

A transzplantációs várólisták kezeléséről

dr. Matkó Ida

Az egészségügyi rendszer értékelését a következő kritériumok alapján lehet elképzelni: az emberi élet védelme, az emberi méltóság védelme, a társadalom egészségi állapotának javítása, az egyenlőtlenségek csökkentése (méltányosság, igazságosság), egyéni szabadság, hatékonyság, finanszírozhatóság, minőség, az egyének igényeire való reagálóképesség, és az egészségpolitikai folyamat demokratizmusa (részvétel, a felelősség érvényesíthetősége, átláthatóság). Ez utóbbi azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátórendszer megfelelő működésének egyik feltétele az, hogy a döntéshozatali folyamatokban a társadalom különböző csoportjainak és az egészségügy szereplőinek részvétele – illetve érdekeik képviselése – biztosítva legyen, hogy a szereplők döntéseikért felelősséget viseljenek, a döntések és következményeik a társadalom számára átláthatók és számon kérhetők legyenek.

A fenti kritériumok közül egyik sem alkalmas arra, hogy önmagában a gyakorlati egészségpolitika alapjául szolgáljon (1), az alapelvek prioritása azonban befolyásolja a fejlesztési irányokat, az erőforrások elosztását, továbbá az etikai kérdések jogi szabályozását is.

A transzplantációs medicina szabályozásában, működésében és ellenőrzésében a fenti elvek (részvétel, a felelősség érvényesíthetősége, átláthatóság) érvényesítése, figyelembevétele nem mellőzhető, mert a társadalom (mint az egészségügyi rendszer szereplője) összetett módon érintett a szervátültetés folyamatában (fizeti a ritka, igen drága orvosi kezelést, szolidaritása kifejezéséül szerveit adományozza a kezelés lefolytatására vagy alanya annak).

Több mint 40 éve létezik hazánkban transzplantációs tevékenység. Ezen idő-

szakban változott a társadalmi berendezkedés, s ennek megfelelően az egészségügyi prioritások is változtak. Az egészségügyi törvény tartalma, rendelkezései egy gyógyítási módszerrel, területtel szemben már komoly igényvel vetették fel az átláthatóság követelményét (2, 3).

A Hungarotransplant Kht. 2001-ben a magyarországi transzplantációs programok végrehajtásának elősegítésére jött létre; kiemelten a szerv-szövet átültetések központi koordinálásának intézményes keretek közötti megvalósítása érdekében jegyezték be. Felfogásom szerint azért, hogy a transzplantációs medicinával kapcsolatos döntésekben a részvétel, a felelősség érvényesíthetősége, az átláthatóság elve érvényesüljenek.

A Hungarotransplant Kht. története a médiából ismeretes. Azonban ma sem tisztázott, hogy mi is rejlik a történetek felszíne mögött. Az utóbbi évek szervátültetéssel kapcsolatos, jelentős médianyilvánossággal zajló botrányai hátterében – így a Hungarotransplant Kht. feloszlásával kapcsolatos eseményekben is – rendre kimutathatók voltak azok a problémák, amelyeket a laza törvénykezelés vagy a törvényi szabályozás hiányosságának számlájára írhatunk (4–6).

Mi a teendő?

A szelekció (a transzplantációs listára kerülés) és allokáció (a szerv elosztása a transzplantációs listáról) rendjének kialakítása a transzplantációs szakma számára is alapvetően fontos, a gyakorlat szempontjából meghatározó, de vitatott terület ma is hazánkban. Írásom célja, hogy a problémák hátterének vizsgálatával a transzplantációs várólistával kapcsolatos törvényi változtatások igényét alátámasszam.

A dolgozatban nem kívánok részletesen kitérni a transzplantáció egyéb vonatkozásainak hazai problémájára. Érdekes azonban megemlíteni, hogy a donorszervek begyűjtésével kapcsolatban felvetődnek olyan megoldások, amelyek más országban már a kilencvenes években is elavultnak, sőt károsnak minősültek (pél-

dául az egykori NDK kötelező jelentési gyakorlatának és a nem jelentők büntetésének „ajánlása”). Ezek a felvetések a transzplantáció történetének, etikai és jogi vonatkozásainak, szervezési megoldásainak nem ismeréséből vagy félreértéséből fakadnak (7, 8).

A szervátültetés mint kezelési eljárás

A korszerű transzplantációs gyakorlat modern, magas szinten gyakorolt orvosszakmai praxist, részletes működési szabályokat, a törvényeknek és szabályoknak megfelelő intézményeket foglal magába. Az átültethető emberi szerv és szövet (vér) nemzeti kincs. A szervbegyűjtés, a recipiens kiválasztás, az átültetés és utókezelés személy- és munkaigényes folyamat, egymással összefüggő, egymásra épülő mozzanatok összessége (9, 10).

Mindig a konkrét beteggel kapcsolatos – akivel a gyógyítási folyamatban találkoznak – az orvosok és orvoscsoportok etikai, jogi és szakmai felelőssége (7). Az egész kezelési eljárás azért is az egész társadalmat érintő kérdés, mert a ritka, költségigényes ellátások közé tartozik. A legmagasabb szintű egészségügyi döntéshozónak van szerepe a transzplantációk jogi, etikai működési kereteinek (a törvények és szabályok meghozása, az intézmények működtetése), a várólista-kezelés európai színvonalának megteremtésében. Ez a legmagasabb szintű döntéshozás diszponál továbbá az anyagi feltételek kialakítása és biztosítása felett. A költ-

ségvetésből az egészségügyre fordított összeg továbbosztása az egyes ágazatok között, alsóbb szintű makroallokációs kérdés (7).

Bármi miatt is válik szervezetlenné, korszerűtlenné és – ami majdnem ugyanazt jelenti – sikertelenné az átültetés folyamata, az az adófize-

tőt, a beteget, s végeredményben az országot szegényíti. A botrányok olyan jelzések, amelyek a működés szabálytalanságaira hívják fel a figyelmet, bár lényegében a jéghegy csúcsát jelentik. Jelzik, hogy a szabályozás nem kellőkép-

A Hungarotransplant Kht. története a médiából ismeretes. Azonban ma sem tisztázott, hogy mi is rejlik a történetek felszíne mögött.

pen átgondolt; a kezelési folyamat nem szervezett, összecsiszolt vagy az ellátórendszernek ez a területe nem működik megfelelően.

A jelenlegi szabályozás és gyakorlat

A szervátültetés különleges gyógyítási mód, mert meghaladja a hagyományos orvos-beteg kapcsolat kereteit. Félreértésekre ad alapot, például, mert a szervátültetésről szóló jogszabályok rendszerint nem mondanak semmit a szervek felletti tulajdonjogról, de büntetik azt, aki szervekkel kereskedik.

Egy beteg gyógyításáért nem egy orvos, nem is egy orvosi team dolgozik, hanem sokszor egymást nem ismerő csapatok láncolata. A hatályos magyar törvények (7, 8, 10) pontosan meghatározzák a szervkivétel, a szervbeültetés – várólista – kereteit (például, hogy ki, hol, hogyan végezheti az ellátást), mégis, az európai követelmények és gyakorlat szempontjából hiányosak (2, 11).

Itthon a különböző szervek átültetésére váró recipiensek várólistáit szerveként eltérő módon és helyen vezetik, az allokáció folyamata nem vált le a szakmai ellátásról (2). Nincs – a szó uniós értelmében vett – független, transzplantációt szervező nemzeti intézmény; késnek a recipiensszelekción szabályozó szakmai protokollok. A következmények a gyakorlatban dolgozók előtt jól ismertek. Erre az ellátási területre is igaz, amit *Sinkó Eszter* dolgozatában (12) a magyar egészségügyi ellátás jelenlegi állapotáról általánosságban leír: „Nem tagadható, hogy a hazai egészségügy feudális jellege a több mint tíz évvel ezelőtti változások ellenére megmaradt, de ez elsősorban a benne, illetve körülötte dolgozók magatartásának, attitűdjének köszönhető. A mai napig szembe kell néznünk a közhivatalok packázásával, lassú reakcióidejével, mint ahogyan az orvosok gyakran nem korrekt betegkezelési módszerrel, a korszerűtlen szervezési

megoldások sorával, a köz érdekeit sértő döntésekkel, beruházásokkal élünk kényszerűen együtt.”

A törvényalkotás időszakában, a nemzetközi adatok és számok alapján, nyilvánvaló volt, hogy a donorszervek begyűjtése, a donációval kapcsolatos szervezés, tájékoztatás, a szervezést és az ellenőrzést külföldön (ma az unióban is) szükségszerűen eltávolodott az átültetés sebészeti színhelyétől. A

Hungarotransplant Kht. egy ilyen intézmény előhírnöke volt. Azt várták a szakterülettel foglalkozók, hogy a hazai transzplantációs tevékenység a szervezet megalakulása után átlátható, a döntések követhetők, az egész tevékenység jobban szervezhető lesz (13, 14). A Hungarotransplant Kht.-ből, majd annak utódjából, nem alakult ki egy független, nemzeti szervcseréintézmény.

Az eddigi gyakorlat azt mutatja, hogy a kezdetben életre hívott vese-transzplantáló centru-

mok körül kialakultak az azok „működési feltételeit” biztosító, a recipiensszelekción végző hazai immunogenetikai (HLA) laboratóriumok (Központi Budapesti HLA Referencia Laboratórium, vidéki HLA-laboratóriumok), s ezek közül a központi referens laboratórium, amely ellenőriz és közreműködik a recipiensszelekciónban. Ennek szakmai vezető szerepe ugyanúgy alakult ki, mint ahogy a hazai transzplantációs tevékenység irányítása, összefogása terén a Transzplantációs és Sebészeti Klinikáké (10, 14).

2001-ben történelmi pillanat volt a Hungarotransplant Kht. megalakulása, amikor a hazai transzplantációs tevékenység modern rendszerbe szerveződése reményteljesnek látszott. A szabályozás hiányossága tükröződött abban, hogy a társaság jogi szempontból lényegében semmilyen érdemi irányító-szervező vagy koordináló szerepet nem kapott. Feltehetően ez, és ebből következően a szerepfelfogásbeli különbség torkollott 2006 derekán kibékíthetetlen ellentmondásba és szakmai vádaskodásba.

A korszerű transzplantációs gyakorlat modern, magas szinten gyakorolt orvosszakmai praxist, részletes működési szabályokat, a törvényeknek és szabályoknak megfelelő intézményeket foglal magába.

A Hungarotransplant Kht.-t a 2249/2006. (XII. 23.) kormányrendelet megszüntette, a koordinátori feladatokat pedig az Országos Vérellátó Szolgálat központjának önálló szervezeti egységeként működő Szervkoordinációs Irodára bízta.

A transzplantációs várólista működése

Az 1997. évi törvény által kitűzött cél, nevezetesen a transzplantáció szakmai és szervezési tevékenységének szétválasztása, nem valósult meg. A nyilvánosságra kerülő botrányok és zavarok a diszfunkció jelei voltak, de az értetlenség is, amely a várólisták kezelésével, működésével kapcsolatosan megnyilvánul. Például, hogy kevés beteg van a listán. Ez utóbbi különösen aggályos, mert konkrét esetekben igazságtalan döntésekhez vezet.

A várólisták szerepe a szervátültetés során

A várólisták alapján nyújtott egészségügyi szolgáltatások jogi szabályozását a 22/1998. (XII. 27.) EüM rendelet tartalmazza (2). E rendelet végrehajtása körül bizonytalanság mutatkozott, és módosításának szükségességét a megjelenését követően hamar felvetették.

A módosítási javaslat szerint a rendeletben meghatározott várólisták fogalmát a transzplantációs várólista fogalmától meg kell különböztetni. Mint ismeretes, a rendeletben a várólista a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék. A transzplantációs várólista azonban nem az átültetés sorrendjét meghatározó felsorolás („jegyzék”), mert a recipiens kiválasztásának speciális szabályai vannak. A transzplantációs várólista egy adatbázis, amely tartalmazza az adott szerv átültetésére váró betegek (recipiensek) adatait. A várólista kezelése az adatbázissal kapcsolatos feladatokat jelenti az allokációs feltételrendszer érvényesítése céljából (11, 15). Az allokációs algoritmus szakmai konszenzuson alapuló, előre meghatározott és rögzített kiválasztási rend, amely a várólistára kerülést és kizárást, továbbá az adott időben rendelkezésre álló, beültetésre alkalmas szervekhez történő hozzájutást, a recipiensszelekción folyamatát foglalja magába (15, 16). A szerveként kidolgo-

zott feltételrendszer szerinti várólistára kerülést vagy kizárást a különböző szervre váró beteget ellátó szakorvosi, választott bizottságok döntenek el.

Jelenleg érvényes jogszabály rögzíti, hogy csak szakmai szempontok (2) alapján történhet a donor- és a recipiensszelekció is. Mivel ennek érvényesüléséhez a döntéshozó a törvénybe nem épített be garanciát, ezért talán ez hazánkban a szabályozás leggyengébb pontja. A garancia, egy, az átültetéstől szervezeti és személyi vonatkozásban független, bármely nevű intézmény, amelynek feladata a transzplantációs várólista kezelése, az allokációs algoritmus alkalmazása (recipiensszelekció).

Független nemzeti szervcsereintézmény

Az európai szervezési modellekben (11, 15, 16) nem a beültető sebész, nem is a recipiens-várólistával és beültetéssel foglalkozó orvosok csoportja választ az általuk ismert beteglistáról. Az Eurotransplanthoz csatlakozott országokban az egyetlen, nemzeti várólistáról a független szervező intézet számítógépe választja ki a recipienst. Ezekben a rendszerekben a koordináció, a várólista-kezelés és a transzplantációval kapcsolatos egyéb „marketingfeladatokat” (a társadalom tájékoztatása, oktatás, továbbképzés, népszerűsítés, rendezvények szervezése és lebonyolítása), a gyógyítási tevékenységtől független összetett tevékenységnek tekintik.

Az etikus és jogszerű működés és átláthatóság úgy teljesül, hogy a donor- és recipiensoldali koordinációs tevékenység szervezeti szinten elkülönül a transzplantációs tevékenységtől (16–18). Ideális esetben a várólistát kezelő szervezet – amely donoroldali koordinátori tevékenységet végez – nem ismeri a várólistán levő betegeket, és ez eleve kizárja a listasorrend megváltoztatásának lehetőségét. Az Eurotransplant Nemzetközi Szervcsere Szervezethez tartozó országokban (Németország, Ausztria, Szlovénia, Horvátország, Hollandia, Belgium, Luxemburg) a várólista-kezelési és szervezési (allokáció), valamint eredményességmonitorizálási feladatokat független szervezet végzi. Ezeknek a feladatoknak és jogosítványoknak a transzplantálócentrumoktól független szervezethez való utalása több évtizedes európai követel-

mény, amely elől nem lehet hosszú távon kitérni (19).

A szervezési függetlenség lényege szerint a transzplantáló orvos nem ismeri a recipiensként szóba jövő, alkalmas betegek teljes választékát, csak a várólista alapján kiválasztott, mindenkor első helyen lévő beteg aktuális alkalmasságát kell megítélnie. Ez az eddigi hazai rendszer szervezésével (20–22) összehasonlítva alapvető koncepcionális különbség. Ezekben a rendszerekben a jogosulatlan előnyhöz való juttatás lehetősége, az orvosok okkal vagy ok nélkül történő gyanúsítása kizárt. Nem fordulhat elő az a hazai eset, hogy ismert, konkrét esetben a várólista 21. helyén levő várakozó kapta a szervet (4, 5).

A függetlenség másik komoly alappillére a szelekció (a várólistára kerülés) és allokáció (szervezés: recipiensszelekció) szervként elkülönített, szakmai protokollja, annak elfogadása, betartása és betartatása. A szakmai protokoll tartalma orvosszakmai kérdés (11, 15, 19), összeállítás és elfogadása a szakmai kollégiumok, szervezetek, vezető testületek tovább nem halasztható kötelessége. Végeredményben ez alapján működik a független szervezet várólistát kezelő számítógépe.

A független, nemzeti szervcsereintézmény működésének számos előnye van. Előnyei között sorolják fel, hogy közvetítésével kezelhetőek az ellátórendszeren belüli konfliktushelyzetek. Igazságos ellátást tesz lehetővé, mert a gyógyítási tevékenység minden lényeges mozzanata átlátható és ellenőrizhető. Előnye továbbá, hogy lehetőséget nyújt a régiós (országok közötti) szervcsereire és az intézmények közötti együttműködésre (11, 21).

A konfliktushelyzetek kezelése

A donációk gyakorlati lebonyolítása során napi szintű konfliktushelyzeteket kell kezelni, amelyek elsősorban a donáció időzítésének szervezése során az egyes transzplantációs centrumok és a donorkórházak érdekeinek eltérő vol-

tából adódnak. A többszerv-donációk során a különböző központoknak különböző igényeik és érdekeik vannak, amelyeket a független szervezet csak akkor enged érvényesülni, ha az a donációs alapelveket nem sérti. Ennek hiányában (14) az egyik transzplantációs centrum indokolatlan és ellenőrzés nélküli döntési jogokat kapna (a régi Budapest-vidék ellentét).

A gyógyítási folyamat átláthatósága, ellenőrizhetősége

Független szereplő biztosíthatja a donációs és transzplantációs folyamat transzparenciáját. Bármely cselekvési program kidolgozásához (donor action program) a hazai működtethető kapacitásokról és a ténylegesen átültethető, de át nem ültetett szervek számáról torzításmentes kép szükséges. A transzplantációs centrumok, a mai gyakorlat szerint, belső problémáikat még jelenleg is elfedik (3, 13, 14). A donorjelentésre az elutasító válasz, miszerint nem alkalmas a szerv, mert „beteg nép a magyar, a donoraink is betegek”, sokszor csak elfedi a valóságot. A gyakorlatban dolgozók számára nyilvánvaló, hogy a problémát valójában a következők jelentik: fertőzés a transz-

plantálócentrum intenzív osztályán, aneszteziológushíány, orvosok-teamek hiánya kongresszusi részvétel miatt, rossz készenléti beosztás vagy más belső ok, amely az átültetés feltételeinek hiányából fakad.

A Hungarotransplant megalakulása után vált publikussá, hogy van „elvesztett szerv”, előtte a fogalom nem is létezett. Az elvi kérdés, hogy ha az átültetés technikai, személyi és

szervezési feltételei nincsenek meg vagy csak részben állnak rendelkezésre, a szervátültetési gyakorlat nem is folytatható (2).

Az együttműködés további előnye a szervcsere lehetősége, részvétel a nemzetközi szervezet munkájában. Sürgős helyzetben könnyebb a szervhez jutás az Eurotransplanton keresztül. Szervezett nemzetközi szervcsereket az egyes transzplantációs centrumoktól független szervezet tud bonyolítani. Az euró-

A szakmai protokoll tartalma orvosszakmai kérdés, összeállítása és elfogadása a szakmai kollégiumok, szervezetek, vezető testületek tovább nem halasztható kötelessége.

pai uniós programok célja a transzplantációs centrumok feletti, a nemzeti programok egészét képviselni tudó szervezetek munkájának összeurópai koordinálása (19).

Az Eurotransplant vezetői több megbeszélésen hangsúlyozták, hogy a szervezet kizárólag a tagországok miniszteriumaival és nemzeti szervcsere-szervezetével köti megállapodásait. Az uniós transzplantációs rendszeréhez hasonló rendszer kiépítése és részben közös várólista működtetése az ellenkezőjét bizonyítja annak, hogy a hazai donációból származó szerveket a konkrét ország elveszíti.

A változtatás szükségessége, a jövő feladatai

A jelenlegi hiányos jogi szabályozás, az intézményrendszer fejletlensége (adatkezelés, kiválasztás) és az ellátók laza jogkövetési szokása időről időre gyanúba keveri a szelekciós és allokációs folyamat résztvevőit. A zavarosban haláshoz vezető következménye, hogy előfordul-

nak kisebb-nagyobb törvénysértések, visszaélések, amelyek vagy napvilágra kerülnek, vagy (s ez a gyakoribb) nem. A jelenlegi szabályozási (szervezeti, intézményi) deficit és a gyakorlat átláthatatlansága személyes belső harcokhoz, békétlenséghez, a transzplantációs medicina presztízsének lejárataához és kevesebb átültetéshez vezetnek. Molnár Lajos egészségügyi miniszter 2006-ban a büntetőfeljelentésen túl hivatali vizsgálatot is elrendelt. Az ETT elnöke által vezetett vizsgálat eredményei, megállapításai nem ismertek. Valamit azonban tenni kell...

A jelenleg hatályos törvény és szabályozás áttekintése, illetve változtatása igen-igen sürgető volna. Számos beteg vár szervezre, s a beavatkozás drága. A várólisták kezelése, az elosztás, a szervhez jutás, a szervbeültetés, a páciens élethosszig tartó kezelése, annak költsége, költséghatékonysága mindenkit érintő folyamat. A szakterület nem nélkülözheti az ellátórendszer korrekt betegkezelési módszerét, a korszerű szervezési megoldásokat (12), nevezetesen, hogy a

transzplantációs medicina területén se legyenek az egyes embert és a közérdeket sértő döntések, események, beruházások, amelyekkel mindeddig kényszerűen együtt élünk.

A törvényalkotás idején fontos érv volt – és ma is megfontolásra érdemes – egy nemzeti szervezet létrehozása mellett az, hogy a transzplantációs tevékenység az uniós országok jelentős részében a függetlenséget biztosító elvek szerint történik, működő intézményi háttérrel. Az európai szervezetekhez és a közép-európai térségi ellátáshoz való csatlakozásra akkor van lehetőségünk, ha szembenézünk és túllépünk az eddigi szabályozáson, szervezésen és gyakorlaton.

A jogszerű, biztonságos szervátültetési gyakorlat kialakításához szükséges a fenti alapelvek megtartásával a változtatásra irányuló jogalkotói szándék, a szervezési és szakmai feladatok listába vétele, részleteinek a transzplantációs szakma résztvevőivel történő, konszenzuson alapuló továbbgondolása.



IRODALOM

- Orosz É. Félünk vagy tévünk? Egészségügyünk félműltja és az egészségpolitika alternatívái. Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület; 2001. p. 20-42.
- Törvények, jogszabályok, kormányrendeletek: 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (II., VI., VII., XI., XII., XII. fejezet); A 18/1998. (XII. 27.) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint tárolásra és egyes kórszövetani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról; 22/1998. (XII. 27.) EüM rendelet a várólista alapján nyújtható egészségügyi ellátásokról; Az 1999. évi LXXI. törvény az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosításáról; A 38/1999. (VIII. 26.) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint tárolásra és egyes kórszövetani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról szóló XLIII. törvény az egészségügyi szolgáltatásokról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről, 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről; Várólista-rendelet [61/2003. (X. 27.) ESzCsM rendelet a kizárólag előzetes betegbesorolás (várólista) alapján nyújtható egészségügyi ellátásokról]; Finanszírozás [A 264/2003. (XII. 24.), a 102/2003. (VII. 17.), a 257/2001. (XII. 19.), illetve a 293/2002. (XII. 27.) kormányrendelettel módosított 43/1999. (III. 3.) kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól]; Nagy értékű műtéti eljárások [A 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről]; Donorok kötelező szűrővizsgálata [A 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről]; A mentés [A 20/1998. (VI. 3.) NM rendelet a mentésről]; OMSZ [Az 55/1996. (XII. 27.) NM rendelet az Országos Mentőszolgálatról]; Egészségügyi adatvédelem (Az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről); 287/2000. (XII. 23.) kormányrendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól.
- Dósa Á, Kapócs G, Borka P. A transzplantáció jogi szabályozása az ezredforduló Magyarországon. LAM 9;(7-8):590-95.
- Danó A. Büntetőfeljelentés szervátültetések miatt. Népszabadság 2006. június 20.
- Kun JV. Vizsgálat és önvizsgálat. Népszabadság 2006. január 18.
- Köblí A. Megszűnés előtt. Medical Tribune 2006;1V:5-6.
- Kovács J. Igazságosság az egészségügyben I. In: A modern orvosi etika alapjai. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 1997. p. 153-237.
- Matkó I, Pataki I. Transplantation dilemma sin Hungary Bull. Med Eth 1993;920:20-25.
- Matkó I. A szövet- és szervátültetések orvosetikai, jogi megítélésének változása. LAM 1994;11:1098-102.
- Smudla A. A kadaver donorokból történő szervek jogi, etikai és társadalmi vonatkozásai Magyarországon. LAM 2006;5:480-87.
- Bäckmann L, Forsythe JLR, Miranda B. Liver allocation: The European models. In: Busutil RW, Klitman GB (eds.). Transplantation of the liver 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2005. p. 79-85.
- Sinkó E. Értékrendváltás az egészségügyben, avagy az átalakulófélben levő egészségügy. Esély 2006. p. 628-44.
- Görög D. A szervátültetés helyzete Magyarországon. LAM 2002;2:85-7.
- Alföldy FA szervátültetéssel kapcsolatos jogi és etikai kérdések. Magyar Bioetikai Szemle 1996;2:62-9.
- De la Mata M, Cuende N, Huet J, Bernardos A, Ferron J, Antonio S, et al. Model for end-stage liver disease score-based allocation of donors for liver transplantation: a spanish multicenter experience. Transplantation 2006;82:429-1435.
- Neuberg J. Hope and efficacy in donor liver allocation. Transplantation 2001;6:1173-6.
- Talwalker JA, Kim VR, Rosen CB, Kamath PS, Wiesener RH. Effect of minimal listing on waiting list registration for liver transplantation: a process-outcome analysis Mayo Clinic. Proceedings 2003;78:431-5.
- Smith JMA, Deng MC, Hummel M, De Mesteer J, Schoendube F, Scheld HH, et al. A prognostic model for predicting waiting-list mortality for a total national cohort of adult heart-transplant candidates. 2003;76:1185-11.
- van den Hout WB, Smits JMA, Deng MC, Hummel M, Schoendube F. The heart-allocation simulation model: a tool for comparison of transplantation allocation policies. 2003;76:1492-7.
- Liou TG, Woo MS, Cahill BC. Lung transplantation for cystic fibrosis. Pulmonary Medicine 2006;12:459-63.
- Gill M, et al. Changes in safety on England's roads: Analysis of hospital statistics. BMJ 2006;(73):333.
- Gibbons RD, Goldacre MJ, Yeates DGR. Waiting for organ transplantation: Institute of Medicine Committee on organ transplantation. Science 2000;287:237-2.