

PROBLEMY ETYCZNE TRANSPLANTOLOGII. PERSPEKTYWA NIEDOBORU NARZĄDÓW DO PRZESZCZEPU¹

– Piotr Grzegorz Nowak –

Abstrakt. Artykuł stanowi krytyczne omówienie polskiej literatury bioetycznej dotyczącej niedoboru narządów do przeszczepu. Problemy związane z tym zagadnieniem w znacznej mierze wiążą się z próbą odpowiedzi na pytanie, jak zwiększyć liczbę dostępnych narządów w etycznie aprobowany sposób. Uwaga polskich autorów skoncentrowała się w tym względzie na analizie oraz ocenie dwóch rozwiązań – systemu pozyskiwania narządów opartego na regulacji sprzeciwu oraz systemu, który dopuszcza rynkowe pozyskiwanie narządów. Obydwa rozwiązania spotkały się z niemalże jednogłówną negatywną oceną. Poza przedstawieniem oraz krytyką stanowiska polskich bioetyków w tej sprawie ważną część tekstu stanowi sprawozdanie z krajowej debaty dotyczącej kryteriów i definicji śmierci – jedynie od martwych dawców można pobierać nieparzyste narządy, takie jak serce. Czytelnik będzie miał możliwość zapoznania się z różnymi propozycjami definicji śmierci, których zastosowanie może wpłynąć na liczbę dostępnych narządów. Poza przeglądem polskiej literatury, w tekście można znaleźć także krótką prezentację najważniejszych zagranicznych publikacji dotyczących zagadnienia niedoboru narządów.

Słowa kluczowe: etyka transplantacji, niedobór narządów, regulacja sprzeciwu, zasada zgody domniemanej, handel narządami, definicja śmierci, Maria Nowacka, Barbara Chyrowicz, Günter Virt, Wojciech Rowiński, Roberta M. Veath.

Od roku 1954, gdy w Stanach Zjednoczonych dokonano pierwszego udanego przeszczepu nerki², w chirurgii transplantacyjnej, za sprawą wynalezienia nowoczesnych leków immunosupresyjnych, dokonał się olbrzymi postęp. Dziś bez większych przeszkód można przeszczepiać narządy między parami o stosunkowo niskiej zgodności tkankowej³. Mimo to wielu chorych znajdujących się na listach oczekujących nadal umiera. Przyczyną jest zjawisko określane mianem

¹ Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/HS1/00079 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki. Za wszelką pomoc pragnę podziękować Profesorowi Włodzimierzowi Galewiczowi.

² Price [2000] s. 3.

³ Cronin [2011] s. 109–110; Nowaczyk [2004] s. 97–99; Mamode [2013] s. 56.

„niedoboru narządów”. W przeciwieństwie do wielu innych terapii, dostępność chirurgii transplantacyjnej nie zależy jedynie od środków przeznaczonych na ten cel z budżetu państwa. Co najmniej równie istotna jest odpowiednia ilość źródeł narządów, która jest znacznie ograniczona za sprawą rygorystycznych warunków, jakie muszą być spełnione, aby pozyskanie narządu od dawcy było dozwolone.

Prezentowany artykuł stanowi przegląd polskiej literatury bioetycznej, która odnosi się do problemu niedoboru narządów. W jego pierwszej części omówiona zostanie jedyna rodzima monografia poświęcona w całości etycznej problematyce przeszczepiania narządów – *Etyka a transplantacje* Marii Nowackiej. W następnej kolejności czytelnik będzie mógł się zapoznać z krytycznym przeglądem pracy zbiorowej wydanej przez Alojzego Marcola. Wydana w 1996 r. książka *Etyczne aspekty transplantacji narządów* wciąż pozostaje ważnym źródłem informacji, szczególnie dla osób zainteresowanych stanowiskiem kościoła katolickiego. *Transplantacje: spór o dar* to najbardziej aktualna polska pozycja dotycząca tego tematu. Jej recenzję znaleźć można w części trzeciej artykułu. Ostatnią omawianą polską publikacją jest wydany przez Komisję Etyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie zbiór referatów *Etyczne aspekty transplantacji*, które zostały wygłoszone w 2009 r. na konferencji o tym samym tytule. W zamykającej artykuł części piątej, można znaleźć krótkie omówienie literatury zagranicznej.

1.0

Problematyka niedoboru narządów do przeszczepu nie doczekała się w książce Nowackiej odrębnego omówienia. Zagadnienia związane z tym tematem są rozproszone. Wśród omawianych tematów należy wymienić problem definicji i kryteriów śmierci⁴, kwestię dopuszczalności stosowania bodźców finansowych w systemach pozyskiwania narządów do przeszczepu⁵ oraz zagadnienia związane z uzyskiwaniem zgody na pobranie narządów⁶. Autorka wskazuje też możliwe przyczyny niedoboru narządów, do których zalicza sprzeciw rodzin zmarłych na pobranie narządów oraz brak zaangażowania lekarzy⁷.

1.1

Kwestia kryteriów i definicji śmierci została w książce Nowackiej dość obszernie omówiona. Jeśli przyjmie się za punkt wyjścia perspektywę niedoboru

⁴ Nowacka [2003] s. 73–104.

⁵ Tamże, s. 25–33.

⁶ Tamże, s. 39–51.

⁷ Tamże, s. 21–23.

narządów, jest to problem istotny, ponieważ zgodnie z tzw. regułą martwego dawcy pojedyncze i niezbędne do życia organy mogą być pobierane wyłącznie od martwych dawców⁸. W tym kontekście pojawia się pytanie: kogo można uznać za zmarłego? W zasadzie wszyscy zgadzają się, że ze śmiercią mamy do czynienia w momencie destrukcji organizmu, gdy nie jest on w stanie funkcjonować jako całość⁹. Problematyczne jest jednak, jakich kryteriów użyć dla stwierdzenia, że stan taki zaistniał.

Obecnie w medycynie stosowane są dwa kryteria śmierci – krążeniowe i mózgowe. Zgodnie z pierwszym z nich śmierć człowieka można stwierdzić w przypadku nieodwracalnego zatrzymania akcji serca¹⁰, zgodnie z drugim – w przypadku nieodwracalnego ustania funkcji całego mózgu¹¹. Wśród współczesnych etyków zajmujących się tematem śmierci obecne są trzy stanowiska: konserwatywne, umiarkowane i liberalne. Dla konserwatystów reprezentatywne jest stanowisko Hansa Jonasa¹². Uważa on, że będzie bezpieczniej, jeśli człowieka będzie można uznać za zmarłego jedynie w przypadku spełnienia obydwu kryteriów¹³. Wyłącznie wtedy można być pewnym, że pobierając narządy nie uśmierca się żywej osoby. Zwolennicy stanowiska umiarkowanego, stanowiący większość, uważają, że wystarczające jest spełnienie tylko jednego z kryteriów¹⁴. Liberalowie twierdzą natomiast, że mózgowe kryterium śmierci, które sprowadza się najczęściej do stwierdzenia nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, czyli tej części mózgu, która odpowiedzialna jest za wegetatywne funkcje organizmu, w sposób nieadekwatny odnosi się do człowieka. Są oni zwolennikami nowej definicji śmierci, która pozwalałaby uznać człowieka za zmarłego w przypadku nieodwracalnego uszkodzenia wyższych, odpowiedzialnych za osobowość partii mózgu¹⁵.

⁸ Szewczyk [2009] s. 145.

⁹ Nowacka [2003] s. 76; Piret [2012] s. 99; Türk [1996] s. 65.

¹⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia (M.P. 2010 Nr 59, poz. 784), zob. też Szewczyk [2009] s. 136–137.

¹¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2007 Nr 46, poz. 547), zob. też Szewczyk [2009] s. 137.

¹² Jonas [1969] s. 243–245; Piret [2012] s. 99.

¹³ W praktyce oznacza to konieczność spełnienia jedynie kryterium krążeniowego, ponieważ po odpowiednio długim zatrzymaniu akcji serca z konieczności musi nastąpić śmierć mózgu, zob. Piret [2012] s. 99.

¹⁴ Nowacka [2003] s. 77–96; Szewczyk [2009] s. 137; Veath [2000] s. 45–47.

¹⁵ Nowacka [2003] s. 96–104; Szewczyk [2009] s. 138; Veath [2000] s. 45–47.

Przedstawiając stan debaty nad kryteriami śmierci, Nowacka odnosi się głównie do stanowiska umiarkowanego i liberalnego¹⁶. Autorka prezentuje kontrowersje, które wiążą się z mózgowym kryterium śmierci. Zwraca uwagę na etycznie wątpliwą motywację komisji *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, która je tworzyła¹⁷. Komisja ta, w pierwszej roboczej wersji swojego raportu, przyznawała wprost, że bezpośrednim bodźcem do zmiany koncepcji śmierci było narastające zapotrzebowanie na narządy do przeszczepu. Inną kwestią, która może budzić wątpliwości, jest fakt, iż do 1978 r. opublikowano ponad trzydzieści różnych zestawów kryteriów służących stwierdzeniu śmierci mózgu¹⁸. Stwierdzenie śmierci w oparciu o kryterium mózgowie jest zadaniem skomplikowanym¹⁹ i wymaga pracy zespołu lekarzy, a diagnozowany pacjent musi być w stanie fizjologicznie stabilnym²⁰. Konserwatyści mogą wykorzystać ten argument na rzecz swojego stanowiska, twierdząc, że z powodu ryzyka błędu lepiej nie dopuścić możliwości stwierdzenia śmierci jedynie w oparciu o to kryterium. Autorka nie formułuje jednak tego typu zarzutu i ogranicza się do przedstawienia obecnych w debacie kontrowersji.

Omawiając stanowisko liberalne, Nowacka zauważa, że jego zwolennicy skłonni są utożsamiać śmierć z nieodwracalną utratą świadomości. Liberalowie uważają, że zadaniem medycyny jest odnalezienie kryteriów, które pozwolą stwierdzić, czy stan taki zaistniał²¹. Rolę takich kryteriów śmierci mogłyby w przyszłości pełnić testy pozwalające na stwierdzenie nieodwracalnego uszkodzenia wyższych, odpowiedzialnych za świadomość, partii mózgu. Ich zastosowanie udostępniłoby transplantologii nowe źródła organów – pacjentów w stanie wegetatywnym oraz noworodki z anencefalią²². Krytycy stanowiska liberalnego zarzucają, że wywodzi się ono z filozofii, a nie z nauki. Pojęcie śmierci powinno być natomiast pojęciem nauk przyrodniczych. W związku z tym, ściśle rzecz biorąc, nie może być mowy o śmierci osoby (jest to bowiem pojęcie filozoficzne), a jedynie o śmierci organizmu. Ten umiera z kolei jedynie, gdy dojdzie do nieod-

¹⁶ Dość istotnym problemem pominiętym przez Nowacką jest kwestia dopuszczalności pozyskiwania narządów od dawców z niebijącym sercem zob. Coggon, Murphy [2011] s. 140-143; Piret [2012] s. 101-109; Veath [2000] s. 207-214.

¹⁷ Nowacka [2003] s. 81.

¹⁸ Tamże, s. 79.

¹⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2007 Nr 46, poz. 547).

²⁰ Coggon, Murphy [2011] s. 139-140.

²¹ Nowacka [2003] s. 96.

²² Tamże, s. 103.

wracalnego ustania funkcji całego mózgu²³. Tak prowadzona krytyka wydaje się jednak nieskuteczna. Gdy mówimy o śmierci organizmu, zawsze mówimy o śmierci organizmu pewnego gatunku np. organizmu ludzkiego. Nie możemy więc uciec od filozofii i abstrahować od cech istotnych dla tego organizmu, a za taką, w przypadku człowieka, może być uznana świadomość²⁴. W podobnym tonie wypowiada się Nowacka przywołując eksperyment myślowy, który pozwala uświadomić sobie paradoksalne konsekwencje umiarkowanego, mózgowego kryterium śmierci, które zbyt dużą wagę przywiązuje do wegetatywnych funkcji organizmu²⁵.

1.2

W pierwszym rozdziale pierwszej części książki Nowacka omawia argumenty zwolenników dopuszczenia stosowania bodźców finansowych w celu zwiększenia podaży narządów:

Po pierwsze, zakładają oni [zwolennicy handlu narządami – przypis P.G.N.], że odwołanie się do altruizmu nigdy nie zaspokoi popytu na organy; po drugie wyznają oni skrajnie liberalny pogląd, że człowiek ma naturalne prawo dysponowania sobą, także jeśli chodzi o własne ciało i jego części. Sprzeciw wobec traktowania ciała i jego części jako własności, którą można uczynić przedmiotem obrotu handlowego, jest rezultatem uwarunkowań kulturowych, które z natury swej są zmienne, a ceną, którą przychodzi nam płacić za uporczywe trzymanie się pewnego ideału jest skazywanie wielu chorych na niekonieczną śmierć lub cierpienia²⁶.

Dodatkowo za dopuszczeniem rynkowego sposobu pozyskiwania narządów przemawia fakt, iż wynagrodzenie przy okazji dokonywania transplantacji otrzymuje cały personel medyczny zaangażowany w zabieg oraz firmy farmaceutyczne. Nie ma podstaw, aby akurat dawcę pozbawiać pieniędzy²⁷. Przedstawiając argumenty przeciwników dopuszczenia rynkowych sposobów pozyskiwania narządów, autorka ogranicza się do zaprezentowania stanowiska etyków, którzy uważają, że narządy mogą być przeszczepiane jedynie, jeśli stanowią altruistyczny dar²⁸. Tym samym pominięty zostaje ciekawy głos krytyków urynkowienia sys-

²³ Tamże, s. 94–95.

²⁴ Veath [2000] s. 105–106.

²⁵ Nowacka [2003] s. 99.

²⁶ Tamże, s. 26.

²⁷ Tamże.

²⁸ Tamże, s. 27.

temów pozyskiwania narządów, którzy odwołują się w swej argumentacji do zasady poszanowania autonomii²⁹. Ich zdaniem legalizacja handlu narządami stanowi usankcjonowanie niedopuszczalnego przymusu o charakterze ekonomicznym, który jest zadawany zdesperowanym dawcom. Jest to stanowisko warte uwagi, ponieważ do tej samej zasady etycznej – zasady poszanowania autonomii – odwołują się także zwolennicy dopuszczenia handlu, zupełnie inaczej ją jednak interpretując.

1.3

W drugim rozdziale pierwszej części książki Nowacka porusza m.in. zagadnienia związane z uzyskiwaniem zgody na pobranie narządów do przeszczepu, wśród nich jest omówienie etycznych kontrowersji związanych z obowiązującą w Polsce regulacją sprzeciwu, którą autorka dość nieszczęśliwie określa mianem „zasady zgody domniemanej”³⁰. Zgodnie z tym przepisem narządy mogą być pobierane od wszystkich zmarłych, którzy za życia nie wyrazili sprzeciwu. Interesujący jest szczegółowo przedstawiony proces ewolucji polskiego porządku prawnego sankcjonującego tę regułę³¹. Nowacka przedstawia też jedno z możliwych uzasadnień takiego rozwiązania: zauważa, że przyjęcie alternatywnej regulacji zgody bezpośredniej zmniejsza liczbę pobrań „jako, że wiele osób akceptujących praktyki transplantacyjne i chętnych do oddania swych organów po śmierci może, z wielu zresztą powodów, zaniedbać formalnego wyrażenia zgody”³².

Autorka przedstawia także kontrowersyjne aspekty omawianej regulacji, które sprowadzają się do sprzeczności z zasadą poszanowania prawa do samostanowienia³³. Zaletą tego rozwiązania – polegająca na tym, że pozwala ono pobierać narządy od osób, które chciały dokonać donacji, lecz nigdy nie wyraziły formalnej zgody – jest nierozzerwalnie związana z wadą; regulacja sprawia, że pobierane są narządy zmarłych, którzy nigdy nie chcieli dokonać donacji, lecz z jakiś względów nie zarejestrowali za życia sprzeciwu. Ponadto prezentowane rozwiązanie jest niezgodne z regułą świadomej zgody:

²⁹ Dossetor, Manickavel [1992] s. 63; Sells [1990]; s. 18–24; Richards [2012] s. 60–73.

³⁰ Zob. Nowacka [2003] s. 41. Określenie regulacji sprzeciwu mianem „regulacji zgody domniemanej” jest dość nieszczęśliwe, ponieważ sugeruje, że narządy pobierane są od zmarłych, co do których domniemywa się, że zgodzili się na eksplantację. Zwolennicy regulacji sprzeciwu, uzasadniając tego typu regulację prawą, nie muszą się jednak odwoływać do presumpcji zob. Wilkinson [2011] s. 82, 92.

³¹ Nowacka [2003], s. 39–44.

³² Tamże, s. 45.

³³ Tamże.

Przez świadomą zgodę rozumie się dobrowolną, niewymuszoną decyzję podjętą przez osobę zdolną do świadomego wyrażania woli, czyli autonomiczną; zakłada się nadto, że decyzja taka zostaje podjęta na podstawie adekwatnej informacji i po rozważeniu, czy przyjąć, czy raczej odrzucić zaproponowany sposób postępowania³⁴.

Nie można zakładać, że osoby, które jedynie nie wyraziły sprzeciwu, udzieliły tak rozumianej zgody.

Zgłaszane przez Nowacką wątpliwości nie muszą być jednak przekonujące. Polemista zauważy, że alternatywny tzw. system zgody bezpośredniej obarczony jest tymi samymi słabościami, również musi opierać się na pewnego rodzaju założeniach wyjściowych (zakaz eksplantacji lub przekazanie decyzji rodzinie), które określają, co dzieje się z narządami zmarłego w przypadku braku wyraźnych dyspozycji wydanych za życia, a które mogą być niezgodne z jego niewyrażonymi wprost życzeniami³⁵. Ponadto system zgody bezpośredniej nie gwarantuje spełnienia reguły świadomej zgody. Nikt nie sprawdza, czy osoby podpisujące deklarację dawcy miały dostęp i zapoznały się ze wszystkimi istotnymi informacjami na temat pośmiertnej eksplantacji narządów³⁶. System zgody bezpośredniej ma więc podobne wady co regulacja sprzeciwu. Ma on także dodatkową słabość – może znacząco zwiększać niedobór narządów.

Wśród omawianych przez autorkę sposobów zwiększania podaży narządów jest jeszcze jedno warte uwagi rozwiązanie. Polega ono na ograniczeniu dostępu do chirurgii transplantacyjnej wyłącznie do zadeklarowanych dawców. W praktyce tego typu system mógłby zakładać, że „tylko ten może zostać, w razie zaistnienia takiej potrzeby, poddany operacji przeszczepu, kto posiada np. specjalną legitymację potencjalnego dawcy lub jest zarejestrowany w centralnym komputerze”³⁷. W tym kształcie proponowane rozwiązanie oczywiście nie jest wolne od słabości. Wątpliwości autorki wzbudza przede wszystkim kwestia niealtruistycznej motywacji dawców, którzy motywowani są własną korzyścią³⁸. Większe znaki zapytania rodzi jednak całkowite pozbawienie dostępu do przeszczepów osób, które nie zarejestrowały się jako potencjalni dawcy oraz realne możliwości ograniczenia niedoboru narządów za pomocą tego systemu. Tego typu wątpliwości stara się przewyciężyć holenderski bioetyk Govert den Hartogh,

³⁴ Tamże, s. 45–46.

³⁵ den Hartogh [2008] s. 25–26; Gill [2004] s. 44–51; Wilkinson [2011] s. 81–91.

³⁶ Piret [2012] s. 100; Wilkinson [2011] s. 83.

³⁷ Nowacka [2003] s. 34.

³⁸ Tamże, s. 35.

który w swoim raporcie *Farewell to non-commitment. Decision systems for organ donation from an ethical viewpoint* przedstawia pewną zmodyfikowaną wersję omawianego przez Nowacką rozwiązania.

2.0

Wydana pod redakcją Alojzego Marcola praca zbiorowa *Etyczne aspekty transplantacji narządów* zawiera referaty wygłoszone podczas konferencji w Kamieniu Śląskim, która odbyła się rok po uchwaleniu polskiej ustawy transplantacyjnej. W książce szeroko dyskutowane są etyczne kontrowersje związane z regulacją sprzeciwu³⁹, kwestia komercjalizacji narządów⁴⁰, możliwość wykorzystania tkanek oraz narządów poronionych płodów⁴¹, czy problem kryteriów i definicji śmierci⁴². Niewątpliwą zaletą książki jest szeroki zakres zagadnień, poruszanych przez autorów z całej Europy. Wadą jest dość zaawansowany wiek publikacji – od 1995 r. ustawa transplantacyjna była kilkakrotnie zmieniana (ostatnia zmiana miała miejsce w 2009 r.).

2.1

Aż cztery teksty dotyczą bezpośrednio etycznej oceny regulacji sprzeciwu. W zdecydowanej większości jest to ocena negatywna. Jedynie referat Günтера Virta stanowi jej etyczne uzasadnienie. Helmut Juros, przedstawiciel Episkopatu Polski biorący udział w pracach nad ustawą, a jednocześnie przeciwnik regulacji argumentuje:

Z chrześcijańskiego punktu widzenia gotowość do użyczenia organów jest znakiem miłości bliźniego okazanej jeszcze po śmierci i solidaryzowania się z chorymi i niepełnosprawnymi. Nie można jednak wymuszać nastawienia miłości w postaci dawstwa organów. Jeśli u kogoś nie ma takiej gotowości, nie wolno tego oceniać jako moralnego braku ani go dyskwalifikować. Nie może być mowy o „przymusowej miłości bliźniego”⁴³.

Regulacja sprzeciwu w świetle przytoczonych słów stanowi pewną formę przymuszania do miłości. Prawdziwy dar, którym powinna być transplantacja, nie może być konsekwencją przymusu, musi być wolnym aktem pozytywnego przy-

³⁹ Góralczyk [1996]; Juros [1996]; Virt [1996]; Wróbel [1996].

⁴⁰ Dylus [1996].

⁴¹ Dobiosch [1996].

⁴² Golser [1996]; Türk [1996].

⁴³ Juros [1996] s. 29.

zwolnienia podjętym po zapoznaniu się z wszystkimi istotnymi informacjami np. na temat mózgowego kryterium śmierci⁴⁴. Podobne zdanie ma Paweł Góralczyk. Twierdzi on, że przekazanie narządów do transplantacji jest obowiązkiem miłości. Realizacji tego obowiązku nie można jednak wymuszać, ponieważ porządek sprawiedliwości jest pierwotny względem porządku miłości⁴⁵. Zarówno jeden, jak i drugi autor uważają, że eksplantacja narządów z ciała zmarłego jest dopuszczalna, jedynie gdy zmarły wyraził na to za życia zgodę, bądź gdy zgodę po śmierci wyrazi rodzina⁴⁶. Józef Wróbel zauważa z kolei, że faktycznym celem kontrowersyjnej regulacji może być wykorzystanie psychologicznej skłonności większości osób do wypierania poza świadomość spraw związanych ze śmiercią, co umożliwić ma pozyskanie narządów od tych, którzy nigdy nie chcieli dokonać donacji⁴⁷. Jest to niedopuszczalne, ponieważ osobę oraz jej zwłoki łączy naturalny związek⁴⁸. Naruszenie tego związku, w oparciu o zasadę zgody domniemanej, stanowi moralnie nieuprawnioną ingerencję lekarza w prywatną sferę życia obywatela⁴⁹. Wróbel opowiada się także, przywołując autorytet Piusa XII, za uznaniem praw rodziny do decydowania o zwłokach⁵⁰ oraz zauważa, że przyjęcie regulacji sprzeciwu może podważać zaufanie do zawodu lekarza⁵¹.

Czy przedstawione argumenty przeciwników regulacji sprzeciwu są przekonujące? Sądzę, że w ograniczonym stopniu. W stosunku do analiz zawartych w książce Nowackiej, w omawianych tekstach pojawiają się cztery nowe argumenty. Zgodnie z pierwszym z nich transplantacje powinny stanowić autentyczny dar miłości. Polemista uzna takie ograniczenie za nieuzasadnione. W tym kontekście można zadać retoryczne pytanie: czy podstawowym zadaniem systemu pobierania narządów do przeszczepu powinno być kształtowanie postaw altruistycznych, czy raczej wydobywanie potencjalnych biorców z niebezpieczeństwa utraty życia⁵²? W rzeczywistości zarówno w przypadku regulacji zgody bezpośredniej, jak

⁴⁴ Juros [1996] s. 29.

⁴⁵ Góralczyk [1996] s. 118.

⁴⁶ Tamże, s. 120. Juros ma jednak wątpliwości, co do tego, czy należy dopuścić eksplantację narządów, gdy zgodę wyraziła jedynie rodzina, a nie sam zmarły. Ostatecznie dopuszcza jednak taką możliwość, zauważając zapewne, że przyjęcie jego pierwotnej propozycji, która zakłada, że narządy mogą być pobierane jedynie przy bezpośredniej zgodzie zmarłego doprowadziłoby do całkowitego załamania chirurgii transplantacyjnej zob. Juros [1996] s. 29–30.

⁴⁷ Wróbel [1996] s. 105–106.

⁴⁸ Tamże, s. 107, 110–111; podobne zdanie ma też Góralczyk [1996] s. 114–117.

⁴⁹ Góralczyk [1996] s. 119; Juros [1996] s. 31; Wróbel [1996] s. 111.

⁵⁰ Wróbel [1996] s. 108.

⁵¹ Tamże, s. 108–109.

⁵² Wilkinson [2011] s. 151.

i w przypadku regulacji sprzeciwu państwo nie ma możliwości sprawdzenia faktycznej motywacji dawców⁵³. Ponadto można argumentować, że dopuszczenie wyłącznie altruistycznej motywacji stanowi przeniesienie standardów adekwatnych do sytuacji dawców żywych na dawców martwych. Niewłaściwe, w kontekście transplantacji od dawców martwych, jest też samo określenie „dar miłości”. Pośmiertne przekazanie narządu do przeszczepu bardziej niż akt heroizmu przypomina raczej, jak to trafnie określił den Hartough, przysługę podwiezienia innego kierowcy, któremu skończyła się benzyna do najbliższej stacji, którą i tak będzie się mijać⁵⁴.

Drugi argument zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia opinii rodziny przy eksplantacji narządów. Jest on bardziej przekonujący. Zdanie rodziny powinno być wysłuchane szczególnie, jeśli zna ona wolę lub życzenia zmarłego, w praktyce takie sytuacje zdarzają jednak się bardzo rzadko, a pogrążeni w żałobie bliscy, dla «bezpieczeństwa», skłonni są raczej wyrazić sprzeciw niż zgodę⁵⁵. Wątpliwe jest natomiast prawo krewnych do decydowania o losach ciała we własnym imieniu. Interes rodziny może być w tym przypadku przeważony przez interes oczekujących na przeszczep potencjalnych biorców⁵⁶.

Trzeci argument sprowadza się do stwierdzenia, że osobę i jej zwłoki łączy naturalny związek, przez co eksplantacja narządów, bez wyraźniej zgody, stanowi nieuprawnioną ingerencję lekarza w prywatną sferę życia obywatela. Z takim stanowiskiem można polemizować na kilka różnych sposobów. Po pierwsze można podważyć istnienie moralnie doniosłego naturalnego związku między osobą a jej zwłokami. Po drugie można argumentować, że nawet jeśli ów związek istnieje, to jego uszanowanie nie może wymagać raczej nieingerowania niż ingerowania w ciało zmarłego, jeśli brak wyraźnych dyspozycji⁵⁷. Prowadziłoby to do absurdalnych konsekwencji – przyjęcie zasady nieingerencji wymagałoby pozostawienia ciała w miejscu, w którym zakończyło się życie osoby.

Zgodnie z czwartym argumentem regulacja sprzeciwu podważa zaufanie do lekarzy, ponieważ działania lekarza tradycyjnie nakierowane powinny być na dobro indywidualnego pacjenta, tymczasem eksplantacja narządów nie jest takim działaniem. Ten argument jest przekonujący jedynie, jeśli uznać, że zmarły dawca wciąż jest pacjentem lub jeśli zakwestionować mózgowy kryterium śmierci.

⁵³ Wilkinson [2011] s. 151.

⁵⁴ den Hartough [2008] s. 39.

⁵⁵ Tamże, s. 23.

⁵⁶ Tamże, s. 63–64; Wilkinson [2011] s. 66–76.

⁵⁷ Gill [2004] s. 44–51.

W omawianej publikacji jedynie Günter Virt podejmuje się obrony regulacji sprzeciwu. Twierdzi co prawda, że rozwiązanie zgody bezpośredniej najtrafniej oddaje charakter transplantacji jako daru miłości, słusznie zauważa jednak, że gdyby polegać na takim rozwiązaniu, niedobór narządów do przeszczepu mógłby się drastycznie powiększyć, co spowodowałoby nasilenie negatywnych zjawisk, takich jak nielegalny handel narządami⁵⁸. Regulację sprzeciwu pozwala jego zdaniem uzasadnić zakorzeniona w etyce katolickiej tradycja, zgodnie z którą „człowiek w niebezpieczeństwie utraty życia może korzystać z własności drugiego bez jego zgody, o ile nie jest ona mu [drugiemu człowiekowi – przypis P.G.N.] bezwzględnie konieczna”⁵⁹. Człowiek taki „może wziąć, ile mu potrzeba do przeżycia, nie dlatego jakoby miał prawo do tego, lecz dlatego, że może zakładać, iż właściciel w takiej skrajnej sytuacji przypuszczalnie wyraziłby na to zgodę. W takim przypadku można niejako zakładać zgodę, o ile nie było wyraźnego sprzeciwu”⁶⁰. Autor proponuje traktować narządy zmarłego tak, jak pozostawioną przez właściciela własność – w moim przekonaniu jest to właściwy stosunek do ciała, w przeciwieństwie do stanowiska przeciwników regulacji sprzeciwu, którzy podkreślali naturalny związek zwłok z osobą, twierdząc nawet, że zwłoki zachowują część godności osoby⁶¹.

Kończąc omówienie tekstów, które w tej książce odnoszą się do regulacji sprzeciwu, należy podkreślić, że wszyscy autorzy zarówno krytycy tej regulacji jak i Günter Virt podkreślają konieczność przeprowadzania kampanii społecznych informujących o specyfice regulacji⁶². Takie kampanie w Polsce nie zostały przeprowadzone, mimo że minęło niemal dwadzieścia lat od początku obowiązywania ustawy.

2.2

Jednym z ciekawszych tekstów w omawianej publikacji jest referat Anieli Dylus *Problem komercjalizacji organów ludzkich*. Autorka dostrzega, w przeciwieństwie do Nowackiej (zob. cz. 1.3), że istotnym argumentem przeciwko legalizacji handlu ludzkimi narządami jest ten odwołujący się do przymusu ekonomicznego⁶³. Mniej przekonujący jest drugi argument Dylus, w którym zauważa, że trans-

⁵⁸ Virt [1996] s. 94.

⁵⁹ Tamże, s. 96.

⁶⁰ Tamże. Por. także Tomasz z Akwinu [1970] s. 141–142.

⁶¹ Góralczyk [1996] s. 117.

⁶² Tamże, s. 118; Wróbel [1996] s. 110; Virt [1996] s. 97.

⁶³ Dylus [1996] s. 207.

akcja sprzedaży narządów nie zawsze spełnia kryteria sprawiedliwej wymiany handlowej. Taka transakcja może być niesprawiedliwa, ponieważ „nie zawsze można spełnić warunki znajomości oraz interioryzacji przez partnerów wymiany wszystkich skutków ubocznych, ani też wyrównania interesów między nimi, czyli równouprawnienia partnerów”⁶⁴. Wyrażenie „nie zawsze” zwraca jednak uwagę, że niekiedy warunki te mogą być spełnione. W szczególności mogą być one spełnione, jeśli, jak uważają niektórzy, handel narządami zostanie zalegalizowany i odpowiednio uregulowany przez państwo⁶⁵. W swoim tekście Dylus przedstawia też – i krytykuje – nieskuteczne argumenty przeciwko komercjalizacji organów. Zauważa, że handlu narządami nie można wykluczyć, powołując się na obowiązek zachowania integralności ciała⁶⁶ czy na zakaz taktowania go w sposób wyłącznie instrumentalny⁶⁷. Argumenty te przemawiają za niedopuszczeniem jakichkolwiek transplantacji *ex vivo*, a nie wyłącznie sprzedaży narządów. Nie przekonuje też argument, który zabrania stawiania ludzkiego życia na szali razem z pieniędzmi⁶⁸. Odnosi się on wyłącznie do sprzedaży niezbędnych do życia nieparzystych narządów, takich jak serce, pobranych *ex vivo*.

2.3

Jednym ze sposobów ograniczenia niedoboru narządów do przeszczepu mogłoby być wykorzystanie organów pochodzących od poronionych lub usuniętych podczas aborcji płodów. W tekście *Etyczne zastrzeżenia wobec transplantacji narządów poronionych płodów* Hubert Dobiosch uznaje, że wykorzystanie takich narządów i tkanek jest dopuszczalne tylko, jeśli pochodzą one z naturalnych poronień⁶⁹. Zezwolenie na wykorzystanie płodów usuniętych na skutek aborcji może spowodować, że niektóre osoby w przyszłości zdecydują się na usunięcie ciąży⁷⁰, co na gruncie etyki katolickiej jest niemal zawsze niedopuszczalne.

Argument Dobioscha jest nieprzekonujący. Polemizować z nim można nawet na gruncie etyki katolickiej, odwołując się do zasady podwójnego skutku⁷¹. W myśl tej zasady można wyjść od spostrzeżenia, że zezwolenie na wykorzystanie

⁶⁴ Tamże, s. 207.

⁶⁵ Erin, Haris [2002]; Hippen [2005] s. 610–613; Richards [2012] s. 57–58.

⁶⁶ Dylus [1996] s. 204.

⁶⁷ Tamże, s. 205.

⁶⁸ Tamże, s. 204.

⁶⁹ Dobiosch [1996] s. 192.

⁷⁰ Tamże, s. 192–193.

⁷¹ McIntyre [2011].

tkanek pobranych od usuniętego płodu jedynie w nieznacznym stopniu i w sposób pośredni może zachęcić w przyszłości niektóre osoby do dokonania aborcji. Jeśli zgodzimy się z powyższym spostrzeżeniem, można wykazać, że spełnionych jest wszystkich pięć warunków stosowalności zasady: po pierwsze – ratowanie życia biorcy jest samo w sobie działaniem dobrym, a nie złym; po drugie – ewentualny wzrost prawdopodobieństwa dokonania aborcji przez niektóre osoby jest jedynie skutkiem ubocznym ratowania życia biorcy, a nie środkiem do tego celu; po trzecie – zachowana jest odpowiednia proporcja pomiędzy złym skutkiem (możliwe lecz mało prawdopodobne dokonanie aborcji w przyszłości przez nieliczne osoby), a dobrym celem (ratowanie życia teraz); po czwarte – w warunkach niedoboru narządów do przeszczepu, wykorzystanie narządów usuniętego płodu może być jedynym możliwym sposobem uratowania czyjś życia; po piąte – realizacja dobrego celu nie musi w tym przypadku z konieczności prowadzić do złego skutku – może być tak, że wykorzystanie narządów usuniętego płodu w żaden sposób nie skłoni nikogo do dokonania aborcji w przyszłości.

2.4

W omawianej publikacji czytelnik znajdzie również dwa teksty dotyczące etycznej problematyki definicji i kryteriów śmierci. W tekście *Dyskusja wokół śmierci mózgowej: z perspektywy katolickiego teologa-moralisty Carlo Golser* broni stanowiska umiarkowanego, zgodnie z którym dla uznania człowieka za zmarłego wystarczające jest spełnienie mózgowego kryterium śmierci (zob. cz. 1.1). Autor odnosi się do zarzutów stawianych zarówno ze strony konserwatywnej, jak i liberalnej. Jeden z nich dotyczy wątpliwej, pragmatycznej motywacji członków *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, którzy przyznawali, że mózgowe kryterium śmierci służyć ma m.in. ograniczeniu niedoboru narządów do przeszczepu. Golser zauważa, że „Geneza i pragmatyczna funkcja jakiegoś kryterium same przez się nie umniejszają obiektywnej wartości jakiegoś kryterium”⁷². Twierdzi też, że przyjęcie mózgowego kryterium śmierci nie musi być równoznaczne z uznaniem, że dusza zlokalizowana jest w mózgu⁷³. Dyskutując ze stanowiskiem liberalnym, pisze, że utożsamienie śmierci z nieodwracalną utratą świadomości prowadziłyby do sytuacji, w której „mocni decydowałiby o jakości życia słabych i odmawiali im prawa do życia”⁷⁴. Taka krytyka jest dla liberała nieprzekonująca, ponieważ sprowadza się do stwierdzenia, że istoty,

⁷² Golser [1996] s. 45.

⁷³ Tamże, s. 46.

⁷⁴ Tamże, s. 48.

które liberał uznaje za zmarłe i nieposiadające statusu moralnego, są wciąż żywe i przysługuje im status moralny.

Bardziej interesujący jest jednak tekst *Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym*, którego autor Hans Joachim Türk obszernie referuje konserwatywne stanowisko Hansa Jonasa, przedstawiając jednocześnie dodatkowe racje za uznaniem, że spełnienie mózgowego kryterium śmierci jest niewystarczające dla stwierdzenia śmierci człowieka – konieczne jest również spełnienie kryterium krążeniowego. Oczywiście, jeśli takie stanowisko byłoby właściwe, musiałoby się wiązać z niemal całkowitym zamknięciem dostępu do chirurgii transplantacyjnej. Konserwatyści argumentują, że aby dopuścić możliwość pobrania narządów z ciała zmarłego, trzeba mieć absolutną pewność, że człowiek nie żyje⁷⁵. Mózgowe kryterium śmierci takiej pewności nie daje, ponieważ mózgi pacjentów uznanych za zmarłych w oparciu o to kryterium, mogą w dalszym ciągu wykazywać pewną aktywność⁷⁶. Ponadto obecne są u nich funkcje oddychania i krążenia, które obejmują cały organizm, a w związku z tym człowiek, jako całość, wciąż żyje, choć jest śmiertelnie uszkodzony⁷⁷.

Przedstawiciele stanowiska umiarkowanego przed tą krytyką mogą próbować się bronić. Odnosząc się do pierwszego zarzutu, mogą twierdzić, że aktywność mózgu występująca u «mózgowo martwych» jest nieistotna z punktu widzenia funkcjonowania tego organu jako całości⁷⁸. Należy jednak zauważyć, że wprowadzenie rozróżnienia na ważne i nieważne funkcje mózgu, bardzo upodabnia to stanowisko do koncepcji śmierci charakterystycznych dla liberałów⁷⁹. Ponadto jest to sprzeczne z obowiązującym w Stanach Zjedoczonych prawem, zgodnie z którym śmierć pacjenta można stwierdzić w momencie ustania wszystkich, a nie wybranych funkcji mózgu⁸⁰. Odnosząc się do drugiego zarzutu przedstawiciele stanowiska umiarkowanego mogą podkreślać, że to jednak mózg integruje i organizuje działanie ludzkiego organizmu jako całości. Krążenie i oddychanie, choć zachodzą w całym organizmie, nie mają takiej roli. Ponadto można zauważyć, że formułowany przez konserwatystów wymóg absolutnej pewności śmierci może być spełniony jedynie poprzez stwierdzenie śmierci całości organizmu – czyli obumarcia wszystkich tkanek i komórek⁸¹. To następuje natomiast

⁷⁵ Türk [1996] s. 64.

⁷⁶ Tamże.

⁷⁷ Tamże, s. 66.

⁷⁸ Veath [2000], s. 104–105.

⁷⁹ Tamże, s. 105–106.

⁸⁰ Tamże, s. 105.

⁸¹ Nowacka [2003], s. 75–76.

wiele tygodni po zatrzymaniu krążenia i oddechu, jak i wiele tygodni po ustaniu funkcji mózgu. W ten sposób sprowadza się stanowisko konserwatystów do absurdu, wykazując, że nie pozwala ono rozróżnić między śmiercią całości człowieka a śmiercią człowieka jako całości.

3.0

Wydana pod redakcją Barbary Chyrowicz książka *Transplantacje: spór o dar* to najbardziej aktualna polska publikacja poruszająca szeroki zakres zagadnień etycznych związanych z niedoborem narządów do przeszczepu. Autorzy, których teksty czytelnik może znaleźć w książce, odnoszą się do problemu niedoboru narządów z różnych perspektyw – filozoficznej, teologicznej, prawnej oraz z perspektywy chirurgów transplantologów. Wśród omawianych zagadnień wymienić można: problem istnienia zobowiązania do pośmiertnego przekazania narządów⁸², problem przyczyn niedoboru narządów⁸³, problem dopuszczalności stosowania bodźców finansowych przy pozyskiwaniu narządów⁸⁴ oraz problem roli dawców żywych w systemie pozyskiwania narządów⁸⁵.

3.1

Tekst Barbary Chyrowicz *Prawo do własności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji* to chyba najciekawszy artykuł w omawianej publikacji. Autorka podkreśla, że jeśli transplantacje mają zachować charakter daru, to nie może być mowy o obowiązku ofiarowania narządów, dar jest bowiem ze swej natury dobrowolny i asymetryczny⁸⁶. Zauważa jednak również, że nie jest całkiem oczywiste, czy powinny one zachować taki charakter. Pacjenci oczekujący na przeszczep to często osoby znajdujące się w krytycznej sytuacji zagrożenia życia, a pośmiertne przekazanie narządu nie wiąże się dla dawcy, który i tak już nie żyje, z ryzykiem, czy nadmiernym poświęceniem, nie jest to akt heroiczny: „Zazwyczaj – jeśli tylko leży to w naszych możliwościach – uznajemy nie tylko za

⁸² Chyrowicz [2011a] s. 10–20.

⁸³ Rowiński [2011].

⁸⁴ Chyrowicz [2011a]; Morciniec [2011].

⁸⁵ Rowiński [2011].

⁸⁶ Chyrowicz [2011a] s. 11. Przeciwnie zdanie niż Chyrowicz w tej kwestii ma np. den Hartough (zob. Hartough [2008] s. 17). Uważa on, że pośmiertne przekazanie narządów może stanowić zarówno dar jak i obowiązek. T.M. Wilkinson jest z kolei skłonny twierdzić, że należy odejść od stanowiska, które za dopuszczalne uznaje jedynie te transplantacje ex mortuo, które stanowią altruistyczny dar (zob. Wilkinson [2011] s. 151).

chwalebne, ale i za nakazane ratowanie życia drugich”⁸⁷. Ostatecznie Chyrowicz uznaje jednak, że specyficzny charakter ludzkiej cielesności, która nas konstytuuje, przesądza o tym, że takie zobowiązanie nie ma racji bytu⁸⁸. W związku z tym nawet nieracjonalne decyzje zmarłych, którzy sprzeciwiają się przekazywaniu narządów, muszą być szanowane. Takich decyzji nie można naruszać także przez wzgląd na szacunek dla autonomii⁸⁹. Należy jednak podkreślić, że zawarta w tekście argumentacja nie jest wymierzona w żaden konkretny sposób organizacji pobierania narządów, w szczególności nie jest ona wymierzona w obowiązującą w Polsce regulację sprzeciwu.

Inną dość obszernie omawianą kwestią jest problem dopuszczalności rynkowego pozyskiwania narządów. Chyrowicz, podobnie jak Dylus (zob. cz. 2.2), zauważa, że dopuszczenie handlu narządami stanowi formę ekonomicznego przymusu wywieranego na osoby biedne⁹⁰. W przeciwieństwie do tej ostatniej, słusznie spostrzega jednak, że etycznie problematyczne nie są same złe warunki ekonomiczne, lecz chęć ich wykorzystania w celu uzyskania odpowiedniej liczby narządów. Ponadto zdaniem Chyrowicz handel narządami jest etycznie wątpliwy, ponieważ „dotyczy nas samych”⁹¹. Ten argument nie jest już tak przekonujący. Polemizując z nim, można zwrócić uwagę, że sprzedając swój narząd nie sprzedajemy siebie, ponieważ pobrany narząd nie stanowi już części osoby, która go sprzedaje. Gdyby jednak autorka miała rację i przeszczepiany narząd stanowiłby część nas samych w sensie dosłownym, a nie metaforycznym, stawiałoby to pod znakiem zapytania dopuszczalność transplantacji *ex vivo* w ogóle⁹². Jeśli chodzi o możliwe sposoby ograniczania niedoboru narządów do przeszczepu, autorka uważa, że główna rola przypada w tym względzie edukacji⁹³. Przeprowadzenie odpowiednich działań informacyjnych jest także niezbędne, aby uczynić obowiązującą w naszym kraju regulację sprzeciwu mniej kontrowersyjną, co stać się może jedynie wtedy, gdy możliwość wyrażania sprzeciwu będzie sprawą powszechnie wiadomą.

⁸⁷ Chyrowicz [2011a] s. 11.

⁸⁸ Tamże, s. 12–15.

⁸⁹ Tamże, s. 15.

⁹⁰ Tamże, s. 21–22.

⁹¹ Tamże, s. 23.

⁹² Dworkin [1994] s. 159–160.

⁹³ Chyrowicz [2011a] s. 23.

3.2

Wiele istotnych zagadnień, które wiążą się z niedoborem narządów do przeszczepu, porusza w swoim tekście *Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czy i w jakim stopniu wolno nam dostosowywać zasady etyczne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu?* Wojciech Rowiński – jeden z najbardziej zasłużonych polskich transplantologów. Autor przedstawia przyczyny niedoboru narządów oraz sposoby jego ograniczania – wśród podstawowych przyczyn wymienia bariery obyczajowe i problemy finansowe oraz sprzeciw ze strony rodziny, który pojawia się nawet wtedy, gdy dawca chciał przekazać narządy⁹⁴. Jeśli chodzi o możliwe sposoby ograniczania niedoboru, Rowiński dostrzega kilka możliwości. Jedną z nich mogłoby być zastosowanie silnej wersji regulacji sprzeciwu, która wykluczałaby możliwość uwzględnienia zdania rodziny przy eksplantacji narządów⁹⁵. Innym sposobem może być szersze wykorzystanie narządów pochodzących od dawców z niebijącym sercem⁹⁶. Zdaniem Rowińskiego szczególnie drugie rozwiązanie może być niekiedy kontrowersyjne. Kontrowersyjne są tzw. przypadki planowane, kiedy to decyzję o pobraniu narządów poprzedza decyzja o rezygnacji z terapii podtrzymującej życie⁹⁷. W praktyce działania zespołu lekarzy opiekujących się umierającym pacjentem muszą być wtedy ściśle skoordynowane z działaniami zespołu transplantacyjnego⁹⁸. Rodzi to pytanie o motywację lekarzy decydujących o rezygnacji z terapii podtrzymującej życie, którzy przy podejmowaniu tego typu decyzji nie powinni brać pod uwagę tego, że obok leży inny pacjent potrzebujący przeszczepu.

Ostatnim omawianym przez Rowińskiego sposobem ograniczania niedoboru narządów jest zwiększenie liczby pobrań *ex vivo*. Jest to możliwe, jeśli dokona się liberalizacji obowiązujących w Polsce przepisów tak, aby dopuścić przeszczepianie narządów pomiędzy osobami niespokrewnionymi i niebędącymi w szczególnych relacjach społecznych⁹⁹. Ten sposób również jest problematyczny, ponieważ stwarza ryzyko handlu narządami.

⁹⁴ Rowiński [1996] s. 33–36.

⁹⁵ Tamże, s. 38.

⁹⁶ Tamże, s. 39.

⁹⁷ Szewczyk [2009] s. 145–146.

⁹⁸ Coggon, Murphy [2011] s. 140–148.

⁹⁹ Rowiński [1996] s. 39–42.

3.3

W tekście *Komercjalizacja ciała – komercjalizacja organów. Perspektywa bioetyczna* przeciwko rynkowemu sposobom pozyskiwania narządów opowiada się Piotr Morciniec. Przynależane przez niego argumenty mają różną siłę przekonywania. Najmocniejszy, podobnie jak w tekstach Dylus czy Chyrowicz, dotyczy przymusu ekonomicznego, któremu poddawane są osoby biedne¹⁰⁰.

Ważną część tekstu stanowi polemika z Janet Radcliffe Richards – czołową zwolenniczką dopuszczenia handlu narządami. W swoich tekstach Richards proponuje przeniesienie ciężaru dowodu na stronę przeciwników dopuszczenia handlu. Uważa, że jeżeli ktoś znajduje się w sytuacji zagrożenia życia, założeniem wyjściowym powinno być, iż należy zrobić to, co konieczne, aby go uratować. Założenie to może być oczywiście zniesione, jeśli konkretny sposób ratowania czyjegoś życia jest etycznie wątpliwy – ciężar dowodu spoczywa jednak na przeciwnikach tego sposobu. Z tego względu Richards uznaje, że handel narządami powinien być dopuszczoną metodą ograniczania niedoboru narządów, chyba że jego przeciwnicy przedstawią jakieś przekonujące argumenty¹⁰¹. Morciniec nie godzi się na taki sposób podjęcia problemu. Jego zdaniem „jeśli jakieś postulowane działanie popada w konflikt z potocznym odczuciem moralnym i budzi emocjonalny sprzeciw, to optowanie za nim domaga się uzasadnienia stanowiska, a nie jedynie stosowania uników w postaci «przerzucania piłki do cudzego ogródka»”¹⁰². Autor w sposób dość emocjonalny odnosi się również do argumentu zwolenników handlu, zgodnie z którym zakaz handlu narządami odbiera osobom biednym jedną z możliwości poprawy sytuacji materialnej¹⁰³: „jeżeli mówi się, że zabranianie ubogim sprzedaży organów ogranicza możliwości wyjścia z trudnej sytuacji, to jest to wyraźna drwina z ludzkiej biedy. Równie dobrze można by pozwolić im lub zalecać sprzedaż niektórych członków rodziny”¹⁰⁴.

Morciniec w swoim tekście podnosi też ważną wątpliwość, która dotyczy faktycznego potencjału rynkowych sposobów pozyskiwania narządów. Dopuszczenie handlu narządami może nie zwiększyć, lecz zmniejszyć ilość pozyskiwanych narządów, ponieważ osoby, które dotychczas oddawały narządy w sposób altruistyczny, będą teraz oczekiwały zapłaty¹⁰⁵. Autor odnosi się też do propozycji

¹⁰⁰ Morciniec [1996] s. 61–63.

¹⁰¹ Richards et al. [1998] s. 1950–1952; Richards [2012] s. 13–26, 45–48.

¹⁰² Morciniec [2011] s. 59.

¹⁰³ Richards et al. [1998] s. 1951; Richards [2012] s. 48–58.

¹⁰⁴ Morciniec [2011] s. 62.

¹⁰⁵ Tamże, s. 63–64.

legalizacji handlu narządami, która mogłaby uniknąć zarzutu wyzysku najbiedniejszych. Zwolennicy takiej propozycji uważają, że można by dopuścić rynkowy sposób pozyskiwania narządów od osób, które nie są wrażliwe na przymus ekonomiczny, czyli osób w dobrej sytuacji materialnej. Morciniec stwierdza, że dopuszczenie takiego rozwiązania mogłoby doprowadzić do tego, że metodą „małych kroków” będzie się przesuwano granice niedopuszczalnego, aż zaakceptuje się ostatecznie nieograniczony handel narządami¹⁰⁶. W ten sposób autor posługuje się w swej argumentacji tzw. argumentem równi pochyłej, którego konkluzywność bywa podważana¹⁰⁷. Niezależnie od ogólnej oceny tego typu rozumowań, powinien on jednak uściślić, w jaki sposób w tym konkretnym przypadku miałby przebiegać proces „przesuwania granicy niedopuszczalnego”¹⁰⁸.

Morciniec określa też, jakie sposoby ograniczania niedoboru narządów uznaje za dopuszczalne. Wśród nich wymienia wyrównanie kosztów poniesionych przez dawcę, co nie może jednak wiązać się z zyskiem; wykorzystanie narządów pochodzących od zwierząt transgenicznych; hodowlę organów z komórek macierzystych oraz „roztropną” pracę koordynatorów transplantacji¹⁰⁹. Wydaje się, że pierwsze trzy z wymienionych metod w bardzo nieznacznym stopniu mogą przyczynić się do zwiększenia liczby narządów dostępnych do przeszczepu. Trudno przypuszczać, aby uczynić mógł to sam zwrot kosztów ponoszonych przez dawców *ex vivo*. Póki co nie jesteśmy też w stanie wytworzyć organów z komórek macierzystych, a przeszczepianie narządów od zwierząt transgenicznych nie daje tak dobrych efektów, jak przeszczepianie narządów ludzkich. Ostatnia propozycja jest najbardziej obiecująca. Jak pokazuje doświadczenie Hiszpanii dobra organizacja pracy koordynatorów do spraw transplantacji, których w Polsce jest wciąż zbyt mało, może znacząco zwiększyć liczbę narządów pobieranych *ex mortuo*¹¹⁰.

4.0

Ostatnią omawianą w tym artykule polską książką jest zbiór materiałów konferencyjnych *Etyczne aspekty transplantacji* wydany przez Komisję Etyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Dwa artykuły zasługują na uwagę czytelnika zainteresowanego problematyką niedoboru narządów do przeszczepu. Pierwszy

¹⁰⁶ Tamże, s. 65.

¹⁰⁷ Glover [1990] s. 94.

¹⁰⁸ Burgess [1993] s. 170.

¹⁰⁹ Morciniec [2011] s. 65–67.

¹¹⁰ Navaro-Michel [2011], s. 151–166.

z nich to tekst Jerzego Brusilo *Stanowisko wielkich religii wobec pobierania narządów*. Autor optymistycznie zauważa, że „wszystkie wielkie religie pozytywnie odnoszą się do idei przeszczepów i transplantacji, a wśród Świadków Jehowy, mimo doktrynalnego zakazu transfuzji krwi, istnieje możliwość indywidualnej zgody na przeszczep zarówno dawców jak i biorców narządów”¹¹¹. Z tekstu można się też dowiedzieć, jakie szczegółowe zastrzeżenia, mimo ogólnej akceptacji transplantacji, mogą mieć przedstawiciele poszczególnych religii. Jak się okazuje, buddyści, hinduiści i anglikanie nie akceptują handlu ludzkimi narządami¹¹². Niektórzy hinduiści i prawosławni mogą sprzeciwiać się przeszczepom serca¹¹³. Część muzułmanów nie dopuszcza transplantacji *ex mortuo*¹¹⁴. Żydzi mogą mieć z kolei zastrzeżenia co do mózgowego kryterium śmierci¹¹⁵.

Drugi interesujący tekst to zapis referatu *Problematyka „zgody domniemanej”* Zbigniewa Zalewskiego. Autor zgłasza w nim szereg zastrzeżeń względem regulacji sprzeciwu, z których większość została już przedstawiona przy okazji omawiania tekstów innych autorów (zob. cz. 1.3, 2.1), jednakże jeden z zarzutów, choć pojawiał się też w innych tekstach, warto dokładnie przeanalizować. Autor zauważa, że w przypadku systemów pobierania narządów do przeszczepu opartych na zasadzie zgody domniemanej (czyli na regulacji sprzeciwu) błędnie uznaje się, że brak sprzeciwu jest równoznaczny ze zgodą na pobranie narządów, podczas gdy spektrum stanowisk, jakie można w tej kwestii zająć jest szersze – można np. nie mieć zdania¹¹⁶. Jest to bez wątplenia trafna krytyka zasady zgody domniemanej. Należy jednak pamiętać, że owa zasada stanowi tylko jeden z możliwych sposobów uzasadnienia regulacji sprzeciwu (zob. przypis 29, cz. 1.3). Jak słusznie zauważa Zalewski, jest to sposób błędny.

Jednakże uzasadniając możliwość pobierania narządów w przypadku braku sprzeciwu, nie trzeba utożsamiać braku sprzeciwu ze zgodą¹¹⁷. Można przyjąć, że zgoda nie jest konieczna dla dokonania eksplantacji, a narządy mogą być pobierane zarówno od osób, które sobie tego życzyły, lecz nigdy nie wydały na to zgody; jak i od osób, które sobie tego nie życzyły, ale nie zgłosiły nigdy sprzeciwu;

¹¹¹ Brusilo [2010] s. 26.

¹¹² Tamże, s. 9–14, 17–18.

¹¹³ Tamże, s. 12–14, 19.

¹¹⁴ Tamże, s. 14–15, w Iranie, gdzie zakazane są transplantacje *ex mortuo*, w 1999 r. zalegalizowano płatne dawstwo nerek zob. Szewczyk [2009] s. 168.

¹¹⁵ Brusilo [2010] s. 15–16, zastrzeżenia wobec mózgowego kryterium śmierci mogą mieć także shintoiści zob. McConnell [1999] s. 322–323.

¹¹⁶ Zalewski [2010] s. 30–33.

¹¹⁷ Wilkinson [2011] s. 82–85.

jak i wreszcie od osób, które miały obojętny stosunek do eksplantacji. Ponadto należy zauważyć, że dopuszczenie jedynie takich sposobów postępowania ze zwłokami, na które została wydana bezpośrednia zgoda zmarłego, byłoby bez wątpienia zbyt surowym wymogiem, który wykluczałby nie tylko eksplantacje przy braku sprzeciwu, lecz również eksplantacje, na które zgodę wydała rodzina zmarłego, dopuszczane zazwyczaj w tzw. systemach zgody bezpośredniej¹¹⁸. Warto też przypomnieć (zob. cz. 1.3), że zarówno pobranie, jak i powstrzymanie się od pobrania narządu, w tym samym stopniu mogą być niezgodne z życzeniami zmarłego, jeśli nie wydał on bezpośrednich dyspozycji, a ze zwłokami «coś» zrobić trzeba. Nie można ich po prostu pozostawić w miejscu, w którym zakończyło się życie osoby¹¹⁹.

5.0

Zagraniczna literatura dotycząca problemu niedoboru narządów do przeszczepu, i w ogóle etyki transplantacji, jest bogatsza i bardziej różnorodna niż rodzima. Jedną z najważniejszych i najczęściej cytowanych pozycji jest wydana w 2000 r. książka *Transplantation Ethics* Roberta M. Veatha. Autor omawia zagadnienia etyczne związane z definicją i kryteriami śmierci oraz zagadnienia dotyczące pobierania i alokacji narządów. W kwestii definicji śmierci opowiada się za klauzulą sumienia. Uważa, że w obliczu braku zgody pomiędzy konserwatystami, zwolennikami stanowiska umiarkowanego oraz liberałami powinno się umożliwić, aby poszczególne osoby same decydowały, którą z możliwych definicji uznają za właściwą. W części drugiej Veath bardzo skrupulatnie rozważa, z jakich źródeł i pod jakimi warunkami można pobierać narządy. Poza analizą etycznych kontrowersji związanych z handlem narządami, czy regulacją sprzeciwu, które dość szczegółowo omawiane były przez polskich autorów, odnosi się do mniej popularnych w polskiej literaturze propozycji. Wśród nich należy wymienić te zakładające: możliwość pobierania narządów *ex mortuo* bez pytania o zgodę; bezpośrednie pytanie o zgodę osób, gdy są jeszcze kompetentne; zwiększenie liczby pobrań *ex vivo* poprzez stworzenie systemów wymiany narządów między parami dawca – biorca; umożliwienie pobierania narządów od anencefalicznych noworodków; dopuszczenie pobierania narządów od osób zakażonych wirusem HIV oraz cierpiących na inne choroby; wykorzystanie organów pochodzenia zwierzęcego.

¹¹⁸ Wilkinson [2011] s. 83–84.

¹¹⁹ Gill [2004] s. 44–51; Wilkinson [2011] s. 87–90.

W trzeciej części książki Veath obszernie omówił problem alokacji narządów, który w polskiej literaturze niemalże zupełnie pominięto¹²⁰. Analizowany jest tutaj konflikt między zasadą efektywności oraz równości w dystrybucji narządów. Autor odnosi się też do różnego rodzaju kryteriów rozdziału narządów, takich jak: odpowiedzialności za swój stan zdrowia, wiek, odległość między dawcą a biorcą, czy kryterium, które dopuszcza tzw. warunkowe dawstwo narządów – gdy dawca zastrzega, że jego narząd może trafić jedynie do osoby spełniającej określone warunki np. rasowe.

Oprócz – bez wątpienia klasycznej – książki Veatha, godnymi polecenia zagranicznymi publikacjami o podobnej tematyce są wydana w 2011 r. *Ethics and the Acquisition of Organs* T. M. Wilkinsona oraz wydany pod redakcją Arthura L. Caplana oraz Daniela H. Coelho w 1998 r. zbiór najważniejszych artykułów z zakresu etyki transplantacji – *The Ethics of Organ Transplants. The Current Debate*. Pierwsza z tych książek to bardzo spójna, prowadzona krok po kroku, filozoficzna analiza etycznych zagadnień transplantologii, wśród których na pierwszy plan wysuwa się problem ograniczenia niedoboru narządów do przeszczepu. Autor uważa, że powinno być dopuszczalne pobieranie narządów od zmarłych dawców, którzy nie zgłosili sprzeciwu, i których rodzina nie zawetowała eksplantacji; że można pobierać narządy ex mortuo od tych, którzy na pośmiertną eksplantację ani się nie zgodzili, ani nie wyrazili sprzeciwu; że dorośli dawcy ex vivo powinni mieć prawo przekazać swoje narządy obcym. Ponadto Wilkinson opowiada się za dopuszczeniem sprzedaży narządów oraz warunkowego dawstwa ex mortuo, jeśli przyczyni się to do ograniczenia niedoboru. Porównując tę publikację z książką Veatha można zauważyć, że Wilkinson nie podejmuje problematyki definicji śmierci.

Ciekawe filozoficzne analizy z zakresu etyki transplantacji czytelnik znajdzie także w książce *Careless Thought Costs Lives. The Ethics of Transplants*. Jest to obszerny esej, którego autorka – Janet Radcliffe Richards – jest jedną z najbardziej znanych zwolenniczek legalizacji handlu ludzkimi narządami. W swojej książce polemizuje ze wszystkimi argumentami przeciwników tego typu rozwiązania. Porusza też kwestie dotyczące zasady zgody domniemanej czy reguły martwego dawcy.

Interesującą alternatywę do najbardziej rozpowszechnionych sposobów organizacji pobierania narządów, takich jak system zgody bezpośredniej czy regula-

¹²⁰ Zagadnienia związane z alokacją narządów nie zostały wyczerpująco omówione w żadnej z publikacji bezpośrednio poświęconych problemom etyki transplantacji. Krótkie omówienia tej problematyki czytelnik znajdzie w podręczniku Kazimierza Szewczyka (zob. Szewczyk [2009] s. 171–177).

cja sprzeciwu, przedstawia z kolei Govert den Hartogh w wydanym w 2008 r. raporcie *Farewell to non-commitment*. Proponowane rozwiązanie – System Aktywnej Rejestracji Dawców – zakłada przesyłanie do obywateli formularzy, które umożliwiają wyrażanie sprzeciwu lub zgody na pobranie narządów do przeszczepu. Możliwe jest też przekazanie w tej kwestii kompetencji rodzinie. Nieodesłanie formularza jest z kolei traktowane jak zgoda na eksplantację narządów. Den Hartogh uważa, że należy odejść od ujmowania pośmiertnego dawstwa narządów jako czynu nadobowiązkowego, a zacząć je traktować jako realizację obowiązku pomocy osobom znajdującym się w niebezpieczeństwie oraz obowiązku partycypacji w utrzymaniu korzystnego dla wszystkich przedsięwzięcia społecznego. Aby oddać taki właśnie charakter transplantacji, autor proponuje wprowadzenie priorytetu w dostępie do narządów dla wszystkich potencjalnych dawców – zarówno dla tych, którzy wyrazili zgodę, odsyłając formularz, jak i dla tych, którzy dokonali cichego przyzwolenia na eksplantację narządów, nie odsyłając go w ogóle.

Wśród najnowszych zagranicznych pozycji, które odnoszą się do problemu niedoboru narządów do przeszczepu, z perspektywy pogranicza etyki i prawa, polecić można wydaną w 2011 r. pod redakcją Anne-Maree Farrel, Davida Price'a oraz Muireann Quigley książkę *Organ Shortage. Ethics, Law and Pragmatism*. Publikujący w niej autorzy poruszają m.in. kwestię roli edukacji oraz rozmaitych zachęt w zwiększaniu podaży narządów do przeszczepu; omawiają możliwość wykorzystania narządów pochodzących od dawców z niebijącym sercem, dawców chorych oraz dawców niezgodnych tkankowo; analizują funkcjonujące w różnych krajach skuteczne modele organizacji pobierania narządów – np. model hiszpański. Nieco starszą, klasyczną pozycją jest książka Davida Price'a *Legal and Ethical Aspects of Organ Transplantation*. Price dokonuje w niej przeglądu rozmaitych strategii zwiększania podaży narządów do przeszczepu, porównuje rozwiązania prawne funkcjonujące w różnych krajach. Omawia też zagadnienie definicji i kryteriów śmierci, problem handlu narządami oraz dopuszczalność ksenotransplantacji.

6.0

Polska literatura bioetyczna dotycząca problemu niedoboru narządów do przeszczepu w porównaniu z literaturą zagraniczną jest dość mało zróżnicowana i skromna. Być może wynika to z faktu, iż niedobór narządów nie jest dla rodzimych autorów tak istotnym problemem społecznym, jakim jest dla bioetyków brytyjskich czy amerykańskich. Faktycznie, w naszym kraju względnie niewielu pacjentów umiera na listach oczekujących. W 2012 r. zmarły 42 osoby oczekujące na nerkę, co jest stosunkowo małą liczbą w porównaniu z 288 zgonami w Wielkiej

Brytani¹²¹. Jeśli jednak przyjrzeć się danym dotyczącym liczby dokonanych transplantacji nerek na jeden milion mieszkańców, to okaże się, że w Wielkiej Brytanii takich zabiegów dokonuje się ponad jeden i pół razy więcej niż w Polsce¹²². Porównanie tych danych nie świadczy o tym, że Polacy są zdrowsi niż Brytyjczycy, lecz o tym, że wielu pacjentów w naszym kraju jest zbyt późno diagnozowanych, a ich stan zdrowia jest na tyle zły, że nie mogą zostać już dopisani do listy oczekujących na przeszczep. Można też podejrzewać, że w wielu przypadkach u pacjentów zbyt długo stosuje się dializy, które są droższą formą terapii niż transplantacja¹²³. Jeśli jednak wydatkowanie pieniędzy w polskiej służbie zdrowia ma zostać zracjonalizowane i jeśli usprawnić mają się jej możliwości diagnostyczne, to konieczne będzie udoskonalenie systemu pozyskiwania narządów do przeszczepu tak, aby zapewnić większą liczbę dostępnych organów dla większej liczby potencjalnych biorców. Do tego celu potrzebna jest wspólna praca specjalistów z różnych dziedzin – lekarzy, prawników oraz filozofów. Rolą tych ostatnich jest ocena etyczna sposobów ograniczania niedoboru narządów do przeszczepu.

W prezentowanym artykule przedstawiłem, jaki stosunek do poszczególnych propozycji w tej kwestii mają polscy bioetycy. Zdecydowanie najwięcej uwagi poświęcili oni ocenie obowiązującej w naszym kraju regulacji sprzeciwu. Pewne zdziwienie może budzić fakt, iż ta ocena była niemalże zawsze negatywna, szczególnie jeśli weźmiemy pod uwagę, że wśród autorów amerykańskich i angielskich, a więc pochodzących z krajów, w których obowiązuje tzw. regulacja zgody bezpośredniej, zdania są już zdecydowanie bardziej podzielone. W moim przekonaniu regulacja sprzeciwu, choć nie jest rozwiązaniem najlepszym, ma przewagę nad większością rzeczywiście obowiązujących systemów zgody bezpośredniej, ponieważ daje możliwość zwiększenia liczby dostępnych narządów, a jednocześnie w podobnym stopniu pozwala na poszanowanie prawa do samostanowienia, co faktycznie obowiązujące w innych krajach regulacje zgody bezpośredniej.

Drugim dość szeroko dyskutowanym przez polskich autorów problemem była kwestia dopuszczalności rynkowego pozyskiwania narządów do przeszczepu. Ten sposób ograniczania niedoboru również spotkał się z jednoznacznie negatywną oceną. Przedstawione argumenty są jednak bardziej przekonujące niż w przypadku regulacji sprzeciwu. Racją przesądającą o negatywnej ocenie takich praktyk okazał się argument z przymusu ekonomicznego. Osoby odpowiedzialne za kształt regulacji prawnych nie powinny zakładać, że ograniczenie niedoboru

¹²¹ Matesnaz [2013] s. 43.

¹²² Tamże, s. 5.

¹²³ Danielewicz [2014] s. 3; Matesnaz [2013] s. 43; Sułowicz [2010] s. 48-57.

narządów będzie się odbywać kosztem zdesperowanych osób znajdujących się w skrajnej biedzie, dla których sprzedaż narządu jest «ostatnią deską ratunku», aby wydobyć się z długów. Tymczasem właśnie na takim założeniu musi bazować ustawodawca, który poprzez legalizację handlu narządami chce ograniczać ich niedobór. Jeśli bowiem oferta nie byłaby skierowana do osób zdesperowanych, to dodatkowa liczba pozyskanych organów okazałaby się zbyt mała, aby realnie poprawić kondycję systemu.

Wśród pozytywnie ocenianych przez polskich bioetyków sposobów zwiększenia podaży narządów wymienić można: działania edukacyjne, lepsze wykorzystanie koordynatorów do spraw transplantacji, wykorzystanie organów pochodzących od zwierząt transgenicznych oraz prace nad wytworzeniem organów z hodowli komórek macierzystych. O ile dwie pierwsze propozycje faktycznie mogą przyczynić się do ograniczenia niedoboru, to jednak na pewno nie uczynią tego dwie pozostałe.

Polscy autorzy w swoich pracach wiele miejsca poświęcili też kwestii definicji i kryteriów śmierci. Choć problem ten nie wiąże się bezpośrednio z zagadnieniem niedoboru organów, ma on w tej materii istotne implikacje. Zgodnie z regułą martwego dawcy ważne dla życia nieparzyste narządy, takie jak serce, można pobierać jedynie od martwych dawców. Aby móc zastosować tę zasadę – i poznać liczbę możliwych do wykorzystania źródeł takich narządów – trzeba jednak wiedzieć, których dawców wolno uznać za zmarłych. Omawiane w tym artykule publikacje obszernie i rzetelnie przedstawiają całe spektrum możliwych stanowisk w kwestii definicji i kryteriów śmierci – od konserwatywnego poczynając, a na liberalnym kończąc.

Bibliografia

- Bednarz [2010] – *Etyczne aspekty transplantacji*, Stefan Bednarz (red.), Galicyjska Gazeta Lekarska, Kraków 2010.
- Burgess [1993] – J.A. Burgess, *The great slippery-slope argument*, „Journal of Medical Ethics” (19) 1993, s. 169–174.
- Brusiło [2010] – J. Brusiło, *Stanowisko wielkich religii wobec pobierania narządów*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji*, Stefan Bednarz (red.), Galicyjska Gazeta Lekarska, Kraków 2010.
- Chyrowicz [2011a] – B. Chyrowicz, *Prawo do własności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji*, [w:] *Transplantacje: spór o dar*, tenże (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011.
- Chyrowicz [2011b] – B. Chyrowicz (red.), *Transplantacje: spór o dar*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011.

- Coggon, Murphy [2011] – J. Coggon, P. Murphy, *Ante-mortem issues affecting deceased donation: an ethico-legal perspective*, [w:] *Organ Shortage: Ethics, Law and Pragmatism*, A.-M. Farrel, D. Price, M. Quigley (eds.), Cambridge University Press, Cambridge 2011.
- Cronin [2011] – A. Cronin, *Making the margins mainstream: strategies to maximize the donor pool*, [w:] *Organ Shortage: Ethics, Law and Pragmatism*, A.-M. Farrel, D. Price, M. Quigley (eds.), Cambridge University Press, Cambridge 2011.
- Dossetor, Manickavel [1992] – J.B. Dossetor, V. Manickavel, *Comercialization: The Buying and Selling of Kidneys*, [w:] *Ethical Problems in Dialysis and Transplantation*, M. Kjellstrand, J.B. Dossetor (eds.), Kluwer, Springer Science+Business Media Dordrecht, Dordrecht 1992.
- Farrel, Price, Quigley [2011] – *Organ Shortage: Ethics, Law and Pragmatism*, A.-M. Farrel, D. Price, M. Quigley (eds.), Cambridge University Press, Cambridge 2011.
- Dobiosch [1996] – H. Dobiosch, *Etyczne zastrzeżenia wobec transplantacji narządów poronionych płodów*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- Danielewicz [2014] – R. Danielewicz, *Wstęp*, „Biletyn Informacyjny” (22/1) 2014, s. 3.
- Dworkin [1994] – G. Dworkin, *Markets and Morals: The Case for Organ Sales*, [w:] *Morality, Harm, and The Law*, tenże (ed.), Westview Press, Boulder 1994.
- Dylus [1996] – A. Dylus, *Problem komercjalizacji organów ludzkich*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- Erin, Haris [2002] – C.A. Erin, J. Haris, *An ethical market in human organs*, „Journal of Medical Ethics” (29) 2002, s. 137–138.
- Gill [2004] – M.B. Gill, *Presumed Consent, Autonomy, and Organ Donation*, „Journal of Medicine and Philosophy” (29/1) 2004, s. 37–59.
- Glover [1990] – J. Glover, *Side-Effects and Society: The Wedge Problem*, [w:] tenże, *Causing Death and Saving Lives*, Penguin Books, London 1990.
- Golser [1996] – C. Golser, *Dyskusja wokół śmierci mózgowej z perspektywy katolickiego teologamoralisty*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- Góralczyk [1996] – P. Góralczyk, *Etyczne uzasadnienie regulacji formalnej zgody*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- 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.
- Hippen [2005] – B.E. Hippen, *In Defense of a Regulated Market in Kidneys from Living Vendors*, „Journal of Medicine and Philosophy” (30) 2005, s. 593–626.
- Jonas [1969] – H. Jonas, *Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects*, „Daedalus” (98/2) 1969, s. 219–247.
- 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.

- Marcol [1996] – A. Marcol (red.), *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- McConnell [1999] – J.R. McConnell, *The ambiguity about death in Japan: an ethical implication for organ procurement*, „Journal of Medical Ethics” (25) 1999, s. 322–324.
- McIntyre [2011] – A. McIntyre, *Doctrine of Double Effect*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, E.N. Zalta (ed.), Fall 2011 Edition.
- Mamode [2013] – N. Mamode, *Antibody-incompatible Transplantation*, [w:] *Abdominal Organ Transplantation: State of the Art*, N. Mamode, Raja Kandaswamy (ed.), Blackwell Publishing Ltd., Oxford 2013.
- Matesnaz [2013] – R. Matesnaz, *International Figures on Organ Donation and Transplantation*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid 2013.
- Morciniec [2011] – P. Morciniec, *Komercjalizacja ciała – komercjalizacja organów. Perspektywa bioetyczna*, [w:] *Transplantacje: spór o dar*, B. Chyrowicz (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011.
- 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.
- Nowacka [2003] – M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Nowaczyk et al. [2004] – M. Nowaczyk et al., *Dobór immunologiczny dawcy i biorcy przeszczepu*, [w:] *Transplantologia kliniczna*, W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Piret [2012] – J.-M. Piret, *Organ Procurement and Allocation: Tragic Choices and Utilitarian Redefinitions of Death*, [w:] *Rationing Health Care. Hard Choices and Unavoidable Trade-offs*, André den Exter, Martin Buijsen (eds.), Maklu, Antwerpen 2012.
- Price [2000] – D. Price, *Legal and Ethical Aspects of Organ Transplantation*, Cambridge University Press, Cambridge 2000.
- Richards [2012] – J.R. Richards, *Careless Thought Costs Lives. The Ethics of Transplants*, Oxford University Press, Oxford 2012.
- Richards et al. [1998] – J.R. Richards et al., *The Case for Allowing Kidney Sales*, „Lancet” (352) 1998, s. 1950–1952.
- Rowiński [2011] – W. Rowiński, *Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czy i w jakim stopniu wolno nam dostosowywać zasady etyczne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu?*, [w:] *Transplantacje: spór o dar*, B. Chyrowicz (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011.
- Sells [1990] – R.A. Sells, *Voluntarism of Consent*, [w:] *Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice, Commerce*, W. Land, J.B. Dossetor (eds.), Springer-Verlag, Berlin 1991.
- Sułowicz [2010] – W. Sułowicz, *Dializa a przeszczep nerki – czy istnienie konfliktu interesów?*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji*, Stefan Bednarz (red.), Galicyjska Gazeta Lekarska, Kraków 2010.
- Szewczyk [2009] – K. Szewczyk, *Etyka transplantacji*, [w:] tenże, *Bioetyka*, t. 2: *Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Tomasz z Akwinu [1970] – Tomasz z Akwinu, *Sprawiedliwość*, Veritas, Londyn 1970.

- Türk [1996] – H.J. Türk, *Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- Veath [2000] – R.M. Veath, *Transplantation ethics*, Georgetown University Press, Washington 2000.
- 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.
- Wróbel [1996] – J. Wróbel, *Zgoda domniemana w polskiej ustawie transplantacyjnej. Wątpliwości i obawy natury etycznej*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, A. Marcol (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- Zalewski [2010] – Z. Zalewski, *Problematyka „zgody domniemanej”*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji*, Stefan Bednarz (red.), Galicyjska Gazeta Lekarska, Kraków 2010.