



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

מודלים של הסכמה לתרומת איברים -סקירה משווה-

ג' סיוון תשע"א

5 ביוני 2011

כתיבה: אורלי אלמגור-לוטן

אישור: הודיה קין, ראש צוות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240 / 1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

מסמך זה נכתב לבקשת חה"כ יוחנן פלסנר, והוא סוקר היבטים שונים הנוגעים לתרומת איברים, ובפרט - מודלים של הסכמה לתרומה. במסמך מוצגים המודלים השונים והמחקר הקיים אודות מידת השפעתם על שיעורי תרומת האיברים במדינות בהן הם קיימים. עוד מוצג במסמך מערך השתלות האיברים בישראל, ומובאים נתונים שונים הקשורים בפעילותו. בסוף המסמך מוצג המנגנון של תרומת איברים בספרד, מדינה בה שיעורי תרומת האיברים הם הגבוהים בעולם המערבי, כמודל שהביא לעלייה במספר תרומות האיברים במדינה.

לעניין תרומת איברים מן המת קיימים שני מודלים מרכזיים של הסכמה: הסכמה מדעת והנחת הסכמה. במודל הראשון ברירת המחדל היא לא לתרום איברים ובמודל השני ברירת המחדל היא תרומה (וראו הרחבה להלן). **מהמחקר הקיים על תרומת איברים עולה כי ככלל, במדינות בהן קיים מודל של הנחת הסכמה, שיעורי תרומת האיברים גבוהים מאשר במדינות בהן קיים המודל של הסכמה מדעת. עם זאת, לא ברור עד כמה שיעורי תרומת האיברים נובעים מסוג ההסכמה ועד כמה הם מושפעים מגורמים אחרים.**

בישראל, בה נהוגה שיטה של הסכמה מדעת, שיעור תרומות האיברים מן המת הוא מהנמוכים במדינות המערב. נראה, כי השיעור הנמוך נובע הן ממספר קטן יחסית של תורמים פוטנציאליים (קרי, חולים שמתו מוות מוחי) והן מנכונות נמוכה יחסית לתרום איברים, העומדת על כ-50% מהתורמים הפוטנציאליים. בשנת 2010 בוצעו בישראל 229 השתלות איברים, כמחציתן של כליות. בינואר אותה שנה היו 1,117 חולים שהמתו לתרומת איברים, מרביתם המתו לנו לכליות.

המדינה המובילה בעולם המערבי בכל הנוגע לתרומות איברים מן המת היא ספרד (בה קיימת הנחת הסכמה לתרומת איברים), וחלקים מן המנגנון הספרדי לתרומת איברים אומצו על-ידי מדינות אחרות בעולם. עיקרי המנגנון הספרדי הם הקמת מערך נרחב של מתאמי השתלות, הכשרות מתאימות ומקיפות למתאמים, ופעילות הסברתית נרחבת בעניין תרומות, הן בקרב בעלי מקצוע והן בקרב הציבור הרחב.

1. מודלים של הסכמה לתרומת איברים

תרומת איברים להשתלה יכולה להיות מן החי או מן המת. בכל הנוגע לתרומת איברים מן המת, ישנם שני מודלים מרכזיים של הסכמה: **הנחת הסכמה** (presumed consent או opt out) ו**הסכמה מדעת** (informed consent או opt in), אולם גם בתוך כל אחד מהמודלים קיימות למעשה אפשרויות שונות בכל הנוגע להסכמה. נוסף על שני המודלים האלה יש אפשרות שלישית, והיא החובה לבחור (mandated choice). סיכום המודלים השונים מוצג בטבלה שלהלן.



טבלה 1: מודלים של הסכמה לתרומת איברים¹

תיאור	מודל
ניתן לקצור את אבריו של כל בגיר שנפטר, אלא אם כן הודיע בחייו שאינו מעוניין לעשות זאת.	מודל "קשה" של הנחת הסכמה
ניתן לקצור את אבריו של כל בגיר שנפטר, אלא אם כן הודיע בחייו כי אינו מעוניין לעשות זאת. זאת, למעט אם האדם שייך לקבוצות מסוימות המוגדרות בחוק כמתנגדות למודל. ²	מודל "קשה" של הנחת הסכמה שאינו חל על קבוצות מסוימות
ניתן לקצור את אבריו של כל בגיר שנפטר, אלא אם כן הוא הודיע בחייו שאינו מעוניין לעשות זאת. עם זאת, האיברים לא ייקצרו אם בני משפחתו של הנפטר מתנגדים לכך. בחלק מהמדינות נהוג לפנות אל קרובי הנפטר ולבקש את הסכמתם ואילו באחרות בני משפחה המתנגדים לקצירת איברים צריכים לפנות מיוזמתם אל בית-החולים.	מודל "רך" של הנחת הסכמה
ניתן לקצור את איבריו של בגיר שהצהיר בחייו על רצונו בכך. נהוג לפנות אל בני-משפחתו של הנפטר וליידע אותם על כך, ואם הם מתנגדים לתהליך הרופאים רשאים לא לבצעו.	מודל "רך" של הסכמה מדעת
ניתן לקצור את איבריו של בגיר שהצהיר בחייו על רצונו בכך. בני משפחה אינם יכולים להתנגד לתהליך.	מודל "קשה" של הסכמה מדעת
כל אחד חייב להירשם כמי שמסכים או מתנגד לקצירת אבריו.	חיוב בחירה בעניין תרומת איברים

ככלל, בבריטניה, בצפון אמריקה, באוסטרליה ובמרבית המדינות באסיה יש מודל של הסכמה מדעת, ואילו במדינות שונות באירופה יש מודל של הנחת הסכמה. בישראל קיים כיום מודל "רך" של הסכמה מדעת. לא מצאנו מדינות בהן קיימת חובת בחירה בעניין תרומת איברים.

למרות החלוקה הדיכוטומית לכאורה בין הסכמה מדעת לבין הנחת הסכמה, הטבלה שלעיל מלמדת כי למעשה יש מנעד שלם של סוגי הסכמה. למעשה, היכולת של בני משפחתו של הנפטר להשפיע על האפשרות לקצור את אבריו (בין אם הודיע על רצונו לא לתרום את איבריו בשיטה של הנחת הסכמה או ההיפך בשיטה של הסכמה מדעת) מטשטשת את הגבולות בין שיטה לשיטה. כמו כן נראה, כי גם במקרים בהם החקיקה מאפשרת לרופאים לקצור את אבריהם של מתים ללא הסכמת בני המשפחה, בפועל הדבר אינו נעשה, ואם המשפחות מגלות התנגדות לתרומה - אבריו של הנפטר אינם נקצרים. ההתייעצות עם המשפחות, גם כאשר אינה מחויבת, נעשית גם כדי להימנע מיצירת תגובה שלילית בדעת הקהל ומתביעות, וכן מתוך הבעת כבוד למשפחה האבלה.³

2. השפעת סוג ההסכמה על שיעורי תרומת איברים

מחסור באיברים לתרומה הוא בעיה כלל עולמית. לאור זאת, המחקר הקיים עוסק רבות במשתנים המשפיעים על שיעור תרומת האיברים במדינות שונות, ובפרט - באופן בו מודל ההסכמה הקיים בהן משפיע עליו.

¹ The potential impact of an opt out system for organ donation in the UK; An independent report from the Organ Donation Taskforce. UK Organ Donation Taskforce, in: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_090312 retrieved: May 11th, 2011.

² דוגמה לקבוצה כזו היא המוסלמים בסינגפור.

³ Firat Bilgel, The impact of presumed consent laws and institutions on deceased organ donation. European Journal of Health Economy, September 17th, 2010.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

מחקרים שניסו לבדוד את השפעת סוגיית ההסכמה על שיעורי תרומת האיברים מתחלקים לשני סוגים עיקריים: **מחקרי רוחב**, שבדקו מדינות בהן קיימת הסכמה מדעת לעומת מדינות בהן קיימת הנחת הסכמה, ו**מחקרי אורך**, בהן נבדקו מדינות מסוימות בהן שונתה השיטה, ובפרט מדינות בהן היה מעבר משיטה של הסכמה מדעת לשיטה של הנחת הסכמה.⁴

מהמחקר הקיים עולה כי ככלל, במדינות בהן קיים מודל של הנחת הסכמה, שיעורי תרומת האיברים גבוהים מאשר במדינות בהן קיים המודל של הסכמה מדעת. עם זאת, לא ברור עד כמה הקשר בין סוג ההסכמה לבין שיעורי תרומת האיברים הוא סיבתי ועד כמה הוא נסיבתי (כלומר, מושפע מנסיבות או גורמים אחרים). במחקרים שונים שבדקו את הנושא עלה, כי סביר להניח שהשיעור הגבוה יחסית של תרומות איברים אינו נובע רק ממודל ההסכמה הקיים בהן, אלא קשור לשורה של משתנים אחרים. יתר על כן, מחקרים שבחנו את השפעתם של גורמים שונים (לרבות סוג ההסכמה) על שיעורי תרומת איברים הצביעו על כך כי ההסכמה אף אינה הגורם המשמעותי ביותר בכל הנוגע לשיעורי התרומה, אלא גורמים משמעותיים ממנה הם שיעור תאונות הדרכים הקטלניות (הקשורות להגדלת מספר התורמים הפוטנציאליים), היקף מערך ההשתלות באותה מדינה, התוצר הלאומי לנפש וההוצאה על בריאות.⁵

לדוגמה, בטבלה שלהלן מוצג שיעור תאונות הדרכים הקטלניות במדינות שונות. מהטבלה עולה כי קיימים פערים משמעותיים בין המדינות בכל הנוגע לשיעור הנפגעים בתאונות דרכים קטלניות, ומכאן גם במספר התורמים הפוטנציאלי בכל מדינה.

טבלה 2: שיעור ההרוגים בתאונות דרכים ל-100,000 תושבים במדינות שונות ב-OECD, 2009⁶

מדינה	שיעור ההרוגים בתאונות דרכים ל-100,000 תושבים	מדינה	שיעור ההרוגים בתאונות דרכים ל-100,000 תושבים
בריטניה	3.8	צרפת	6.8
שבדיה	3.9	איטליה	7.1
הולנד	3.9	אוסטריה	7.6
ישראל	4.2	פורטוגל	7.9
יפן	4.5	צ'כיה	8.6
פינלנד	5.2	בלגיה	8.9
אירלנד	5.3	ניו-זילנד	8.9
ספרד	5.9	ארה"ב	11.4
אוסטרליה	6.8	יוון	12.9

כפי שיוצג בהמשך בפרק על ישראל, פוטנציאל תורמי האיברים בישראל הוא נמוך יחסית למדינות אחרות, וסביר להניח כי הדבר קשור לשיעור הנמוך יחסית של ההרוגים בתאונות דרכים.

⁴ A Rithalia et. Al., A Systematic review of presumed consent systems for deceased organ donation. Health Technology Assessment 2009, Vol. 13, No. 26. in: <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1326.pdf>, retrieved: May 19th, 2011.

⁵ Ibid.

⁶ OCED international transport forum. IRTAD Road Safety 2010 Annual Report. In: <http://www.internationaltransportforum.org/irtad/pdf/10IrtadReport.pdf> retrieved: May 18th, 2011.



מחקרים שבדקו תרומת איברים במדינות בהן שונתה שיטת ההסכמה מהסכמה מדעת להנחת הסכמה התמקדו במספר מדינות מצומצם בהן חל שינוי כזה: סינגפור, בלגיה ואוסטריה. **המחקרים הצביעו אמנם על עלייה בשיעורי תרומת האיברים לאחר המעבר משיטה של הסכמה מדעת לשיטה של הנחת הסכמה, אולם הם לא בדקו את השפעתם של משתנים אחרים (לבד משיטת ההסכמה).** בהקשר זה כדאי לציין מחקר אחד, שבחן את היעילות של תרומת איברים במדינות שונות, כאשר היעילות נמדדה כשיעור תרומת האיברים ביחס לפוטנציאל התורמים (קרי, נפגעים מתאונות דרכים ושבץ). המחקר בדק את שיעור תרומת האיברים ויעילותה לאורך עשור (1995-2005) בשורת מדינות אירופיות, כולל מספר מדינות בהן שונתה שיטת ההסכמה במהלך התקופה. מהמחקר עלה, **כי לשינויים בשיטת ההסכמה לא היתה השפעה מובהקת על היעילות של תרומת איברים במדינות השונות, וכי שינויים שחלו ביעילות של תרומת האיברים התרחשו בלי קשר לשינוי בשיטת ההסכמה.**⁷

בטבלה הבאה מוצג שיעור תרומת האיברים במדינות נבחרות לצד משתנים שונים הנוגעים לתרומה: סוג ההסכמה הקיים במדינה; האפשרות של בני משפחתו של הנפטר להטיל וטו על החלטתו בעניין תרומת איבריו; וקיומו של מרשם לאומי של מי שמעוניינים לתרום את אבריהם, מי שמתנגדים לכך או שניהם. מהטבלה עולה כי **שיעור תרומת האיברים בישראל ביחס לגודל האוכלוסייה הוא מהנמוכים במדינות המערב.**

טבלה 3: שיעור תרומת האיברים במדינות נבחרות לפי קריטריונים שונים, 2009/2008⁸

מדינה	סוג ההסכמה	וטו של בני משפחה	מרשם לאומי	מספר תורמים למיליון תושבים ⁹
ספרד	הנחת הסכמה	כן	אין	34.4
פורטוגל	הנחת הסכמה	לא	מרשם סירוב לתרומה	26.7 (2008)
בלגיה	הנחת הסכמה	כן	מרשם משולב	25.5 (2008)
צרפת	הנחת הסכמה	כן	מרשם סירוב לתרומה	25.3 (2008)
ארצות-הברית	הסכמה מדעת	כן	אין	21.9
איטליה	הנחת הסכמה	כן	מרשם סירוב לתרומה	21.3
נורבגיה	הנחת הסכמה	כן	אין	21.1
אוסטריה	הנחת הסכמה	לא	מרשם סירוב לתרומה	20.3 (2008)
פינלנד	הנחת הסכמה	כן	אין	17.6
אירלנד	הסכמה מדעת	כן	אין	16.5
בריטניה	הסכמה מדעת	כן	מרשם של תורמים	15.5

⁷ Remco Cppen et al. The impact of donor policies in Europe: a steady increase, but not everywhere. BMC Health Services Research, 2008, 8:235.

⁸ 2008 International Donation and Transplantation Activity. IRODat Preliminary Data and 2009 International Donation and Transplantation Activity. IRODat Preliminary Data. In: <http://www.eurotransplantcoordinators.org/clinical-resources/irodat/> retrieved: May 15th, 2011.

⁹ למעט אם מצוין אחרת, הנתונים מתייחסים לשנת 2009.



מדינה	סוג ההסכמה	וטו של בני משפחה	מרשם לאומי	מספר תורמים למיליון תושבים ¹⁰
גרמניה	הסכמה מדעת	כן	אין	14.9
הונגריה	הנחת הסכמה	כן	מרשם סירוב לתרומה	14.7 (2008)
דנמרק	הסכמה מדעת	כן	מרשם משולב	13.9
שבדיה	הנחת הסכמה	כן	מרשם משולב	13.8
הולנד	הסכמה מדעת	כן	מרשם משולב	12.3
אוסטרליה	הסכמה מדעת	כן	מרשם משולב	11.3
פולין	הנחת הסכמה	כן	מרשם סירוב לתרומה	11
ניו-זילנד	הסכמה מדעת	כן	אין	10
ישראל	הסכמה מדעת	כן	מרשם של תורמים	9.8 (2008)

סוגיית המעבר משיטה של הסכמה מדעת לשיטה של הנחת הסכמה נבחנה בבריטניה בשנת 2008 על-ידי צוות בדיקה מיוחד.¹¹ חברי הצוות אמנם הכירו בכך כי מעבר לשיטה של הנחת הסכמה עשוי להביא לעלייה בשיעור תרומת האיברים (אם כי לא ברור עד כמה), אולם הצביעו על שורת בעיות במעבר לשיטה זו. **הטיעון המרכזי נגד הנחת הסכמה שהעלו כותבי הדוח הוא הסיכוי כי ייקצרו איברים גם של מי שמתנגדים לתרומת אבריהם, אם לא הודיעו על התנגדותם באמצעים הקבועים בחוק.** נוסף על כך הצביעו אנשי הצוות על פגיעה אפשרית במרקם היחסים בין משפחות חולים לבין אנשי הצוות הרפואי, לאור שינוי מאזן הכוחות ביניהם (והעברת הכוח מהמשפחות לאנשי המערכת הרפואית). החוקרים התייחסו גם לטיעון נגדי, לפיו המעבר לשיטה של הנחת הסכמה יפטור משפחות מהצורך לקבל החלטה בעניין קרוביהן, ובכך דווקא יסיר מעליהן עול. עם זאת, הם טענו כי בשיחות עם משפחות שתרמו את אברי יקיריהן הודגשה החשיבות של מעורבותן בתהליך ושל העובדה כי הם יכלו לקבל את ההחלטה בעצמן. החשיבות של מעורבות משפחות הנפטרים בהחלטה בעניין תרומת האיברים עלתה גם בשיחות עם מי שקיבלו תרומת איברים. **המלצת הצוות היתה נגד מעבר לשיטה של הנחת הסכמה בבריטניה, שכן חבריו סברו כי הנזקים שעלולים להיגרם כתוצאה משינוי כזה עולים על תועלות אפשריות שאולי עשויות לנבוע ממנו.**

3. תרומת איברים בישראל

הבסיס החוקי לתרומת איברים בישראל הוא חוק האנטומיה והפתולוגיה, תשי"ג-1953, חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, וחוק מוות מוחי נשימתי, התשס"ח-2008.

תרומת איברים (מן המת) נלקחת רק ממי שמותו נקבע. קביעת המוות יכולה להיעשות באחת משתי דרכים:¹²

¹⁰ למעט אם מצוין אחרת, הנתונים מתייחסים לשנת 2009.

¹¹ [The potential impact of an opt out system for organ donation in the UK](#). An independent report from the Organ Donation Taskforce.

¹² http://www.health.gov.il/transplant/trumat_after_death.htm כניסה בתאריך 1 ביוני 2011.



▪ **מוות לבבי: הפסקת פעולת הלב.** במצב כזה לא ניתן לנצל את איברי המת להשתלה, אלא רק רקמות כמו קרניות, מסתמי לב, עור ועצמות. בשנת 2011 אמור להתחיל במרכז הלאומי להשתלות פיילוט של תוכנית להשתלת איברים מתורמים ללא לב פועם.¹³

▪ **מוות מוחי: הפסקת פעולת המוח באופן בלתי הפיך.** מות גזע המוח הוא בלתי הפיך, וכאשר הוא מתרחש האדם מת, גם אם נשימתו ולבו מתקיימים באופן מלאכותי.¹⁴ מאז שנת 2008 מוסדר המנגנון לקביעת מוות מוחי בחוק מוות מוחי-נשימתי. לפי החוק, קביעת מוות מוחי של מטופל תיעשה על-ידי שני רופאים שאינם עוסקים בהשתלות איברים ואינם מעורבים בטיפול בו באופן ישיר, ובהתבסס על התנאים הקבועים בחוק.

בישראל ניתן לקצור איברים לתרומה רק מאדם מתחת לגיל 75, ובתנאי שהאיברים במצב ראוי להשתלה. בדיקת כשירות האיברים להשתלה נעשית רק לאחר קביעת המוות המוחי, בבית-החולים. התנאים לסינון איברים להשתלה (וקביעה האם הם ראויים או לא) נקבעים על-ידי ועדת ההיגוי של המרכז הלאומי להשתלות (וראו להלן).

3.1. הסכמה לתרומת איברים

מנגנון ההסכמה הקיים בישראל הוא מנגנון "רך" של הסכמה מדעת, בו משפחת הנפטר היא הדומיננטית בכל הקשור להחלטה על תרומת האיברים: לפי חוק האנטומיה והפיזיולוגיה, תשי"ג-1953, אם השאיר הנפטר בני משפחה¹⁵ איבריו לא ייקצרו ללא הסכמתם. ההסכמה לקצירת איברי הנפטר נתונה בידי המשפחה גם אם הנפטר הביע בחייו את רצונו לתרום את אבריו. אם לנפטר אין בני משפחה ניתן לקצור את אבריו רק אם הביע את הסכמתו לכך בחייו.

לפי חוק השתלת איברים, המרכז הלאומי להשתלות רשאי לקבל את הסכמתו של אדם, בחייו, ליטול איבר מגופו לאחר מותו לשם השתלתו באחר. הבעת ההסכמה לתרומת איברים נעשית באמצעות חתימה על כרטיס "אדי", עליו יכול לחתום כל תושב ישראל מעל גיל 17. אם החותם על הכרטיס קטין והוא נפטר לפני שהפך לבגיר, ההתייחסות אליו היא כאל נפטר שלא נתן את הסכמתו.

ההחלטה בעניין הקצאת האיברים לתרומה נעשית על-ידי המרכז הלאומי להשתלות. לפי חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, המרכז הלאומי להשתלות רשאי לתת עדיפות לעניין קבלת איברים לתרומה למי שהוא או בן משפחתו מדרגה ראשונה הסכימו בחייהם לנטילת איבריהם לאחר מותם, או למי שבן משפחתו תרם איבר לאחר מותו או בחייו (שלא לנתרם מסוים). מנגנון זה נועד לעודד אזרחים לחתום על כרטיס אדי ובכך להגדיל את מספר תרומות האיברים. לפי אתר האינטרנט של המרכז הלאומי להשתלות, כל החתומים על כרטיס אדי והמצטרפים במהלך שנת 2011 יהיו זכאים לקדימות להשתלה החל מה-1.1.2012; כל המצטרפים לאחר ה-31.12.2011 יהיו זכאים לקדימות בהשתלה שלוש שנים לאחר מועד החתימה על כרטיס אדי.¹⁶

לפי נתוני המרכז הלאומי להשתלות, בישראל כיום 585,000 אזרחים החתומים על כרטיס אדי, שהם כ-7.5% מאוכלוסיית ישראל ו-11.3% מהאוכלוסייה מעל גיל 17 (שהיא הקבוצה הרלבנטית לצורך חתימה

¹³ המרכז הלאומי להשתלות, סיכום פעילות לשנת 2010 ותוכניות לשנת 2011, 11 בינואר 2011. <http://www.health.gov.il/transplant/news2011.pdf> כניסה בתאריך: 1 ביוני 2011.

¹⁴ מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הסדרים משפטיים לקביעת מוות מוחי](#). כתיבה: עו"ד דינה צדוק. 29 בינואר 2008.

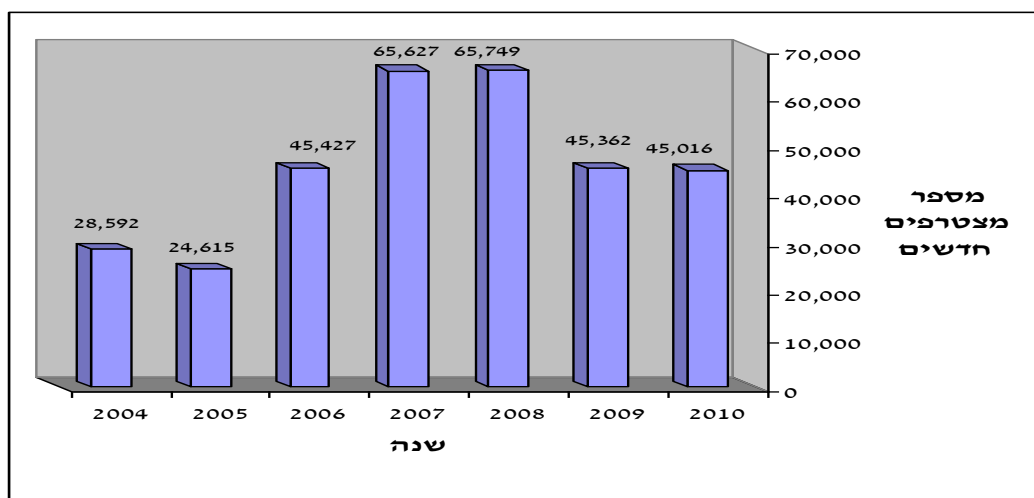
¹⁵ בני משפחה: בן-זוג; בהיעדר בן-זוג - ילדיו של הנפטר; בהיעדרם ילדים - הוריו; בהיעדר הורים - אחיו או אחותו.

¹⁶ http://www.health.gov.il/transplant/ask_adi.htm כניסה בתאריך 1 ביוני 2011.



על כרטיס אדי). אין למרכז הלאומי להשתלות נתונים על התפלגות החתומים לפי מגדר, קבוצת אוכלוסייה, מצב משפחתי ומידת דתיות.

לוח 1: מספר חותמים חדשים על כרטיס אדי לפי שנה, 2010-2004¹⁷



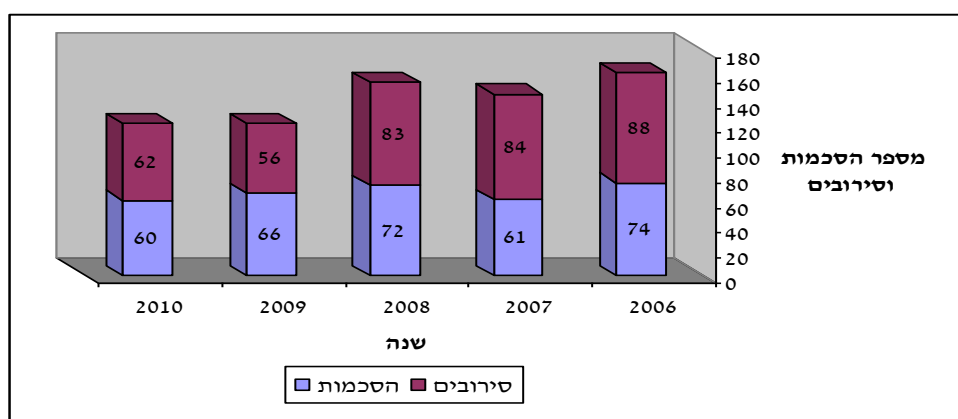
מהגרף עולה, כי בין השנים 2010-2004 חלו תנודות משמעותיות במספר החתומים על כרטיס אדי, כאשר שנות השיא היו 2007-2008, ולאחריהן חלה ירידה במספר החתומים.

כאמור, גם במקרה של נפטרים שחתמו על כרטיס אדי, בני משפחתם עדיין רשאים לסרב לתרומה, ובקשתם תכובד. מהמרכז הלאומי להשתלות נמסר, כי כמעט כל נפטר שהיה חתום על כרטיס אדי - משפחתו כיבדה את רצונו ותרמה את איבריו.¹⁸

3.2. הנכונות לתרום איברים בישראל

מנתוני המרכז הלאומי להשתלות עולה, כי הנכונות לתרום איברים בישראל (כלומר, מספר המסכימים לתרומה מתוך התורמים הפוטנציאליים) עומדת על כ-50%.

לוח 2: מספר הסכמות וסירובים לתרומת איברים מבין התורמים הפוטנציאליים, 2010-2006¹⁹



¹⁷ http://www.health.gov.il/transplant/about_adi.htm תאריך כניסה: 26 באפריל 2011.

¹⁸ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, לשכת מנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 2 במאי 2011.

¹⁹ http://www.health.gov.il/transplant/trumat_nechunut.htm תאריך כניסה: 26 באפריל 2011.



3.3. נתונים על השתלות ועל ממתנינים להשתלה

טבלה 4: השתלות איברים שבוצעו בישראל, 2006-2010²⁰

2010	2009	2008	2007	2006	האיבר
56	83	85	59	87	כליה ²¹
36	48	50	33	49	כבד
11	15	18	18	24	לב
32	45	51	34	45	ריאות
-	-	-	2	-	לבלב
4	3	2	1	3	כבד+כליה
3	7	11	6	11	לבלב+כליה
-	-	1	-	-	כבד+לבלב
-	2	1	-	-	לב+ריאות
-	-	1	-	-	לב+כליה
-	-	-	1	-	כבד+ריאה
-	-	1	-	-	כבד+מעי
1	3	1	2	1	אונת כבד
78	69	56	68	54	כליה מתורם חי
7	4	2	6	5	אונת כבד מתורם חי
-	-	-	1	-	אונת ריאה מתורם חי
1	3	-	-	-	תרומה מחו"ל
229	282	280	231	279	סה"כ

מהטבלה עולה, כי בין שנת 2009 לשנת 2010 חלה ירידה של כ-19% במספר השתלות האיברים הכולל שבוצעו בישראל (מן המת ומן החי) וירידה של 31% במספר ההשתלות מן המת.

נכון לינואר 2011 היו בישראל כ-1,100 אנשים שהמתינו להשתלת איברים.

טבלה 5: ממתנינים לתרומת איברים לפי איבר, 2006-2011 (ינואר כל שנה)²²

שנה	כליות	כבד	לב	ריאות	לב וריאות	כליה ולבלב	סה"כ ממתנינים
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	1,069
2011	733	159	128	79	2	16	1,117

²⁰ http://www.health.gov.il/transplant/ashtala_tormim_table.htm כתאריך כניסה: 2 ביוני 2011.

²¹ לרבות שתי כליות.

²² http://www.health.gov.il/transplant/ashtala_tormim_table.htm תאריך כניסה: 26 באפריל 2011.



מהטבלה עולה, כי כליה היא האיבר לו ממתין המספר הרב ביותר של חולים (וכן האיבר הנתרם ביותר, כפי שעולה מטבלה 4 לעיל). עוד עולה, כי בין השנים 2006-2011 עלה מספר החולים הממתנים לתרומת איברים בשיעור של כ-45%.

לוח 3: שיעור ההשתלות שבוצעו בשנה ביחס למספר הממתנים להשתלה בתחילתה, 2006-2010



מהגרף עולה כי בין השנים 2008 ל-2010 חלה ירידה בשיעור השתלות האיברים בכל שנה ביחס למספר הממתנים להשתלה בתחילתה.

בשנת 2010 נפטרו בישראל 124 חולים שהמתינו לתרומת איברים.

טבלה 6: חולים שנפטרו בעודם ממתנים לתרומת איברים, 2006-2010²³

2010	2009	2008	2007	2006	איבר להשתלה
39	36	22	29	20	כליה
37	24	19	27	17	כבד
17	22	16	16	14	לב
31	10	23	14	13	ריאה
124	92	80	86	64	סה"כ
11.5%	10%	9.2%	10%	8.3%	שיעור מרשימת הממתנים

מהטבלה עולה, כי משנת 2006 הוכפל כמעט מספר החולים שנפטרו בעודם ממתנים לתרומת איברים.

²³ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, לשכת מנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 2 במאי 2011.



3.4. מנגנון הטיפול בתרומת איברים

כפי שצוין לעיל, הגוף האחראי על תרומת איברים בישראל הוא המרכז הלאומי להשתלות, שהוקם בשנת 1993. המרכז מרכז את כל הפעילות של תרומת איברים בישראל, כאשר המדיניות נקבעת על-ידי ועדת ההיגוי שלו. ועדת ההיגוי של המרכז גם מחליטה בעניין הקצאת האיברים לתרומה.

גיוס תרומות איברים נעשה בעיקרו על ידי מתאמות השתלות, הפועלות במרבית בתי-החולים בישראל. מתאמות ההשתלות הן אחיות העוברות הכשרה לצורך פעילותן זו. המתאמות עוסקות בעבודה זו במשרה חלקית, במקביל לעבודתן הרגילה, והן אמורות להיקרא בכל מקרה של מחוסר הכרה מונשם עם נזק מוחי חמור. מתאמת ההשתלות היא שעומדת בקשר מול משפחת החולה בעניין התרומה, כאשר אופן הפנייה למשפחות מוסדר בנוהל פנייה למשפחה לתרומת איברים ורקמות שפרסם משרד הבריאות בתחילת שנת 2003.²⁴

מאז שנת 2004 פועלים לצד מתאמות ההשתלות "נאמני השתלות", שהם רופאים בכירים (מנהלי מחלקות או סגניהם) המסייעים להן ונותנים הוראות טיפוליות כדי לשמר את אברי התורם במצב ראוי לתרומה.²⁵

יצוין, כי בדוח מבקר המדינה 51ב' לשנת 2000 נמתחה ביקורת על אופן האיתור של תורמים פוטנציאליים והועלה הצורך באיתור נקודות התורפה המונעות את איתורם.²⁶ מהגב' תמר אשכנזי, מנהלת המרכז הלאומי להשתלות נמסר, כי מאז שנת 2002 פועל צוות חיפוי המבקר את איתור התורמים הפוטנציאליים. הצוות עובר על תיקים של נפטרים רלבנטיים, ובוחן האם הטיפול נעשה כנדרש. לדברי הגב' אשכנזי, בתקופה הראשונה היו תורמים פוטנציאליים שלא אותרו, אולם כיום שיעור האיתור עומד על כ-97%.²⁷

3.5. קשיים בהשגת איברים לתרומה בישראל

כפי שעולה בטבלה 3 שלעיל, שיעור תרומות האיברים בישראל הוא מהנמוכים בעולם המערבי, אם לא הנמוך שבהם. הגב' תמר אשכנזי, מנהלת המרכז הלאומי להשתלות, הצביעה על שלושה גורמים עיקריים לשיעור תרומות האיברים הנמוך בישראל:

- **עמדות הציבור וגורמים דתיים:** חלקים מהציבור בישראל, לרבות גורמים דתיים שונים, אינם תומכים בתרומת איברים ואף מתנגדים לה. כפועל יוצא נוצרת בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות עמדה שלילית בעניין זה, המשפיעה על הנכונות לתרום איברים. החקיקה של חוק מוות מוחי-נשימתי, שנוסח יחד עם רבנים, אמורה היתה להפחית את ההתנגדויות מצד גורמי דת, אולם בפועל הדבר לא התרחש.
- **פוטנציאל נמוך של תורמים:** כאמור, תרומת איברים יכולה להתקבל רק ממי שנקבע מותו, ובפרט- מוות מוחי. פוטנציאל תרומות האיברים בישראל (קרי, מספר מקרי מוות מוחי בשנה) הוא נמוך יחסית למדינות אחרות, וירד עוד יותר בעקבות חקיקת חוק מוות מוחי נשימתי בשנת 2008: חוק זה הסדיר את התהליך של קביעת מוות מוחי, אשר חלק ממנו הצריך מכשור מיוחד. בתקופה הראשונה לאחר כניסת החוק לתוקף לא היה בכל המרכזים הרפואיים הרלבנטיים המכשור הנדרש,

²⁴ משרד הבריאות, מינהל רפואה, חוזר מספר 01/2003, נוהל פניה למשפחה לתרומת איברים, 6 בינואר 2003. בתוך: http://www.health.gov.il/forms/search_result.asp תאריך כניסה: 1 ביוני 2011.

²⁵ תמר אשכנזי, מנהלת המרכז הלאומי להשתלות, שיחת טלפון, 16 במאי 2011.

²⁶ מבקר המדינה, דוח שנתי 51ב' לשנת 2000 ולחשבונות שנת הכספים 1999.

²⁷ תמר אשכנזי, מנהלת המרכז הלאומי להשתלות, שיחת טלפון, 16 במאי 2011.



מה שהגביל את היכולת לקבוע מוות מוחי עבור מטופלים.²⁸ בשנת 2010 נפתרו מרבית המגבלות הלוגיסטיות לקביעת מוות מוחי, בזכות הוספת המכשור הרפואי הנדרש ובזכות הכשרות שבוצעו למבצעים ולמפענחים של הבדיקות. עם זאת, גם לאחר "תקופת ההסתגלות" לחוק, מספר התורמים הפוטנציאליים צפוי להיות קטן משהיה בעבר, שכן הבדיקות הנדרשות לצורך קביעת המוות המוחי התארכו לעומת מה שהיו בעבר (מה שמביא לאיבוד תורמים אפשריים). נוסף על כך, החוק מאפשר למשפחות החולים להתנגד לקביעת המוות המוחי.²⁹ בשנת 2006 היו 162 מקרים של מוות מוחי, בשנת 2007 - 145 מקרים, בשנת 2008 - 155 מקרים, ובכל אחת מהשנים 2009 ו-2010 היו בסה"כ 122 מקרים בהם נקבע מוות מוחי-נשימתי, ונעשתה פנייה למשפחה לצורך תרומת איברים.³⁰ בהקשר זה ראוי גם להזכיר כי בישראל שיעור תאונות הדרכים הקטלניות ביחס לגודל האוכלוסייה נמוך ביחס למדינות מערביות אחרות, מה שמפחית את מספר התורמים הפוטנציאליים (וראו [טבלה 2](#) לעיל).

▪ קריטריונים מחמירים יחסית בכל הנוגע להשתלת איברים: בישראל קריטריונים מחמירים לגבי קבלת איברים לתרומה ביחס למדינות אחרות. כפועל יוצא, מספר האיברים שנחשבים מתאימים לתרומה קטן יחסית.

מספר החולים הממתינים לתרומת איברים אל מול ההיצע הנמוך של איברים מעלה את הצורך בהגדלת היקף תרומות האיברים בישראל (כמו גם במדינות אחרות). השגת איברים לתרומה תלויה במידה רבה בעמדות הציבור כלפי התרומה, ומכאן שהסברה שיכולה להשפיע על עמדות אלו ממלאת תפקיד חשוב בכל מערך שנועד להגדיל את היקף התרומות. בשנים האחרונות נערכו בישראל מספר קמפינים תקשורתיים בעניין תרומת איברים, שקראו לציבור לחתום על כרטיס אדי. חלק מקמפיינים אלו אף הובילו להגדלה של מספר החותמים על הכרטיס (וראו [לוח 1](#) לעיל).

חוק השתלות איברים קובע כי אחד מתפקידי המרכז הלאומי להשתלות הוא לערוך פעולות הסברה לעידוד תרומת איברים. עם זאת, לדברי הגב' אשכנזי תקציב המרכז מיועד בעיקר לתשלום למתאמות ההשתלות, לנאמני ההשתלה, לרופאים הנוסעים לקצור איברים המיועדים לתרומה ולמדפיס של כרטיסי אדי, ואינו מאפשר עריכת פעולות הסברה מספקות. פעולות ההסברה אשר נעשות מבוססות בעיקר על גיוס כספים ממקורות שונים, ולא על תקציב המועבר במסגרת תקציב המדינה.³¹ בהקשר זה יצוין, כי השתלת איברים היא חלק מסל הבריאות בישראל.

4. המודל הספרדי

ספרד היא אחת המדינות המובילות בעולם ביחס לתרומת איברים מן המת, והתנהלותה בכל הנוגע לתרומת איברים משמשת מודל למדינות אחרות בעולם (במחקר על תרומות איברים נהוג להתייחס ל"מודל הספרדי"). רבות נשאלה השאלה האם השיעור הגבוה של תרומת איברים בספרד קשור לשיטת ההסכמה

²⁸ תמר אשכנזי, מנהלת המרכז הלאומי להשתלות, שיחת טלפון, 16 במאי 2011.

²⁹ המרכז הלאומי להשתלות, סיכום פעילות לשנת 2010 ותוכניות לשנת 2011, 11 בינואר 2011. <http://www.health.gov.il/transplant/news2011.pdf> כניסה בתאריך: 1 ביוני 2011; מצגת של המרכז הלאומי להשתלות שהועברה למרכז המחקר והמידע של הכנסת על-ידי תמר אשכנזי, מנהלת המרכז הלאומי להשתלות, 16 במאי 2011.

³⁰ המרכז הלאומי להשתלות, סיכום פעילות לשנת 2010 ותוכניות לשנת 2011, 11 בינואר 2011. <http://www.health.gov.il/transplant/news2011.pdf> כניסה בתאריך: 1 ביוני 2011.

³¹ תמר אשכנזי, מנהלת המרכז הלאומי להשתלות, שיחת טלפון, 16 במאי 2011. תקציב המרכז הלאומי להשתלות מתבסס על הכנסות המדינה מהשתלות שהתקיימו בבתי-חולים (מהתשלום שקופות החולים מעבירות לבתי-חולים בגין ההשתלות). תקציב זה משמש לתשלום למתאמות השתלות, לנאמנים, לרופאים הנוסעים לקצור את האיברים, למדפיס של כרטיסי אדי ולמימון הוצאות קבורה של התורמים במקרים מסוימים.



הנהוגה בה, קרי הנחת הסכמה. מהמחקר הקיים בעניין זה עולה, כי גם אם לשיטת ההסכמה יש השפעה על הנכונות לתרום איברים בספרד, הרי שלגורמים אחרים, ובפרט מנגנון מוסדר ומפותח לטיפול בתרומת איברים, יש השפעה רבה יותר.

מאז שנת 1979 נהוגה בספרד שיטה של הנחת הסכמה לתרומת איברים מן המת, המוסדרת בחוק. בשנת 1980 פורסם צו מלכותי שהסדיר עוד היבטים של ההסכמה: הצו קבע כי מי שמתנגד לתרומת איבריו יכול להביע את התנגדותו בכל דרך שהיא, ולא בהכרח באופן רשמי ומוסדר. המשמעות שנתנה לצו זה המערכת החוקית בספרד, היא שהדרך הטובה ביותר לדעת אודות רצונו של הנפטר בנוגע לתרומת איבריו היא לשאול את קרובי משפחתו. אין בספרד מרשם של אזרחים שאינם מעוניינים לתרום את אבריהם. בני משפחתו של הנפטר תמיד נשאלים לדעתם על התרומה ועמדתם בעניין היא הקובעת. לכן, אמנם באופן רשמי שיטת ההסכמה הקיימת בספרד היא הנחת הסכמה, אולם בפועל השיטה עובדת באופן דומה להסכמה מדעת.³²

בשנים לאחר החקיקה שקבעה הנחת הסכמה לעניין תרומת איברים בספרד, לא חלו בשיעור תרומת האיברים בה שינויים השונים באופן משמעותי מאלו שחלו במדינות אחרות באירופה (בהן לא היו תיקוני חקיקה כאמור). שיעור תרומת האיברים במדינה עמד אז על כ-14 למיליון תושבים, ושיעור הסירוב לתרומת איברים נע בין 30%-40% לערך (זאת לעומת שיעור סירוב של כ-50% בישראל כיום).³³ השינוי הגדול בשיעורי תרומת האיברים במדינה חל רק כעשור לאחר מכן: ב-1989 הקימה ספרד מנגנון ארצי ומקיף לתרומת איברים. המנגנון הספרדי (המכונה, כאמור, המודל הספרדי) כולל את הרכיבים האלה:³⁴

▪ **מערך נרחב של מתאמי השתלות בעלי רקע מתאים** - מערך מתאמי ההשתלות מבוסס על מינוי מתאם השתלות בכל בית-חולים בו יש יחידת טיפול נמרץ והוא מוסמך לבצע קצירת איברים או רקמות. מתאמי ההשתלות הם רופאים, ובבתי-החולים הגדולים הם מקבלים סיוע של אחיות. מתאמי ההשתלות ממונים על-ידי מנהלי בתי-החולים בהם הם עובדים (ולא על-ידי ארגון ההשתלות הארצי, וראו להלן), ולו הם גם מדווחים. מתאמי ההשתלות אחראים על זיהוי תורמים והערכתם, על טיפול תומך בתורמים עד למועד קצירת אבריהם ועל הקשר עם משפחות התורמים (מהן מתקבל האישור לתרומה).

מרבית מתאמי ההשתלות הם רופאי טיפול נמרץ, כלומר עבודתם השוטפת קשורה בתרומת איברים. הם מקדישים רק חלק מזמן עבודתם לעיסוק בפעולות הקשורות בתרומת איברים, וזאת במקביל לעבודתם העיקרית (שיעור המשרה המוקדש לעיסוק בעניין זה משתנה בהתאם לצורך). באופן כזה ניתן למנות מתאמי השתלות גם במרכזים רפואיים בהם כמעט ולא מתבצעות פעולות הקשורות לתרומת איברים. העובדה שמתאמי ההשתלות עובדים במרבית הזמן כרופאים בטיפול נמרץ תורמת ליכולת שלהם לזהות תורמים פוטנציאליים בעיתוי מוקדם מספיק. מתאמי ההשתלות הם שמבצעים בדיקות מוות מוחי, והם גם מוכשרים לשמר בצורה הולמת את התורמים עד למועד קצירת האיברים. נוסף על כך, בשל עבודתם כחלק מצוות הטיפול הנמרץ שהיה מעורב בטיפול בתורמים הפוטנציאליים, יש להם קשר עם משפחות התורמים עוד טרם קביעת המוות המוחי, אשר

³² John Fabre and colleagues, Presumed consent is unnecessary. BMJ, 30 October 30th, 2010, Vol. 341 pp. 922-924.

³³ Ibid.

³⁴ John Fabre and colleagues, Presumed consent is unnecessary. BMJ, 30 October 30th, 2010, Vol. 341 pp. 922-924; Rafael Matesanz, Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of Organ donation. Transplantation International, 2003, 16: 736-741; David Rodríguez-Arias, Linda Wright and David Paredes, Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation. Lancet 2010;376: 1109-12; <http://www.eurotransplantcoordinators.org/NKMDData/pdf/spain.pdf> retrieved: may 29th, 2011.



מקל את הגישה לבני המשפחה ומגביר את תחושת האמון כלפיהם. עם זאת, העובדה כי הרופא המטפל בחולה הוא גם האדם האחראי לקבל את ההסכמה לתרומת איבריו עלולה ליצור מצב של ניגוד עניינים אצל הרופא. נוסף על כך יש לציין, כי בחלק מהמרכזים הרפואיים בספרד מתאמי ההשתלות מקבלים בונוס כספי על השגת תרומת איברים; ארגון ההשתלות הארצי טוען כי הבונוס הכספי אינו אחראי בפני עצמו על שיעור תרומת האיברים הגבוה במדינה, אולם נטען כי יש מקום לבחון את ההשפעה שלו בספרד כמו גם במדינות אחרות בהן הוא נהוג.

יצוין, כי בשנת 2005 התקבלה בפרלמנט האירופי החלטה בעניין תרומות איברים, שבנספח לה ממליץ הפרלמנט כי בכל בית-חולים שבו יחידת טיפול נמרץ יהיה מתאם השתלות בעל הכשרה וניסיון מתאימים, שלא יהיה שייך לצוות השתלה כלשהו. מתאם ההשתלות יהיה אחראי על הקמה, ניהול ובקרה של מערכת לאיתור תורמים פוטנציאליים וקצירת איברים.³⁵

▪ **הכשרות מתאימות ומקיפות למתאמי ההשתלות:** הכשרתם של מתאמי ההשתלות מאורגנת על-ידי הארגון הלאומי להשתלות. כל גורמי המקצוע הקשורים לתרומת איברים באופן ישיר או עקיף עברו קורסים בעניין תרומת איברים. בתי-החולים המורשים לבצע קצירת איברים משתתפים בתוכניות שעורך ארגון ההשתלות הארצי להערכת איכות האיתור של תורמים פוטנציאליים במרכזים הרפואיים השונים. הערכות אלו בוחנות היבטים שונים באיתור תורמים, ומאפשרות לזהות סיבות המקשות על איתור תורמים פוטנציאליים. הן גם מאפשרות השוואה בין המרכזים וזיהוי של מרכזים בהם שיעור התרומות הוא נמוך במיוחד. תוכניות אלו, הפועלות מאז שנת 1998, נחשבות ככלי יעיל לאיתור כשלים, והן אף אומצו על-ידי מדינות אחרות.

▪ **היררכיה של טיפול בנושא ההשתלות:** הטיפול בהשתלות איברים בספרד נעשה בשלוש רמות: ארצית, אזורית ומקומית. ברמה הארצית, ארגון ההשתלות הארצי (השייך למשרד הבריאות) אחראי, בין היתר, לתאם (ביחד עם המרכזים האזוריים) את כל המדיניות וההחלטות הנוגעות לתרומת איברים ולהשתלתם, לארגן הכשרות ולנהל את רשימות הממתנינים לתרומות. ברמה האזורית פועלים מתאמי השתלות אזוריים, האחראים בעיקר לאישור מרכזים לתרומת איברים ולהשתלתם ולפיקוח עליהם, למינוי מתאמי השתלות בבתי-חולים ולהקצאת משאבים לנושא. ברמה המקומית פועלים מתאמי ההשתלות בבתי-חולים, כמתואר לעיל.

▪ **מימון:** רשויות הבריאות הארצית והאזוריות נושאות בעלות של קצירת איברים והשתלתם. מימון זה הוא חיוני בעיקר בבתי-חולים קטנים.

▪ **הבניית הלך רוח חיובי בעניין תרומת האיברים ויצירת אמון במערכת התרומות:** יחס חיובי של האוכלוסייה כלפי תרומת איברים, ובפרט אמון במערכת הבריאות וברופאים, הוא גורם קריטי בהגדלת הנכונות לתרומת איברים. לצורך מטרה זו הופעלו בספרד אמצעים תקשורתיים שונים לרבות קו חם הנותן מענה סביב השעון בשאלות הקשורות לתרומת איברים ושימוש נרחב בתקשורת לצורך העברת מסרים בנושא.

▪ **הסדרה חוקית מספקת של הנושא:** הגדרה של מוות מוחי, הסדרת סוגיית ההסכמה של בני משפחה לקצירת איברים, איסור על מתן תמורה כספית לתרומת איברים.

³⁵ Council of Europe, Recommendation Rec(2005)11 of the Committee of Ministers to member states on the role and training of professionals responsible for organ donation (transplant “donor co-ordinators”). In: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=870643&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75> retrieved: May 19th, 2011.



גורם אחר המשפיע על שיעורי תרומת האיברים בספרד הוא העובדה כי ספרד לא קבעה רף עליון לגיל התורמים, ושיעור התורמים המבוגרים בה הוא גבוה יחסית למדינות אחרות (לרבות מדינות אחרות שלא הגבילו את גיל התרומה). נטייה זו אמנם מגדילה את שיעור התרומות במדינה, אולם היא מקטינה את האפקטיביות של התרומות, שכן במקרים רבים איברים שנתרמו על-ידי אדם מבוגר מתאימים להשתלה רק בנתרמים מבוגרים, מה שיוצר מחסור באיברים לתרומה לחולים צעירים הזקוקים לה.

כאמור, לאחר יישום המודל הספרדי לתרומת איברים, עלה שיעור תרומות האיברים מן המת בצורה משמעותית, והגיע לשיעור של כ-35 תרומות למיליון נפשות, הגבוה במדינות המערב.

בשנות התשעים נעשה ניסיון לאמץ את המודל הספרדי במדינות שנות באמריקה הלטינית, בעיקר באמצעות שליחת רופאים לעבור התמחות בנושא בספרד והכשרות ייעודיות למתאמי השתלות. תוצאות הניסיון היו מעורבות. אמנם היו הצלחות מקומיות, אולם ככלל התוצאות הרצויות לא הושגו. הקושי באימוץ המודל נבע מהיעדר מערכת בריאות לאומית בחלק מהמדינות, מיעוט משאבים לצורך השקעה בבריאות והיעדר תמיכה פוליטית ואף רציפות פוליטית.³⁶

במחצית שנות התשעים אימצה הטריטוריה של דרום אוסטרליה כמה חלקים מהמודל הספרדי: הצבת מתאמי השתלות בכל מרכז בו יש תרומת איברים; הצבת רופא אחד לפחות בכל צוות השתלות; יצירת best practices לאומיים לאיתור תורמים, ניהולם וטיפול בהם ובבני משפחותיהם; ניהול הקשר עם התקשורת ברמה הלאומית, בדגש על העברת מסרים ברורים לציבור. בשנים לאחר אימוץ המודל הספרדי עלו שיעורי תרומת האיברים בדרום אוסטרליה במידה ניכרת ביחס לאזורים אחרים במדינה.³⁷

המחקר על המודל הספרדי מצביע על כמה גורמים שיכולים להשפיע על האפשרות לאמץ את המודל הספרדי במדינות אחרות: מימון ציבורי לקצירת איברים ולהשתלתם; מספר הרופאים ביחס לגודל האוכלוסייה (שכן מערך מתאמי ההשתלות מבוסס על רופאים); מספר מיטות הטיפול הנמרץ (שכן בטיפול נמרץ יש סיכוי רב יותר לזהות תורמים פוטנציאליים ולשמר את אבריהם במצב ראוי לתרומה).

³⁶ Rafael Matesanz, Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of Organ donation. *Transplantation International*, 2003, 16: 736-741.

³⁷ Ibid.

