

Andrzej Bohdanowicz

Transplantacje - nowy sposób miłości bliźniego : wybrane aspekty medyczne, etyczne i prawne

Studia Włocławskie 9, 82-92

2006

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

KS. ANDRZEJ BOHDANOWICZ

**TRANSPLANTACJE –
NOWY SPOSÓB MIŁOŚCI BLIŹNIEGO**
Wybrane aspekty medyczne, etyczne i prawne

W roku 1992 w Barcelonie odbył się Europejski Kongres na temat transplantacji organów pod dość znamienne hasłem: *Don't take your organs to heavens, heavens know we need them here* (Nie zabieraj narządów ze sobą do nieba, niebo wie, że potrzebujemy ich tutaj)¹, sugerującym wyraźnie pozytywną ocenę etyczną transplantacji. Wraz z pojawieniem się przeszczepiania narządów, zapoczątkowanego przez transfuzję krwi, człowiek może dawać część siebie, swoją krew i ciało, aby inni mogli żyć. Stajemy zatem wobec nowych możliwości realizowania przykazania miłości bliźniego, miłości „do końca”, jednak wewnątrz pewnych granic, których nie można przekroczyć².

Transplantacje są nierozdzielnie związane z aktem daru. Zakładają wcześniejszą wolną i świadomą decyzję ze strony dawcy lub kogoś, kto ma prawo go reprezentować, najczęściej najbliższych krewnych. Dobrowolność dawstwa organów jest istotna, gdyż nikt nie ma prawnego tytułu do organu drugiego człowieka. Sam fakt, że pacjent koniecznie go potrzebuje, nie wystarcza. Nie można rościć sobie prawa do organów bliźniego, ani tym bardziej zaskarżyć ich nieotrzymanie. Przekazanie organu musi być traktowane jako dar we właściwym tego słowa znaczeniu. Jakikolwiek nacisk, czy to ze strony rodziny, czy lekarzy, jest etycznie niedopuszczalny. Jednoznacznie wypowiada się w tej kwestii *Katechizm Kościoła katolickiego*: „Przeszczep narządów jest moralnie nie do przyjęcia, jeśli dawca lub osoby uprawnione nie udzieliły na niego wyraźnej zgody” (KKK 2296). Ten ważny, etyczny warunek transplantacji gwarantuje poszanowanie podmiotowości pacjenta, który zawsze jest osobą, niezależnie od stanu zdrowia i sytuacji, w której się znajduje. Niestety kwestia ta nie doczekała się jeszcze zadawalającego rozwiązania w polskim ustawodawstwie. *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek*

i narządów uchwalona przez Sejm 26 października 1995 r., a obowiązująca od dnia 6 marca 1996 r. w artykule 4 zawiera rozwiązanie zwane „zgoda domniemana” – pobranie narządów jest dozwolone, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Można to zrobić, osobiście albo zastępczo, w trojakiem formie: 1) wpisując się do centralnego rejestru zgłoszonych sprzeciwów, 2) składając własnoręcznie podpisaną deklarację, 3) oświadczając ustnie w obecności co najmniej dwóch świadków, w chwili przyjęcia do szpitala lub w czasie pobytu w szpitalu³.

Milczenie w żadnym wypadku nie może być interpretowane jako zgoda domniemana – także wtedy, gdy prawnie i organizacyjnie istnieje możliwość wyrażenia swojej woli. Wobec wysokiej wartości, jaką przypisuje się dziś własnej decyzji człowieka, nie należy prawnie zakładać „sfingowanej zgody”. Pozytywną rolę mogłaby odegrać dobrze przeprowadzona kampania medialna, informująca społeczeństwo o problemie dawstwa narządów. Wydaje się, iż poziom wiedzy naszego społeczeństwa w tym zakresie jest wciąż niewystarczający. Należy przeprowadzić otwartą, publiczną dyskusję, by budzić większą gotowość do dawstwa organów i przezwyciężać istniejące obawy czy nieuzasadnione opory w stosunku do medycyny transplantacyjnej.

Niezbędnym warunkiem wyrażenia zgody na eksplantację jakiegoś narządu jest śmierć dawcy, co stanowi kolejny problem etyczny związany z transplantacją. Nieodczony dla życia organ wolno pobrać dopiero wtedy, gdy jednoznacznie stwierdzono śmierć dawcy. Należy pamiętać, iż śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym (łac. *dissociatio* = rozdzielenie). Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Dezintegracja ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe zanikanie poszczególnych funkcji następują w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych, wcześniej już obumarłych. W celu stwierdzenia zgonu konieczne jest więc stosowanie zasady tucjoryzmu (łac. *tutus* = pewny) – wolno ingerować dopiero wtedy, gdy zgon jest pewny.

Krajowy Zespół Specjalistyczny w dziedzinach: anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu wyraźnie podkreśla, iż w śmierci mózgu „jako całości”⁴ czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego. Jej stwierdzenie jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać śmierć mózgu jako całości, a tym samym śmierć człowieka. Za takim kryterium opowiada się także Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Ochrony Zdrowia, która w dokumencie „Karta pracowników służby zdro-

wia” wydanym w Rzymie w 1995 r., informuje: „Aby osoba była uważana za zmarłą wystarczające jest stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu. Gdy całkowita śmierć mózgu jest stwierdzona z pewnością, to znaczy po odpowiedniej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów, jak również do sztucznego zastąpienia funkcji organizmu, by zachować przy życiu funkcje narządów ze względu na przeszczep”⁵.

Odpowiednia weryfikacja, o której mówi powyższy dokument, jest dość skomplikowaną, ściśle określoną procedurą medyczną. Rozpoznanie śmierci pnia mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe – pierwszy polega na wysunięciu podejrzenia śmierci pnia mózgu, natomiast etap drugi jest związany z wykonaniem odpowiednich badań potwierdzających śmierć pnia mózgowego. Spełnienie wszystkich wymogów etapu I warunkuje przejście do etapu II.

Etap I polega na dokonaniu konkretnych stwierdzeń, np.: chory jest w śpiączce, jest sztucznie wentylowany, rozpoznano przyczynę śpiączki, wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu, które jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu oraz na wykluczeniu chorych: zatrutych i znajdujących się pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspokajające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane), znajdujących się w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi, chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi, z drgawkami i prężeniami oraz dzieci do lat 5. Obecność warunków zawartych w „stwierdzeniach” i „wykluczeniach” pozwala wysunąć hipotezę podejrzenia śmierci pnia mózgu i przejście do etapu II.

Etap II obejmuje dwukrotne wykonanie w odstępach 3-godzinnych szeregu badań potwierdzających nieobecność odruchów pniowych oraz bezdech. W trakcie badania odruchów pniowych muszą występować następujące reakcje: brak reakcji źrenic na światło, brak odruchu rogówkowego, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej, brak ruchów gałek ocznych spontanicznych, brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy, brak odruchów kaszlowych i wymiotnych, brak odruchu oczno-mózgowego. Badanie bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego⁶. Jeśli przeprowadzone dwukrotnie badania potwierdziły trwałe zniesienie czynności pnia mózgowego w wyniku jego śmierci, przedkłada się odpowiedni protokół wraz z kompletną dokumentacją przebiegu leczenia komisji ds. orzekania o śmierci, która po zapoznaniu

się z dokumentami stwierdza zgon – uznaje daną osobę za zmarłą w wyniku śmierci pnia mózgowego.

Określenie śmierci człowieka na podstawie śmierci mózgu jako całości, w której czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego, wynika z poszerzenia wiedzy medycznej w zakresie tanatologii, doświadczenia lekarskiego i badań statystycznych, co stanowi dalszy postęp w intensywnej terapii, której wyznaczono nowe granice rozsądnej stosowalności. Czyni zatem działania medyczne nie tylko bardziej rozsądnymi, ale i bardziej moralnymi, gdyż kładzie kres praktyce sztucznego wentylowania zwołok, stosowanej aż do wystąpienia spontanicznego zatrzymania krążenia krwi. Zaprzestanie terapii w odpowiednim momencie pozwala nie tylko uniknąć marnotrawstwa leków, sprzętu i sił ludzkich, ale także wcześniej i lepiej wykorzystać możliwości ratowania żyjących.

Kryterium śmierci pnia mózgu jako warunku koniecznego do stwierdzenia zgonu, a następnie pobrania narządu/ów wywołuje jednak stale emocje i różnego rodzaju dyskusje. Przeciwnicy wysuwają zastrzeżenia przede wszystkim natury filozoficznej⁷. I tak na przykład Hans Jonas, jako jeden z pierwszych, złożył protest przeciwko utożsamianiu śmierci mózgowej ze śmiercią człowieka. Sedno jego krytyki dotyczyło „nieoznaczoności granicy między życiem i śmiercią”, której nie należy utożsamiać z granicą między czuciem a beczuciem. W jednym ze swoich dzieł pisze on m. in.: „Ponieważ nie znamy dokładnej linii granicznej między życiem i śmiercią, nie wystarcza nic poniżej maksymalnej *definicji* znamion śmierci – śmierć mózgowa plus śmierć serca plus każda inna indykacja, która może mieć znaczenie – zanim zostanie zadany ostateczny gwałt”⁸. Przyjmowanie śmierci mózgowej za dokładną granicę, poza którą pobieranie organów byłoby etycznie dopuszczalne, Hans Jonas nazywa uzurpacją. Jest to minimalistyczna definicja śmierci, gdy tymczasem człowiek powinien być absolutnie pewny, że jego lekarz nie stanie się dla niego katem⁹. Zdaniem Jonasa, „śmierć mózgowa nie stanowi ani kryterium śmierci, ani kryterium pobierania, lecz jest znakiem nieodwracalności procesów. O śmierci i dopuszczalności pobierania organów można mówić dopiero po niewątpliwym obumarciu organizmu jako całości”¹⁰. Wobec niepewnej granicy między życiem i śmiercią prawo pacjenta do pewności w tym względzie obowiązuje bezwzględnie i kategorycznie. Jonas żąda, byśmy „mieli świadomość, że nauki przyrodnicze nie znają całej prawdy o przyrodzie”¹¹. Zdaniem protestanckiego teologa Hansa Grewela, gdyby rozpad organizmu jako całości towarzyszył śmierci mózgu, byłaby ona wiarygodnym znamieniem śmierci. Tak jednak nie jest, dlatego też człowiek, którego medycyna trans-

plantacyjna nazywa m ó z g o w o u m a r ł y m, nie jest jeszcze trupem, lecz jest ciężko uszkodzonym, umierającym człowiekiem, którego śmierć jest wstrzymywana przez interwencje medycyny¹². Inny znany współczesny filozof Robert Spaemann, na marginesie dyskusji na temat granicy śmierci człowieka, zauważa, iż „dziś z człowiekiem wciąż coś musi się dziać. Albo zmusza się go do życia, albo nalega na umieranie. W obliczu nowych możliwości technicznych istnieje potrzeba wypracowania nowej praktyki umierania godnego człowieka. Lekarzowi należy przywrócić rolę sługi życia; niech nie próbuje występować w roli pana życia i śmierci”¹³.

Oprócz określenia momentu, w którym można przystąpić do pobrania narządów do transplantacji, także rodzaj pobieranego materiału transplantacyjnego podlega etycznej ocenie. Obok transfuzji krwi dokonuje się przeszczepiania takich tkanek, jak: rogówka oka, kostki słuchowe i szpik kostny, a ponadto – o ile udało się zachować ich przekrwienie – nerki, serce, płuca, wątrobę i trzustkę. Praktykuje się także przeszczepy komórek embrionalnych i fetalnych. Zdaniem niektórych lekarzy pozyskiwanie tkanki do przeszczepów ze spędzonych płodów jest etycznie dopuszczalne pod warunkiem, że pochodzi ona z tzw. legalnej aborcji oraz jeśli lekarz dokonujący transplantacji nie miał wpływu na decyzję przerwania ciąży¹⁴. Tego rodzaju proceder stosuje się na przykład w przypadku prób leczenia choroby Parkinsona, przeszczepiając żywą tkankę mózgową (komórki centralnego systemu nerwowego) pobraną z płodu – choremu pacjentowi, w przypadku leczenia cukrzycy – podając chorym płodową tkankę trzustki, a pacjentom ze zwyrodniałą wątrobą – płodową tkankę wątrobową. Przeszczepy komórek względnie tkanek embrionalnych i fetalnych rodzą jednak nieuchronnie pytanie o początek życia ludzkiego powstałego z połączenia gamet. Nie da się więc uniknąć odpowiedzi także na pytanie, w którym momencie rozpoczyna się prawna ochrona ludzkiego życia.

Współczesna genetyka dostarcza nam już dostatecznie wiele przekonujących dowodów, iż z ludzkim życiem mamy do czynienia od chwili zapłodnienia¹⁵. Naukowa prawda o poczęciu jako początku życia człowieka jest dzisiaj obecna także w tysiącach podręczników szkolnych i akademickich. Mówi się wprost, że naukowiec (biolog, genetyk), który bada, obserwuje ludzkie życie i jednocześnie twierdzi, iż nie zaczyna się ono od poczęcia, popełnia naukową herezję¹⁶.

Obowiązujące w Polsce prawo chroni życie człowieka, nie uzależniając tej ochrony od przypisania człowiekowi takich lub innych cech¹⁷. Ochrona ta dotyczy także okresu prenatalnego. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r. nie pozostawia w tym zakresie żadnych wątpliwości¹⁸. Potwierdza ją również obowiązująca Konstytucja, w której gwarantowana jest ochrona życia każdego człowieka (art. 38). Można więc stwierdzić, że w momencie powstania genomu ludzkiego mamy do czynienia z człowiekiem, którego życie jest przedmiotem ochrony prawnej. Po-

twierdza to także ustawa z 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka, w której w art. 2, pkt 1 stanowi się, że w rozumieniu tej ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do uzyskania pełnoletniości. To samo stanowisko zajmuje Konwencja o Prawach Dziecka z 20 listopada 1989 r. przyjęta przez Zgromadzenie Narodowe ONZ. Trudno jest więc kwestionować na gruncie obowiązujących w Polsce przepisów, że embrión ludzki jest uznawany za człowieka, a jego życie podlega ochronie prawnej. W związku z tym wszelkie działania skierowane przeciwko embriónowi muszą być uznane za bezprawne¹⁹.

W polskim porządku prawnym nie ma żadnej normy, która zezwalałaby na pobieranie komórek macierzystych od embriónów powstałych z zapłodnienia *in vitro*. Mimo że taki embrión nie powstał w sposób naturalny, nie traci charakteru embriónu ludzkiego i również do niego odnosi się wspomniany nakaz ochrony życia ludzkiego²⁰. Użycie go do tworzenia komórek macierzystych służących terapii innych ludzi należy uznać za bezprawne i niegodziwe.

Czy są jeszcze jakieś inne narządy (oprócz wyżej wspomnianych, pochodzących od żywych płodów), których z racji etycznych nie wolno przeszczepiać? Etyka zabrania ofiarowywania wszystkich narządów. Dotyczy to przeszczepów mózgowia i gruczołów płciowych, które zapewniają odpowiednio osobowość i prokreacyjną tożsamość osoby. Chodzi o narządy, dzięki którym realizuje się niepowtarzalna tożsamość osoby, którą medycyna powinna ochraniać.

Jakimi zatem kryteriami należy się kierować pobierając narządy od żyjącego człowieka? Pobranie narządu jest uprawnione pod warunkiem, że chodzi o narządy, których przeszczep nie oznacza poważnej i nieodwracalnej szkody dla dawcy. Osoba może podarować tylko to, czego może pozbawić się bez poważnego niebezpieczeństwa lub szkody dla własnego życia, bądź tożsamości osobowej, i to dla słusznej i proporcjonalnej racji. Jeśli chodzi o przeszczepy narządów od osoby zmarłej, nie należy zapominać, iż w tym wypadku nie mamy do czynienia z żywą osobą, lecz z ciałem zmarłego, któremu jednak należy okazać szacunek.

Wśród zagadnień etyczno-prawnych związanych z transplantacjami pojawia się również problem komercjalizacji organów ludzkich. „O problem komercjalizacji ocierają się dawcy i biorcy, ich rodziny i znajomi, lekarze i inne osoby pośredniczące w rozdziale organów, a także kliniki dokonujące eksplantacji i transplantacji, izby lekarskie i różne komisje etyczne, kasy chorych i instytucje ubezpieczeniowe finansujące przeszczepy, gremia polityczne i ustawodawcze stanowiące ramy prawne całego przedsięwzięcia, instytucje państwowe dokonujące podziału szczupłych środków finansowych, a wreszcie opinia publiczna”²¹.

Panujące w tej kwestii opinie są zasadniczo jednoznaczne – komercjalizację organów zarówno żyjących, jak i zmarłych dawców należy uznać za nieetyczną i zdecydowanie ją odrzucić. Takie stanowisko widoczne jest w różnych oficjalnych oświadczeniach gremiów medycznych, kodeksach etyki lekarskiej, dokumentach nauczania Kościoła i regulacjach prawnych. Kodeks etyki lekarskiej wyraźnie stanowi, iż: „Lekarz nie może otrzymywać zapłaty za przeszczepione komórki, tkanki i narządy” (art. 35). *Karta pracowników służby zdrowia* mocno podkreśla, że przekazywanie organów ma charakter daru: „Interwencja medyczna w przeszczepach jest nieodłączna od ludzkiego aktu dawania. Jest to decyzja ofiarowania, bez żadnego wynagrodzenia, części ciała komuś ze względu na zdrowie i dobro innej osoby. W tym sensie akt medyczny przeszczepu umożliwia akt ofiarowania ze strony dawcy, ów szczerzy dar z siebie, który wyraża nasze istotne powołanie do miłości i komunii” (90). Równie zdecydowane jest stanowisko Kongregacji Nauki Wiary wyrażone w *Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia i o godności jego przekazywania* (1987): „Również w przypadku płodów martwych, jak odnośnie zwłok osób dorosłych, wszelka praktyka handlowa powinna być uważana za niegodziwą i zabronioną” (I.4).

Podobne stanowisko w tej kwestii zajmuje prawodawstwo różnych państw, także Polski. I tak, np. w polskiej Ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów czytamy m.in:

- „Za pobrane od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich komórki, tkanki i narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty lub innej korzyści majątkowej” (art. 18.1)
- „Kto rozpowszechnia ogłoszenia o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórek, tkanek i narządów w celu ich przeszczepienia, podlega karze grzywny do 5000 zł” (art. 19).
- „Kto w celu uzyskania korzyści majątkowych nabywa lub zdobywa cudze komórki, tkanki i narządy, pośredniczy w ich nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w przeszczepianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego człowieka lub ze zwłok ludzkich, podlega karze pozbawienia wolności do lat 2, ograniczenia wolności albo grzywny” (art. 20.1).
- „Jeżeli sprawca uczynił sobie z popełnienia przestępstwa określonego w ust. 1 stałe źródło dochodu, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10” (art. 20.2).

Także prawodawstwo Unii Europejskiej w tej kwestii jest jednoznacznie określone: W dzienniku urzędowym Parlamentu Europejskiego z 14 września 1993 r. czytamy m.in.: „dawstwo organów w każdym wypadku powinno być aktem wolnej woli, bez wywierania jakiegokolwiek przymusu i dlatego winno nastąpić bez jakiegokolwiek odszkodowania [...] należy także wziąć pod uwagę, że zastąpienie chorego, uszkodzonego organu przez organ zdrowy pod żadnymi warunkami nie może być traktowane jako elementarne prawo człowieka”. Podkreśla się wyraźnie charakter daru i to, że nie istnieje żaden obowiązek sprawiedliwości, jak i żaden tytuł prawny do otrzymania organów.

Mimo dość jednoznacznie brzmiących przepisów prawnych regulujących etycznie ważny problem związany z przeszczepami, w dyskusjach bioetycznych sprzeciw wobec komercjalizacji organów ludzkich bywa jednak artykułowany z różną siłą i zdecydowaniem. Dysponowanie tym „rzadkim dobrem” może przypominać czasami transakcje handlowe, co odzwierciedla stosowany język. Mówi się o „podaży i popycie”, o „problemach alokacji” i „własności”, o „posiadaniu” organów i ich „bankach”, a nawet o „giełdzie” i „konsumentach”, a także o „handlu organami” i „rynku organów”²².

Ponieważ stale brakuje odpowiedniej ilości narządów do przeszczepów, a lista oczekujących się wydłuża, pojawiają się głosy domagające się wprowadzenia gratyfikacji finansowych dla dawców – miałyby to ich zachęcić do ofiarowania organów. Niektórzy transplantolodzy, m.in. w USA, wprowadzili do debaty pojęcie „opłaconego podarunku” (*rewarded gifting*)²³ – miałyby on dotyczyć głównie dawców żyjących²⁴, ale także zmarłych. Gratyfikację za organy pobrane po śmierci dawcy mogliby otrzymywać na przykład krewni czy znajomi. Taka praktyka, zdaniem niektórych, niewątpliwie zwiększyłaby gotowość ludzi do ofiarowania części swego ciała²⁵. Rodzi to jednak szereg pytań i wątpliwości. Czy „opłacony podarunek” jest jeszcze nadal podarunkiem? W jaki sposób należałoby określić jego wartość? Jakie konsekwencje społeczne pociągnęłyby za sobą tego rodzaju „transakcje”? Większość etyków sprzeciwia się tej propozycji. Dowodzą oni, że bezpłatność przekazywania organów współokreśla wewnętrzny sens tych działań²⁶. „Opłacony podarunek” jest pojęciem sprzecznym samym w sobie. Również na płaszczyźnie instytucjonalnej podejmowane są kroki w celu uniemożliwienia takich etycznie wątpliwych „interesów”. Światowa Organizacja Zdrowia przestrzega na przykład przed rozprzestrzenianiem się praktyki „opłaconego podarunku” w krajach Trzeciego Świata.

Niestety etyczne argumenty przeciwko dopuszczalności „opłaconego podarunku” nie przemawiają do wszystkich zainteresowanych.²⁷ Komercyjne problemy transplantacji pojawiają się przy podziale ograniczonych, cennych dóbr, jakimi są organy. W debacie bioetycznej określa się to mianem „problemów alokacji”. Dominuje jednak przekonanie, że medycyna transplantacyjna nie może się dokonywać „ani w kontekście wzajemnych praw i obowiązków, ani w kontekście pieniężnych świadczeń «rynkowych»²⁸. Należy zdecydowanie odrzucić faworyzowanie określonego życia ludzkiego kosztem pomocy innemu człowiekowi – ma to miejsce wówczas, kiedy bogaci pacjenci mogą sobie „kupować” nowe narządy.

Żyjemy w ekonomistycznym społeczeństwie sukcesu i konsumpcji, przekonani, że wszystko pozostaje w granicach naszych możliwości i że wszystko da się kupić, nawet zdrowie i życie. Rozwój transplantologii wspiera te tendencje. Zdecydowane odrzucenie komercjalizacji organów ludzkich właśnie dlatego jest nakazem chwili, gdyż oznacza sprzeciw wobec urynkowania życia ludzkiego i wobec utopii wszechmocy człowieka. Działalność w laboratoriach naukowych nie powinna wypływać jedynie z przesłanek utylitarnych, lecz powinna wyrażać szerszą orientację w sposobie patrzenia na świat i człowieka. Możemy uznać za jedynie rzeczywiste tylko to, co mechaniczne, zdeterminowane prawami przyrody, wszystko zaś, co osobowe – miłość, dar z siebie – potraktować wyłącznie jako pozór, psychologicznie użyteczny, lecz w końcu nierealny i nieważny. Miejsce powyższej alternatywy musi zająć nowa synteza nauki i mądrości, w której pytanie o część nie przysłoni widzenia całości, zaś troska o całość nie pomniejszy zatroskania o to, co jest tylko jej częścią.

PRZYPISY

¹ Por. F. Kokot, *Praktyka transplantacji organów w Polsce*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, red. A. Marcol, Sympozja 14, Opole 1996, s. 158–159.

² *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 220.

³ Por. H. Juros, *Polska ustawa transplantacyjna. Geneza – treść – znaki zapytania*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, dz. cyt., s. 24.

⁴ Określenie „jako całości” oznacza więź łączącą wszystkie składniki obiektu analizowanego w aspekcie życia.

⁵ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników służby zdrowia*, Watykan 1995, nr 87. Warto przypomnieć, iż także sama definicja śmierci człowieka przeszła pewną ewolucję. Począwszy od tzw. definicji klasycznej, która mówiła, iż: „Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała”, poprzez tzw. definicję nową, która stwierdzała, iż: „Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów”, do tzw. definicji nowej zmo-

dyfikowanej, która określa, iż: „Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu”.

⁶ Por. *Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu*, Warszawa 1990, s. 576–577.

⁷ Definicja śmierci człowieka na podstawie stwierdzenia śmierci pnia mózgu jest definicją medyczną.

⁸ H. J o n a s, *Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes*, w: *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, red. H. Jonas, Frankfurt am Main 1985, s. 22.

⁹ Por. H.J. T u e r k, *Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, dz. cyt., s. 63–64.

¹⁰ Tamże, s. 72.

¹¹ H. J o n a s, *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik fuer technische Zivilisation*, Frankfurt am Main 1984, s. 30.

¹² Por. H. G r e w e l, *Lohnen sich Organtransplantationen? Zur Frage der Lebensqualität*, w: *Gehirntod und Organtransplantation*, Frankfurt am Main 1985, s. 73.

¹³ R. S p a e m a n n, *Die grausame Logik des Hedonismus*, FAZ z dnia 31.08.1990, s. 35.

¹⁴ Por. J.G. Z i e g l e r, *Etyczna ocena dawstwa organów*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, dz. cyt., s. 171–172.

¹⁵ Por. E. B l e c h s c h m i d t, *Wie beginnt menschliches Leben: Vom Ei zum Embryo*, Wien 1976; M. B e n e d i k t, R. P o t z, *Zygote, Foetus, Mensch. Zur Anthropologie des werdenden Lebens*, Innsbruck 1986; K. H i n r i c h s e n, *Embryonale Aspekte des Schwangerschaftsabbruches*, „Theologisch-praktische Quartalschrift”, 120(1972), s. 224–230.

¹⁶ Tęgo rodzaju stanowisko można było usłyszeć m.in. na Konferencji pt. „Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej”, która odbyła się 25 XI 2004 r. w Warszawie. Niezmienną naukę Kościoła w tej kwestii związłe przypomina *Katechizm Kościoła katolickiego*: „Życie ludzkie od chwili poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty do życia” (n. 2270).

¹⁷ Przykładem uzależnienia prawnej ochrony istoty ludzkiej od posiadanych przez nią cech może być obecny we współczesnym sporze o koncepcje człowieka, tzw. utilitaryzm preferencyjny, którego szczególnie groźnym przedstawicielem jest australijski bioetyk Peter Singer. Główne tezy takiej właśnie koncepcji człowieka zawarł on w swojej książce *Practical ethics*, Cambridge 1979.

¹⁸ Ustawa z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw wprowadziła w art. 1. pkt 2 następujące brzmienie art. 1 nowelizowanej ustawy: „Prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie”. Trybunał w powołanym orzeczeniu m.in. stwierdził: „Art. 1 pkt 2 ustawy z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 1996 r. nr 139, poz. 646), w zakresie, w jakim uzależnia ochronę życia w fazie prenatalnej od decyzji ustawodawcy zwykłego, jest niezgodny z art. 1 oraz art. 79 ust. 1 przepisów konstytucyjnych z 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz samorządzie terytorialnym (Dz. U. 1992 r. nr 84, poz. 426; zm.: z 1995r. nr 38, poz. 148, nr 150, poz. 729; z 1996 r. nr 106, poz. 488) przez to, że narusza konstytucyjne gwarancje ochrony życia ludzkiego w każdej fazie jego rozwoju”.

¹⁹ „Chyba że ich tzw. wtórna legalność zostanie uznana przez prawo na zasadzie okoliczności wyłączającej bezprawność czynu. Sytuacja taka powstaje w szczególności w wypadku konfliktu dóbr i ustawa określa, które z dwóch kolidujących ze sobą dóbr mogą być zgodnie z porządkiem prawnym i leżącą u jego podstaw aksjologią poświęcone dla ratowania drugiego z dóbr. Obowiązujące w Polsce prawo przewiduje określone wypadki, w których ustawa zezwala na poświęcenie życia dziecka w stanie prenatalnym. Wszystkie te wypadki odnoszą się

do przerwania ciąży. Nie wszystkie przewidziane w tej ustawie sytuacje wydają się pozostawać w zgodzie z Konstytucją” – A. Zoll, *Czy można mówić o statusie prawnym komórek macierzystych*, „Gazeta Lekarska”, 2(2005), s. 35.

²⁰ Wyraźnie stanowi to Konwencja Biotyczna w art. 18, stwierdzając, że nawet w tych wypadkach, w których prawo zezwala na przeprowadzanie badań na embrionach *in vitro*, powinno ono zapewnić odpowiednią ochronę tym embrionom.

²¹ A. Dylus, *Problem komercjalizacji organów ludzkich*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, dz. cyt., s. 199.

²² Por. tamże, s. 201–202.

²³ Por. U. Schmidt, *Organhandel als Mittel der Organbeschaffung und – Verteilung?*, w: *Transplantationsmedizin und Ethik. Auf dem Weg zur einer gesellschaftlichen Konsens*, red. F. W. Albert, W. Land, E. Zwierlein, Berlin 1995, s. 96.

²⁴ Por. W. Land, *Das belohnte Geschenk? Ueberlegungen zur Organspende von gesunden Menschen*, Frankfurt a. M. 1991, s. 121–129.

²⁵ Por. A. Dylus, *Problem komercjalizacji...*, dz. cyt., s. 202.

²⁶ Por. A. Bondolfi, *Ethische Probleme der Transplantationsmedizin und ihre theologische Begründung*, w: *Ethik und Transplantationsmedizin*, red. A. Bondolfi, R. Malacrida, A. Rohner, Comano 1993, s. 127.

²⁷ Por. tamże, s. 127–128.

²⁸ A. Bondolfi, *Allokations- und Gerechtigkeitsprobleme in der heutigen Medizin am Beispiel der Transplantationsmedizin*, w: *Ethik und Transplantationsmedizin*, dy. czt., s. 549.