

# WYBRANE ASPEKTY SPOŁECZNE, PRAWNE I ETYCZNE POZYSKIWANIA NARZĄDÓW DO TRANSPLANTACJI NEREK

## *SELECTED SOCIAL, LEGAL AND ETHICAL ASPECTS OF ORGAN PROCUREMENT FOR RENAL TRANSPLANTATION*

Ewa Baum, Stanisław Antczak

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.32>

### STRESZCZENIE

Rozwój medycyny w XX w. sprawił, że możliwe stało się przedłużanie, a nawet ratowanie ludzkiego życia dzięki przeszczepom kluczowych dla egzystencji ludzkiej organów, takich jak serce czy nerki, które wkrótce zdominowały „rynek” transplantacji. Zarazem nowe możliwości w dziedzinie medycyny przyczyniły się do powstania problemu pozyskiwania narządów do przeszczepów. W przeciwieństwie do serca, źródła pozyskiwania nerek do transplantacji są bardziej różnorodne, choćby z tej przyczyny, że jest to narząd parzysty, a dla podtrzymania czynności życiowych wystarczy w zupełności jedna, drugą można więc oddać do transplantacji. Zatem problem pozyskiwania nerek do przeszczepów przyczynił się do powstania szeregu dylematów natury społecznej, prawnej i etycznej oraz stworzył pole do potencjalnych nadużyć i wątpliwości. Taka sytuacja skłoniła poszczególne państwa i organizacje do wypracowania regulacji prawnych i etycznych. Przy czym można tutaj zauważyć różne podejścia i rozwiązania. Na szczególną uwagę zasługują regulacje przyjęte w Polsce i Europie czy Iranie. Z kolei duży niepokój mogą budzić praktyki dotyczące pozyskiwania narządów w Chinach czy Indiach.

**Słowa kluczowe:** pobieranie narządów, przeszczep nerki, ustawodawstwo dotyczące przeszczepów, aspekty etyczne i społeczne.

### ABSTRACT

The advancement of medicine in the twentieth century has made it possible to extend or save human life through transplants of organs that are crucial to survival, such as the heart or the kidneys, which very quickly dominated the “transplantation market”. At the same time, these new opportunities in the field of medicine have given rise to the problem of obtaining organs for transplantation. Unlike the heart, the sources of kidneys for transplantation are more diverse if only because they are paired organs and one is enough to sustain vital functions, hence it is possible to donate the other for transplantation. Consequently, the problem of kidney procurement has contributed to a number of social, legal and ethical dilemmas and has created an area for potential abuse and uncertainty. This situation prompted individual states and organisations to develop appropriate legal and ethical regulations, albeit these display different approaches and solutions. Of particular interest are the solutions adopted in Poland and other European countries, as well as in Iran, whilst the organ harvesting practices in China or India may cause serious concern.

**Keywords:** organ procurement, kidney transplantation, legislation for transplantation, ethical and social aspects.

W prezentowanym poniżej tekście przedstawione zostaną kwestie związane z pozyskiwaniem nerek do przeszczepów, z uwzględnieniem kontekstu społeczno-kulturowego, etycznego i prawnego oraz ekonomicznego. Autorzy w konstrukcji tekstu posłużyli się metodą analizy archiwalnej, odwołując się do dokumentów i innych materiałów archiwalnych oraz informacji zawartych w literaturze przedmiotu.

Ważnym krokiem w rozwoju transplantacji był pierwszy na świecie udany przeszczep nerki przeprowadzony przez zespół pod kierunkiem Josepha Murraya w szpitalu Petera Benta Birghama, w Bostonie 23 grudnia 1954 roku. Dawcą i biorcą byli dwaj bracia bliźniacy Ronald i Richard

Herrickowie [1]. W Polsce pierwszy udany przeszczep nerki miał miejsce jedenaście lat później, 26 stycznia 1966 roku, kiedy to Jan Nielubowicz i Tadeusz Ostrowski, wraz z zespołem, przeszczepili pacjentowi nerkę od zmarłego dawcy [2]. Po pierwszych udanych transplantacjach rychło przeprowadzono na całym świecie następne zakończone sukcesem operacje wszczepienia nerki dializowanym wcześniej pacjentom. Udana transplantacja wzbudziła nadzieje u licznych chorych na znaczącą poprawę jakości ich życia, a często były one jedynym ratunkiem przed przedwczesną śmiercią. Jak zauważa Nicholas L. Tilney „Dzięki współczesnej transplantologii w ciągu jednego roku na całym świecie można uratować życie około 40 000 pa-

cientów, którym przeszczepiono narząd, oraz dać nadzieję dziesiątkom tysięcy pozostałych chorych, którzy na niego czekają” [1]. Te niewątpliwe sukcesy w dziedzinie medycyny transplantacyjnej zrodziły nie tylko wielkie oczekiwania i nadzieje u rosnącej systematycznie liczby chorych, lecz także pociągnęły za sobą szereg poważnych konsekwencji natury etycznej oraz wskazały na konieczność przyjęcia odpowiednich uregulowań prawnych, które pomogłyby zapobiec nadużyciom związanym przede wszystkim z dawstwem organów do przeszczepu.

Rozwój transplantologii wiązał się bowiem z pojawieniem się istotnych pytań natury etycznej i bioetycznej, które są ściśle związane z kwestią źródeł i sposobów pozyskiwania narządów do transplantacji. Nerki, w przeciwieństwie np. do innych organów jak trzustka czy serce, mogą być pozyskiwane nie tylko od zmarłych lecz także od żywych dawców. Jest to możliwe, ponieważ jest to organ parzysty i zdrowy człowiek może oddać jedną z posiadanych przez siebie nerek do transplantacji i żyć normalnie z jedną nerką. Co więcej nerka od żywego dawcy rokuje lepszą adaptację do organizmu biorcy [3]. Do tego należy uwzględnić tak istotny fakt, jakim jest przewaga popytu nad podażą organów do przeszczepu. Ponieważ lekarze kwalifikują coraz to nowe osoby do umieszczenia na liście oczekujących na przeszczep w poszczególnych krajach, kolejka ta systematycznie będzie się wydłużała, a tym samym będzie rósł czas oczekiwania na przeszczep [4]. W Polsce w 2010 roku na wspólnej dla całego kraju, Krajowej Liście Osób Oczekujących (KLO) na transplantację nerki umieszczonych było 2581 chorych. W tym samym roku dokonano 999 operacji przeszczepienia nerki, z tej liczby tylko 50 pochodziło od żywego dawcy [5].

Normy prawne z reguły są oparte na systemie wartości jakemu hołduje dane społeczeństwo. Im silniejszy jest związek między wyznawanymi w danym społeczeństwie normami moralnymi a obowiązującym w nim prawem, tym bardziej sprzyja on akceptacji i przestrzeganiu jego przepisów w życiu codziennym. Ponieważ religia od najdawniejszych czasów powiązana była z medycyną [6], stąd w Europie znaczący wpływ również i dziś odgrywają w tej kwestii, obok etyki świeckiej, zasady etyki chrześcijańskiej, a ściślej rzecz biorąc ich wykładnie dokonywane przez poszczególne kościoły: katolicki, prawosławny i kościoły bądź związki religijne reprezentujące różne odłamy protestantyzmu. Otóż w odniesieniu do samej idei transplantologii stanowisko różnych odłamów chrześcijaństwa wynika z traktowania dawstwa jako wyrazu miłości bliźniego czy też aktu miłosierdzia, opartego na zasadzie altruizmu. Przy tym niezmiennie podkreślana jest w przypadku każdej konfesji chrześcijańskiej zasada

dobrowolności i poszanowania godności osoby dawcy [7]. Na szczególną uwagę zasługuje w tym kontekście stanowisko Kościoła katolickiego wobec idei dawstwa, które znalazło pozytywny wyraz w dokumentach Soboru Watykańskiego II, czy też w stanowisku zajmowanym przez papieży zwłaszcza od drugiej połowy XX wieku. Papież Jan Paweł II posłużył się nawet w tym celu metaforą Zmartwychwstania dla określenia znaczenia współczesnej transplantologii i był obecny na obradach kongresu nefrologów w Watykanie w 1991 r. Z kolei jego następcą, Benedykt XVI zadeklarował się jako świadomy dawca. Ponieważ w świetle doktryny chrześcijaństwa nikogo nie można pozbawić życia w celu pobrania odeń narządów do przeszczepu, kluczowego znaczenia nabierało określenie momentu śmierci. W przypadku dokonywania przeszczepu nerki narząd do transplantacji można pobrać nie tylko od zmarłego ale i od żywego dawcy (*ex vivo*). Transplantacji nie sprzeciwiają się także Świadkowie Jehowy, wszakże pod warunkiem, że narządy są wolne od krwi, której przetaczania nie akceptują [8]. Także muzułmanie, coraz liczniej obecni w Europie Zachodniej, zarówno sunnici jak i szyici, wyrażają poparcie dla idei i praktyki transplantacji, aczkolwiek wydawane przez różne ośrodki fatwy mogą się różnić w szczegółach. Muzułmanie również wykluczają handel narządami do przeszczepu. „Jednak jeżeli chodzi o to czy osoba korzystająca z transplantacji może wydać pieniądze by zdobyć organ którego potrzebuje, lub okazać swą wdzięczność, to jest to kwestia która nadal podlega dyskusji uczonych”. [9]. Poparciu dla idei dawstwa wśród wyznawców hinduizmu także towarzyszy sprzeciw wobec handlu narządami. Dawstwo akceptują także buddyści, natomiast zdecydowany sprzeciw wobec tej idei wyrażają wyznawcy shintoizmu w Japonii [10,8]. Margaret Lock, antropolog medycyny, oceniając podejście Japończyków, stwierdza, że „sama myśl o pobieraniu narządów od nieboszczyka lub osoby, której mózg przestał funkcjonować, napawa większość Japończyków odrazą. Wiąże się to po części z filozofią konfucjańską, która mówi, że człowiek powinien troszczyć się o swych przodków oraz niedawno zmarłych bliźnich, którzy staną się przodkami” [11]. Z zasad filozofii konfucjańskiej i wierzeń religijnych Chińczyków wynikał nakaz dla człowieka otaczania ciała ludzkiego szczególną troską i szacunkiem i okazywania dbałości o nie, ponieważ było traktowane jako o dar od rodziców i do obowiązków wobec nich należało to, „by nie wystawiać go na ryzyko, ani nie czynić mu szkody” [12]. Z wierzeń tych wynikał także zakaz krojenia zwłok i usuwania z nich jakichkolwiek organów, ponieważ zmarły powinien w całości trafić do życia pozagrobowego [13, 14]. Pomimo zdecydowanego sprzeciwu wielkich religii świata wobec

handlu narządami ludzkimi, handel taki ma miejsce i rozwija się, korzystając w tym celu z usług czarnego, a raczej czerwonego rynku. Główną, jak można sądzić, przyczyną jego powstania jest deficyt organów do przeszczepu pozyskiwanych przy pomocy legalnych metod. Jak pisze Scott Carney „Fakt, iż na przeszczep nerki trzeba czekać aż pięć lat, wydaje się potwierdzać, że popyt znacznie przewyższa podaż” [15]. Tenże autor zauważa jednak dalej, że pomimo nieustannego poszerzania listy potencjalnych dawców kolejka do przeszczepu nie tylko nie maleje, lecz wręcz rośnie ponieważ lekarze kwalifikują do przeszczepu coraz to nowych pacjentów, także tych, których wcześniej nie uwzględniano. Rodzi się zatem pytanie z jakiego źródła pochodzą pozyskiwane nielegalnie organy do przeszczepów i z jakich powodów ludzie decydują się na oddawanie swoich organów na czarnym rynku.

Aby podjąć próbę odpowiedzi na to pytanie należy zwrócić uwagę na występujące we współczesnym świecie nierówności i ich konsekwencje. Współczesny świat jest ogromnie zróżnicowany pod względem stopnia zamożności i, co za tym idzie, dostępu do świadczeń zdrowotnych. Do najzamożniejszych regionów świata należą niewątpliwie kraje Ameryki Północnej, tj. USA i Kanada, większość krajów europejskich oraz Japonia i Australia. Rośnie szybko zamożność wielu krajów azjatyckich, szczególnego postępu w tym zakresie dokonano w Chinach. Z drugiej strony występują regiony skrajnej biedy, tę listę otwierają kraje Afryki Subsaharyjskiej. Postępuje także niebywała wprost koncentracja bogactwa w ręku nielicznych z jednej strony i obszary straszliwej nędzy, gdzie ludzie muszą często przetrwać mając do dyspozycji jednego dolara dziennie, co nie pozwala im na normalną egzystencję. Skalę nierówności w obrębie poszczególnych państw ilustruje współczynnik Giniego [16]. Aczkolwiek nierówności są udziałem niemal każdego współczesnego społeczeństwa, to ich skala jest o wiele mniejsza w krajach zamożnych, zwłaszcza w Europie Zachodniej, [17] gdzie sformułowano koncepcję państwa socjalnego a następnie uformowano model tzw. społecznej gospodarki rynkowej [18]. czy też model państwa dobrobytu [19,20], którego istota sprowadza się do zapewnienia obywatelom ochrony przed zagrożeniami, jakie wynikają z egzystencji w państwie uprzemysłowionym [21].

Współcześnie, mimo rozbudowanej infrastruktury służby zdrowia oraz rozwiniętego systemu świadczeń zdrowotnych, a także ogromnego postępu w dziedzinie nauk medycznych, czego wyrazem jest między innymi rozwój transplantologii, ograniczona podaż transplantów i wysokie koszty samego przeszczepu sprawiają, że na przeszczep trzeba niekiedy oczekiwać długo, a chorzy

muszą zostać zakwalifikowani do umieszczenia na liście osób oczekujących na przeszczep i oczekiwać na swoją kolej [22]. Warto w tym miejscu podkreślić także, że rosnące koszty sprzętu i procedur medycznych, będące często pochodną rozwoju medycyny sprawiają, że nawet w krajach wysoko rozwiniętych „nadal podejmowane są tu działania na rzecz ścisłego kontrolowania wprowadzania nowych leków i procedur medycznych (...) sprawdza każdą innowację i tworzy szczegółowe raporty na temat jej skuteczności i tego, czy jest warta swojej ceny”[23]. Sprawia to, że ludzie zamożni i zarazem schorowani szukają innych sposobów rozwiązania problemu przeszczepu, w czym pomagają niekiedy całe łańcuchy pośredników. Pozostający pod presją czasu i obaw o własne zdrowie, a nawet życie pacjenci decydują się często na poddanie się operacji przeszczepienia nerki w klinikach, w krajach azjatyckich, które reklamują nie tylko wysoką jakość swoich usług, nie odbiegającą poziomem od oferowanych w świecie zachodnim, jak i o wiele niższy koszt ich wykonania.

W przeciwieństwie do krajów rozwiniętych Zachodu, wiele krajów tzw. rozwijających się poczyniło wprawdzie znaczne postępy na drodze do rozwoju gospodarczego, co jak w przypadku Chin przyczyniło się do wyciągnięcia z biedy blisko ćwierć miliarda ludzi, a w przypadku Brazylii 36 mln [24], to jednak nadal w obu krajach, a także w Indiach i RPA, najbardziej rozwiniętym kraju Afryki Subsaharyjskiej, skala nierówności społecznych, mierzonych współczynnikiem Giniego, jest daleko większa aniżeli w rozwiniętych krajach Zachodu [25]. W Chinach istniejące tam nierówności, jak zauważa Gabriel Grésillon, „Biją po oczach”[26]. Obok różnic regionalnych występują ogromne rozpiętości dochodów między mieszkańcami miast i wsi: „W 2000 roku ustalono, że w całym kraju przeciętny dochód na wsi wynosi 272 dolary per capita w porównaniu z 743 dolarami w mieście, ale liczby te ukrywały znacznie większe dysproporcje” [26].

W wymienionych wcześniej krajach, z wyjątkiem Chin, gwałtowne procesy migracyjne doprowadziły do koncentracji najbiedniejszych w dzielnicach nędzy powstających spontanicznie od kilkadziesiąt lat na obrzeżach wielkich miast, czyli slumsów, w Brazylii zwanych favelami. Według szacunków ONZ na świecie jest około 250 tysięcy takich osiedli, gdzie zamieszkuje 1,2 miliarda ludzi, a każdego roku liczba ta wzrasta o kolejne 25 milionów. Wielu mieszkańców slumsów jest skazanych na chroniczny głód [27]. Jak pisze Artur Domostawski „W Raporcie ONZ Wyzwanie slumsów z 2003 roku zostały one określone jako obszary nędzy, przeludnienia, często bez dostępu do wody i urządzeń sanitarnych, bez uregulowanych praw własności do ziemi i budynków” [28]. Ich mieszkańców określa

się mianem wykluczonych, wśród nich jest wiele dzieci. Rozległe slumsy powstały także w miastach afrykańskich. Do najstłanniejszych należy Kibera w Nairobi, stolicy Kenii. Medialnie została spopularyzowana na świecie dzięki Fernando Meirellesowi, który nakręcił tutaj film „Wierny Ogrodnik”. Wcześniej tenże reżyser sportretował favelas pod Rio w słynnym filmie „Miasto Boga” [29]. Przeróżający charakter, zarówno co do rozmiarów jak i panującej w nich niewyobrażalnej nędzy, mają slumsy w miastach indyjskich. Do największych należą ogromne slumsy w Bombaju, które zyskały sławę, kiedy film „Slumdog. Milioner z ulicy” zarobił 400 milionów dolarów, zdobył osiem Oskarów i zyskał tkliwe współczucie całej planety” [27]. Według Mike’a Davisa Mumbaj (czyli d. Bombaj) można określić nawet mianem światowej (globalnej) stolicy slumsów. Kolejne miejsca na tej liście zajmują takie miasta jak Meksyk, Dhaka, Lagos, Kair, Karaczi, konurbacja Kinszas-Brazaville, São Paulo, Szanghaj i Delhi [30].

Jak pisze Scott Carney „Odkąd zaczęto powszechnie stosować leki immunosupresyjne, takie jak cyklosporyna, międzynarodowe kliki lekarzy i przekupne komisje etyczne powoli zmieniają slumsy w Egipcie, RPA, Brazylii (oraz Indii – przyp. E.B i S.A.) w istne farmy organów” [15]. To właśnie zarysowane wyżej okoliczności sprawiają, że nie brakuje ludzi chętnych do zaofiarowania nerki za odpowiednią rekompensatą finansową tym, którzy jej potrzebują. Jest też szczególna kategoria dawców, jak więźniowie i skazańcy w Chinach, których się nie pyta o zdanie, kiedy pozbawia się ich niezbędnych do życia organów.

Oczywiście w takich przypadkach pozyskiwania organów do przeszczepu dawca i biorca nie spotykają się najczęściej osobiście; łączy ich zazwyczaj sieć pośredników, którzy wykorzystując ekstremalne położenie obu stron, tzn. dawcy i biorcy, czerpią krociowe zyski, ponieważ to im przypada lwia część sumy oferowanej przez biorcę za transplant. Z kolei biedacy sprzedający swoje organy najczęściej nie są świadomi wszystkich konsekwencji jakie wynikają z oddania organu i zwykle nie mają zapewnionej opieki lekarskiej po pobraniu od nich organu, pozostając ze skromną w istocie kwotą pieniędzy otrzymaną od pośrednika [15]. Bywa, iż narządy do przeszczepu pobierane są podstępem od nieświadomych tego faktu ludzi, poddawanych np. koniecznej, rzekomo, operacji lub w wyniku wymuszenia, po uprzednim zwabieniu podstępem do obcego kraju, pod pozorem załatwienia pracy. Ponieważ podróz i zakwaterowanie generują zadłużenie zwabionych w ten sposób osób u pośredników trudniących się tym przestępczym procederem, jako formę spłaty tego długu wymusza się na nich oddanie nerki do transplantacji [31]. Ben Rawlence w książce „Miasto cierni. Największy obóz

dla uchodźców” wspomina o innym procederze „Plemiona Beduinów i Raszaida rozkręciły interes, porywając dla okupu Erytrejczyków podróżujących o własnych siłach przez Synaj i handlując ich organami” [32] Krajem turystyki transplantacyjnej stały się Indie, gdzie kwitnie czarny rynek organów do przeszczepów, przede wszystkim nerek [31, 33].

W przypadku Chin, „wydajnym” źródłem organów do przeszczepów stali się skazańcy, ponieważ jest to kraj, w którym szczególnie często stosowana jest kara śmierci. W tym drugim przypadku chodzi, przede wszystkim, o osoby aresztowane i uwięzione za przynależność do ruchu Falun Gong. Ruch ten początkowo potraktowany został przez władze chińskie z pewną dozą przychylności, ponieważ jego członkowie uprawiali ćwiczenia fizyczne i dbali o przestrzeganie zdrowej diety, co korzystnie wpływało na ich stan zdrowia. Z czasem jednak, z uwagi na swój masowy charakter i zdolność do mobilizacji swoich zwolenników zaczął być postrzegany przez przywództwo chińskie jako groźny konkurent dla rządzącej KPCh. Zaczęły się masowe represje i dziesiątki tysięcy zwolenników Falun Gong trafiło do więzień i obozów w trybie administracyjnym. Ponieważ wielu aresztowanych z obawy przed represjonowaniem swoich rodzin nie ujawniło swojej tożsamości, powstała kategoria anonimowych więźniów, których istnienie znane było jedynie służbom więziennym i które mogły być przemieszczane między więzieniami. To właśnie osoby należące do tej kategorii więźniów stały się bezwolnymi dostawcami organów do transplantacji na zamówienie. W ten zbrodniczy proceder zaangażowane były służby więzienne i personel wybranych oddziałów szpitalnych, oferujących usługi medyczne w zakresie transplantacji dla klientów również zagranicznych. Oferty te, zamieszczane często na stronach internetowych szpitali wyróżniały się stosunkowo krótkim okresem oczekiwania na nerkę konieczną do przeszczepu, a także tym, że miała pochodzić od żywego dawcy. [34,35] „Wysokie ceny obowiązujące na czarnym rynku handlu organami prowadzą zaś do wielu nadużyć zarówno w więzieniach – gdzie skazani traktowani są czasem przez strażników niczym zbiór drogich części zamiennych – jak i w szpitalach, w których cenne organy nielegalnie sprzedawane są obcokrajowcom” [35].

Wszystkie wskazane wyżej okoliczności towarzyszące pozyskiwaniu transplantów sprawiły i nadal sprawiają, że niesłychanie pilnym zadaniem stało się wypracowanie odpowiednich regulacji prawnych nie tylko w skali poszczególnych krajów, lecz także na poziomie międzynarodowym. Wprawdzie wydawać by się mogło, że wystarczającą zaporę przeciwko takim szemranym praktykom, noszą-



cym niekiedy znamiona zbrodniczych, powinny stworzyć normy zawarte w kodeksach etycznych, obowiązujące zatrudnionych w placówkach służby zdrowia pracowników zawodów medycznych, z lekarzami i pielęgniarkami na czele [36]. Fakty opisane powyżej, ukazujące szereg nagannych, o charakterze przestępczym, by nie powiedzieć wręcz zbrodniczym praktyk, z niewątpliwym udziałem przedstawicieli świata medycznego, a przede wszystkim, całych zespołów lekarzy zatrudnionych w szpitalach, bez których udziału nie mogłyby one mieć miejsca, wskazują, że wzmiankowane wyżej zasady etyczne nie są dostateczną przeszkodą tam, gdzie w istocie najważniejszy jest zysk. Stąd potrzeba wprowadzenia prawodawstwa odwołującego się do określonych zasad filozoficznych i systemu wartości obowiązującego w danej społeczności, i stawiającego jednoznacznie na altruizm, jako podstawową przesłankę propagowania i praktykowania dawstwa od osób żywych.

W świetle powyższych wywodów szczególną uwagę należy zwrócić na Europę i jej prawodawstwo w tej kwestii. Ustawodawstwo europejskie występuje na co najmniej dwóch poziomach: na poziomie Rady Europy i na poziomie Unii Europejskiej. Z uwagi na szerszy zasięg jego obowiązywania, większe znaczenie mają prawa przyjmowane przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy, której członkami są nie tylko niemal wszystkie kraje europejskie (bez Białorusi, a Watykan ma status obserwatora), w tym także Turcja oraz niektóre kraje sukcesyjne b. ZSRR, położone w regionie, którego przynależność do Europy nie jest bezsporna (Armenia, Azerbejdżan, Gruzja) [37]. Podstawową formą ustawodawstwa przyjmowanego pod auspicjami Rady Europy są jej konwencje, których do 2016 roku, łącznie z protokołami dodatkowymi przyjęto aż 211 [38]. Z punktu widzenia interesującego nas problemu szczególne miejsce wśród nich zajmuje przyjęta w Oviedo, w Hiszpanii 4 kwietnia 1997 roku Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, mająca chronić „prawa człowieka i godność istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny”. Odwołując się do wcześniej przyjętych dokumentów, takich jak m. in. Powszechna deklaracja praw człowieka z 10 grudnia 1948 roku czy Europejska Konwencja o ochronie praw i wolności z 1950 roku, sygnatariusze Konwencji z Oviedo świadomi, „że niewłaściwe wykorzystanie biologii i medycyny może zagrażać godności ludzkiej” uzgodniły, że „Pobranie narządów albo tkanek od żyjącego dawcy w celu dokonania przeszczepu może być przeprowadzone jedynie dla uzyskania terapeutycznej korzyści biorcy i tylko wtedy, gdy nieosiągalny jest odpowiedni narząd lub tkanka od osoby zmarłej, a nie istnieje alternatywna metoda”. Jednocześnie w artykule 21

też Konwencji zawarto postanowienie mówiące, że „Ciało ludzkie i jego części nie mogą, same w sobie, stanowić źródła zysku.” [39]. Sygnatariusze Konwencji, dostrzegając problem niedostatecznej podaży organów do przeszczepów, wskazali na konieczność podjęcia działań zmierzających do pozytywnej zmiany tego stanu rzeczy głównie poprzez działalność informacyjną wobec społeczeństw oraz zacieśnienie współpracy w tej kwestii w skali europejskiej. Przy tym wskazano, że działania te powinny uwzględniać problemy natury etycznej, psychologicznej i społeczno-kulturowej, wiążące się z problematyką transplantacji. Ponadto zwrócono uwagę na niebezpieczeństwa związane z niewłaściwym przeprowadzaniem przeszczepów narządów, zwłaszcza na te, które mogą stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia lub godności osoby ludzkiej [39]. Kolejna niezmiernie ważna Konwencja, wiążąca się z problematyką transplantacji, przyjęta została w dniu 25 marca 2015 roku, przeciwko handlowi organami ludzkimi, wzywa państwa sygnatariuszy do uznania za przestępstwo nielegalne pobieranie organów ludzkich do przeszczepu, zarówno od dawców żywych jak i martwych. Ściganiu powinno podlegać także, w myśl postanowień Konwencji, czerpanie korzyści finansowych w zamian za usunięcie organu od dawcy żywego lub martwego. Przewidziana została również ochrona i odszkodowania dla ofiar, oraz środki mające na celu zapewnienie transparentności i opartej na zasadzie sprawiedliwości dostępności do świadczeń transplantacyjnych [40]. Zapisy skierowane przeciwko czerpaniu zysków z ciała ludzkiego lub jego części znalazły się także w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej, która została przyjęta przez Parlament Europejski, Radę Unii Europejskiej i Komisję Europejską w 2000 roku w Nicei. Z kolei w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 2010 roku położono nacisk na znaczenie altruizmu jako podstawowego motywu skłaniającego dawcę do przekazania organu do przeszczepu. W dyrektywie podkreślono rosnące od 50 lat znaczenie transplantacji narządów, zwracając m. in. uwagę, że jest to aktualnie najbardziej opłacalna metoda leczenia schyłkowej niewydolności nerek [41]. Akcentując znaczenie altruizmu w dziedzinie dawstwa narządów do przeszczepu, dyrektywa zwraca uwagę na ryzyko, jakie niesie z sobą przeszczepianie organów, wiążące się z niebezpieczeństwem przenoszenia chorób z dawcy na biorcę. Jest to jeden z najpoważniejszych argumentów przemawiających za zwalczaniem nielegalnego pobierania i handlu organami ludzkimi, „ponieważ zespół lekarski miałby ograniczone możliwości przeprowadzenia odpowiedniej oceny ryzyka” [41].

Mimo tak stanowczego sprzeciwu wobec jakiegokolwiek formy handlu narządami i tkankami do przeszczepu, wy-

nikającego, między innymi, z przesłanek natury religijnej i wyraźnie sformułowanego na gruncie obowiązującego w Europie prawa [42], także w przestrzeni europejskiej pojawiają się opinie sugerujące, że sama zasada altruizmu nie wystarczy aby zapewnić dostateczną ilość organów do przeszczepów. W tym miejscu warto przytoczyć słowa prof. Wojciecha Rowińskiego, wybitnego polskiego transplantologa, który stwierdził „Walczymy o altruistyczne motywy oddawania narządów do przeszczepów, ale wiara w to, że jedynie altruści będą oddawać nerki, jest naiwnością” [43]. Stąd pojawiające się propozycje wprowadzenia jakiejś formy symbolicznej rekompensaty dla dawców bądź ich rodzin w postaci refundowania przez państwo kosztów pogrzebu. Jeden z najwybitniejszych filozofów amerykańskich Michael J. Sandel pisze co następuje: „Oczywiście można zezwolić na handel organami wyłącznie w sytuacjach, w których chodzi o ratowanie chorego i kiedy nie stanowi to zagrożenia dla życia sprzedającego” [44]. Na chwilę obecną podobne rozwiązanie obowiązuje oficjalnie w Iranie, gdzie rekompensatę dla dawcy finansuje państwo i rodzina biorcy [31].

Wnioski: Podsumowując niniejsze rozważania należy zwrócić uwagę na fakt, iż uregulowania prawne dotyczące transplantacji w Polsce postępowały w ślad za rozwojem tej dziedziny medycyny. Zaś uregulowania etyczne, wynikające z kodeksów etycznych zawodów medycznych, jak pokazała rzeczywistość w skali międzynarodowej, okazały się dalece niewystarczającym zabezpieczeniem przed uwikłaniem niektórych lekarzy w nielegalny proceder pozyskiwania i przeszczepiania organów.

W podejściu poszczególnych społeczności do pozyskiwania transplantów istotną rolę odgrywają uwarunkowania natury kulturowej, zwłaszcza te, których korzenie tkwią w przekonaniach natury religijnej. Przedstawiciele głównych religii nie sprzeciwiają się w zasadzie samej idei i praktyce transplantacji, podkreślając jedynie zasadę dobrowolności i poszanowania godności osoby ludzkiej.

Jednak postawy altruistyczne, tak podkreślane w prawodawstwie europejskim, jak zauważają znawcy przedmiotu, nie są w stanie zaspokoić zapotrzebowania na organy dla osób oczekujących na przeszczep. Stąd pojawiające się głosy za wprowadzeniem jakiejś, choćby symbolicznej formy rekompensaty dla dawcy lub jego rodziny. Na dziś niedobór organów sprzyja istnieniu czarnego rynku organów ludzkich, którego funkcjonowanie jest możliwe dzięki obszarom skrajnej biedy w świecie, gdzie ludzie za niewielką często rekompensatą finansową gotowi są oddać nerkę.

## Piśmiennictwo

1. Tilney NL, Przeszczep. Od mitów do rzeczywistości, Index Copernicus International S.A., Warszawa 2009, s. 84-86.
2. Cierpka L, Historia transplantacji [w:] Cierpka L, Durlik M. (red.) Transplantologia kliniczna. Zasady ogólne, Termedia. Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2015, s. 17-21.
3. Wójcicki K.R., Ile żyje przeszczep, <http://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,ile-zyje-przeszczep,artykul,1690425.html>
4. Hołub ks. G., O dwu sposobach pozyskiwania organów do transplantacji, „Studia Gdańskie” T. XXV, s. 129-146, <http://www.grzegorzholub.com/pdf/handel.pdf>
5. Doświadczenia Polski na tle Europy i Stanów Zjednoczonych. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej <http://www.zywydawcanerki.pl/przeszczepienie-nerki-od-zywego-dawcy/doswiadczenia-polski-na-tle-europy-i-stanow-zjednoczonych>.
6. Historia medycyny, red. T. Brzeziński, Warszawa 1995, s. 23-61.
7. Nogal H., Wiśniewska, E., Antos E. Transplantacje narządów w perspektywie transkulturowej Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 1 (46) 2016, s. 52-60.
8. Transplantacja a religie, Opracowane na podstawie pracy dyplomowej Aleksandry Bełdowicz pt. „Problematyka niskiej liczby dawców w świetle prawa polskiego, unijnego i amerykańskiego”. <https://www.dawca.pl/warto-wiedziec/transplantacja-a-religie>
9. Transplantacja organów ludzkich, Werdykt Komitetu fatw w Arabii Saudyjskiej, planetainislam.com; Riyadh, Dżumadah Thani 18-23, 1408 / Luty 6-11, 1988; [http://www.planetaislam.com/praktyka/fatwa/transplantacja\\_organy\\_ludzkie\\_islam.htm](http://www.planetaislam.com/praktyka/fatwa/transplantacja_organy_ludzkie_islam.htm)
10. Smolińska M., Czy Panu Bogu podobają się transplantacje? 3.03.2011, „Gazeta Wyborcza” z 3.09.2017, [http://wyborcza.pl/1,76842,9195796,Czy\\_Panu\\_Bogu\\_podobaja\\_sie\\_transplantacje\\_.html](http://wyborcza.pl/1,76842,9195796,Czy_Panu_Bogu_podobaja_sie_transplantacje_.html)
11. Różnice kulturowe. Wywiad z M. Lock, L'Actualité (Montreal). Przedruk z Le Courrier International (11-17 VI). Cyt. za „Antropologia Medycyny” nr 10 (43) 1998 (Dodatek do „Forum”).
12. Blunden C. Elvin M., Wielkie kultury świata. Chiny. Wydawnictwo Penta, Warszawa 1997; 192-193.
13. Żbikowski T., Chiny, (w:) Zwyczaje, obrzędy i symbole religijne, Iskry, Warszawa 1974, s. 85-142.
14. Kajdański E. Medycyna chińska dla każdego. Wydawnictwo Literackie. Kraków 2011; 82-123.
15. Carney S., Czerwony rynek. Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci, Wołowiec 2016, s. 13-32.
16. Gini Coefficient. <http://mathworld.wolfram.com/GiniCoefficient.html>. Atkinson A.B., Nierówności. Co da się zrobić? Warszawa 2017, 23-82.
17. Höffe O., Etyka państwa i prawa, Kraków 1992, s. 53-74.
18. Dardziński P., Społeczna gospodarka rynkowa, Słownik społeczny, red. B. Szlachta, Kraków 2004, s. 1291-1302.
19. Giddens A., Socjologia. Wydanie nowe. Współpr. P.W. Sutton, Warszawa 2012, s. 476-518.
20. Serafini L. (red.) Historia powszechna, T. 19, Od II wojny światowej do wojny o niepodległość Wietnamu, Kraków 2008, 363-397.
21. Edvardsen T.S., Hagtvet B. (red.), Nordycki model demokracji i państwa dobrobytu, Warszawa 1994, s. 65-69.
22. Doświadczenia Polski na tle Europy i Stanów Zjednoczonych. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej <http://www.zywydawcanerki.pl/przeszczepienie-nerki-od-zywego-dawcy/doswiadczenia-polski-na-tle-europy-i-stanow-zjednoczonych>

23. Deaton A., Wielka ucieczka, Warszawa 2016, s. 145-185.
24. Jak Partia Pracujących zmieniła Brazylię? Wywiad z prof. Ladi-slaudem Dowborem (w:) Petelczyc J., Cichy M. (red.), Brazylia, kraj przyszłości?, Warszawa
25. Atkinson A.B., Nierówności. Co da się zrobić? Warszawa 2017, 23-82.
26. Grésillon G., Chiny. Wielki skok w mgłę, Warszawa 2016, s. 45
27. Caparrós M., Głód, Krak/ów 2016, s. 107/210-234.
28. Domostawski A., Wykluczeni, Warszawa 2017, s. 38-58/136.
29. Lame D. de, Chwile i żywoty w slumsach Nairobi, (w:) Ku Afry-ce. Poznać. Działać. Dzielić się, Warszawa 2014, s. 41-66.
30. Davis M., Planeta slumsów, Warszawa 2009, s. 37-42.
31. Chmiel S., Społeczne i kulturowe bariery martwego dawstwa narządów w opinii koordynatorów transplantacyjnych, Praca doktorska napisana pod kierunkiem dr. hab. W. Żelaznego, prof. UwB, Białystok 2014, [http://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/2685/Chmiel\\_Sylwia\\_doktorat.pdf](http://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/2685/Chmiel_Sylwia_doktorat.pdf)
32. Rawlence B., Miasto cierni. Największy obóz dla uchodźców, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2017, s. 287.
33. Dasgupta Rana, Delhi. Stolica ze złota i kryształu, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2016, s. 129.
34. KRWAWY ŻNIWO UAKTUALNIONY RAPORT W SPRAWIE ZARZUTÓW O POZYSKIWANIE NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH OD PRAKTYKUJĄCYCH FALUN GONG W CHINACH Autorzy: David Matas i David Kilgour 31 styczeń 2007, <http://organharvestinvestigation.net/report0701/report20070131-polish.pdf> s. 1-43]
35. Przybylski J., Chińczycy przestaną zabierać organy więźniom? <http://www.rp.pl/artykul/848855-Chinczy-przestana-zabierac-organy-wiezniom-.html#ap-1>
36. Nawrocka A., Etos w zawodach medycznych, Kraków 2008, s. 117-208, [https://wydawnictwowam.pl/sites/wam/files/51550\\_skrot\\_0.pdf](https://wydawnictwowam.pl/sites/wam/files/51550_skrot_0.pdf)
37. Państwa członkowskie RE, Stałe Przedstawicielstwo Rzeczypospolitej Polskiej przy Radzie Europy w Strasburgu, [http://strasburgre.msz.gov.pl/pl/p/strasburgre\\_fr\\_s\\_pl/o\\_re](http://strasburgre.msz.gov.pl/pl/p/strasburgre_fr_s_pl/o_re)
38. Najważniejsze dokumenty Rady Europy, [http://strasburgre.msz.gov.pl/pl/o\\_re/dokumenty/](http://strasburgre.msz.gov.pl/pl/o_re/dokumenty/)
39. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, Oviedo, 4 kwietnia 1997 roku, European Treaty Series (ETS) / Série des traités européens (STE) Nr 164, [http://www.poltransplant.org.pl/konwencja\\_o\\_prawach.html](http://www.poltransplant.org.pl/konwencja_o_prawach.html);
40. Szczegóły traktatu nr 216, Konwencja Rady Europy przeciwko handlowi organami ludzkimi, Council of Europe, Biuro Traktatu <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/216>.
41. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/UE z dnia 7 lipca 2010 r. W sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia, Dziennik Urzędowy L 207, 06/08/2010 P. 0014 – 0029, <http://www.poltransplant.org.pl/201045ue.html>
42. Tykwińska-Rutkowska D., Transplantacja. Studium z prawa administracyjnego, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2013, s. 65-69.
43. Wojtasiński Z., Ile za nerkę, 17 listopada 2002, <https://www.wprost.pl/31834/Ile-za-nerke>
44. Sandel M.J. Sprawiedliwość. Jak postępować słusznie? Kurhaus, Warszawa 2013, s. 96-98.

Zaakceptowano do edycji:  
Zaakceptowano do publikacji:

**Adres do korespondencji:**

Ewa Baum, Stanisław Antczak  
Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Rokietnicka 7  
60-806 Poznań