

PAULINA CHEŁMOWSKA

Systemy alokacji narządów, tkanek i komórek na tle prawnoporównawczym

Systems of Allocation of Organs, Tissues, and Cells in the Context of Comparative Law

The availability of transplant medicine in individual countries is influenced by several factors, among which one should mention, for example, the death rate in road accidents, the amount of the Gross Domestic Product per capita, the amount transferred to the health service, the general public attitude to this method of treatment, the adopted legislation, in particular the model of giving consent to post-mortem organ donation, the number of active transplant centers and active transplant coordinators, and statistics on the conduct of procedures with the participation of living donors. Unfortunately, attempts made to increase the availability of transplant material so far have not led to a visible shortening of waiting lists. The global, chronic shortage of organs, tissues, and cells that could be transplanted forces us to look for new solutions to reduce the list of patients waiting for transplantation. In this paper, the author considers whether an increase in the pool of available transplants could occur due to the introduction of priority rules in the organ allocation procedure.

PAULINA CHEŁMOWSKA doktor nauk prawnych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
ORCID – 0000-0003-0976-4499 / e-mail: chelmowskapaulina@gmail.com

SŁOWA KLUCZOWE: transplantacja,
zasady alokacji, kryteria doboru
potencjalnego biorcy, reguły
pierwszeństwa, model motywacyjny

KEYWORDS: transplantation,
allocation rules, criteria for selecting
a potential recipient, priority rules,
motivational model

1 | Uwagi wstępne

Znaczna dysproporcja pomiędzy ilością pozostających do dyspozycji transplantologów narządów, tkanek i komórek, a zapotrzebowaniem na nie powoduje, że koniecznym jest przyjęcie i stosowanie określonych zasad rozdzielania (alokacji), zapewniających maksymalizację użyteczności pozyskanych z trudem przeszczepów. Owa maksymalizacja użyteczności, przy uwzględnieniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej, wymaga częstokroć dokonywania niezwykle trudnych wyborów, stawiając coraz to nowe wyzwania w toku aktualizacji wytycznych doboru odpowiedniego biorcy. Jak trafnie wskazuje bowiem Ewa M. Guzik-Makaruk: „alokacja dóbr w obszarze medycyny transplantacyjnej jest zagadnieniem szeroko dyskutowanym, budzącym wiele wątpliwości, spornym nie tyle co do samej istoty alokacji, ale modelu i metod podejmowania decyzji alokacyjnych”^[1].

Obecnie wyróżnia się co najmniej kilka modeli typowania pacjentów do przeszczepiania. Model utylitarny, nazwany również efektywnym, zakłada, że w pierwszej kolejności pobrany narząd, tkanki lub komórki powinien otrzymać chory posiadający najwyższe szanse na przeżycie^[2]. Kierując się zasadą utylitaryzmu bierze się pod uwagę takie czynniki, jak przeżycie pacjenta, przeżycie przeszczepu, jakość życia po przeszczepie oraz dostępność alternatywnych metod leczenia. Kolejny model, nazywany sprawiedliwościowym lub egalitarnym, zakłada, że pierwszeństwo otrzymania przeszczepu będzie posiadał chory, który bądź najdłużej oczekuje na zabieg, bądź który zaklasyfikowany został jako tak zwany pacjent „pilny”^[3]. Czynniki, które uwzględnia się przy zastosowaniu zasady sprawiedliwości to pilność przeszczepienia, prawdopodobieństwo znalezienia odpowiedniego transplantatu w przyszłości oraz czas oczekiwania na liście oczekujących na przeszczepienie. Model nazywany motywacyjnym zakłada z kolei przyznanie w toku procedury alokacji pierwszeństwa pacjentom, którzy sami zarejestrowali się jako dawcy bądź którzy wyrazili zgodę na pośmiertne pobranie narządów, tkanek lub komórek od zmarłego członka

¹ Ewa M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium prawno porównawcze* (Białystok: Temida 2, 2008), 48.

² Ibidem, 241.

³ Ibidem.

rodziny^[4]. Model ten obowiązuje obecnie jedynie w Izraelu^[5], Singapurze^[6], Chile^[7] i Japonii^[8].

Na mocy art. 3 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie^[9] Państwa – Strony zobowiązane zostały do zapewnienia sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej o właściwej jakości. Zapewnienie sprawiedliwego dostępu do transplantacji, a co za tym idzie, skonstruowanie przejrzystych, obiektywnych i zarazem efektywnych zasad alokacji jest bardzo złożone. Tworząc reguły wyboru odpowiedniego biorcy, bierze się pod uwagę przede wszystkim takie czynniki, jak maksymalizacja wykorzystania pobranych transplantatów przy jednoczesnej minimalizacji ich marnotrawstwa, oparcie kryteriów wyszukiwania biorców na przesłankach medycznych z pominięciem jakiegokolwiek dyskryminacji ze względu na rasę, płeć, wyznanie, poglądy polityczne itd., konieczność zapewnienia równowagi pomiędzy zasadą utilitaryzmu (przeżycie pacjenta i przeszczepu) a zasadą sprawiedliwości (czas oczekiwania na przeszczep), okresowa kontrola funkcjonowania wprowadzonych zasad i w razie potrzeby dokonywanie ich zmian, a także prostota przyjętych rozwiązań, która pozwalałaby pacjentom stosunkowo łatwo oszacować ich szanse na przeszczep^[10].

W większości państw „kryteria wyboru biorcy (alokacji) są przejrzyste, obowiązują w skali całego kraju, oparte są na przesłankach medycznych, zorientowane na dobro konkretnego chorego, ale respektujące dobro

⁴ Katrina A. Bramstedt, „Is it ethical to prioritize patients for organ allocation according to their values about organ donation?” *Progress in transplantation*, nr 2 (2006): 170.

⁵ Jacob Lavee, et. al., „A New Law for Allocation of Donor Organs in Israel” *The Lancet*, nr 375 (2010): 1131–1133.

⁶ Volker H. Schmidt, Chee H. Lim, „Organ Transplantation in Singapore: History, Problems, and Policies” *Social Science & Medicine*, nr 59 (2004): 2173–2182.

⁷ Alejandra Zúñiga-Fajuri, „Increasing Organ Donation by Presumed Consent and Allocation Priority: Chile”, *Bulletin of the World Health Organization*, nr 3 (2015): 199–202.

⁸ Kaoruko Aita, „New Organ Transplant Policies in Japan, Including the Family-Oriented Priority Donation Clause” *Transplantation*, nr 91 (2011): 489–491.

⁹ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 r. http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf.

¹⁰ Dimitris Bertsimas, Vivek F. Farias, Nikolaos Trichakis, „Fairness, Efficiency and Flexibility in Organ Allocation for Kidney Transplantation” *Operations Research*, nr 1 (2011): 79.

pozostałych na liście chorych (sprawiedliwość i równość dostępu do leczenia przeszczepieniem), uwzględniają ryzyko zgonu bez przeszczepienia oraz przewidywane wyniki przeszczepienia należycie uzasadnione kryteriami medycznymi”^[11]. Ponadto, w ślad za treścią art. 3 Protokołu dodatkowego do Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczącego transplantacji narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego^[12], by zapewnić pacjentom równy i sprawiedliwy dostęp do usług transplantacyjnych, powołuje się osoby albo organy podejmujące decyzje o przydziale. Zapobiegać ma to wszelkim nieprawidłowościom polegającym choćby na przydzieleniu pobranego transplantatu z pominięciem zastosowania kryteriów medycznych.

Dostosowując wytyczne krajowych systemów alokacji do wskazań aktualnej wiedzy medycznej, ustawodawcy zmuszeni są brać pod uwagę szereg rozmaitych czynników, których wzajemne zestawienie umożliwi optymalne ulokowanie pobranego narządu, tkanek lub komórek. Z uwagi na pogłębiający się w większości państw problem niedoboru materiału transplantacyjnego, przyjęte przez władze kryteria powinny zmierzać przede wszystkim do maksymalizacji wykorzystania pobranych przeszczepów przy jednoczesnej minimalizacji ich marnotrawstwa. W poszczególnych systemach typowania pacjentów do zabiegu przewidziano odmienne rozwiązania dotyczące wskazanych wyżej kwestii. Dokonując ich pogłębionej analizy i porównując wyniki, jakie wybrane państwa uzyskują w dziedzinie transplantologii, można wysunąć propozycje zmian, które zwiększyłyby efektywność systemu polskiego.

¹¹ Jarosław Czerwiński, Roman Danielewicz, „Prawo i organizacja pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce”. http://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/sites/klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/files/prawo_i_organizacja_pobierania_i_przeszczepiania_narzadow_w_polsce_j._czerwinski_r_danielewicz.pdf, 19.

¹² Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin (ETS No. 186). <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=186>.

2 | Polski system typowania pacjentów do przeszczepiania

W znakomitej większości państw, narządy, tkanki i komórki mogą być przydzielane wyłącznie pacjentom wpisanym na urzędową listę osób oczekujących na przeszczepienie. W Polsce listę taką prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”, będące państwową jednostką budżetową podlegającą pod Ministerstwo Zdrowia. Administrowana przez Poltransplant krajowa lista oczekujących na przeszczepienie to oficjalny, państwowy rejestr działający w oparciu o przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie^[13], obejmujący potencjalnych biorców zakwalifikowanych do przeszczepienia takich narządów i komórek, jak nerki, nerki i trzustki, trzustki, wątroby, serca, płuca, komórki krwiotwórcze szpiku, krwi obwodowej i krwi pępowinowej oraz regenerujące się komórki, inne niż szpik, komórki krwiotwórcze krwi obwodowej i krwi pępowinowej, w szczególności: oka, trzustki, przytarczyc, wątroby, chrząstki stawowej, mięśniowych i naskórka.

By umieścić potencjalnego biorcę na liście konieczne jest jego uprzednie zakwalifikowanie do przeszczepienia. W Polsce kwalifikacja taka należy do zadań ośrodków kwalifikujących i odbywa się zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2010 r. w sprawie sposobu działania ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia oraz sposobu kwalifikacji potencjalnego biorcy^[14]. W ramach kwalifikacji zespół lekarski dokonuje oceny stanu zdrowia potencjalnego biorcy na podstawie przeglądu otrzymanej w ramach zgłoszenia dokumentacji medycznej. Po przeprowadzeniu kwalifikacji ośrodek zawiadamia podmiot leczniczy lub stację dializ, które zgłosiły potencjalnego biorcę, o zakwalifikowaniu albo niezakwalifikowaniu do zabiegu. Każda kwalifikacja dokonywana jest z określeniem pilności przeszczepienia. I tak też wyróżnia się tak zwaną zwykłą lub planową pilność, w przypadku której biorca oczekuje na przeprowadzenie zabiegu według kolejności zgłoszenia na listę oraz tak

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie (Dz.U. Nr 213, poz. 1655).

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2010 r. w sprawie sposobu działania ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia oraz sposobu kwalifikacji potencjalnego biorcy (Dz.U. Nr 54, poz. 331).

zwaną „pilną”, w przypadku której biorca otrzyma przeszczep z pominięciem kolejności zgłoszenia. Określenie pilności przeszczepienia wymaga uzasadnienia, zaś jej zmiana może nastąpić w każdym czasie na wniosek lekarza opiekującego się potencjalnym biorcą.

Po dokonaniu kwalifikacji potencjalnego biorcę umieszcza się na liście oczekujących na przeszczepienie. W celu umieszczenia pacjenta na liście lekarz kierujący zespołem dokonuje odpowiedniego zgłoszenia. W następnej kolejności, niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, Poltransplant wpisuje potencjalnego biorcę na listę w odniesieniu do danego rodzaju komórek, tkanek lub narządów, do których przeszczepienia został on zakwalifikowany. O dokonaniu wpisu oraz o jego kolejności powiadamia się lekarza, który dokonał zgłoszenia oraz potencjalnego biorcę. Wpisu nie dokonuje się, jeśli potencjalny biorca zakwalifikowany do przeszczepienia został już uprzednio wpisany na listę w odniesieniu do tego samego rodzaju komórek, tkanek lub narządów, o czym niezwłocznie powiadamia się lekarza, który dokonał zgłoszenia. Wpisu danych na listę dokonuje się pod kolejnym numerem. Wpisu nie można usunąć, zaś w przypadku, gdy potencjalnemu biorcy wykonano już zabieg, jego dane wykreśla się z listy i przenosi się do archiwum. Wszelkie dane zgromadzone w archiwum listy przechowuje się przez okres 30 lat od dnia wykonania przeszczepienia, w sposób zabezpieczający przed dostępem osób nieuprawnionych.

Wyborem potencjalnego biorcy z listy koordynuje Poltransplant poprzez przyjmowanie z podmiotów leczniczych informacji o możliwości pobrania narządów, tkanek lub komórek w celu ich przeszczepienia; niezwłoczne informowanie podmiotów leczniczych dokonujących przeszczepień o każdym przypadku możliwości pobrania narządów, tkanek lub komórek w celu ich przeszczepienia oraz poprzez przekazywanie podmiotom leczniczym dokonującym przeszczepień danych osobowych i informacji medycznych o potencjalnym dawcy. Wyboru potencjalnego biorcy z listy, według kolejności wpisu, dokonuje, w porozumieniu z Poltransplantem, lekarz wyznaczony przez kierownika podmiotu leczniczego dokonującego przeszczepień. Jeśli potencjalny biorca jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wyboru dokonuje się z pominięciem kolejności wpisu na listę. Obecnie „nadzór nad prawidłowością wyboru biorcy (...) prowadzi Zespół ds. Koordynacji Pobierania i Przeszczepiania Narządów przy Poltransplancie”^[15].

¹⁵ Poltransplant, „Nowe zasady dystrybucji i alokacji narządów”. <http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2012/003.pdf>, 7.

Wybór potencjalnego biorcy następuje w oparciu o takie kryteria medyczne, jak pilność przeszczepienia, wykluczenie albo dopuszczenie niezgodności immunologicznej między potencjalnym dawcą a potencjalnym biorcą, dobór anatomiczny potencjalnego dawcy i potencjalnego biorcy, wiek potencjalnego dawcy i potencjalnego biorcy, przewidywane efekty przeszczepienia, czas oczekiwania na przeszczepienie oraz aktualny stan zdrowia potencjalnego biorcy. W każdej kategorii potencjalnemu biorcy przyznaje się punkty preferencyjne. Zgodnie z obowiązującymi zasadami alokacji, o wyborze konkretnego biorcy decyduje większa liczba punktów preferencyjnych, które uzyskał on w toku postępowania kwalifikacyjnego^[16], z zastrzeżeniem, że wybór ten ma być dokonany z zapewnieniem „sprawiedliwego dostępu biorców do pozyskiwania narządów z jednoczesnym spełnieniem warunku jak najlepszego doboru dawca–biorca i uwzględnieniem czynników mogących wpływać na wczesną czynność przeszczepu oraz odległy wynik przeszczepienia”^[17].

Po przeprowadzeniu zabiegu podmiot leczniczy, który dokonał przeszczepienia, przesyła niezwłocznie do ośrodka kwalifikującego oraz do Poltransplantu szczegółowy protokół wyboru biorcy z listy wraz z uzasadnieniem. W celu należytego monitorowania dokonywanych przeszczepień, a także stanu zdrowia biorcy, po przeprowadzeniu zabiegu jego dane umieszczone zostają w krajowym rejestrze przeszczepień prowadzonym w oparciu o przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie prowadzenia krajowego rejestru przeszczepień^[18]. W rejestrze tym zamieszcza się takie informacje, jak dane osobowe i kontaktowe biorcy, datę przeszczepienia, rodzaj przeszczepionych komórek, tkanek lub narządów, firmę i adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano przeszczepienia oraz informacje dotyczące przeżycia biorcy oraz przeszczepu w okresie 3 i 12 miesięcy, po przeszczepieniu, a następnie w odstępach co 12 miesięcy, aż do utraty przeszczepu lub zgonu biorcy przeszczepu. Prowadzenie krajowego rejestru przeszczepień służy nie tylko monitorowaniu stanu zdrowia biorcy, lecz również „pozyskaniu wiedzy na temat stanu i rozwoju transplantologii. Ujawnienie danych

¹⁶ Ibidem, 6.

¹⁷ Magdalena Durlik, Marian Klinger, „Chory dializowany jako biorca przeszczepu” *Forum Nefrologiczne*, nr 3 (2010): 202.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie prowadzenia krajowego rejestru przeszczepień (Dz.U. Nr 76, poz. 542).

w rejestrze stwarza bowiem możliwość powzięcia informacji na temat stanu wiedzy medycznej i rozwoju medycyny transplantacyjnej”^[19].

Przeprowadzona w latach 2018–2021 kontrola wykazała, że „obowiązujący [w Polsce – P.C.] system organizacyjny typowania pacjentów do przeszczepiania narządów jest skuteczny, ponieważ nie stwierdzono przypadków przeprowadzania procedury przeszczepowej u osób niezgłoszonych do krajowej listy osób oczekujących oraz wpływu czynników pozamedycznych na ustalenia kolejności jej przeprowadzenia”^[20]. Zarzuty sformułowane w ustaleniach pokontrolnych dotyczyły głównie funkcjonujących obecnie rejestrów, które to rejestry „nie spełniały (...) wymagań związanych ze stałym rozwojem medycyny transplantacyjnej i obsługą wszystkich procesów, np. dotyczących ilości przetwarzanych danych”^[21].

3 | Amerykański system typowania pacjentów do przeszczepiania

W Stanach Zjednoczonych procedura doboru odpowiedniego biorcy jest zbliżona do tej obowiązującej obecnie w Polsce. Zasady alokacji pobranych narządów, tkanek i komórek zawiera kilkakrotnie do tej pory nowelizowany National Organ Transplant Act z 19 października 1984 r.^[22], powołujący do życia Organizacje ds. Pozyskiwania Narządów (ang. Organ Procurement Organizations), których głównym zadaniem jest koordynacja całego procesu transplantacyjnego, w szczególności kwalifikowanie potencjalnych biorców do zabiegu^[23]. Decyzje o przydziale pobranych transplantatów podej-

¹⁹ Joanna Haberko, Izabela Uhrynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2014), 210.

²⁰ Najwyższa Izba Kontroli, Organizacja i finansowanie przeszczepiania narządów. Informacja o wynikach kontroli, KZD.430.007.2021, Nr ewid.153/2021/P/21/056/KZD, 27.

²¹ Ibidem, 12.

²² National Organ Transplant Act of 1984, Pub L. 98–507, 98 Stat. 2339–2348 (Oct. 19, 1984), <https://www.congress.gov/bill/98th-congress/senate-bill/2048/text>.

²³ The Centers for Medicare & Medicaid Services, „Organ Procurement Organization (OPO) Conditions for Coverage Final Rule: Revisions to Outcome Measures for OPOs CMS-3380-F”, <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/organ-procurement-organization-opo-conditions-coverage-final-rule-revisions-outcome-measures-opos>.

muje Sieć Zarządzania Transplantacją Narządów (ang. Organ Procurement Transplantation Network), będąca zrzeszającą wszystkie ośrodki transplantacyjne działające na terytorium Stanów Zjednoczonych organizacją non-profit, zarządzaną przez Zjednoczoną Sieć Pobierania i Przeszczepiania Narządów (ang. United Network for Organ Sharing)^[24]. Zjednoczona Sieć Pobierania i Przeszczepiania Narządów jest odpowiedzialna za zapewnienie przestrzegania zasad redystrybucji, przede wszystkim poprzez kontrolę i monitorowanie ośrodków transplantacyjnych i organizacji zajmujących się pozyskiwaniem narządów, tkanek i komórek^[25].

W Stanach Zjednoczonych, podobnie jak w Polsce, by otrzymać przeszczep potencjalny biorca musi być wpisany na krajową listę oczekujących (ang. National Patient Waiting List). Po śmierci potencjalnego dawcy przedstawiciel Organizacji ds. Pozyskiwania Narządów wprowadza jego dane do specjalnie w tym celu utworzonego systemu komputerowego^[26]. W toku procedury alokacji system poszukuje najbardziej zgodnego pod względem grupy krwi, wzrostu, wagi, wieku, czasu oczekiwania na przeszczep, odległości między dawcą i biorcą oraz wielu innych czynników biorcy^[27]. W stosunku do każdego potencjalnego dawcy system osobno określa kolejność, którą otrzymają na liście kandydaci na biorców^[28]. W rzeczywistości więc lista osób oczekujących na przeszczepienie nie jest dosłownie listą, ponieważ pacjenci nie zajmują na niej raz przypisanego, stałego miejsca, lecz w zależności od danych konkretnego dawcy ich pozycja może ulegać zmianie. Ujmując to bardziej precyzyjnie, mamy do czynienia z pulą potencjalnych biorców, zaś wynik przeszukiwania bazy każdorazowo jest wynikiem kombinacji danych medycznych konkretnego biorcy i dawcy.

Po przeprowadzeniu wyszukiwania system komputerowy sporządza listę potencjalnych biorców, których cechy dają największe szanse na powodzenie zabiegu. W następnej kolejności koordynator transplantacyjny kontaktuje się z lekarzem wytypowanego pacjenta, by określić, czy jego aktualny stan zdrowia i dotychczasowy przebieg choroby nie będzie

²⁴ Organ Donation and Transplantation Alliance, „Organ Procurement and Transplantation Network”. <https://www.organdonationalliance.org/glossary/organ-procurement-and-transplantation-network/>.

²⁵ Lara Duda, „National Organ Allocation Policy: The Final Rule” *Virtual Mentor*, nr 9 (2005): 606.

²⁶ Ibidem, 605.

²⁷ American Kidney Fund, „Transplant waiting list”. <https://www.kidneyfund.org/kidney-donation-and-transplant/transplant-waiting-list>.

²⁸ Ibidem.

stanowił przeszkody dla przeszczepienia. Jeżeli wytypowany biorca zostanie z jakichś względów odrzucony, koordynator kontaktuje się z lekarzem kolejnej osoby na liście i tak dalej, do czasu, kiedy pobrany narząd, tkanki lub komórki zostaną ostatecznie przydzielone^[29].

Powszechnie wiadomo, że niezwykle istotnym czynnikiem, decydującym o powodzeniu zabiegu przeszczepienia, jest okres przechowywania transplantatu, nazywany czasem zimnego niedokrwienia. Im więcej czasu upłynie od momentu pobrania do chwili przeszczepienia, tym mniejsza szansa na sukces. Z tego względu amerykański system redystrybucji zakłada pierwszeństwo biorców zlokalizowanych najbliżej ośrodka, w którym przebywa dawca, co ograniczyć ma prawdopodobieństwo utraty transplantatu podczas jego czasochłonnego transportu. W pierwszej kolejności zatem poszukuje się potencjalnego biorcy w regionie odpowiadającym potencjalnemu dawcy (dystrybucja lokalna). Jeśli na poziomie lokalnym nie dojdzie do wyłonienia odpowiedniego biorcy, kierując się zasadą maksymalizacji użyteczności, pobrany narząd, tkanki lub komórki przekazywane są do dystrybucji regionalnej i następnie krajowej^[30]. Po dopasowaniu dawcy i biorcy ustala się dalsze warunki przeprowadzenia zabiegu.

Rozwiązanie przyjęte w Stanach Zjednoczonych mogłoby stać się punktem odniesienia dla polskiego ustawodawcy. Wprowadzenie całodobowego systemu komputerowego, przy pomocy którego sporządzano by listę potencjalnych biorców, których cechy dają największe szanse na powodzenie zabiegu, mogłoby bowiem przyczynić się do usprawnienia procedury alokacji, a w efekcie, zwiększenia efektywności systemu transplantacyjnego. Zgromadzone w systemie, na bieżąco aktualizowane dane pomogłyby wstępnie zawęzić liczbę potencjalnie zgodnych biorców. Przyjęcie takiego rozwiązania pomogłoby oszczędzić niezwykle cenny czas pomiędzy kwalifikacją dawcy a ostateczną alokacją pobranego transplantatu. Stosunek kosztów wdrożenia całodobowego systemu wyszukiwania do efektów, jakie można by dzięki niemu uzyskać, wydaje się być podstawowym argumentem przemawiającym za rozważeniem jego wprowadzenia. Niezależnie od powyższego, ostateczna decyzja o przydziale powinna należeć do lekarza prowadzącego, który przesądzałby, czy aktualny stan zdrowia potencjalnego biorcy lub inne czynniki medyczne nie będą stanowiły przeszkody dla

²⁹ OneLegacy, *Organ Donation Step by Step*. https://www.onelegacy.org/newsroom/presskit/organ_stepbystep.html.

³⁰ Jodi M. Smith, et. al., „Pancreas and Liver Allocation and Distribution in the United States” *American Journal of Transplantation*, nr 12 (2012): 3195.

przeprowadzenia zabiegu. Jeżeli wytypowany przez system komputerowy biorca z jakichś względów musiałby zostać pominięty, wskazane byłoby przydzielenie pobranego materiału kolejnej osobie.

Wartym rozważenia byłoby również wprowadzenie w polskim systemie typowania pacjentów do przeszczepiania kryterium geograficznego. Przyznanie priorytetu potencjalnym biorcom zlokalizowanym najbliżej ośrodka, w którym przebywa potencjalny dawca, mogłoby nie tylko ograniczyć prawdopodobieństwo utraty transplantu, lecz także zwiększyć efektywność systemu transplantacyjnego. Jako że ludzie są bardziej skłonni do dawstwa, jeśli wiedzą, że bezpośrednią korzyść odniosą członkowie ich własnej społeczności, ustanowienie lokalnych priorytetów i preferencji w zakresie przydzielania pobranych narządów, tkanek i komórek mogłoby stanowić dodatkową zachętę do pośmiertnego dawstwa^[31], wpływając pozytywnie na proces pozyskiwania przeszczepów, a tym samym przyczyniając się do zmniejszenia niezwykle dotkliwego niedoboru materiału transplantacyjnego.

4 | Singapurski system typowania pacjentów do przeszczepiania

Zarówno w Polsce, jak i w Stanach Zjednoczonych kryteria doboru potencjalnego biorcy oparte są na przesłankach medycznych. Model alokacji, w którym czynnikiem decydującym o przydziale pobranego transplantu są kryteria medyczne jest na świecie zasadą. Niemniej jednak w praktyce można wyróżnić również systemy, w których istotne znaczenie przypisywane jest innym jeszcze czynnikom. W niektórych państwach bowiem pierwszeństwo otrzymania przeszczepu przyznawane jest chorym, którzy sami zarejestrowali się jako dawcy bądź członkom rodzin, którzy wyrazili zgodę na pośmiertne pobranie narządów, tkanek lub komórek od osoby najbliższej. System typowania pacjentów do przeszczepienia, w którym o przydziale decydują inne jeszcze kryteria poza medycznymi, nazywany jest najczęściej

³¹ Daniel F. Davis, „The Ethics of Organ Allocation: Policy Questions Concerning Geography, Age, and Net Benefit”. https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/background/ethics_of_organ_allocation.html.

systemem pierwszeństwa lub modelem motywacyjnym^[32]. Przykładem państwa, w którym wprowadzono takie rozwiązanie jest Singapur.

W Singapurze problematykę pobierania i przeszczepiania narządów, tkanek i komórek pochodzenia ludzkiego normuje wielokrotnie nowelizowana ustawa transplantacyjna z 16 lipca 1987 r. (ang. Human Organ Transplant Act 1987)^[33]. Do czasu uchwalenia tego aktu, w Singapurze, podobnie jak w pozostałych państwach azjatyckich, obowiązywał model zgody rzeczywistej na pobranie *post mortem* (system *opt-in*)^[34]. Z uwagi jednak na skrajnie niski wskaźnik przeszczepień z udziałem dawców zmarłych w 1987 r. zdecydowano się przyjąć nowy model wyrażania zgody na pośmiertne dawstwo (system *opt-out*). I tak też obecnie w Singapurze obowiązuje domniemanie, zgodnie z którym wszyscy obywatele i stali mieszkańcy, którzy ukończyli 21. rok życia, są uznawani za potencjalnych dawców, dopóki nie zgłoszą sprzeciwu w przepisanej formie^[35]. Sprzeciw może dotyczyć wszystkich możliwych do pobrania po śmierci narządów lub jedynie wybranych przez potencjalnego dawcę^[36]. Podobnie jak ma to miejsce w Polsce, sprzeciw taki może zostać odwołany^[37].

Uchwalona w 1987 r. ustawa transplantacyjna, poza zmianą obowiązującego modelu wyrażania zgody na pośmiertne dawstwo, wprowadziła regułę pierwszeństwa w toku alokacji pobranych narządów, tkanek i komórek. Zgodnie z przyjętym rozwiązaniem, w procedurze doboru potencjalnego biorcy osoba, która nie zgłosiła sprzeciwu wobec transplantacji *post mortem*, ma pierwszeństwo uzyskania przeszczepu przed osobą, która zgłosiła taki sprzeciw. Osoba, która zgłosiła sprzeciw, lecz później go wycofała, uzyskuje taki sam priorytet, jak osoba, która nie zarejestrowała sprzeciwu, pod warunkiem jednak, że od momentu złożenia oświadczenia o odwołaniu sprzeciwu do chwili ewentualnego pobrania upłynęły przynajmniej 2 lata.

Jako że wprowadzone ustawą z 1987 r. zmiany zaowocowały wyraźnym wzrostem wskaźnika przeszczepialności w Singapurze, istnieje wysokie

³² Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów*, 55–56.

³³ Human Organ Transplant Act 1987, <https://sso.agc.gov.sg/Act/HOTA1987>.

³⁴ Przed uchwaleniem Human Organ Transplant Act 1987, pod rządami Medical (Therapy, Education and Research) Act z 1972 w Singapurze każda osoba, która zdecydowała się przekazać swoje narządy, tkanki lub komórki dla celów transplantacji *post mortem* musiała za życia wyrazić na to formalną zgodę – Medical (Therapy, Education and Research) 1972. <https://sso.agc.gov.sg/Act/MTERA1972>.

³⁵ Human Organ Transplant Act, Part II, sec. 5 (2).

³⁶ Singapore Legal Advice, *Organ Donation in Singapore (under HOTA, or For Science)*. <https://singaporelegaladvice.com/law-articles/organ-donation-in-singapore/>.

³⁷ Human Organ Transplant Act, Part II, sec. 11 (1).

prawdopodobieństwo, że również w Polsce przyjęcie reguły pierwszeństwa wpłynęłoby pozytywnie na liczbę przeprowadzanych corocznie zabiegów. System typowania pacjentów do przeszczepienia powinien być jednak oparty nie tylko na zasadzie pierwszeństwa, lecz przede wszystkim na kryteriach medycznych. Dobierając odpowiedniego biorcę należałoby zatem w pierwszej kolejności brać pod uwagę czynniki medyczne, które pozwoliłyby optymalnie przydzielić przeszczep. Dopiero w sytuacji, gdy na tej podstawie dwóch lub więcej pacjentów zajmowałoby tą samą pozycję na liście, należałoby kierować się zasadą pierwszeństwa. Ostatecznie pobrany narząd, tkanki lub komórki powinna otrzymać osoba, która sama zdecydowała się zostać pośmiertnym dawcą.

Połączenie obowiązującego w Polsce systemu *opt-out* z regułami pierwszeństwa mogłoby stanowić etyczne uzasadnienie domniemania zgody. W tym wypadku bowiem zasadnym byłoby przyjęcie, że potencjalny dawca nie sprzeciwił się pobraniu *post mortem*, ponieważ nie chciał stracić możliwości otrzymania przeszczepu, gdy sam będzie go potrzebował. By uniknąć sytuacji, w których pozbawieni priorytetu byłiby pacjenci niemogący zrealizować warunków uzyskania pierwszeństwa (np. osoby, które nie mogą zostać dawcą lub osoby, które nie posiadają bliskich mogących zarejestrować się jako potencjalni dawcy), koniecznym byłoby równoczesne wprowadzenie rozwiązań umożliwiających alternatywną drogę do uzyskania statusu priorytetowego. Status priorytetowy bezwzględnie powinny zachować również podmioty niezdolne do wyrażenia zgody na pośmiertne dawstwo.

5 | Izraelski system typowania pacjentów do przeszczepiania

Poza Singapurem, Chile i Japonią, jednym z nielicznych państw na świecie, które zdecydowało się wprowadzić reguły pierwszeństwa w procedurze alokacji jest Izrael. Do 2008 r. Izrael miał jeden z najniższych wskaźników przeszczepialności spośród państw zachodnich^[38]. Wymieniano trzy główne przyczyny takiego stanu rzeczy. Po pierwsze, większość

³⁸ Jacob Lavee, Dan W. Brock, „Prioritizing registered donors in organ allocation: an ethical appraisal of the Israeli organ transplant law” *Current Opinion in Critical Care*, nr 6 (2012): 707.

ortodoksyjnych wyznawców judaizmu odrzuca koncepcję śmierci mózgo-
wej tym samym sprzeciwiając się pośmiertnemu dawstwu^[39]. Drugą przy-
czyną był tak zwany efekt gapowicza (ang. *free-riding*)^[40]. „Gapowicz” to
osoba, która chce otrzymać przeszczep w sytuacji, gdyby sama go potrze-
bowała, lecz jednocześnie nie godzi się na pośmiertne pobranie swoich
narządów, tkanek i komórek^[41]. Po trzecie, niska liczba transplantacji była
wynikiem „hojności” firm ubezpieczeniowych i funduszy chorych, które
w całości zwracały koszty przeprowadzanych poza granicami kraju zabie-
gów, co stanowiło zachętę do uprawiania przez Izraelczyków tak zwanej
„turystyki transplantacyjnej”^[42].

W 2008 r. władze Izraela zdecydowały się przyjąć nowe ustawodawstwo
mające na celu zwiększenie liczby przeprowadzanych corocznie zabiegów.
W efekcie izraelski parlament uchwalił dwie ustawy dotyczące odpowied-
nio procedury stwierdzenia śmierci mózgu (ang. Brain Respiratory Death
Law) oraz pobierania i przeszczepiania narządów, tkanek i komórek pocho-
dzenia ludzkiego (ang. Organ Transplant Law)^[43]. Uchwalona w 2008 r.
ustawa transplantacyjna wprowadziła wymóg, by przy opracowywaniu
wytycznych doboru potencjalnego biorcy Komitet Sterujący Narodowego
Centrum Transplantacji (ang. The Steering Committee for the National
Transplant Center) wziął pod uwagę wyrażoną przez potencjalnego dawcę
zgoda na pobranie *post mortem*^[44]. I tak też obecnie w Izraelu pierwszeństwo
otrzymania przeszczepu przysługuje określonym grupom pacjentów^[45].

Izraelskie prawo wyróżnia trzy stopnie uprzywilejowania potencjalnych
biorców. Grupę posiadającą najwyższy priorytet w procedurze alokacji
stanowią osoby, których krewni pierwszego stopnia oddali narządy po
śmierci lub które same są żywymi dawcami narządów (ang. *maximum
priority*). Druga grupa obejmuje osoby zarejestrowane przynajmniej od
trzech lat jako potencjalni dawcy (ang. *regular priority*), trzecia zaś osoby,

³⁹ Jacob Lavee, *et. al.*, „Preliminary Marked Increase in the National Organ Donation Rate in Israel Following Implementation of a New Organ Transplantation Law” *American Journal of Transplantation*, nr 13 (2013): 780.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Antonina J. Cronin, „Points mean prizes: priority points, preferential status and directed organ donation in Israel” *Israel Journal of Health Policy Research*, nr 8 (2014).

⁴² Laveea, *et. al.*, „Preliminary Marked Increase”, 780.

⁴³ *Ibidem*, 781.

⁴⁴ Muireann Quigley, Linda Wright, Vardit Ravitsky, „Organ Donation and Priority Points in Israel: An Ethical Analysis” *Transplantation*, nr 10 (2012): 971.

⁴⁵ Laveea, *et. al.*, „Preliminary Marked Increase”, 780.

których krewni pierwszego stopnia zarejestrowali się jako potencjalni dawcy (ang. *second priority*)^[46]. Wymóg posiadania karty dawcy od co najmniej trzech lat wprowadzono, by zapobiec manipulowaniu systemem poprzez zarejestrowanie się jako potencjalny dawca dopiero po rozpoznaniu własnego zapotrzebowania na przeszczep, a co za tym idzie, wyłącznie w celu uzyskania priorytetu^[47]. Osoby, które nie ukończyły 18. roku życia oraz osoby, które nie są uprawnione do wyrobienia karty dawcy, zachowują status priorytetowy^[48]. W przypadku osoby, która spełnia więcej niż jedno kryterium nie sumuje się przyznanych punktów^[49].

Poza planem priorytetów obowiązujący w Izraelu system typowania pacjentów do przeszczepienia opiera się na zasadach zbliżonych do tych obowiązujących w Polsce i Stanach Zjednoczonych. Centralnym organem, którego zadaniem jest zarządzanie procedurą alokacji i prowadzenie listy osób oczekujących na przeszczepienie, jest Izraelskie Krajowe Centrum Transplantacyjne (ang. *Israel National Transplant Center*)^[50]. Jednym z podstawowych warunków otrzymania przeszczepu jest wpisanie potencjalnego biorcy na urzędową listę osób oczekujących. W przypadku śmierci potencjalnego dawcy specjalnie w tym celu utworzony system komputerowy przeszukuje bazę zgłoszonych kandydatów w celu optymalnego ułożenia możliwych do pobrania przeszczepów^[51]. Po dopasowaniu dawcy i biorcy ustala się dalsze szczegóły związane z przeprowadzeniem zabiegu.

Przyjęcie modelu motywacyjnego skutkowało kilkukrotnym wzrostem liczby zarejestrowanych potencjalnych dawców oraz wzrostem liczby wyrażonych przez najbliższych członków rodziny zgód^[52] na pobranie narządów,

46 Zúñiga-Fajuri, „Increasing organ donation”, 199.

47 Lavee, Brock, „Prioritizing registered donors”, 709.

48 Judd Kessler, Al Roth, *Deceased Organ Donation and Allocation: 3 Experiments in Market Design*. <http://web.stanford.edu/~niederle/Deceased%20Organ%20Donation%20Experiments.Kessler%20Roth.pdf>, 37.

49 Quigley, Wright, Ravitsky, „Organ Donation”, 971.

50 Tamar Ashkenazi, Jacob Lavee, Eytan Mor, „Organ Donation in Israel-Achievements and Challenges”, *Transplantation Journal*, nr 2 (2015): 265.

51 National Transplant Center, „Policy of Allocation of Organs from Deceased Donors”. <https://www.adi.gov.il/en/allocation-of-organs/>.

52 Pomimo tego, że w Izraelu obowiązuje model zgody rzeczywistej, w którym potencjalny dawca, by ofiarować swoje narządy, tkanki lub komórki dla celów transplantacji *post mortem*, jeszcze za życia powinien wyrazić uprzednią, wyraźną zgodę i wyrobić kartę dawcy, w każdym przypadku przed przeprowadzeniem zabiegu zespół medyczny zwraca się do członków rodziny zmarłego o wyrażenie zgody na pobranie. W sytuacji, gdy rodzina stanowczo sprzeciwi się pobraniu, zespół odstępuje od eksplantacji – Jacob Lavee, Avraham Stolerp, „Reciprocal

tkanek i komórek *post mortem*^[53]. Co więcej, w latach 2011–2013 w Izraelu liczba żywych dawców wzrosła o 67% w porównaniu do poprzednich trzech lat^[54]. Ze względu na ogromny sukces przyjętego rozwiązania, wiele państw, które na co dzień zmagają się z problemem niedoboru materiału transplacyjnego, zaczęło rozważać wprowadzenie reguł pierwszeństwa.

6 | Alokacja narządów, tkanek i komórek z uwzględnieniem reguł pierwszeństwa – próba oceny

Zdecydowana większość krajowych systemów typowania pacjentów do przeszczepienia skonstruowana jest w oparciu o kompromis pomiędzy zasadą utilitaryzmu i zasadą sprawiedliwości. Najczęściej wyboru potencjalnego biorcy dokonuje się wyłącznie w oparciu o przesłanki medyczne, co wyklucza kierowanie się takimi kryteriami jak płeć, rasa, niepełnosprawność, wyznawana religia czy poglądy polityczne. W celu zapewnienia równego i sprawiedliwego dostępu do transplantacji, a także kontroli funkcjonowania przyjętego systemu alokacji powołuje się odpowiednie organy, których zadaniem jest czuwanie nad prawidłowością wyboru potencjalnego biorcy z listy.

Pomimo iż ten modelowy system alokacji jest oceniany jako skuteczny, na przykładzie państw, w których wprowadzono reguły pierwszeństwa, uzasadnione wydaje się stwierdzenie, że ich wdrożenie mogłoby wpłynąć pozytywnie na wskaźniki przeszczepialności również w innych krajach. Gdy model motywacyjny opiera się nie tylko na systemie priorytetów, lecz również na innych kryteriach doboru odpowiedniego biorcy (przede wszystkim medycznych) znajduje szerokie poparcie. Zwolennicy systemu pierwszeństwa wskazują, że jest on najbardziej sprawiedliwy, albowiem umożliwia alokację niezwykle ograniczonych dóbr, jakimi są narządy przy uwzględnieniu zasady wzajemności. W ślad za tym poglądem, osoba, która

altruism – the impact of resurrecting an old moral imperative on the national organ donation rate in Israel” *Law and Contemporary Problems*, nr 3 (2014): 327.

⁵³ Lavee, Stolerp, „Reciprocal altruism”, 328.

⁵⁴ Centre for Public Impact, *Legislating to encourage organ donation in Israel*. <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/organ-donation-israel/>.

nie chce czynnie uczestniczyć w wymianie, nie powinna co do zasady mieć możliwości korzystania z darów ofiarowanych przez inne osoby^[55]. W tym rozumieniu zrównanie pozycji darczyńców i „gapowiczów” narusza zasadę wzajemności i w efekcie jest rażąco niesprawiedliwe^[56].

Według protagonistów przyjęcie modelu motywacyjnego nie jest równoznaczne z całkowitym pozbawieniem osób niezarejestrowanych jako dawcy możliwości otrzymania przeszczepu, albowiem w razie potrzeby nadal kwalifikowane są one do zabiegu, jednakże wyłącznie na podstawie kryteriów medycznych (nie posiadają pierwszeństwa)^[57]. Wdrożenie planu priorytetów znacząco poprawia sytuację takich osób, albowiem umożliwia zwiększenie podaży materiału transplantacyjnego, na czym *suma summarum* korzystają wszyscy chorzy (nawet ci nieposiadający pierwszeństwa), ponieważ w rezultacie jego wprowadzenia pula dostępnych transplantatów zwiększa się, co przekłada się bezpośrednio na szansę otrzymania przeszczepu nawet w przypadku pacjentów nieposiadających priorytetu^[58].

Apologeci opisywanego modelu wskazują również, że jego wprowadzenie może wywołać pożądane zmiany kulturowe, które zmierzać miałyby do zbudowania bardziej odpowiedzialnego społeczeństwa. Wzajemny altruizm, który cechuje ten model alokacji uznawany jest za pochodną bardziej ogólnego ciężaru moralnego zwanego obowiązkiem wzajemnej pomocy. W tym rozumieniu pośmiertne dawstwo jest moralnym obowiązkiem, a każdy, kto ma taką możliwość, obowiązany jest pomóc bliźniemu, narażonemu na utratę życia lub zdrowia, zwłaszcza wówczas, gdy wzajemna pomoc nie niesie za sobą niebezpieczeństwa ani ryzyka dla dawcy^[59].

Przeciwnicy modelu motywacyjnego argumentują, że pozbawia on dawstwo cechy dobrowolności. W sytuacji zaś, gdy akt dawstwa nie jest całkowicie dobrowolny, cała idea transplantacji staje się zagrożona, ponieważ poprawa jakości życia lub zdrowia biorcy przestaje być głównym i jedynym celem. Jako że pośmiertne dawstwo zawsze powinno stanowić akt altruizmu, niedopuszczalne jest wprowadzanie jakichkolwiek rozwiązań, które mogłyby wpłynąć na podejmowaną przez potencjalnego dawcę decyzję. Co więcej, skoro warunkiem dopuszczalności przeprowadzenia

⁵⁵ Zúñiga-Fajuri, „Increasing organ donation”, 200.

⁵⁶ Corinne Berzon, „Israel’s 2008 Organ Transplant Law: continued ethical challenges to the priority points model” *Israel Journal of Health Policy Research*, nr 11 (2018): 5.

⁵⁷ Lavee, Brock, „Prioritizing registered donors”, 709.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Zúñiga-Fajuri, „Increasing organ donation”, 200.

transplantacji jest bezwzględnie altruistyczna postawa ofiarodawcy, podjęcie określonej decyzji nie powinno wiązać się z „karą” lub „nagrodą” – dostępność opieki medycznej w oparciu o zindywidualizowane potrzeby jest bowiem podstawowym prawem człowieka, a co za tym idzie nie powinna być uzależniona od partycypacji jednostki w systemie^[60].

Oponenci wdrożenia reguł pierwszeństwa wskazują także, że dopóki w danym państwie uwzględnia się sprzeciw najbliższych wobec pobrania *post motrem*, model motywacyjny nie jest w pełni skuteczny^[61]. W takim wypadku bowiem potencjalny biorca może uzyskać priorytet w procedurze alokacji, pomimo że w rzeczywistości nie stanie się nigdy dawcą, co poddaje w wątpliwość rzeczywistą efektywność tego modelu. W końcu, poważnym zarzutem wobec modelu motywacyjnego może być również ryzyko dyskryminacji określonych grup społecznych. Chodzi tu przede wszystkim o osoby, które z uwagi na wyznawaną religię lub tradycję nie godzą się na pośmiertne dawstwo, jak również o osoby upośledzone, mniej zamożne, słabo wykształcone, które mają ograniczony dostęp do informacji medycznych.

Zdaniem autorki, wprowadzenie reguł pierwszeństwa w toku alokacji pobranych narządów, tkanek i komórek nie musi wcale oznaczać przełamania zasad sprawiedliwości. Wręcz przeciwnie, przyjęcie opisywanego rozwiązania może wpływać na umocnienie międzyludzkiej solidarności i zwiększenie poczucia odpowiedzialności nie tylko za samego siebie, lecz również za innego człowieka. Odpowiednio skonstruowany system priorytetów mógłby stanowić motywację dla osób, które pierwotnie odmówiły pośmiertnego ofiarowania swych narządów, do ponownego przemyślenia podjętej przez siebie decyzji, a w efekcie, podobnie jak stało się to w państwach, które przyjęły model motywacyjny, doprowadzić do zwiększenia ogólnej puli narządów, na czym ostatecznie skorzystaliby wszyscy obywatele (nawet ci nieposiadający pierwszeństwa).

W większości państw, które przyjęły model zgody domniemanej, krewni zmarłego informowani są o zamiarze przeprowadzenia zabiegu pobrania. Choć nie wszędzie opinia najbliższych ma walor prawny, zazwyczaj, pomimo domniemanej zgody potencjalnego dawcy, personel medyczny obawiając się, że postępowanie wbrew woli zrozpaczonej po śmierci bliskiego rodziny wpłynie negatywnie na społeczny odbiór transplantacji,

⁶⁰ Berzon, „Israel’s 2008 Organ Transplant Law”, 5.

⁶¹ Lavee, Brock, „Prioritizing registered donors”, 709.

odstępuje od pobrania w przypadku braku autoryzacji. Faktem pozostaje, że lekarze, informujący krewnych zmarłego o zamiarze przeprowadzenia zabiegu pobrania, nadal stosunkowo często spotykają się ze stanowczym sprzeciwem. Nieprzychylna postawa najbliższych potencjalnego dawcy jest problemem, z którym zmagają się obecnie wiele państw. Przykładowo, w Zjednoczonym Królestwie aż 45% rodzin zmarłych, którzy nie zarejestrowali się za życia w rejestrze dawców, odmawia wyrażenia zgody na pobranie^[62]. W ocenie autorki ustanowienie priorytetu dla osób, których krewni pierwszego stopnia oddali narządy po śmierci, mogłoby wpłynąć pozytywnie na liczbę wyrażanych przez członków rodziny (nieformalnych) zgód na transplantację *post mortem*, a co za tym idzie, istotnie zwiększyć liczbę corocznie przeprowadzanych zabiegów.

W sytuacji, gdy dwóch pacjentów spełniających te same warunki kwalifikacji uzyskałoby status priorytetowy, ostatecznie przeszczep powinien otrzymać biorca znajdujący się możliwie najbliżej ośrodka, w którym przebywa potencjalny dawca. Wprowadzenie takiego rozwiązania ograniczyłoby ryzyko utraty pobranego transplantatu podczas jego transportu, a w konsekwencji wzmacniałoby zasadę użyteczności, zakładającą uwzględnienie w toku alokacji takich kryteriów, jak szansa na przeżycie pacjenta i przeszczepu.

Niemniej jednak, jeśli analizowany model spełniać ma kryterium sprawiedliwościowe by zabezpieczyć interesy osób, które z różnych względów nie mogą zarejestrować się jako dawcy, konieczne wydaje się równoczesne wprowadzenie rozwiązań umożliwiających alternatywną drogę do uzyskania statusu priorytetowego (np. promowanie idei dawstwa, udział w kampaniach społecznych). Z kolei, by zminimalizować ryzyko, że osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, do których nie dotarła informacja o istnieniu systemu priorytetowego, nie miały szansy do niego przystąpić, konieczne byłoby wprowadzenie systemu aktywnej/czynnej rejestracji dawców (ang. The Active Donor Registration System, ADR^[63])^[64].

⁶² Zara Aziz, *We must work with families to reduce organ donation refusal rates*. <http://www.theguardian.com/society/2013/apr/09/families-reduce-organ-donation-refusal>.

⁶³ Piotr G. Nowak, „Ograniczenie niedoboru narządów. System aktywnej rejestracji dawców jako alternatywa dla polskiej regulacji sprzeciwu” *Diametros*, nr 44 (2015): 58.

⁶⁴ Jennifer A. Chandler, „Priority Systems in the Allocation of Organs for Transplant: Should We Reward Those Who Have Previously Agreed to Donate?” *Health Law Journal*, nr 13 (2015): 137–138.

System aktywnej rejestracji dawców łączy w sobie zalety modelu zgody rzeczywistej i modelu zgody domniemanej. Nazywa się go „aktywnym”, ponieważ zgodnie z jego założeniami każda osoba wraz z osiągnięciem pełnoletności otrzymuje listownie formularz, przesłany przez wyznaczony organ państwowy. Za pomocą formularza potencjalny dawca może wyrazić zgodę lub sprzeciw na pobranie *post mortem* albo też przekazać kompetencje w tej kwestii swoim bliskim. Jeśli respondent nie podejmie żadnej aktywności, uznany zostanie za potencjalnego dawcę, bowiem „nieodesłanie formularza traktowane będzie jako ciche przyzwolenie na przekazanie narządów”^[65], o czym oczywiście informuje się w samym formularzu. Dodatkowo, w systemie tym „każdy z obywateli [byłby – P.C.] informowany, że osoby, które wyrażają zgodę na pośmiertne przekazanie narządów, czy to poprzez zaznaczenie w formularzu odpowiedniej rubryki, czy też nie odsyłając formularza w ogóle, mogą liczyć na preferencyjny dostęp do przeszczepów na wypadek, gdyby zaszła taka potrzeba”^[66].

Choć na całym świecie na różnych szczeblach podejmowane są liczne próby zwiększenia liczby potencjalnych dawców, w dalszym ciągu gros pacjentów umiera w wyniku chronicznego niedoboru materiału transplantacyjnego. Na krajowe systemy transplantacji wpływ mają nie tylko przyjęte przez poszczególne państwa rozwiązania legislacyjne, lecz również (a może przede wszystkim) czynniki natury gospodarczej, administracyjnej, kulturowej i społecznej. Pośmiertne dawstwo to niewątpliwie kwestia delikatna i złożona, która wymaga pełnego zaangażowania nie tylko ze strony władz państwowych, lecz również społeczeństwa.

W większości państw postawa społeczna wobec transplantacji jest raczej przychylna. Przykładowo w Polsce „ośmiu na dziesięciu dorosłych (80%) zgadza się, by po śmierci pobrano z ich ciała narządy do przeszczepów, natomiast co dziewiąty (11%) jest temu przeciwny”^[67]. Niestety, pomimo tych deklaracji pula dostępnych transplantatów jest wciąż niewystarczająca. Podobnie jak w wielu innych państwach, które zdecydowały się na przyjęcie modelu zgody domniemanej, w Polsce „nadal zauważalny odsetek odstąpień od pobrania narządów związany jest z tzw. brakiem autoryzacji, na który składa się przede wszystkim sprzeciw rodziny osoby zmarłej,

⁶⁵ Nowak, „Ograniczenie niedoboru narządów”, 58.

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ CBOS, Komunikat z badań nr 119/2016, „Postawy wobec transplantacji narządów” (Warszawa 2016), 2.

przekazywany jako nieformalny wyraz woli zmarłego lub po prostu wola jego bliskich”^[68].

Pomimo stosunkowo wysokiego poziomu gotowości do oddania własnych narządów po śmierci wciąż zdarzają się przypadki wyrażenia sprzeciwu wobec pobrania od zmarłej osoby bliskiej. Do widocznego skrócenia list oczekujących przyczynić mogą się zatem nie tylko ewentualne zmiany legislacyjne, mające na celu wprowadzenie w toku procedury pozyskiwania materiału transplantacyjnego mechanizmów, które zmierzają do nakłonienia potencjalnych dawców lub ich najbliższych do wyrażenia zgody na pobranie pośmiertne, lecz również (a może przede wszystkim) stworzenie prawdziwie pozytywnej społecznej atmosfery wokół transplantacji. Promocja nieodpłatnego, świadomego, altruistycznego dawstwa, obok zachęcania do wyrażania swojej opinii na ten temat i oznajmiania swoich życzeń krewnym (istnieje bowiem ważna pozytywna korelacja między przedyskutowaniem kwestii dawstwa w rodzinie a rzeczywistą chęcią zostania dawcą), mogłaby bowiem przyczynić się do widocznego wzrostu dostępności przeszczepów.

Bibliografia

- Aita Kaoruko, „New Organ Transplant Policies in Japan, Including the Family-Oriented Priority Donation Clause” *Transplantation*, nr 91 (2011): 489–491. DOI: 10.1097/TP.0b013e318205b3ab.
- Ashkenazi Tamar, Gabriel Gurman, Jacob Lavee, David Steinberg, „A New Law for Allocation of Donor Organs in Israel” *The Lancet*, nr 375 (2010): 1131–1133. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61795-5.
- Ashkenazi Tamar, Jacob Lavee, Eytan Mor, „Organ Donation in Israel-Achievements and Challenges” *Transplantation Journal*, nr 2 (2015): 265–266. DOI: 10.1097/TP.0000000000000591.
- Ashkenazia Tamar, R. Beyara, Jonathan Cohen, Jacob Lavee, A. Stoler, „Preliminary Marked Increase in the National Organ Donation Rate in Israel Following Implementation of a New Organ Transplantation Law” *American Journal of Transplantation*, nr 13 (2013): 780–785. DOI: 10.1111/ajt.12001.
- Aziz Zara, *We must work with families to reduce organ donation refusal rates*. <http://www.theguardian.com/society/2013/apr/09/families-reduce-organ-donation-refusal>.

⁶⁸ Ibidem, 1.

- Bertsimas Dimitris, Vivek F. Farias, Nikolaos Trichakis, „Fairness, Efficiency and Flexibility in Organ Allocation for Kidney Transplantation” *Operations Research*, nr 1 (2011): 73–87. <https://doi.org/10.1287/opre.1120.1138>.
- Berzon Corinne, „Israel’s 2008 Organ Transplant Law: continued ethical challenges to the priority points model” *Israel Journal of Health Policy Research*, nr 11 (2018): 1–12. DOI 10.1186/s13584-018-0203-6.
- Biggins Scott W., Danielle G. Haselby, et. al., „Pancreas and Liver Allocation and Distribution in the United States” *American Journal of Transplantation*, nr 12 (2012): 3191–3212. DOI: 10.1111/j.1600-6143.2012.04259.x.
- Bramstedt Katrina A., „Is it ethical to prioritize patients for organ allocation according to their values about organ donation?” *Progress in Transplantation*, nr 2 (2006): 170–174. DOI: 10.1177/152692480601600214.
- Brock Dan W., Jacob Lavee, „Prioritizing registered donors in organ allocation: an ethical appraisal of the Israeli organ transplant law” *Current Opinion in Critical Care*, nr 6 (2012): 707–711. DOI: 10.1097/MCC.0bo13e328357a2e2.
- Chandler Jennifer A., „Priority Systems in the Allocation of Organs for Transplant: Should We Reward Those Who Have Previously Agreed to Donate?” *Health Law Journal*, nr 13 (2015): 99–138.
- Cronin Antonina J., „Points mean prizes: priority points, preferential status and directed organ donation in Israel” *Israel Journal of Health Policy Research*, nr 8 (2014). <https://doi.org/10.1186/2045-4015-3-8>.
- Czerwiński Jarosław, Roman Danielewicz, *Prawo i organizacja pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce*. http://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/sites/klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/files/prawo_i_organizacja_pobierania_i_przeszczepiania_narzadow_w_polsce_j_czerwinski_r_danielewicz.pdf.
- Davis Daniel F., *The Ethics of Organ Allocation: Policy Questions Concerning Geography, Age, and Net Benefit*. https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/background/ethics_of_organ_allocation.html.
- Duda Lara, „National Organ Allocation Policy: The Final Rule” *Virtual Mentor*, nr 9 (2005): 604–607. DOI: 10.1001/virtualmentor.2005.7.9.hlaw1-0509.
- Durlik Magdalena, Marian Klinger, „Chory dializowany jako biorca przeszczepu” *Forum Nefrologiczne*, nr 3 (2010): 201–211.
- Guzik-Makaruk Ewa M., *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium prawnoporównawcze*. Białystok: Temida 2, 2008.
- Haberko Joanna, Izabela Uhrynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2014.

- Kessler Judd, Al Roth, *Deceased Organ Donation and Allocation: 3 Experiments in Market Design*. <http://web.stanford.edu/~niederle/Deceased%20Organ%20Donation%20Experiments.Kessler%20Roth.pdf>.
- Lavee Jacob, Avraham Stolerp, „Reciprocal altruism – the impact of resurrecting an old moral imperative on the national organ donation rate in Israel” *Law and Contemporary Problems*, nr 3 (2014): 323–336.
- Nowak Piotr G., „Ograniczenie niedoboru narządów. System aktywnej rejestracji dawców jako alternatywa dla polskiej regulacji sprzeciwu” *Diametros*, nr 44 (2015): 56–77.
- Quigley Muireann, Vardit Ravitsky, Linda Wright, „Organ Donation and Priority Points in Israel: An Ethical Analysis” *Transplantation*, nr 10 (2012): 970–973. DOI: 10.1097/TP.0b013e31824e3d95.
- Zúñiga-Fajuri Alejandra, „Increasing Organ Donation by Presumed Consent and Allocation Priority: Chile” *Bulletin of the World Health Organization*, nr 3 (2015): 199–202. DOI: 10.2471/BLT.14.139535.

