ראויה. זאת יש לדעת: אותו מקרה קיצון אינו מקרה דמיוני. המצבים הרפואיים המצריכים

⁷¹ השנתון הסטטיסטי לשנת 2013, טבלה 3.25.

השתלות נהיים שכיחים יותר עם הגיל, וככל שמשתפרת המיומנות הרפואית, כך עולה הסבירות שגם בני 75, 80 ו-85 יוכלו לעבור בהצלחה ניתוחי השתלה. אי-אפשר אפוא להתעלם מהשאלה המוסרית במלוא חריפותה: האם להקצות לב, למשל, לבן 85, שזכה לאריכות ימים ושתוחלת החיים הסטטיסטית שלו (בהתעלם ממצבו הרפואי הספציפי) היא שש שנים בקירוב, או לבן 15, 35 או 55 שצפויים לסיים את חייהם, אם לא יזכו בהשתלה, בגיל צעיר. לפיכך, המחזיקים בעמדת המיעוט סבורים כי יש לקבוע נוסחת הקצאה הנותנת משקל מסוים לגילו של המועמד להשתלה, ולו במובן של "שובר שוויון" כשכל שאר הנתונים הרפואיים-בריאותיים זהים.

סוגיה קשה זו לא תיפתר על ידי האמירה שמתן משקל לגילו של אדם הזקוק להשתלה היא "גילנות", וגילנות, כמו גזענות, פסולה מן היסוד.⁷² לדעת בעלי עמדת המיעוט, השוואה זו בין הבחנות על בסיס גיל לבין הבחנות על בסיס דת, לאום, מין וכדומה כלל אינה ראויה.⁷³ להבדיל מסוגי הפליה אחרים, הבחנות על יסוד גיל בהקשרים שבהם אנו עוסקים אינן מבוססות על עוינות, איבה ותחושת עליונות כלפי אותה קבוצה. אדרבה, דרכם של בני אדם היא לשאוף להגיע לאריכות ימים ולהימנות עם קבוצת הזקנים. לא לחינם נמנע המחוקק מלציין הפליה מטעמי גיל באיסור ההפליה בסעיף 4 לחוק זכויות החולה בנוסחו המקורי. ולא לחינם ראה המחוקק, כאשר הוסיף את עילת הגיל, לא לגזור גזירה שווה בין עילה זו לבין סוגים אחרים של הפליה. אין זאת אומרת שאין תופעות של גילנות פסולה המבוססות על דעות קדומות (כמו בשוק העבודה) וכמובן שאין משמעות הדברים שהבחנות על בסיס גיל הן תמיד לגיטימיות. אסור שהבחנות על בסיס גיל ישמשו באופן תדיר אמת המידה להקצאת משאבים רפואיים. אך כאשר מדובר במשאב שהוא במחסור

⁷² John Harris, *The Value of Life*, in *BIOETHICS – AN ANTHOLOGY* 365, 372 (Helga Kuhse & Peter Singer eds., 1999); A.B. Shaw, *In Defence of Ageism*, in *BIOETHICS – AN ANTHOLOGY* 374 (Helga Kuhse & Peter Singer eds., 1999).

⁷³ Jessica Dunsay Silver, *supra* note 39, at p. 1044: "There is little doubt that the use of age as a classifying device cannot be equated with the use of race or even with the use of sex. One reason for close scrutiny of classifications based on race and sex is doubt about the accuracy of such classifications."

כה גדול, יש לשקול שיקולים המביאים בחשבון את הגדלת התועלת שבכל השתלה, לרבות תועלת הנמדדת בשנות חיים.⁷⁴

באשר לטיעון המדרון החלקלק שהוצג על ידי המחזיקים בעמדת הרוב, המחזיקים בעמדת המיעוט מזהירים מפני שימוש מופרז בטיעון זה. חלקלקות המדרון מחייבת עבודה קשה של הצבת מחסומים מונעי החלקה, ולא הימנעות מעשיית הדבר הנכון אך בשל החשש להתדרדרות במדרון. יפה כתב הנשיא אהרן ברק: "אינני מוכן לשנות את אמות המידה המשפטיות, בשל החשש אשר העתיד טומן בחובו. חשש זה מבוסס כולו על ספקולציה עובדתית. אינני רשאי להתחשב בו. הנה כי כן, הטיעון בדבר "המדרון החלקלק" (ה-slippery slope) טיעון קשה הוא. עלינו לגלות תמיד סקפטיות באשר אליו (ראה: Schauer, "Slippery Slopes", 99 *Harv. L. Rev.* 361 (1985)). ייתכן כי המדרון החלקלק הוא מסוכן. אך הטיעון בדבר המדרון החלקלק מסוכן ממנו."⁷⁵ כשם שיש להיזהר מטיעון המדרון החלקלק בהכרעות המשפטיות, כן יש להיזהר ממנו בהכרעות אתיות. טיעון זה משמש לא אחת תירוץ להצדקת מדיניות בעייתית מבחינה ערכית.⁷⁶ המבקשים לעודד תרומת איברים צריכים לגלות ספקנות מיוחדת בנוגע לטיעוני המדרון החלקלק; המתנגדים לקביעת המוות לפי מות גזע המוח השתמשו ברטוריקת המדרון החלקלק כדי להזהיר שקביעה זו עלולה להוביל לקביעת מוות אף בשלב מוקדם יותר.⁷⁷ טיעון המדרון החלקלק יכול לשמש מכשיר לחידוד המחשבה ולהערכת סיכונים, אך הוא בעייתי כאשר הוא הופך לטיעון מכריע. כלשונו של פרופ' יוג'יון וולך:

⁷⁴ המחזיקים בדעת המיעוט אינם מבקשים לייחס ערך רב יותר לחיי הצעיר על פני חיי המבוגר, אלא להשיג בכך בצורה מצרפית יותר שנות חיים. זו גם עמדת ה- Organ Procurement Transplantation Network האמריקנית, שניסחה לאחרונה טיוטת כללים שמטרתם להקצות את הכליות הטובות ביותר למי שעתידיים ליהנות מהן שנים רבות יותר. לפי שיטה זו, כך נטען, סך "רווח" השנים יעמוד על 8,380 בכל שנה. עם זאת, יש לציין כי הצעת מדיניות זו תוקנה על רקע התנגדויות שלפיהן היא מהווה הפליה על בסיס גיל. ההצעה המתוקנת, המשקללת גיל במסגרת ה-"estimated post-transplant survival score" היא זוכה לביקורת. Benjamin Eidelson, *Kidney Allocation and the Limits of the Age Discrimination Act*, 122 *YALE L.J.* 1635, 1637 (2013).

⁷⁵ בג"ץ 5016/96 חורב נ' שר התחבורה, פס' 94 לפסק הדין (נבו, 1997).

⁷⁶ Cahill, *Same-Sex Marriage, Slippery Slope Rhetoric, and the Politics of Disgust: A Critical Perspective on Contemporary Family Discourse and the Incest Taboo* 99 *NORTHWESTERN U.L.REV.* 1543 (2005).

⁷⁷ טיעון זה מוזכר, אך אינו מאומץ, בערך "רגע המוות" באנציקלופדיה ההלכתית הרפואית, www.daat.ac.il/encyclopedia/value.asp?id1=752

“The slippery slope is in some ways a helpful metaphor, but as with many metaphors it starts by enriching our vision and ends by clouding it. We need to go beyond the metaphor and examine the specific mechanisms that cause the phenomenon that metaphor describes”⁷⁸.

במקרה שלפנינו עומד לנו יתרון גדול. בדרך כלל נטען שהנהגת מדיניות חדשה מסוימת טוביל למדיניות אחת, בלתי רצויה. בענייננו, הכללים הכוללים מגבלת גיל קשיחה קיימים שנים רבות, והם לא הביאו לתוצאות אשר מהן חוששים בעלי עמדת הרוב. אם כך הדבר, למה לנו לחשוש מכללים חדשים, המבטלים את מגבלת הגיל כתנאי סף (ובגיל מוקדם למדי), והחלפתם בכללים הנותנים משקל מסוים, אבל פחות, לגיל הכרונולוגי?

איברים להשתלה הם משאב מוגבל. להבדיל ממחסור בחדרי ניתוח, למשל, או בסל תרופות מוגבל, לא מדובר בבעיה הניתנת לפתרון על ידי הקצאת משאבים רבים יותר. המדינה עושה מאמצים לעודד תרומות איברים מן המת, ולמרבה הצער ההצלחה היא חלקית בלבד. על החברה לוודא שכל איבר שנתרם יביא את מרב התועלת שניתן להפיק ממנו. הקושי הוא כמובן בשאלת ההבחנה בין שניים הזקוקים באותה מידה להשתלת איברים. קושי זה אינו פותר אותנו מהצורך לקבוע כללים שיהיו הוגנים ואובייקטיביים ככל שניתן. אם הקושי בקביעת גבול ברור והרצון להנהיג אמת מידה שוויונית-פורמלית יביא אותנו להקצות איברים במקרים שקרוב לוודאי שלא יועילו לחולה אלא למשך זמן קצר בלבד, נחטא לחובתנו לנצל כל איבר באופן מיטבי כדי להציל חיים. עקרון השוויון מחייב יחס שווה לאנשים שונים שאין שוני ביניהם שהוא רלוונטי לאותו עניין. באותה מידה, יחס שווה לאנשים שיש ביניהם שוני רלוונטי לא זו בלבד שאינו מגשים את עקרון השוויון, אלא שהוא מביא לתוצאות מפלות ובלתי-צודקות. עקרון השוויון החוקתי, שהוא מרכיב של כבוד האדם, אינו גורס שוויון פורמלי כי אם שוויון מהותי ושוויון תוצאתי.

⁷⁸ Volokh, *The Mechanisms of the Slippery Slope*, 116 HARV. L. REV. 1026, 1137 (2002).

מהו אותו שוויון מהותי? זו שאלה המערבת שיקולים מוסריים וערכיים, העשויים להשתנות, כאמור, בין זמן לזמן ובין חברה לחברה.⁷⁹

עמדת הרוב מושתתת על תפיסה שלפיה אין משמעות לגילו של אדם בהחלטה בדבר הקצאת משאב רפואי מציל חיים הנמצא במחסור חמור. לעומת זאת, עמדת המיעוט היא כי גם כאשר מדובר בחייו של אדם, שיש נטייה להתייחס אליו כערך מוחלט, יש מרכיב כמותי שצריך להתחשב בו.⁸⁰ לא הרי שבוע של חיים כהרי שנת חיים, ולא הרי שנת חיים כהרי עשר שנות חיים. כאשר מתקבלת החלטה על הכנסת תרופה לסל התרופות, יש מקום להבחין בין תרופה שמצילה חיים (דהיינו – יכולה לרפא מחלה מסכנת חיים או לנטרל באופן קבוע את תוצאותיה) לבין תרופה שיכולה רק להאריך את החיים בשבועות ספורים. ניתן גם להבחין בין תרופה המאריכה חיים בכמה שבועות לבין תרופה המאריכה חיים בכמה שנים. ניתן וצריך להתחשב גם במספר האנשים שתרופה זו תביא להצלתם ובשיקולים מערכתיים נוספים.⁸¹

במקרה של הקצאת איבר להשתלה, עמדת המיעוט היא שיש משמעות לתוחלת חייו של אדם. תוחלת חיים זו היא פועל יוצא לא רק של מצבו הרפואי, אלא גם של גילו.⁸² גילו של האדם הוא גורם היכול לנבא (באופן סטטיסטי) את תוחלת חייו. זאת אומרת שגם אם ניתוח ההשתלה והטיפול שניתן לאחר מכן יכולים לתת מענה למחלת הלב או למחלת הכבד המסכנות את חייו של החולה ולאפשר לו לחיות חיים רגילים כמו של כל אדם אחר, אך

⁷⁹ ראו למשל, דברי השופטת חיות בבג"ץ 9863/06 קר"ן עמותת קטועי רגליים לוחמים נ' שר הבריאות, והמובאות הרבות המוזכרות שם.

⁸⁰ השוו לעניין זה הוראות חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005.

⁸¹ ראו לעניין זה את הפסיקה העוסקת בהחלטות ועדת סל הבריאות. בג"ץ 4004/07 (נבו, 2008, 2007) בהקשר זה נדונה טענה שלפיה מבוגרים מודרים מקבלת תרופות בסל, ואילו צעירים זכאים לקבלן, ולפיכך מדובר בהפליה על רקע גיל. בנסיבות העניין, ומבלי שסוגיית הגיל נדונה באופן מפורט, מצא בית המשפט העליון כי שיקולי תקציב הם רלוונטיים במסגרת הליך קבלת ההחלטות בדבר הקצאת תרופות: "אין המדובר, חלילה, כפי שנטען בעתירה, בהפקרת הזקנים לטובת הצעירים, אלא בשיקול ענייני, הנשקל במסגרת מצוקה תקציבית והצורך בקביעת סדרי עדיפות". שם. לענייננו – מאחר שהסוגיה התקציבית לא שימשה למיטב ידיעתנו במסגרת מערכת השיקולים של מערך ההשתלות – הוסכם שלא לשלבה במסגרת דיוני הוועדה. פסק דין זה רלוונטי לענייננו, במובן זה שגם כאשר יש תחושה קשה מאוד לגבי חולה מסוים שחייו תלויים בטיפול, אין מנוס מקבלת החלטות קשות המעדיפות אוכלוסייה אחת על פני אחרת, כל עוד בית המשפט משתכנע שמדובר בהחלטה שהתקבלה בדרך הוגנת.

⁸² כאשר אנו מדברים כאן על תוחלת חיים, אנו סבורים שיש להתחשב בתוחלת החיים של כלל תושבי ישראל, בלי פילוחים נוספים כגון מין, גזע, ארץ מוצא, מקום מגורים, מקצוע וכו'.

תוחלת חייו היא קצרה בלאו הכי, האיבר לא ישמש אותו אלא שנים ספורות. כאשר יש אפשרות להעניק, באמצעות אותו איבר, תקופת חיים ארוכה פי כמה, מדובר בהבדל שהוא רלוונטי לתכלית הפעולה, שהיא הענקת חיים. ניתן להציג את הדברים גם מהיבט נוסף, פרט לשיקול הכמותי. כאשר יש לקבל החלטה אם להקצות איבר מציל חיים לחולה בן 30 או לחולה במצב רפואי דומה שהוא בן 75, למשל, מאיזו נקודת מבט של שוויון אנו מסתכלים על הדילמה? תוצאה אחת היא לומר שאין כל הבדל ביניהם, ערך החיים של כל אחד מהם הוא זהה, ועל כן חובה לתת להם יחס שווה. דרך אחרת היא לומר שאכן, ערך החיים של כל אחד מהם זהה, אך התוצאה של כל החלטה היא שונה. החולה המבוגר יותר כבר היה צעיר בן 30. הוא גם היה בן 40 ובן 50. הצעיר עוד לא זכה לכך. לכן, לכל אחת משתי ההחלטות האפשריות יש תוצאות שונות. הקצאת האיבר לצעיר ייתן לו סיכוי לזכות במה שהמבוגר כבר זכה בו. הנוקטים גישה זו, בצורתה הלוגית-פורמלית, יאמרו שיש, על כן, לתת תמיד עדיפות למועמד הצעיר יותר.⁸³

גישה מרוככת יותר אומרת שהבחנה זו בין צעיר למבוגר אינה צריכה להביא לשינוי בתוצאה בכל מצב. יש להבחין בין מצב שבו יש שני מועמדים צעירים שקיים הפרש גילים כלשהו ביניהם, לבין מצב שבו אחד המועמדים הגיע כבר לגיל המתקרב לסוף החיים. גישה זו גורסת שכאשר אדם זכה לחיות חיים מלאה – חווה את שנות הילדות, הנערות והבגרות והגיע לגיל זקנה – חייו עדיין קדושים, הוא זכאי לטיפול רפואי כמו כל אדם אחר, אך כאשר על כף המאזניים מונחים חייו שלו וחייו של מי שלא זכה לחוות את תקופות החיים השונות וכאשר אין דרך להציל את חיי שניהם, יש להציל תחילה את חייו של הצעיר. בכך מושג השוויון המהותי, התוצאתי. לצעיר תינתן הזדמנות להגיע לגיל זקנה, הזדמנות שהזקן כבר זכה לה. דומה כי תפיסה זו, של מתן משמעות שונה למותו של אדם בגיל צעיר לבין מותו בגיל מבוגר, מושרשת בתודעת החברה הישראלית, כמו גם של חברות אחרות. די אם נעיין במודעות האבל המתפרסמות בעיתון מטעם משפחות הנפטרים כדי לראות שיש הרואים לנכון לציין אם יקירם נפטר "בטרם עת" או שנפטר "בשיבה טובה". הצער והכאב על מותו של אדם בשיבה טובה הם ללא ספק קשים ועמוקים, אך

⁸³ ראו לעיל הערה 54. אך השוו Ronald Dworkin, "What is sacred" In Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia and individual freedom, 68 (New York, 1993)

אינם מלווים באותה מידה של טרגדיה שמביא מותו של אדם בשלב מוקדם של חייו. מאז ומתמיד נתפסו החיים כרצף של תקופות (ידועים חידת הספינקס מהמיתולוגיה היוונית וסדר הגילים במסכת אבות, פרק ה' משנה כג), וסופם בא, בדרך הטבע, בגיל מבוגר (ראו תהלים צ: 10). כאשר מתהפכים סדרי עולם, כאשר נמנע מאדם להגיע לגיל זקנה, כאשר הורים קוברים את ילדיהם ולא להיפך, לצער ולכאב מתווספת תחושת אי-צדק חריפה. ויודגש, אין בתפיסה זו של עמדת המיעוט כדי לטעון או אפילו לרמוז כי כאבה של (למשל) אלמן או אלמנה שאיבדו את בני זוגם מזה עשורים ארוכים, בגיל מבוגר מאוד, פחות מזה של אלמן או אלמנה צעירים יותר. האישה האלמנה שביקשה להופיע בפני הוועדה ושהציגה את המקרה שלה בהתרגשות רבה משקפת בוודאי את הדוגמה לאותו יגון כבד. אך בהסתכלות כוללת אין פטירה בגיל מבוגר כפטירה בגיל צעיר מבחינת סדרי עולם ודרך הטבע, לפחות בתפיסה החברתית הקיימת.

מאחורי כל אחת משתי הגישות עומדת תפיסה ערכית-מוסרית ואולי גם אינטואיציה אתית ולכל אחת עצמה משלה. עמדת הרוב היא כי אין לייחס משקל כלשהו לגיל הכרונולוגי (למעט לעניין הקצאת כליות, שלגביה מסכימים בעלי עמדת הרוב להשאיר את המצב הקיים על כנו), ואילו בעלי עמדת המיעוט מבקשים לתת לגיל משקל, אך בלי הדרה ובלי לקבוע כי לעולם יבוא הצעיר לפני המבוגר ממנו. גם החולה המבוגר, שהיום מנוע מלהיכנס לרשימת ההמתנה, יהפוך לפי שיטה זו למועמד להשתלה, ובזכות הוותק שלו והצורך הרפואי ניתן יהיה להקצות לו איבר. עמדת המיעוט היא לשלב בנוסחת ההקצאה ניקוד ההולך ופוחת עם הגיל, כפי שנעשה היום בנוסחת הקצאת הכליות. ראוי לציין כי יו"ר עמותת מושתלי הכליות, שהשמיע את דבריו בפני הוועדה, צידד בהמשך מתן הניקוד הפוחת עם הגיל מטעמים של צדק. יש שיטות שונות לשקלול הגיל. אפשר, למשל, לקבוע קו ליניארי או עקומה שאין בהם מדרגות חדות. צורת הגרף תשקף גישות שונות של תעדוף. מי ששם את הדגש על תעדוף ילדים⁸⁴ יקבע עקומה תלולה עד גיל 18 ולאחר מכן עקומה כמעט שטוחה (שבה שיפוע מתון יורד) שתשמש בעיקר כ"שוברת שוויון". את

⁸⁴ נדמה כי המחוקק עצמו הבין זאת כשהסדיר את שאלת הקדימויות לחותמי כרטיס אדי, בקבעו כי הקצאת האיברים עבור ילדים לא תשתנה ("תוכנית מתן הקדימות להשתלה לפי חוק ההשתלות איננה חלה על רשימת ההמתנה להשתלה של ילדים עד גיל 18").

עצמתו ופיתוליו של השיפוע (כגון ניקוד גבוה יותר לילדים) יש לקבוע בדיון נפרד בוועדת ההיגוי. למעשה, שיטה דומה נוהגת כאשר מדובר בהקצאת כליות להשתלה. שיטה זו נקוטה, כאמור, מטעמים רפואיים ענייניים, אך הצלחתה (אף שמדובר בהשתלות שאינן מוגדרות כמצילות חיים) מעידה על הפוטנציאל;⁸⁵ שיטה אחרת, המשקפת את עמדתם של מי שמתמקדים בתוחלת החיים הקצרה יחסית של חולים מבוגרים מאוד ובמקומם על רצף החיים עשוי להתחיל להפחית בהדרגה את הניקוד רק בגיל מבוגר (למשל, בגיל המשמש היום כגיל סף).

המשותף לכל שיטות אלו הוא שיש בהן שילוב של ערכים. אין הן יוצרות שוויון מוחלט – לא מנקודת המבט הפורמלית של התעלמות ממרכיב הגיל ולא מנקודת המבט התוצאתית, שמבקשת לתת לצעירים הזדמנות שווה לזכות להגיע לגיל זקנה. שילוב זה, סוברים בעלי עמדת המיעוט, יש בו כדי להוביל לתוצאה צודקת יותר הן מהמצב הקיים והן מהמצב שבו יש התעלמות מוחלטת מגילו של המועמד להשתלה, לרבות ב"מקרי הקצה". גישה זו של שקלול הגיל יחד עם שיקולים נוספים מוצעת גם בספרות כגישה היכולה להביא לצדק בלי להביא להדרה.

בדעת הרוב כלולה גם הצעה לשקול הכנסת מדדים נוספים, כדוגמת מדד השבריריות (Frailty Index) כמרכיב בנוסחת ההקצאה. גם בעלי עמדת המיעוט סבורים כי יש מקום שוועדת ההיגוי תבחן שילוב של מדד השבריריות בנוסחת ההקצאה, אף כי מדד זה מעורר לא מעט שאלות ובעיות, שהוזכרו אך על קצה המזלג בדיוני הוועדה. ראשית, למדד השבריריות אין הגדרה אחידה בקהילה הרפואית;⁸⁶ שנית, יש לוודא שהשימוש במדד

⁸⁵ ויטצ', לעיל הערה 55, מדגים זאת במקרה של כליות, שם יש גם בסיס רפואי לתעודף צעירים מאוד. (כאמור, בכליות הממד של הדחיפות אינו כבאיברים האחרים).

⁸⁶ "The concept of frailty lacks a widely accepted definition despite being a well-recognized entity among clinicians. At its core, frailty is the aggregation of subclinical physiological insults across many organ systems resulting in a syndrome of heightened vulnerability in the face of stress. The so-called "eyeball test," an overall assessment of the patient from the doorway, is often used by clinicians to intuitively qualify this vulnerability. Because frailty lacks a unifying definition, measures are varied, ranging from purely physical function to more extensive evaluations encompassing disability, comorbidity, and social vulnerability". Flint, Matlock, Lindenfield & Allen, *Frailty and*

השבריריות לא יביא להדרה של אנשים עם מוגבלות. מדד השבריריות עשוי לכלול מדדים כמו חוזק אחיזת היד, קצה הליכה ושליטה על סוגרים. יש להבטיח שהמבחן יותאם לאנשים עם סוגי מוגבלות שונים.

עוד נציין כי לשיטת בעלי עמדת המיעוט, מדד השבריריות עשוי להוות כלי עזר בהערכת תוחלת חיים של אדם, שהוא נתון רלוונטי לענייננו. אך אין הוא תחליף למתן משקל לגילו של אדם, כפי שמציעים בעלי עמדת המיעוט. שימוש במדד זה עשוי להביא להחלטה שלא להקצות איבר לחולה מסוים בשל שבריריותו. אך אין בו כדי לסייע כאשר על כפות המאזניים כמה חולים שאינם שבריריים (למשל בן 10, בן 40 ובן 80). עמדת המיעוט היא כי במצב זה, כאשר כל הנתונים האחרים זהים, יש משקל למקומו של כל חולה על רצף החיים.

מהטעמים שנמנו לעיל, בעלי עמדת המיעוט סבורים כי גיל כרונולוגי הוא שיקול רלוונטי ושיקול צודק בנוסחת התעדוף.

עמדתו של פרופ' לביא בהקשר זה נוגעת בהיבט הפרקטי של הדברים: "שעה שמקובלת עליי המלצת הוועדה לבטל את הגיל הכרונולוגי כקריטריון מדיר לרישום מועמדים להשתלות איברים, אני מתקשה לראות כיצד ניתן יהיה ליישם באופן מעשי את ההמלצה לשימוש במדדים כגון מדד השבריריות בהליך הקצאת האיברים. דווקא כמי שהציע להמיר את השימוש בגיל הכרונולוגי במדד כגון מדד השבריריות, אני סבור כי השימוש במדד קליני זה עשוי לשמש ככלי עבודה מצוין בידי הרופאים הבודקים את המועמדים הפוטנציאליים להשתלה בעת קבלת ההחלטה בדבר כשירותם לעמוד בניחות הנדון. מדד זה, כשלעצמו איננו משתמש בגילו הכרונולוגי של החולה אך ברור שהוא קשור סטטיסטית לגיל זה, יוכל לשמש כגורם מקל בידי הצוות הרב-מקצועי בכל מרכז השתלות

the Selection of Patients for Destination Therapy Left Ventricular Assist Device, Circulation: Heart Failure (2012) 5: 286–293

<http://circheartfailure.ahajournals.org/content/5/2/286.full>

מאמר שפורסם לאחרונה בנושא מנה עשר וריאציות של מדד השבריריות [שם, טבלה מס' 2
<http://circheartfailure.ahajournals.org/content/5/2/286/T2.expansion.html>

לקבוע את כשירות החולה להירשם כמועמד פעיל להשתלה, וזאת מבלי שידי הצוות תהיינה כבולות בסד האדמיניסטרטיבי הנוכחי של מגבלת סף הגיל העליון לרישום. מאידך, מרגע שנרשם החולה כמועמד פעיל להשתלה ברשימת המועמדים הארצית, אין כיום בידינו יכולת לכמת בצורה סטנדרטית והדירה את מדד השבריריות שלו כך שניתן יהיה להשתמש בערכו המספרי של מדד זה בעת הליך הקצאת האיבר. כל עוד זאת היא המציאות, לא ניתן ליישם בפועל את המלצת הוועדה לשימוש במדד זה או דומיו בעת הליך ההקצאה.

ולכן, בהיעדר היכולת המעשית לעשות שימוש במדד השבריריות בעת הליך ההקצאה, חוזרת ועולה השאלה אם לא היה ראוי לנסות ולכמת באופן מספרי את חשיבות הגיל בעת הליך ההקצאה ברוח המלצות עמדת המיעוט בוועדה. ברור כי כל מדרג הקצאה שישקלל את הגיל במהלך ההקצאה יהיה תוצאה של הסכמה ציבורית רחבה ולא רפואית באשר לשיפועו של אותו המדרג, ואולם דומני כי יש ביכולתה של הוועדה המכובדת הנוכחית בשיתוף עם ועדת ההיגוי של המרכז הלאומי להשתלות לנסות להגיע למדרג מוסכם שכזה. מאחר שאני צופה שביטול הגיל הכרונולוגי כקריטריון סף לרישום מועמדים להשתלה יביא בעקבותיו הגדלה ניכרת במספר המועמדים שיירשמו להשתלה, מן הראוי היה לשוב ולתת את הדעת על שקלול הגיל בעת ההקצאה על מנת למנוע מצבי הקצאה קיצוניים שעלולים שלא להתקבל כראוי מהבחינה הציבורית". מטעמים פרקטיים אלו מצטרף פרופ' לביא לעמדת המיעוט.

סיכום

ועדה זו צמחה על קרקע פורייה והבשילה לכדי דו"ח זה, המוגש למנכ"ל משרד הבריאות ולוועדת ההיגוי שליד המרכז הלאומי להשתלות. אותה קרקע פורייה משמעה שילובן של כמה נסיבות שהצטברו יחדיו וחייבו בנקודת זמן זו דיון בסוגיית הגיל כקריטריון להשתלות איברים:

בממד **החברתי-דמוגרפי-פסיכולוגי**, החברה הישראלית עוברת תהליך של תמורה דמוגרפית של הזדקנות האוכלוסייה.

בממד **המשפטי**, עולם המשפט עובר תהליך של תמורה אשר במסגרתו איסור ההפליה מטעמי גיל תופס יותר ויותר מעמד והכרה כחלק מעקרון השוויון הכללי. אלו משתקפים גם בתמורות בתפיסות האתיות והערכיות בחברה.

בממד **הרפואי**, הטכנולוגיה והשיפור בשירותי הרפואה הביאו לעלייה בתוחלת החיים. זו הובילה לעלייה במחלות הקשורות בגיל – ואלו לצורך בהשתלות איברים בגיל מבוגר יותר. הטכנולוגיה והתקדמות מדע הרפואה, לצד הניסיון הנרכש בהשתלות איברים בגילים מבוגרים הביאו לציפייה ולתקווה בקרב הקהלים המבוגרים עוד יותר לעבור השתלות ולהאריך את חייהם (ולשפר את איכות חייהם). במובן זה האמצעים מגבירים את הדרישה ומכאן גם את המחסור באיברים.

ההיסטוריה של השימוש וההקצאה של דיאליזה לחולי כליות⁸⁷ (כמצילת חיים) מדגימה את הדינמיקה והשינויים הנוגעים בהקצאת משאבים מוגבלים ברפואה. בנושא ההשתלות אין מדובר רק במשאב מוגבל, אלא במשאב לאומי הנשען על עיקרון של הדדיות ומחייב התחשבות בעקרונות דוגמת צדק ושוויון – שכאמור עברו אף הם תמורות ושינויים מתחום שיח הזכויות. כשמדובר בהשתלות איברים בגילים מבוגרים, הרי היתרון שלהן במבוגרים לא היה ברור עד לאחרונה. משיתרון זה הפך ברור, עלה הצורך לבחון מחדש את הסוגיה. ועדה זו פעלה אפוא על קרקע פורייה, שבה כל התמורות שולבו יחדיו וחייבו חשיבה מחודשת בנושא.

על רקע כל אלו הוועדה ממליצה כאמור על ביטול הגיל כקריטריון מדיר מכניסה לרשימת המועמדים להשתלה. עמדת הרוב ממליצה גם להתעלם מהגיל הכרונולוגי בכל הקשור להקצאת איברים כל עוד אין בסיס רפואי להבחנה על בסיס גיל. עמדת המיעוט ממליצה להתחשב בגיל הכרונולוגי במסגרת נוסחת התעדוף.

⁸⁷ "Selection of Patients for Dialysis and Transplantation", 2 (6150) BMJ 1449 (1978)
על התפתחות הסוגיה בקשר לדיאליזה.

נספח א' – נוסח הודעה לציבור



הוועדה הציבורית לבחינת שאלת הניל קריטריון לקבלת איבר מתורמים נפטרים הודעה לציבור

מובא בזאת לידיעת הציבור כי ביום 09.04.2013 החליט מנכ"ל משרד הבריאות למנות ועדה ציבורית שתפקידה לבחון את שאלת הניל כקריטריון לקבלת איבר מתורמים נפטרים. תפקיד הוועדה יהיה לברר, בין השאר, את השאלות האלו: האם ניל הנתרמים (מועמדים להשתלה) צריך ויכול לשמש קריטריון רלוונטי לרישום ממתנים להשתלה ברשימה הארצית להשתלות מתורמים נפטרים? האם יש מקום להגביל את ניל הנרשמים ועל בסיס איזה קריטריון? מהם השיקולים המשפטיים, האתיים והמוסריים בהקשר זה? בוועדה חברים רופאים, משפטיים, אחיקנים, נציגי מועתלים ועוד, כמופיע באתר משרד הבריאות בכתובת

http://www.health.gov.il/Subjects/Organ_transplant/News/Pages/default.aspx
נדרשים מן הציבור המעוניינים להופיע בפני הוועדה ו/או להעביר אליה מידע או מסמכים, מוזמנים להעלות דבריהם על הכתב ולצרף כל תיעוד אותו הם מבקשים להציג בפני הוועדה עד ליום 1.8.2013 לכל המאוחר, באחת מן הדרכים הבאות:

דואר אלקטרוני: addy@moh.health.gov.il, פקס: 03-6957344
כתובת: המרכז הלאומי להשתלות משרד הבריאות, רח' נח מוחס 15 תל אביב 6744253 (החומרים לא יוחזרו לשולח)
הוועדה תבחן את הפניות והבקשות ותחליט על פי שיקול דעתה מי מהפונים יזמן להופיע בפניה לשם מתן עדות בעל פה.

ד"ר איל נתן
יזר הוועדה