

Marcin Ferdynus<sup>1</sup>  
*Lublin*

## **Komu podarować życie? Wokół kilku moralnych problemów związanych z pozyskiwaniem i dystrybucją narządów do przeszczepów**

### **Wstęp**

Niedobór narządów do przeszczepów jest problemem ogólnoswiatowym. Liczba chorych oczekujących na transplantację jest ogromna. Na liście oczekujących w naszym kraju na przeszczepienie narządu unaczynionego w czerwcu 2016 r. znajdowało się aż 1697 osób<sup>2</sup>. O ile na transplantację nerki można oczekiwać będąc leczonym za pomocą dializy pozaustrojowej, o tyle nie ma żadnych możliwości utrzymania przy życiu tych pacjentów, którzy oczekują na przeszczep wątroby, czy serca<sup>3</sup>. Okazuje się, że w wielu przypadkach nie można udzielić pomocy pacjentom, którzy znaleźli się w sytuacji, gdzie niemal natychmiast zachodzi potrzeba dokonania przeszczepu. „Skąpy” zasób organów generuje problem związany z pytaniem o to, komu udzielić pomocy medycznej (podać dłuższe życie), a komu jej odmówić.

W celu zaradzenia problemom związanym z niedoborem organów do przeszczepów poszukuje się różnych sposobów ich pozyskiwania i dystrybucji. Zasadniczym celem tego artykułu jest próba zastanowienia się nad tym, które kryteria mają ostatecznie decydować o kolejności dokonywania transplantacji, jak również nad tym, czy wobec braku wystarczającej ilości organów do przeszczepów można zaakceptować komercjalizację ludzkiego ciała.

<sup>1</sup> Marcin Ferdynus: ks. dr, do 30.09. 2016 r. doktorant na Wydziale Filozofii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, e-mail: marcin.ferdynus@wp.pl.

<sup>2</sup> [http://www.poltransplant.org.pl/statystyka\\_2016.html](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2016.html) (6.07.2016).

<sup>3</sup> W. Rowiński, *Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czy i w jakim stopniu wolno nam dostosować zasady etyczne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu?*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje. Spór o dar*, Lublin 2011, s. 38.

## 1. Sposoby i kryteria dystrybucji organów

Rozważmy przypadek kliniczny, do którego odwołują się Tony Hope i Julian Savulescu w artykule *Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?* Dwie osoby wymagają pilnego leczenia, lecz środki pozwalają na leczenie tylko jednej z nich. W praktyce medycznej podobny dylemat bardzo rzadko pojawia się w czystej postaci. Niemniej jednak taki sposób ujęcia problemu pozwala ujawnić pewne czynniki, które mogą mieć wpływ na ustalenie priorytetów związanych z dystrybucją organów do przeszczepów<sup>4</sup>.

Założmy, że mamy dwoje pacjentów, którzy cierpią na niewydolność oddechową płuc, panią X i pana Y. Każda z tych osób umrze najprawdopodobniej w ciągu tygodnia, jeśli nie zostanie poddana transplantacji płuca. Szacuje się, że operacja może przedłużyć życie pani X i panu Y o trzy lata. Jesteśmy w posiadaniu tylko jednego tkankowo zgodnego płuca, które nadaje się zarówno dla pani X, jak i dla pana Y. Założmy dodatkowo, że pani X ma 23 lata. Jest kobietą niezamężną, pracuje jako pomoc pielęgniarska w szpitalu psychiatrycznym, ale od połowy roku jest niezdolna do pracy. Przyczyną niewydolności oddechowej jest zwłóknienie torbielowate. Z kolei pan Y ma 42 lata. Jest żonaty, ma dwunastoletniego syna, piastuje stanowisko wyższego rangą urzędnika Kasy Chorych. Niemal przez całe dorosłe życie bardzo dużo palił. Stan jego układu oddechowego stopniowo się pogarszał. Wielokrotnie nalegano, by zrezygnował z palenia, lecz tego nie uczynił. Wciąż wypala około 40 papierosów dziennie. Przyczyną niewydolności układu oddechowego jest przewlekłe schorzenie uniedrobniające drogi oddechowe, wywołane najprawdopodobniej paleniem papierosów<sup>5</sup>. Któremu pacjentowi podarować płuco, pani X, czy panu Y? Jakie kryteria należałoby brać pod uwagę przy wyborze pacjenta? W jaki sposób dokonać moralnie niekontrowersyjnego wyboru?

Nie ulega wątpliwości, że bardzo ważną rolę w alokacji organów odgrywa przejrzystość kryteriów, według których rozstrzyga się o przyznaniu lub odmowie narządów do przeszczepów. Według Kazimierza Szewczyka do najważniejszych kryteriów dystrybucji organów należą: (1) medyczna użyteczność transplantu ustalana w oparciu o prognozowane przeżycie pacjenta i przeżycie przeszczepu, (2) pilność zabiegu, (3) czas oczekiwania na przeszczep, (4) czynniki geograficzne (uwzględnienie odległości między jednostkami pobierającymi narząd a zespołem dokonującym transplantacji), (5) kryteria wiekowe<sup>6</sup>. Według innych autorów przy podejmowaniu decyzji o przyznaniu lub odmowie organów do przeszczepów można by brać pod uwagę dodatkowe kryteria, takie

<sup>4</sup> T. Hope, J. Savulescu, *Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?*, [w:] A. Alichniewicz, A. Szczęśna, *Dylematy bioetyki*, Łódź 2001, s. 200.

<sup>5</sup> Tamże, s. 201.

<sup>6</sup> K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, t. 2, Warszawa 2009, s. 174-175.

jak: (1) płeć (czy to, że pani X jest kobietą, sprawia, że może być potraktowana priorytetowo?), (2) zatrudnienie (czy zawód pacjenta może dawać mu pierwszeństwo, i czy miałyby znaczenie to, gdyby któreś z nich, pani X lub pan Y, było bez pracy?), (3) osoby na utrzymaniu (czy to, że pan Y ma dziecko, daje mu pierwszeństwo?), (4) odpowiedzialność za stan zdrowia (czy ma znaczenie to, że nałogowe palenie papierosów przez pana Y jest przyczyną niewydolności układu oddechowego?), (5) wydłużenie życia, jakie można uzyskać dzięki zastosowanej terapii, (6) jakość tego życia, (7) „potrzeby” danej osoby<sup>7</sup>.

W literaturze przedmiotu istnieją różne sposoby rozwiązywania problemu alokacji środków medycznych. Odwołamy się jedynie do dwóch najczęściej dyskutowanych: teorii QALY (*Quality Adjusted Life Year*) i reguły ratowania (*rule of rescu*).

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych sposobów dystrybucji środków medycznych jest teoria określana mianem „jakościowo dostosowany rok życia” (QALY). Zgodnie z tą teorią miarą korzyści zdrowotnej, jaką może uzyskać chory dzięki aplikacji pewnej procedury medycznej, w interesującym nas kontekście, dzięki przeszczepom organów, jest liczba darowanych mu lat wraz z uwzględnieniem ich jakości. W teorii tej wychodzi się z założenia, że o korzyści, jaką pacjent odnosi w związku z zastosowaniem terapii, stanowi nie tylko to, o ile dłużej dzięki niej żyje, lecz również to, jakie jest jego dodatkowe życie<sup>8</sup>.

Dzięki tej teorii można połączyć jakościowe i ilościowe wskaźniki efektu terapeutycznego. Pomiaru efektu terapeutycznego dokonuje się w skali od 1 do 0, przy czym 1 oznacza stan pełnego zdrowia, a 0 oznacza śmierć. Specjaliści stosują różne techniki pomiaru. Jedną z nich jest metoda „handlu czasem”. Dla przykładu, przypadkowo dobrani respondenci odpowiadają na pytanie: ile z pozostałych ci 10 lat życia z niewydolnością oddechową, która wymaga użycia respiratora, byłbyś w stanie poświęcić dla pełnego wyleczenia choroby? Przyjmijmy, że uśredniona odpowiedź brzmi: 3 lata, to jest 30% z 10 lat. Udzielając takiej odpowiedzi respondenci wymienili 10 lat życia z niewydolnością oddechową na 7 lat w pełnym zdrowiu. W skali od 0 do 1, 30% redukcja wynosi 0,7. Oznacza to, że ankietowane osoby oceniły efekt terapeutyczny respiratorem na 0,7. Równocześnie „dostosowały” one „jakość jednego roku życia” w chorobie przynajmniej do wartości 0,7 w porównaniu z pełnym zdrowiem<sup>9</sup>. Ogólny sens

<sup>7</sup> T. Hope, J. Savulescu, *Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?*, s. 201-202.

<sup>8</sup> W. Galewicz, *Medyczne i ekonomiczne kryteria gwarantowanej opieki zdrowotnej*. [w:] K. Baśńska, J. Hałasza [red.], *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2014, s. 312.

<sup>9</sup> K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, s. 25. Na potrzeby tego artykułu przykład został zmodyfikowany, a więc nie jest identyczny z tym, do którego w swojej książce odwołuje się Szewczyk.

teorii QALY jest taki, że „[...] opieka zdrowotna jest korzystna, jeśli wytwarza dodatnią wartość QALY, a wydajna, jeśli koszt uzyskania jednostki QALY jest niski. Im niższy liczony w QALY koszt danej procedury medycznej, tym wyższy jej priorytet”<sup>10</sup>.

System dystrybucji środków medycznych w oparciu o teorię QALY krytykowany jest z co najmniej kilku powodów. Po pierwsze, celem zastosowania tej teorii jest nie tyle maksymalizowanie korzyści, jakie odnosi pacjent z leczenia, ile raczej minimalizowanie strat ponoszonych przez społeczeństwo. Zastosowanie QALY wiąże się z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie o to, których pacjentów leczyć, by środki finansowe przeznaczone na terapie zostały wykorzystane w sposób najbardziej efektywny. Takie wykorzystanie teorii QALY wydaje się moralnie nie do utrzymania. Po drugie, wartość ludzkiego życia nie wyraża się w jednostkach QALY. Wartość życia nie zależy od żadnych parametrów, ani od długości, ani od jakości, nie zależy więc od agregacji tych dwóch zmiennych. Jeśli opieramy się na rachunku QALY decydując, by uratować raczej tą, a nie inną osobę, działamy tak, jak gdyby życie jednej osoby było więcej warte od życia innej<sup>11</sup>. Intuicyjnie zgodzimy się, że rok dodatkowego życia z zachowaniem zdolności do oddychania bez respiratora jest wart więcej niż rok „takiego samego” życia z respiratorem, lecz możemy wątpić, gdy chodzi o rozstrzygnięcie, czy to drugie, obciążone chorobą, życie jest warte  $x$  razy mniej niż pierwsze, a nawet zastanawiać się, czy tak postawione pytanie ma racjonalny sens, albo czy w ogóle dopuszcza niearbitralną odpowiedź. Po trzecie, rachunek oparty o QALY pozostaje całkowicie obojętny wobec tego, ile osób korzysta z dodatkowych lat życia. Miarą wartości są tu abstrakcyjne lata życia o określonej jakości, a nie poszczególni ludzie. Innymi słowy, liczy się abstrakcyjny rachunek, który przyznaje wartość nie osobom, lecz długości trwania bezosobowego życia po uwzględnieniu jego jakości. Dochodzi tu do złamania fundamentalnej zasady sprawiedliwości, która nakazuje, by wszystkich ludzi traktować w sposób jednakowy. Po czwarte, teoria QALY ignoruje intuicję, ku której skłania się najprawdopodobniej większość ludzi, a mianowicie, że ocalenie kogoś od śmierci jest działaniem bardziej wartościowym, aniżeli zabieganie o to, by wzrosła jedynie jakość jego życia<sup>12</sup>. Po piąte, zastosowanie teorii QALY prowadzi do dyskryminacji określonych grup ludzi, zwłaszcza osób starszych. Z racji wieku, liczba lat o jakie może zostać przedłużone życie tych chorych jest o wiele mniejsza niż osób młodych. Ponieważ QALY jest iloczynem długości i jakości życia, koszt na jednostkę QALY będzie odwrotnie proporcjonalny

<sup>10</sup> T. Hope, J. Savulescu, *Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?*, s. 202.

<sup>11</sup> W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009, s. 333-334. Autorka referuje zasadniczo poglądy Johna Harrisza.

<sup>12</sup> Tamże, s. 334-335.

do przewidywanej długości przeżycia. Stąd też rachunek QALY będzie działał na niekorzyść starszych, ponieważ długość ich przeżycia jest na ogół mniejsza niż młodszych. Jeśli dostępne środki medyczne pozwolą leczyć tylko jedną osobę, według QALY powinna nią być osoba młodsza (przy założeniu, że ma przed sobą dłuższe życie), z uwagi na to, że koszt na jednostkę QALY jest niższy. Można więc sądzić, że teorię QALY cechuje szowinizm wiekowy („wiekizm”)<sup>13</sup>. Po szóste, teoria QALY nie rozstrzyga pewnych konfliktów. Wróćmy do przykładu pani X i pana Y. Zarówno pani X, jak i pan Y potrzebują równie kosztownej terapii przedłużającej życie. Oboje pragną żyć. Zasoby pozwalają na to, by leczyć tylko jedną osobę. Skoro jakość życia i koszt leczenia zarówno pani X, jak i pana Y są takie same oraz taki sam jest przewidywalny czas ich przeżycia po przeszczepie (ok. 3 lat), to w tym konkretnym przypadku teoria QALY staje się nieprzydatna, ponieważ w wyniku jej zastosowania nie można jednoznacznie rozstrzygnąć, która z wymienionych osób powinna być poddana implantacji płuc. Koniec końców, rację ma Frances M. Kamm, kiedy sugeruje, że dystrybucja zasobów medycznych oparta na pewnego rodzaju intrapersonalnej agregacji (kalkulacji dwóch zmiennych: długości i jakości życia) nie może decydować kto ma dalej żyć, a kto ma umrzeć<sup>14</sup>. Czy tego rodzaju problemów unika reguła ratowania?

Zauważmy najpierw, że „regułę ratowania” do obiegu wprowadził Albert R. Jonsen<sup>15</sup>. Zdaniem Jonsena nasza moralna postawa wobec osób bezpośrednio zagrożonych śmiercią jest taka, że niejako zmusza nas do tego, byśmy pośpieszyli im na ratunek. Rzucamy linę ludziom tonącym, śpieszymy z pomocą tym, którzy zostali uwięzieni w płonących budynkach, wysyłamy ekipy ratunkowe do tych, którzy zostali zasypani śniegiem. Ta moralność ratowania życia przedostaje się do opieki medycznej, gdzie linami są sztuczne serca, „pośpiechem” oddziały intensywnej terapii, a ekipami ratunkowymi zespoły transplantologów. Mimo że imperatyw ratowania życia ma wielkie moralne znaczenie, to jednak wydaje się, że przeradza się on w przymus bardziej instynktowny aniżeli racjonalny<sup>16</sup>. Zdaniem Włodzimierza Galewicza reguła ratowania przyznaje pierwszeństwo ratowaniu życia, a mówiąc bardziej precyzyjnie, stwierdza trojaki priorytet: „(1) normatywne pierwszeństwo podtrzymywania życia w stosunku do jego polepszania, a w obrębie samego podtrzymywania życia (2a) pierw-

<sup>13</sup> T. Hope, J. Savulescu, *Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?*, s. 208.

<sup>14</sup> F. M. Kamm, *Aggregation, Allocation Scarc Resources, and Discrimination against the Disabled*, [w:] F. M. Kamm [red.], *Bioethical Prescriptions. To Create, End, Choose, and Improve Lives*, Oxford 2013, s. 428.

<sup>15</sup> A. R. Jonsen, *Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation*, „The Journal of Law, Medicine, and Ethics” 14 (1986) z. 3-4, s. 172-174.

<sup>16</sup> Tamże, s. 174.

szeństwo ocalenia od śmierci grożącej już teraz przed zapobieganiem śmierci grożącej w przyszłości, a także (2b) pierwszeństwo ocalenia od śmierci konkretnej osoby przed chronieniem od śmierci kogoś jeszcze nieokreślonego”<sup>17</sup>.

Odnosząc regułę ratowania życia do kryteriów dystrybucji organów przywołanych na początku tego paragrafu możemy odnieść wrażenie, że jedynym kryterium spełniającym regułę ratowania życia jest pilność zabiegu. Jedynym kryterium pilności zabiegu spełnia warunek pierwszeństwa podtrzymywania życia przed jego polepszeniem, jak i warunek pierwszeństwa ocalenia od śmierci grożącej konkretnej osobie już teraz przed ocaleniem przed śmiercią kogoś, komu śmierć grozi w przyszłości. Ponadto reguła ratowania życia unika problemów, z którymi nie radzi sobie teoria QALY, mianowicie wyraźnie przeciwstawia się kalkulacjom opartym na bilansie zysków i strat. Czy jednak rozwiązuje konflikt między panią X a panem Y? Wydaje się, że nie. W tym konkretnym przypadku kryterium pilności zabiegu nie rozstrzyga konfliktowej sytuacji, ponieważ zarówno pani X, jak i pan Y znajdują się „tu i teraz” w takiej samej sytuacji, to znaczy, są konkretnymi osobami, potrzebują natychmiastowej pomocy medycznej, jeśli jej nie otrzymają umrą w przeciągu tygodnia. Komu podarować dodatkowe trzy lata życia, pani X, czy panu Y? Jedynym racjonalnym rozwiązaniem będzie tu odwołanie się do zasady „kto pierwszy, ten lepszy”. Wiele wskazuje na to, że w tym konkretnym przypadku kryterium pilności zabiegu musi ustąpić miejsca innemu medycznemu kryterium, kryterium uwzględniającemu pierwszeństwo według kolejności zgłoszeń.

## 2. „Logika daru” *versus* „logika towaru”

Wspominaliśmy, że niewystarczająca ilość narządów do przeszczepów stanowi problem niemal wszystkich systemów opieki zdrowotnej. Składa się na to wiele przyczyn. Donacje odrzucane są głównie ze względów psychologicznych oraz religijnych (np. sintoizm, buddyzm). Niedobór narządów spowodowany jest również niewystarczającą wiedzą o procedurach transplantacyjnych, jak również częstym wyrażaniem przez najbliższych członków rodziny sprzeciwu na pobranie organów od zmarłego<sup>18</sup>. Pogłębiająca się dysproporcja między podażą a popytem na organy skłaniają więc do poszukiwania nowych sposobów ich pozyskiwania.

---

<sup>17</sup> W. Galewicz, *Medyczne i ekonomiczne kryteria gwarantowanej opieki zdrowotnej*, s. 314-315.

<sup>18</sup> K. Jęczmińska, *Czynniki motywujące do donacji organów*, [w:] B. Dobrowolska, A. Pilewska-Kozak, I. Wrońska [red.], *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*, Lublin 2011, s. 178.

Wśród propozycji pojawiły się sugestie, by narządy do przeszczepu pozyskiwać za pomocą systemu zachęt finansowych (gratyfikacji). Inne propozycje mówią o potrzebie stworzenia wolnego rynku regulującego odpłatny obrót organami. Chodzi tu o przyzwalanie na zawieranie umów sprzedaży organu na wypadek śmierci. Dawca otrzymywałby ustaloną kwotę pieniędzy za życia, ale narząd byłby pobierany dopiero po jego śmierci. Inny projekt regulowanego rynku narządów do przeszczepów idzie jeszcze dalej, a mianowicie dopuszcza sprzedawanie organów lub ich części już za życia<sup>19</sup>. Legalny, choć ograniczony system sprzedaży narządów istnieje w Iranie (dotyczy jedynie nerek pochodzących od niespokrewnionych dawców). W ciągu jedenastu lat, od momentu kiedy wprowadzono regulację rynkową dotyczącą sprzedaży tego organu, liczba oczekujących na przeszczep w tym kraju zmalała niemal do zera<sup>20</sup>. Dzięki regulacjom rynkowym zminimalizowano również niedobór nerek do przeszczepów w Arabii Saudyjskiej<sup>21</sup>. Niemniej jednak przeprowadzone badania pokazały, że na sprzedaż nerki (np. w Iranie) decydowali się głównie najbiedniejsi<sup>22</sup>. Skoro regulowana systemem rynkowym sprzedaż organów zaradza, jak się wydaje, potrzebom transplantologii, przedłużając oczekującym na przeszczep życie, to powstaje pytanie czy komercjalizacja ludzkiego ciała nie powinna zostać moralnie zaaprobowana? Istnieją w tej sprawie dwa kontrastujące ze sobą stanowiska.

Przeciwnicy urynkwienia ciała sugerują, że handel organami doprowadzi do spadku zachowań altruistycznych w społeczeństwie, a co za tym idzie, przyczyni się do zmniejszenia bezinteresownie darowanych narządów do przeszczepów. Altruizm ściśle łączy się z poczuciem odpowiedzialności za najbliższych i za członków całej wspólnoty, wypływa z postawy wielkoduszności, której zanik oznaczałby degradację więzi interpersonalnych opartych na trosce o dobro drugiej osoby. Co więcej, przyzwolenie na urynkwienie organów implikuje instrumentalne traktowanie ludzkiego ciała, które nie jest moralnie neutralne, ponieważ partycypuje w podmiotowości osoby. Relacja człowieka do poszczególnych części jego ciała jest inna niż relacja do zewnętrznych rzeczy, które stanowią dla niego jedynie wartość funkcjonalną (np. dom, samochód). Ciało jest

<sup>19</sup> T. Zimny, *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 234-235.

<sup>20</sup> A. J. Ghods, S. Savaj, *Iranian Model of Paid and Regulated Living-Unrelated Kidney Donation*, „Clinical Journal of American Society of Nephrology” 6 (2006) z. 1, s. 1136-1137.

<sup>21</sup> A. He Jingwei, A. L. Yu-Hung, L. Ching, *Living Organ Transplantation Policy in Asia: Towards Adaptive Policy Changes*, „Global Health Governance” 3 (2010) z. 2, s. 8, <http://www.ghgj.org/Living%20Organ%20Transpl.pdf> (19.07.2016).

<sup>22</sup> J. Zargooshi, *Iranian Kidney Donors: Motivations and Relations with Recipients*, „The Journal of Urology” 165 (2001) z. 2, s. 386-392, <http://www.cofs.org/pdf/zargooshidonormotives.pdf> (19.07.2016).

konstytutywnym elementem ludzkiej osoby. Człowiek jest swoim ciałem, a oddziaływać na ludzkie ciało znaczy oddziaływać na człowieka<sup>23</sup>. Jeśli cielesność współkonstruuje naszą podmiotowość, to przedmiotowe traktowanie ciała oznacza również przedmiotowe traktowanie samej osoby<sup>24</sup>. Dowolne rozporządzanie ciałem sprawia, że zaczyna ono być postrzegane w kategoriach towaru, służąc jedynie zarabianiu pieniędzy. Można zatem sądzić, że urynkowienie organów łamie dwie kantowskie zasady moralne, a mianowicie neguje poszanowanie godności człowieka oraz traktuje go jedynie w kategoriach środka w celu zaspokojenia zapotrzebowania rynku<sup>25</sup>. Ponadto koncentrując uwagę na tych, którzy najczęściej decydują się na sprzedaż swoich organów, tj. najuboższych członkach społeczności, wątpliwe staje się to, czy decyzja przez nich podjęta posiada charakter autonomiczny, skoro w tle takich decyzji ewidentnie pojawia się przymus, w szczególności zaś przymus ekonomiczny<sup>26</sup>.

Zwolennicy urynkowania ciała przekonują, że altruizm nie jest cnotą na tyle powszechną, aby zaspokoić potrzeby wszystkich oczekujących na przeszczep<sup>27</sup>. Dokonując bilansu zysków i strat, należy, ich zdaniem, uwzględniać przede wszystkim to, czy po zalegalizowaniu sprzedaży organów w dostatecznym stopniu zostaje zaspokojone zapotrzebowanie oczekujących na transplantację. Rodzice, którzy sprzedają nerkę po to, żeby opłacić studia swojego dziecka nie mogą uchodzić za chciwców, ale za zapobiegliwych opiekunów, którzy pragną zapewnić lepszą przyszłość swojemu potomstwu. Co więcej, skoro po śmierci tak wiele organów ulega rozkładowi, to zamiast je „użytkować”, twierdzą zwolennicy komercjalizacji, lepiej jest skłaniać się ku opcji, która zapobiega marnotrawieniu zasobów mogących przecież przedłużyć życie tym, którzy na przeszczep oczekują<sup>28</sup>. Zwolennicy komercjalizacji ciała ludzkiego twierdzą również, że ludzie postrzegają swoje ciało w kategoriach swojej własności, którą można przeliczyć na pieniądze. Przykładem są choćby odszkodowania wypłacane poszkodowanym ofiarom wypadku. Jeśli więc człowiek jest istotą autonomiczną, to może dysponować swoim ciałem według własnych zapatrywań, a zatem może również decydować o wprowadzaniu w swoje ciało zmian o charakterze nieodwracalnym<sup>29</sup>.

<sup>23</sup> R. Spaemann, *Szczęście a życzliwość. Esej o etyce*, J. Merecki [tłum.], Lublin 1997, s. 223.

<sup>24</sup> B. Chyrowicz, *Natura jako norma w sporze o przyszłość ludzkiej kondycji. Materiały sesji naukowej zorganizowanej w Toruniu w dniach 7-8 listopada 2008 roku*, [w:] J. Bagrowicz [red.], *Dialogi o Bogu we współczesnej kulturze*, Toruń 2009, s. 94.

<sup>25</sup> S. J. Kerstein, *Autonomy, Moral Constraints, and Markets in Kidneys*, „Journal of Medicine and Philosophy” 34 (2009) z. 6, s. 537.

<sup>26</sup> T. Zimny, *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, s. 237, 239, 241.

<sup>27</sup> M. Nowacka, *Etyka transplantacji*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 229.

<sup>28</sup> T. Zimny, *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, s. 238.

<sup>29</sup> Tamże, s. 239-240.



Istnieje wiele argumentów przemawiających zarówno za jak i przeciw komercjalizacji ludzkiego ciała. Oscylują one zasadniczo wokół autonomii podejmowania decyzji o dawstwie, roli ciała i jego statusu w życiu osoby, zasadności wykorzystania bilansu zysków i strat w celu uzasadnienia odpłatności za organy oraz roli i znaczenia postawy altruistycznej<sup>30</sup>. Wydaje się, że zwolennicy urynkwienia ciała ludzkiego odwołują się do materialistycznej koncepcji jakości ludzkiego życia, dlatego tak często odwołują się do utylitarnego bilansu, nieustannie licząc, ilu ludzi dzięki odpłatnej donacji mogłoby przeżyć, ilu mogłoby dzięki temu swoją życiową egzystencję poprawić, a także jak wielką liczbę narządów można by zachować, zamiast je marnotrawić. Z praktycznego punktu widzenia komercjalizacja ludzkiego ciała najprawdopodobniej doprowadziłaby do kilku negatywnych skutków. Z jednej strony, jak twierdzi Dieter Birnbacher, zmniejszyłaby akceptację zabiegów transplantacyjnych, z drugiej zaś wzmacniałaby pejoratywne społeczne skojarzenia. W dalszej kolejności osłabiłaby wolę dawstwa pośmiertnego i ograniczyłaby poparcie dla legislacji umożliwiającej pobranie organów bez uprzedniej, wyraźnej zgody zmarłego<sup>31</sup>.

Zamiast liczenia zysków i strat, lepiej liczyć na ludzką wielkoduszość<sup>32</sup>. Skoro działania mające na celu komercjalizację ludzkiego ciała budzą tak wiele kontrowersji, to lepszym rozwiązaniem byłoby zrezygnowanie z komercyjnego nastawienia na rzecz „zainwestowania” w propagowanie cnoty wielkoduszości, która w dłuższej perspektywie czasu mogłaby przynieść pozytywne skutki w postaci trwałego wzrostu liczby dawców, a co za tym idzie, narządów do przeszczepów<sup>33</sup>. Pozytywne skutki można by osiągnąć wprzegając problem darowania organów w proces powszechnej edukacji. Takie podejście do sprawy mogłoby przyczynić się do większego zainteresowania samą problematyką przeszczepów, jak i uwrażliwić społeczeństwo do stawania się „bezinteresownym darem” wobec innych. Poza tym rzetelnie przekazane informacje na temat transplantacji mogłyby zwiększyć świadomość możliwości wyrażania swojego sprzeciwu bycia dawcą za życia, osłabiając tym samym kontrowersyjność tzw. zgody domniemanej<sup>34</sup>. Jednakże mało prawdopodobne jest to, by hasła typu: „Nie bądź

---

<sup>30</sup> E. Baum, J. Wiertelwska-Bielarz, *Z czyjej perspektywy dyskutować o legalizacji handlu narządami?*, „Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria” 82 (2012) z. 2, s. 143-144.

<sup>31</sup> D. Birnbacher, *Etyczne zagadnienia transplantacji*, K. Sapkowski [tłum.], „Etyka” 30 (1997), s. 148.

<sup>32</sup> B. Chyrowicz, *Prawo do własności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji. Wprowadzenie*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje: Spór o dar*, s. 24.

<sup>33</sup> K. Jęczmińska, *Czynniki motywujące do donacji organów*, s. 185.

<sup>34</sup> B. Chyrowicz, *Prawo do własności – prawo do daru*, s. 23. Model zgody domniemanej przyzwala na dokonanie eksplantacji narządów po śmierci, o ile nie ma wyraźnych dowodów na to, że zmarły w trakcie życia nie wyraził w tej sprawie swojego sprzeciwu.

sknerą – podzieli się nerą<sup>35</sup> mogły skutecznie zaradzić poważnym problemom, z którymi boryka się współczesna transplantologia. Z kolei sformułowania porównujące transplantacje do „neokanibalizmu”, jak również sugestie, jakoby pacjent oczekujący na przeszczep oczekiwał jedynie na śmierć drugiego człowieka<sup>36</sup>, nie tylko brzmią nieprzekonywująco, lecz naznaczone są znamieniem moralnej odrazy nakazującej traktować transplantacje jako swoisty rodzaj barbarzyństwa. Takie opinie mogłyby mieć swoje uzasadnienie jedynie w przypadku medycznych nadużyć lub komercjalizacji ludzkiego ciała. Trudno zgodzić się z opiniami, by dawstwo traktowane jako „bezinteresowny dar z siebie” mogło posiadać jakiegokolwiek negatywne odniesienia wobec drugich. W czym wyraża się, zapowiedziana w tytule tego paragrafu, „logika daru”?

Zauważmy najpierw, że do bycia darczyńcą nie powinno się nikogo przymuszać, ponieważ dar musi być ofiarowany w sposób całkowicie nieskrępowany. W przeciwnym razie nie może być mowy o darze. Na dar się oczekuje, lecz się go od darczyńcy nie wymaga, bowiem dar ma charakter „asymetryczny”, a więc taki, który wyklucza roszczenie darczyńcy do odwzajemniania<sup>37</sup>. Dar wiąże się z łaską obdarowania, w przeciwieństwie do wymiany, która nieodzownie łączy się z towarem<sup>38</sup>. Dar może zostać przyjęty jedynie w pokorze i wdzięczności<sup>39</sup>. Natomiast darczyńca nie powinien uzurpować sobie prawa do zapłaty za dar<sup>40</sup>, jeśli jednak tak czyni, staje się jedynie usługodawcą. Rację ma Paul Ramsey, że takie słowa jak: „«dar», «darowizna», «dawca», silnie wskazują, iż jest to transakcja nie obliczona na zysk<sup>41</sup>.

Jeśli przywołane opinie są zasadne, to „logika towaru” nie mieści się w „logice daru<sup>42</sup>. Innymi słowy, w „logice daru” nie może być miejsca na handel organami, „opłacony podarunek”, czy „wynagrodzony prezent<sup>43</sup>. Jedynie „lo-

<sup>35</sup> K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, s. 160.

<sup>36</sup> M. Nowacka, *Cztery sfery oddziaływania terapii transplantacyjnej: stan obecny i perspektywy*, „Diametros” (2009) nr 19, s. 97-99. Opinię o kanibalizmie medycznym głosi B. Wolniewicz, natomiast opinię o tym, że pacjent oczekujący na przeszczep czeka właściwie na śmierć drugiego głosi J. Kopania.

<sup>37</sup> B. Chyrowicz, *Transplantologia wciąż kontrowersyjna*, „Diametros” (2004) nr 1, s. 110.

<sup>38</sup> J. Payne, *Czy usługi medyczne mają być darem, czy towarem?*, [w:] A. Alichniewicz, A. Szczęśna [red.], *Dylematy bioetyki*, Łódź 2001, s. 227.

<sup>39</sup> E. Schockenhoff, *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*, K. Glombik [tłum.], Opole 2014, s. 408.

<sup>40</sup> F. M. Kamm, *Morality, Mortality*, vol. I: *Death and Whom to Save from It*, Oxford 1998, s. 208.

<sup>41</sup> P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977, s. 246.

<sup>42</sup> M. Ferdynus, *Przedłużanie ludzkiego życia w świetle transplantacji. Wokół kilku moralnych kontrowersji*, „Studia Paradyskie” 24 (2014), s. 123.

<sup>43</sup> P. Morciniec, *Komercjalizacja ciała – komercjalizacja organów. Perspektywa bioetyczna*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje: Spór o dar*, s. 46.

gika daru”, w przeciwieństwie do „logiki towaru”, odpowiada temu, kim w swej istocie jest ludzka osoba, a jest ona takim dobrem, że właściwe i pełnowartościowe odniesienie do niej stanowi tylko miłość<sup>44</sup>, przy czym jest to miłość bezinteresowna. Koniec końców, wszelkie propozycje urynkowania ludzkiego ciała muszą zostać odrzucone, bowiem niszczą zamię owęj bezinteresowności, czyniąc ludzkie ciało przedmiotem interesów wymiennych.

## **Zakończenie**

W dobie niedoboru narządów do przeszczepów moralnie niekontrowersyjne wydają się jedynie takie działania medycyny transplantacyjnej, które godzą się na przedłużanie ludzkiego życia w oparciu o przesłanki ściśle medyczne. Z taką opinią zgadza się wielu autorów<sup>45</sup>. Natomiast wszelkie próby komercjalizacji ludzkiego ciała trzeba uznać za moralnie niedopuszczalne. Nie należy przedłużać ludzkiego życia za cenę kupna lub sprzedaży organów. Można podarować drugiemu życie tylko w jeden sposób: stając się dla niego darczyńcą.

## **Streszczenie**

Ograniczone zasoby narządów w stosunku do oczekujących na przeszczep pacjentów sprawiają, że nie wszyscy chorzy otrzymują szansę na dłuższe życie. Z tej racji poszukuje się różnych sposobów pozyskiwania i dystrybucji organów. Nie ulega wątpliwości, że ogromną rolę w ich alokacji odgrywa przejrzystość kryteriów, za pomocą których rozstrzyga się o przyznaniu lub odmowie organów do transplantacji. Celem artykułu jest próba zastanowienia się nad tym, które kryteria mają ostatecznie decydować o kolejności dokonywania transplantacji, jak również nad tym, czy wobec braku wystarczającej ilości organów do przeszczepów można zaakceptować komercjalizację ludzkiego ciała.

SŁOWA KLUCZOWE: transplantacje, alokacja organów, komercjalizacja ludzkiego ciała

---

<sup>44</sup> K. Wojtyła, *Miłość i Odpowiedzialność*, Lublin 2001, s. 42.

<sup>45</sup> Dla przykładu zob.: E. Sgreccia, *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*, Philadelphia 2012, s. 640-641; M. Machinek, *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*, Olsztyn 2004, s. 39.

## Abstract

### Who should be granted life? On several moral issues related to obtaining and distributing organs for transplantation.

Limited resources of organs in comparison to the number of patients awaiting transplantation result in the fact that not all of the suffering people are given a chance to prolong their life. Therefore, various methods of obtaining and distributing organs are sought. Undoubtedly, an important role in allocation of organs is played by the clarity of criteria applied to decide whether these organs are or are not assigned for transplantation. The article attempts at considering what criteria should decide on the order of transplantation surgeries and whether commercialisation of the human body can be accepted due to a lack of sufficient number of organs available for transplantations.

Translated by Marcin Ferdynus

KEYWORDS: transplantation, allocation of organs, commercialisation of the human body

## Bibliografia

- Baum E., Wiertelwska-Bielarz J., *Z czyjej perspektywy dyskutować o legalizacji handlu narządami?*, „Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria” 82 (2012) z. 2, s. 141-150.
- Birnbacher D., *Etyczne zagadnienia transplantacji*, K. Sapkowski [tłum.], „Etyka” (1997) nr 30, s. 137-148.
- Chańska W., *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009.
- Chyrowicz B., *Natura jako norma w sporze o przyszłość ludzkiej kondycji. Materiały sesji naukowej zorganizowanej w Toruniu w dniach 7-8 listopada 2008 roku*, [w:] J. Bagrowicz [red.], *Dialogi o Bogu we współczesnej kulturze*, Toruń 2009, s. 85-96.
- Chyrowicz B., *Prawo do własności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji. Wprowadzenie*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje: Spór o dar*, Lublin 2011, s. 5-28.
- Chyrowicz B., *Transplantologia wciąż kontrowersyjna*, „Diametros” (2004) nr 1, s. 104-112.
- Ferdynus M., *Przedłużanie ludzkiego życia w świetle transplantacji. Wokół kilku moralnych kontrowersji*, „Studia Paradayskie” 24 (2014), s. 113-126.
- Galewicz W., *Medyczne i ekonomiczne kryteria gwarantowanej opieki zdrowotnej*, [w:] K. Basińska, J. Halasza [red.], *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2014, s. 311-319.

- Ghods A. J., Savaj S., *Iranian Model of Paid and Regulated Living-Unrelated Kidney Donation*, „Clinical Journal of America Society of Nephrology” 6 (2006) z. 1, s. 1136-1145.
- Hope T., Savulescu J., *Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?*, [w:] A. Alichniewicz, A. Szczęsna, *Dylematy bioetyki*, Łódź 2001, s. 199-226.  
[http://www.poltransplant.org.pl/statystyka\\_2016.html](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2016.html) (6.07.2016).
- Jęczyńska K., *Czynniki motywujące do donacji organów*, [w:] B. Dobrowolska, A. Piłewska-Kozak, I. Wrońska [red.], *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*, Lublin 2011, s. 177-185.
- Jingwei A. He, Yu-Hung A. L., Ching L., *Living Organ Transplantation Policy in Asia: Towards Adaptive Policy Changes*, „Global Health Governance”, 3 (2010) z. 2, s. 1-14,  
<http://www.ghgj.org/Living%20Organ%20Transpl.pdf> (19.07.2016).
- Jonsen A. R., *Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation*, „The Journal of Law, Medicine, and Ethics” 14 (1986) z. 3-4, s. 172-174.
- Kamm F. M., *Aggregation, Allocation Scare Resources, and Discrimination against the Disabled*, [w:] F. M. Kamm [red.], *Bioethical Prescriptions. To Create, End, Choose, and Improve Lives*, Oxford 2013, s. 424-485.
- Kamm F. M., *Morality, Mortality*, vol. I: *Death and Whom to Save from It*, Oxford 1998.
- Kerstein S. J., *Autonomy, Moral Constraints, and Markets in Kidneys*, „Journal of Medicine and Philosophy” 34 (2009) z. 6, s. 573-585.
- Machinek M., *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*, Olsztyn 2004.
- Morciniec P., *Komercjalizacja ciała – komercjalizacja organów. Perspektywa bioetyczna*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje: Spór o dar*, Lublin 2011, s. 45-68.
- Nowacka M., *Cztery sfery oddziaływania terapii transplantacyjnej: stan obecny i perspektywy*, „Diametros” (2009) nr 19, s. 93-105.
- Nowacka M., *Etyka transplantacji*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 220-232.
- Payne J., *Czy usługi medyczne mają być darem, czy towarem?*, [w:] A. Alichniewicz, A. Szczęsna [red.], *Dylematy bioetyki*, Łódź 2001, s. 227-236.
- Ramsey P., *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977.
- Rowiński W., *Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czy i w jakim stopniu wolno nam dostosować zasady etyczne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu?*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Transplantacje. Spór o dar*, Lublin 2011, s. 29-44.
- Schockenhoff E., *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*, K. Glombik [tłum.], Opole 2014.
- Sgreccia E., *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*, Philadelphia 2012.
- Spaemann R., *Szczęście a życzliwość. Esej o etyce*, J. Merecki [tłum.], Lublin 1997.
- Szewczyk K., *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, t. 2, Warszawa 2009.
- Wojtyła K., *Miłość i Odpowiedzialność*, Lublin 2001.
- Zargooshi J., *Iranian Kidney Donors: Motivations and Relations with Recipients*, „The Journal of Urology” 165 (2001) z. 2, s. 386-392, <http://www.cofs.org/pdf/zargooshi-donormotives.pdf> (19.07.2016).
- Zimny T., *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska [red.], *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 233-247.