

OGRANICZANIE NIEDOBORU NARZĄDÓW. SYSTEM AKTYWNEJ REJESTRACJI DAWCÓW JAKO ALTERNATYWA DLA POLSKIEJ REGULACJI SPRZECIWU¹

– Piotr Grzegorz Nowak –

Abstrakt. W artykule argumentuję za zastąpieniem obecnie stosowanego w Polsce systemu pozyskiwania narządów przez System Aktywnej Rejestracji Dawców (SARD). SARD to rozwiązanie, którego podstawowym założeniem jest wysyłanie do każdego z pełnoletnich obywateli specjalnego formularza, za pomocą którego mają oni możliwość wyrazić zgodę lub sprzeciw na pośmiertną eksplantację narządów, lub też przekazać w tej kwestii kompetencje rodzinie. Dodatkowo SARD zakłada wprowadzenie priorytetu dla zadeklarowanych dawców narządów, dzięki czemu mieliby oni uzyskać pierwszeństwo w dostępie do przeszczepów, gdyby sami zapadli kiedyś na chorobę, której skuteczna terapia wymagałaby transplantacji. W toku rozważań przedstawiam podstawowe założenia obydwu systemów oraz opisuję funkcjonowanie polskiej regulacji sprzeciwu, analizuję dane statystyczne obrazujące skalę niedoboru narządów w Polsce, przedstawiam i poddaję krytyce podstawowe zasady etyczne służące ocenie systemów pozyskiwania narządów oraz dokonuję porównania polskiego systemu z SARD z perspektywy tych zasad.

Słowa kluczowe: System Aktywnej Rejestracji Dawców, regulacja sprzeciwu, zgoda domniemana, niedobór narządów, Govert den Hartogh.

1. Wstęp

Chirurgia transplantacyjna to dziedzina medycyny, która wiąże się ze szczególnymi problemami etycznymi, niewystępującymi w innych obszarach bioetyki. Tutaj, poza sytuacją moralną pacjentów (biorców) oraz lekarzy, trzeba zawsze brać pod uwagę położenie dawców. Jednym ze specyficznych zagadnień tego rodzaju refleksji etycznej jest problem niedoboru narządów do przeszczepu – narządów jest mniej niż pacjentów, którzy ich potrzebują. Można by sądzić, że nie jest to wyjątkowy problem, przecież w każdej dziedzinie medycyny mamy do czynienia z podziałem ograniczonych dóbr – ograniczona jest ilość leków, łóżek

¹ Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/HS1/00079 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki oraz dzięki wsparciu udzielonemu przez Wydział Filozoficzny Uniwersytetu Jagiellońskiego w ramach dofinansowania ze środków DS na działania służące rozwojowi młodych naukowców.

szpitalnych czy liczba personelu medycznego. O ile jednak w innych gałęziach medycyny wszystkie te niedobory mogą być w dużej mierze zniwelowane poprzez zapewnienie odpowiedniego finansowania, o tyle w przypadku chirurgii transplantacyjnej zwiększone nakłady pieniężne nie podniosą w tak łatwy sposób dostępu do terapii dla potrzebujących².

Liczba dostępnych w danym kraju narządów do pewnego stopnia jest konsekwencją obowiązującego systemu pozyskiwania narządów, a jego kształt wynika z kolei w dużej mierze z przyjętych norm etycznych, określających kiedy i od kogo można je pobierać. Głównym zadaniem prezentowanego artykułu jest odpowiedź na pytanie, jak w etycznie dopuszczalny sposób można zwiększać w Polsce liczbę narządów pochodzących od dawców martwych. W toku analiz przedstawię argumenty świadczące, że dobrym sposobem ograniczenia niedoboru może być zastąpienie obecnie funkcjonującego systemu pozyskiwania narządów, opartego na regulacji sprzeciwu, przez System Aktywnej Rejestracji Dawców (SARD). Proponowane rozwiązanie daje możliwość zwiększenia dostępności chirurgii transplantacyjnej dla potrzebujących przy jednoczesnym większym poszanowaniu podstawowych dla etyki transplantacji zasad.

Szczegółowy porządek analiz przedstawia się w sposób następujący: w drugiej części tekstu przedstawione zostaną podstawowe założenia SARD; w części trzeciej omówiony zostanie rodzimy system pozyskiwania narządów; część czwarta będzie poświęcona przedstawieniu i interpretacji danych dotyczących niedoboru narządów w Polsce; część piąta zawierać będzie prezentacje oraz krytykę zasad etycznych, uwzględnianych przy projektowaniu systemów pozyskiwania narządów; część szósta będzie stanowić porównanie obecnie funkcjonującego w Polsce systemu z SARD z perspektywy podstawowych zasad etycznych; zakończenie i podsumowanie rozważań zawarte będzie w części siódmej.

2. System Aktywnej Rejestracji Dawców

System Aktywnej Rejestracji Dawców (SARD) to rozwiązanie, którego wprowadzenie na gruncie holenderskiego systemu opieki zdrowotnej zaproponował w swoim raporcie *Farewell to non-commitment* holenderski bioetyk Govert den Hartogh w 2007 roku. Tego typu sposób pozyskiwania narządów ma zapewnić uzyskanie większej zgodności z podstawowymi dla etyki transplantacji zasadami etycznymi oraz zwiększenie podaży narządów. Ma on łączyć ze sobą zalety

²Zob. np. Farrel, Price, Quigley [2011] s. 3-7; Brazzier, Harris [2001] s. 20-22.

systemu opartego na wyraźnej zgodzie³, systemu opartego na regulacji sprzeciwu⁴ oraz systemu obowiązkowej odpowiedzi⁵, a jednocześnie unikać wad tych trzech rozwiązań⁶.

SARD zakłada wysyłanie specjalnych formularzy do każdego z pełnoletnich obywateli, za pomocą których każdy ma możliwość wyrazić zgodę lub sprzeciw na pośmiertne przekazanie narządów, albo też przekazać kompetencje w tej kwestii swoim bliskim. Ponadto każda osoba otrzymująca formularz jest informowana o dwóch niezmiernie istotnych kwestiach. Po pierwsze, przekazywana jest informacja o tym, że nieodesłanie formularza traktowane będzie jako ciche przyzwolenie na przekazanie narządów, a po drugie każdy z obywateli jest informowany, że osoby, które wyrażają zgodę na pośmiertne przekazanie narządów, czy to poprzez zaznaczenie w formularzu odpowiedniej rubryki, czy też nie odsyłając formularza w ogóle, mogą liczyć na preferencyjny dostęp do przeszczepów na wypadek, gdyby zaszła taka potrzeba⁷. Oczywiście zgoda na pośmiertną eksplantację narządów, niezależnie czy została wyrażona w sposób wyraźny, czy też w formie cichego przyzwolenia, może później zostać w każdej chwili wycofana⁸.

Po dokonaniu wstępnej prezentacji SARD przejdę teraz do omówienia obowiązującego w Polsce rozwiązania.

³ System oparty na wyraźnej zgodzie dopuszcza pośmiertne pobranie narządów jedynie, jeśli zmarły wyraził za życia na to zgodę zob. Den Hartough [2008] s. 23–24. Należy podkreślić, że większość obecnie funkcjonujących systemów, które w nazwie określane są jako systemy wyraźnej zgody, w rzeczywistości zakłada, że, jeśli osoba zmarła nie pozostawi bezpośrednich dyspozycji dotyczących losów jej ciała, to decyzja dotycząca ewentualnej donacji może zostać wydana przez rodzinę. Tego typu rozwiązania znacznie trafniej można by określić jako „systemy braku sprzeciwu na przekazanie decyzji rodzinie” (zob. Den Hartough [2008] s. 24–26; Wilkinson [2011] s. 83, 93).

⁴ System oparty na regulacji sprzeciwu dopuszcza pośmiertną eksplantację narządów wtedy i tylko wtedy, gdy zmarły nie zgłosił za życia sprzeciwu (zob. Wilkinson [2011] s. 92).

⁵ System obowiązkowej odpowiedzi to rozwiązanie, które zakłada, że każdy z obywateli musi określić swoje stanowisko w kwestii przekazywania narządów do przeszczepu (zob. Den Hartough [2008] s. 118; Veath [2000] s. 175–182). Słabą stroną tego typu rozwiązania jest fakt, iż państwo, w którym obowiązuje taki system i tak musi określić pewne strategie działania względem osób, które mimo istnienia prawnego obowiązku nie zadeklarują ani zgody na pośmiertną eksplantację, ani sprzeciwu (zob. Den Hartough [2008] s. 12, 54).

⁶ Den Hartough [2008] s. 11.

⁷ Ibidem, s. 15, 22, 54–55; podobną propozycję zaproponowali także Mark S. Nadel i Carolina A. Nadel (zob. Nadel, Nadel [2004] s. 293–294).

⁸ Wiąże się to z koniecznością przyznawania zróżnicowanej liczby punktów preferencyjnych poszczególnym osobom na listach oczekujących, w zależności od tego, przez jak długi czas widniały one w rejestrach jako zadeklarowani dawcy narządów.

3. Polski system pozyskiwania i dystrybucji narządów

Z etycznego punktu widzenia najważniejszym założeniem, które charakteryzuje polski system pozyskiwania narządów, jest obowiązująca w nim od 1995 roku regulacja sprzeciwu. Określa ona, że „[p]obrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”⁹. Tego typu system w literaturze dość często bywa nieszczęśliwie nazywany systemem zgody domniemanej. Jest to określenie nieszczęśliwe, ponieważ od razu nasuwa na myśl konkretne, dość słabe uzasadnienie wspomnianej regulacji, zgodnie z którym pobranie narządu w przypadku braku sprzeciwu jest dopuszczalne, ponieważ można domniemywać zgodę na eksplantację. Jak zauważa T. Martin Wilkinson, domniemanie w tym przypadku jest albo niepotrzebne, albo fałszywe¹⁰. Może być niepotrzebne, ponieważ przy uwzględnieniu różnicy pomiędzy zgodą na coś, która wiąże się zawsze z publicznym aktem woli¹¹, a chceniem czegoś, łatwo jest ustalić, czy zgoda została faktycznie udzielona i nie trzeba się uciekać do domniemań. W innych wypadkach takie domniemanie może być z kolei fałszywe. Jak pisze Wilkinson: „Nawet jeśli chcesz zastrzyku, a twój lekarz wie, że go chcesz, doktor nie może cię po prostu ukłuć, gdy jesteś odwrócony plecami. Najpierw musi uzyskać twoją zgodę”¹². Podobnie jest też w przypadku pobierania narządów – ich eksplantacja od zmarłych, którzy jedynie chcieli przekazać narządy, lecz nigdy nie udzielili na to zgody, czyli nie wyrazili swojej woli publicznie, jest eksplantacją bez zgody.

Zasada zgody domniemanej nie stanowi jednak jedynego uzasadnienia przywołanej powyżej regulacji prawnej¹³. Ponieważ jednak zastanawianie się nad tym, które z możliwych uzasadnień regulacji sprzeciwu byłoby najlepsze, nie jest właściwym celem tego artykułu, ograniczę się obecnie do spostrzeżenia, że tego typu rozwiązanie prawne jak regulacja sprzeciwu budzi w wielu krajach duży opór społeczny niezależnie od mocy poszczególnych możliwych do przedstawienia uzasadnień. O tym, jak wielki jest ten opór, świadczyć może fakt, iż w żadnym demokratycznym państwie system pozyskiwania narządów do przeszczepu nie

⁹ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu, komórek, tkanek i narządów (art. 5, par. 1).

¹⁰ Wilkinson [2011] s. 92.

¹¹ Ponieważ zgoda jest publicznym aktem woli, to, czy została ona rzeczywiście wyrażona, łatwo jest sprawdzić np. poprzez sprawdzenie odpowiedniego rejestru zgód. Inaczej jest natomiast z możliwością sprawdzenia zaistnienia chęci. W takich wypadkach często trzeba się odwoływać do pośrednich przesłanek, które mogą być rozmaicie interpretowane zob. *ibidem*, s. 82.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*, s. 90–91.

opiera się na regulacji sprzeciwu w jej ścisłym rozumieniu, tzn. w żadnym demokratycznym państwie nie pobiera się narządów od zmarłych jedynie na podstawie braku sprzeciwu, zawsze konieczne jest jeszcze uzyskanie przyzwolenia ze strony rodziny. Czasami konieczność uzyskania akceptacji ze strony rodziny jest prostą konsekwencją obowiązujących w danym kraju przepisów, a czasami, jak np. w Hiszpanii¹⁴, jest to efekt powszechnie stosowanej przez lekarzy nieuregulowanej prawnie praktyki.

W Polsce zwyczaj pytania rodziny o zgodę na eksplantację narządu może być, w zależności od interpretacji prawa, traktowany albo jako realizacja nieuregulowanej prawnie praktyki stosowanej przez lekarzy, albo też jako konsekwencja przepisów zawartych w ustawie, które określają sposób zgłoszenia sprzeciwu¹⁵. W artykule szóstym Ustawy Transplantacyjnej czytamy:

Sprzeciw wyraża się w formie:

- 1) wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich;
- 2) oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis;
- 3) oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego¹⁶.

Zwolennicy drugiej interpretacji uważają, że obowiązek uzyskania akceptacji ze strony rodziny jest konsekwencją przyjętych przez ustawę dopuszczalnych form zgłoszenia sprzeciwu. Powołują się oni na trzeci punkt wspomnianego przepisu, twierdząc, że nakłada on na lekarzy obowiązek sprawdzenia, czy sprzeciw nie został zgłoszony ustnie w obecności dwóch świadków. W praktyce ma to oznaczać konieczność zapytania rodziny, czy zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.

Do takiej interpretacji można mieć jednak co najmniej dwa zastrzeżenia. Po pierwsze, jeśli na lekarzach rzeczywiście spoczywa pozytywny obowiązek, aby sprawdzić, czy sprzeciw nie został zgłoszony w formie ustnego oświadczenia zło-

¹⁴ Navarro-Michel [2011] s. 159–160.

¹⁵ Pierwszą interpretację przyjmuje m.in. Kazimierz Szewczyk (zob. Szewczyk [2009] s. 152), a drugą przyjęła Joanna Haberko podczas dyskusji nad referatem „Jak ograniczać niedobór narządów do przeszczepu? Ocena etyczna Systemu Aktywnej Rejestracji Dawców” wygłoszonym przeze mnie na konferencji „Nowoczesne technologie medyczne, a standardowa opieka zdrowotna”, która odbyła się w Lublinie dn. 5 i 6 czerwca 2014 roku (zob. także wypowiedź koordynatora transplantacyjnego Roberta Trześniewskiego dla „Gazety Wyborczej”, dostępna na: http://m.radom.gazeta.pl/radom/1,106518,16855158,Mlody_motocyklista_idealnym_dawca_narzadow_Mit.html [17.04.2015]).

¹⁶ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu, komórek, tkanek i narządów (art. 6, par. 1).

żonego w obecności dwóch świadków, to dlaczego mają oni na ten temat rozmawiać jedynie z rodziną, a nie również z innymi osobami np. z sąsiadami dawcy czy jego znajomymi z pracy? Drugie zastrzeżenie jest jednak ważniejsze. Obecnie stosowana praktyka nie odpowiada temu, czego można by oczekiwać, opierając się na tej interpretacji cytowanego przepisu. Biorąc pod uwagę treść ustawy, można się spodziewać, że lekarze w rozmowie z rodziną będą pytać jedynie, czy zmarły nie złożył w obecności jej członków ustnego oświadczenia sprzeciwu. Tymczasem pytanie przybiera częstokroć formę otwartej prośby o zezwolenie eksplantację narządów. W tym kontekście należy stwierdzić, że właściwa jest raczej pierwsza interpretacja, zgodnie z którą zwyczaj pytania rodziny o zgodę nie wynika wprost z obowiązującego porządku prawnego, lecz jest konsekwencją utrwalonej praktyki.

Rozbieżność między praktyką, a prawem w Polsce może być zrozumiała w kontekście niskiej świadomości społecznej dotyczącej prawa regulującego organizację pobierania narządów. Większość obywateli nie zdaje sobie sprawy z przyjętej w kraju regulacji, pozostając w przekonaniu, że do pośmiertnej eksplantacji narządów konieczna jest albo wyraźna zgoda wydana za życia przez samego dawcę, albo przynajmniej zgoda wydana przez rodzinę. W tej sytuacji trudno oczekiwać od lekarzy, aby pytali bliskich jedynie o to, czy zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu, szczególnie biorąc pod uwagę, że dla członków rodziny taka rozmowa byłaby zapewne pierwszym, dość drastycznym, zetknięciem się z obowiązującą w kraju regulacją.

Akceptację dla przyjętych rozwiązań prawnych mogłaby przynieść szeroko zakrojona kampania informacyjna na temat obowiązującego prawa, która jednak od początku obowiązywania ustawy nie została nigdy przeprowadzona. Można mieć nadzieję, że gdyby wiedza dotycząca specyfiki polskiej regulacji była w społeczeństwie powszechna, lekarze faktycznie pytaliby bliskich jedynie o to, czy zmarły nie wyraził w ich obecności sprzeciwu, a nie prosili zgodę na pobranie narządów. Nie jest jednak pewne, czy akcja informacyjna przyniosłaby oczekiwane rezultaty. W krajach, takich jak Hiszpania, gdzie obowiązuje podobne prawo jak w Polsce, a poziom świadomości społecznej jest zdecydowanie wyższy, lekarze nie zrezygnowali ze zwyczaju uzyskiwania akceptacji ze strony rodziny i zawsze rezygnują z pobierania narządu, jeśli spotykają się ze zdecydowaną odmową rodziny.

4. Niedobór narządów w Polsce

Trudno precyzyjnie określić, jak wielkim problemem jest w Polsce niedobór narządów do przeszczepu. Dysponujemy danymi statystycznymi, które pozwalają określić, ile osób znajduje się na krajowych listach oczekujących, ile spośród nich

otrzymuje przeszczep, a ile umiera. Dane te nie oddają jednak w pełni skali tego zjawiska, ponieważ nie uwzględniają czynników, które decydują, czy chory zostanie w ogóle wpisany na listę oczekujących, nie uwzględniają także możliwości diagnostycznych polskiego systemu opieki zdrowotnej. Gdyby brać pod uwagę wyłącznie wspomniane dane, mogłoby się wydawać, że niedobór narządów nie jest w Polsce problemem szczególnie dotkliwym. W 2012 roku były w Polsce 2683 osoby oczekujące na przeszczepienie nerki¹⁷, co jest stosunkowo niewielką liczbą w porównaniu do 9588 osób, które oczekiwały na ten narząd w Wielkiej Brytanii¹⁸ czy 13339 osób oczekujących we Francji¹⁹, nawet jeśli uwzględnić różnice w liczbie populacji między Polską a wspomnianymi krajami. Również w Hiszpanii, której system pozyskiwania narządów do przeszczepu jest niekiedy uznawany za wzór do naśladowania²⁰, liczba oczekujących była znacznie większa niż w Polsce i wynosiła 4296²¹. Podobne dysproporcje między Polską a krajami zachodniej Europy zachodzą w przypadku przeszczepów wątroby.

Także śmiertelność podczas oczekiwania na narządy jest w naszym kraju zarówno bezwzględnie jak i proporcjonalnie (w stosunku do populacji poszczególnych państw) mniejsza niż we wszystkich trzech wspomnianych krajach²². Jedynie w przypadku liczby oczekujących na przeszczep serca oraz ilości zgonów podczas oczekiwania na ten narząd, tendencja przybiera odwrotny kierunek – w Polsce w 2012 roku oczekujących na serce było 490, a zmarło 51 osób²³. Jest to wynik gorszy niż ten, który osiągają Brytyjczycy (432 osoby oczekujące w 2012 roku, spośród których zmarło 45 osób)²⁴ czy Hiszpanie (414 osób oczekujących w 2012 roku, spośród których zmarło 14 osób)²⁵. Jedynie Francja spośród trzech porównywanych z Polską krajów osiąga gorsze wyniki (830 osób oczekujących w 2014 roku, spośród których zmarły 63 osoby).

Jeśli na podstawie przytoczonych danych chciałby ktoś twierdzić, że niedobór narządów w Polsce nie stanowi problemu, a system pozyskiwania narządów działa lepiej niż rozwiązania stosowane na zachodzie, to z pewnością byłby to zbyt pochopny wniosek. Przy interpretacji tego typu statystyk należy uwzględnić

¹⁷ Mastenaz [2013] s. 43.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ibidem, s. 41.

²⁰ Navarro-Michel [2011] s. 161–163.

²¹ Mastenaz [2013] s. 43.

²² Ibidem, s. 41, 43.

²³ Ibidem, s. 43.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Ibidem.

pozostałe informacje, jakie mamy na temat porównywanych krajów. W tym przypadku istotne jest porównanie liczby zgonów w wyniku chorób nerek i wątroby. Porównanie to we wszystkich przypadkach wypada na niekorzyść Polski²⁶. Jak w związku z tym wytłumaczyć fenomen krótkich list oczekujących oraz niskiej śmiertelności wśród oczekujących na organy? Prawdopodobnie jest to efekt małego dostępu do opieki zdrowotnej w Polsce, czego konsekwencją jest brak odpowiedniej diagnozy dla wielu chorych, którzy powinni otrzymać przeszczep, a którzy nie pojawiają się w związku z tym w oficjalnych statystykach. Dodatkowo, jak wynika z danych Poltransplantu, wiele osób z chorobami nerek jest zbyt długo dializowanych, zanim zaoferowana zostanie im transplantacja nerek²⁷. Świadczy to o nieracjonalnym wydatkowaniu pieniędzy – przeszczepienie nerki w porównaniu z dializą jest zabiegiem zarówno bardziej opłacalnym pod względem finansowym, jak i dającym większy komfort życia pacjentowi²⁸.

Polacy nie są zdrowsi niż Brytyjczycy, Francuzi czy Hiszpanie, a krótkie listy oczekujących na przeszczep nie świadczą o sukcesie polskiego systemu pozyskiwania narządów, lecz o tym, że wielu potrzebujących nigdy tam nie trafia. Na koniec tego rozdziału warto przywołać zestaw danych, który pozwala na możliwie najbardziej obiektywną ocenę systemu pozyskiwania narządów do przeszczepu, przy założeniu, że zapadalność na choroby, które wymagają na dalszym etapie transplantacji, jest podobna w Polsce jak i w pozostałych porównywanych krajach. Dane te można otrzymać przy wprowadzeniu współczynnika, który uwzględnia liczbę dokonywanych transplantacji w przeliczeniu na milion obywateli. Jak się okazuje, w Polsce współczynnik ten jest zdecydowanie niższy niż w Wielkiej Brytanii, Francji czy Hiszpanii²⁹. Dodatkowo, oceniając efektywność polskiego systemu, należy wziąć jeszcze pod uwagę, że Polska jest jednym z krajów o najwyższej liczbie wypadków drogowych w całej Unii Europejskiej³⁰, tymczasem na całym świecie pewna część przeszczepianych narządów pochodzi właśnie od osób zmarłych w wyniku wypadków komunikacyjnych³¹. Duża liczba

²⁶ Zob. <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/kidney-disease/by-country/>; <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/liver-disease/by-country> [17.04.2015].

²⁷ Danielewicz [2014] s. 3.

²⁸ Dębska-Ślizeń [2005] s. 238–240; Nadel, Nadel [2005] s. 294.

²⁹ W 2012 roku Polsce dokonano 42,0 transplantacji w przeliczeniu na milion mieszkańców, w Wielkiej Brytanii 65,1, we Francji 76,3, a w Hiszpanii 87,6 (zob. Mastenaz [2013] s. 13).

³⁰ Zob. http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/observatory/historical_evol.pdf.

³¹ Gardiner, Riley [2007] s. 431, w Polsce w 2014 narządy pochodzące od dawców zmarłych w wyniku urazu głowy stanowiły 32% narządów pochodzących od zmarłych dawców. Nie ma statystyk, które pozwoliłyby sprawdzić, ile spośród tych przypadków stanowią zmarli w wyniku wypadków komunikacyjnych (zob. Danielewicz [2014] s. 9).

wypadków może maskować wiele dotychczas niewidocznych słabości polskiego systemu pozyskiwania narządów, które wyjdą na jaw, gdy stan polskich dróg oraz samochodów ulegnie poprawie. Jeśli więc chcemy, aby polski system pozyskiwania narządów do przeszczepu w przyszłości był bardziej efektywny, a pieniądze w polskiej służbie zdrowia były wydatkowane w sposób bardziej racjonalny, to należy się zastanowić, jak można zmienić sposób organizacji pobierania narządów tak, aby pozyskiwać więcej narządów przy jednoczesnym zachowaniu podstawowych dla etyki transplantacji zasad. W moim przekonaniu cel ten może być zrealizowany, jeśli obecnie funkcjonujący system zostanie zastąpiony przez SARD. W kolejnej części tekstu zajmę się przedstawieniem podstawowych zasad, które posłużą do porównania obydwu rozwiązań.

5. Zasady etyczne

Poza przedstawieniem założeń SARD, Den Hartogh w raporcie *Farewell to non-commitment* zwraca uwagę na istnienie czterech podstawowych dla etyki transplantacji zasad, z których perspektywy można dokonywać oceny systemów pozyskiwania narządów. Zasady te mogą być wykorzystane do porównania obecnie funkcjonującego w Polsce systemu pozyskiwania narządów z SARD.

Pierwszą jest zasada poszanowania prawa do samostanowienia³². Wedle jednego z możliwych ujęć domaga się ona, aby przy postępowaniu z czymś żywym lub martwym ciałem nie czynić nic bez zgody osoby, do której ciało należy³³. Druga, to zasada daru, zgodnie z którą przekazanie narządu do przeszczepu powinno stanowić dar³⁴. Zasada ta jest obecna w dyskusjach dotyczących etyki transplantacji od samego początku, dostarcza jednak wielu problemów interpretacyjnych ze względu na niejasność pojęcia daru³⁵. Mimo niejasności można przyjąć, że domaga się ona, aby narządy były przekazywane w sposób niewymuszony i altruistyczny. Trzecia reguła to zasada niesienia ratunku osobom znajdującym

³² Den Hartogh [2008] s. 23–26.

³³ Istnieją również inne propozycje tego, w jaki sposób zasada poszanowania prawa do samostanowienia przekłada się na to, w jaki sposób powinno się traktować ciała osób zmarłych. Michael Gill zauważa, że oparty na nieingerencji sposób poszanowania prawa do samostanowienia, czy też poszanowania autonomii, jest właściwy jedynie w stosunku do żywych i przytomnych, którzy są w stanie samodzielnie kierować swoim działaniem. W jego ujęciu nieingerencja nie jest adekwatną postawą w stosunku do zmarłych i nieprzytomnych, nawet jeśli na względzie mamy wyłącznie szacunek dla autonomii. Gill uważa, że w takiej sytuacji szacunek dla autonomii nakazuje postępowanie w zgodzie z najbardziej prawdopodobnymi życzeniami zmarłego (zob. Gill [2004] s. 44–51; por. także Wilkinson [2011] s. 87–90).

³⁴ Den Hartogh [2008] s. 37–41; Chyrowicz [2011] s. 9–12; Juros [1996] s. 29; Virt [1996] s. 94.

³⁵ Den Hartogh [2008] s. 35–36; Wilkinson [2011] s. 148–151.

się w tragicznym położeniu. Swoje źródło czerpie ona z filozofii moralnej Tomasa z Akwinu, który sformułował warunki, jakich spełnienie sprawia, że niesienie pomocy jest obowiązkiem, a nie jedynie czynem nadobowiązkowym. Są one następujące: po pierwsze osoba, której trzeba udzielić pomocy, musi znajdować się w tragicznym położeniu (wartość zagrożonego dobra musi być odpowiednio wysoka); po drugie osoba, która ma możliwość udzielenia pomocy, musi być w szczególnej sytuacji, która sprawia, że jedynie ona może skutecznie pomóc potrzebującemu; po trzecie udzielenie pomocy musi się dla pomagającego wiązać jedynie ze stosunkowo niewielkim wysiłkiem³⁶. Zwolennicy stosowania trzeciej zasady do oceny systemów pozyskiwania narządów uważają, że przy odpowiedniej organizacji systemu, wszystkie trzy warunki mogą być spełnione w kontekście relacji między konkretnym potencjalnym dawcą a konkretnym potencjalnym biorcą, a w związku z tym – system pozyskiwania narządów powinien dobrze oddawać charakter pośmiertnego dawstwa jako realizacji obowiązku niesienia ratunku³⁷. Ostatnia, czwarta spośród wymienionych przez Den Hartogha zasad stanowi, że obowiązkiem jest ponoszenie równych kosztów utrzymania korzystnych udogodnień publicznych przez wszystkich obywateli, którzy mogą z nich korzystać. Zwolennicy stosowania tej zasady do oceny systemów pozyskiwania narządów do przeszczepu uważają, że dostęp do chirurgii transplantacyjnej jest właśnie takim udogodnieniem, którego koszty utrzymania powinny być rozdzielone w równy sposób wśród członków społeczeństwa, ponieważ każdy jest w jakiejś mierze zagrożony rozwojem choroby, której skuteczna terapia może wymagać transplantacji³⁸. Do czterech zasad należy dołożyć jeszcze piątą – utylitarystyczną zasadę maksymalizacji dobra, która w tym kontekście domaga się, aby spośród dostępnych alternatywnych rozwiązań wybrać to, które daje możliwość zapewnienia jak największej podaży narządów.

Zanim przedstawione zasady posłużą do porównania obydwu systemów pozyskiwania narządów, konieczny jest jeszcze komentarz dotyczący samych zasad oraz ich wzajemnych relacji. Po pierwsze należy zauważyć, że jedynie dwie pierwsze spośród wymienionych zasad oraz ostatnia mogą uchodzić za klasyczne i to one, a nie dwie pozostałe, wywarły dotychczas wpływ na kształt większości systemów pozyskiwania narządów na świecie. Po drugie poszczególne zasady mogą się ze sobą nie zgadzać, a nawet wskazywać wykluczające się kierunki dzia-

³⁶ Den Hartogh [2008] s. 41–42; por. także Tomasz z Akwinu [1970] s. 141–142.

³⁷ Den Hartogh [2008] s. 41–42; warto zwrócić uwagę, że wspomniane warunki równie dobrze mogą być zastąpione przez bardziej rygorystyczną listę, a i tak zachodził będzie obowiązek niesienia ratunku zob. np. Beauchamp, Childres [1996] s. 279.

³⁸ Den Hartogh [2008] s. 45–49.

łania, w związku z czym decyzja dotycząca tego, jaki model pozyskiwania narządów należy uznać za najwłaściwszy, musi zależeć od nadania zasadom różnej rangi.

Omówię teraz pokrótce płaszczyzny konfliktu między zasadami. Pierwsza z nich sprowadza się do niezgodności pomiędzy zasadami obowiązku i zasadą maksymalizacji korzyści z jednej strony, a zasadą daru z drugiej strony. Jak już było wspomniane, zasada daru domaga się, aby narządy były przekazywane z pobudek altruistycznych i w sposób wolny od przymusu. Trzecia i czwarta zasada ujmują z kolei pośmiertne przekazywanie narządu jako realizację obowiązku – wymagają więc, aby potencjalni dawcy byli poddani pewnego rodzaju naciskowi, co najmniej o charakterze moralnym. Z charakterystycznym dla zasady daru wymogiem ograniczenia liczby pozyskiwanych narządów wyłącznie do tych, które zostały ofiarowane z pobudek altruistycznych, nie zgadza się natomiast zasada maksymalizacji dobra nakazująca raczej zwracać uwagę na to, ile ludzkich istnień można uratować dzięki przekazywanym narządom, niż na to, czy motywacja dawców jest idealnie czysta.

Drugą płaszczyzną konfliktu jest niezgodność między trzema wspomnianymi zasadami a zasadą poszanowania prawa do samostanowienia. Gdyby dokonywać wyboru systemu pozyskiwania narządów wyłącznie przez pryzmat zgodności z zasadą poszanowania prawa do samostanowienia, zapewne należałoby wybrać system wyraźnej zgody w wersji mocnej, który dopuszcza pobieranie narządów wyłącznie od zmarłych, którzy wyrazili za życia bezpośrednią zgodę na eksplantację lub też wyraźnie zgodzili się, aby o losach ich ciała po śmierci decydowała rodzina. Wprowadzenie tego typu systemu pozyskiwania narządów spowodowałoby jednak bez wątpienia drastyczny spadek liczby dokonywanych transplantacji, a w związku z tym byłoby niezgodne z zasadą maksymalizacji korzyści. Ponadto na gruncie tego rodzaju rozwiązań, pośmiertne przekazywanie narządów traktuje się jako coś, co jest wyłącznie kwestią czyjegoś wolnego, niczym nieskrępowanego wyboru. Takie ujęcie jest niezgodne z dwiema pozostałymi zasadami, które każą raczej przyjąć, że nie jest obojętne, jaki wybór zostanie podjęty przez przyszłego potencjalnego dawcę, zaś czynnikiem, który powinien skłaniać ten wybór we właściwym kierunku, jest obowiązek moralny.

Konflikt między konkurującymi zasadami może zostać rozwiązany poprzez ich odpowiednie wyważenie. W moim przekonaniu istotnym elementem tego procesu musi być osłabienie zbyt silnej rangi, jaka dotychczas była przypisywana zasadzie poszanowania prawa do samostanowienia oraz zasadzie daru na rzecz wzmocnienia znaczenia zasady maksymalizacji dobra, a także obydwu zasad ujmujących pośmiertne przekazywanie narządów jako obowiązek. Pozycja, jaką

obecnie ma zasada poszanowania prawa do samostanowienia, mogłaby być adekwatna w kontekście organizacji przeszczepiania narządów od dawców żywych, a nie od zmarłych. To w stosunku do żywych osób, dla których przekazanie narządu stanowi poświęcenie i w związku z tym jest czynem nadobowiązkowym, ważne jest, aby decyzja o dokonaniu donacji podejmowana była bez żadnych nacisków. Natomiast transplantacji *ex mortuo* nie należy traktować jak czynu heroicznego, ponieważ ofiarowywane dobro dla darczyńcy, który i tak już nie żyje, może mieć jedynie stosunkowo niewielką wartość. Jedyną alternatywą wobec przeszczepienia narządu jest jego stopniowy rozkład. Dobroczynny akt, pod względem wymaganego od dawcy poświęcenia, przypomina więc raczej przysługę podobną tej, jaką jeden kierowca oddaje drugiemu, podwożąc go do najbliższej mijanej stacji, gdy temu skończyła się benzyna, niż akt heroizmu³⁹. Z drugiej strony interes, jaki potencjalni biorcy mają w zachowaniu życia, jest wielkiej wagi. Wszystko to razem wzięwszy stanowi dostateczny powód, aby podjąć pewne kroki zmierzające do wywarcia wpływu na decyzje podejmowane przez potencjalnych dawców i aby osłabić wpływ zasady poszanowania prawa do samostanowienia na rzecz zasad obowiązku oraz zasady maksymalizacji dobra.

Niezrozumiałe i nieadekwatne jest także znaczenie, jakie przypisywane jest obecnie zasadzie daru. Dbanie o czystość motywacji dawców jest bez wątpienia szczytnym celem, wątpliwe jest jednak, czy powinien on być uznany za pierwszorzędne zadanie systemu pozyskiwania narządów do przeszczepu i czy jego realizacja powinna się odbywać kosztem życia wielu osób, które można by uratować, gdyby osłabić znaczenie tej zasady. Krzewienie postaw altruistycznych należałoby raczej uznać za podstawowe zadanie programów edukacyjnych, a nie programów pozyskiwania narządów. Obecna pozycja, jaką w hierarchii zasad zajmuje zasada daru, prowadzi w moim przekonaniu do fetyszyzacji tej zasady – jej uzasadnieniem nie może być altruizm, który jest przecież składnikiem jej treści, ponieważ altruizm domaga się raczej, aby nie ograniczać liczby pozyskiwanych narządów wyłącznie do tych, które zostały ofiarowane z pobudek altruistycznych. Prawdziwemu altruście zależy raczej na tym, aby jak najwięcej istnień ludzkich zostało uratowanych, niż na tym, żeby ci, którzy niosą ratunek czynili to z właściwych pobudek⁴⁰. Dodatkowo warto zauważyć, że państwo w praktyce nie ma możliwości sprawdzania motywacji dawców narządów, ponieważ nie jest w stanie wnikać w sumienie dawców lub ich rodzin⁴¹. Wszystko to sprawia, że zasada daru

³⁹ Den Hartogh [2008] s. 39.

⁴⁰ Wilkinson [2011] s. 151.

⁴¹ *Ibidem*.

przy jej obecnym rozumieniu ma nieadekwatną pozycję. Właściwą rolą tej zasady mogłoby być wskazywanie pewnego ideału dawcy, dla którego wystarczającym powodem do przekazania narządów po śmierci jest sama niedola drugiego człowieka⁴². Zasada daru nie może jednak wyznaczać minimalnych standardów, których niespełnienie wiąże się automatycznie z zablokowaniem możliwości transplantacji⁴³.

6. Porównanie z perspektywy pięciu zasad

W tej części dokonam kluczowego z perspektywy całego artykułu porównania SARD z obecnie funkcjonującym w Polsce rozwiązaniem opartym na regulacji sprzeciwu. W pierwszej kolejności przedstawię, jakie różnice między obydwooma systemami można wyszczególnić, mając na względzie zasadę poszanowania prawa do samostanowienia. Jak już było wspomniane, zasada ta w kontekście pozyskiwania narządów od zmarłych domaga się, aby z ciałem zmarłego nie czynić nic bez wydanej jeszcze za życia zgody. Obecnie funkcjonujący system narusza tę zasadę zarówno w sposób bezpośredni jak i pośredni. Narusza ją w sposób bezpośredni, ponieważ pozwala pozyskiwać narządy bez zgody, wymagając wyłącznie stwierdzenia braku sprzeciwu. Tymczasem brak sprzeciwu nie musi być równoważny zgodzie – może wiązać się z niezdecydowaniem lub nieznaną przepisów prawnych, a jeżeli nawet zmarły skłaniał się do tego, aby zgody za życia udzielić, nie znaczy to jeszcze, że została ona faktycznie wydana⁴⁴. System narusza tę zasadę jednak również w sposób pośredni, nie stwarzając w ogóle prawnej możliwości wydania wiążącej zgody na przekazanie narządu. Poltransplant daje w prawdzie możliwość wypełnienia oświadczenia woli dawcy, dokument ten nie ma jednak w świetle prawa żadnej mocy, a rodzina zmarłego

⁴² Den Hartogh [2008] s. 37.

⁴³ Zbyt wielka waga, jaka przypisywana jest zasadzie daru, uwidacznia się na przykładzie orzeczeń i rekomendacji wydawanych przez rozmaite komisje. Dobrym przykładem może być tutaj jedno z zaleceń wydanych przez specjalny zespół powołany przez brytyjskiego Sekretarza Stanu ds. Zdrowia do zbadania przypadku warunkowego dawstwa narządów – kiedy to rodzina dawcy wyraziła zgodę na pobranie narządów od zmarłego pod warunkiem, że trafią one do białoskórego biorcy. Odnosząc się do tego incydentu, członkowie zespołu piszą: „W opinii zespołu obwarowywanie przekazywania narządu jakimkolwiek warunkiem jest nie do zaakceptowania, ponieważ sprzeciwia się to podstawowej zasadzie, zgodnie z którą narządy są przekazywane altruistycznie i powinny trafiać do pacjentów w największej potrzebie” (zob. Department of Health [2000] s. 25). O ile sprzeciw wobec akceptacji rasistowskich warunków być może jest zrozumiały, o tyle ograniczenie liczby przeszczepianych narządów wyłącznie do tych, które zostały ofiarowane w sposób altruistyczny, wydaje się zbyt radykalnym krokiem.

⁴⁴ Zalewski [2010] s. 31; Wilkinson [2011] s. 31.

może podważyć taką decyzję w praktyce⁴⁵. Ponadto istnienie tego typu oświadczeń woli może wielu obywateli wprowadzać w błąd, wytwarzając mylne przekonanie, że obowiązujący w Polsce system jest oparty na regulacji wyrażnej zgody, a nie na regulacji sprzeciwu⁴⁶.

SARD zdecydowanie lepiej radzi sobie z wymogami nakładanymi przez zasadę poszanowania prawa do samostanowienia. Wszystkie pozyskiwane w ramach tego systemu narządy pobierane są albo na mocy wyrażnej zgody, jakiej udziela dawca, wypełniając odpowiednie pole kwestionariusza, albo na mocy cichego przyzwolenia udzielanego poprzez nieodesłanie kwestionariusza. Tego rodzaju ciche przyzwolenie istotnie różni się od zgody domniemanej, ponieważ opiera się ono na zgodzie udzielanej faktycznie⁴⁷, której obecność musi być przed dokonaniem eksplantacji sprawdzona w odpowiednim rejestrze. W wypadku zgody domniemanej nie podejmuje się trudu, aby ustalić, czy zgoda została udzielona rzeczywiście, a jedynie zakłada się, że została ona udzielona, o ile nie odnotowano sprzeciwu.

Istnieją jednak także pewne zarzuty, jakie z perspektywy poszanowania prawa do samostanowienia można by przedstawić względem SARD. Jeden z nich dotyczy nacisku, który jest wywierany na obywateli w ramach tego systemu poprzez przyznanie preferencyjnego dostępu do narządów tylko dla zadeklarowanych dawców⁴⁸. Można by sądzić, że tego typu nacisk czyni to rozwiązanie mniej godnym wyboru, z perspektywy analizowanej zasady, niż rozwiązanie oparte na

⁴⁵ Oświadczenie woli można znaleźć na stronie: <http://www.poltransplant.org.pl/ow.html> [17.04.2015].

⁴⁶ W trakcie dyskusji nad pierwotną wersją tego tekstu na lubelskiej konferencji „Nowoczesne technologie medyczne a standardowa opieka zdrowotna”, jeden z lekarzy, a zarazem bioetyków, na wieść o tym, że przyjętym w Polsce rozwiązaniem jest regulacja sprzeciwu, stanowczo zaprotestował, pokazując noszone w portfelu oświadczenie woli. Zmuszony byłem wyprowadzić tę osobę z błędu, tłumacząc, że oświadczenie nie ma mocy prawnej i ma charakter jedynie informacyjny. Tego typu nieporozumienia, do których dochodzi oczywiście znacznie częściej w rozmowach ze zwykłymi ludźmi niż z lekarzami, stanowią dobry probierz zatrwajająco niskiej świadomości społecznej przyjętych rozwiązań prawnych. Do ich powstawania przyczyniać mogą się rozmaite akcje społeczne, w ramach których wolontariusze namawiają do podpisywania oświadczeń woli (zob. http://poznan.gazeta.pl/poznan/1,36037,16867880,Zachecaja___Po_smierci_oddaj_narzady__das_z_komus_drugie.html [17.04.2015]). Niebezpieczeństwo manipulacji może zachodzić, jeśli tego rodzaju działania nie są uzupełnione o rzetelną informację na temat obowiązującej regulacji sprzeciwu.

⁴⁷ Den Hartogh [2008] s. 26–30, oczywiście ciche przyzwolenie nie jest rozwiązaniem idealnym z perspektywy zasady poszanowania prawa do samostanowienia, a SARD w nielicznych przypadkach może pozwalać na pozyskiwanie narządów bez zgody – dotyczy to osób nieczytających korespondencji. Mimo to, z perspektywy poszanowania prawa do samostanowienia jest to rozwiązanie dalece lepsze niż standardowe systemy pozyskiwania narządów oparte na regulacji sprzeciwu, dla których zezwolenie na eksplantację narządów bez zgody jest regułą (zob. *ibidem*, s. 28).

⁴⁸ *Ibidem*, s. 52–53.

regulacji wyraźnej zgody. Należy jednak zauważyć, że zasada poszanowania prawa do samostanowienia byłaby niewłaściwie i zbyt wąsko rozumiana, gdyby domagała się, aby decyzje dotyczące pośmiertnych losów ciała nie wiązały się z żadnymi konsekwencjami dla podejmującej je osoby. Konieczne jest w tym wypadku rozróżnienie nacisku stosownego, który może być konsekwencją obowiązków prawnych lub moralnych, od nacisku niewłaściwego – np. efektu przestępczych lub niemoralnych działań innych osób⁴⁹. Jedyna rzeczywista słabość SARD, jeśli oceniać to rozwiązanie z perspektywy poszanowania prawa do samostanowienia, wiąże się z niedoskonałym charakterem cichego przyzwolenia jako formy uzyskiwania zgody (zob. przypis 47). Bez wątplenia ciche przyzwolenie nie jest tak idealną formą uzyskiwania zgody, jak zgoda wyraźna. To „niedociągnięcie” w żaden sposób nie czyni jednak SARD rozwiązaniem mniej wartym wyboru niż obecnie funkcjonujący system.

Przejdę teraz do oceny porównywanych rozwiązań z perspektywy zasady daru. Po uwzględnieniu przeprowadzonej w poprzedniej części tekstu krytyki, trzeba pamiętać, że zasada daru jedynie wskazuje pewne cechy, które system pozyskiwania narządów powinien w miarę możliwości wspierać, nie może być natomiast traktowana jak reguła określająca minimalne standardy konieczne do spełnienia, aby pozyskiwanie narządów mogło być uznane za dopuszczalne. Zgodnie z zasadą daru, system powinien więc w miarę możliwości zapewniać, aby narządy przekazywane były w sposób dobrowolny i altruistyczny. Rozważania dotyczące stopnia, w jakim obydwie porównywane systemy mogą zapewnić dobrowolność donacji, zostały już obszernie przedstawione w poprzednich akapitach dotyczących zasady poszanowania prawa do samostanowienia. Teraz pozostaje jedynie sprawdzić, w jakiej mierze oba rozwiązania wspierają kształtowanie postaw altruistycznych.

Ponieważ nie da się wniknąć w sumienie dawców, niezwykle trudno stwierdzić, czy którykolwiek z porównywanych systemów w jakiś szczególnie sposób zachęca do przekazywania narządów przez wzgląd na sam altruizm. Bez wątplenia są jednak pewne warunki konieczne, które każdy czyn altruistyczny musi spełniać – musi to być czyn świadomy. Jeśli ktoś nie rozumie i nie kontroluje tego, co robi, to jego działanie nie jest czynem w ścisłym tego słowa znaczeniu, takie działanie nie może mieć też żadnego motywu, a w szczególności motywu

⁴⁹ Dobrym przykładem działań tego drugiego rodzaju może być nacisk, jaki jest wywierany na potencjalnych dawców, gdy w zamian za zgodę na oddanie narządu oferuje się zapłatę, co może nosić znamiona przymusu w ścisłym tego słowa znaczeniu lub stanowić tzw. ofertę nie do odrzucenia (zob. O'Neill [2004] s. 81–96).

altruistycznego⁵⁰. Altruizm wymaga więc po pierwsze świadomego działania lub zaniechania, a po drugie – ukierunkowania na dobro drugiej osoby, motywowanego tym dobrem⁵¹. Łatwo zauważyć, że jedynie w ramach SARD spośród obydwu porównywanych systemów, warunki konieczne altruizmu stanowią warunki możliwości przekazania narządów do przeszczepu⁵². Obydwa przypadki, w ramach których w SARD dopuszczalna jest pośmiertna eksplantacja narządów, co do zasady wymagają od przyszłego potencjalnego dawcy uświadomienia sobie tego, na co się godzi, przynajmniej w najbardziej podstawowym sensie. Pierwszy z nich to przypadek świadomego działania, gdy przyszły potencjalny dawca zaznacza odpowiednie pole kwestionariusza, drugi to przypadek świadomego zaniechania, gdy przyszły dawca, przeczytawszy informacje na temat specyfiki SARD, postanawia nie wypełniać i nie odsyłać kwestionariusza⁵³. Tymczasem obowiązujący obecnie system oparty na regulacji sprzeciwu dopuszcza pobieranie narządów od zmarłych, którzy mogli za życia nawet nie zadawać sobie sprawy z tego, że istnieje taka forma terapii jak chirurgia transplantacyjna. System ten dopuszcza więc pobieranie narządów od osób, które mogły nie spełnić warunków koniecznych dla altruistycznej motywacji działania bądź zaniechania.

Wskazana różnica czyni SARD bardziej godnym wyboru niż rozwiązanie obecnie funkcjonujące z perspektywy zasady daru. Oczywiście fakt, iż w ramach SARD warunkiem dopuszczalności przekazania narządu jest jednocześnie spełnienie jednego z warunków koniecznych altruizmu, nie gwarantuje jeszcze, że system ten będzie w jakiś szczególny sposób wspierał altruistyczną motywację dawców. Krytycy stwierdzą zapewne, że czynnikiem, który może osłabiać taką motywację na rzecz motywacji egoistycznej, jest wprowadzenie priorytetu dla zadeklarowanych dawców. Ponieważ jednak prawdopodobieństwo, iż osoba wypełniająca kwestionariusz będzie potrzebowała transplantacji, zazwyczaj jest bardzo niewielkie, priorytet w bardzo ograniczonym zakresie wzmacnia motywację egoistyczną. Faktyczną rolę, jaką ten element SARD ma do odegrania, można postrzegać jako uświadomienie każdemu, kto czyta kwestionariusz, że gdyby on sam znalazł się w sytuacji takiej, jak ta, w której znajdują się obecnie pacjenci na listach oczekujących, to zapewne bardzo by chciał, aby ktoś udzielił mu pomocy i jednocześnie uważałby, że taka pomoc mu się należy, skoro pośmiertne przeka-

⁵⁰ Davidson [1980] s. 42–61.

⁵¹ Nagel [1970] s. 79.

⁵² Nie znaczy to oczywiście, że SARD zapewnia spełnienie warunków wystarczających altruizmu.

⁵³ W wyjątkowych sytuacjach takich, jak przypadki osób nieumiejących czytać, może się zdarzyć, że SARD nie zagwarantuje uświadomienia sobie przez potencjalnego dawcę tego, co czyni (zob. przypis 47).

zanie narządu nie wymaga od dawcy, który i tak jest już martwy, niemal żadnego wysiłku. Rozwiązanie to, zamiast podsycać egoizm, ma więc raczej za zadanie wykształcić u osoby czytającej kwestionariusz umiejętność spojrzenia na drugiego człowieka jako na istotę o równym statusie moralnym, istotę której dobro jest równie ważne. Można w związku z tym sądzić, że tego typu zabieg raczej wzmacnia, a nie osłabia altruizm w społeczeństwie.

SARD zyskuje przewagę nad obecnie stosowanym w Polsce rozwiązaniem zarówno przy ocenie z perspektywy zasady poszanowania prawa do samostanowienia, jak i z perspektywy zasady daru. Teraz pozostaje jeszcze spojrzeć na oba rozwiązania z perspektywy dwóch nieklasycznych zasad oraz z perspektywy zasady maksymalizacji dobra. Gdyby brać pod uwagę wyłącznie teoretyczne założenia porównywanych systemów, należałoby stwierdzić, że wykazują one dość dobrą zgodność z dwiema zasadami obowiązku. Zarówno SARD, jak i obecnie funkcjonujący system jako opcję domyślną przyjmują zezwolenie na eksplantacje narządów. W ten sposób jedno jak i drugie rozwiązanie pozwala traktować pośmiertne dawstwo narządów jako coś normalnego, coś, czego można wymagać w zasadzie od każdego przyzwoitego obywatela⁵⁴. W praktyce jednak tylko SARD zachowuje taki charakter, ponieważ w ramach obecnie funkcjonującego systemu rzeczywistą domyślną opcją, która określa, co dzieje się z narządami w przypadku bierności osoby zmarłej, jest przekazanie kompetencji rodzinie, która może w praktyce we własnym imieniu podejmować decyzję dotyczącą losów ciała. Obecnie funkcjonujący system mógłby osiągnąć podobną zgodność z obiema zasadami obowiązku, gdyby faktycznie realizowane były zapisy ustawy transplantacyjnej. Jednak nawet przy wprowadzeniu takiej poprawki, SARD wciąż miałby pewną przewagę, ponieważ dzięki stosowaniu priorytetu dla zadeklarowanych dawców, w wyższym stopniu pozwala oddać charakter decyzji o pośmiertnej donacji jako obowiązkowy udział w utrzymaniu korzystnego społecznie publicznego udogodnienia.

Bardzo podobna sytuacja zachodzi, jeśli poddać obydwie rozwiązania ocenie z perspektywy zasady maksymalizacji dobra. Teoretycznie oba rozwiązania, dzięki uznaniu donacji za opcję domyślną, mają duży potencjał zwiększania liczby dostępnych narządów. W praktyce obecnie funkcjonujący system nie wykorzystuje swoich możliwości i trudno wyobrazić sobie, aby sytuacja mogła się w tej kwestii zmienić, biorąc pod uwagę duży opór społeczny, z jakim spotyka się regulacja sprzeciwu. Opór ten, jak pokazały powyższe analizy, jest przynajmniej w części uzasadniony, jeśli wziąć pod uwagę znaczną niezgodność tego typu rozwiązania

⁵⁴ Den Hartough [2008] s. 44.

z klasycznymi w etyce transplantacji zasadami, przede wszystkim z zasadą poszanowania prawa do samostanowienia.

7. Zakończenie

Sądzę, że przedstawione w tekście argumenty mają wystarczającą moc, aby osłabić nieadekwatny optymizm przejawiany przez tych, którzy sądzą, że obecnie funkcjonujący w Polsce system jest wystarczająco efektywny, etycznie akceptowalny i w związku z tym nie potrzebuje żadnych zmian. W artykule wykazałem fałszywość obu przesłanek, na których oparty jest ten wniosek.

Opierając się na Ustawie Transplantacyjnej, przedstawiłem podstawowe założenia polskiego systemu pozyskiwania narządów oraz opisałem jego faktyczne funkcjonowanie, niezgodne z przyjętą w ustawie regulacją sprzeciwu. Wskazałem, że przyczyną rozbieżności między prawem a praktyką może być brak społecznej akceptacji dla wspomnianej regulacji, który jest uzasadniony, jeśli poddać to rozwiązanie ocenie z perspektywy pięciu zasad ważnych dla etyki transplantacji. W artykule przedstawiłem też i poddałem krytycznej analizie dane statystyczne dotyczące skali niedoboru narządów w Polsce, podważając dzięki temu fałszywe przekonanie o dostatecznej efektywności polskiego systemu. Argumentowałem, że informacje o stosunkowo krótkich listach oczekujących i o małej śmiertelności wśród osób oczekujących na narządy muszą być odczytywane łącznie z danymi na temat liczby zgonów spowodowanych przez niewydolność poszczególnych narządów. Twierdziłem też, że jedynym współczynnikiem, który w adekwatny sposób oddaje skalę niedoboru narządów w Polsce, jest liczba dokonywanych transplantacji w przeliczeniu na milion mieszkańców. Współczynnik ten jest w Polsce zdecydowanie niższy niż w Wielkiej Brytanii, Francji czy Hiszpanii.

Jako rozwiązanie dla problemów związanych zarówno z małą efektywnością polskiego systemu pozyskiwania narządów, jak i ze stosunkowo dużą niezgodnością tego rozwiązania z podstawowymi dla etyki transplantacji zasadami etycznymi, zaproponowałem wprowadzenie w Polsce SARD. Dokonałem porównania nowej propozycji z obecnie stosowanym systemem pozyskiwania narządów, uprzednio przedstawiając oraz poddając krytyce podstawowe dla etyki transplantacji zasady etyczne.

Zauważyłem, że spośród pięciu zasad – zasady poszanowania prawa do samostanowienia, zasady daru, zasady obowiązku niesienia ratunku osobom znajdującym się w tragicznym położeniu, zasady nakazującej ponoszenie równego udziału w utrzymaniu publicznych udogodnień służących społecznej korzyści oraz zasady maksymalizacji dobra – jedynie dwie pierwsze oraz ostania miały rzeczywisty wpływ na kształt funkcjonujących na świecie systemów pozyskiwa-

nia narządów. Argumentowałem, że silna pozycja, jaką cieszą się dwie pierwsze zasady oraz ich wpływ na kształt strategii społecznych służących organizacji pozyskiwania narządów są nieadekwatne w stosunku do niewielkiej wagi przypisywanej pozostałym zasadom, a szczególnie obydwu zasadom obowiązku. Doszedłem do wniosku, że jedną z przyczyn takiego nierównomiernego rozłożenia akcentów przez niektórych etyków może być automatyczne przenoszenie standardów etycznych, właściwych dla organizacji pobierania narządów od dawców żywych, na sytuację dawców martwych. Uznałem, że jest to nieuzasadnione, ponieważ ocena etyczna sytuacji, w której znajduje się dawca żywy, zdecydowanie różni się od oceny położenia, w którym znajduje się osoba deklarująca zgodę na ewentualną pośmiertną eksplantację narządów. Jedynie dla dawcy żywego przekazanie narządu może stanowić znaczny wysiłek. Niemalże żadnego poświęcenia nie ponosi natomiast osoba deklarująca zgodę na pośmiertną eksplantację ani w momencie, gdy podpisuje deklarację dawcy, ani gdy narządy są faktycznie pobierane.

Po ustaleniu właściwej hierarchii między poszczególnymi zasadami etycznymi, które powinny mieć wpływ na kształt rozwiązań służących pozyskiwaniu narządów, użyłem ich do porównania obecnie funkcjonującego w Polsce systemu oraz SARD. Okazało się, że SARD wykazał się wyższą zgodnością z każdą z zasad. Różnice były najbardziej zauważalne przy porównaniu obu systemów z perspektywy zasady poszanowania prawa do samostanowienia oraz z perspektywy zasady daru. Po dokonaniu oceny obu rozwiązań przez pryzmat pierwszej z tych zasad okazało się, że SARD osiąga przewagę nad obecnie stosowanym w Polsce rozwiązaniem, ponieważ zakłada możliwość pobierania narządów jedynie od zmarłych, którzy za życia wyrazili faktyczną zgodę na eksplantację narządów, podczas gdy obecnie stosowany system dopuszcza pobieranie narządów od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu. Przyjęcie takiego rozwiązania w ramach SARD okazało kluczowe także przy ocenie obydwu systemów z perspektywy zasady daru. Wymóg uzyskania wyraźnej zgody lub cichego przyzwolenia na eksplantację w zasadzie zapewnia, że osoba podejmująca decyzję uświadamia sobie to, co czyni, przynajmniej na najbardziej podstawowym poziomie. Gwarantuje to realizację jednego z koniecznych warunków, które muszą być spełnione, aby czyn mógł być uznany za altruistyczny.

SARD wykazał także wyższą zgodność z obiema zasadami obowiązku, niż obecnie stosowane w Polsce rozwiązanie. W tym wypadku różnica w ocenie tylko częściowo była konsekwencją odmiennych teoretycznych założeń każdego z systemów, a w części wiązała się z niezgodnym z ustawą praktycznym funkcjonowaniem stosowanego w Polsce rozwiązania, które zamiast domyślnie zezwalać na

pośmiertną eksplantację narządu, przekazuje w praktyce możliwość decydowania o losach ciała rodzinie zmarłego. Jednocześnie to właśnie domyślne zezwolenie na eksplantację narządów sprawiło, że na płaszczyźnie teoretycznej oba systemy mogą się spotkać z niemal jednakową oceną z perspektywy zasad obowiązku. Założenie to dobrze oddaje charakter pośmiertnego przekazania narządów jako czegoś zupełnie normalnego, czegoś, czego można wymagać w zasadzie od każdego z obywateli. Elementem, który sprawił, że ocena z perspektywy zasad obowiązku jest jednak bardziej korzystna dla SARD również na płaszczyźnie teoretycznej, jest wprowadzenie w ramach SARD priorytetu dla zadeklarowanych dawców. Dzięki temu, rozwiązanie to w większym stopniu jest w stanie traktować pośmiertne przekazywanie narządów jako realizację obowiązku ponoszenia równego udziału w utrzymaniu społecznie korzystnego udogodnienia, jakim jest chirurgia transplantacyjna.

Ostatnia zasada, przez pryzmat której porównywane były obydwie rozwiązania, to zasada maksymalizacji dobra. Ocena z perspektywy tej zasady przebiegała podobnie, jak w przypadku zasad obowiązku. Ponownie kluczowe okazało się wspólne założenie o domyślnym zezwoleniu na eksplantację narządów, przyjęte przez obydwie porównywane systemy. Daje ono bardzo duże możliwości zwiększania liczby narządów w stosunku do konkurencyjnych opcji (domyślne przekazanie decyzji rodzinie lub domyślny zakaz eksplantacji). Ponieważ jednak tylko SARD pozwala na egzekwowanie tego korzystnego założenia, w praktyce musiał on osiągnąć przewagę nad obecnie stosowanym rozwiązaniem, także przy dokonywaniu oceny z perspektywy zasady maksymalizacji dobra.

Na koniec warto jeszcze wspomnieć, że choć przedstawione w prezentowanym artykule analizy dotyczące porównania obu systemów były możliwie wyczerpujące, nadal pozostaje kilka problemów, które nie zostały omówione. Do najważniejszych z nich należy kwestia usytuowania SARD na tle innych możliwych sposobów organizacji pobierania narządów. Choć nie mogę w tym miejscu przedstawić wystarczająco obszernej argumentacji, chcę na zakończenie wyrazić przekonanie, że SARD nie tylko jest lepszym rozwiązaniem niż system funkcjonujący obecnie w naszym kraju, jest to także, jak sądzę, najlepsze rozwiązanie spośród wszystkich znanych dotychczas. Wszelkie alternatywne sposoby organizacji pobierania narządów muszą przyjmować jedno z trzech możliwych założeń wyjściowych – muszą się opierać albo na domyślnym zakazie pobierania narządów, albo na domyślnym zezwoleniu na przekazywanie narządów, albo na domyślnym przekazaniu kompetencji rodzinie. Pierwsze z założeń ma to do siebie, że pozwala konstruować systemy pozyskiwania organów, które zapewniają dużą podaż narządów, lecz są niezgodne z zasadą poszanowania prawa do samostanowienia.

Drugie pozwala osiągać najlepszą zgodność z zasadą poszanowania prawa do samostanowienia, jednakże musi się wiązać z drastycznym ograniczeniem dostępu do chirurgii transplantacyjnej. Dla trzeciego założenia trudno jest znaleźć jakiegokolwiek przekonujące uzasadnienie. Jedynie SARD, opierając się na pierwszym założeniu, pozwala na osiągnięcie zadowalającej zgodności z wszystkimi ważnymi w etyce transplantacji zasadami, a do tego daje możliwość zapewnienia wysokiej podaży narządów.

Bibliografia

- Beauchamp, Childress [1996] – T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Książka i wiedza, Warszawa 1996.
- Brazzier, Harris [2011] – M. Brazzier, J. Harris, *Does ethical controversy cost lives?*, [w:] *Organ Shortage: Ethics, Law and Pragmatism*, A-M. Farrel, D. Price, M. Quigley (eds.), Cambridge University Press, Cambridge 2011.
- Chyrowicz [2011] – B. Chyrowicz, *Prawo do własności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji*, [w:] *Transplantacje: spór o dar*, B. Chyrowicz (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011.
- Danielewicz [2014] – R. Danielewicz, *Wstęp*, [w:] „Biuletyn Informacyjny” 22 (1) 2014, s. 3.
- Davidson [1980] – D. Davidson, *Essays on Actions and Events*, Oxford University Press, Oxford 1980.
- Department of Health [2000] – Department of Health, *An Investigation into Conditional Organ Donation*, Department of Health, London 2000.
- Dębska-Ślizeń [2005] – A. Dębska, *Przeszczepianie nerek u osób w podeszłym wieku* „Gerontologia Polska” 13 (2) 2005, s. 238–249.
- Farrel, Price, Quigley [2011] – A-M. Farrel, D. Price, M. Quigley, *A principled and pragmatic approach to organ shortage*, [w:] *Organ Shortage: Ethics, Law and Pragmatism*, A-M. Farrel, D. Price, M. Quigley (eds.), Cambridge University Press, Cambridge 2011.
- Gardiner, Riley [2007] – D. Gardiner, B. Riley, *Non-heart-beating organ donation – solution or a step too far?*, „Anesthesia” 62 (5) 2007, s. 441–443.
- Gill [2004] – M.B. Gill, *Presumed Consent, Autonomy, and Organ Donation*, „Journal of Medicine and Philosophy” 29 (1) 2004, s. 37–59.
- Den Hartogh [2008] – G. den Hartogh, *Farewell to non-commitment. Decision systems for organ donation from an ethical viewpoint*, Centre for Ethics and Health, Hague 2008.
- Juros [1996] – H. Juros, *Polska ustawa transplantacyjna. Geneza – treść – znaki zapytania*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- Matesnaz [2013] – R. Matesnaz, *International Figures on Organ Donation and Transplantation*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid 2013.
- Nadel, Nadel [2004] – M.S. Nadel, C.A. Nadel, *Using Reciprocity To Motivate Organ Donations*, „Yale Journal Of Health Policy, Law, And Ethics” 5 (1) 2005, s. 293–325.

- Nagel [1970] – T. Nagel, *Possibility of Altruism*, Princeton University Press, Princeton 1970.
- Navaro-Michel [2011] – M. Navaro-Michel, *Transplanting the Spanish Model of organ donation*, [w:] *Organ Shortage: Ethics, Law and Pragmatism*, A.-M. Farrel, D. Price, M. Quigley (eds.), Cambridge University Press, Cambridge 2011.
- O'Neill [2004] – O. O'Neill, *Which are the offers you can't refuse?*, [w:] O. O'Neill, *Bounds of Justice*, Cambridge University Press, Cambridge 2004.
- Szewczyk [2009] – K. Szewczyk, *Etyka transplantacji*, [w:] K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 2: *Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Tomasz z Akwinu [1970] – Tomasz z Akwinu, *Sprawiedliwość*, Londyn 1970.
- Virt [1996] – G. Virt, *Etyczne uzasadnienie tzw. regulacji sprzeciwu*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- Wilkinson [2011] – T.M. Wilkinson, *Ethics and the Acquisition of Organs*, Oxford University Press, New York 2011.
- Zalewski [2010] – Z. Zalewski, *Problematyka „zgody domniemanej”*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji*, Stefan Bednarz (red.), Galicyjska Gazeta Lekarska, Kraków 2010.