



Các nguyên tắc thúc đẩy bình đẳng về y tế trong các sự kiện hạn chế về nguồn lực

Ngày 7 tháng 12 năm 2020

I. Bối cảnh

Trong trường hợp xảy ra khủng hoảng y tế cộng đồng, nhu cầu chăm sóc y tế có thể cao hơn khả năng sẵn có đối với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cứu sống cho tất cả những người cần.

Kể từ năm 2014, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, nhà đạo đức học và chuyên gia chuẩn bị cho trường hợp cấp bách của Oregon đã đầu tư thời gian và nỗ lực đáng kể để lập kế hoạch cho tình huống này như đã được nêu trong hướng dẫn chăm sóc khủng hoảng trước đây của Oregon. Vào tháng 9 năm 2020, Cơ quan Y tế Oregon (OHA) đã thông báo quyết định không còn tham chiếu hoặc phụ thuộc vào hướng dẫn đã được thiết lập trước đó, do khả năng phân biệt đối xử và bất bình đẳng về y tế kéo dài của hướng dẫn. Trong tháng qua, OHA đã bắt đầu các cuộc họp với các đối tác cộng đồng và các chuyên gia chăm sóc y tế để cùng tạo ra một quy trình mới và toàn diện với mục tiêu phát triển hướng dẫn chăm sóc khủng hoảng sửa đổi tập trung vào công bằng y tế. Sự tham gia và lập kế hoạch sâu hơn đang được tiến hành để cùng tạo ra quá trình đó.

Với sự gia tăng gần đây các trường hợp nhiễm COVID-19 và những hạn chế về năng lực hệ thống y tế đang nổi lên, cũng như để đáp ứng ý kiến đóng góp của đối tác cộng đồng cho đến nay, chúng tôi nhận thấy nhu cầu cấp thiết phải nêu rõ và khẳng định các nguyên tắc bình đẳng y tế, giảm thiểu tác động của sự thiên vị ngầm và rõ ràng, và ngăn chặn sự phân biệt đối xử vào thời điểm quan trọng này. Vì thế, **OHA ban hành tuyên bố tạm thời này nêu rõ các nguyên tắc trong việc thúc đẩy bình đẳng y tế trong các cơ sở hạn chế về nguồn lực.**

Tài liệu này có tham vấn thông tin từ những người ủng hộ từ cộng đồng người khuyết tật, cộng đồng người da màu, các nhà đạo đức học hệ thống y tế và các cố vấn cộng đồng về y tế cộng đồng. Mặc dù bước tạm thời này là cần thiết để giải quyết các nguy cơ làm gia tăng bất bình đẳng về y tế trong cuộc khủng hoảng hiện nay, song chúng tôi nhận thấy hành động này cũng cần phải được thực hiện lặp lại. OHA lập kế hoạch cho sự tham gia và cộng tác mạnh mẽ, minh bạch và liên tục của cộng đồng để phát triển hướng dẫn chăm sóc khủng hoảng lấy công bằng làm trung tâm trong tương lai của Oregon, bao gồm tham vấn với chín Bộ tộc được Liên bang công nhận của Oregon. Chúng tôi khuyến khích các thành viên cộng đồng, các tổ chức vận động chính sách, các chuyên gia hệ thống y tế và tất cả mọi người quan tâm đến việc cung cấp thông tin về quy trình liên hệ với OHA.¹ OHA

¹ Các cá nhân quan tâm vui lòng liên hệ với OHA tại OR.CCG@dhsosha.state.or.us.

sẽ bắt đầu tóm tắt công khai thông tin nhận được và xác định các bước tiếp theo và cách thức để mọi người có thể cung cấp đầu vào trong những tuần tới.

Khi ban hành tuyên bố ban đầu về các nguyên tắc này, OHA vẫn cam kết khẩn trương tiếp tục công việc song song để đồng tạo ra hướng dẫn chăm sóc khủng hoảng mới với các đối tác cộng đồng và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế tại Oregon. Chúng tôi nhận thấy rằng còn phải tiến hành nhiều công việc phía trước để tạo ra không chỉ một tài liệu hướng dẫn mới, mà còn để đảm bảo rằng sự bình đẳng về y tế là trung tâm của đáp ứng của hệ thống y tế một cách có hệ thống trong thời gian xảy ra khủng hoảng y tế cộng đồng và hơn thế nữa.

II. Nguyên tắc chủ chốt

Khi phân bổ các nguồn lực quan trọng khan hiếm khi đối mặt với cuộc khủng hoảng y tế cộng đồng, chẳng hạn như sự gia tăng bệnh nhân cần được chăm sóc ở cấp bệnh viện trong đại dịch COVID-19, các nguyên tắc chính của việc **không phân biệt đối xử, công bằng y tế, ra quyết định căn cứ vào bệnh nhân**, và **giao tiếp minh bạch** phải được áp dụng.

a. Không phân biệt đối xử

Có luật liên bang và tiểu bang rõ ràng để bảo vệ người dân Oregon khỏi sự phân biệt đối xử dựa trên tầng lớp được bảo vệ của họ, bao gồm chủng tộc, dân tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, giới tính và bản dạng giới.² Như được củng cố bởi tuyên bố của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ về các tiêu chuẩn khủng hoảng về chăm sóc và luật dân quyền, “các quy tắc và luật dân quyền, bao gồm cả trong bối cảnh thiên tai đã được tuyên bố, không bị đình chỉ hoặc miễn trừ trong thời gian xảy ra thảm họa.”³ Kể từ khi bắt đầu đại dịch COVID-19, Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ đã làm việc với nhiều tiểu bang để giải quyết các khiếu nại về phân biệt đối xử và để đảm bảo rằng các tiêu chuẩn chăm sóc khủng hoảng không phân biệt đối xử với mọi người trên cơ sở các tầng lớp được bảo vệ.

Mặc dù việc ra quyết định theo thông báo của hướng dẫn chăm sóc khủng hoảng phải phù hợp với luật không phân biệt đối xử, nhưng những nghĩa vụ pháp lý này có thể không bao bọc đủ các trường hợp. Thay vào đó, hướng dẫn chăm sóc khủng hoảng cũng phải tính đến tình trạng phân biệt chủng tộc và bất bình đẳng y tế có hệ thống từ lâu đã góp phần gây ra tình trạng sức khỏe kém hơn cho các cộng đồng da màu, cộng đồng bộ tộc và cá nhân bị khuyết tật. Các kế hoạch chăm sóc khủng hoảng nên thực hiện một cách tiếp cận bổ sung dựa trên công bằng để phân bổ nguồn lực bằng cách xem xét sự chênh lệch lâu dài và chủ động làm việc để đảo ngược những bất bình đẳng đó cùng với các chính sách bảo vệ không phân biệt đối xử.

b. Công bằng y tế

² Xem tài liệu OHA “Không phân biệt đối xử trong điều trị y tế đối với người nhiễm COVID-19” tại <https://sharedsystems.dhsosha.state.or.us/DHSForms/Served/lv2288R.pdf>

³ Xem trang <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/crisis-standards-of-care-and-civil-rights-laws-covid-19.pdf>

Công bằng y tế phải là trung tâm khi xem xét việc phân bổ các nguồn lực quan trọng khan hiếm khi đối mặt với cuộc khủng hoảng y tế công cộng như COVID-19. Được phát triển bởi Ủy ban Công bằng Y tế của Ủy ban Chính sách Y tế Oregon, OHA định nghĩa công bằng y tế như sau:

Oregon sẽ thiết lập một hệ thống y tế tạo ra sự công bằng về y tế nơi tất cả mọi người có thể đạt được tiềm năng sức khỏe và hạnh phúc tốt nhất của mình và không bị thiệt thòi do chủng tộc, dân tộc, ngôn ngữ, tình trạng khuyết tật, tuổi, giới tính, bản dạng giới, khuynh hướng tình dục, tầng lớp xã hội, giao thoa giữa các cộng đồng hoặc những bản sắc này, hoặc các hoàn cảnh xã hội xác định khác.

Để đạt được bình đẳng y tế đòi hỏi phải có sự hợp tác liên tục của tất cả các khu vực và các lĩnh vực của tiểu bang, bao gồm cả các chính phủ bộ lạc để giải quyết các vấn đề sau đây:

- Phân phối công bằng hoặc phân phối lại các nguồn lực và quyền lực; và
- Thừa nhận, hòa giải và sửa chữa những bất công trong lịch sử và hiện tại

Mục tiêu chính của hướng dẫn chăm sóc khủng hoảng theo truyền thống là cứu sống nhiều người nhất hoặc giúp sống nhiều năm nhất⁴ thông qua việc phân bổ các nguồn lực chăm sóc y tế khan hiếm trong cuộc khủng hoảng y tế cộng đồng, với việc đề cập rõ ràng rằng công bằng y tế là vấn đề được ưu tiên.^{5,6} Tuy nhiên, cách tiếp cận không xem xét đến bất bình đẳng về y tế trong quá khứ và hiện tại có thể dẫn đến việc tiếp cận bất bình đẳng hơn đối với các nguồn lực cứu sống và bất bình đẳng về y tế.⁷ Với sự bất bình đẳng sâu sắc của Oregon trong việc tiếp cận y tế và chăm sóc y tế, bất kỳ hệ thống nào chỉ dựa vào hoặc chủ yếu vào việc cứu sống nhiều người nhất hoặc số năm sống có hệ thống đều gây bất lợi cho cộng đồng da màu, cộng đồng bộ tộc và người khuyết tật của Oregon. Mục tiêu của tài liệu hiện hành này là hỗ trợ quá trình tái cấu trúc hướng dẫn chăm sóc khi có khủng hoảng ở Oregon với việc giữ công bằng y tế làm nguyên tắc cơ bản.

Phương pháp tiếp cận công bằng về y tế thừa nhận rằng phân biệt đối xử và phân biệt chủng tộc có hệ thống đã ảnh hưởng sâu sắc và phổ biến đến sức khỏe cá nhân và cộng đồng trước đại dịch này. Ở Oregon và các tổ chức khác, các đặc điểm như chủng tộc và dân tộc, cùng với các tình trạng sẵn có như khuyết tật, có liên quan đến sự bất bình đẳng nghiêm trọng trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết, nhà

⁴ Daugherty Biddison, E.L. et al. (2018). Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest Journal*, 155(4) 848-854. [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(18\)32565-0/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(18)32565-0/fulltext)

⁵ Piscitello, G.M., và cộng sự. (2020). Variation in Ventilator Allocation Guidelines by US States During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Jama Network Open*, 3(6):e2012606. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2767360>

⁶ Berlinger, N. và cộng sự (2020). *Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic*. <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>

⁷ Manchanda, E.C., Couillard, C., và Sivashanker, K. (2020). Inequity in Crisis Standards of Care. *New England Journal of Medicine*, 384(4), e16(1-3). <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2011359>

ở an toàn và được hỗ trợ, thực phẩm và dinh dưỡng đầy đủ, v.v. Khi kết hợp ảnh hưởng của nguy cơ gia tăng đáng kể đối với chấn thương toàn thân và những bất công (cả hiện tại và quá khứ), những yếu tố này kết hợp với nhau thường xuyên làm suy yếu tình trạng sức khỏe và kết quả sức khỏe của các cá nhân và cộng đồng bị ảnh hưởng, bao gồm cả tuổi thọ. Hướng dẫn chăm sóc khủng hoảng phải xem xét và tính đến những thực tế này; Nếu không có sự cân nhắc có chủ định như vậy, hướng dẫn có thể sẽ kéo dài và làm ảnh hưởng sâu sắc thêm sự bất bình đẳng về y tế.

c. Ra quyết định căn cứ vào bệnh nhân

Sở thích chăm sóc và điều trị của bệnh nhân, nhu cầu hỗ trợ ra quyết định của bệnh nhân và nhu cầu giao tiếp của bệnh nhân phải được xem xét trong quá trình phân bổ các nguồn lực khan hiếm cho tất cả bệnh nhân. Luật mới của tiểu bang quy định rằng điều này có thể bao gồm việc có những người hỗ trợ đi cùng với bệnh nhân để cung cấp thông tin liên lạc, ra quyết định hoặc hỗ trợ thể chất. Theo luật tiểu bang này, các bệnh viện phải cho phép bệnh nhân chỉ định ít nhất ba người hỗ trợ và cho phép ít nhất một người hỗ trợ luôn có mặt cùng bệnh nhân tại bệnh viện, nếu cần thiết để tạo điều kiện thuận lợi cho việc chăm sóc và điều trị của bệnh nhân, ngay cả trong đại dịch.⁸

Bệnh nhân đưa ra quyết định. Bệnh nhân có quyền hợp tác với nhóm chăm sóc của họ trong việc đưa ra các quyết định được hướng dẫn bởi các giá trị của họ và theo chỉ dẫn của bệnh nhân, được thông báo bởi yêu cầu trước của họ hoặc yêu cầu di động để điều trị duy trì cuộc sống⁹ (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) (nếu có). Bệnh nhân cũng có thể chọn một người hỗ trợ tham dự các cuộc họp nhóm chăm sóc, nếu cần, để giúp thông báo các quyết định y tế của họ. Nếu một bệnh nhân không có khả năng ra quyết định và có người ra quyết định được ủy quyền, nhóm điều trị y tế phải làm việc với bệnh nhân (trong phạm vi có thể) và người đó để xác định xem bệnh nhân muốn được chăm sóc và điều trị như thế nào, dựa trên yêu cầu trước nếu có, hoặc bất kỳ sở thích nào của bệnh nhân mà bệnh nhân hiện tại hoặc trước đây đã thông báo cho người ra quyết định. Nếu bệnh nhân chưa chỉ định người ra quyết định, nhóm điều trị y tế nên làm việc với bệnh nhân và vợ/chồng, bạn đời, gia đình hoặc bạn thân của họ. Các bác sĩ lâm sàng và các tổ chức chăm sóc y tế phải tuân theo luật Oregon về việc ra quyết định thay thế và các nguyên tắc ra quyết định được hỗ trợ.¹⁰ Trong quá trình chăm sóc bệnh nhân có thể mất khả năng ra quyết định y tế, nhóm chăm sóc y tế phải đảm bảo ghi vào hồ sơ của bệnh nhân, càng sớm càng tốt, cách thức nhanh chóng liên hệ với người ra quyết định có thẩm quyền trong trường hợp xảy ra tình huống nguy cấp.

Việc điều trị không thể chỉ dựa vào việc bệnh nhân có yêu cầu trước, người giám hộ hoặc POLST.¹¹

d. Giao tiếp minh bạch

Sự minh bạch, truyền thông rõ ràng và hiệu quả cho công chúng và bệnh nhân luôn là điều quan trọng nhưng đặc biệt là trong thời kỳ khủng hoảng y tế cộng đồng. Tiếp cận với thông tin chăm sóc y tế cần thiết là cứu mạng sống và mọi người không bị thiệt thòi trong việc nhận thông tin y tế kịp thời và dễ hiểu do ngôn ngữ, văn hóa hoặc khả năng tiếp cận công nghệ và các hỗ trợ khác.

⁸ Xem SB 1606, Phần đặc biệt^{thứ nhất} năm 2020 có tại <https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2020S1/Downloads/MeasureDocument/SB1606/Enrolled>. Chi tiết bổ sung được cung cấp trong các quy tắc cấp phép bệnh viện, OAR 333-505-0030, được xem tại: <https://secure.sos.state.or.us/oard/displayDivisionRules.action?selectedDivision=1365>.

⁹ <https://oregonpolst.org/>

¹⁰ Xem <https://ncler.acl.gov/pdf/legal-Basics-Supported-Decision-Making1.pdf>

¹¹ SB 1606, Phần đặc biệt^{thứ nhất} năm 2020.

Sự minh bạch đòi hỏi công chúng phải được thông báo khi các tiêu chuẩn chăm sóc khủng hoảng được đi vào hoạt động. Công chúng cần có thông tin cập nhật và minh bạch về các kế hoạch chăm sóc khủng hoảng của hệ thống y tế, bao gồm cả cách thức các nguồn lực sẽ được phân bổ khác với các tiêu chuẩn chăm sóc thông thường và khi các tiêu chuẩn về khủng hoảng đã được đi vào hoạt động.

Trong một hệ thống chăm sóc y tế, việc trao đổi thông tin minh bạch và kịp thời với tất cả bệnh nhân hoặc người ra quyết định được ủy quyền của họ nên được thực hiện khi bệnh viện gặp phải những hạn chế về nguồn lực, bao gồm bản chất của những ràng buộc và cách thức đưa ra quyết định phân bổ nguồn lực. Bất kỳ quyết định nào liên quan đến việc phân bổ nguồn lực (ví dụ, đủ điều kiện cho máy thở hoặc cấp độ chăm sóc của đơn vị chăm sóc đặc biệt) phải được thông báo rõ ràng với bệnh nhân hoặc người ra quyết định được ủy quyền của họ và được lập thành văn bản.

Mọi thông tin liên lạc trong trường hợp khẩn cấp về y tế cộng đồng phải được cung cấp theo cách đáp ứng về mặt văn hóa và ngôn ngữ có thể tiếp cận được và đáp ứng nhu cầu của các cá nhân bị khuyết tật về trí tuệ, chậm phát triển hoặc các tình trạng khuyết tật khác.¹² Điều này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc: cung cấp thông tin liên lạc hiệu quả bằng cách sử dụng thông dịch viên đủ điều kiện, cung cấp thông báo khẩn cấp bằng ngôn ngữ đơn giản và ngôn ngữ phổ biến, sử dụng nhiều định dạng như âm thanh, bản in lớn và phụ đề, cung cấp quyền truy cập cho những người hỗ trợ được lựa chọn bởi bệnh nhân có thể giúp đảm bảo giao tiếp hiệu quả và đảm bảo các trang web cung cấp thông tin khẩn cấp có thể truy cập được cho người khuyết tật theo yêu cầu của luật dân quyền liên bang.¹³

III. Khuyến nghị áp dụng các nguyên tắc để kiểm tra và ra quyết định

Trong quá trình phân bổ các nguồn lực chăm sóc y tế khan hiếm, chẳng hạn như có thể được yêu cầu trong đại dịch COVID-19, OHA đặc biệt khuyến nghị rằng việc sử dụng phiếu chấm điểm hoặc khuôn khổ phân loại tương tự để ra quyết định nên kết hợp các nguyên tắc nêu trên. Ngoài ra, các bệnh viện và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế phải tuân thủ luật pháp và quy định nghiêm cấm phân biệt đối xử.

Theo đánh giá của OHA, khi áp dụng các nguyên tắc không phân biệt đối xử và bình đẳng y tế, các yếu tố sau đây cần được loại trừ khi phân bổ các nguồn lực khan hiếm trong cuộc khủng hoảng y tế cộng đồng:¹⁴

¹² Xem thông tin e.g. DOJ, Emergency Management Under Title II of the Americans with Disabilities Act at 1 (July 26, 2007), có tại trang <https://www.ada.gov/pccatoolkit/chap7emergencymgmt.htm>.

¹³ Xem trang <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-bulletin-3-28-20.pdf>

¹⁴ Là một phần trong việc Giải quyết trường hợp sớm của Văn phòng vì Quyền dân sự (Office for Civil Rights, OCR) với bảy tiểu bang liên quan đến những lo ngại về phân biệt đối xử, những tiểu bang này đã *loại bỏ nhiều ngôn ngữ khác nhau* ra khỏi các tiêu chuẩn chăm sóc khủng hoảng của họ, do đó không còn cho phép sử dụng các yếu tố như những yếu tố này trong việc phân bổ và tái phân bổ các nguồn lực y tế khan hiếm; hơn nữa, các tiểu bang này đã hướng dẫn các nhà cung cấp loại bỏ các yếu tố như vậy ra khỏi các tiêu chuẩn khủng hoảng của nhà cung cấp hiện có trong các kế hoạch chăm sóc. Xem trang <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-providers/civil-rights-covid19/index.html>

Tình trạng bệnh nền hoặc khuyết tật. Bất kỳ cách tiếp cận nào để chăm sóc theo từng giai đoạn nhằm mục đích phân bổ nguồn lực khi nguồn lực hạn chế không được loại trừ bệnh nhân trên cơ sở bệnh đồng mắc hoặc tình trạng/chẩn đoán bệnh nền đã biết hoặc nghi ngờ - bao gồm nhưng không giới hạn ở tình trạng khuyết tật như sự hiện trạng sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, tình trạng sức khỏe hành vi, trí tuệ, sự phát triển hoặc các tình trạng khuyết tật khác. Loại trừ những người cần được điều trị cứu sống trên cơ sở bệnh đồng mắc và các tình trạng bệnh nền, do hậu quả của nhiều thế kỷ áp bức, phân biệt chủng tộc, và các cấu trúc và hệ thống mà họ đã xây dựng, sẽ tiếp tục kéo dài sự phân biệt đối xử bất hợp pháp và bất bình đẳng về sức khỏe.

Tuổi thọ. Sử dụng tiêu chí tuổi thọ để đánh giá tiên lượng hoặc cho điểm (ví dụ: “số năm sống” hoặc “đánh giá tử vong trong 1 hoặc 5 năm”) cũng sẽ kéo dài sự bất bình đẳng,¹⁵ vì những bất lợi về tuổi thọ đã được tạo ra cho người da màu, người khuyết tật và các cộng đồng khác phải chịu căng thẳng độc hại lâu dài, chấn thương, diệt chủng có hệ thống, thuộc địa và sự lây truyền giữa các thế hệ và biểu sinh của những điều đó. Vì lý do này, tuổi thọ là một tiêu chí trong việc cho điểm không nên được sử dụng khi ra quyết định về việc phân bổ các nguồn lực khan hiếm trong cuộc khủng hoảng sức khỏe cộng đồng.

Sử dụng nguồn lực và chất lượng cuộc sống. Các biện pháp xem xét việc sử dụng nguồn lực hoặc đánh giá chất lượng cuộc sống (tức là chất lượng cuộc sống do bác sĩ lâm sàng cảm nhận) cũng nên được loại trừ khỏi bất kỳ quá trình phân bổ nguồn lực khan hiếm nào, vì những biện pháp này sẽ làm mất việc phân bổ nguồn lực một cách hệ thống cho các cá nhân có trình độ phát triển, trí tuệ và những người khuyết tật khác, người lớn tuổi và các cá nhân từ các cộng đồng da màu.

Máy thở cá nhân. Không nên rút máy thở của những bệnh nhân phụ thuộc vào máy thở mãn tính bên ngoài hoàn cảnh chăm sóc quan trọng để tăng cường việc cung cấp máy thở. Hơn nữa, cần loại trừ nhu cầu cơ bản về máy thở khi phân bổ các nguồn lực khan hiếm trong khủng hoảng y tế cộng đồng.

OHA khuyến nghị rằng bất kỳ cách tiếp cận nào để phân loại chăm sóc khi đối mặt với nguồn lực hạn chế - chẳng hạn như sử dụng hệ thống chấm điểm hoặc hệ thống điểm để xác định sự sống sót trong bệnh viện - phải:

- Bảo vệ chống lại sự phân biệt đối xử. Điều quan trọng là để bảo vệ chống lại sự phân biệt đối xử, một giao thức phân biệt **KHÔNG** được dựa trên những cân nhắc không liên quan về mặt đạo đức hoặc khoa học như tình trạng kinh tế xã hội, chủng tộc, dân tộc, bản dạng giới, khuynh hướng tình dục, nguồn gốc quốc gia, tình trạng nhập cư, xu hướng đức tin, tình trạng cha mẹ, khả năng thanh toán, bảo hiểm, thương tật, hoặc chỉ dựa trên độ tuổi.
- Sử dụng thông tin y tế tốt nhất hiện có để đánh giá tiên lượng **về khả năng sống sót ngắn hạn của bệnh nhân trong tình trạng bệnh hiện tại đến khi xuất viện.**¹⁶

¹⁵ Stone JR. (2020). Social Justice, Triage, and COVID-19: Ignore Life-years Saved. *Medical Care*, 58(7), 579-581. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7297070/>

¹⁶ Ngoài tiên lượng về khả năng sống sót do bệnh tật hiện tại để xuất viện, một số tiểu bang cho phép xem xét liệu một bệnh nhân sắp chết và không thể phục hồi hoặc mắc bệnh nan y với tuổi thọ dưới 6 tháng (ví dụ: đủ điều kiện nhập viện bệnh viện tế bào) như một phần của quyết định

- Áp dụng các biện pháp phù hợp để đảm bảo đối xử bình đẳng với các cá nhân khuyết tật hoặc các bệnh lý nội tạng từ trước.
- Nếu hai bệnh nhân có điểm ưu tiên phân loại giống nhau, hãy xem xét lựa chọn ngẫu nhiên.

Cuối cùng **chất lượng mong muốn của các thành viên trong nhóm phân loại** phải bao gồm kiến thức chuyên môn về các nguyên tắc chống phân biệt chủng tộc và bình đẳng cũng như cam kết giảm thiểu tác động của thành kiến và định kiến rõ ràng và minh bạch (bao gồm cả những nguyên tắc dựa trên chủng tộc, dân tộc và khuyết tật). Các thành viên của nhóm phân loại chăm sóc y tế có trách nhiệm xác định việc phân bổ các nguồn lực khan hiếm nên tách biệt với nhóm chăm sóc liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc y tế của các bệnh nhân được phân loại và được đào tạo về thực hành thiên vị ngầm và chống phân biệt chủng tộc.

IV. Bước tiếp theo

OHA khuyến nghị các hệ thống y tế thực hiện ngay các bước tiếp theo để kết hợp các nguyên tắc này vào quy trình và kế hoạch chăm sóc khủng hoảng. Ngoài ra, cần tiến hành rà soát hồi cứu định kỳ các quyết định phân bổ để đảm bảo các quyết định chăm sóc khủng hoảng được đưa ra không thiên vị và không có nhóm nào bị tác động không cân xứng dẫn đến bất lợi có hệ thống hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng bất bình đẳng về y tế.

OHA khuyến khích sự phối hợp giữa các hệ thống y tế với sự hợp tác của các đối tác cộng đồng để điều chỉnh các tiêu chuẩn chăm sóc khủng hoảng phù hợp với công bằng y tế một cách minh bạch, thống nhất: công nhận rằng các thực hành phù hợp sẽ công bằng và đáng tin cậy hơn đối với các cộng đồng đang được phục vụ.

Trong quá trình làm việc của chúng tôi với cộng đồng, các chuyên gia chăm sóc y tế và các nhà đạo đức học, OHA mong muốn khám phá cách thức đánh giá bộ ba có thể đạt được nguyên tắc bình đẳng về y tế là “công nhận, hòa giải và sửa chữa những bất công trong lịch sử và hiện tại”.¹⁷ Các khái niệm đáng được mở rộng thêm bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Điều chỉnh điểm ưu tiên cho lao động thiết yếu¹⁸ (ví dụ: công nhân nông nghiệp và sản xuất thực phẩm, nhân viên chăm sóc trẻ em, v.v.) làm việc trong một nghề có nguy cơ rủi ro cao.
- Sử dụng điểm để điều chỉnh các bất bình đẳng về cấu trúc, chẳng hạn như bằng cách áp dụng Chỉ số Trung bình Khu vực (Area Deprivation Index, ADI).¹⁹

phân bổ. Việc sử dụng tiềm năng yếu tố này trong việc phân bổ nguồn lực ở Oregon đòi hỏi phải được xem xét thêm khi xem xét sự không phân biệt đối xử và các nguyên tắc khác được nêu trong tuyên bố này.

¹⁷ Từ định nghĩa công bằng y tế của OHA, trang 1.

¹⁸ Xem trang <https://www.ncsl.org/research/labor-and-employment/covid-19-essential-workers-in-the-states.aspx>

¹⁹ Để biết thêm thông tin về chỉ số trung bình khu vực, hãy truy cập <https://www.neighborhoodatlas.medicine.wisc.edu/>

OHA công nhận rằng tài liệu nguyên tắc này là một bước quan trọng nhưng có giới hạn, là bước tạm thời. Chúng tôi mong muốn triệu tập các đối tác cộng đồng, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế bao gồm các bác sĩ chăm sóc quan trọng và các nhà đạo đức học bệnh viện trong tương lai gần, kết hợp với ý kiến đóng góp từ cộng đồng để đảm bảo tạo một quá trình đồng sáng tạo và toàn diện. Thông qua mối quan hệ hợp tác này, OHA mong muốn mở rộng các nguyên tắc trong tài liệu này và phát triển các tiêu chí phân loại có thể được thực hiện dễ dàng khi đối mặt với các nguồn lực khan hiếm cấp bách.

Khả năng tiếp cận tài liệu: Đối với các cá nhân bị khuyết tật hoặc các cá nhân không nói được tiếng Anh, OHA có thể cung cấp thông tin theo các định dạng khác, chẳng hạn như ở bản dịch, bản in chữ lớn hay chữ nổi. Liên hệ với Trung tâm Thông tin Y tế theo số 1-971-673-2411, 711 TTY hoặc COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us