

ROMAN TOKARCZYK

## ZARYS REGULACJI TRANSPLANTACJI ORGANÓW LUDZKICH

*Należy się z tym liczyć, że jesteśmy dopiero u zarania ery przeszczepów, że technika ich jest niedoskonała, że istnieją moralne lub religijne opory ...*

Tadeusz Kielanowski

### GŁÓWNE POJĘCIA

Późnołacińskie określenie *transplantare* w języku polskim upowszechniło się jako transplantacja. Oznacza ono przeszczepianie – w sensie operacyjnego przeniesienia – częścię komórek i tkanek (naskórka, skóry, rogówki, kości, naczyń krwionośnych, jelit), rzadziej zaś całych narządów (nerkę, serca, wątroby, płuc, trzustki) z organizmu dawcy do organizmu biorcy, w celu polepszenia jego zdrowia. Najczęściej wykonywaną obecnie transplantacją jest transfuzja krwi. Przyczyną dokonywania transplantacji jest uszkodzenie, ubytek lub brak określonej tkanki lub narządu. Transplantowane tkanki i narządy zwane są przeszczepami (transplantami). Przeszczepy mogą mieć charakter naturalny lub niebiologicznych protez z tworzywa sztucznego (sztuczne: nerka, serce, zastawka sercowa, płuc-serce, kości, naczynia krwionośne, obiecujące są doświadczenia ze sztuczną wątrobą). Transplantacje protez, albo inaczej alloplastyka, określane są ściślej mianem wszczepiania (implantacji).

Z uwagi na powiązania między dawcą i biorcą przeszczepianych komórek, tkanek i narządów, np. pokrewieństwo, rozróżnia się wiele rodzajów przeszczepiania<sup>1</sup>.

Autotransplantacje, operacje tego samego organizmu, gdy dawca i biorca przeszczepów jest tą samą osobą, zwane są również własnopochodnymi, autologicznymi albo autogenicznymi. Transplantacje pomiędzy identycznymi genetycznie osobnikami, czyli bliźniakami jednojajowymi, zwane są izotransplantacjami.

Homotransplantacje mogą mieć miejsce w obrębie tego samego, ale już całego gatunku ludzkiego. Homotransplantacja nabiera charakteru izogenicznego (syngenicznego), gdy dawca i biorca są jednakowymi pod względem

---

<sup>1</sup> Rodzaje przeszczepiania omawiają prace z różnych gałęzi medycyny, szczególnie jednak kardiologii. Por. np. Z. Religa (red.), *Zarys kardiologii*, Warszawa 1993; G. J. Taylor, *Kardiologia w praktyce*, Warszawa 1997; R. Chadwick (Ed.), *Encyclopedia of Applied Ethics*, vol. 1 - 4, Academic Press 1998, zwłaszcza hasło *Organ Transplants and Donors*.

genotypowym bliźniętami jednojajowymi. Homotransplantacja z człowieka na człowieka, nie będących bliźniętami zwana jest śródgatunkową, bliźniopodobną albo allogeniczną.

Heterotransplantacja (ksenotransplantacja) jest operacją obcogatunkową (obcopolodną), w której przeszczep należy do osobnika innego gatunku – zwierzęcia. Wreszcie z uwagi na witalny stan dawcy mówi się o przeszczepach z ciał zmarłych (*ex mortuo*) i przeszczepach z ciał żywych (*ex vivo*). Nauka zajmująca się opisem istoty i rodzajów transplantacji nazywa się transplantologią i należy do medycyny klinicznej.

Główne trudności transplantacji, opisywane przez transplantologię, wynikają ze skomplikowanych procesów immunologicznych – odrzucania przeszczepu z powodu istnienia zjawiska bariery immunologicznej. Organizm biorcy komórki, tkanki lub narządu rozpoznaje, że w sensie biologicznym są one cudze. Reaguje przeciwko przeszczepowi, broni się na swój sposób, odrzuca go i powoduje jego obumarcie, co oznacza niepowodzenie transplantacji. Opracowanie skutecznych metod przełamania bariery immunologicznej jest głównym warunkiem postępów w transplantologii<sup>2</sup>.

Ponadto, poddaje się pod uwagę szereg innych cech dawców i biorców, jak np. grupę krwi, wiek, brak infekcji i schorzeń, względy psychiatryczne, psychologiczne i społeczne. Najlepsze przeszczepy pochodzą od młodych, zdrowych dawców – ofiar gwałtownej śmierci. Obecnie serce i płuco mogą być przeszczepiane do 4 godzin od pobrania, wątroba od 8 do 12 godzin, nerka może być utrzymywana *in vivo* ponad 24 godziny. Dodatkowe trudności dotyczą niedostatku przeszczepów i wysokich kosztów transplantacji.

## HISTORIA I PRZYSZŁOŚĆ

Pomysły zamiany utraconych lub nieuleczalnie uszkodzonych tkanek i narządów były marzeniem ludzkości od jej prapoczątków. Dopóki leczenie było domeną magów, a ludzkość nie знаła jeszcze skutecznych sposobów umożliwiających realizację owych marzeń o zdrowiu, transplantacje nie mogły mieć oczywiście miejsca. O pierwszych ich próbach świadczą ryciny powstałe w bardzo odległych od naszych czasów cywilizacjach Azteków, Etrusków, Majów, Tybetu i Chin. W życiorysach świętych męczenników Damiana i Kosmy zawarta jest legenda o dokonanej przez nich w cudowny sposób wymianie nogi, porażonej nowotworem złośliwym, na zdrową nogę głęboko wierzącego zmarłego właśnie Etiopczyka. Plastikne wyobrażenia owej udanej transplantacji kończyny utrwalają obrazy wzbogacające paryski Luwr i madryckie Prado<sup>3</sup>.

W czasach Odrodzenia podjęto pierwsze próby przeszczepiania chrząstek i kości, kierując się przy tym nie tyle względami medycznymi –

<sup>2</sup> Szerzej na ten temat piszą m.in. M. Jakubisiak, A. Pasek, *Immunologia transplantacyjna*, Warszawa 1985.

<sup>3</sup> Zarys historii transplantacji organów ludzkich można odtworzyć na podstawie licznych prac dotyczących historii medycyny i opracowań monograficznych. Por. także R. Dzierżanowski, *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*, Warszawa 1983.

dążeniem do zwalczania chorób, ile estetycznymi – pragnieniem – korygowania braków i deformacji ludzkiego ciała. Oto w 1503 roku Brance, znany lekarz sycylijski, dokonując operacji plastycznej nosa bogatego patrycjusza, posłużył się skórą, której zapewne niedobrowolnym „dawcą” był niewolnik.

Wzmianki o próbach przetaczania krwi cielejącej ludziom, pochodzące z II połowy XVII wieku, poświadczają o niepowodzeniach i porzuceniu ich na około półtora wieku. Powodzeniem zakończyła się natomiast operacja przeszczepu skóry człowieka na człowieka, przeprowadzona w 1816 roku przez angielskiego chirurga Capue w Londynie. W dwa lata później J. Blundel – angielski fizjolog i położnik – mógł się pochwalić sukcesami pionierskiej metody przetaczania krwi wykrwawionym położnicom. Po dwóch następnych latach, tym razem niemieccy lekarze, dokonali transplantacji kości i wkrótce po tym – rogówki, gruczołu tarczycowego i tkanki nerwowej.

Wielkie osiągnięcia, odnotowane w medycynie XX wieku, umożliwiły szybki rozwój liczby i jakości dokonywanych transplantacji. Za punkt zwrotny w rozwoju nadzwyczaj trudnej sztuki transplantacji należy uznać przejście od przeszczepów komórek, tkanek i narządów zewnętrznych człowieka do przeszczepów jego narządów wewnętrznych. Krokiem milowym na tej drodze było rozróżnienie, przez K. Landsteinerja w 1901 roku, grup krwi, rozwinięte osiągnięciami Polaka Ludwika Hirszfelda i Niemca Emila Dungerno. Dzięki temu rozpowszechniła się skuteczna metoda przetaczania krwi jako samodzielnej transplantacji i niezbędnej transplantacji pomocniczej przy innych transplantacjach, np. serca. W 1912 roku francuski lekarz A. Carrel otrzymał Nagrodę Nobla za opracowanie metody ponownego łączenia przeciętych naczyń i odkrycie bariery biologicznej między dawcami i biorcami komórek, tkanek i narządów. Druga połowa XX stulecia przyniosła masowe przeszczepy nerek i spektakularne przeszczepy serca.

Przełamywanie ograniczeń szybkiego rozwoju liczby i jakości dokonywanych transplantacji wiąże się ze wzrostem liczby dawców narządów. Aby zwiększyć tę liczbę wymyślono nową definicję śmierci człowieka. W 1968 roku tzw. Komisja Harwardzka odrzuciła dotychczasową klasyczną definicję śmierci, opartą na zaniku krążenia krwi i oddychania na rzecz nowej definicji śmierci mózgowej.

Przyjęcie poglądu, że człowiek umiera w chwili, gdy umiera jego mózg, a więc gdy nie ustały jeszcze procesy krążenia krwi i oddychania, poszerzyło ogromnie liczbę dawców narządów przydatnych dla celów transplantacji. Jednocześnie, w ocenach zwolenników klasycznej definicji śmierci, spotęgowało kontrowersyjność transplantacji narządów pobieranych z oddychającego jeszcze i ciepłego ciała ludzkiego. Ostatecznie jednak przeważają interesy zwolenników transplantacji ponieważ o losie pozbawionego świadomości dawcy narządów decydują ludzie posiadający świadomość – rodziny, lekarze i biorcy<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Na temat różnych medycznych definicji śmierci, szczególnie śmierci mózgowej pisali m.in. D. Lamb, *Death, Brain Death and Ethics*, Averbury 1996; P. McCullagh, *Brain Dead, Brain Absent, Brain Donors*, Chichester 1994; C. Pallis, D. Harley, *ABC of Brainstem Death*, London 1996.

Trwają wielostronne poszukiwania innych źródeł narządów niż ich pobieranie *ex vivo*. Poszukiwania te kierują się zarówno ku narządom sztucznym jak i narządom naturalnym. Narządy sztuczne spełniają jednak na ogół swoją rolę do czasu wymiany narządu na naturalny, z istoty rzeczy bardziej odpowiedni. Wskazane ze wszech miar autotransplantacje mają ograniczone zastosowanie, głównie do wymiany komórek i tkanek, np. szpiku kostnego, ale nie narządów.

Tam, gdzie zachodzi konieczność heterotransplantacji a pobieranie narządów *ex vivo* rodzi wątpliwości, wykorzystywane są inne możliwości. Oto, mimo postępu badań prenatalnych, rodzą się wciąż bezmózgowe dzieci, traktowane niekiedy jako dawcy narządów. Oto rozwija się szybko laboratoryjna hodowla komórek, tkanek i narządów; bioinżynierowie potrafią już wytworzyć kości, mięśnie, chrząstki, naczynia krwionośne, pęcherz, cewkę moczową, wątrobę. Oto klonowanie istot ludzkich, a przynajmniej zwierząt, gdyby zostało zalegalizowane, mogłoby otworzyć przed transplantacjami jeszcze bardziej rozległe perspektywy<sup>5</sup>.

## ZASADY PRZEWODNIE

Szybki rozwój transplantacji, i opartej na niej praktyki transplantacyjnej, wymusił określenie zasad przewodnich, przyjmowanych za podstawę odpowiednich regulacji prawnych. Zasady te kształtowały się w okresie kilkunastu lat na gruncie regulacji krajowych, dokumentów Rady Europy i konwencji organizacji o zasięgu światowym. Zostały przyjęte 24 stycznia 1991 roku przez Komitet Wykonawczy Światowej Organizacji Zdrowia. Uzupełniono je 4 kwietnia 1997 roku w Oviedo postanowieniami Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny. W sumie wyodrębniono dziewięć zasad przewodnich transplantologii i praktyki transplantacyjnej<sup>6</sup>.

Po pierwsze, jest to zasada legalności pobierania przeszczepów z ciał osób zmarłych – zgodnie z prawem danego państwa. W szczególności wymagane jest stwierdzenie braku sprzeciwu osoby zmarłej, wyrażonego za życia na usunięcie określonych organów z jej ciała, w celu przeszczepu. Gdy brak dowodów takiego sprzeciwu można przyjmować „opcję za” pobraniem organów, ale za zgodą członka rodziny. Gdy natomiast są dowody dorozumianej zgody, obowiązuje reguła „bez opcji”, czyli nie wymagana jest zgoda członków rodziny, którzy mogą jednak zgłosić swój sprzeciw.

Po drugie, jest to zasada obiektywizmu stwierdzenia śmierci potencjalnego dawcy przeszczepu, usuwania go z ciała zmarłego i dla uzyskania terapeutycznej korzyści wszczepienia biorcy. Chodzi o to aby na tych trzech etapach procesu transplantacyjnego działały trzy różne zespoły le-

<sup>5</sup> Por. np. raport Nuffield Council of Bioethics: Animal to Human Transplants, *The Ethics of Xenotransplantation*, London 1996.

<sup>6</sup> Spośród bardzo wielu opracowań na ten temat na uwagę zasługuje B. Chazan, *Transplantacja komórek, tkanek i narządów w świetle obowiązującego prawa na tle rozwiązań przyjętych przez Radę Europy i ustawodawstwa innych krajów*, „Palestra” 1998, nr 5 - 6.

karskie, w celu wyeliminowania możliwej ich interesowności jak też konfliktów interesów między nimi.

Po trzecie, jest to zasada pobierania przeszczepów raczej od osób zmarłych niż osób żywych. Dawcami spośród osób żywych, gdy to konieczne, powinny być osoby pełnoletnie i spokrewnione z biorcami. Warunkiem pobrania organu z ciała dawcy żyjącego powinien być brak alternatywnej metody terapeutycznej o porównywalnej skuteczności. Powinna też być nieprzymuszona zgoda dawcy poprzedzona dostateczną informacją o celu, istocie, ryzyku, czyli możliwych skutkach – niebezpieczeństwach i korzyściach zarówno dla niego jak i biorcy, wynikających z transplantacji.

Po czwarte, jest to zasada pełnoletności dawcy organu do celów transplantacji. W sformułowaniu negatywnym wyraża ona zakaz pobierania organów od osób niepełnoletnich. Wyjątkiem jest pobieranie tkanek zdolnych do regeneracji i niekiedy zgoda przedstawiciela małoletniego. Opinia małoletniego jest tutaj czynnikiem o znaczeniu wzrastającym, zależnie od jego wieku i stopnia dojrzałości.

Po piąte, jest to zasada zakazująca wprowadzania ciała ludzkiego do obrotu handlowego. Przeto jakkolwiek zapłata za pobrane organy powinna być zabroniona. Zakazuje się importu i stosowania w transplantacjach organów nieznanego pochodzenia. Z zasady tej nie wynika natomiast zakaz zwrotu kosztów poniesionych przy donacji, pozyskaniu i dostarczeniu organów przeznaczonych do transplantacji.

Po szóste, jest to zasada niedopuszczania do jakichkolwiek ogłoszeń w sprawie odpłatnego zapotrzebowania na organy do transplantacji. Wszelkie natomiast formy publicznego zachęcania do donacji organów ludzkich w takim celu nie naruszają zasady.

Po siódme, jest to zasada zabraniająca ludziom medycyny podejmowania czynności transplantacji, gdyby mieli uzasadnione przekonanie, że organy były przedmiotem obrotu handlowego.

Po ósme, jest to zasada zakazująca osobom i ośrodkom dokonującym transplantacji organów pobierania honorariów przekraczających wartości wykonanych usług.

Po dziewiąte, jest to zasada dostępności organów, w zależności od potrzeb zdrowotnych, a nie innych względów, szczególnie posiadanych środków finansowych.

## REGULACJE KRAJOWE

Największa liczba transplantacji organów dokonywana jest dotychczas w Stanach Zjednoczonych. Tam też najliczniejsze są wypowiedzi prawników w zakresie pożądanego uregulowań jurydycznych tego wysoce skomplikowanego przedsięwzięcia medycznego<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Szerzej m.in. R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, wyd. VI, Kraków 2000, zwłaszcza w rozdziale *Normy a transplantacje*.

W świetle tradycji prawa powszechnego (*common law*) nikt, nawet dobrowolnie, nie może, bez naruszania prawa, godzić się na niebezpieczeństwo własnej śmierci, ani też utratę jakiegokolwiek organu. Rozumując na zasadzie przeciwieństwa, legalne byłyby tylko transplantacje nie grożące takim niebezpieczeństwem. Ale i w takich przypadkach wymagana byłaby dobrowolna zgoda dawcy; zgoda wymuszona nie miałaby mocy prawnej. Nadzwyczaj rozbieżne są opinie prawników amerykańskich dotyczące pytania, czy zgoda rodziców na oddanie organu przez ich dziecko czyni operację legalną. Podobnie w przypadku pobierania odpowiednich części ze zwłok za zgodą rodziny.

We wszystkich pięćdziesięciu stanach amerykańskich, obowiązuje w zasadzie *Jednolity akt darów anatomicznych (Uniform Anatomical Gift Act)*, zatwierdzony w 1968 roku. Reguluje on zasady pobierania organów od osób zmarłych i osób żywych. Akt ten przewiduje, że każda zdrowa umysłowo osoba, w wieku powyżej osiemnastu lat, może ofiarować każdą część swoich zwłok każdemu szpitalowi, szkole medycznej, bankowi organów, lekarzowi na użytek badań medycznych lub transplantacji. Dar może być przyjęty na podstawie właściwej, ustnie lub pisemnie, wyrażonej woli dawcy, osobiście podpisującego akt w obecności dwóch świadków, także składających swoje podpisy. W przypadku niemożności wyrażenia w ten sposób woli darowizny przez samego dawcę może to uczynić jego najbliższa rodzina w oparciu o kartę dawcy (*donor card*), którą nosi przy sobie każdy Amerykanin.

Wcześniejsza wyrażona, a nie tylko domniemywana, zgoda przyszłego dawcy organu wymagana jest także przez prawo Wielkiej Brytanii i krajów jej Wspólnoty. W niektórych krajach, np. Francji, Szwecji, Norwegii, Danii i Urugwaju, praktykuje się gromadzenie organów ludzkich pobieranych bez czyjejkolwiek zgody ze zwłok ludzkich, zwłaszcza od osób umierających w szpitalach. Według krytycznych opinii, gromadzenie takie jest niczym nieusprawiedliwionym naruszeniem niezwykłych uprawnień jednostki do przesądzenia o tym, co powinno się stać z jej zwłokami. W Stanach Zjednoczonych, gdzie dokonuje się najwięcej transplantacji nerek, wątroby, serca, trzustki, płuc, uzyskiwane przeszczepy wykorzystywane są bezzwłocznie.

Ograniczona liczba organów potrzebnych do transplantacji z jednej strony, z drugiej zaś wielka liczba oczekujących na nie pacjentów rozbudziły w świecie zachodnim dyskusję nad ewentualnymi konsekwencjami zalegalizowania handlu tym szczególnym towarem. Tymczasem jednak zatrzymamy się przy niektórych warunkach prawnej dopuszczalności transplantacji *ex mortuo* i *ex vivo* w kilku krajach europejskich.

W Wielkiej Brytanii transplantacje *ex vivo*, na mocy ustawy z 1989 roku, ograniczone są do osób spokrewnionych genetycznie. Natomiast transplantacje *ex mortuo* uwarunkowane są wyraźną zgodą dawcy wyrażoną za jego życia. Mogą ich dokonywać wyłącznie dyplomowani lekarze medycyny, po upewnieniu się, że zanikły przejawy życia w ciele dawcy przeszczepów.

W Belgii dopuszczalność prawna transplantacji uregulowana jest ustawą z 1986 roku. Odnośnie transplantacji *ex vivo* ustawa ta przywiązuje

duże znaczenie do dobrowolnej, świadomej, pisemnej, poświadczonej, datowanej, podpisanej i odwoływalnej zgody dawcy przeszczepu, wzmacnianej niekiedy zgodą współmałżonka, członka rodziny lub przedstawiciela ustawowego. Transplantacje *ex mortuo* dopuszczalne są tam prawem, na zasadzie zgody domniemanej dawcy, możliwej jednak do obalenia przez członków rodziny.

We Francji, zgodnie z ustawą z 1994 roku, dla przeprowadzenia transplantacji wymagana jest uprzednio wyrażona zgoda dawcy, aż do jego śmierci odwołalna. Obowiązują zasady zgody i anonimowości dawcy i biorcy przeszczepu, zabiegu *non profit*, szczególna ochrona przed ryzykiem transplantacji osób niepełnoletnich. Pobieranie organów od osoby zmarłej jest ograniczone do celów terapeutycznych lub naukowych.

W Hiszpanii ustawa z 1979 roku warunkuje pobieranie organów od dawców żyjących, ich pełnoletnością, celowością, zgodą – pisemną, wyrażoną, niezależną i świadomą. Za podstawę pobierania przeszczepów od osób zmarłych przyjęto tam kryterium śmierci mózgowej i zgodę domniemaną dawcy, z możliwością jej obalenia.

## REGULACJE POLSKIE

Kompleksowe unormowania problematyki transplantacji w Polsce zawiera ustawa z 26 października 1995 roku *o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, zwana potocznie ustawą transplantacyjną. Wyeliminowała ona wcześniejszą niejednoznaczność i braki polskich regulacji transplantacji, uzgadniając polskie rozwiązania normatywne ze standardami światowymi. Początków polskiego prawodawstwa transplantacyjnego należy upatrywać w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku *o zakładach leczniczych*, znowelizowanym w 1949 roku. Późniejsze akty prawne uregulowały przeszczepienie nerek (1975), określiły kryteria śmierci mózgu (1984) i traktując o zakładach opieki zdrowotnej, częściowo dotyczyły transplantacji (1991). Obowiązująca, wspomniana ustawa transplantacyjna, opiera się na wielu, dość precyzyjnie ujętych zasadach<sup>8</sup>.

Po pierwsze, jest to zasada celowości transplantacji. W regulacji polskiej została ujęta nader szeroko ponieważ dopuszcza cele lecznicze, diagnostyczne, naukowe i dydaktyczne transplantacji. Na ogół prawodawstwa krajowe ograniczają owe cele do celu leczniczego. Z punktu widzenia dawcy i biorcy zasada ta domaga się poinformowania ich o możliwym ryzyku i konsekwencjach transplantacji – medycznych, psychologicznych i społecznych.

Po drugie, jest to zasada ścisłego określenia prawnego statusu dawcy i biorcy w transplantacji. Określa krąg podmiotów posiadających prawa dawcy i biorcy, zależnie od rodzaju transplantacji – szeroki w transplanta-

<sup>8</sup> Polskie prawodawstwo z tego zakresu interpretują m.in. J. Duda, *Transplantacje w prawie polskim*, Kraków 1998; M. Nesterowicz, *Nowe ustawodawstwo medyczne*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 9; E. Zielińska, *Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie*, „Państwo i Prawo” 1995, nr 6.

cjach *ex mortuo*, wąski, warunkowany pokrewieństwem genetycznym, w transplantacjach *ex vivo*. Z kręgu potencjalnych dawców wyłącza osoby pozostające w stosunku zależności, znajdujące się w stanach terminalnych, o nieznaney tożsamości, małoletnie, kierowane nagannymi moralnie lub finansowymi motywami, niezdolne do czynności prawnych i nie wyrażające zgody na zabieg transplantacyjny, ze względu np. na obawy przed zagrożeniem dla swojego zdrowia, życia i nietykalności cielesnej.

Po trzecie, jest to zasada kolejności pobierania przeszczepów. Najpierw, gdy to możliwe, należy pobierać przeszczepy od dawców zmarłych. Pobieranie przeszczepów od dawców żywych jest uzależnione w Polsce, podobnie jak w innych krajach, od wielu warunków, szczególnie od braku alternatywnych metod leczniczych o porównywalnej skuteczności. Warunkiem transplantacji *ex mortuo* jest całkowita pewność co do śmierci mózgowej dawcy przeszczepu. W każdym przypadku transplantacji, z wyjątkiem transplantacji *ex vivo*, obowiązuje zasada anonimowości dawcy i biorcy przeszczepu. Nadzór nad przestrzeganiem zasad sprawuje Krajowa Rada Transplantacyjna. Realizuje je Centrum Organizacyjno-Koordinacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” współpracujące z „Eurotransplantem”.

Po czwarte, jest to zasada wyraźnego określenia dysponenta przeszczepów *ex mortuo*. W jej realizacji, model określany jako francusko-belgijski, konkuruje z modelem zwanym aglo-amerykańskim. Ten pierwszy, przyjęty przez prawo polskie, opiera się na założeniu domniemywanej zgody każdego potencjalnego dawcy na oddanie własnych przeszczepów po swojej śmierci, możliwym jednak do obalenia. Ten drugi zaś zakłada konieczność istnienia wyraźnej zgody potencjalnego dawcy za jego życia.

Po piąte, jest to zasada właściwych kryteriów doboru biorców przeszczepów. Duże znaczenie tej zasady wynika ze względu na zdecydowanie mniejszą liczbę dawców przeszczepów niż oczekujących na nie potencjalnych biorców. Z medycznego punktu widzenia najbardziej odpowiednie jest tutaj kryterium zgodności tkankowej dawcy i biorcy ponieważ stwarza wysokie prawdopodobieństwo pomyślnych rezultatów transplantacji.

Po szóste, jest to zasada donacji przeszczepów. Oznacza ona zakaz przyjmowania zapłaty lub innych korzyści majątkowych za przeszczepy, zarówno przez samych dawców, jak i ludzi medycyny, zajmujących się transplantacjami. Zakaz handlu przeszczepami nie kłóci się z legalnością zwrotu rzeczywiście poniesionych kosztów pobrania, transportu, przetworzenia i przeszczepienia transplantów. Naruszenie tego zakazu, podobnie jak wspomnianych wcześniej zakazów, zagrożone jest odpowiedzialnością cywilnoprawną i karnoprawną.

Po siódme, jest to zasada wielostronnych relacji uczestników procesu transplantacyjnego. Na plan pierwszy wysuwa się relacja dawcy z lekarzem, dość skomplikowana w transplantacjach *ex vivo*. Na planie drugim znajduje się, chronologicznie rzecz biorąc, relacja biorcy z lekarzem, skoncentrowana głównie wokół ryzyka skutków transplantacji. Na planie trzecim wyłania się relacja dawca – biorca, osiągnana za pośrednictwem lekarza. To lekarz powinien poinformować dawcę, że transplantacja pogorszy stan jego zdrowia i biorcę o braku pewności polepszenia stanu jego zdrowia. Na



kolejnych planach występują trzy relacje: rodzina dawcy – lekarz, rodzina dawcy – dawca, rodzina biorcy – lekarz. We wszystkich tych trzech relacjach może się przewijać problematyka informacji o planowanej transplantacji poprzedzona niekiedy zgodą rodziny na jej przeprowadzenie.

Po ósme, jest to zasada tajemnicy lekarskiej w transplantacji. Jest nią „obowiązek lekarza nakazujący nieujawnianie osobom postronnym wszystkiego, czego dowiedział się o chorym w związku z wykonywaniem zawodu”. Według podzielanej dość szeroko opinii, tajemnica lekarska obejmuje nie tylko fakt choroby lecz również samo poszukiwanie lekarza przez danego pacjenta. W skomplikowanym i opartym na wielostronnych relacjach uczestników procesie transplantacji obowiązek tajemnicy lekarskiej zyskuje szczególnie doniosłe znaczenie. Chodzi zwłaszcza o objęcie tajemnicą danych osobowych dawcy i biorcy o ich cechach fizjologicznych, sprzyjających przyjęciu się przeszczepu aby uniknąć wywierania na nich presji. Naruszenie tajemnicy lekarskiej zagrożone jest odpowiedzialnością zawodową, cywilną i karną.

Po dziewiąte wreszcie, jest to zasada odpowiedzialności cywilnej (materiałnej) i majątkowej lekarza i zakładu opieki zdrowotnej za szkody związane z transplantacją, warunkiem takiej odpowiedzialności jest stwierdzenie szkody (uszczerbku życia lub zdrowia) i związku przyczynowego transplantacji ze szkodą i winą lekarzy. Podmiotem odpowiedzialności mogą być lekarze jak i Skarb Państwa, ponoszący odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną pacjentowi przez lekarzy dokonujących transplantacji. Przedmiotem odpowiedzialności cywilnej jest z reguły odszkodowanie, proporcjonalne do wielkości szkody.

## TRANSPLANTACJE Z CIAŁ MARTWYCH

Wątpliwości normatywne związane z transplantacją organów pochodzących z ciał zmarłych skupiają się głównie wokół kilku zagadnień: uzyskania właściwej zgody, określenia momentu śmierci, proporcji między dobrem biorcy a ryzykiem zabiegu, przestrzegania rzeczywiście terapeutycznych celów operacji. Krąg problemów poszerza się znacznie, kiedy uwzględnione zostaną społeczne koszty transplantacji, nakłady sił i środków materialnych wyłożonych na jej przeprowadzenie. Na ogół lekarze traktują pacjenta w sposób zindywidualizowany, jako osobowość niepowtarzalną z fizycznego, psychologicznego i patologicznego punktu widzenia. Etycy i prawnicy natomiast próbują nadawać temu, co jednostkowe, ale powtarzalne, walor norm bardziej ogólnych<sup>9</sup>.

Przeszczepianie organu ze zwłok dokonywane bywa po uzyskaniu zgody przyszłego dawcy wyrażonej przed jego śmiercią. Jeśli brak takiej zgody, można ją domniemywać albo decyzja może należeć do najbliższych krewnych zmarłego.

<sup>9</sup> Tak np. R. Tbkarczyk, *Prawa ...*, passim.

Istnieje sprzeczność trudna do jednoznacznego rozwikłania. Z jednej strony normy etyczne i prawne domagają się absolutnie pewnych oznak śmierci dawcy organu, z drugiej zaś pozytywne wyniki transplantacji zależą od najszybszego przemieszczenia organu po chwili śmierci. Możliwe napięcia pomiędzy interesami dawcy i biorcy organu rysują się szczególnie ostro w przypadku pobierania organu tuż przed śmiercią biologiczną dawcy (*in extremis*). W takich przypadkach pomocne, ale nie decydujące, bywa pojęcie śmierci klinicznej, która według charakterystyki medycznej polega na zatrzymaniu akcji serca i braku oddechu. Natomiast biologiczna śmierć całego organizmu, decydująca o pobraniu organu, utożsamiana bywa ze śmiercią mózgu. Gdy przy tzw. śmierci mózgowej najpierw następuje zatrzymanie oddechu, przy tzw. śmierci sercowej pierwszym objawem jest zatrzymanie krążenia krwi. Oczywiście medycyna współczesna dysponuje już wieloma rozwiniętymi kryteriami określającymi bardziej szczegółowo śmierć organizmu człowieka. Do najbardziej typowych dawców *ex mortuo* należą obecnie ofiary wypadków, samobójcy, ludzie zmarli na skutek wylewu lub rozlanego tętniaka.

Zgodnie z polską ustawą transplantacyjną przeprowadzenie transplantacji *ex mortuo* powinno pozostawać w zgodzie z wiedzą medyczną i normami prawnymi. Do tej pierwszej zgodności zmierzają jej wymagania dotyczące ustalania śmierci, tej zaś drugiej potwierdzania zgody dawcy przeszczepu.

Według rozstrzygnięć wspomnianej ustawy „śmierć pnia mózgu jest równoznaczna ze śmiercią osobniczą. Sztucznie podtrzymywana czynność narządów (sztuczna wentylacja, sztuczne podtrzymywanie ciśnienia tętniczego krwi) nie są objawem życia”. Stwierdzenie śmierci mózgowej powinno być dokonane jednomyślnie przez komisję złożoną z trzech lekarzy, w oparciu o szczegółowe wytyczne techniczne. Lekarze, członkowie tej komisji, powinni odznaczać się bezstronnością i niezależnością, eliminującą ich z dalszych etapów procesu transplantacyjnego.

Ta sama ustawa, określając prawną dopuszczalność transplantacji, stwierdza, że „sama osoba, o której zwłoki chodzi” podejmuje decyzję pozytywną albo negatywną. Decyzja pozytywna – dopuszczająca pobranie przeszczepów, może przybrać formę tzw. zgody domniemanej. Decyzja negatywna – zakazująca pobranie przeszczepów, powinna wynikać ze stwierdzenia obalenia domniemania zgody. Obalenie owo powinno się opierać na istnieniu jednej z czterech form sprzeciwu wyrażonego przed śmiercią przez potencjalnego dawcę przeszczepów: zgłoszenia do centralnego rejestru, wpisanie do dowodu osobistego, pisemnego oświadczenia z własnoręcznym podpisem, ustnego oświadczenia w obecności dwóch świadków.

## TRANSPLANTACJE Z CIAŁA ŻYWYCH

Przeszczepienie organów z ciała dawcy żywego nasuwa wątpliwości, nie znane przy transplantacjach organów ze zwłok. Przede wszystkim transplantacja organów dawcy żywego prowadzi do okaleczenia zdrowego człowieka dla ratowania człowieka chorego. Problem ten znany jest w myśli

etycznej pod nazwą zasady integralności. Transplantacje z ciał żywych powodują naruszenie naturalnej integralności zarówno osobowości dawcy, jak i biorcy organu<sup>10</sup>.

Zastrzeżenia wobec transplantacji organu dawcy żywego mogą wynikać z obawy przed naruszeniem harmonii organizmu zdrowego. W przypadku niepowodzenia, transplantacja nie przynosi żadnego fizycznego dobra biorcy organu. Ale i wtedy, według niektórych interpretacji chrześcijańskich, przejawiać się może pewna jej wartość w postaci dobra duchowego, tożsamego z aktem dobroczynności dawcy wobec biorcy. W ostatecznym rozrachunku liczą się intencje: zranienie zdrowego dawcy dyktowane jest zamiarem niesienia dobra biorcy, bez względu na faktycznie osiągnięte skutki. Dopiero następnie można by rozważać proporcje pomiędzy dobrem duchowym, jakie przeżywa dawca organu, a złem fizycznym, jakiego z tego powodu doświadcza.

Współcześni etycy, prawnicy, filozofowie, teologowie i lekarze podzielają na ogół opinię, że należy określać granice, poza którymi działania dawcy i biorcy byłyby naganne. Wielu z nich zgadza się, że ryzyko dawcy musi być mniejsze niż prawdopodobieństwo uleczenia biorcy. Ale są również i tacy, którzy dowodzą, że prawdopodobne dobro biorcy jest czymś bardziej wartościowym od uszczerbku dla organizmu dawcy. Zwolennicy rozwiązań umiarkowanych wyrażają opinię, że granice dopuszczalności ryzyka winny wyznaczać zdolności do wypełniania naturalnych funkcji zarówno przez organizm dawcy, jak i biorcy. Jednocześnie opowiadają się za pierwotną wartością ochrony życia własnego i wtórną wartością ochrony życia cudzego.

Polska ustawa transplantacyjna ogranicza dopuszczalność transplantacji *ex vivo* jedynie do celów leczniczych – ratowania życia i zdrowia biorcy. Legalizuje pobieranie jedynie przeszczepów będących tkankami (krew, szpik kostny) i organami parzystymi (nerka). Dopuszcza pobranie przeszczepów na rzecz krewnego w linii prostej, osoby przysposobionej, rodzeństwa, małżonka i innej bliskiej osoby. Uzależnia pobranie przeszczepów pomiędzy określonymi granicami wieku – małoletniością i starością. Wyłącza z grona potencjalnych dawców osoby nie posiadające pełnej zdolności do czynności prawnych, niezdolne do wyrażenia dobrowolnej zgody, pozostające w stosunku służbowym (więźniowie, żołnierze w czynnej służbie wojskowej). Wymaga wyraźnej, pisemnej zgody zarówno dawcy jak i biorcy przeszczepu. Zakazuje wprowadzania elementów handlowych i merkantylnych do procesu transplantacji.

Omawiana ustawa zalegalizowała transplantacje ksenogeniczne – heterotransplantacje, w których biorcą przeszczepów zwierzęcych jest człowiek. Organizm ludzki najłatwiej przyjmuje przeszczepy pochodzące od szympansov i pawianów, ale napotyka to silne opory, nie tylko ze strony obrońców zwierząt. Z tego powodu uwaga transplantologów skierowała się ku świniom, jako dawcom przeszczepów dla biorcy – człowieka, dość podatnych na odpowiednie dostosowania odpornościowe. Do takich transplantacji kse-

<sup>10</sup> Ibidem, *passim*.

nogenicznych mają zastosowanie przepisy ustawy transplantacyjnej, dotyczące eksperymentów medycznych, dzielonych na eksperymenty badawcze (poznawcze) i eksperymenty lecznicze (kliniczne). Wspomniane tutaj transplantacje ksenogeniczne mają charakter eksperymentów leczniczych.

## TRANSPLANTACJE NEREK

Gdy zawodzi dializowanie, transplantacja staje się jedyną metodą leczenia przewlekłej niewydolności nerek. Po raz pierwszy próbę przeszczepu nerki w 1902 roku podjął Uleman Emerich, inicjując tym samym początki transplantacji organów wewnętrznych. W 1933 roku J. J. Voronoy dokonał transplantacji nerki konserwowanej, pobranej ze zwłok. Za pierwszą udaną transplantację nerek uznana jest operacja przeprowadzona przez R. H. Lawlera w 1950 roku. Pierwszy, zakończony powodzeniem przeszczep nerki między bliźniakami jednojajowymi miał miejsce w 1954 roku, zaś bliźniakami dwujajowymi w trzy lata później. W Polsce transplantacje nerek rozpoczęły od nieudanej operacji w 1966 roku profesor Wiktor Bross. Udaną operację tego rodzaju, w tym samym roku, przeprowadzili Jan Nielubowicz i Tadeusz Orłowski<sup>11</sup>.

Obecnie wykonuje się w świecie wiele tysięcy rocznie operacji transplantacji nerek. W samych Stanach Zjednoczonych, po 1994 roku, około 12 000 operacji rocznie. Najwięcej po raz pierwszy, znacznie mniej po raz drugi, trzeci, a nawet czwarty. Świadczy to o tym, że transplantacja nerek jest operacją możliwą do powtarzania u tego samego pacjenta. Podobnie jak przy wszystkich kosztownych transplantacjach, również w przypadku transplantacji nerek, przewija się trudny dylemat. Czy należy przeprowadzać wysoce kosztowne operacje dla stosunkowo niewielkiej liczby pacjentów, czy też, rezygnując z nich, koncentrować się na leczeniu chorób masowych, ale „tańszych” z uwagi na koszty ekonomiczne. Tylko bardzo nieliczne, najbogatsze kraje świata, nie stoją przed takimi dylematami wyborów medyczno-ekonomicznych. W Polsce od 1966 do końca 1998 roku wykonano kilka tysięcy przeszczepów nerek.

Bulwersujące są doniesienia z różnych części świata na temat nielegalnego obrotu handlowego nerkami<sup>12</sup>. W niektórych, najuboższych krajach świata ukształtowały się nawet szczególne bazy nerek, oferowanych przez ubogich pacjentów. Ludzie na granicy śmierci głodowej, dla ratowania nędznej vegetacji, decydują się na sprzedaż własnej nerki. Zidentyfikowano zorganizowane międzynarodowe grupy przestępcze, zajmujące się kradzieżą i handlem ludzkimi organami. Rozwinął się przemyt nerek, niemożliwy do wyeliminowania prawem: dawca wyjeżdża za granicę z dwoma nerkami aby powrócić już tylko z jedną.

Polskie prawo uregulowało transplantację nerek wytycznymi Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1975 roku. Pobieranie nerek ze zwłok dla

<sup>11</sup> Monograficzne opracowanie opublikował T. Orłowski (red.), *Przeszczepianie nerek*, Warszawa 1995.

<sup>12</sup> Por. T. Biliński, *Złodziej nerek*, „Palestra” 1995, nr 7 - 8.

celów leczniczych dopuszczono przed upływem 12 godzin od chwili stwierdzenia śmierci przez trzyosobową komisję lekarzy, potwierdzonego podpisanym przez nich protokołem. Natomiast pobieranie nerek od żywego człowieka, zależało od wniosku pełnoletniego dawcy, wszechstronnych badań jego zdrowia, komisyjnego lekarskiego uznania celowości transplantacji i odnotowania spełnienia tych warunków w odpowiednim protokole.

## TRANSPLANTACJE SERCA

Sensacyjna wiadomość o pierwszej udanej transplantacji serca ludzkiego obiegła świat 3 grudnia 1967 roku. Operację przeprowadził dr Chrystian N. Bernard, lekarz z Kapsztadu. Pacjent o nazwisku L. Washkanski przeżył kilkanaście dni z przeszczepionym sercem. Drugi jego pacjent – Ph. Blaiberg przeżył już kilka lat. W 1982 roku zespół lekarski z amerykańskiego Salt Lake City wszczepił sztuczne serce Barneyowi Clarkowi. W Polsce pierwszą operację przeszczepienia serca wykonano w 1969 roku w Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Łodzi, pod kierunkiem profesora M. W. Mola. Od 1985 roku, z niemałym powodzeniem, przeprowadza liczne transplantacje serca Zespół Kliniki Kardiologicznej w Zabrze, kierowany przez profesora Religę i w Krakowie podobny zespół profesora Dziadziaka<sup>13</sup>.

Przeszczepienie serca jest niekiedy jedynym sposobem uratowania życia człowieka, toteż sięga do niego wiele ośrodków medycznych w świecie. W przodujących Stanach Zjednoczonych, po 1995 roku, dokonuje się ponad 2500 transplantacji serca rocznie. Wyraźnym trendem w rozwoju transplantacji, szczególnie nerki i serca, jest dążenie do wszczepiania protez – sztucznej nerki i sztucznego serca czy też płuco-serca. Do najnowszych osiągnięć transplantologii należą równoczesne przeszczepy wielu organów. W 1986 roku Anglicy Roy Calne i John Wallwork dokonali pierwszego potrójnego przeszczepu (serce – płuco – wątroba) a w 1987 roku Amerykanie z Children's Hospital w Pittsburghu przeszczepu pięciu organów (wątroby, trzustki, jelita cienkiego, żołądka i jelita grubego). W 1996 roku amerykańscy lekarze z Miami na Florydzie przeprowadzili pierwszą transplantację typu domino – równoczesnego przeszczepiania tego samego rodzaju organów kolejnym pacjentom.

Wśród codziennych trudności zespołów dokonujących transplantacji główne miejsce zajmuje niezmiennie mniejsza liczba dawców niż potencjalnych biorców. Jedną z możliwości usunięcia tych trudności polega na próbach transplantacji międzygatunkowych – przeszczepiania ludziom organów zwierzęcych. W 1964 roku, doktor James Hardy z Centrum Medycznego Uniwersytetu Mississippi, bez powodzenia wszczepił serce szympansa sześćdziesięcioletniemu mężczyźnie. Trzy tygodnie żyło dziecko po wszczepieniu mu serca pawiana, w 1984 roku, przez doktora Leonarda Bailey'a w Centrum Medycznym Uniwersytetu Loma Linda.

<sup>13</sup> Opracowanie monograficzne Z. Religa (red.), *Przeszczep serca*, Warszawa 1997.

Traktowanie małych człekokształtnych jako magazynów przeszczepów spotkało się jednak z niemal jednomyślną dezaprobatą społeczną. Wówczas wielu badaczy zajmujących się transplantologią skierowało swoje zainteresowania ku świniom o laboratoryjnie zmienionym kodzie genetycznym. Prace opierają się na założeniu, że zaszczepienie świni genów ludzkich zapobiega odrzutom świńskich przeszczepów w organizmach ludzi. Pomyślne rezultaty tych prac mogłyby mieć przełomowe znaczenie dla transplantacji najtrudniej osiągalnych organów ludzkich, szczególnie serca.

Wśród mnogości problemów związanych z transplantacją serca dwa posiadają znaczenie kluczowe: uzyskiwanie tego organu i możliwe komplikacje zdrowotne po jego przeszczepieniu (odrzucanie przeszczepu i infekcja). Do rozwiązania pierwszego niezbędna jest precyzyjna definicja śmierci. Obecnie niemal powszechnie aprobowana jest tzw. śmierć mózgowa. Drugi wykracza poza zainteresowania normatywne, ponieważ udana operacja transplantacji nie usuwa bynajmniej wszelkich trudności.

Większość pacjentów, po udanej transplantacji serca, wymaga dalszej pomocy medycznej, z reguły bardzo kosztownej, aby ich kruche życie mogło być podtrzymywane. Stosowane podczas operacji medykamenty wywołują w pacjentach złożone przeżycia emocjonalne: od euforii poprzez psychozy aż do głębokich depresji psychicznych. Odrębne miejsce zajęły rozważania nad postulatem informowania społeczeństwa o wszystkich dokonywanych transplantacjach, spotykającym się jednak z oporami niektórych środowisk.

Nie usuwa wszystkich dylematów wynalezienie sztucznego serca, ani próby zastąpienia serca ludzkiego sercem zwierzęcym. Wyłaniają się nowe problemy. Są nimi przede wszystkim wahania biorcy, wynikające z trudności wyboru pomiędzy otoczonym przebogatą aurą skojarzeniową sercem naturalnym a sercem sztucznym, albo zwierzęcym, nie mogącym wywoływać takiego bogactwa skojarzeń. Zdaniem uczonych wiele z dotychczasowych trudności można by usunąć poprzez stosowanie odpowiednich urządzeń napędzanych sztuczną energią, wszczepianych pacjentom, a nie transplantowanych. Możliwość implantacji serca sztucznego należy do tych nielicznych przypadków, kiedy zastępowanie czegoś naturalnego czymś sztucznym zyskuje pozytywną ocenę.

Z prawnego punktu widzenia dla transplantacji serca najważniejsza jest regulacja kryteriów śmierci. Prawo polskie dość szybko, już w 1984 roku, przyjęło kryteria śmierci mózgowej, aprobowane przez prawodawstwo większości krajów świata.

## ROZBIĘŻNE OCENY

Transplantacja organów określana bywa często jako przekazywanie „daru życia”. Przekazywanie wartości, powszechnie uznawanej za najcenniejszą, wpływać musi na kształtowanie uczuć i zachowań zarówno dawcy, jak i biorcy organu. W tym nadzwyczajnym akcie splotać się mogą zobowiązania do przekazania „daru życia”, oczekiwania jego przyjęcia i pragnienia wyrażenia wdzięczności. Triada przenikających się wzajemnie postaw –

darowizny, przyjmowania i wdzięczności – konstytuuje relacje intymności i szczególnej symbiozy dwóch osób.

Biorca może odczuwać upokorzenie, że nigdy nie będzie w stanie całkowicie spłacić swego wielkiego długu wdzięczności wobec dawcy za jego dar bezcenny. Wrażliwość intelektualno-psychiczna może ograniczać w szczególny sposób autonomię biorcy i jego rodziny. Z tego też względu, w niektórych interpretacjach psychologicznych, transplantacje organów ludzkich ukazywane są jako „tyrania daru”, źródło udręki wewnętrznej biorcy i jego najbliższych. Mimo wszystkich rozterek, ów szczególny dar życia otwiera możliwości „przeżycia swej śmierci”, życia „życiem wszczepionym”, ale jeszcze nie nieśmiertelnym<sup>14</sup>.

Obok tego, nieco sentymentalnego wątku rozległa problematyka transplantacji zawiera wiele innych wątków, często wywołujących rozbieżne oceny<sup>15</sup>. Spektakularne osiągnięcia transplantologii, wynikające z ocen ją aprobujących, skłaniać muszą do formułowania jej norm. W praktyce transplantacyjnej, pod wpływem etyki medycznej, ukształtowały się już takie faktyczne normy, przybierane coraz częściej w szaty norm prawnych. Kierunki regulacji prawnych zależą przede wszystkim od tego, czy przeszczep pochodzi od dawcy martwego czy żywego. Obecnie coraz trudniej to ustalić, gdyż postępy reanimacji i sztucznego podtrzymywania życia doprowadzają jak gdyby do zacierania się granic pomiędzy życiem i śmiercią.

Transplantacje *ex mortuo* wzbudzają mniej zasadniczych sprzeciwów niż transplantacje *ex vivo*. Tam, gdzie organ sztuczny, albo pobrany od dawcy zmarłego, mogą posiadać podobną wartość do organu dawcy żywego, należy wybierać pośród tych dwóch pierwszych możliwości. W sferze eksperymentów pozostają przeszczepy odzwierzęce. Według wszystkich systemów normatywnych dobrowolna zgoda dawcy, w mniejszym stopniu biorcy przeszczepu, jest warunkiem etycznego i legalnego charakteru transplantacji. Oczywiście transplantacja winna być podejmowana tylko pod warunkiem osiągnięcia sukcesu leczniczego, po wcześniejszym poinformowaniu o możliwym ryzyku zainteresowanych. Odrębnym problemem pozostaje regulowanie sprawiedliwego dostępu do przeszczepów, bez jakiegokolwiek dyskryminacji ze względu na bogactwo, wiek, rasę i inne kryteria.

Transplantacje organów z ciał osób zmarłych na ogół nie wzbudzają poważniejszych sprzeciwów kreatorów norm etycznych, wyrastających z wielkich systemów religijnych świata. Większe różnice ocen rysują się odnośnie transplantacji z ciał osób żywych. Wszystkie wielkie religie świata nakazują respektowanie sprzeciwu dokonywania transplantacji, wyrażonego przed śmiercią. Jeśli takiego sprzeciwu nie było, skłaniają się do aprobowania koncepcji domniemania zgody na transplantację. Jedynie buddyzm domaga się wyraźnej zgody, wyrażonej za życia i oczekania trzy dni od stwierdzenia śmierci na transplantację. Wyjątkowa jest niezgoda świadków Jehowy na transplantację krwi. Wszystkie religijne systemy normatywne dopuszczają transplantację organów od dawcy sztucznie podtrzy-

<sup>14</sup> Szerzej R. Tokarczyk, *Prawa ...*, passim.

<sup>15</sup> Zebrał je P. Okołówski, *Dziewięć tez o przeszczepach*, „Rzeczpospolita” 1999, nr 168; Wszystkie następne cytaty zostały zaczerpnięte z tego artykułu.

mywanego przy życiu za zgodą rodziny. Rozbieżne są natomiast religijne oceny pobierania organów od dzieci, osób niepełnosprawnych i znajdujących się w stosunku służbowym podległości.

Ojcowie Kościoła rzymskokatolickiego, dopuszczając transplantacje organów ludzkich, jednocześnie obwarowują je licznymi normami. W szczególności domagają się pewności co do śmierci dawcy przeszczepu, zapewnienia o dobroczynności transplantacji dla biorcy, zakazu transplantacji eksperymentalnych pozbawionych walorów terapeutycznych, braku zastrzeżeń dotyczących traktowania zwłok, usprawiedliwionego wyboru biorcy spośród oczekujących na operację, poinformowania biorcy o niebezpieczeństwach związanych z transplantacją. Przychylają się przy tym do teologicznej zasady utrzymującej, że w krańcowej potrzebie można szukać środków ostatecznych (*In extremis extrema sunt tentanda*). Dość przekonującą wymowę, dla uzasadnienia dopuszczalności transplantacji, posiada ewangeliczna zasada miłości bliźniego. Aprobatę etyki transplantacji wyraził wielokrotnie papież Jan Paweł II. Uzasadniał to potrzebą kształtowania nowej świadomości solidarności zdrowych z chorymi oczekującymi na przeszczep. Ostro sprzeciwiał się natomiast takiemu myśleniu O. J. M. Bocheński powiadając: „mało jest widoków równie żałosnych, jak widok duchownych chrześcijańskich głoszących ten zabobon z ambon – mieszających altruizm z miłością chrześcijańską”.

Świeckiej i religijnej aprobacie transplantacji sprzeciwia się także wielu wybitnych myślicieli. Oto profesor Leon Monteuffel stwierdził, że odczuwa „w tej metodzie ponížanie godności ludzkiej”. Sformułował też zasadnicze pytanie „czy naprawdę trzeba żyć za wszelką cenę?” Przeciwnicy transplantacji organów ludzkich odpowiadają na nie zgodnie – nie. Oto profesor Bogusław Wolniewicz utożsamia sens transplantacji z ludożerstwem, nazywając je neokanibalizmem. Według Stanisława Lema, podzielającego pogląd Wolniewicza, najważniejszym wspólnym rysem transplantacji i kanibalizmu jest „ratowanie biologicznego życia idące po trupach”. Lem określił kanibalizm jako „ęwiartowanie osobników ludzkich w celu uzyskania tzw. części zapasowych do transplantacji”. Badania empiryczne wykazały, że większość polskiego społeczeństwa byłaby w stanie aprobować jedynie kanibalizm głodowy.

Tezy przeciwników transplantacji zebrał, uporządkował i opublikował Paweł Okołówski – filozof z Uniwersytetu Warszawskiego. Pierwsza teza głósi, że przeszczepy są złem ponieważ godzą w świętość i nietykalność zwłok, jako najstarsze tabu ludzkości. Druga teza wyjaśnia, że przyzwolenie na przeszczepy rozrywa więzi rodzinne, zasadą zgody domniemanej, pozbawiając bliskich wszelkich praw do ich umarłych. Trzecia teza podkreśla, że permisywizm transplantacyjny prowadzi do czysto utylitarnej traktowania zwłok. Czwarta teza zaskakuje sakralny odczytywaniem eschatologicznych nadziei w transplantacji, wyrażanych hasłem „nie wszystek umrę”. Piąta teza różnicuje globalne i jednostkowe znaczenie transplantacji: pierwsze szkodzi kulturze i nie służy ewolucji, drugie może być nawet niekiedy moralnie wskazane (analogicznie: bomba demograficzna kłóci się z urokiem dziecka, plaga gąsiennic uszczupla piękna motylkowi, masowa motoryzacja



rzuca cień na wspaniałe auto). Szósta teza wyjaśnia, że transplantacje są zawsze złem, niekiedy jednak możliwym do przyjęcia na zasadzie stanu wyższej konieczności. Siódma teza wskazuje na autocentryzm transplantacji („przeżyć innych ze względu na doniosłość własnych czynów”). Ósma teza wyraża ubolewanie z powodu elitarności dostępności do transplantacji. Dziewiąta teza wreszcie domaga się zalegalizowania handlu przeszczepami, zamiast obłudnego tolerowania nielegalnej ich komercjalizacji.

## AN OUTLINE OF LEGAL REGULATION OF HUMAN ORGANS TRANSPLANTATION

### S u m m a r y

The Author has begun his article with an enumeration of particular kinds of transplantations and an explanation of some basic notions in relation with the domain – for to give next a short description of the history of this medicine branch and of perspectives for its further development. Next some fundamental principles of transplanatory practice are presented, and namely – principle of lawfulness, objectivism, collecting of transplants from deceased persons rather, majority of givers, ban on commercialising a human body, equality of access and, finally, ban on making profits out of transplanting. The Author analyses reservations and fears involved with transplantation of organs collected from living bodies and from the dead. The Author also presents national legal regulations related to these questions and ends his article with his opinions on ethic norms in transplantology.