



Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu

S-9

styczeń 1995 roku

Transplantacja – problemy etyczno-prawne

Seminarium

Warszawa, 23 stycznia 1995.
(zapis stenograficzny)

Dział Szybkiej Informacji

Seria: Stenogramy

Spis treści:

1. Stenogram z seminarium
2. Etyczne aspekty transplantacji narządów i tkanek w świetle nauki Kościoła
– *ks. Tadeusz Ślipko*
3. Seminarium 23 stycznia 1994 r. "Transplantacja, problemy etyczno–prawne"
– *dr Ewa Kujawa*
4. Transplantacja problemy etyczno–prawne (głos w dyskusji) – 23 I 1994 r.
– *Janusz Gula*
5. Głos w dyskusji – *dr Alicja Przyłuska–Fiszer*

**Opracowanie redakcyjne, skład i łamanie:
Biuro Informacyjne oraz Biuro Studiów i Analiz**

Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu RP
Dyrektor – Jacek Michałowski tel. 694–24–32, fax 694–24–28, e-mail: michalow@nw.senat.gov.pl
Wicedyrektor – Ewa Nawrocka tel. 694–20–59, e-mail: nawrocka@nw.senat.gov.pl
Dział Szybkiej Informacji tel. 694–20–46, fax 694–20–49

SEMINARIUM
„Transplantacja – problemy etyczno-prawne”
23 stycznia 1995 roku
Sala posiedzeń Senatu Rzeczypospolitej

Przewodnicząca Zofia Kuratowska:

Bardzo serdecznie witam wszystkim państwa, którzy zdecydowali się wziąć udział w naszym seminarium. Jest to dla mnie ogromną przyjemnością. Nie mogę, niestety, witać każdego uczestnika, nawet najbardziej szanownego, z imienia i nazwiska, gdyż musiałabym po prostu wymienić wszystkich. Witam zatem bardzo gorąco profesorów medycyny, prawa, etyki, przedstawicieli Kościoła katolickiego, którzy zechcieli do nas dzisiaj przyjść, i – oczywiście – parlamentarzystów.

Chcę od razu wyjaśnić, że nie pojawiło się ich wielu, ale... Poniedziałek jest jedynym wolnym dniem, w którym możemy robić konferencje, a z drugiej strony jest to dzień, w którym parlamentarzyści zwykle pracują w swych regionach wyborczych. Tego dnia biorą udział w wielu zorganizowanych wcześniej spotkaniach, dyżurach itd., stąd nieraz trudno jest im wyrwać się właśnie w poniedziałek od tych zajęć. Jednakże o wszystkim, o czym tu dzisiaj będziemy mówić, wszystkich senatorów i posłów zainteresowanych zagadnieniami związanymi z transplantologią, medycyną, etyką, wreszcie prawem powiadomimy i prześlemy im wyczerpujące materiały.

Również bardzo serdecznie witam przedstawiciela rzecznika praw obywatelskich pana Andrzeja Malanowskiego. Jednocześnie chcę przeprosić w imieniu pana profesora Tadeusza Zielińskiego, rzecznika praw obywatelskich, że nie mógł z powodu wyjazdu za granicę uczestniczyć w naszej konferencji. Również bardzo się cieszę, że jest wśród nas przedstawicielka Ministerstwa Sprawiedliwości oraz, jak już powiedziałam, liczni prawnicy, sędziowie. Jest to bardzo ważne, że są razem z nami.

Przeszczepy narządów stały się rewolucją w medycynie. W ostatnich latach, w drugiej połowie XX wieku, jesteśmy świadkami bardzo różnych, wielkich wydarzeń w naukach medycznych i biologicznych, które zupełnie zmieniły nasze podejście do człowieka chorego. Stworzyły nowe horyzonty w diagnostyce i w terapii. Przeszczepy narządów, o czym marzyli już starożytni lekarze, a które – należy powiedzieć – właściwie dopiero w drugiej połowie XX wieku stały się rzeczywistą metodą terapii, to jest niewątpliwa rewolucja. Jest to ten rodzaj terapii, który – nie poprzez leki, nie poprzez, jak w przypadku przewlekłej niewydolności nerek w okresie schyłkowym, zastosowanie pewnej aparatury – nie tylko pozwala przedłużyć życie choremu, ale stwarza po prostu możliwość normalnego nowego życia, kreuje nowego człowieka, człowieka już zdrowego.

Tak jak powiedziałam, era przeszczepów narządów zaczęła się w 1954 roku pierwszym przeszczepem nerki między jednojajowymi bliźniętami. Od 1958 roku rozpoczęły się przeszczepy szpiku na wielką skalę. Mamy tu kilku prominentnych przedstawicieli hematologów, zajmujących się przeszczepianiem szpiku... Ale może jest to sprawa, która w aspekcie naszej konferencji jest znacznie prostsza do rozwiązania.

Pierwszy przeszczep nerki w Polsce został dokonany 26 stycznia 1966 roku, a więc za parę dni mamy rocznicę, przez profesora Jana Nielubowicza, jako operatora, i profesora Tadeusza Orłowskiego w warszawskiej klinice Akademii Medycznej. Spowodowało to wkrótce rozwój transplantologii w Polsce. Nie będę mówić o historii transplantologii polskiej, o przeszczepach innych narządów niż nerki, które robimy, które możemy robić, gdyż profesor Rowiński dostarczył nam dość szczegółową historię przeszczepów w Polsce i nie tylko w Polsce. Nie chciałabym tego powtarzać.

Może warto powiedzieć, że pierwszy udany przeszczep szpiku w Polsce został wykonany przez profesora Jędrzejczaka w szpitalu przy ul. Szaserów, czyli w Centrum Doskonalenia Lekarzy Wojskowej Akademii Medycznej. Od 1991 do 1994 roku liczba przeszczepów szpiku od obcych dawców, nieautologicznych – rozmyślnie unikam terminów bardzo fachowych, medycznych – wzrosła dziesięciokrotnie.

Dlaczego tylko dziesięciokrotnie? I dlaczego właśnie w Polsce, w której bardzo wcześnie rozpoczęły się przeszczepy takich narządów, jak nerka, stosunkowo wcześniej przeszczepy serca? Mamy na sali senatora profesora Religę, który w drugiej części będzie prowadził nasze posiedzenie, skutecznie przeszczepiającego serca i z rewelacyjnymi rzeczywistymi wynikami.

Nie jesteśmy w Polsce gorsi pod względem merytorycznym, jeśli chodzi o przeszczepianie narządów. Mimo, że jesteśmy krajem biednym, że nasz budżet jest tak szalenie skromny... W szczególności daleko niewystarczający jest budżet na ochronę zdrowia. O tym wszyscy wiemy i zdajemy sobie z tego sprawę... I wszyscy, jak tu jesteśmy, domagamy się zwiększenia nakładów budżetowych przeznaczanych na ochronę zdrowia. Mimo tego, wcale nie trudności ekonomiczne są przyczyną małej liczby przeszczepów narządów w stosunku do naszych potencjalnych możliwości, możliwości intelektualnych, laboratoryjnych, technicznych. Musimy sobie zdawać sprawę, że chorzy czekający na przeszczepy umierają nie z powodu braku pieniędzy na przeszczep, ale z powodu braku narządów.

Dziś właśnie zastanowimy się tutaj nad tym, dlaczego tak jest, dlaczego właśnie w Polsce są tak duże opory przed oddawaniem narządów do przeszczepu. Różni referenci i dyskutanci, którzy będą przedstawiać swoje opinie na ten temat, zapewne odpowiedzą na to pytanie.

Powszechnie rodziny chorych, którzy przeszli już próg śmierci klinicznej, tego, co uważamy za śmierć... A przyjętym kryterium śmierci jest nieodwracalne zahamowanie czynności mózgu... Otóż rodziny odmawiają pobrania narządu do przeszczepu od swoich zmarłych bliskich. I właśnie chciałabym wiedzieć, chciałabym umieć odpowiedzieć sobie na to pytanie, dlaczego tak jest?

Chciałabym teraz, choć są bardzo prominentni przedstawiciele Kościoła katolickiego, posłużyć się cytatem z wypowiedzi Ojca Świętego, kiedy przyjmował w Watykanie

delegację Światowego Towarzystwa Transplantacyjnego. Ojciec Święty powiedział: „Człowiek, wyrażając zgodę na pobranie narządów po swoim zgonie, daje świadectwo miłości chrześcijańskiej, która ratuje życie innym”. Jest to bardzo ważna wypowiedź, która powinna dawać do myślenia tym, którzy są wierzącymi, katolikami, a którzy jednak przeciwstawiają się użyciu narządów ich bliskich do przeszczepów.

Pytań jest znacznie więcej. Jest pytanie o moment mogący być barierą dla pobrania narządu do przeszczepu. Czy mamy prawo pobierać narząd do przeszczepów od ludzi żyjących? I kiedy możemy to zrobić? Nie ulega wątpliwości, że istnieje konieczność, i to pilna, nowoczesnej regulacji prawnej sytuacji transplantacji. Jest to potrzebne nie tylko dlatego, żeby było wiadomo, że rzeczywiście można pobrać narząd mimo braku zgody rodziny lub gdy ta rodzina jest po prostu niedostępna w tym czasie, kiedy narząd może być jeszcze pobrany, ale również dlatego, że decydujący się na to lekarze – bo nigdy to nie jest jeden lekarz – mogą spotkać się z zarzutami prowadzącymi nawet do sali sądowej. Regulacja prawna powinna tę sytuację wyjaśnić.

Zdajemy sobie sprawę z tego wszyscy, że istnieje na świecie bardzo wiele przestępstw związanych z przeszczepianiem narządów. Znamy sytuacje z Ameryki Łacińskiej porwania dzieci po to, ażeby pobrać im nerkę, czy inny narząd do przeszczepu. Są to postępowania zbrodnicze. Zdajemy sobie również sprawę z tego, że wiele osób zgłasza się po to, ażeby oddawać swoje narządy za pieniądze. Czy wolno nam to robić? Dla nas parlamentarzystów – którzy powinni tworzyć prawo i to prawo dobre, a więc prawo które opiera się na zasadach rozsądku, ale i zasadach etyki, prawo które może rzeczywiście służyć w praktyce – niezwykle ważne są rady i opinie ekspertów, jakimi wszyscy państwo jesteście. Dlatego właśnie na dzisiejszą konferencję zaprosiliśmy, i lekarzy, i prawników, i etyków. Wszystkich tych, którzy mogą mieć tutaj coś do powiedzenia.

Kierunkiem dla naszego działania legislacyjnego musi być rezolucja Rady Europy na temat transplantacji, zawierająca wskazówki dla państw członkowskich. Istnieje już opracowany przez rząd projekt ustawy. Nad nim będziemy wkrótce debatować. Nie jest dziś naszym celem, ażebyśmy mówili o szczegółach tego projektu, aczkolwiek bardzo ważne dla nas będą państwa uwagi, jeżeli są tam zapisy, z którymi z różnych powodów nie można się zgodzić lub które mogłyby być znacznie lepsze.

My, parlamentarzyści, przywiązujemy do tej konferencji bardzo dużą wagę. Sądzę również, że będzie miała ona bardzo duże znaczenie i konsekwencje dla medycyny. Czyli nie tylko dla nas, lekarzy – w tej chwili mówię jako lekarz – ale przede wszystkim dla naszych pacjentów, dla ludzi, którzy jeżeli nie będą mieli przeszczepionego organu – zginą. Po prostu zginą. A w końcu, my lekarze, jesteśmy po to, ażeby ratować ludzi od śmierci. Ale również życie, ochrona życia ludzkiego, jest jakimś zadaniem dla ludzi tworzących prawo, a w szczególności dla najwyższego legislacyjnego ciała, jakim jest polski parlament.

Na tych bardzo ogólnych uwagach kończę. Jeszcze parę uwag techniczno-organizacyjnych.

Za chwilę przejdziemy do pierwszej części sesji referatowej. Po krótkiej przerwie na kawę będzie druga część sesji referatowej, którą poprowadzi pan senator Zbigniew Religa.

Po następnej przerwie – dyskusja. Poprowadzi ją pan poseł Marek Balicki, którego w tej chwili na sali nie ma, ma jakieś poselskie zajęcia, ale przyjdzie tutaj.

Umyślnie nie zrobiliśmy tej dyskusji jako dyskusji „okrągłego stołu”, gdzie występuje tylko parę osób, gdzie zachodzi możliwość powtarzania opinii, ale będzie ona miała kształt krótszych wykładów. Chcielibyśmy, aby wzięli w niej udział wszyscy, którzy przyszli na naszą konferencję i wszyscy, którzy chcieliby zabrać głos. Bardzo o to proszę. Proszę więc również o cierpliwość i wytrwanie do końca naszego seminarium.

Prosił mnie o wytłumaczenie swojej nieobecności krajowy duszpasterz służby zdrowia ksiądz Jachimczak, który ma ważne zajęcia, nie pozwalające mu tutaj się pojawić. Również ze względu na jakieś nasze niedopatrzenie nie dotarło zaproszenie do pana profesora Tadeusza Orłowskiego. Mam nadzieję, że jeżeli nie jest akurat zajęty jakimiś pracami, będzie mógł się tutaj pojawić.

Uważam naszą konferencję na temat: „Transplantacja – problemy etyczno-prawne” za otwartą.

Bardzo uprzejmie proszę pana doktora Marka Wichrowskiego z warszawskiej Akademii Medycznej o przedstawienie referatu „Etyczne problemy transplantacji”.

Doktor Marek Wichrowski:

Zajmuję się głównie współczesną filozoficzną etyką medyczną, synonimicznie – bioetyką, i dlatego analizować będę wyłącznie argumenty moralne, jakie pojawiają się w kontekście przeszczepów.

Otóż przedmiotem mojej analizy będzie spór o transplantację. Fakt, że przeszczepy stały się medyczną rutyną nie stonował dyskusji, ani też nie zmienił postawy oponentów. Mimo ewidentnych sukcesów transplantologii, wielu nadal sądzi, że przeszczep jest czymś niewłaściwym moralnie lub zgoła nieestetycznym. Poglądy takie spotkać możemy również w gremiach naukowych, np. u profesora Bogusława Wolniewicza, jak i poza nimi. Konsekwencją jest systematyczny spadek liczby martwych dawców – mam na myśli sprzeciw rodziny – a tym samym znaczący wzrost zbędnych cierpień.

Prosty rachunek użyteczności pozwala stwierdzić, iż organy jednego młodego mężczyzny, np. ofiary wypadku komunikacyjnego, mogą uratować życie aż sześciu osobom. To trywialne stwierdzenie... Dwie nerki, serce, płuca, wątroba, trzustka, dwie następne osoby rozpoczną dializoterapię, a jeszcze co najmniej jedna otrzyma rogówkę. Rozwiązanie alternatywne, to rozkład ciała niedoszłego dawcy, gnicie i cierpienie niedoszłych biorców.

Dlaczego zatem, wbrew oczywistym interesom pacjentów, istnieje tak silna niechęć do przeszczepów. Wydaje mi się, że odpowiedź powinna poprzedzić analiza, ustanowienie tego, czym są transplantacje. Od tego rozpoczynam.

Pod pojęciem transplantacji rozumiemy leczenie przy pomocy wymiany organów, tkanek bądź substancji. Przeszczep dokonywać się może w obrębie jednego organizmu – autotransplantacja; pomiędzy osobnikami tego samego gatunku – homotransplantacja lub, synonimicznie, allotransplantacja; pomiędzy osobnikami różnych gatunków – heterotransplantacja lub, synonimicznie, ksenotransplantacja oraz pomiędzy identycznymi genetycznie – izotransplantacja – bliźniaki jednojajowe.

Potrzebne fragmenty organizmu pobierane są od dawców żywych, *ex vivo*, lub martwych, *ex mortua*. Organy dzielimy na występujące parzyście i nieparzyście, a substancje na regenerujące i nieregenerujące się.

Przedstawiona tutaj tabela, której nie będę szczegółowo państwu objaśniał, zawiera, wydaje mi się, wszystkie rodzaje przeszczepów. Niektóre z nich są już przeprowadzane rutynowo, np. nerki, rogówki z dawcy martwego, inne zaś niezwykle lub dość rzadko, np. serce pawiana lub szympansa. W pełnym schemacie, który państwo znajdą w tekście mojego referatu, pomijam implantowanie organów sztucznych, to znaczy pomijam zagadnienie protektyki. Programy protetyczne, jak wiadomo, są obecnie nierealizowalne z powodu ogromnych, porównywalnych z kosmicznymi, środków.

Czym jest spór fundamentalny, związany z transplantacjami? Pytamy się o to, czy przeszczepy jako takie są dopuszczalne moralnie? Interesująca nas kontrowersja obejmuje, bądź to ocenę transplantologii w ogóle, jako takiej – to właśnie pozwalałam sobie nazywać sporem fundamentalnym; bądź szczególne przypadki, rodzaje, okoliczności – to nazywam sporami szczegółowo-kazuistycznymi.

Na jakiej podstawie można oprzeć tezę o moralnej niedopuszczalności przeszczepów jako takich? Otóż winniśmy, rzecz jasna, zawęzić najpierw pole rozważań. Kiedy ktoś głosi negatywną ocenę przenoszenia części organizmu z jednego do drugiego osobnika, myśli z reguły o izo- lub homotransplantacji. Nie spotkałem się z potępieniem autotransplantacji. Przynajmniej jest to nieobecne w znanej literaturze przedmiotu. Przeciwno heterotransplantacji ze zwierząt, na podstawie moralnej, występują wyłącznie obrońcy praw zwierząt. I mówię tutaj o zwierzętach, w cudzysłowie, wyższych, właśnie o pawianach i szympanсах. Poglądy tych filoanimalistów w tej analizie pomijam.

Przeciwnicy przeszczepów mówią zatem głównie o homotransplantacji, z dawcy żywego i martwego. Przedstawiane zaś racje można sprowadzić, moim zdaniem, do radykalnej i bardzo brutalnej tezy, do bardzo brutalnego argumentu o neokanibalizmie. Posługują się tym argumentem zupełnie świadomie, przedstawiając negatywne stanowisko w sporze o transplantacje. W książce profesora Bogusława Wolniewicza czytamy: „Wbrew tendencji naszej epoki trzeba rzeczy nazywać po imieniu. Transplantacja, to żerowanie na trupach, nowoczesne ludożerstwo, neokanibalizm”. Tak pisze profesor Wolniewicz.

Pozostaje kwestia formy. Ludożerca klasyczny przyswaja sobie potrzebą część zwłok przez jej spożycie. Neokanibal natomiast przyswaja ją przez zabieg chirurgiczny. Przytoczony cytat symbolizuje wyraźny, moim zdaniem, nieuzasadniony lęk przed wchodzeniem w boskie kompetencje, przed czynieniem czegoś wbrew kulturze – autor przypisuje wszak ciału *sacrum* – wreszcie lęk przed wejściem na równię pochyłą, na drodze której czekają jakieś horrory rodem ze znanych antyutopii.

Niestety, ten całkowicie irracjonalny argument, to jest właśnie zaskakujące, znajduje posłuch w szerokich kręgach. Przy tym, zastrzegam, może on przybierać różne nazwy, natomiast jego treść pozostaje niezmienna. Przeszczep z dawcy żywego i martwego jest zabiegiem potwornym. Owe racje są żenująco łatwe do obalenia. Wystarczy mianowicie

wykazać, iż w pewnych warunkach, proszę mi wybaczyć, np. ratowanie życia po wypadku samolotu w Andach, spożycie zwłok jest dopuszczalne moralnie, nie potępiane nawet przez dostojne etyki religijne, np. katolicką teorię prawa naturalnego.

Należy podkreślić, że żadna ze szkół współczesnej bioetyki nie potępia przeszczepów w całości. Dla etyki chrześcijańskiej, z jednej strony, są to szkoły protestanckie, np. agapizm Josepha Fletchera, czy dla katolickiej teorii prawa naturalnego dawstwo organów jest jedną z najwyższych form altruizmu, a przeszczep z dawcy martwego dopuszczalny, o ile zachowuje się poszanowanie dla zwłok.

Etycy katoliccy sięgają w tym kontekście do nauki świętego Tomasza z Akwinu. Akwinata odwoływał się do pojęcia całości i twierdził, że okaleczenie ciała – to jest ten problem, z którym często nie mogą sobie wciaż poradzić prawnicy, przecież przeszczep z dawcy żywego jest ciężkim uszkodzeniem organizmu – jest dozwolone wówczas, gdy przyczynia się do zachowania całości osoby.

Współczesny utilitaryzm, druga potężna szkoła w bioetyce, wiąże dobro i zło nie z jakimś kodeksem norm, co czyni etyka katolicka, ale z użytecznością. Jedni utilitaryści sprowadzają ją do redukcji cierpień we wszechświecie i wzrostu szczęścia, inni w swej ocenie stopnia użyteczności odwołują się do stopnia spełnienia preferencji bądź pragnienia. Wszyscy jednak pozytywnie oceniają transplantację, jako spełniającą utilitarystyczne kryterium. Przeszczep z dawcy martwego jest niekontrowersyjny, z dawcy żywego natomiast wymaga obliczenia – tutaj można stosować teorię gier – elementów ryzyka i korzyści.

Główną zasadą trzeciej szkoły bioetyki – kantyizmu – jest imperatyw kategoryczny... Rzecz jasna, tę analizę muszę czynić grubszą kreską. Nie wyczerpuję tutaj tego, czym jest kantyizm, czym jest utilitaryzm, ale powołuję się na główne tezy i wiąże je z oceną w sposób fundamentalny. Główną zasadą kantyizmu jest zatem imperatyw kategoryczny, który głosi: postępuj tylko według takiej maksymy, dzięki której możesz zarazem chcieć, żeby stała się prawem powszechnym. Kant sądził, iż nasze czyny możemy opisać w kategoriach maksym postępowania, a te z kolei uzgodnić ze wspomnianym imperatywem kategorycznym.

Ofiarowanie fragmentu organizmu żywego, bądź *post mortem*, to akt pomocy drugiemu człowiekowi, który może stanowić część ustawodawstwa powszechnego w dowolnym ze wszechświatów. Z tej przyczyny także kantyizm nie dostrzega niczego zdroźnego w transplantacjach. Znacznie ciekawsze od tego fundamentalnego sporu są kontrowersje szczegółowe, odnoszące się do określonych rodzajów transplantacji, kazuśów i pewnych okoliczności towarzyszących przeszczepom. W zasadzie wyróżnić można siedem powiązanych ze sobą sporów szczegółowo kazuistycznych. Są to kolejno:

- Po pierwsze, definicja śmierci i dawstwo *ex mortuo*.
- Po drugie, płód w roli dawcy.
- Po trzecie, noworodek bezmózgowiec, *anencephalus*, w roli dawcy.
- Po czwarte, chory psychicznie w roli dawcy.
- Po piąte, niepełnoletni, jak wyżej.
- Po szóste, możliwości nadużyć ze strony lekarzy.

I po siódme – koszty transplantacji, to znaczy mikro- i makroalokacji i sprawiedliwości dystrybucyjnej.

Teraz przedstawię kolejno analizę tych zagadnień. Owe spory stanowią temat wiodący dzieł poświęconych etycznym aspektom transplantacji, tych głównych słynnych dzieł, np. Davida Lamba.

Zagadnienie definicji śmierci... W dziejach medycyny długo obowiązywała tzw. klasyczna definicja śmierci, która utożsamiała koniec funkcjonowania organizmu z zanikiem aktywności płuc i serca. Wraz z wynalezieniem respiratora straciła swą moc. W roku 1968 powstał komitet harwardzkiej szkoły medycznej powołany w celu zbadania definicji śmierci mózgu, który przyjął nową definicję śmierci. Uznano, że systemem odpowiedzialnym w organizmie za integrację innych systemów jest mózg, którego anihilacja oznacza nieodwracalny wzrost entropii i śmierć organizmu jako całości. Mózg jednak nie umiera. To jest trywia!... Mózg nie umiera.

Jednocześnie w niektórych przypadkach – „odkorowanie”, np. stan wegetatywny – część mózgu żyje, podczas gdy inne części są już martwe, bądź „rozłączone”. Czasami nie wiemy, czy są martwe, czy są rozłączone. Wewnątrz mózgu istnieje tzw. pień, który w dolnych partiach zawiera m.in. centra aktywizujące spontaniczne oddychanie, a w górnych półkule mózgowe wraz z korą – siedliskiem świadomości, siedliskiem życia biograficznego. To właśnie śmierć pnia oznacza unicestwienie człowieka jako zintegrowanej całości, podczas gdy poszczególne części przez jakiś czas mogą jeszcze żyć.

Przeszczep większości organów z dawcy martwego jest możliwy wyłącznie po stwierdzeniu śmierci pnia mózgu. Definicja śmierci pnia budzi jednak wątpliwości osób postronnych, gdyż uznaje ona za nieżywe ciało, które na przykład oddycha. Cóż z tego, mówią oni, że przy pomocy aparatury i jest – to bardzo ważna przesłanka kulturowa – ciepłe? Po prostu ciepłe. Oddycha i posiada temperaturę istoty żyjącej... Przez większość systemów prawnych definicja śmierci pnia mózgu została wprowadzie uznana, ale nadal stanowi przyczynę społecznego niepokoju, szczególnie w krajach o niewielkim wskaźniku scholaryzacji. Lęk ten jest odpowiednikiem dziewiętnastowiecznego strachu przed tzw. snem kataleptycznym, czyli nieuzasadnionym uznaniem za martwego. To jest chyba najwspanialej wyrażone w opowiadaniach Edgara Allana Poe. Obserwacje pozwalają stwierdzić, że nieporozumienia wokół definicji śmierci są następną przyczyną spadku liczby dawców.

Następny spór – szczegółowo-kazuistyczny. Używanie płodów ludzkich, jako materiału transplantacyjnego, stało się kliniczną rutyną na świecie w końcu lat 80. W Polsce nie wyszło ze stadium eksperymentu. Szczególnie przydatne do celów transplantacyjnych okazały się komórki nerwowe, pochodzące z tkanki mózgowej płodów poronionych spontanicznie, bądź sztucznie. Komórki pobrane z substancji mózgowej nieżywego embrionu i przeszczepione do mózgu osoby cierpiącej na chorobę Parkinsona powodują radykalną poprawę stanu zdrowia. Ten niezwykle inwazyjny zabieg ma na celu odnowienie istoty czarnej mózgu, która wytwarza dopaminę.

Degeneracja substancji czarnej pociąga za sobą obniżenie produkcji dopaminy, która powinna przenikać do kierujących ruchami kończyn, wyższych ośrodków mózgu. Zbyt mała ilość dopaminy zaburza koordynację kończyn i wywołuje inne bardzo uciążliwe

objawy choroby Parkinsona. Fragmenty istoty czarnej wydobyte z mózgu płodu dawcy posiadają własność specjalną. Jeśli embrion nie przekroczył jedenastego do dwunastego tygodnia życia, wtedy jego komórki nie uruchamiają mechanizmów odpornościowych biorcy. O ile weźmiemy pod uwagę, że w samych Stanach Zjednoczonych na chorobę Parkinsona cierpi około miliona osób, dwadzieścia nowych przypadków na sto tysięcy rocznie, to łatwo uzmysłować sobie skalę nadziei związanych z nowym rodzajem transplantacji. Nie trudno też uświadomić sobie, iż pragnienia pacjentów mogą stać się źródłem szalenie niebezpiecznych nacisków na wzrost „produkcji”... Proszę mi wybaczyć to sformułowanie. Powtarzam, na wzrost „produkcji” materiału transplantacyjnego, a tym samym nakłanianie do sztucznych poronień na zamówienie biorców.

Jednocześnie wiemy, że martwe płody, pochodzące z poronień spontanicznych, nie nadają się na dawców, gdyż z reguły poronienia następują we wczesnej fazie ciąży. Zatem warunkiem koniecznym transplantacji substancji mózgowej jest przerwanie ciąży w okolicach dwunastego tygodnia. Tym samym techniczny warunek leczenia choroby Parkinsona, przynajmniej, zaznaczam, tą metodą... Ostatnio pojawiają się poważne wątpliwości dotyczące właśnie tej metody, których nie będę tutaj państwu przedstawiał. Zatem, tym samym, techniczny warunek leczenia choroby Parkinsona wymaga naruszenia statusu moralnego embrionu i zniszczenia potencjalnej osoby ludzkiej.

Nie chciałbym w tym miejscu spierać się o zakres ochrony embrionów, niemniej sądzę, że ich „produkcja” na zamówienie jest po prostu zła moralnie. Wzorem rozwiązania w tej materii winno być, moim zdaniem, ustawodawstwo anglosaskie, które całkowicie wyklucza możliwość jakichkolwiek kontaktów i związków interesów pomiędzy zespołami transplantologicznymi a tymi, które dokonują aborcji.

Następny problem. Innego rodzaju kwestie moralne powstają, gdy rozpatrujemy przypadek anencefala jako ewentualnego dawcy. Martwe anencefale w wielu krajach traktowane są jako cenne źródło organów. Oczywiście anencefalia nie jest jednostką homogeniczną, to znaczy są homoanencefale, które praktycznie nie mają półkul mózgowych. Jest częściowa anencefalia. Niemniej jednak anencefale bezmózgowce łączy jedna cecha – nie są one i nigdy nie będą osobami *in potentia*. Nie są osobami *in potentia*, nie posiadają podstawy życia biograficznego, działającej podstawy życia biograficznego w postaci kory mózgowej i aktywizujących ją półkul. Natomiast anencefale, rzecz jasna, posiadają pień mózgu.

Niestety, moim zdaniem, i tutaj chciałbym dość radykalnie przedstawić swoje stanowisko, polskie przepisy dotyczące kryteriów śmierci mózgu, jak państwo wiedzą, np. wyrażone w ministerialnym stanowisku krajowych zespołów specjalistycznych w dziedzinach anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii, etc., etc., wykluczają... W miejscu, gdzie są umieszczone w instrukcji wykluczenia... Punkt „e”, czytamy: „dzieci do lat 5”. Oznacza to, że zupełnie świadomie poświęca się ludzi, noworodki, które mogą być osobami *in potentia*, które są przyszłymi osobami, tylko po to, aby bronić jakiejś abstrakcyjnej zasady świętości życia ludzkiego. Wiem o tym, że w wielu szpitalach, klinikach komisje etyczne, moim zdaniem, niesłusznie, odrzucają podania, prośby, o wyrażenie zgody na transplantację w przypadku anencefali.

Chciałbym powiedzieć bardzo wyraźnie, że w tej chwili na świecie, w świecie anglosaskim na przykład, nie ma żadnych wątpliwości co do transplantacji z anencefali. Żadnych. Co więcej, obecnie zaczyna dominować inna jeszcze koncepcja. Mianowicie, albo uznanie anencefali jako szczególnej kategorii moralnej, albo nie odnoszenie do nich kategorii śmierci mózgowej, śmierci pnia mózgowego. W związku z tym zupełnie poważnie legislatory, komitety etyczne rozpatrują, czy można dokonywać transplantacji wręcz przed stwierdzeniem śmierci pnia mózgowego? W warunkach polskich nie można takiej śmierci nawet stwierdzać. To jest bardzo poważny błąd moralny. W ten sposób, mówiąc patetycznie, we wszechświecie produkujemy zbędne cierpienie.

Zatem powtarzam, sądzę, że moralnym skandalem jest brak zgody, Polski Komitet Etyczny przy klinikach, na transplantację z anencefali. Decyzje takie oznaczają wskazanie na śmierć dzieci, które mogłyby przeżyć. W związku z tym w takim stanowisku w wspomnianym punkcie „e”, przy wykluczeniach dzieci do lat 5, powinien znaleźć się nawias z zapisem – „z wyjątkiem anencefali”.

Nie będę w tej chwili analizował tzw. argumentu równi pochyłej, w kontekście anencefali, dlatego że tę jednostkę można precyzyjnie zdefiniować i nikt nie będzie proponował np. transplantacji z dzieci-dawców, np. chorych na syndrom Downa. A tego typu argumenty także zdarzają się.

Kwestia następna, to znaczy transplantacje z dawców chorych psychicznie. Otóż Robert Witch w słynnym dziele, zatytułowanym „Studia przypadków w etyce medycznej”, opisał pradygmataczny przypadek, który symbolizuje problem dawstwa chorych psychicznie. Siedemnastoletni chłopiec, cierpiący na syndrom Downa, miał siostrę jedyną opiekunkę, która zapadła na nieuleczalną chorobę nerek. Tylko on mógł zostać dawcą. Z oczywistych względów nie był dawcą kompetentnym. I nie mógł wyrazić zgody świadomej, ale chciał być pomocny.

Tego typu przypadki wymagają, moim zdaniem, odrębnych decyzji sądu lub komitetu etycznego. Z tym, że rzeczywistego komitetu etycznego, który składa się nie tylko z lekarzy, ale także z intelektualistów różnych orientacji. Wymagają odrębnej decyzji sądu lub komitetu etycznego, który winien każdorazowo rozpatrywać, co leży w najlepszym interesie dawcy i biorcy. Automatyczne rozwiązanie problemu zapisem ustawowym jest błędem. Za bliskie doskonałości należy tutaj uznać północnoamerykańskie prawo zwyczajowo-kazusowe, gdzie w podobnych przypadkach rozstrzyga sąd.

Następny problem. Niepełnoletni nie jest wprawdzie obciążony wadami zrozumienia i woli, takimi jak chory psychicznie, ale w wielu wypadkach nie może wyrazić świadomej zgody. Tutaj także winien każdorazowo rozstrzygać sąd, pod warunkiem wszakże natychmiastowego podejmowania decyzji w sytuacjach krytycznych, co w tej chwili nie jest jeszcze, niestety, praktykowane.

Kolejny argument szczegółowo-kazuistyczny, już przedostatni, dotyczy nadużyć. Argument o nadużyciach lekarzy – korupcja, błędy diagnostyczne, zaniedbania – jest często używany przez przeciwników transplantacji. Istniejąca w społecznym odbiorze korupcja w pewnych środowiskach medycznych, połączona z przekonaniem o bezkarności lekarzy, wzmacnia nieufność. Zdumiewające, że nawet niektórzy lekarze traktują swoich kolegów, zajmujących się przeszczepami, jak „poszukiwaczy ciał”. Niestety, jestem tutaj pesymistą.

Korupcji nie zlikwiduje się bez reformy służby zdrowia, a dopóki będziemy słyszeć o operacjach za łapówki, dopóty opinia publiczna będzie podejrzewać także zespoły transplantacyjne, chociaż akurat w tej sferze w Polsce, w tej sferze medycyny nie są znane wypadki nadużyć.

Ostatni argument. Argumenty antytransplantacyjne niekiedy przyjmują charakter ekonomiczny. Działamy z reguły w sytuacji ograniczonych środków medycznych, a niektóre przeszczepy są niezwykle kosztowne. Wydawanie pieniędzy to wszak także problem moralny, najczystszy problem moralny, gdyż pieniędzy jest zawsze zbyt mało. To banał. O ile transplantacja nerek jest zdecydowanie bardziej opłacalna od dializy, np. w USA koszt przeszczepu wynosi od 5 do 8 tysięcy dolarów, a roczne dializowanie 35 tysięcy, to jednak koszty innych przeszczepów są ogromne. Wątroba – 75 do 240 tysięcy, serce – od 50 do 150 tysięcy. Czy nie lepiej wydać te pieniądze na inne cele? – pytają przeciwnicy kosztownych operacji. Za cenę jednego przeszczepu serca można byłoby na przykład rozbudować OIOM i uratować życie wielu osobom. Tego typu argument o sprawiedliwości dystrybucyjnej, chodzi głównie o makroalokację środków, często pada podczas dyskusji z udziałem znanych transplantologów. Sądzę, iż racje te są niewystarczająco uzasadnione. Koszty drogich transplantacji będą spadać, z wyjątkiem kosztów rehabilitacji, wraz z ich upowszechnieniem i wyjściem ze stadiów eksperymentalnych.

Drugi argument związany ze sprawiedliwością dystrybucyjną. Tym razem chodzi o mikroalokację, dotyczącą rozdziału narządów między biorców w warunkach niewystarczającej podaży. W tym przypadku konieczne jest ścisłe i otwarte przestrzeganie stałych reguł, które winny być publikowane, a kontrolowane przez – zaznaczam – właściwe komitety etyczne, a nie te, które istnieją obecnie.

Na koniec pewne uwagi podsumowujące. Otóż, uważam, wszystkie racje przeciwników transplantacji są nieuzasadnione w ramach sporu fundamentalnego, a niektóre z nich powodują bardzo złe moralnie następstwa, np. argument neokanibalizmu. Argumentom w sporach szczegółowo-kazuistycznych należy poświęcić więcej uwagi, gdyż pozwalają one zabezpieczyć się przed groźbą nadużyć. W zakresie działań, jakie należy podejmować, z moralnego punktu widzenia, zalecałbym:

- po pierwsze, wprowadzenie na poziomie kształcenia średniego, np. zajęcia biologiczne, wyczerpujących informacji o śmierci mózgu i transplantacjach. Chodzi oczywiście o poziom średni, natomiast nie wyższy;

- po wtóre, zmiany przepisów dotyczących przeszczepów z anencefali, np. przyjęcie zbliżonych do brytyjskich rozstrzygnięć prawnych, tak, aby można było orzekać wobec nich śmierć mózgu;

- po trzecie, stałe, pozbawione jednak agresywności, akcje edukacyjne w zakresie wyjaśniania, czym jest transplantologia. Wskazany byłby tutaj, w tym kontekście, np. list duszpasterski o transplantacjach, który by wyjaśnił katolikom, iż interpretowane przez Kościół prawo naturalne uznaje programy transplantacyjne za dobre moralnie. Ogłoszenie z ambon w całym kraju takiego listu, z pewnością pozytywnie zmieniłoby nastroje społeczne, niezbyt obecnie transplantacjom życzliwe.

Wydaje się, że wyczerpałem, przynajmniej starałem się wyczerpać, wszystkie istniejące w literaturze bioetycznej argumenty.

Przewodnicząca Zofia Kuratowska:

Dziękuję bardzo. Obecnie proszę księdza profesora Tadeusza Ślipkę o wygłoszenie referatu „Nauka Kościoła a problemy transplantacji”.

Ksiądz profesor Tadeusz Ślipko:

Będę starał się pójść w ślady mojego przedmówcy i swoją wypowiedź zamknąć w przewidzianych trzydziestu minutach, aby jak najwięcej było czasu na dyskusję.

W związku z tym ze swego dziesięciostronicowego elaboratu wyeliminuję trzy pierwsze strony, w których omówiłem najpierw podmioty w Kościele kompetentne do formułowania i promulgowania norm moralnych w tym zakresie obowiązujących. Następnie relacje pomiędzy tymi podmiotami; są trzy – papież, moraliści, następnie etycy. A wreszcie, na końcu, formę przekazu.

Te sprawy opuszczę, natomiast od razu przystąpię do zarysowania bazy źródłowej tematu, który dokładnie brzmi: „Stanowisko Kościoła w sprawie moralnych aspektów transplantacji”. To właśnie zagadnienie będę się starał omówić.

W związku z tym, że proces transplantacji jest czymś nowym i w nauczaniu Kościoła mamy wypowiedzi względnie świeżej daty przekonałem się, po dokonaniu kwerendy, że właściwie tylko dwóch papieży wypowiedziało się w tej sprawie. Pierwszym z nich był Pius XII, który wygłosił trzy przemówienia poświęcone tym sprawom. Z tym, że najważniejsze było wygłoszone w maju 1956 roku do członków włoskiego związku dawców rogowki oraz włoskiego związku niewidomych. Obecni wtedy byli jeszcze okuliści, medycy sądowi. W tym przemówieniu papież szerzej omówił problematykę moralnej strony transplantacji. Później była dłuższa przerwa, ponieważ pontyfikat Jana XXIII, Pawła VI i króciuteńki Jana Pawła I nic w tej sprawie nie wniósł.

Dopiero Jan Paweł II podjął tę sprawę w 1991 roku w przemówieniu do uczestników właśnie Międzynarodowego Związku Transplantologów. Jest ono jedyną jego w tym względzie wypowiedzią. Jednocześnie pod jego auspicjami ukazały się dwa dokumenty, z których jeden, przynajmniej dla mnie, ma duże znaczenie, bo może służyć za swego rodzaju związane kompendium stanowiska Kościoła w sprawie moralnych aspektów różnego typu transplantacji.

Przy Kurii Rzymskiej pracuje Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia. I ona opracowała dokument – kartę pracowników zdrowia. W tej karcie pracowników zdrowia jest jeden rozdział, dosyć długi, kilkustronicowy, w którym zostały omówione różne problemy. Przy tym dokumentacja, jak zauważyłem, sięga do tych źródeł, o których przed chwilą wspomniałem, zwłaszcza do Piusa XII i do Jana Pawła II.

Opierając się zatem na tych źródłach, oczywiście nie tylko, ale w konsekwencji całościowo wziętej nauki moralnej Kościoła – ponieważ to jest pewien wycinek, funkcjonujący mocą związku z całokształtem doktryny moralnej Kościoła – będę starał się przedstawić jego stanowisko. Zrobię to, opierając się na pewnym schemacie logicznym, jaki określa budowę każdej doktryny moralnej w Kościele.

Zawsze u podstaw tej doktryny jest punkt wyjścia, a zarazem pewne przewodnie, ogólne idee. Nie abstrakcyjne, to już z góry zapowiadam... Tu był głos dyskusyjny,

krytyczny w stosunku do „abstrakcyjnej zasady świętości życia”. To są w rozumieniu Kościoła ogólne, podstawowe zasady, nie abstrakcyjne, ale sięgające samego sedna człowieczeństwa. I dopiero później z tych zasad wyprowadzone są pewne konsekwencje w postaci takich czy innych normatywów, odnośnie takich czy innych rodzajów działań ludzkich, w tym przypadku dokonanych przeszczepów.

Postępując zgodnie z tym zarysowanym przeze mnie schematem, najpierw muszę przedstawić ogólne idee i zasady, które w ramach transplantologii zostały przez papieża wyeksponowane i które mają decydujące znaczenie dla zrozumienia normatywnej – powiedzmy – treści, jak i całej wagi doktrynalnej dalszych szczegółowych wypowiedzi pasterzy.

Porównałem w tym względzie stanowisko Piusa XII i Jana Pawła II. Biorąc pod uwagę dostępne dokumenty, widzi się pewne dwa pojęcia, która są wyraźniej zaakcentowane. Mianowicie... Ale te dwa pojęcia wyrażają jednocześnie pewien kierunek ewolucji, która się dokonała w nauczaniu Kościoła. Nie tylko w tym względzie, ale także w szerszym zakresie. Mianowicie w ujęciu Piusa XII u podstaw etyki transplantacji, w ogóle etyki lekarskiej, widnieje najczęściej pojęcie rozumnej natury ludzkiej, jako źródła moralnego prawa. Czy nazwie się prawo naturalnym, czy moralnym, ale to jest prawo określone przez naturę ludzką. To pojęcie jest u Piusa XII. U Jana Pawła II w tym miejscu widnieje natomiast pojęcie osoby ludzkiej jako pewnej wartości konstytuującej moralny sens wszelkiego ludzkiego działania.

To przesunięcie akcentu z bezosobowej kategorii natury ludzkiej w kierunku bardziej personalistycznego rozumienia człowieka wyraża nie tylko aktualne stanowisko Kościoła. I choćby z tego względu będę się musiał do niego odwołać. Ma ono za sobą także i głębokie merytoryczne uzasadnienie. Te sprawy pominię i od razu przystępuję do samego pojęcia osoby ludzkiej.

Sam termin niczego jeszcze nie tłumaczy. Domaga się komentarza, który by określił jego treściową zawartość, zarówno w aspekcie bytowym, ontycznym, jak i później w aspekcie moralnym. Pewne rzeczy są powszechnie znane. To jest pewnego rodzaju truizm, do którego się mogę tylko odwołać. Mianowicie, że w nauce Kościoła osoba ludzka, ten termin, wyraża najpierw podstawową, cielesno-duchową strukturę osoby ludzkiej. Cieleśno-duchową... a więc to jest ten chrześcijański spirytualizm, które leży w samym centrum chrześcijańskiego pojęcia osoby. Również w nauce Kościoła to się wyraźnie zaznacza – spirytualizm, który człowieka czyni osobą rozumną, a więc obdarzoną rozumem, który sięga dalej aniżeli tylko to, co nam mówi zmysłowe poznanie. Wyposaża człowieka także w atrybut wolności. I mocą tej wolności człowiek staje się podmiotem swojego własnego działania, które podejmuje we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność, kształtując siebie. Tak jest w porządku natury. To są te zasadnicze atrybuty, określające ontyczny status, ontyczną kondycję człowieka, tak jak powiedziałem, u samych podstaw jego osobowej struktury.

Oczywiście, w nauczaniu papieża dochodzi do tego, i jest mocno akcentowany, aspekt teologiczny. Mianowicie ten, który człowieka pojmuje jako istotę powołaną do porządku nadprzyrodzonego, do wyższej godności dziecka Bożego, poprzez jego łączność z Chrystusem. Mamy tu zatem dwie warstwy. Jedną naturalną, podstawową i na niej – jakby na

nią nałożoną, czy też ją rozbudowującą i doskonalącą – warstwę nadprzyrodzonego podniesienia człowieka do porządku życia Bożego. To jest ta podstawa, jak powiedziałem, w aspekcie ontycznym.

Ale teraz w tym pojęciu wolności, o którym przed chwilą wspomniałem, kryje się punkt wyjścia do przejścia w sferę moralną. Dlatego, że wolność jest strukturą ambiwalentną. W wolności tkwią zarówno elementy pozytywne twórczego doskonalenia człowieka, ale i niszczenia, postępu, ale i regresu. Ten ambiwalentny charakter wolności domaga się jakiejś zasady porządkującej.

Właśnie tą porządkującą zasadą, w ujęciu Jana Pawła II zwłaszcza, jest świat wartości moralnych, wynikających z najgłębszych pokładów ludzkiej osobowości. Świat wartości moralnych, które w tym przypadku czynią z człowieka byt moralny, a jednocześnie czynią go osobą o nowej, właściwej mu godności moralnej, dzięki której przedstawia się on jako wartość autoteliczna, suwerenna, która nie może być – za chwilę jeszcze do tego przejdę – podporządkowana innym strukturom.

Z tego też źródła wypływa właśnie to prawo człowieka do życia, prawo niepogwałcalne, wynikające stąd, iż człowiek, byt suwerenny, może dzięki życiu realizować swoje życiowe zadania, swoje życiowe posłannictwo. Na tym opiera się chrześcijańska nauka. U papieża występuje ona wyraźnie – niepogwałcalność prawa człowieka do życia.

Z tego źródła wypływają dwie zasady, do których się papież w różnych kontekstach odwołują. Dlatego też wypada o nich wspomnieć. Jedną z nich, tą o której już dziś była mowa, sięgająca jeszcze źródeł św. Tomasza... Później przez etyków rozbudowana... Mianowicie – zasada całościowości, która wyraża strukturalny stan ludzkiej istoty, heterogennej struktury ludzkiej, której organy, poszczególne narządy, funkcjonując w ramach całości organizmu, służą jego dobru, jego zadaniom. Z kolei ten organizm, w sensie cielesnej warstwy ludzkiej natury, poddany jest finalizmowi osoby wziętej jako całość. I w tym względzie zasada o wyeksponowaniu tego całościowego elementu jest podstawą do nazwania tej zasady zasadą całościowości.

Druga zasada natomiast jest pewnym wyrażeniem... Mało wyrażeniem... Jest aksjologiczną konsekwencją moralnej suwerenności osoby ludzkiej. Głosi ona bowiem naganność wszelkiego instrumentalnego podporządkowania osoby ludzkiej interesom, czy to innych osób, czy też całego społeczeństwa. Mamy dwa ukierunkowania – inne osoby, społeczeństwo. Otóż z tych dwu ukierunkowań, papież rzadziej odwołują się do ukierunkowania w stosunku do społeczeństwa. Raczej mówią o autonomii człowieka w stosunku do innych osób. Z całą stanowczością podkreślają właśnie w tym kontekście niedopuszczalność moralną utylitarne traktowania jednej osoby, chociażby na rzecz innej osoby. A więc ludzie mogą świadczyć sobie ofiarę, nawet za cenę wielkich wyrzeczeń, ale zawsze zachowując własną, niezbywalną godność i zdolność samorealizacji etycznej.

Ten właśnie etyczny układ pomiędzy osobami, zabezpieczający jedną osobę przed nadużyciem jej, czy poddaniem interesom drugiej osoby, można by nazwać zasadą aksjologicznej równości osób ludzkich. Termin ten nie występuje w papieskich dokumentach. Ale żeby jakoś to nazwać, pozwoliłem sobie użyć go w innym kontekście i tutaj do tej sytuacji zastosować.

Jak funkcjonują te ogólne zasady... Jest to ogólne pojęcie człowieka jako osoby ludzkiej i wpływająca z pojęcia tej zasady całościowość, aksjologiczna równość między osobami ludzkimi... Ilustracją są szczegółowe oceny i normy. Oczywiście, różnorodność technik transplantacyjnych powoduje, że także oceny i normy, normatywy w tym względzie formułowane, bywają różne, w zależności o jaki organ chodzi, kto jest jego dawcą... A w dalszej kolejności i tego rodzaju względy, jak np. obowiązek informowania dawcy, uzyskania zgody, ustalenia ryzyka, szanse wyzdrowienia, itd. Te wszystkie kwestie mają w gruncie rzeczy jakieś znaczenie dla ostatecznego ustalenia w odniesieniu do praktyk transplantacyjnych tego, co wolno, a co nie wolno.

Właściwie nie ma problemu... Jeśli chodzi o terminologię, to jak widzę, z tego co dziś tu słyszałem i co czytam w literaturze, jest ona różna. Przygotowałem, w oparciu o pracę księdza Kornasa, który przed kilku laty na ten temat pisał... Ta terminologia jest trochę inna niż ta, której używał mój przedmówca. Występuje ona też w innych językach, więc będę się jej trzymał.

Transplantacje autologiczne, można by tak to nazwać... One nie stwarzają problemu. Dlaczego? Otóż, jeżeli – tak jak było powiedziane i co wszyscy państwo wiedzą – to się dokonuje w obrębie tej samej osoby i jeden organ służy jakiemś uzupełnieniu defektu innego organu, to w tym względzie służy to dobru całościowo wziętej osoby. Tu właśnie zasada całościowości ma swoje pełne zastosowanie. Nie ma etycznych problemów. Były tylko motywy, jakimi się kierują te osoby, też nie budziły jakichś zastrzeżeń. Ale to jest kwestia bardziej indywidualna. Tak, że ten problem w nauczaniu papieskim niewiele zajmuje miejsca. A to z tej racji, że pozytywna ocena narzuca się tu jakoś sama przez się. Nie wymaga dłuższych dyskusji.

Przystępuję do przeszczepów, transplantacji, zwanych allogenicznymi, czy allootransplantacyjnymi. Różnicowanie ocen jest uzależnione w znacznym stopniu od tego, czy chodzi o dawcę żyjącego, czy też chodzi o dawcę – człowieka już nieżyjącego.

W pierwszym założeniu, chodzi o dawcę jeszcze żyjącego, czyli – pobranie organu od osoby żyjącej. Istotny sens tego etycznego dylematu – wolno czy nie wolno – w ujęciu etyki i papieży, i w ogóle całościowo wziętej etyki chrześcijańskiej, oplata się wkoło trzech czynników. W grę wchodzi trzy determinanty, ażeby można było w końcu sformułować ostateczną ocenę. Mianowicie – wielkość okaleczania człowieka, szkoda, jaką ponosi dawca. Następnie – świadomość ryzyka, czy nie działał w nieświadomości. A wreszcie jego niewymuszona zgoda, chodzi o osobę żyjącą.

Dlatego też w rozstrzygnięciach papieża, a w tym względzie zgodni są także moralisci... Przynajmniej ci, z którymi miałem do czynienia, w sensie lektury... Przyjmują, że tylko w jakichś bardzo wyjątkowych wypadkach rzeczywistej konieczności, kiedy nie ma innego sposobu działania, rzeczywistej dobrowolności, czyli zgody pełnej, a wreszcie szlachetności motywów, rodzinnej solidarności czy też miłości bliźniego, zakładając jeszcze, że nie powoduje się przez to jakiejś poważnej, nieodwracalnej szkody na zdrowiu dawcy – w tych wypadkach transplantacja byłaby moralnie nienaganna. Jest wówczas moralnie dopuszczalna. Takie stanowisko zajmują papieża.

Natomiast w dokumentach papieskich nie ma sytuacji, była tu wspomniana, ze względów ekonomicznych. Moralisci biorą pod uwagę krańcową sytuację, sytuację jakiejś

bardzo ciężkiej, trudnej katastrofy ekonomicznej całej rodziny. Czy by ktoś, przypuśćmy ojciec rodziny, nie mógł oddać swojego zdrowego organu – powiedzmy nerki – nie mógł oddać dla ratowania? Tu jest mniej istotny czynnik wyłącznie ekonomiczny, ale właśnie względ miłości, solidarności rodzinnej. Czy w tym wypadku nie można byłoby tego dokonać? Tu zdania są podzielone. Jest to kwestia dyskutowana. Tu nie można powiedzieć, że stanowisko Kościoła jest takie lub inne. Bo, po pierwsze, Kościół nic nie mówi, a moralności właśnie pomiędzy sobą dyskutują.

Teraz przechodzimy do sytuacji drugiej – mianowicie, jeżeli dawcą jest już człowiek nie żyjący. Punkt ciężkości przesuwa się tutaj na punkt zapalny całej dyskusji. Koncentruje się na pojęciu kryteriów pewnej śmierci. Ich ustalenie nie jest zadaniem etyki, przynajmniej etyki chrześcijańskiej. Ona sobie takiej kompetencji nie przypisuje. To jest kwestia medycyny. Chodzi jednak, z etycznego punktu widzenia, o to, ażeby te kryteria były kryteriami, które rzeczywiście stwierdzą, iż nastąpił zgon ewentualnego dawcy organu.

I tu właśnie postulat pewności w możliwych granicach, jakimi dysponuje współczesny stan wiedzy medycznej. Domaga się tego zasada, o której przed chwilą mówiłem, niepogwałcalności osoby ludzkiej, wynikającej, jak to już podkreślałem, z suwerennego autotelicznego charakteru moralnej godności osoby ludzkiej.

W nauczaniu papieskim ta zasada występuje w uniwersalnym zakresie, to znaczy obejmuje wszystkie istoty, jeżeli są to istoty żyjące, również i tych anencefalików, czyli beczaszkwowców. A więc w tym względzie jednakowo obowiązują zasady stwierdzenia pewnej śmierci, tak jak w stosunku do wszystkich innych osób – nazwijmy to – pełnych, normalnych, zdrowych, ale które, oczywiście, traktujemy jako umarłe, a więc kryteria ich zaszłej śmierci. Dlatego też, z tego punktu widzenia, podkreślają to papieże, byłyby naganne moralnie działania, które zmierzałyby do przyśpieszenia śmierci ewentualnego dawcy, czy też pobierania organów w sytuacji – możliwe, że już zaszłego – ale jeszcze niezupełnie pewnego zgonu dawcy.

Te racje powodowały, że szczególnie moralna dopuszczalność transplantacji serca, przez dłuższy czas, pozostawała pod znakiem zapytania w nauczaniu kościelnym. Dziś jednak czynniki kościelne w oficjalnych wypowiedziach akceptują sformułowaną przez Papieską Akademię Nauk definicję zaszłej śmierci mózgu. Teraz to już się uważa za kryterium pewne i nie podlegające dyskusji. Nowoczesne techniki, które umożliwiają podtrzymanie żywotności serca aż do momentu przeszczepienia... W tych wypowiedziach problem ten jest rozwiązany pozytywnie, tzn., że przy zachowaniu wszystkich kryteriów, wymaganych warunków, ta forma transplantacji serca jest również moralnie do usprawiedliwienia.

Ale nie oznacza to końcowego, definitywnego rozstrzygnięcia moralnej dopuszczalności pobierania narządów czy tkanek od zmarłego dawcy. Co prawda już Pius XII, właśnie w przemówieniu z 1956 roku, podkreślał, że człowiek zmarły był człowiekiem, ale już nim nie jest. Tym samym więc nie jest podmiotem takich czy innych praw. Dlatego nie można mówić, że to by naruszyło jego prawa. Z drugiej strony jednakowoż, ponieważ społeczno-moralne związki, jakie łączą tego zmarłego z jego rodziną, nie tylko stwarzają podstawę pod obowiązek pietyzmu, odpowiedniego szacunku ze strony rodziny w stosunku do zwłok, ale także, równocześnie, dają im prawo do dysponowania zwłokami. Czyli

że tam, gdzie jest rodzina, tam ona nie może być pominięta w uzyskaniu zgody na dokonanie przeszczepu. Rodzina w tym przypadku występuje jako podmiot zastępczy w stosunku do tych zwłok. I może ona decydować o tym, czy odstąpić ten przeszczep, czy też nie. Stwarza to, oczywiście, problem zgody tych kompetentnych osób, jako warunku dopuszczalności moralnej zamierzonego przeszczepu. Jeżeli jest wyraźna deklaracja za lub przeciw... Można mówić, czy ta deklaracja jest rozumna, można ją od tej strony kwestionować... Ale jeżeli jest, to trudno ją ignorować. Ona wówczas rozstrzyga sprawę, czy można czy nie można pobrać organ.

Są jednak wypadki, w których nie ma rodziny, kiedy jest tylko człowiek zmarły i nie ma nikogo, kto by mógł w tym wypadku wystąpić jako ta ewentualna instancja, do której należałoby się zwrócić. Czy można wówczas – to jest obecnie dyskutowana sprawa – pobrać organ na zasadzie domniemanej zgody na skutek braku wyraźnego sprzeciwu? Ten zmarły za życia nie wyraził sprzeciwu. A więc, czy wolno pobrać organ na zasadzie domniemanej zgody?

W dokumentach papieskich nie spotkałem jakiegoś wyraźnego w tym względzie stanowiska. Wśród teologów natomiast, wśród moralistów, jest to sprawa dyskutowana. Jedni nie, a drudzy skłaniają się ku temu, ażeby sprawę rozstrzygnąć na rzecz biorcy, czyli żeby można było pobierać organ. Pozwolę sobie teraz wyrazić moje osobiste, a więc nie Kościoła, tylko moje osobiste w tym względzie spojrzenie, mój pogląd. Otóż to stanowisko trudno jest uznać za usprawiedliwione w całej rozciągłości. Można by tak było sądzić, i to od tego zależy, gdyby społeczeństwo było w swojej masie należycie uświadomione, poinformowane o wszystkich aspektach transplantacji, zarówno tych pozytywnych, o moralnej wzniosłości, jak i tych związanych z ryzykiem.

W przypadku umarłych nie ma ryzyka, tylko chodziłoby raczej o pozytywne strony transplantacji serca... Jeżeli by społeczeństwo wiedziało i nie było jakichś wyraźnych sprzeciwów, to wówczas można by było taką domniemaną zgodę przyjąć za podstawę rozstrzygnięcia dopuszczalności pobrania. Ale jeżeli tak nie jest, a wiele jest wskaźników, które mówią, że w naszym polskim społeczeństwie, a nie wiem, jak jest gdzie indziej, ale w naszym społeczeństwie jest wyraźnie pod tym względem... Bo nawet na krakowskim przemówieniu... Państwo byli tam obecni... Przecież tam wyraźnie mówiono, że nawet wśród studentów medycyny są pod tym względem bardzo różne stanowiska, jak również w innych tego rodzaju kręgach. Tak więc, powiedzmy, jakiejś domniemanej zgody, to my tak bardzo, na podstawie tych danych, jakimi rozporządzamy u nas, przyjąć nie możemy.

Dlatego też droga do tego, ażeby powiększyć liczbę dobrowolnych dawców przeszczepów jeszcze za życia, jest ta, o której już Pius XII mówił, Jan Paweł II do tego nawiązał. Właśnie ten cytat, który pani profesor przytoczyła. On mówi o tym, ażeby budzić świadomość. Czyli potrzebna jest akcja uświadamiająca również na polu religijnym czy kościelnym, ażeby uświadomić ludziom moralnie istotny sens transplantacji, w granicach, o których mówiłem... Ażeby liczba dawców była jednak wystarczająca, ażeby ludzie byli jeszcze za życia zdolni do podjęcia szlachetnej decyzji przekazania swoich organów na pomoc bliźnim, którzy w krytycznych sytuacjach bez tej pomocy byłiby skazani albo na śmierć, albo też na jakąś bolesną wegetację.

Tak mniej więcej wygląda sprawa odnośnie kwestii pobierania organu od osób zmarłych. Z tym, że jeszcze w kościelnych dokumentach występują zastrzeżenia, co do tego, że nie wszystkie organy się nadają, na przykład organy płciowe czy mózg, to nie są organy, które by się nadawały do przeszczepów.

I to tyle, jeżeli chodzi o te najtrudniejsze allogeniczne przeszczepy.

Pozostaje jeszcze kwestia przeszczepów ksenogenicznych, czy ksenotransplantacyjnych, w których zwierzę – nie człowiek, ale zwierzę – jest dawcą organu. Już Pius XII... I ta zasada nie została jakoś zmodyfikowana. W tej sprawie nie można wydać ogólnego, jednego orzeczenia, że w pewnych sytuacjach tego rodzaju przeszczepy byłyby usprawiedliwione, a w innych nie. Np. rogówka czy inne można, ale organy rozrodcze przyjęte ze zwierząt nie można, z racji, że właśnie naruszałoby to tożsamość, tę tożsamość – powiedzmy – świadomościową, czy też tożsamość rozrodczą osoby ludzkiej.

Podobnie jest też z kwestią alloplastyki, a więc sztucznych tworzyw. Sytuacja wygląda mniej więcej tak samo. Czyli są to problemy do rozstrzygnięcia sytuacyjnego, w zależności od wielu okoliczności. Sama w sobie, jako taka, nie można powiedzieć, że alloplastyka jest niedopuszczalna czy dopuszczalna. Ale są kwestie do rozstrzygnięcia, w zależności od całokształtu konkretnych okoliczności, w których się ten przeszczep dokonuje.

Wniosek końcowy, proszę państwa, czy Kościół jest za czy przeciw przeszczepom na obecnym etapie wiedzy i rozwoju umiejętności medycznych? Jak się zdaje, jest za i przeciw, zależnie z której strony patrzymy. W tym względzie najlepiej chyba myśl Kościoła oddaje cytat Pawła VI, wzięty ze św. Bazylego Wielkiego, który wyraził się, że co się tyczy medycyny, nie byłoby rzeczą słuszną odrzucać ten dar Boży dla tej tylko przyczyny, że niektórzy ludzie czynią z niego zły użytek. A naszym wszakże zadaniem jest ujawniać to, co w niej zostało popsute, czy to w formie fałszywych zasad, czy w formie jakiejś praktyki. Do tego ma zmierzać posłannictwo i działalność Kościoła. Tę drogę w jego nauce uznałem za prawidłową, ażeby ją przekazywać i krzewić w świadomości społeczeństwa.

Przewodnicząca Zofia Kuratowska:

Bardzo księdzu dziękuję. W tej chwili ogłaszam przerwę. Zaoszczędziliśmy siedem minut. Wobec tego przerwa będzie trwała pół godziny do 12.53 tak, abyśmy mieli czas na dyskusję.

Chcę wyjaśnić, że przedstawiliśmy na początku moralno-etyczne podstawy nie tylko ze względu na ich nadrzędną wagę, ale także dlatego, że spodziewamy się, iż będzie to przedmiotem na pewno dość żywej dyskusji. Po przerwie będziemy mówić głównie o prawie i transplantacji z punktu widzenia lekarza.

Chociaż mówiłam, że nie będę nikogo witać osobno, jednak chciałam bardzo serdecznie przywitać i jednocześnie przeprosić pana profesora Tadeusza Orłowskiego, mojego wielkiego mistrza i nauczyciela, za nieporozumienie z zaproszeniem. Ale bardzo się cieszę, że pan profesor jest wśród nas.

Dziękuję bardzo. Robimy w takim razie przerwę. Po niej moje miejsce zajmie pan senator profesor Religa.

(Przerwa)

Przewodniczący Zbigniew Religa:

Proszę państwa, wznawiamy nasze sympozjum.

Bardzo proszę o przedstawienie swojego referatu panią profesor Eleonorę Zielińską – „Transplantacja a problemy prawne w Polsce i na świecie”.

Profesor Eleonora Zielińska:

Zajmę się w swoim przemówieniu trzema problemami. Przede wszystkim przedstawię aktualny stan prawny w Polsce w zakresie transplantologii, czy w zakresie przeszczepów... Może w ten sposób jest bezpieczniej mówić.

Drugi problem, który poruszę, to są aktualne tendencje rozwoju tych problemów, ich regulacji prawnej w dokumentach międzynarodowych oraz rozwoju ustawodawstwa w poszczególnych krajach Europy.

I trzeci problem – ocenię niektóre, ale tylko niektóre, przepisy projektu ustawy o przeszczepach, w świetle materiałów porównawczych, a mianowicie innych ustawodawstw obowiązujących w krajach europejskich.

Jeżeli chodzi o stan aktualny, to podkreślić należy, że Polska jest jednym z nielicznych krajów europejskich, w których brak jest całościowego uregulowania warunków dopuszczalności przeszczepów. Do 1991 roku zasadnicze unormowania pobierania organów od osób zmarłych zawarte były, jak państwo wie, a co zresztą można znaleźć w otrzymanym przez państwa zestawieniu pana profesora Rowińskiego, w art. 40 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 1928 roku o zakładach leczniczych, w brzmieniu ustawy z 1949 roku.

W myśl tego przepisu, który pierwotnie dotyczył właściwie tylko sekcji zwłok, sekcji można było dokonać po 12 godzinach od chwili stwierdzenia zgonu. Jednakże ze względów naukowych, albo gdy zachodziła potrzeba pobrania ze zwłok tkanek w celach leczniczych, właściwy ordynator mógł zarządzić dokonanie sekcji wcześniej, po komisyjnym stwierdzeniu śmierci.

Na wniosek ministra zdrowia Prokuratura Generalna w 1954 roku upoważniła do wyrażenia zgody na pobieranie w celach leczniczych ze zwłok, będących w dyspozycji prokuratorów, gałek ocznych, jak również upoważnienie to stopniowo rozszerzono, np. w 1961 roku, na pobieranie tętnic i kości, a potem, w roku 1981, również nerek.

W międzyczasie przepisy ustawy z 1949 roku zostały uzupełnione wydanymi w 1975 roku wytycznymi ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie dokonywania zabiegu przeszczepiania nerek. Wytyczne te regulowały w stosunkowo wąskim zakresie warunki dopuszczalności pobierania nerek, zarówno ze zwłok, jak i od osób żyjących.

W 1984 roku zostały sformułowane wytyczne krajowych zespołów specjalistycznych w sprawie kryteriów śmierci mózgu, które stosunkowo niedawno, w 1990 roku, zostały zastąpione nowym stanowiskiem. Z informacji, które uzyskałam, ale nie dotarłam do źródeł, zrozumiałam, że zostały one uzupełnione w 1994 roku albo zastąpione ponownie nowym uregulowaniem.

Na tle tych przepisów podnoszono w literaturze liczne wątpliwości i zastrzeżenia. Na przykład, czy pod pojęciem tkanki w rozumieniu ustawy z 1949 roku można również

rozumieć zespoły tkanek, czyli narządy? Kwestionowano ponadto słuszność przyjętej zasady, że decyzje w przedmiocie pobierania tkanek należy pozostawić w wyłącznej gestii służby zdrowia.

Wskazywano również na niewłaściwe rozumienie funkcji zezwoleń prokuratora na pobieranie niektórych tkanek ze zwłok w przypadkach śmierci urazowej. Podnoszono też, że wytyczne ministra zdrowia z 1975 roku, nie będące nawet aktem normatywnym, nie mogą uchylać przewidzianego w kodeksie karnym ustawowego zakazu dokonywania okaleczenia żywego człowieka. W konsekwencji, dla uzasadnienia wyłączenia odpowiedzialności karnej lekarza, dokonującego pobrania narządu od żywego dawcy, uciekano się do instytucji stanu wyższej konieczności lub próbowano w doktrynie prawa karnego konstruować specjalny kontratyp, tzn. szczególną okoliczność, wyłączającą bezprawność, opartą na zgodzie potencjalnego dawcy.

Wejście w życie ustawy z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej tylko częściowo uporządkowało istniejący stan prawny. Znalazło się bowiem w niej jedynie uregulowanie kwestii pobrania organów ze zwłok. Idzie ono zasadniczo w prawidłowym kierunku, ale jest bardzo ogólne i niekompletne.

W świetle art. 24 wymienionej wyżej ustawy, pobranie ze zwłok organów i tkanek jest dopuszczalne, o ile osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Wyciąga się z tego taki wniosek, aczkolwiek taki przepis nie figuruje w ustawie, że zgoda rodziny nie ma prawnego znaczenia. Regulacja ustawowa dotyczy pobrania tkanek i organów tylko ze zwłok znajdujących się w zakładach opieki zdrowotnej i wyłącznie w celach leczniczych. Nie określa się też sposobu i formy wyrażania sprzeciwu. W efekcie, lekarz chcąc pobrać ze zwłok organy, musi poznać stanowisko zmarłego poprzez pytanie jego rodziny. Czy rodzina powie prawdę czy nie, jest zawsze sprawą otwartą.

Ustawa nie wypowiada się ponadto w sprawie kryteriów i trybu stwierdzania śmierci, nie wprowadza barier prawnych dla komercjalizacji ludzkich komórek, tkanek i narządów, nie porusza tworzenia banku danych i wymiany międzynarodowych transplantantów.

Również uchwalony w 1991 roku kodeks etyki lekarskiej w brzmieniu z 1993 roku w pewnym tylko stopniu uzupełnił szczegółowe przepisy prawne dotyczące pobrania organu ze zwłok. Wprawdzie nawiązano do pojęcia śmierci mózgowej, nakładając równocześnie na lekarza obowiązek, aby po jej stwierdzeniu podtrzymywał tkanki do przeszczepu oraz sformułowano zakaz pobierania przez lekarzy zapłaty za przeszczepianie komórek, tkanek lub organów, niemniej jednak w odniesieniu do przepisu domniemanej zgody ograniczono się do powtórzenia art. 24 ustawy z 1991 roku.

Najistotniejsze jest jednak, że ustawa z 1991 roku nie przewiduje, jak już wspomniałam, problemu uregulowania dopuszczalności pobrania komórki, tkanki lub organu w celach transplantacyjnych od żywego dawcy. Przepisy kodeksu etyki lekarskiej w tym zakresie, z uwagi na charakter regulacji, nie jest to akt normatywny, jak i zbyt ogólne uregulowanie dopuszczalności pobrania narządów od dawcy dorosłego, również nie są rozwiązaniem wystarczającym. Chociaż przewidziany tam na przykład zakaz pobierania komórek, tkanek i narządów od małoletniego, nie dotyczy to szpiku, jak również uzależnianie dopuszczalności takiego pobrania od zgody małoletniego, zdolnego do jej wyrażenia, odpowiadają standardom międzynarodowym.

W tym stanie rzeczy potrzeba kompleksowego i szczegółowego uregulowania całości kształtu problematyki pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów wydaje się nie podlegać dyskusji. Prezentowany projekt, którego przepisami chcę się zająć w części trzeciej mego wystąpienia, w swych podstawowych założeniach jest zgodny z oczekiwaniami środowisk lekarskich i prawniczych.

Zanim jednak przejdę do omówienia niektórych wybranych kwestii, uregulowanych w tym projekcie, pozwolę państwo, że powiem kilka słów na temat tendencji rozwojowych ustawodawstwa w innych krajach.

Proces szczególnej regulacji regulacji przeszczepów w innych państwach europejskich rozpoczął się po II wojnie światowej i siłą rzeczy dotyczył wyłącznie pobierania tkanek ze zwłok. Na przełomie lat 50. i 60. w niektórych państwach skandynawskich, we Francji i w Hiszpanii wydano również ustawy zawierające warunki dopuszczalności przeszczepów *ex vivo*, często obecnie już nie obowiązujące.

Proces kompleksowej regulacji kwestii przeszczepów uległ wyraźnemu przyśpieszeniu po uchwaleniu przez Komitet Ministrów Rady Europy, 11 maja 1978 r., rezolucji w sprawie harmonizacji ustawowych związanych z pobieraniem i przeszczepianiem ludzkich komórek, tkanek i narządów. W rezolucji tej zalecano państwom członkowskim dostosowanie krajowych rozwiązań prawnych do przepisów stanowiących załącznik do wspomnianej rezolucji. Ponieważ w materiałach konferencyjnych mają państwo jej pełny tekst, ograniczę się do zasygnalizowania tylko poruszanych tam kwestii.

W myśl tego załącznika do rezolucji proponowano państwom członkowskim Rady Europy przyjęcie następujących zasad. Przede wszystkim wyłączenie kwestii dotyczących przenoszenia embrionów, usuwania i przeszczepiania jąder oraz jajników, jak również wykorzystania komórek jajowych i spermy do odrębnego uregulowania.

Następnie, odnośnie pobierania organów od osób żyjących, zwracano szczególną uwagę na nałożenie ustawowego obowiązku właściwego poinformowania dawcy przed zabiegiem, na potrzebę prowadzenia szczegółowych badań medycznych, sugerowano wprowadzenie szczególnych wymogów kwalifikacyjnych, przyjęcie zasady całkowitej nieodpłatności dawstwa. Ponadto sugerowano uznanie zasady anonimowości dawcy i biorcy z wyjątkiem istnienia między nimi bliskich związków rodzinnych oraz wprowadzanie prawnych gwarancji swobodnej zgody dawcy wyrażonej na piśmie.

Zalecono też przyjęcie zasady, że pobranie substancji nie podlegającej regeneracji, powinno być dopuszczalne wyłącznie dla transplantacji między osobami genetycznie spokrewnionymi i to w wyjątkowych wypadkach, gdy istnieją duże szanse powodzenia zabiegu. Nie wykluczono całkowicie możliwości pobierania organu w warunkach dającego się przewidzieć poważnego ryzyka dla życia lub zdrowia dawcy, pozostawiając decyzję w tej kwestii uprawnionemu ustawodawcy. Niemniej podkreślono jednak, że gdyby pobranie w takich warunkach miało być prawnie dopuszczalne, to należy zastrzec, że wyłącznie na zasadzie wyjątku, gdy w konkretnym przypadku przemawia za tym szczególna motywacja dawcy, istniejąca więź rodzinna, a także względy medyczne.

Ponadto przewidziano, że od osoby małoletniej lub innej osoby, niezdolnej do czynności prawnych, powinno być w zasadzie dopuszczalne jedynie pobranie substancji regeneru-

jących się. I to pod warunkiem, że będzie to konieczne ze względów terapeutycznych lub diagnostycznych, i że wyrazi na to zgodę przedstawiciel ustawowy danej osoby, przy braku sprzeciwu osoby niezdolnej do czynności prawnej, a poza tym specjalne zezwolenie wyda uprawniony organ.

Określając zasadę pobierania oraz przeszczepiania substancji od osób zmarłych, zalecano m.in. przyjęcie zasady, że pobieranie organów powinno być dopuszczalne, chyba że zmarły za życia wyraził formalny lub domniemany sprzeciw, w szczególności, i to się podkreśla, ze względu na przekonania religijne lub filozoficzne. Pobranie w takiej sytuacji może nastąpić, gdy stwierdzi się śmierć mózgową, a więc pomimo, że funkcje innych niż mózg organów mogą być sztucznie podtrzymywane. Śmierć powinna być stwierdzona przez lekarza nie należącego do zespołu dokonującego pobrania i przeszczepu, z wyjątkiem sytuacji, gdy chodzi o mniejszy zabieg, a nie może tego dokonać inny lekarz. Potwierdzono też zasadę anonimowości dawcy i biorcy, zakaz odpłatności i wymóg posiadania odpowiednich kwalifikacji, odpowiedniego wyposażenia zakładu dokonującego przeszczepu.

Wiele europejskich ustawodawstw transplantacyjnych wydanych w latach 80. i 90. jest w zasadzie zgodnych z przedstawioną rezolucją, co w konsekwencji wykazuje dosyć istotne podobieństwo. Różnią się natomiast co do szczegółów.

Przedmiotem mojego badania były ustawodawstwa Austrii, Belgii, Danii, Federacji Rosyjskiej, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Norwegii, Portugalii, Szwecji, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii i Włoch. Wszystkie one pochodzą mniej więcej z tego okresu. Należy podkreślić, że proces doskonalenia tych ustawodawstw nadal trwa. Przykładem tutaj być może Francja, gdzie ustawa o przeszczepach z 1976 roku została w 1994 roku zastąpiona nową.

W niektórych jednak europejskich krajach, podobnie jak w Polsce, nadal jest brak szczególnego uregulowania przeszczepów *ex vivo*. Przykładem może być Austria, gdzie dla prawnego uzasadnienia pobrania organu sądy odwołują się do specjalnego przepisu kodeksu karnego dotyczącego zgody. A mianowicie – w świetle art. 91 austriackiego kodeksu karnego, zgoda wyłącza bezprawność jakiegoś czynu, o ile nie wykracza przeciwko dobremu obyczajom. Warto wspomnieć, że w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego Austrii uznano w jednym przypadku, że nie spełnia tego warunku np. zgoda zaoferowania przez młodego mężczyznę do przeszczepu jądra na rzecz starszego biorcy.

Również w Niemczech, według moich informacji, brak jest szczególnego uregulowania problemu, mimo że gotowe projekty były już w 1978 roku ogłaszane i dyskutowane, a NRD posiadała takie unormowanie. Niemniej w literaturze ten problem jest dyskutowany i pojawiają się te same zagadnienia, które występują w literaturze polskiej.

Warto podkreślić, że pewne problemy związane z transplantacją są przedmiotem stałego zainteresowania różnych międzynarodowych gremiów i to nie tylko medycznych. Należy w tym kontekście wspomnieć o wiodących zasadach w dziedzinie przeszczepu, sformułowanych w 1987 roku przez IV Światowe Zgromadzenie Zdrowia, a następnie przyjętych w 1991 roku przez Światową Organizację Zdrowia. Zasady te są w wielu punktach zbieżne ze wspomnianymi tu już rekomendacjami Komitetu Ministrów Rady Europy, a także ze stanowiskiem Międzynarodowego Stowarzyszenia Transplantacyjnego.

Trzeba też dodać, że warunki dopuszczalności przeszczepów określa projekt jednego z protokołów do opracowywanej obecnie w Radzie Europy Konwencji Bioetycznej.

Należy zwrócić uwagę, iż bulwersujące opinię publiczną przypadki handlu organami od porwanych w Ameryce Południowej dzieci spowodowały m.in. to, że Parlament Europejski wydał we wrześniu 1993 roku rezolucję dotyczącą handlu ludzkimi organami. W jej wstępie podkreśla się, i to jest dosyć istotne stwierdzenie, jeżeli chodzi o problem podejścia do przeszczepów, że uznanie prawa każdego człowieka do opieki zdrowotnej oraz akceptacja dawstwa organów na warunkach pełnej dobrowolności, w żadnym wypadku nie powinny kogokolwiek upoważniać do wyciągnięcia wniosku, że zastąpienie chorego organu nowym jest uznawalne za fundamentalne prawo człowieka.

Równocześnie Parlament Europejski nawołuje państwa członkowskie Unii do wprowadzania w ustawodawstwach krajowych zakazu obrotu organami ludzkimi oraz surowych kar za jego łamanie, zakazu importu lub stosowania transplantacji organów niepewnego pochodzenia. Zaleca się też wprowadzenie kodeksów etycznych, które przewidywałyby szczególne standardy postępowania, zapobiegające tym zjawiskom oraz zachęca do wypracowania różnych form międzynarodowej współpracy między centrami transplantologicznymi. Zwraca się też uwagę na kształtowanie w opinii publicznej świadomości, że dawstwo organów jest wyrazem altruizmu oraz ludzkiej solidarności.

Ten dokument warto porównać w związku ze stowarzyszeniem Polski z Unią Europejską.

I wreszcie trzecie zagadnienie, które chcę poruszyć, a mianowicie ocena projektu niektórych uregulowań projektów w świetle materiałów porównawczych, które zebrałam.

Projekt ustawy, ostatnia jego wersja – rozumiem, że z 1993 roku – uwzględnia zasadnicze postanowienia wspomnianej rezolucji Komitetu Ministrów Rady Europy. Również spełnia wiodące zasady sformułowane przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Medyczne i przez WHO. Również postulat zakazu komercjalizacji obrotu organami i związana z tym dyrektywa surowej penalizacji, zawarte w rezolucji Europejskiego Parlamentu, znalazły tam odniesienie. Jest to więc projekt zgodny w swych założeniach z tendencjami światowymi prawnych regulacji.

Projekt, jak wskazuje jego tytuł, dotyczy z punktu widzenia przedmiotowego zakresu regulacji nie tak jak poprzednio tylko tkanek, lecz również komórek i narządów, i obejmuje swoimi przepisami całokształt problematyki ich pobierania, a więc zarówno od zmarłego, jak i od żywego dawcy.

Zgodnie z zaleceniami Komitetu Ministrów Rady Europy wprowadzono również pewne wyłączenia. Po pierwsze – wyłączenie dotyczące zakazu pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek embrionalnych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części, co pozostawiono do oddzielnego uregulowania. Po drugie – przedmiotowy zakres tej regulacji nie obejmuje pobierania, przechowywania i dystrybucji krwi.

Warto wspomnieć, że analogiczne wyłączenia przedmiotowe zawiera kilka europejskich ustawodawstw transplantacyjnych, np. belgijskie z 1986 roku, Federacji Rosyjskiej z 1992 roku, portugalskie z 1993 roku. Rzadziej zdarza się, że wyłączenie dotyczy tylko krwi, a mianowicie – nie dotyczy to starszych nieco ustaw – figuruje ono w hiszpańskiej ustawie z 1979 roku.

Porównując projektowane w Polsce rozwiązania z obowiązującymi przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku w zakresie pobierania tkanek i organów ze zwłok, podkreślić należy, że uwzględniono zgłaszane w literaturze postulaty i rozszerzono zakres regulacji.

Jak już wspomniano, przepis dotyczy nie tylko pobierania komórek, tkanek i narządów w celach leczniczych, lecz również pozwala na pobranie ich w celach diagnostycznych, naukowych i dydaktycznych. Ponadto pozwala na takie pobranie również w innych niż szpitale zakładach opieki zdrowotnej – w wyższych uczelniach medycznych oraz w jednostkach badawczo-rozwojowych.

Warto zwrócić uwagę, że często w innych ustawodawstwach nawet pobranie ze zwłok tkanek dopuszcza się jedynie w celach leczniczych, nieraz leczniczych i naukowych, tak jest na przykład w ustawie hiszpańskiej czy francuskiej, albo leczniczych i diagnostycznych, np. w portugalskiej.

Bardzo zróżnicowane uregulowania występują w europejskich ustawodawstwach w sprawie zgody na pobranie przeszczepu ze zwłok. We współczesnych ustawodawstwach przyjmuje się, jako punkt wyjścia regulacji, jedno z następujących dwóch założeń – wyraźnej zgody albo tzw. domniemanej, dorozumianej zgody.

Pierwsze rozwiązanie dopuszcza pobranie tkanki lub organu *post mortem* w przypadku wyrażenia przez daną osobę przed śmiercią zgody w postaci wyraźnej deklaracji, pisemnej lub ustnej przy świadkach. Jest to tzw. *opting in system*.

Drugie rozwiązanie, tzw. *opting out system*, przyjmuje domniemanie, presumpcję zgody na pobranie organu, które ulega obaleniu, gdy zostanie ustalone, że dana osoba zgłosiła przed śmiercią w wyraźnej, przepisanej przez prawo formie, sprzeciw wobec pobrania organu.

Całkowicie natomiast odstępuje się współcześnie od rozwiązania, pozostawiającego decyzję co do pobrania organu wyłącznie w rękach rodziny lub lekarza. Badając pod tym kątem najnowsze ustawodawstwa europejskie można stwierdzić, że na założeniu wstępnym wyraźnej zgody bazują uregulowania przyjęte w ustawie duńskiej z 1990 roku, greckiej z 1983, norweskiej z 1973, szwedzkiej z 1985, szwajcarskiej z 1988 i brytyjskiej, po zmianie, z 1986 roku

Warto przy tym podkreślić, że brak takiej deklaracji nie przekreśla jeszcze możliwości pobrania organu do przeszczepu. We wszystkich wymienionych ustawodawstwach przewiduje się w takich przypadkach zazwyczaj dość skomplikowane tryby ustalania rzeczywistego stanowiska osoby zmarłej w odniesieniu do przeszczepu. Albo też, rzadziej, w sytuacji braku wyraźnej deklaracji uzależnia się możliwość pobrania od zgody najbliższej rodziny, od razu, bądź w ostateczności, tzn. po wyczerpaniu możliwości ustalenia rzeczywistej woli zmarłego.

Ustalanie stanowiska zmarłego może odbywać się w dwóch wariantach – pozytywnym i negatywnym. Znamion wariantu pozytywnego można dopatrzeć się np. w ustawie szwedzkiej, po zmianie z 1987 roku. W jej świetle pobranie będzie możliwe, jeżeli zostanie udowodnione, że zmarła osoba – która nie złożyła wyraźnej deklaracji – aprobowała ogólnie przeszczepy lub są inne podstawy do stwierdzenia, że zabieg pozostawałby w zgodzie z jej przekonaniem.

Ustawa brytyjska z 1961 roku, w redakcji z 1986 roku, przewiduje natomiast wariant negatywny, polegający na obowiązku zbadania, czy zmarły przed śmiercią wyraził w jakiegokolwiek formie dezaprobatę, sprzeciw, wobec ewentualnego oddania jego organów po śmierci do przeszczepu. Wyjątkowo przypisuje się tutaj możliwość ustalenia, czy małżonek lub krewny zgłosił taki sprzeciw.

Na gruncie drugiego rozwiązania, tzw. domniemanej zgody, stoi ustawa austriacka, belgijska, francuska, hiszpańska i Federacji Rosyjskiej. Najsilniej zasadę domniemanej zgody akcentuje zasada portugalska, gdzie w przepisie art. 10 stwierdza się: „Obywatele portugalscy są uważani za potencjalnych dawców organów *post mortem*, o ile nie udzielili ministerstwu informacji o swej odmowie bycia dawcami”. To sformułowanie – „potencjalni dawcy organów” – jest niezwykle mocne.

Podkreślić należy, że także nie we wszystkich krajach, przyjmujących rozwiązanie domniemanej zgody, brak formalnie zgłoszonego sprzeciwu otwiera automatycznie drogę do przeszczepu. W świetle np. ustawy francuskiej, gdy brak danych co do woli ewentualnego dawcy, należy postarać się o zeznania rodziny w tej kwestii. Niemniej jednak nie wymaga się tutaj zgody rodziny. Również w polskim projekcie utrzymano zasadę domniemanej zgody potencjalnego dawcy przewidzianą, jak już wspomniałam, w art. 24 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Warto przypomnieć, że jest to rozwiązanie, jak już wykazywałam, nie tylko szeroko stosowane i zalecane w międzynarodowych rekomendacjach, ale pozwala równocześnie, co chciałam podkreślić, na pełne poszanowanie autonomii jednostki w zakresie dyspozycji swym ciałem również po śmierci. Z drugiej zaś strony lepiej wyraża zasadę, że zwłoki nie są rzeczą i nie stanowią niczyjej własności, zasadę powszechnie akceptowaną, aczkolwiek nie wyrażoną *expressis verbis* w polskim prawie. Nie stanowią niczyjej własności, a więc również nie stanowią własności najbliższej rodziny, która ma jedynie prawo do ich pochowania, i to często zgodnie z wolą zmarłego, w tym czy innym miejscu, w tej czy innej formie. Rodzina ma również prawo do poszanowania sfery uczuciowej związanej z kultem pamięci najbliższej osoby.

Uznając to prawo, projekt podkreśla, czynią to zresztą również ustawodawstwa wielu innych krajów, że po pobraniu narządów lub tkanki, zwłoki powinny być wydane rodzinie w odpowiednim stanie zewnętrznym.

Należy dodatkowo zaznaczyć, że przyjęcie przez polskiego ustawodawcę drugiego rozwiązania – tzw. domniemanej zgody – nie pozbawia, moim zdaniem, osobę zainteresowaną wyrażenia przed śmiercią *expressis verbis* zgody na pobranie po jej śmierci organów.

Warto też podkreślić, że w ustawodawstwach wielu państw przewiduje się wyraźnie, że zarówno sprzeciw, jak i zgoda, mogą dotyczyć pobrania tylko niektórych organów lub tkanek, albo pobrania tylko w określonym celu.

Oczywiście również przepisy projektu nie stoją na przeszkodzie temu, aby sprzeciw miał charakter ograniczony. Potencjalny dawca może np. się godzić na oddanie organu w celu ratowania innej osobie życia. Natomiast może wyrażać sprzeciw, gdyby ten sam organ miał być użyty w celach dydaktycznych lub naukowych. Również nie zawsze dana osoba chce pozostawić po śmierci do dyspozycji wszystkie organy.

Dlatego też, biorąc pod uwagę sygnalizowany już szeroki zakres przedmiotowy ustawy, a zwłaszcza wyjątkowo szerokie ujęcie celów, w jakich pobranie narządu ze zwłok będzie dopuszczalne, lepiej byłoby – moim zdaniem – gdyby odpowiedni zapis znalazł się w projekcie.

Projekt, jak wiadomo, określa formę wyrażenia sprzeciwu, uzupełniając istniejącą tutaj lukę w ustawodawstwie. I tak w świetle art. 6 sprzeciw może być wyrażony w formie wpisu w systemie ewidencji, wpisu w dokumencie stwierdzającym tożsamość i oświadczenia złożonego na piśmie lub ustnie w obecności dwóch świadków w chwili przyjęcia do szpitala lub w trakcie pobytu. Podobne formy przewidziane są również w innych krajach.

Warto zwrócić uwagę na pomocniczą formę rejestracji sprzeciwu, znaną w Portugalii, gdzie osobie zgłaszającej sprzeciw wydaje się specjalną kartę „niedawcy”, podobnie jak w innych krajach, opartej na wyraźnej zgodzie, „kartę dawcy”, którą to osoba powinna nosić przy sobie wraz z dokumentem tożsamości.

W świetle przepisu art. 5 projektu, w przypadku osoby małoletniej lub innej osoby nie posiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może ustalić za jej życia przedstawiciel ustawowy. Podobne przepisy zawierają również ustawy innych krajów. Z tym jednak, że tam się słusznie podkreśla, czego nie robi nasz projekt ustawy, że jeśli małoletni lub osoba ubezwłasnowolniona są zdolni do zrozumienia znaczenia deklaracji wyrażenia swej woli, należy im osobiście stworzyć możliwość zgłoszenia sprzeciwu. Polski projekt nie stanowi przeszkód, żeby również tak go rozumieć, ale sądzę że dla większej przejrzystości unormowań prawnych powinien taki przepis się w nim znaleźć.

Otwartą w świetle projektu pozostaje kwestia, czy domniemanie wyrażenia zgody może być wzruszalne na tej podstawie, że dana osoba nie była uprzedzona o możliwości wyrażenia sprzeciwu? Dotyczy to zwłaszcza osób przebywających w szpitalu. Przeciwno wzruszalności takiego domniemania wypowiedział się pan profesor Nestorowicz, powołując się na argument, że wprowadzenie obowiązku informowania pacjenta o tym szczególnym uprawnieniu nie wpływałoby dobrze na jego stan psychiczny.

Nie jest to stanowisko akceptowane w innych ustawodawstwach. Na odmiennym stanowisku stoi np. ustawa hiszpańska, po zmianach z 1980 roku, gdzie się wręcz stwierdza, że obowiązkiem zakładu opieki zdrowotnej jest poinformowanie pacjenta lub jego rodziny o ustawowych uregulowaniach. Przy tym podkreśla się, że udzielając informacji należy apelować do altruizmu oraz poczucia solidarności międzyludzkiej. Podkreśla się również zasadę absolutnego respektowania wolności decyzji i prywatności przekonań każdej osoby.

Wydaje się, że w warunkach polskich rezygnacja w takiej sytuacji z wymogu informowania pacjenta o możliwości zgłoszenia sprzeciwu powinna być uzależniona od wprowadzenia w ustawie przepisu zobowiązującego określone organy do popularyzacji jej przepisów, zwłaszcza w zakresie konsekwencji przyjęcia domniemanej zgody, a także stworzenia warunków do tego, aby każdy miał możliwość poznania swoich praw.

Jak już wspomniano, podjęto też w projekcie próbę uregulowania prawnego przeszczerpów od osób żyjących. Jest to w zasadzie próba – w mojej ocenie – udana. Projekt, uwzględniając międzynarodowe rekomendacje akceptowane w wielu krajach europej-

skich, wyraźnie ogranicza krąg osób, które mogą być ewentualnymi dawcami i biorcami. Szczególnie określa warunki, jakie powinni spełniać dawca i biorca przeszczepu oraz zasady postępowania lekarskiego w takim przypadku.

Ograniczę się tylko do tych wyłączeń, o których mówi się w projekcie. Zanim o tym powiem, warto zwrócić uwagę na jeden problem. Z treści przepisów dotyczących pobrania organów od osób żyjących wynika jednoznacznie, że mogą być pobrane wyłącznie w celu leczniczym. Wynika to z tych przepisów, które mówią, że to ma być na rzecz konkretnej osoby. Niemniej jednak sądzę, że byłoby celowym, aby takie wyraźne sformułowanie znalazło się w projektowanej ustawie. Zwłaszcza, że – sądzę – byłoby również celowym podkreślenie subsydiarnego charakteru tego typu działań lekarskich, rozumianego w tym sensie, że zastosowanie techniki medycznej będzie dopuszczalne tylko wówczas, gdy przeszczepienie, np. organu ze zwłok, nie rokuje szans powodzenia.

Ograniczając krąg osób, które mogą być dawcami, projekt ustawy w zasadzie wyłącza możliwość pobrania komórki tkanki lub organu od osoby małoletniej. Wyjątek dotyczy pobrania szpiku na rzecz wstępnych, zstępnych i rodzeństwa, i to w warunkach, gdy zachodzi bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia ewentualnego biorcy, którego to niebezpieczeństwa nie można w inny sposób uniknąć, a pobranie szpiku nie spowoduje dającego się przewidzieć upośledzenia sprawności organizmu małoletniego dawcy. Gdy spełnione są powyższe warunki, pobranie szpiku od małoletniego może być dokonane po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Sąd orzeka na wniosek przedstawiciela ustawowego, po wysłuchaniu małoletniego. Zezwolenie nie zostaje udzielone, jeżeli małoletni w toku postępowania wyrazi sprzeciw na pobranie szpiku.

Projekt nie wyraża wprost czy można pobrać narząd od innej osoby, niezdolnej do czynności prawnych. Wymóg jednak, aby sprawca posiadał pełną zdolność do czynności prawnych oraz miał zdolność wyrażenia swobodnej, w pełni świadomej zgody wyłącza z grona dawców również np. większość osób upośledzonych umysłowo lub chorych psychicznie. Wydaje mi się jednak, że dla większej jasności, przejrzystości uregulowania, warto wyrazić w ustawie taką zasadę *expressis verbis*.

Podobne wyłączenia podmiotowe przewiduje się także w innych ustawodawstwach. Dotyczą one przede wszystkim osób niepełnosprawnych umysłowo, określanych w angielskich tłumaczeniach tych ustaw jako *incompetent*. Możliwość pobrania za zgodą sądu substancji regenerujących się, tylko takich substancji, przewiduje się np. w ustawie portugalskiej. W innych ustawach uregulowania te są uzależnione od stanu zdrowia osoby poddanej zabiegowi. Trudno więc tutaj o jakieś bardziej generalne wnioski.

Większą różnorodność wykazują omawiane ustawodawstwa w odniesieniu do wyjątków od generalnego zakazu pobierania tkanek i organów od małoletniego. Często, podobnie jak i w Polsce, dopuszcza się wyłącznie pobranie szpiku, tak jest np. w Grecji, we Francji, w Federacji Rosyjskiej. Przy tym należy zwrócić uwagę, że w ustawie francuskiej z 1994 roku słusznie chyba zawęża się krąg biorców szpiku od małoletniego do rodzeństwa dawcy. W ustawie greckiej mówi się, że może to być rodzeństwo, ale tylko bliźniacze, wymagając dodatkowo, aby istniała kompatybilność tkankowa. Nie wiem, czy ja to dobrze tłumaczę.

W świetle tych przepisów, w mojej ocenie, należy uznać jako zbyt daleko idącą, przewidzianą przez projekt polskiej ustawy, możliwość pobrania od małoletniego szpiku na rzecz wszystkich wstępnych, a więc również np. dziadków.

W innych ustawach ogranicza się możliwość pobrania do tkanek regenerujących się ogólnie, tak jak to zaleca Komitet Ministrów Rady Europy, np. w fińskiej i portugalskiej. Niektóre ustawodawstwa jednak, wbrew rekomendacjom Rady Europy, nie wprowadzają tego typu restrykcji, zastrzegając na przykład, że pobranie nie może powodować poważnych skutków dla dawcy, albo że może mieć miejsce tylko wtedy, kiedy wystąpią specjalne powody.

Podobnie, jak i projekt polski, większość omawianych ustawodawstw wymaga poza zgodą przedstawiciela ustawowego zgody opiekuna upoważnionego organu, a także poznanie stanowiska kandydata na dawcę. We Francji wymaga się dodatkowo, aby zezwolenie na pobranie zostało zatwierdzone przez specjalny trzyosobowy komitet ekspertów.

Projekt ogranicza również krąg osób dorosłych, od których może być pobrany przeszczep. Ograniczenia te nie dotyczą jednak pobrania szpiku lub innej regenerującej się komórki lub tkanki. Pobranie komórki tkanki lub narządu nie regenerującego się może w zasadzie nastąpić tylko na rzecz krewnego w linii prostej, czyli wstępnych i zstępnych, osoby przysposobionej, rodzeństwa lub małżonka, a także – z pewnymi zastrzeżeniami – na rzecz innej osoby bliskiej. W tym ostatnim przypadku pobranie komórek wymaga orzeczenia sądu.

Warto podkreślić, że w innych ustawodawstwach często jeszcze bardziej zawęża się krąg biorców, a mianowicie do osób spokrewnionych genetycznie. Taką sugestią, jak już wspomniałam, zawierają rekomendacje Komitetu Ministrów Rady Europy. Takie zastrzeżenie, przy pobraniu innych organów niż szpik, czyni na przykład ustawa Federacji Rosyjskiej. Ustawa portugalska dopuszcza pobranie, gdy dawca i biorca są spokrewnieni genetycznie do trzeciego stopnia. W Wielkiej Brytanii przewiduje się nawet karę kryminalną za pobranie organu w sytuacji, gdy dawca i biorca nie są spokrewnieni genetycznie, i tu bardzo szczegółowo wyjaśnia się, kto jest spokrewniony genetycznie.

We Francji, poza wymogiem, aby biorca był rodzicem dziecka lub rodzeństwem dawcy, dopuszcza się w przypadkach nagłych, aby dawcą był również małżonek. Ograniczeń podmiotowych nie przewidują tylko starsze ustawy, jak np. szwedzka i hiszpańska. Szczegółowe uregulowania dotyczą też obowiązku poinformowania, zarówno kandydata na dawcę, jak i biorcę. Przede wszystkim podkreśla się, że poinformować powinien, zwłaszcza dawcę, lekarz nie biorący bezpośredniego udziału w postępowaniu obejmującym przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów.

Informacja w świetle projektu polskiego powinna dotyczyć rodzaju zabiegu, ryzyka z nim związanego, możliwości typowych następstw dla stanu zdrowia dawcy. Mówi się o szczególnej sytuacji kobiety ciężarnej. Ponadto wymaga się, aby dawca miał pełną zdolność – jak już wspomniałam – do czynności prawnych i mógł wyrazić swobodnie pisemną zgodę na pobranie komórek na rzecz określonego biorcy.

Wymóg określenia biorcy nie dotyczy pobierania szpiku lub innej regenerującej się komórki i tkanki. Kandydat na dawcę powinien zostać uprzedzony o skutkach dla biorcy

wycofania zgody, określając obowiązki lekarza wobec kandydata na biorcę. Projekt przewiduje konieczność poinformowania go o ryzyku związanym z zabiegiem pobrania komórek lub narządów oraz możliwych późnych następstwach pobrania dla stanu zdrowia dawcy. Wprowadza się ponadto wymóg, aby kandydat na biorcę wyraził zgodę na przyjęcie narządu od określonego dawcy, chyba że chodzi o przyjęcie szpiku lub innej regenerującej się komórki i tkanki, kiedy to dawca może pozostać anonimowy.

Projekt, co więcej, przewiduje tajemnicę zawodową lub służbową, którą objęte mają być dane osobowe potencjalnego dawcy i biorcy przeszczepu. Podkreśla się w uzasadnieniu projektu, że chodzi tu o to, aby ujawnienie informacji o cechach fizjologicznych potencjalnego dawcy, sprzyjających przyjęciu się przeszczepu, nie prowadziło do wywierania na niego presji przez biorcę lub członków rodziny.

Również w innych krajach przepisy dotyczące zgody są bardzo szczegółowe i w swej treści zbliżone do przewidzianych w projekcie. W kilku ustawach, np. belgijskiej, francuskiej, podkreśla się, że informacje o skutkach pobrania powinny obejmować nie tylko skutki fizyczne dla zdrowia dawcy, ale również psychologiczne, rodzinne i społeczne. A ponadto należy dawcę poinformować o szansach przyjęcia się przeszczepu u biorcy. Wydaje się celowe, również w projekcie ustawy, zobowiązanie lekarza do uwzględnienia tego typu informacji.

Warto jeszcze wspomnieć, że np. w ustawodawstwie belgijskim, gdy dawca jest żonaty, wymagane jest uzyskanie zgody od współmałżonka. Ponadto często wymaga się, aby zgoda miała charakter notarialny albo została złożona przed upoważnionym organem, np. we Francji przed przewodniczącym sądu lub sędzią, a w nagłych wypadkach przed prokuratorem lub lekarzem, który jest specjalnie wyznaczony do przyjmowania tego typu zgody. Również w wielu krajach wymaga się od lekarza, aby upewnił się, czy kandydat na dawcę zrozumiał treść i znaczenie przekazanej mu informacji, a także żeby ustalił, czy na pewno decyzja została podjęta z motywów altruistycznych.

W projekcie ustawy podkreśla się, że nie można za pobieranie tkanek i narządów od żywego dawcy, jak również ze zwłok ludzkich, żądać lub przyjmować zapłaty. Za zapłatę nie uważa się zwrotu rzeczywiście poniesionych kosztów pobrania, przechowania, transportu oraz przetwarzania i przeszczepiania pobranych komórek, tkanek lub narządów. Kryminalizuje się ponadto obrót w celu osiągnięcia korzyści majątkowych narządami oraz zamieszczenie, upowszechnianie ogłoszeń o sprzedaży.

Niektóre ustawy przeze mnie badane przewidują znacznie więcej typów przestępstw, np. przewidują szczególne kary w ustawie za pobranie tkanki lub narządu bez zgody dawcy. Wydaje mi się, że rozszerzenie kręgu przestępstw w projektowanej ustawie nie jest celowe z uwagi na fakt, że do tego typu zachowań będą mogły mieć zastosowanie istniejące już przepisy kodeksu karnego.

Na zakończenie należy wspomnieć, że projekt ustawy stwarza prawne podstawy do tworzenia krajowych i regionalnych banków komórek i narządów. Przewiduje też prowadzenie list osób oczekujących na przeszczep i wspomina o Krajowej Radzie Transplantacyjnej przy ministrze zdrowia i opieki społecznej, organie doradczym i opiniodawczym, określając szczegółowo zadania tego organu.

Warto zwrócić uwagę, że analogiczny organ we Francji ma w swej nazwie wyraz transparentny. Sądzę, że wybór tej nazwy nie jest czysto przypadkowy. Wydaje się bowiem, że transparentność działań w dziedzinie transplantologii, rozumiana jako jasne i czytelne przedstawienie opinii publicznej proponowanych lub przyjętych rozwiązań prawnych w sferze dawstwa oraz kryteriów i warunków dostępu do przeszczepów, tych niezwykle kosztownych świadczeń medycznych, których popyt zawsze przekracza podaż, jest sprawą szczególnie ważną i będzie sprzyjać wypracowaniu społecznie akceptowanych zasad postępowania, społecznie akceptowanych reguł gry w tym zakresie.

Mozna się spodziewać, że dyskusja nad projektem przyczyni się do osiągnięcia tego celu.

Przewodniczący Zbigniew Religa:

Bardzo pani profesor dziękuję. Bardzo proszę pana profesora Wojciecha Rowińskiego o przedstawienie, jak problemy transplantacji widzi chirurg.

Profesor Wojciech Rowiński:

Najpierw trzy wyjaśnienia. Po pierwsze – to, co powiem, jako jedyny z medyków, stanowi wyraz pewnych dyskusji wewnętrznych i przemyśleń tych, z którymi na co dzień pracuję – profesora Wałaszewskiego i profesora Lao. I tak naprawdę nie wiem, co jest moją, a co ich myślą. Być może czasami jest i na odwrót, kiedy oni występują.

Po drugie, przepraszam za pewne uproszczenia terminologii medycznej na przeźroczach, ponieważ sądziłem, że głównie przychodzimy na spotkanie z posłami i senatorami, i chciałem unikać terminów, które dla większości z państwa są oczywiste. Ityle tytułem wstępu.

Przeszczepianie jest tak naprawdę wyrazem naszej bezsilności wobec procesów chorobowych, które prowadzą do śmierci. Ale – w końcu XX wieku, przy osiągnięciach, do których doszło, nie da się tego uniknąć. I to bez względu na to, czy prawnicy się zgodzą, czy etycy będą przeciwni i czy wielkie autorytety moralne poprą nas czy też nie. Ta metoda leczenia jest i będzie stosowana tak długo, dopóki nie znajdziemy jakiegoś sposobu na zapobieganie chorobom, a nie konieczność ich leczenia.

Proszę państwa, to zdjęcie przedstawia pierwszą piątkę chorych po przeszczepieniu nerki. Zabieg wykonał zespół, siedzą na tej sali, pana profesora Nielubowicza i profesora Orłowskiego, w tym starym, rozwalającym się budynku, który nadal istnieje, kwitnie i prowadzi aktywną działalność.

Cała metoda leczenia, która dawno przestała być osiągnięciem pojedynczych osób, poszczególnych ośrodków czy miast, jest po prostu rutynowym sposobem leczenia. Nie byłaby możliwa bez osiągnięć szeregu ludzi, których nazwiska tutaj państwu przedstawię. Co najmniej trzech z nich stało się laureatami Nagrody Nobla. Najpierw słynny francuski chirurg, który pracował w Stanach Zjednoczonych, Alexis Carrel, a który przygotował teoretyczne podstawy przeszczepiania narządów. Kolejny laureat Nagrody Nobla, biolog, profesor Medawar. Holender Kolf, którego wojna zapędziła do Stanów Zjednoczonych i wymyślił sztuczną nerkę, dzięki której możliwe jest leczenie nerkozastępcze. Przedostat-

ni laureat Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny profesora Murray'a, który wykonał pierwsze lub jedno z pierwszych przeszczepienie nerki między bliźniętami jednojajowymi, wspomniane przez panią profesor Kuratowską.

I wreszcie nazwiska pionierów chirurgicznych i immunologicznych. Ci ludzie położyli ogromny wkład w rozwój immunologii transplantacyjnej. Ale to jest rodzaj sprzężenia zwrotnego, ponieważ immunologia w ogóle i nauki kliniczne rozwinęły się dzięki transplantologii. A transplantologia oczywiście zawdzięcza bardzo wiele immunologii.

Profesor Barnard, który jest tutaj z racji faktu, który miał miejsce, ale tak naprawdę to Norman Shamway był tym, który opracował technikę i który przygotował się i cały zespół do przeszczepienia serca u człowieka... Ludzie, którzy wymyślili jeden z przedostatnich leków immunosupresyjnych... Nie pokazuję tablicy z polskimi nazwiskami, które są wszystkim państwu znane. Profesor Orłowski, profesor Nielubowicz, profesor Religa, potem ich następcy.

Czy wolno, czy trzeba i czy warto przeszczepiać narządy? Jakie są szanse i bariery tej metody leczenia w Polsce? Z tego, co pani profesor powiedziała i co ksiądz profesor Ślipko powiedział, wygląda, że nie wolno i właściwie nie należy. Bo aktualny stan prawny jest taki, że wolno pobierać narządy od zmarłych, ale nie wiadomo dokładnie, jak to należy rejestrować. A poza tym nie ma, w sensie aktu prawnego, koncepcji i kryteriów śmierci. Nie wolno pobierać narządu od osoby żywej, bo jest to ciężkie uszkodzenie ciała. I nie ma metody, aktu prawnego, który zapobiega komercjalizacji. A zatem wszystko jest przeciwko nam. Tym niemniej jest to metoda praktykowana.

To skomplikowane przeźrocze pokazuje w skali lat akty prawne, o których mówiła pani profesor Zielińska i pokazuje państwu, kiedy poszczególne narządy i tkanki były w Polsce przeszczepiane. Proszę zwrócić uwagę, że w 1966 roku, kiedy była przeszczepiona nerka ze zwłok, nie było właściwie żadnego aktu prawnego, który pozwalała wykonanie tego zabiegu. To samo dotyczy pierwszego przeszczepienia szpiku, który profesor Jędrzejczak zrobił, przeszczepienia serca przez profesora Religę, przeszczepienia trzustki i przeszczepienia wątroby.

Czekamy wszyscy na ustawę transplantacyjną. Ona, oczywiście, ureguluje szereg aspektów prawnych, zwiększy bezpieczeństwo nas, którzy wykonujemy tę metodę leczenia... O czym myślę, powiem za chwilę... Ale zupełnie nie wpłynie na świadomość społeczną, któremu to zagadnieniu poświęcę za chwilę parę zdań.

Jaka jest skala problemu? Czy to jest w ogóle potrzebne? Proszę państwa, liczby dla krajów europejskich i świata wyglądają następująco. Jeśli chodzi o nerkę – 30-40 przeszczepień na milion ludności, serce 10-12 przeszczepień, w krajach europejskich zwykle wykonuje się około 8, wątroba – 16. Pomijam sprawę trzustki, bo nie jest to przeszczepienie, które daje życie, ale które leczy choroby i poprawia jakość życia.

Tutaj na przeźroczu przedstawione są lata, kiedy były wykonane w Polsce pierwsze zabiegi. Wykonano łącznie w Polsce ponad 3700 przeszczepień nerek, ponad 300 przeszczepień serca i trochę przeszczepień wątroby i trzustki. To są liczby z roku 1994. Jest o dziesięć więcej, jeśli chodzi o serce. W nawiasie mają państwo podane liczby, czysto teoretyczne, ilu chorych żyłoby dzięki przeszczepieniu nerki, gdybyśmy od początku tej

metody leczenia pokrywali zapotrzebowanie. Oznacza to, że 26 tysięcy osób zmarło, ponieważ nie byliśmy w stanie zapewnić im leczenia.

To jest przykład skali zapotrzebowania na przeszczepianie nerek w Polsce. Żółty obszar to jest liczba ludzi dializowanych w Polsce w poszczególnych latach... Nie co roku nowych, tylko wszystkich dializowanych. Zielonym kolorem oznaczono tych spośród dializowanych, którzy zostali zakwalifikowani do przeszczepienia. Proszę zwrócić uwagę, że tylko połowa. Dlaczego tak mało? Dlatego, że tak długo się czeka w Polsce na przeszczepienie, że... przestaje się być kandydatem do przeszczepienia. I czerwony obszar, to jest liczba wykonanych zabiegów.

Jak zatem państwo widzą, szansa życia jest niewielka, bo umieralność z powodu chorób nerek – a te dane znamy, nie znamy dokładnych danych epidemiologicznych dotyczących serca i wątroby – wynosi około 3,5 tysiąca osób rocznie.

Wolne miejsca w stacjach dializ... Bo tylko tą drogą można mieć przeszczepioną nerkę. W wyniku udanego przeszczepienia nerki, zakładamy, że 80% przeszczepów działa po roku, zatem 80% miejsc zwalnia się – to jest 300. W wyniku zgonów chorych leczonych dializami 10% chorych umiera – 334... Powiedzmy, że byłoby nawet 50 nowych miejsc dializacyjnych... W jednym roku jest więcej, w drugim mniej, w sumie możemy co roku zapewnić życie 680 osobom, co oznacza, że 70% ludzi musi umrzeć. I my, nie etycy, filozofowie, Kościół, prawnicy, tylko my, lekarze, musimy im to powiedzieć: przepraszam, musi pan umrzeć, bo nie mamy możliwości leczenia.

Proszę państwa, to już jest truizm dla tego zgromadzenia, ale pokazuję to po to, żeby zwrócić uwagę, że od dawcy żywego pobiera się już na świecie trochę więcej niż tylko jeden z narządów parzystych, bo pobiera się segment trzustki, segment wątroby i segment płuca. A od osoby zmarłej, czyli tej, u której doszło do zatrzymania krążenia, lub tej, u której doszło do śmierci mózgowej, pobiera się tkanki i narządy. Przy tym po zatrzymaniu krążenia można pobrać tylko nerki i tkanki. Po stwierdzeniu śmierci mózgu pobiera się wszystkie pozostałe narządy.

A zatem, jest to zdanie powtarzane przez każdego z nas przy okazji jakiegokolwiek wystąpienia, ale musi ono dotrzeć do świadomości społeczeństwa, człowiekiem zmarłym jest nie tylko ten, u którego doszło do zatrzymania krążenia krwi, ale również ten, u którego doszło do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, mimo faktu, że sztucznie podtrzymywane jest krążenie.

Kryteria rozpoznania śmierci pnia mózgu są bardzo dobrze opracowane. I teraz powiedziałbym coś bardziej niemedycznego... Bo tutaj, na przeźroczu, mają państwo podane te kryteria. Rozpoznanie zgonu człowieka musi opierać się na jakiejś koncepcji, której muszą towarzyszyć kryteria. Bardzo słynny neurolog brytyjski, profesor Tavis, który dwanaście czy trzynaście lat temu opracował kryteria śmierci pnia mózgu, w bardzo pięknym wykładzie powiedział, że istnieje cały szereg – wszystkie one są bardzo stare – koncepcji śmierci. Jedną z nich jest ta: z prochu powstałeś, w proch się obrócisz. Tylko, że koncepcji muszą towarzyszyć kryteria. Musimy umieć rozpoznać. Wiemy, że po zatrzymaniu serca, wszyscy chirurdzy to widzieli, jelita ruszają się przez jakiś czas, paznokcie rosną podobno przez 2-3 dni, poszczególne tkanki jeszcze żyją, ale człowiek nie żyje i jego serce nie bije.

Druą koncepcja – człowiek umiera... Koncepcja wyznawana przez ludzi wierzących różnych religii... Człowiek umiera wtedy, kiedy dusza opuszcza ciało. Tylko, wchodzę na bardzo śliski temat w obecności duchownych, musielibyśmy wiedzieć co jest siedliskiem duszy.

Rozpoznaniu śmierci pnia mózgu, w oparciu o koncepcję śmierci mózgowej, towarzyszą określone kryteria. Jesteśmy w stanie na tej podstawie rozpoznać zgon człowieka. Muszą być spełnione warunki bezwzględne. Nie wchodzę w szczegóły medyczne – chory jest nieodwracalnie nieprzytomny i sztucznie wentylowany. Znane jest rozpoznanie. Wykorzystano wszystkie dostępne metody leczenia. Wykluczono sytuacje wyjątkowe – zatrucia, hipotermie, zaburzenia metaboliczne. I wówczas, jeżeli dwukrotne badanie kliniczne wykazuje brak odruchów z pnia mózgu, nie ma potrzeby wykonywania innych badań dodatkowych. Jeżeli potwierdzimy, że czynność oddechowa nie wraca, wykonując specjalny test, komisja ma prawo rozpoznać zgon człowieka, odłączyć respirator i wypisać kartę zgonu.

To oczywiście jest jeden z najtrudniejszych problemów, obok pojęcia zgody domniemanej, które czekają nas wszystkich w obliczu legislacji ustawy transplantacyjnej. Jakie są kryteria dawcy narządu lub dawcy narządów, jeśli mówimy o pobieraniu ze zwłok?

Wiek 5-70 lat. Była mowa o pięciu latach w pierwszym referacie. Dlaczego nie poniżej? Po prostu dlatego, że brak w piśmiennictwie dostatecznie dużych serii, w których widziano chorych umierających, gdzie byłyby dowody, w jaki sposób rozpoznawać śmierć pnia mózgu u dzieci. Aczkolwiek w niektórych krajach jest to robione. To nie jest tylko kwestia bezmózgowców. Ale zgadzam się oczywiście, że po zgodzie dziecka mogłyby żyć inne dzieci, gdyby dostały jego narządy.

Zgon następuje w następstwie urazu choroby naczyniowej mózgu lub pierwotnego nowotworu mózgu. Nie może człowiek, który zmarł, mieć żadnej innej choroby nowotworowej, zakażenia bakteryjnego lub wirusowego, ani wad rozwojowych lub następstw urazu narządu, który miałby ulec przeszczepieniu.

Wykonano już tysiące zabiegów. Powodzenie tego zabiegu zależy od całego szeregu czynników, od doboru immunologicznego, od właściwego klinicznego doboru narządu dawcy do odpowiedniego biorcy. Właściwie te dwa punkty powinny wystarczyć do uspokojenia wszystkich emocji i podejrzeń o komercjalizację. Bo nie jest możliwe wyjęcie narządu i przeszczepienie go swojemu znajomemu za pieniądze, dlatego że trzeba ich dobrać. A poza tym do tego potrzebne są zespoły. Następnymi czynnikami są zapobieganie następstwom niedokrwienia, właściwa immunosupresja, rozpoznawanie i leczenie odrzucenia, które czasami sprawia wrażenie wietrznej ospy, bo mija bardzo szybko, a czasami prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia narządu, zapobieganie zakażeniom, i wreszcie właściwa technika chirurgiczna.

Jak skuteczne jest to, co w Polsce robimy? Podane tutaj liczby dotyczą przeżycia pacjentów z czynnym przeszczepem – po roku, po trzech i po pięciu latach. Jeśli chodzi o nerkę, chorych żyje więcej. Mówimy zatem o przeżyciu chorych z czynnym przeszczepem. Po przeszczepieniu nerki – 80% po roku, 68% po trzech, 65% po pięciu latach. Serce – 80-70%. To są wyniki osiągnięte przez zespół profesora Religi i profesora Działkowiaka.

Za mało jest chorych, żeby móc statystycznie powiedzieć, jaka jest w Polsce szansa życia pięć lat.

Zwracam uwagę na te liczby, ponieważ przypomnę je wtedy, kiedy będziemy mówili o barierach. Są to wyniki lepsze niż u całego szeregu chorób nowotworowych, a nikt nie protestuje przeciw ich leczeniu. I są to wyniki lepsze niż wyniki leczenia całego szeregu innych chorób — wad wrodzonych u dzieci, chorób psychicznych.

I jeszcze może tylko dla przypomnienia. Potrzeby na milion ludności są takie... A wykonujemy osiem przeszczepień nerek na milion, 1,5% wykonano w roku ubiegłym, jeśli chodzi o serce. I 0,25% na milion, jeżeli chodzi o wątrobę.

A zatem jest to rutynowa metoda leczenia, ale w Polsce budzi ciągle trochę kontrowersji. I to w bardzo różnych środowiskach. Jakie są bariery? Po pierwsze, niepełna akceptacja społeczna — być może i, częściowo, środowiskowa — tej metody leczenia, o czym mówił pan doktor Wichrowski, jak również koncepcji śmierci mózgu. Problemy obyczajowo-etyczne, nieprecyzyjność przepisów prawnych... Przy tym ja bym nie uważał, że wprowadzenie ustawy natychmiast usunie wszystkie bariery.

Za bardzo dużą barierę uważam brak oficjalnego stanowiska Kościoła katolickiego. I tu muszę powiedzieć z wielkim żalem, Księżo Profesorze, bo jest dzisiaj ksiądz profesor wysłannikiem Kościoła, że od czterech lat staraliśmy się dotrzeć do kardynała Glempa... My, jako środowisko transplantacyjne... Dotrzeć z prośbą... Marzył nam się list pasterski, który byłby przeczytany na ambonach wszystkich kościołów w Polsce. Nie udało nam się uzyskać odpowiedzi.

Ostatnio, przed pół rokiem Jego Eminencja kardynał Gulbinowicz, który brał udział w takim spotkaniu we Wrocławiu i przyjął nas na audiencji, obiecał, że pomoże nam w uzyskaniu wypowiedzi nie kardynała Glempa, ale Episkopatu Polski.

Ponieważ wybitni przedstawiciele Kościoła, jest ich bardzo wielu... Znam dwóch, których chciałem zacytować — ksiądz profesor Gubała, ksiądz profesor Tischner — publicznie wielokrotnie mówili o tym, że jest to moralnie... My nie szukamy usprawiedliwienia moralnego, Księżo Profesorze. Moralnie naganne byłoby nie korzystanie z tej metody leczenia. Co więcej, ksiądz profesor Gubała cytował... Nie znam źródeł... Cytował materiały z międzynarodowej konferencji teologów katolickich, która zaakceptowała stwierdzenie, że człowiek umiera, kiedy umiera jego mózg.

A zatem, jeżeli Kościół za granicą i Papież mogą oficjalnie coś powiedzieć, to wydaje mi się, że byłoby bardzo dobrze — mówię to z gorącą prośbą do księdza profesora — żeby Episkopat Polski zechciał zająć oficjalne stanowisko w tej sprawie.

Wracam do innych barier, przed jakimi stoi problem transplantologii... Niedostateczna aktywność z naszej strony. Następnie stosunek części środków przekazu, który czasami może być wspaniały, a czasami jest przerażający. I, na koniec, koszty leczenia. Jak powiedziałem, nikt nie neguje konieczności ani potrzeby leczenia chorych psychicznie, dzieci z wadami wrodzonymi, chorób nowotworowych. Dlaczego więc skazywać na śmierć ludzi, których można przywrócić do całkowicie normalnego życia za pomocą przeszczepienia narządu?

Przykład skargi matki, którą przed laty wysłała na mnie do prokuratora dzielnicowego w Warszawie. „Proszę o podanie nazwiska lekarza, drugiego mordercy mojego syna, który

okradł jego zwłoki, pobierając nerki”. Obaj biorcy żyją do tej pory, minęło już dziesięć lat. Nerki były pobrane w piętnaście minut po zatrzymaniu serca. Było to w roku 1984. A więc nie mieliśmy jeszcze możliwości rozpoznawania śmierci mózgu. I już chyba nikt nie miał wątpliwości, że ten biedny chłopiec nie żył.

Ale to jest przykład stanowiska części społeczeństwa. Inna część ma stosunek wspaniały. Są ludzie nastawieni niezwykle altruistycznie. Ale tego typu listy oczywiście utrudniają nam pracę. I to miałem na myśli, mówiąc o bezpieczeństwie personelu medycznego.

Tu pokazuję wyjątki z kilku tylko tytułów audycji lub z prasy. Dwie rzeczy, które dotyczą mediów. Pierwsza – to jest nieostrożność słowa, która zależy i od nas, i od dziennikarzy. Druga – to jest poszukiwanie sensacji. Przykłady nieostrożności słowa? Chore dzieci czekają na przeszczep wątroby, brakuje dawców... Brakuje narządów, nie dawców. Wszyscy mówimy, że jest niedobór dawców. Ale tak naprawdę brakuje narządów do przeszczepienia... U pana profesora Religi – cytuję to już po raz któryś, pan profesor to słyszał – umierał młody chłopak oczekując przeszczepienia serca. I w „Wiadomościach Telewizyjnych” o 19.30 jako pierwszą informację podano, że młody chłopak oczekuje na pilne przeszczepienie. Tego nie zrobił pan profesor, to zrobiła rodzina. I pokazano jego zdjęcie. Napisane było – poszukuje się dawcy grupy A+. Następnego dnia w klinice neurochirurgicznej w Warszawie chorzy zaczęli się wypisywać, uważając, że ich ktoś dobija.

I sensacja. Tytuły, które państwo mają wszędzie: „Czy w warszawskiej klinice kradną narządy do transplantacji?”. Jest to strasznie przykre, jeżeli człowieka dosięga artykuł o takim tytule. Pan profesor Szmidt wie to najlepiej. Gdybyśmy mieli dosyć pieniędzy, to powinniśmy w procesie cywilnym wywalczyć duże odszkodowanie od redaktora „Sztandaru Młodych”.

Wreszcie parę słów na temat postaw i świadomości. Krajowa Rada Transplantacyjna, której członkowie siedzą na tej sali, Fundacja „Polska Transplantologia” z pomocą Demoskopu, biura badania opinii publicznej... I tu, muszę się przyznać, popełniłem pewien nietakt wobec Demoskopu. Otóż zostawiłem w przedpokoju odbitki materiałów, które są, to bardzo dobrze, i na tej sali. Dziennikarze właściwie nie mają prawa ich wykorzystać, bo jest to własnością Demoskopu. Materiały te dostarczył mi 48 godzin temu. Podkreślam – jest to ich własność. Przepraszam, Pani Marszałek, to moja wina, ale jeżeli ma pani jakikolwiek wpływ na dziennikarzy, jeśli tacy są tutaj, to bardzo bym prosił, żeby zwrócili się do Demoskopu z prośbą o zezwolenie na opublikowanie.

Przedstawię tylko wyjątki. Przeprowadziliśmy badania opinii publicznej, lekarzy, studentów medycyny, pielęgniarek i studentów szkół wyższych.

Czy akceptujesz pobieranie od osób zmarłych narządów, nerki, serce i inne? Wszyscy lekarze, studenci akceptują. Studenci pozamedyczni trochę gorzej, ale też. To są wyniki sprzed dwóch dni. 75% ankietowanych, przygotowana socjologicznie ankieta Demoskopu, akceptuje pobieranie narządów, nie – 14%, 14, 14. Dla ciekawości podam, że Demoskop przygotował... To znaczy jest rozbitcie tego... Zadali bardzo ciekawe socjologicznie pytanie o praktyki religijne ankietowanych, praktyki religijne stałe, przypadkowe, jednorazowe, np. chrzest, ślub, oraz brak praktyk religijnych i „trudno powiedzieć”.

Te wyniki, oczywiście, można analizować w zależności od stopnia zaangażowania religijnego. Ja nie będę dzisiaj tego robił.

Czy zgodziłbyś się na oddanie swoich narządów po śmierci? Nerki prawie wszyscy, serce – też prawie wszyscy, inne narządy troszkę mniej, jeśli chodzi o studentów szkół wyższych poza medycznych. 70% procent zgadza się na oddanie swoich narządów po śmierci.

Czy protestowałbyś, gdyby lekarze zamierzali pobrać narządy po zgonie kogoś z twoich bliskich? Proszę państwa... Odpowiedź negatywna jest pozytywną w sensie przeszczepiania... „Raczej nie” i „zdecydowanie nie”, powiedzmy 50% jest nastawiona pozytywnie, a 30% – negatywnie. 15% nie wie, co by zrobiło w tej sytuacji.

Życie najbliższego krewnego, dziecka, matki, brata zależy od wykonania przeszczepienia nerki. 53% ankietowanych oddałoby własną nerkę do przeszczepienia, 23% wybrałoby przeszczepienie nerki ze zwłok, 7% za własne pieniądze pojechałoby za granicę i kupiłoby nerkę w celu przeszczepienia, a 17% nie wie, co by w takiej sytuacji zrobiło.

Kolejne dwie kwestie – śmierć mózgową. Lekarze akceptują, studenci pozamedycznych uczelni w znacznie mniejszym odsetku – 60%.

Badanie opinii publicznej sprzed 48 godzin. Lekarze rozpoznają zgon w momencie śmierci mózgu, czy postępują słusznie? 37% mówi, że tak, 22%, że nie, a 41% po prostu nie wie. I to te 41% musimy przekonać.

Druga sprawa – zgody domniemanej – budząca strasznie dużo emocji. Czy negatywny stosunek rodziny powinien rozstrzygać o rezygnacji z pobrania narządów? Studenci medycyny... 52% uważa, że zdanie rodziny przyjmuje się do wiadomości i nie należy go respektować.

Proszę państwa, to są wyniki z ostatniej ankiety. Człowiek za życia nie wyraził sprzeciwu, ale rodzina nie zgadza się po jego zgonie na pobranie. Czy wolno pobrać narządy? 26% ankietowanych odpowiedziało, że tak. 59%, że nie i 15% mówi, że nie wie, co w takiej sytuacji należy robić.

Ustawa transplantacyjna, którą pani profesor tak pięknie omówiła, a której pierwsza autorka pani doktor Dorota Safjan siedzi na sali... Tylko pewnie jest pani zdziwiona, jak bardzo to, co pani napisała, uległo zmianie w stosunku do tego, co jest teraz w Sejmie. Tak więc ustawa pięknie wszystko ureguje, tylko nie ureguje dwóch problemów, które bardziej związane są ze świadomością społeczną niż przepisami prawa, to znaczy akceptacji koncepcji śmierci mózgu i pojęcia zgody domniemanej i roli rodziny w tym względzie.

Przewodniczący Zbigniew Religa:

Dziękuję bardzo panu profesorowi. Dziękuję przede wszystkim dziennikarzom będącym na sali, że tę świadomość społeczną dzięki ich pracy będziemy mieli znacznie na wyższym poziomie. Proszę państwa, godzinna przerwa, do godziny 15.00. Dziękuję bardzo.

(Przerwa)

Przewodnicząca Zofia Kuratowska:

Przechodzimy do trzeciej części naszego spotkania. Żałuję, że bardzo dużo osób ubyło. Ta część na pewno będzie najciekawsza, ponieważ jest to dyskusja. O poprowadzenie tej dyskusji bardzo proszę pana posła Marka Balickiego, wiceprzewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia.

Przewodniczący Marek Balicki:

Bardzo serdecznie witam państwa. Jest dla mnie olbrzymim zaszczytem, że mogę przewodniczyć dyskusji w tak ważnej sprawie, jaką są problemy etyczno-prawne związane z transplantologią. Tym większy jest to zaszczyt, że w Sejmie rozpoczyna się właśnie praca nad projektem ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, i to rozpoczyna się w sensie dosłownym, bowiem w piątek wszyscy posłowie otrzymali druk nr 817, który zawiera rządowy projekt ustawy, o której mówimy. Moje przewodniczenie dyskusji jest poniekąd rozpoczęciem poselskiego udziału w pracy nad tą ustawą.

Zgodnie z programem, wprowadzenie do dyskusji, z punktu widzenia Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, wygłosi pan doktor Andrzej Malanowski. Proszę bardzo.

Doktor Andrzej Malanowski:

Z pewną treścią zabieram głos w tak szanownym gronie wybitnych specjalistów, a także z tego powodu, że mam przyjemność zastępować o wiele bardziej kompetentnego szefa. Jednakże, pozwolicie państwo, że zaprezentuję, jako prawnik, bez uzurpowania sobie prawa głoszenia kategoriycznych sądów, kilka refleksji wprowadzających.

Kwestia, jakiej chciałem dotknąć, to jest rola prawa i prawników w materii, nad którą dyskutujemy. Prawo zajmuje się tymi kwestiami i są one ważne także z perspektywy praw obywatelskich. To ma swoje zaczepienie w aktach prawa międzynarodowego, ratyfikowanych przez Polskę, że wymienię choćby art. 2 Konwencji Europejskiej, czy art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, które mówią o ochronie prawa do życia. Oczywiście, materia, na temat której się debatuje, to jest jakiś wycinek tamtego szerokiego problemu. W prawie międzynarodowym, w innych aktach, mamy też normy odwołujące się do prawa do ochrony zdrowia. Mamy to prawo także w naszej konstytucji. W takim czy innym kształcie będzie ono zapewne w przyszłej konstytucji. To wszystko stwarza pewne bardzo generalne ramy do unormowań dotyczących problemów transplantacji.

Chcę na początku powiedzieć, że prawnicy powinni tutaj, moim zdaniem, być niezwykle skromni i powinni uświadamiać sobie swoją wybitnie służebną rolę wobec innych dyscyplin. W pełni zgadzam się z tezą, którą pan profesor Rowiński tutaj zgłosił – to, że jest takie prawo, jakie w tej chwili jest, to specjalnie medyków, i na szczęście, nie powstrzymuje. Bo to przede wszystkim jednak medycy są kompetentni, żeby decydować, i to oni muszą podejmować w praktyce te bardzo trudne i odpowiedzialne decyzje.

O ile zatem generalnie prawo jest, powiedziałbym, służebne, na innych może odcinkach prawnicy mogą się wypowiadać w sposób bardziej autorytatywny, to tutaj muszą podchodzić z wielką pokorą. To, czym mogą służyć medykom, wydaje mi się, jest przede

wszystkim doświadczenie prawnicze co do procedur, które – na skutek ich przestrzegania – mogą ustrzec od popełniania błędów, od takich działań, którymi popadaliby w kolizję z tymi tak bardzo generalnymi normami, o których wspominałem, normami o prawie do życia, normami o prawie do ochrony zdrowia.

Z wszelkimi prawami jest nieco tak, jak ze stosunkiem norm konstytucyjnych do już konkretnych ustaw. W istocie konstytucja, bardzo ważny akt, ale w przypadku braku przepisów wykonawczych często najlepsze prawa zawisają w próżni. Bywały i takie głoszone przez prawników poglądy, często może zbyt kategorycznie, jakoby na podstawie samej konstytucji nie można wydać wyroku. Jest w tym jakaś prawda, może nie zawsze precyzyjna, bo to zależy także od tego, jaka jest konkretna konstrukcja normy konstytucyjnej. Mnie się wydaje, że jeżeli mówimy, że prawnicy mogą służyć przede wszystkim swymi radami, doświadczeniem, co do procedur prawnych, jakie są tu niezbędne, to jednocześnie w tych procedurach zapewne jest łatwiej o *consensus* niż w kwestiach merytorycznych. I te decyzje, co do *meritum*, spoczywają już na przedstawicielach nauk medycznych i innych nauk przyrodniczych.

Wydaje się, że trzeba mieć pełną świadomość, że skuteczność prawa dla przecinania kontrowersyjnych problemów moralnych jest wątpliwa. Samo przekonanie większości nie jest wystarczające dla przymuszania – przy pomocy prawa – do przyjęcia nie akceptowanych przez mniejszość sądów moralnych. Tu, gdzie w grę wchodzi przenoszenie sądów moralnych, a często jest to nieuniknione, często jest to konieczne, gdzie dochodzi do przenoszenia moralności na język prawa, wtedy ta moralność, zdaniem niektórych, przestaje istnieć. Przetworzona w normę prawną moralność jest już tylko wartością zapisaną w prawie. Nie ma moralności, jeśli stoi za nią przymus.

Tutaj to poszukiwanie uzgodnień nie może się odbywać w sposób, powiedziałbym, prymitywny. Trzeba brać pod uwagę różne racje, wykraczając poza własne polskie podwórko, jak sądzę, i sięgać do Europy, do świata, i widzieć, że te rozwiązania bywają różne i że żadnych racji nie można z góry przekreślić, a zwłaszcza nie można przekreślić ich przy pomocy, takich zdawało by się, prostych parlamentarnych metod, zwykłego przegłosowania. Mamy większość i problem moralny jest z głowy.

Wielokrotnie tutaj podnoszony był problem definicji śmierci. Tak się składa, proszę państwa, że niegdyś, kiedy parąłem się pracą uniwersytecką, używałem wielokrotnie wobec moich studentów tegoż pojęcia, wyjaśniając, że prawo nie definiuje śmierci, że prawo używa śmierci jako pewnego pojęcia, które znajduje swoje zdefiniowanie w naukach medycznych, i że to pojęcie, oczywiście, zmieniało się. Państwo jesteście o wiele bardziej kompetentni. Definicja dzisiaj powszechnie przyjmowana, może być przez prawo tylko, jak sądzę, przyjmowana do wiadomości i to, co prawo może, jak sądzę, to po prostu w pewien urzędowy sposób promulgować, ogłosić medyczną definicję. Ale nie sądzę, iżby prawo miało tutaj tę moc samoistną, kreatywną.

Jeżeli już mówimy o definicji śmierci, którą państwo medycy przyjmujecie, jako ten moment ustania pracy mózgu czy pnia mózgowego, to chciałem uczynić tu pewną refleksję, która, jak sądzę, wiąże się także z problemami transplantologii. Użyto tutaj przypadku płodu bezmózgowego i ewentualnej dopuszczalności użycia tkanek czy organu

tego płodu na potrzeby transplantacji. Otóż ja kiedyś na łamach „Gazety Lekarskiej” prowadziłem taką drobną polemikę, w innej nieco kwestii, na temat definicji życia. Pozwoliłem sobie na sformułowanie poglądu, że to, czego prawo czy prawnicy wymagają od medyków, to pewnej konsekwencji. Jeżeli uznaje się za moment śmierci człowieka ustanie pracy mózgu, to dla mnie, jako prawnika, jest wielką niekonsekwencją przyjmowanie, że – w pełnym tego słowa znaczeniu – życiem ludzkim jest biologiczne życie bezmózgowego płodu.

Takie z jednej strony definicyjne, powiedziałbym, przyjmowanie, że ustanie pracy mózgu jest momentem śmierci człowieka, a z drugiej strony, że płód bezmózgowy nie jest tylko życiem biologicznym, ale życiem ludzkim, wydaje mi się pozostawać w sprzeczności. Jakie są konsekwencje przyjęcia koncepcji jednolitej, spójnej dla potrzeb transplantologii, to nie muszę chyba w tym gronie szczegółowo wyjaśniać.

Z problemami transplantacji wiąże się szereg znaków zapytania, na które nie będę nawet próbował odpowiedzieć, bo byłoby to pewną arogancją. Ale są to pytania, które należy stawiać. Muszą sobie je stawiać i prawnicy, i medycy. Jednym z tych ważnych problemów, to jest właśnie problem, na ile prawo może zakazać żywemu dawcy oddawania własnych tkanek czy narządów dla ratowania życia innej osoby? Jest to dylemat moralny i dylemat prawny. Znowu nie wydaje mi się, że prawo jako takie mogłoby tutaj zbyt kategorycznie i kazuistycznie rozstrzygnąć ten problem. To jest raczej miejsce dla rozstrzygnięć moralnych, dla decyzji opartych o osąd moralny. Oczywiście, prawo musi jeden warunek absolutnie niezbywalny zapewnić, że transplantacja od żywego dawcy nie może się odbywać bez jego zgody. To jest, moim zdaniem, jako prawnika, absolutnie absolutnie bezdyskusyjne.

W sprawie następnych, bardziej szczegółowych zakazów, które mogłoby prawo formułować, to widzę tu pole do bardziej już skomplikowanych dyskusji, łącznie z pytaniem, czy żywy i w pełni świadomy dawca nie może podejmować decyzji o oddaniu swych tkanek czy narządów, nawet w sytuacji, kiedy istnieje poważne zagrożenie, ryzyko dla jego zdrowia i życia? Czy prawo może tutaj bardzo stanowczo wkraczać, powiem przekornie, jako *advocatus diaboli*, jeżeli nie zakazuje ono samobójstwa, nie karze samobójców? To, czy dyspozycja prawna, podyktowana postawą jak najbardziej altruistyczną, może tutaj zakazowo wkraczać? Czy ja nie mam prawa oddać, ryzykując nawet własne życie, własnego organu dla mego dziecka, dla matki? Czy prawo może mi tego zabronić? Nie potrafię na to odpowiedzieć i sądzę, że, o czym mówiono dzisiaj na tej sali, należy wystrzegać się zbyt kategorycznych i generalizujących rozstrzygnięć, a osądzać i rozstrzygać konkretne kazusy. Tego rodzaju postawa jest postawą słuszną. To, co pan doktor Marek Wichrowski mówił w swoim referacie, na stronie 4... W pewnych sytuacjach automatyczne rozwiązywanie problemu zapisem ustawy jest błędne. W pełni podzielam taki punkt widzenia.

Tak jak sądzę, że prawo powinno tutaj być służebne, tak w referacie pana profesora Rowińskiego pojawił się wątek, iż niezwykle ważne są działania wspierające przemiany świadomościowe. Właśnie to jest to... Żebyśmy wiedzieli, że nie da się załatwić kwestii ani nakazem, ani zakazem, ani lepszą czy gorszą normą prawną, bo o wiele więcej

uwarunkowań jest w sferze świadomościowej. W pełni zgadzam się z tym poglądem, iż niezwykle ważne było by tutaj stanowisko Kościołów i związków wyznaniowych, odpowiadające na pewne pytania i propagujące w pewien sposób postawy wysoko oceniane ze względów moralnych. To stanowisko Kościołów i związków wyznaniowych, a zwłaszcza Kościoła katolickiego, jako największego, o największym wpływie, jest tutaj niezwykle potrzebne i może być niezwykle przydatne.

To jest, proszę państwa, pewna garść refleksji na gorąco zaprezentowanych i na tym skończę. Przepraszam, że na tym skończę, ale sądzę, że jest tutaj wiele osób o wiele bardziej ode mnie kompetentnych.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu doktorowi Andrzejowi Malanowskiemu za interesujące wprowadzenie i przechodzimy zatem do dyskusji.

Na początku parę uwag technicznych. W tej chwili mam zapisanych do głosu pięć osób. Na dyskusję mamy około półtorej godziny. Na razie, wydaje się, nie ma potrzeby ograniczania czasu poszczególnych wystąpień. Sądzę, że nie zabraknie czasu dla wszystkich, jeśli wystąpienia nie będą dłuższe niż dziesięć minut. Prosiłbym o zabieranie głosu z miejsca. Każdy z państwa ma przed sobą mikrofon. Proszę o zgłaszanie się w dowolny sposób, z miejsca czy na karteczkach. Zaraz będę zapisywał. Pierwszy do głosu zapisany jest pan profesor Orłowski.

Profesor Tadeusz Orłowski:

Na prawie w ogóle się nie z nam. Z etyką też jestem, może jak każdy człowiek, na bakier, ale chciałem się z państwem podzielić uwagami człowieka, który obok profesora Nielubowicza, najdłużej się tym tutaj zajmuje, ponad 30 lat. Przede wszystkim w imieniu profesora Nielubowicza i swoim chciałem podziękować pani marszałek za to, że w ogóle zorganizowała to seminarium, dlatego, że to może być rzeczywiście przełom w tym wszystkim. O ile wiem, to wszystko jest stenografowane, więc kilka może uwag rzeczowych, sprostowań.

Mianowicie, jeżeli chodzi o piękny referat pana profesora Ślipko, to chciałem zwrócić uwagę, że jeszcze jeden papież poparł bardzo silnie transplantologię. Byłem przy tym obecny. To było w czasie zjazdu towarzystwa transplantacyjnego w Rzymie. W pewnym momencie przerwano obrady i przewodniczący powiedział, że jedziemy do Watykanu. Jan Paweł I, o ile dobrze pamiętam on był wtedy papieżem, 5-10 minut przemawiał, że transplantacje są uzasadnione, że należy to uważać za szczyt altruizmu. To jest pierwsza uwaga.

Druga uwaga. Chciałem powiedzieć przede wszystkim, że pani profesor Zielińska wspaniale przedstawiła nasze, z głównych rycerzem Janem Nielubowiczem, boje – z ówczesną prokuraturą, z Sądem Najwyższym, i ministerstwami, bo nawet Ministerstwo Kolejnictwa zabierało głos, i budowlani... Wszystkie, które były reprezentowane w służbie zdrowia. I rzeczywiście nas to śmieszyło, bo mówiono tkanki... a narząd... A narząd

to przecież też jest tkanka, on się składa z tkanek, ale tego prawnikowi wytłumaczyć się nie da. Z tego jest praktyczny wniosek dla nas, że trzeba uważać na każde słowo. Bo każde słowo, które dla laika może się okazać zrozumiałe, to prawnik potrafi potem, jak państwo wiedzą, znakomicie wymanewrować nie w tę stronę co trzeba. To jest druga sprawa.

I jeszcze jedno chciałem powiedzieć w obronie mojego przyjaciela profesora Kolfa. On wynalazł i stworzył nerkę pod okupacją niemiecką w Holandii. On tę nerkę tam zrobił i dopiero po wojnie wysłał trzy nerki. Jedną do Stanów Zjednoczonych, drugą do Krakowa... Kiedy się spotkaliśmy on mnie zobowiązał do tego, żebym się dowiedział się, co się stało z tą krakowską nerką. Udało mi się tylko tyle dowiedzieć, że była skierowana do kliniki urologicznej dla jakiegoś tam pacjenta i że nigdy nie była używana. Ponieważ ta nerka troszeczkę przypominała bęben do prania więc myślę, że pewnie prano w niej bieliznę. Ale tego nie potrafię powiedzieć z pewnością. W każdym razie Kolf to zrobił w najcięższym dla swojego życia okresie, w czasie okupacji niemieckiej w Holandii.

Wszyscy, tak jak tu siedzimy, zgadzamy się chyba na dwie rzeczy. Prawo nie może być dokładne, bo nie ulega wątpliwości, że nie nadaża ono za życiem. Życie zawsze wyprzedza prawo. Na podstawie tego, co się w życiu dzieje, pewnych zjawisk, dopiero się tworzy prawo. I, proszę państwa, komu przyszłoby do głowy, żeby oprotestować, z wyjątkiem Świątyni Dnia Ostatniego, przetaczanie krwi. Przetaczanie krwi to jest transplantacja. To jest transplantacja tkanki. Skąd się to wzięło? Stąd, że przede wszystkim transplantacja serca... Jak państwo wiedzą, przecież w sercu wszystko się mieści, więc jak można człowiekowi przeszczepić serce, to może... i uczucie się przeszczepi... To są wszystko zabobony, z którymi trzeba, niestety, walczyć.

Ponieważ w tej chwili wiemy... Już w ciągu tworzenia się tej ustawy zaszło szereg takich zmian, które trzeba w jakiś sposób w niej uwzględnić. Pierwsza zmiana, jeżeli chodzi o żywych dawców. Teraz wiadomo, że wyniki uzyskiwane u odpowiednio dobranych, niespokrewnionych żywych dawców, są tak samo dobre jak i przy spokrewnionych żywych dawcach, a mogą być i lepsze. To zależy jakie tam się znajdują haplotypy, od doboru immunologicznego. Więc mnie się zdaje, że nie wolno ograniczać... Nie mogę mówić, że niektóre... jużuwzględnione w tej ustawie... Znam tylko pierwszą wersję. Ale nie wolno ograniczać żywych dawców tylko do rodziny. Były takie pomysły, że mąż żonie może, a kochanek żonie już nie może, na przykład.

Wiadomo w tej chwili, że na pewno... Doświadczenia są już dostatecznie duże, zwłaszcza w Ameryce Południowej, bo tam najczęściej tego typu zabiegi się wykonuje... Zabiegi transplantacyjne między niespokrewnionymi osobami żywymi są takie same jak u spokrewnionych. Poza tym, proszę państwa, jak prawo jest niekonsekwentne! Mamy przecież, to jest opracowane przez najwyższe autorytety prawne... Nie jestem prawnikiem, ale np. art. 12 – „każda osoba ma prawo do poszanowania jej życia prywatnego w dziedzinie zdrowia”. W kwestii zdrowia może robić co chce. Jeżeli ma prawo do tego, to dlaczego nie ma prawa sprzedać swojego narządu? Gdzie tu jest logika?

Jako członek towarzystwa transplantologicznego nie mogę brać udziału w handlu narządami, bo mnie by z tego towarzystwa wyrzucili. Ale to stworzyły pięknoduchy amerykańskie i angielskie, gdzie nie ma nędzy. Jeżeli widzę, jaka jest nędza w Indiach,

czy gdziekolwiek w Afryce, i jeżeli rodzice chcą tam sprzedać swój narząd, żeby dzieci jakoś wychować, to z jakiej racji my mamy prawo zabraniać im zrobienia tego? Dlaczego mamy prawo zmuszać strażaka do tego, żeby skakał do ognia, i dlaczego mamy prawo zmuszać człowieka, żeby szedł na wojnę, a dlaczego nie mamy prawa pozwolić jemu sprzedać swój narząd? To jest jego prywatna sprawa. Tutaj absolutnie się nie zgadzam z tym. Wiem, że jestem odosobniony w tym towarzystwie, ale uważam, że każdy człowiek ma prawo dysponować swoim narządem. Jeżeli mogę sprzedać swoją pracę, proszę bardzo. Jeżeli mogę sprzedać swoją krew, a mogę... Tylko ludzie mówią, że mogę sprzedać krew, bo krew mi się odrodzi. Ale my mówimy przecież dawcom, że on może oddać nerkę, bo z tą nerką można żyć. Gdzie tu jest jakakolwiek logika?

Mnie się zdaje, że tam, gdzie jest prawo, to nie powinny decydować uczucia, idee, bo nie ma nic gorszego niż idee, jak państwo sami wiedzą, jako politycy. Myślę, że tutaj tego państwo nie mogą w tej chwili zmienić, dlatego że to jest wbrew wszelkim przepisom jakie są, i w środowisku lekarskim, i prawniczym, i w WHO itd., itd. Chcę jednak zgłosić *votum separatum*. Uważam, że nikt nie ma prawa zabronić mi sprzedać moje własne nerki, jeżeli ja tego chcę. Co to kogo obchodzi?

Następna sprawa. Ankiety. Bardzo je cenię, tylko w nie nie wierzę. Dlaczego? Dlatego, że ludzie mają olbrzymią skłonność do samookłamywania się, ludzie się samookłamują. Jeżeli się spytać, czy byś oddał nerkę, to oczywiście on by oddał. Dlaczego nie? To go nie kosztuje. Przypomnę panu profesorowi Rowińskiemu czy Szmidtowi, już nie pamiętam, taką historię, gdzie lekarka, chyba pani docent pediatrii, była entuzjastką transplantacji do chwili, kiedy ktoś z jej najbliższych zmarł na Banacha. Poproszono ją, żeby dała zgodę na pobranie narządów i ona absolutnie się sprzeciwiła. Tak to z tym jest. Poza tym, daję inny przykład, na całym świecie, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, liczba dawców żywych wynosi dwadzieścia parę procent, a w Polsce nie wiem, czy jest nawet pięć procent, pewnie nie... Pół procenta. Gdzież więc ten altruizm, gdzie on się podział, jeżeli z ankiet wynika, że – ho, ho – każdy by dał, a tak naprawdę, to nie.

Żyjemy w takim miejscu świata, gdzie ludzie nawzajem się bezwzględnie wyrzynają, bo jesteśmy na poligonie, i dlatego to życie ludzkie nie ma tak dużej wartości. Dlatego te uczucia rodzinne w Polsce są mało rozwinięte. Zresztą gdyby tak było naprawdę, jak jest w ankietach, to by nie było aż takich trudności w uzyskiwaniu narządów. Oczywiście, pan profesor Rowiński ma rację, że trzeba nacisk położyć na tych, którzy mówią, że nie wiedzą. Tu jest najlepszy punkt naszego działania. Trzeba przekonać tych, którzy wiedzą. I trzeba przekonać, żeby ludzie słuchali swoich przełożonych. Rozumiem, że jeżeli trzech papieży twierdzi, że trzeba dawać nerki, to sądzę, że powinien się wypowiedzieć oficjalnie w tej sprawie Kościół. W związku z tym, że jest taka ustawa transplantacyjna, to powinien Kościół, tak jak profesor Rowiński mówił, zabrać oficjalne stanowisko z poparciem tego, i to na pewno bardzo dużo zrobi. Bo w tej chwili dla przeciętnego człowieka to lekarze gonią człowieka, żeby go zabić i przeszczepić nerkę.

Czy państwo sobie nie zdają sprawy, a propos lekarzy, jaka to wszystko jest trudna sprawa? Ile oni w to pracy muszą włożyć, a dostają za to miesięcznie, przepraszam, mniej niż pani, która tu w szatni siedzi.

Poza tym chciałem zwrócić uwagę też na taką rzecz, której nie da się prawnie załatwić, mianowicie presja moralna. Bywa w ten sposób, że jest rodzina wielodzietna i rodzice wybierają: ty kochasz przecież swoją siostrę, dasz jej nerkę i on się wtedy godzi, bo jest pod presją moralną. I tu też żadne prawo tego nie ureguluje. My z profesorem Nielubowiczem mieliśmy zasadę, że jak rozmawialiśmy z taką osobą, to mówiliśmy: proszę pana czy proszę pani, wiemy, że jest presja. Jeżeli pani nie chce dać tej nerki, to my powiemy, że pan się nie nadaje. I bardzo często się okazywało, że chory się nie nadawał... To jest jeszcze jeden dowód, jak trudno tutaj rozstrzygać sprawy.

Mam też zastrzeżenia, proszę państwa, co do młodocianych dawców, dlatego że trudno przewidzieć, czy człowiek kilkunastoletni... On naprawdę ma decydować... Wszystko jedno, jak to się zapisze w prawie, ale – czy on jest już dostatecznie dojrzały? Możemy powiedzieć, na podstawie badań na dużych populacjach, bo jest cały szereg dawców, którzy dawaliby jedną nerkę... I po dwudziestu, trzydziestu latach są badani, jak też ta jego nerka funkcjonuje. Okazuje się, że ona zupełnie wystarcza, że tam prawie nigdy nie ma białkomoczu, prawie nigdy nie ma nadciśnienia, w każdym razie nie częściej niż u osoby, która ma dwie nerki. Bo ta nerka po prostu bardzo szybko przerasta. Tak, że tutaj możemy sobie śmiało powiedzieć, że jeżeli chodzi o przeszczepianie nerki, to na pewno przez co najmniej trzydzieści lat nie daje większych...

Przypominam sobie, że chyba w 1962 roku, nie, to było w 1967 lub 1968 roku, z profesorem Nielubowiczem zorganizowaliśmy w Polskiej Akademii Nauk taką samą konferencję na temat etyka a transplantacja. Wszyscy państwo pamiętają profesora Kotarbińskiego, który był dla nas najwyższym autorytetem moralnym, przynajmniej dla mnie dalej nim jest. Przypominam sobie, jak ten siwy pan, bijąc pięścią w stół mówił: „dość kultu trupa!”. Dość kultu trupa. Trzeba absolutnie zmienić stosunek do zwłok. Ktoś z państwa powiedział, że przecież prawnie zwłoki nie należą do rodziny. Pytałem panią profesor Zielińską, i ona nawet wymieniła numer paragrafu, chyba 140 kodeksu karnego, gdzie jest napisane, że jeżeli ktoś może uratować życie bez narażenia własnego życia, a tego nie robi to podlega karze do lat 5, o ile pamiętam.

Proszę państwa, przecież jeżeli rodzina nie zgadza się na pobranie zwłok, to proszę pamiętać, że Polska się znajduje w tej części świata, gdzie nie wszystkim ludziom można zapewnić leczenie nerkozastępcze. Bo w Ameryce, Niemczech, we Francji itd. jest zupełnie inna sytuacja. Jeżeli mu się nerki nie przeszczepi, to on ma dostęp do dializoterapii. W Polsce tego nie ma. W Polsce jedyna szansa dostania się na dializoterapię jest taka, że ktoś przeszczepi nerkę i zwolni się miejsce albo któryś z tych dializowanych umrze.

Czyli, krótko mówiąc, ten, kto się nie zgadza na pobranie narządu ze zwłok jest dla mnie mordercą z za biurka. Zawsze to powtarzam – to jest morderca z za biurka. Dlatego, że gdyby on zamordował dwie osoby... Nawet nie wiemy, jakie dwie osoby. Jakieś dwie osoby, które mogły być uratowane, gdyby... A teraz – dzięki panu profesorowi Działkowi – więcej nawet uratowałyby osób, bo jeszcze serce może pomóc...

Czyli, jeśli państwo mają trzy... I to weźmy sobie pod uwagę – w tej chwili transplantologia serca, nerek i trzustki, to nie jest żadna eksperymentalna... To jest powszechnie przyjęta metoda leczenia. I jeżeli ktoś to podważa, to postępuje tak, jak pod koniec XIX

wieku, kiedy Rydygier, polski wybitny chirurg, zrobił resekcję żołądka, to ktoś mądry napisał: co ten Rydygier wyrabia? Miejmy nadzieję, że jest to pierwsza i ostatnia operacja tego typu.

Następna sprawa, którą chciałem poruszyć. To jest właśnie to, co pan profesor poruszył, a czego ja absolutnie nie rozumiem, bo ja mam taki chłopski rozum. Nie jestem intelektualistą. Proszę powiedzieć, jeżeli wiem kiedy człowiek umiera – wtedy, kiedy mózg przestaje działać – zatem on się rodzi wtedy, kiedy ta kora mózgowa powstaje. Przecież to jest chyba logiczne. Tutaj też nie rozumiem, jakie mogą być problemy z bezmózgowym płodem. Nie ma żadnych. To nie jest człowiek. Człowiek jest... Wydaje mi się niestychanie ważnym ustalić, co to jest człowiek. Kiedy człowiek się zaczyna, a kiedy się kończy? Czy on się zaczyna wtedy, kiedy w ogóle DNA się pojawia czy RNA? Kiedy roślina się rodzi? Czy jeżeli mamy ziarno, pestki, jakieś ziarno, to jest to drzewo? To chyba nie jest drzewo. Prawnicy razem z embriologami powinni ustalić, kiedy się człowiek zaczyna robić człowiekiem, a przedtem to jest ożywiona materia, ale to nie jest jeszcze człowiek.

Jeszcze krótkie uwagi. Z jedną to chyba już wcześniej wszyscy się zgodzili. Jeżeli chodzi o odbiorcę, to tutaj żadne komisje etyczne nie powinny w ogóle wchodzić w grę. To powinna być decyzja czysto lekarska. Odbiorcą jest ten, który najlepiej pasuje do narządu, który w danej chwili jest do dyspozycji. Inaczej będą się zastanawiać: ach, ten jest wybitnym politykiem, a ten jest profesorem, ten jest naukowcem, a to jest pracza, to komu damy? Z punktu widzenia lekarskiego jest to niedopuszczalne. O tym ma decydować lekarz na podstawie przesłanek, który dawca rokuje najlepiej, że to się przyjmie.

Brałem to na siebie. I przez dwadzieścia parę lat te decyzje podejmowałem. Uważam, że żadna komisja etyczna... Owszem, miałem telefony z różnych instytucji, z ministerstwa i z Komitetu Centralnego. Zawsze się zgadzałem, tylko prosiłem, że ja poślę listę i proszę, żeby skreślić tam tego, który ma nie dostać, podpisać i przystawić pieczęć. Widać pieczęci tam mało było, bo nigdy takiego pisma nie dostałem. Także to jest dobra metoda. Kolegom medykom radzę: nigdy nie upierajcie się. Jak chcą, proszę bardzo, tylko niech mają moralną odpowiedzialność. Kazał? Kazał. Ja jestem pracownikiem służby zdrowia, on jest ministrem, to ja to robię, ale on musi to na piśmie...

I jeszcze jedna rzecz, która zupełnie nie została poruszona. Kwestia ksenotransplantacji, która na pewno... Przyszłość jest w tych ksenotransplantacjach. Oczywiście, tego nie da się w tej chwili prawnie w ogóle uregulować, ale trzeba o tym jakoś pamiętać, żeby przynajmniej nie zahamować prób, które są. Takie pierwsze próby, nie tylko w Polsce, ale i za granicą, są i sądzę, że jeżeli chodzi o cukrzycę, to będzie kiedyś leczenie z wyboru, bo ono pomoże, nawet zahamuje rozwój powikłań cukrzycowych itd. Moim zdaniem to jest najważniejszy w tej chwili dział transplantologii. Są pisma, towarzystwa itd.

Przepraszam, jeżeli za dużo mówiłem, ale proszę podzielić przez dwa, bo profesor Nielubowicz mnie upoważnił.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Muszę powiedzieć, że po tak interesującej wypowiedzi jestem w pewnym kłopotcie, bo czas nieubłaganie biegnie i ciężko mi będzie przerywać wypowiedzi.

Nie będę tego robił, bądź nie będę się starał, ale prosiłbym o zmieszczenie się w 10 minutach, a może krócej, bo zgłosiło się ponad dziesięć osób. Teraz oddaję głos panu sędziemu Lechowi Paprzyckiemu.

Sędzia Lech Paprzycki:

Pan profesor był wielce krytyczny i oczywiście skrajnie niesprawiedliwy dla prawników. W swej nieskromności twierdzą, że wynika to przede wszystkim z tego, co do czego pan profesor się zastrzegł, że nie jest prawnikiem. Miał pretensje do prawników z powodu różnych kwestii, które w ogóle merytorycznie nie są zależne od prawników. Ale o tym za moment. Zmieszczę się w tych nawet niecałych dziesięciu minutach. Przejdźmy do konkretów.

Pan profesor Rowiński w pewnym momencie swojego wystąpienia stwierdził, że potrzebna jest definicja śmierci. Oczywiście, wszyscy prawnicy powiedzą, że nie ma potrzeby takiej definicji. Ale to nie wynika z tego, że nie byłoby można przełożyć na, powiedzmy, jeszcze bardziej doskonały język normy prawnej tego, co w tej chwili jest uznane za kryterium śmierci mózgu. Tylko, że przecież problem nie w tym leży – zapisać czy nie zapisać, czy jak zapisać... To nie jest problem tego, kiedy mamy na pewno do czynienia ze śmiercią, jako pewnym, zakończonym procesem biologicznym. Ale, co widać z rozwoju medycyny, jest to problem określenia momentu, od którego następuje nieuchronność śmierci, a więc kiedy już tego procesu nie można odwrócić. Nie tak dawno był to przecież problem wstrzymania krążenia. Dzisiaj już jesteśmy w zupełnie innym momencie. I w tym leży problem. I nigdy definicji śmierci w żadnym akcie normatywnym na użytek, powiedzmy, postępowania sądowego nie będzie. Inną rzeczą jest jakaś norma na użytek lekarza.

Ale ja, proszę państwa, chciałbym zwrócić tutaj uwagę na coś, co jest niezwykle interesujące... Te plansze, które pan profesor Rowiński przedstawił... Dostrzegam pewną, wydaje mi się, nieprawdziwość stwierdzenia, które znajduje się na jednej z nich, o ile oczywiście dobrze odczytuję treść. Stwierdza się tam, że człowiek umiera nie tylko, gdy ustaje krążenie, ale również wówczas, gdy dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia pnia mózgu, w nawiasie: śmierć mózgową.

Jeżeli umieranie rozumie się tutaj jako proces, to proces umierania zaczyna się zapewne w śmierci nieco wcześniej, kiedy powiedzmy np. ustanie krążenia jest już nieuchronne z biologicznego punktu widzenia. Natomiast, jeżeli miałyby być, że śmierć człowieka następuje, zarówno w momencie ustania krążenia, jak i w momencie nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, to zdanie to byłoby nieprawdziwe. Bo państwo twierdzą, że ta śmierć jest nieodwracalna, znaczny proces umierania jest nieodwracalny dopiero w momencie nieodwracalnego uszkodzenia pnia mózgu. Ale to już jest kwestia definicji.

Proszę państwa, druga rzecz, która zwróciła tutaj moją uwagę. To jest omawiana kwestia domniemanej zgody człowieka, który może stać się dawcą. Kwestia ta wzbudziła pewne wątpliwości, a chodzi tutaj przecież o ustawowe domniemanie zgody. Oczywiście, nie można tego wprowadzić na takiej zasadzie, że od dzisiaj wprowadza się to ustawą sejmową. Chodzi o wprowadzenie tego wówczas, kiedy świadomość istnienia czy przy-

jęcia w niedalekiej przyszłości tego rodzaju unormowania będzie upowszechniona. Bo to jest taki chyba proces... I dopiero później ustanowienie tego w ustawie jako, moim zdaniem, rozstrzygnięcie jedynie możliwe. Z plansz pana profesora Rowińskiego, jak się spojrzy na te liczby, wynika, że ilościowy problem niezbędnych dawców jest niewielki, a więc tej świadomości aż tak dużo nie potrzeba, żeby dawców było wystarczająco dużo, zakładając, oczywiście, że te wszystkie dane odpowiadają temu, co w chwili obecnej jest potrzebne.

Słuchając tego z największą zresztą uwagą... Zawsze się usprawiedliwiam, że chciałem być lekarzem, tylko mi się nie udało. W związku z tym to moje zainteresowanie problemami prawnymi medycyny... Słuchając wypowiedzi i mając w pamięci treść unormowań, które są w tym projekcie, odnoszę wrażenie, że tutaj, pomimo wszystko, to, co jest najistotniejsze, nie jest, w każdym razie w tym gronie, ze sobą sprzeczne. Wszyscy są chyba co do tego zgodni, a co wyraził szczególnie, tak ja w każdym razie to odebrałem, ksiądz profesor Tadeusz Ślipko, mówiąc, że nie można rezygnować z daru Bożego – oczywiście tak to określił ze swego punktu widzenia – jakim jest medycyna, tylko dlatego, że ktoś jest czy może tego użyć w sposób niegodziwy.

Mamy więc dwa problemy. Jeden – rozwój medycyny, z drugiej strony niegodziwość, czyli, patrząc na to z drugiej strony, godziwość takiego działania. I wówczas okazuje się, że przy tego rodzaju unormowaniu, czy powiedzmy funkcjonowaniu tego rodzaju instytucji w społeczeństwie, nie jest to problem ani medyczny, ani prawny, ale jest to problem etyczny i problem świadomości społecznej. Stąd też tak istotna, podkreślana zresztą w wielu wypowiedziach, konieczność zmiany nastawienia świadomości społecznej, co do funkcji niezbędności tego rodzaju postępowania medycznego. Stąd tak ważne stanowisko przede wszystkim Kościoła katolickiego w tym względzie, które chyba, zwłaszcza w świetle wypowiedzi księdza profesora, nie pozostawia żadnych wątpliwości. Chodzi jedynie o upowszechnienie tego.

Jeżeli chodzi o rolę prawników, to ona rzeczywiście jest tutaj skromna. Skromna, ale jakże istotna w demokratycznym państwie prawa – stworzenie, nawet przy sceptycyzmie lekarzy co do funkcji prawników w życiu społecznym, właściwych procedur gwarancyjnych. To, i tylko to. Reszta należy do lekarzy, do których ja, powtarzam to naprawdę nie dlatego żeby przekonać, ale działałem zawsze z jak największym przekonaniem, co do ich postępowania w taki sposób, jak bym to sobie tego życzył. Oczywiście, jest to postawa tego, który w każdej chwili może po prostu stać się pacjentem.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu sędziemu Paprzyckiemu, tym bardziej, że zmieścił się w czasie. Proszę teraz o zabranie głosu pana profesora Komendera.

Profesor Janusz Komender:

Najpierw chciałbym dwa słowa uzupełnienia w sprawie, o której mówił pan profesor Rowiński. A mianowicie, poza transplantologią przez wielkie „T”, dotyczącą przeszczepiania żywych narządów, istnieje jeszcze transplantologia przez nieco mniejsze „t”, która

nie ma tylu problemów, ani immunologicznych, ani technicznych – przeszczepianie przeszczepów biostatycznych. Z tym przede wszystkim zawsze jest związana w projekcie ustawy wzmianka o pobieraniu komórek, tkanek i narządów. Te komórki i tkanki dotyczą jednak głównie działalności banków tkanek, a może w mniejszym stopniu w tej chwili klinik transplantologicznych, poza oczywiście przeszczepianiem szpiku. Ta granica zacie-
ra się zresztą, bowiem możemy w tej chwili konserwować przez długi okres czasu żyjące komórki, tak jak to jest z komórkami macierzystymi szpiku.

Chcę powiedzieć, że w ciągu trzydziestu lat wyprodukowaliśmy około 150 tysięcy przeszczepów biostatycznych i wszystkie zostały użyte w klinikach. Ten typ transplantologii jest uprawiany w blisko 300 szpitalach na terenie całego kraju. Niemniej zapotrzebowanie pokrywamy zaledwie mniej więcej w połowie.

Jeśli chodzi o rzeczywisty temat dzisiejszej rozmowy, to znaczy sprawy etyczno-prawne, chciałbym podzielić się z państwem następującymi uwagami. Po pierwsze, zawsze byłem nieco zdziwiony, że w dyskusjach etycznych i prawnych dotyczących transplantologii, dużo więcej miejsca poświęca się sprawie czystości funkcjonowania lekarzy, którzy chcą tej transplantologii dokonać, niż postawie tych osób, które uniemożliwiają działanie transplantologów. Przecież zaniechanie ma również swoje aspekty etyczne, a może nawet i karne, co wynika z cytowanego przez pana profesora Orłowskiego paragrafu. Wydaje mi się, że o tych sprawach w dyskusjach etycznych mówimy nieco za mało i w związku z tym to nasze działanie zbiorowe w celu poprawy zaopatrzenia w narządy czy tkanki do przeszczepienia nie jest wystarczające.

Po drugie, transplantologia to jest w tej chwili wysiłek zbiorowy, to nie jest sam na sam – lekarz i pacjent – tylko to jest potężny zespół. I ten zespół musi mieć poparcie zespołu, który dysponuje dawcą narządu czy dawcą tkanek. Otóż, wydaje mi się, byłoby bardzo ważną sprawą doprowadzenie do zbliżenia wysiłków obu zespołów, dlatego że ich interesy tak naprawdę nie są rozbieżne, a interes społeczny na tym zyskuje.

Następną sprawą jest to, że – również i w projekcie ustawy, który dzisiaj jest tak często wspominany – my jak gdyby zgadzamy się na postępowanie transplantologiczne. Powiedziałbym – dość wstydliwie się zgadzamy. Świat jest za tym, wątpliwości etycznych właściwie nie ma i moralnych nie ma, prawo usprawiedliwia, a jednak to dopuszczenie pobierania narządów i tkanek ze zwłok jest tak jak gdybyśmy się czegoś wstydzili – no, dobrze, chłopcy, pobierzcie sobie tam od czasu do czasu coś i przeszczepcie. Tymczasem, jeżeli to jest celowe działanie społeczne, to ono powinno wymagać współdziałania systemu ochrony zdrowia w pozyskiwaniu narządów i tkanek do przeszczepiania i we właściwym ich wykorzystaniu. Oczywiście, ze wszystkimi zastrzeżeniami dotyczącymi praw dawcy, jego rodziny i pacjentów. Wydaje mi się, że ta sprawa mogła by być poruszona w dyskusjach wtedy, kiedy propozycja praw zostanie przez parlament zatwierdzona.

Jeszcze jedna sprawa. Mówimy o transplantologii jako o czymś, co w tej chwili jest istotne i co ma przyszłość, ale chciałbym państwu przypomnieć, że istnieje prognoza naukowa, która mówi, że w ciągu lat drugiej dekady następnego stulecia będzie można uzyskać narządy i tkanki w drodze biotechnologicznej. Już w tej chwili jest mi żal, że w tym projekcie ustawy, przy wszystkich tych sytuacjach, w których dopuszczamy

pobieranie komórek, tkanek i narządów nie ma zapisu, że również można to robić w celu biotechnologicznym.

Wydaje się, że również ta biotechnologia komórek i tkanek ma zbyt małe zainteresowanie, zarówno etyków, jak i prawników. Jest to inny problem, który wybuchnie za lat kilka i kilkanaście, ale do którego w tej chwili jesteśmy może zbyt mało przygotowani. A przecież robimy to, właściwie zaczynamy już to robić. Jeżeli pobieramy ze zwłok keratynocyty, hodujemy *in vitro*, przechowujemy w azocie i następnie udostępniamy do przeszczepiania, to przecież jest to przetwarzanie, to jest niemalże biotechnologiczna obróbka materiału uzyskanego od dawców. Czy te sprawy nie wymagają jakichś większych dyskusji i przygotowań już teraz?

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Pozwolę sobie powiedzieć tylko jedną uwagę. Jeśli chodzi o ustawę, to się otwiera debata. Sejm rozpocznie pracę nad ustawą o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, to jest jeden etap. Drugi etap – Senat. Chyba będzie dosyć miejsca, żeby te wszystkie sprawy omówić. I potem już takie decyzje... (*Głos poza mikrofonem*). Rozumiem. Dziękuję bardzo.

Następny do głosu jest zapisany pan profesor Hołowiecki. Proszę bardzo.

Profesor Jerzy Hołowiecki:

Zajmuję się transplantacją szpiku i mam tutaj trzy uwagi, m.in. z myślą o pewnych sformułowaniach w ustawie, która powstaje. Otóż, tylko co piąty człowiek, który potrzebuje transplantacji, ma tak zwanego optymalnego dawcę i w związku z tym rozwinęło się w tej chwili wiele technik. One rzeczywiście rozwijają się szybko i wiele powstało dopiero w ostatnich latach.

Przed wszystkim chciałem powiedzieć, że w tej chwili często w miejsce transplantacji klasycznej szpiku dokonujemy transplantacji komórek macierzystych, izolowanych z krwi obwodowej. Mamy do tego odpowiednie techniki. Ten rodzaj transplantacji ma kilka znakomych zalet. Można uzyskiwać materiał w przypadku, kiedy dawca jest mały, można go dostatecznie dużo nagromadzić, niejako na raty. Ta metoda pozwala w pewnych sytuacjach konfiguracji autologicznej uzyskać zmniejszenie retransplantacji nowotworu. Poza tym regeneracja jest szybsza.

W związku z tym myślę, że w tych miejscach w ustawie, gdzie jest mowa o transplantacji szpiku, dobrze by było dopisać „i komórek izolowanych z krwi obwodowej” lub po prostu „i krwi”. Jak bardzo to jest ważne, to powiem, że u nas w tej chwili co piąty zabieg jest już wykonywany tą techniką, a Europejskie Towarzystwo Transplantacji Szpiku zmienia nazwę na Europejskie Towarzystwo Transplantacji Szpiku i Krwi. Jest to więc właśnie wyraz tych nowych trendów.

Druga sprawa to sprawa przeszczepu komórek izolowanych z krwi pępowinowej. To jest znowu technika, która w ostatnich latach została w praktyce potwierdzona kilkudziesięcioma przeszczepami w niektórych krajach. W tej chwili zamiast po prostu wyrzucać

tę krew, która jeszcze jest w łożysku, gromadzi się ją i z jednego takiego łożyska można uzyskać przeszczep. U nas łożyska są wykorzystywane dalej do pewnych celów produkcyjnych, do wytwarzania immunoglobuliny. Nie ma tam dużych formalności prawnych. Boję się, że jeżeli znów wyjdzie kwestia, że to będzie początkiem życia, które się utrzyma, to będzie problem, czy matka ma wyrazić zgodę, w jakim trybie i tak dalej. Dobrze więc, żeby również przy formułowaniu tej ustawy sprawa wykorzystania krwi, znajdującej się w łożysku, była już w jakiś sposób potraktowana.

Ostatni punkt, to jest to, co mówił profesor Komender. Istnieje w tej chwili cała dziedzina, którą nazywamy inżynierią szpiku. Powiem również, że około 15% zabiegów w klinice w Katowicach wykonujemy już z użyciem daleko zaawansowanej inżynierii szpiku, począwszy od izolowania komórek, od usuwania komórek nowotworowych, wyosabniania tylko macierzystych, skończywszy na hodowli. I tu mamy też problem namnażania. Mam wątpliwość, czy na pewno dobrze rozumiem... W ustawie jeden z punktów dotyczy tej sytuacji. Jest w nim mowa, że to jest dozwolone, jeżeli nie nastąpią zmiany genetyczne, które będą dziedziczne. Więc to nie są zmiany, które są dziedziczne, ale chciałbym się upewnić, że tak jest i dobrze by było, ażeby przy dyskusji nad odpowiednimi paragrafami był do tego komentarz.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Myślę, że wszyscy na pewno zmieszczą się w programie. Kolejny do głosu zapisany jest ksiądz profesor Tadeusz Ślipko. Proszę bardzo.

Ksiądz profesor Tadeusz Ślipko:

Chciałbym poruszyć kilka spraw. Po pierwsze, muszę się usprawiedliwić. Mianowicie, o propozycji opracowania referatu dowiedziałem się dosyć późno, w sytuacji kiedy byłem zajęty innymi sprawami. Dlatego w tych trzech stronach, które opuściłem w swym referacie zaznaczyłem, że ta kwerenda może być jeszcze nie we wszystkim dokładna, stąd głos pana profesora Orłowskiego przyjmuję jako uzupełnienie, które sprawdzę i w pełniejszy sposób będę mógł przedstawić naukę Kościoła. Z tym że, z tego, co wiem, to tam papież zachęcał do tego, ale nie ma jakichś nowych elementów treściowych, które by wpłynęły na zmianę treści tego, co powiedziałem na podstawie dwóch wymienionych papieży, Piusa XII i Jana Pawła II.

Druga natomiast sprawa... Chciałem podkreślić – łączy się to z tym, co przed chwilą powiedziałem – nie jestem tutaj rzecznikiem Kościoła i nie jestem przez nikogo delegowany. Nie mam żadnych w tym względzie uprawnień. Przemawiałem zupełnie w swoim własnym imieniu i to nawet nie jako moralista, bo moim zawodem zasadniczym jest filozofia moralności, czyli etyka. Przez czterdzieści lat tym się zajmowałem. Ale żeby organizatorzy nie mieli kłopotu ze znalezieniem kogoś, kto by w ostatniej chwili przygotował referat – zgodziłem się. Jestem więc ofiarą, w tym wypadku, mego miękkiego charakteru.

Podkreślam, że mówiłem w swoim imieniu i moje wypowiedzi tylko tyle są ważne, o ile mają odpowiednią dokumentację w tych źródłach, które przytoczyłem. I z tego

względu, nieistotne czy w prywatnej rozmowie czy też tu w dyskusji wyszło, że to są problemy... że ksiądz Gubała, ksiądz Tischner wypowiadają się... Wypowiadają się, ale to nie ma żadnego znaczenia. Ważne jest, na jakiej podstawie opierają swoje opinie, czy wyrażają stanowisko Kościoła, wtedy w oparciu o jakąś dokumentację, czy swoje własne... Tak, że autorytety w tym względzie nie mają żadnego znaczenia, tylko dokumentacja, na których te twierdzenia się opierały. Moją wypowiedź też proszę brać tylko w tym sensie, na ile ma udokumentowanie w odpowiednich źródłach, które przytoczyłem, a nie, że to akurat ja powiedziałem czy ktoś inny, jeszcze większej powagi ode mnie. Dotyczyłoby to zakresu czysto naukowego, a nie instytucjonalnego Kościoła.

Natomiast chciałem poruszyć inną sprawę, która mnie troszeczkę wewnętrznie pobudziła do niezbyt miłej refleksji. Mianowicie, pierwsza rzecz to... Nie ma profesora Rowińskiego? Jest. To dobrze, to będę mówił. Z przerażeniem słuchałem tego, jak profesor mówił, że czy prawnicy ustalą jakieś normy, czy etyka powie tak lub inaczej, to my jednakowoż te transplantacje robić będziemy. W podobnym sensie powtórzył później to samo w innym kontekście. Nie chcę pana profesora atakować i w ogóle nikogo nie chcę osobiście atakować. Ale – jeżeli weźmiemy samą logiczną treść tego, co zostało powiedziane to, co to znaczy? To znaczy, że nastawienie lekarza jest takie, że niezależnie od jakichkolwiek względów będzie robił to, co uzna za, z punktu widzenia medycznego, efektywne, skuteczne, itd. Czyli racji etyki, czy raczej racji sumienia, względów moralnych nie bierze pod uwagę, żadnych względów, bo kieruje się tylko i wyłącznie czysto technicznymi w tym wypadku kryteriami sztuki lekarskiej.

Wydaje mi się to bardzo niebezpiecznym wyrażeniem. Znaczyłoby to, że lekarz może działać, nie kierując się w ogóle sumieniem, nie podejmując, nie patrząc, jak jest w tym względzie... Jakieś normy jednak wchodzi w grę, choćby obyczajowe czy jakiegokolwiek inne... Ale nie, tylko i wyłącznie ten techniczny punkt widzenia.

Gdybyśmy chcieli rozciągnąć te normy dalej na pewną logikę, która w tym tkwi, doprowadzić jej ostateczne konsekwencje, to są w literaturze wypowiedzi niektórych noblistów, którzy mówią, że w zakresie inżynierii genetycznej, Rederberg, uczony nie może być tak miękkiego serca, żeby nie poświęcił życia jakiegoś jednego człowieka dla pewnych efektów naukowych. To są, wydaje mi się, konsekwencje pewnego naturalizmu tak już daleko posuniętego, że budzi sprzeciw nawet zwyczajnego, normalnego sumienia. I dlatego też tu pod tym względem, sądzę, ważny jest problem rozszerzenia perspektywy lekarskiej o humanistyczne jeszcze aspekty, o perspektywę etyczną, która w tym wypadku uprzedza nawet prawo, bo etyka zawsze tkwi w człowieku i ona pewne normy, pewne wytyczne w tym kierunku daje. Tak, że one muszą być jednak brane pod uwagę. Jednostronny punkt widzenia, wyłącznie techniczny, jest bardzo niebezpieczny. I później nie można się dziwić, że w końcu baliby się pacjenci lekarzy, gdyby się tego rodzaju nastawienie miało upowszechnić i stać wyrazem całej grupy lekarskiej.

Więc te konsekwencje, większy wpływ społeczny, też powinny być wzięte pod uwagę, w sensie zrozumienia i konieczności uzupełnienia czysto technicznego punktu widzenia o punkt widzenia humanistyczny, tutaj etyczny. Etyka, moralność w tym wypadku uprzedza prawo, które, jak słusznie powiedziano, działa dopiero wtórnie.

Mój Boże, jeżeli chodzi o tę sprawę ze strony Kurii, kardynała Glempa, to ja przede wszystkim nic nie wiem. W ogóle nie jestem w żadnym kontakcie, więc trzeba by było zapytać w Kurii bezpośrednio, dlaczego nie dali odpowiedzi. Nauka Kościoła, to nie jest kardynał Glemp, ani nasz Episkopat, to jest to źródło, o którym wspominałem i tam trzeba szukać odpowiedzi na pytanie, co Kościół w tym względzie sądzi.

Jeżeli chodzi o oddziaływanie w naszym społeczeństwie, to jest to dosyć złożona kwestia. Nie wiem, jakim racjami kierują się biskupi... Są potrzebne oddziaływania duszpasterskie, czy w formie listu, czy jakichś innych. To wynika z tego, co powiedziałem na temat stanowiska papieża, którzy kładą na to nacisk. Ale forma, to już tu zależy od Episkopatu i w tej sprawie wypowiadać się nie chcę, bo nie jestem do tego upoważniony.

Chcę powiedzieć jeszcze ostatnią rzecz, jeśli chodzi o normy ogólne. Starłem się pokazać w swoim wystąpieniu, że w przypadku Kościoła, jego nauka nie bierze się na podstawie jakiejś intuicji, czysto arbitralnych rozstrzygnięć. Ona wynika z całego widzenia człowieka i jego miejsca we wszechświecie, jego zarówno ontycznych, jak i etycznych wartości. Dlatego wydaje mi się, że trzeba też na to zwrócić uwagę, na to położyć nacisk. Stanowisko to staje się zrozumiałe w szczegółowych rozstrzygnięciach dopiero wtedy, jeżeli się widzi źródła aksjologiczne, z których one wypływają. Do tego więc zmierzałem w swoim wystąpieniu.

Jeżeli teraz mogę jeszcze raz podkreślić potrzebę właśnie ogólnych idei, nie abstrakcyjnych, ale ogólnych idei, dotyczących istoty człowieka, jego pozycji w świecie, jego ontycznej istoty i stąd wynikających moralnych konsekwencji, to korzystam z tego i dziękuję, że udzielili mi państwo głosu w tej dyskusji.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo księdzu profesorowi i proszę o zabranie głosu teraz pana profesora Działkowiaka.

Profesor Antoni Jan Działkowiak:

Co mnie upoważnia do zabrania głosu w sprawie przeszczepów? Dokonanie w Krakowie 103 przeszczepów serca, z czego żyje 81 pacjentów, w tym najdłużej pacjent 6 lat po przeszczepie. Gdyby tym 81 żyjącym pacjentom z nowym sercem serca nie wymieniono, wszyscy dawno byłiby już w ziemi. Troszkę cofnę się wstecz i przypomnę państwu zdarzenia, które dzisiaj nie miałyby miejsca, ale miały miejsce w przeszłości. W 1969 roku, kiedy profesor Jan Mol, w mojej asyście, przeszczepił pierwsze serce w Polsce i co potem przeżył profesor Mol i jego zespół, to nikomu bym tego nie życzył. Ale jeszcze nie było tak źle, bo w tym samym czasie Yuro Wada, japoński kardiochirurg, przeszczepił w Sapporo serce, a prawodawstwo japońskie w ogóle nie przewidywało takiej ewentualności i na wszelki wypadek zamknęło go do aresztu na dwa tygodnie.

Przecież wiadomo, tak jak już tu powiedziano, że życie wyprzedza prawo i prawo właściwie akceptuje fakty dokonane albo nie akceptuje. Natomiast wszelkie różnice poglądów są wysublimowane i teoretyczne, bo jeżeli znajdzie się wśród biorców osoba

duchowna, to tak samo będzie błagać o ratowanie życia, jak każdy inny nieduchowny. A lekarz ma obowiązek wykorzystać wszystkie dostępne sposoby i metody dla ratowania zdrowia i życia. Bez względu na to, czy ustawa jest, czy jej nie ma. Bo gdyby nie niepokorni lekarze, w tym nobliści, to byśmy dzisiaj w ogóle nie mieli tego problemu.

Jaka jest skala problemu przeszczepów serca w Polsce? Mamy rocznie ponad 600 zgłoszeń pacjentów z nieuleczalnymi chorobami serca. Są to przeważnie choroby mięśnia serca oraz rozległe zbliznowacenia po kilku zawałach. I ci pacjenci czekający na przeszczep, nie doczekawszy się dawcy, umierają w ciągu 6-12 miesięcy. To jest skala problemu. Rocznie więc powinniśmy wykonać w Polsce około 500 przeszczepów serca na populację około 40 milionów, a wykonujemy i tak więcej niż powinniśmy wykonać. Ministerstwo Zdrowia w programie przeszczepiania serca gwarantuje nam pieniądze na 60 przeszczepów serca rocznie. W roku ubiegłym w Zabrze i w Krakowie wykonaliśmy łącznie 75 przeszczepów z wynikiem bardzo dobrym, bo ponad 80% tych pacjentów żyje. Problem nie polega na pieniądzach, ale na przystępności dawców.

Jeżeli państwu powiem, że znajdujemy wreszcie dawcę albo dawca jest nam przez Poltransplant zgłoszony, powiedzmy z grupą A, i mamy na liście oczekujących w tej grupie 30 pacjentów w pełni zdiagnozowanych, którzy czekają kilka miesięcy albo nawet i dłużej, dzwoniemy do szpitala, który zgłosił tego biorcę, dzwoniemy do domu i – otrzymujemy bardzo dramatyczne odpowiedzi. Niestety, mój mąż, moja żona trzy tygodnie temu zmarli, dwa tygodnie temu zmarł. To są odpowiedzi na porządku dziennym.

Jednocześnie w Polsce ginie na drogach ponad... Mamy 60 tysięcy wypadków komunikacyjnych, w których 5 tysięcy osób umiera, z tego ponad połowa umiera w szpitalach. Co to oznacza? Że te zgony z powodów wypadków komunikacyjnych, które mają miejsce w szpitalu, spowodowałyby możność zgłoszenia dwóch i pół tysiąca dawców do ośrodków, wykonujących przeszczepy nerek, serca, wątroby, trzustki, a nie ma to miejsca.

Dlaczego tak się dzieje? Nad tym się zastanawiałem i tutaj jest chyba nasza polska cecha, opór tkwiący w naszej świadomości. Egoistyczny opór. Jeżeli jesteśmy pytani, czy zgodziłbym się oddać narząd? Oczywiście, tak. Ale w konkretnej sytuacji, jeżeli pytamy, czy pan, będąc ojcem zmarłej córki, zgodziłby się na pobranie serca czy nerek, nie zgadza się. To jest podejście egoistyczne i to jest codzienna praktyka. Stąd też sądzę, i jestem głęboko przekonany, że ustawa, która wprowadzi klarowność zgody domniemanej i zgody *expressis verbis*, zwłaszcza w tym pierwszym punkcie zgody domniemanej, musi być bardzo klarowna, bardzo jednoznaczna, żeby nie było możliwości różnej interpretacji pod kątem interesu dawcy, interesu biorcy, bo zawsze to będzie można różnie umotywować.

Na koniec chcę powiedzieć, że jako doświadczony chirurg, nie bardzo wierzę, że nam ustawa przysporzy dawców. Natomiast wierzę w to, i to jest nam bardzo potrzebne, że lekarz będzie miał oparcie w jakimś akcie formalno-prawnym, że jego działalność nie jest jego działalnością amatorską, wynikającą z pasji ratowania życia. On musi mieć usytuowanie formalno-prawne. Najważniejszą sprawą nie będzie sprawa o zgodzie domniemanej, tylko doświadczenie lekarza, jego kultura osobista w rozmowie z rodziną w tym dramacie, który się odbywa.

Państwo sobie wyobraź, jechał młody człowiek na motocyklu i matka dowiaduje się, że ma się zgłosić do szpitala. Nie wie po co. Tam się dowiaduje od lekarza, który nie ma

doświadczenia – proszę pani, pani syn umarł po wypadku motocyklowym, on już nie żyje, ale możemy od niego pobrać serce i nerki. Ona w tym szale, w tym szoku na nic się nie zgodzi. Tu, niezależnie od ustawy, doskonałej czy mniej doskonałej, najważniejszą będzie kultura, doświadczenie lekarza, który poinformuje rodzinę o zgonie. Najpierw o zgonie. Pozwoli ochłonać i za jakiś czas lub następnego dnia wspomni – tak, śmierć waszego syna jest nieodwracalna, jest to dramat niewątpliwy, ale można uratować dzięki jego narządom kilka istnień ludzkich innych młodych ludzi, tak jak ten młody chłopak, wasz syn, umierających, czekających na nerki, na serce. I włączyć rodzinę do walki o nowe życie. To jest chyba najważniejsze, co będzie wynikało z tej ustawy. Ale jak do tego podejść?

Sądzę, że tutaj chyba najważniejsza będzie edukacja, w tym ogólnym zrozumieniu, zarówno społeczeństwa, jak i służb medycznych. Z wielką obawą chciałbym zaproponować zapis w projekcie ustawy, że niezgłoszenie dawcy jest nieetyczne. Ale, z kolei, to może być przez prawników i przez etyków różnie interpretowane. Czy da się wytłumaczyć, że lenistwo, obawa przez presją środowiska medycznego w małym szpitalu, czy inne nieracjonalne przesłanki spowodują, że lekarz chętniej podpisze kartę zgonu i zapomni w ogóle o zgłoszeniu tego znakomitego dawcy do ośrodka do Poltransplantu. Przecież ten fakt równa się śmierci pięciu osób czekających na przeszczep.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu profesorowi. Do głosu zapisanych jest jeszcze kilka osób. Niestety, proszę mi wybaczyć, ale tak się złożyło, że nie wszystkich zgłaszających się do głosu znam z nazwiska. Mam zapisanego profesora Nielubowicza, profesora Safjana. Może proszę o zapisanie na karteczce nazwiska i ktoś tutaj zbierze jeszcze kartki zgłaszających się do głosu. Proszę teraz o zabranie głosu pana profesora Nielubowicza.

Profesor Jan Nielubowicz:

Idąc na to seminarium postanowiłem nie zabierać głosu. Chciałem tylko powiedzieć jak bardzo jestem zadowolony – i profesor Orłowski, i ja – że nas starszków zaproszono, abyśmy byli świadkami, jak historia, która się rozpoczęła 29 lat, gdzieś w szpitalu Dzieciątka Jezus na korytarzu, znalazła swój finał w Senacie Rzeczypospolitej Polskiej. Wielka to radość dla nas. Ale jeżeli zabieram głos, to zabieram dlatego, że sprowokował mnie mój najserdeczniejszy przyjaciel profesor Orłowski. Zgadzam się z nim pod każdym względem. Jesteśmy bardzo podobni za wyjątkiem specjalności i ta specjalność jest powodem pewnej różnicy poglądów. Otóż zacznę... A potem jeszcze powiem o jednej z tablic profesora Rowińskiego, która jest miarodajna i aktualna dziś.

Otóż pan profesor Orłowski powiedział, że może i ma prawo ofiarować swoją nerkę każdemu, kto tego życzy, nawet jeżeli się za to zapłaci. Chciałem natomiast powiedzieć, że ten, kto będzie brał tę nerkę jest chirurgiem. I chirurg robi tylko takie rzeczy, które przynoszą korzyść choremu, natomiast pobranie nerki od człowieka po to, żeby on ją sprzedał jest wbrew mojej i chirurgicznej i w ogóle etyce lekarskiej. To się wszystko sprowadza do drugiej różnicy poglądów, która między nami istnieje, mianowicie, kwestia tzw. dawców żywych, to znaczy spokrewnionych, genetycznie zbliżonych osobników.

O tym postanowiłem nie mówić, żeby nie burzyć nastroju i żeby nie psuć dobrych intencji, które tutaj istnieją. Proszę państwa, nie zostałem przekonany, że nerki pobrane od osób żywych, spokrewnionych, lepiej pracują później aniżeli nerki pobrane ze zwłok. A przecież to ja pobieram te nerki i ja ponoszę odpowiedzialność za to, co się z tym chorym, od którego nerkę pobieram... Ja... Teraz już nie pobieram, tylko myślę o tym, proszę państwa.

Albo weźmy pod uwagę tego, kto pobiera segmenty wątroby celem przeszczepienia wątroby. Proszę wziąć pod uwagę, jaki to jest niebezpieczny zabieg. Wiem, że znane są, aczkolwiek nie drukowane, przypadki bardzo ciężkich powikłań. Swego czasu była amputacja po arteriografii wykonanej u chorego, który miał być dawcą nerki i nawet jeden zgon z powodu zatoru, zakrzepicy, która powstała po operacji. Tego się nie ogłasza, ale takie przypadki są. Dlatego proszę nie ciskać na mnie gromów, jako chirurga, że ja mam pewne opory w tym, żeby pobierać nerki od żywych dawców. Zrobiłem jednak tego nie mało – 38 tego rodzaju nerek pobrałem. Ale robiłem to wtedy, kiedy rozumiałem, że nie ma wyjścia, że inaczej ten człowiek zginie. Było to wielkim przeżyciem dla mnie i zawsze ja sam pobierałem, chcąc w ten sposób podkreślić wielką ogromną odpowiedzialność i chcąc strzec moich współpracowników od wszelkiej ewentualnej odpowiedzialności. Krótko mówiąc, Panie Profesorze, wszystko nas łączy, za wyjątkiem tego, że ja nie będę pobierał nerki, żeby ten chory zarobił na nerce, którą komuś sprzeda.

Druga rzecz dotyczy przeżycia pana profesora Rowińskiego, które mówi o barierach w rozwoju programu pobierania i przeszczepiania narządów po zmarłych. Te bariery są bardzo pięknie i aktualnie wymienione. Niepełna akceptacja społeczna tej metody leczenia, niedostateczna aktywność, problemy obyczajowo-etyczne i stosunek części środków przekazu. Proszę państwa, my sobie nawet nie zdajemy sprawę, jak niejednokrotnie bardzo trudna jest rozmowa z chorymi. Nie ze wszystkimi chorymi, ale z rodzinami. Dam państwu tylko parę przykładów.

Profesor Orłowski powiedział o tej pani docent, z którą rozmawiałem i która była szefem oddziału dializoterapii. Ale ja najpierw, zaraz jak pierwsze nerki się poprzyszczepiało, zapytałem robotnika, usłyszałem dużo słów, których powtórzyć tutaj nie mogę. Drugi człowiek, do którego się zwróciłem, był nauczycielem, które mnie grzecznie, może nie bardzo grzecznie, ale nie tak brzydko jak tamten, wytłumaczył, jaki głupi jest mój pomysł. Świętej pamięci mój przyjaciel i kolega z kursu Jan Mol, który był moim przyjacielem i kolegą, rozmawiał ze mną wielokrotnie na te tematy. I choć profesor Działkowiak, którego pytałem o to, mówił, że nie pamięta tego, to jednak dowiedziałem się dzisiaj, że w pamiętnikach profesora Mola to, co zaraz powiem, istnieje. Otóż przy pierwszej transplantacji, czy jeszcze przed pierwszą, profesor Mol zwrócił się do rodziny umierającej chorej i powiedział, że chcemy pobrać serce, żeby choremu dziecku przeszczepić. Czy rodzina się zgadza? Rodzina powiedziała, zaraz, my pomyślimy. Przyszli za dwie godziny i powiedzieli dobrze, jeżeli dostaniemy talon na mieszkanie. Proszę państwa, to jest jeden przypadek i takie jest to życie, takie są te rodziny, z którymi rozmawiamy.

Kiedy wybuchła sprawa transplantacji serca u nas w kraju, ileś tam lat po pierwszym przeszczepie serca przez profesora Religę, znów odżyły etyczno-moralne sprawy przeszczepiania nerek. Przyszła do mnie, nie wiem dlaczego do mnie, telewizja, długo mi

tłumaczyła, a ja im mówiłem, że to jest konieczne, że to jest potrzebne i na to redaktor telewizji, wychodząc ode mnie, mówi: pan nie ma racji, pan zapomina, że 90% ludzi w Polsce to są ludzie wierzący. Proszę państwa, duchy krążą, czy co? Proszę zobaczyć, redaktor telewizji!

Dlatego myślę, że klucz do przyszłej sprawy transplantacji leży, oczywiście, w prawodawstwie. Jak bardzo słusznie profesor Działkowiak powiedział, chcielibyśmy mieć jakieś oparcie w prawie, ale musi ono leżeć w uświadomieniu społeczeństwa. Niestety, proszę państwa, musi być jakaś w tej dziedzinie działalność. To będzie lata trwało i rozmaite sprawy na to się złożą. Nasza prasa, nasza telewizja robi wszystko, żeby zrobić odwrotnie niż trzeba, oni gonią za sensacją, oni gonią za rozmaitymi ciekawymi sytuacjami, szukają dziury w całym, żeby kogoś tam ośmieszyć itd.

Mnie się zdaje, że trzeba będzie jeszcze poczekać. Może ta świadomość społeczeństwa... Przecież nawet świadomość parlamentaryzmu w Polsce nie bardzo jest rozwinięta, a cóż dopiero takich rzeczy jak transplantacji. Mnie się wydaje, że będziemy musieli poczekać, ale ustawa o domniemanej zgodzie jest pierwszym krokiem w tym kierunku i, moim zdaniem, ona powinna być powzięta. Apeluję tutaj do panów posłów i senatorów, których, niestety, nie jest tak bardzo dużo, ale ich przedstawicielom składam moje myśli i proszę, aby byli łaskawi być orędownikiem naszej sprawy.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Myślę, że jednak nie mogło zabraknąć głosu pana profesora Nielubowicza w dzisiejszej dyskusji. Dziękuję bardzo. Proszę teraz o zabranie głosu pana profesora Safjana. Proszę bardzo.

Profesor Marek Safjan:

Może rozpocznę od stwierdzenia nieco polemicznego w stosunku do wypowiedzi pana doktora Malanowskiego. Otóż doceniam, oczywiście, jego uwagę na temat konieczności skromnej roli prawników w czasie toczącej się dyskusji, natomiast nie mogę się zgodzić z twierdzeniem, że rola prawa jest skromna. Czym innym jest rola prawników... Rola prawa w tym zakresie jest, niestety, chcemy czy nie chcemy, bardzo istotna, ponieważ stoimy tutaj przed dylematami, które są istotne nie tylko dla kręgu medycznego, dla całego społeczeństwa. Są to dylematy natury absolutnie podstawowej i w dyskusji na ten temat oczywiście muszą zabierać głos nie tylko lekarze czy przedstawiciele świata medycznego, ale również przedstawiciele całego społeczeństwa, ponieważ rzecz dotyczy naszych spraw i interesów całego społeczeństwa, a nie tylko pewnego kręgu osób. Dlatego wydaje się, że musimy, mając ten aspekt na uwadze, bardzo poważnie traktować proponowane regulacje ustawowe, które będą wytyczały pewne minimum, a które winno być rozpatrywane w każdej sytuacji, w każdym kontekście.

Rzeczywiście, prawo nie jest moralnością. Prawo nie może narzucać w żadnym przypadku wyborów moralnych. Jest czymś innym, jest instrumentem. Natomiast wydaje się, że właśnie dlatego, że istnieją niezwykle ostre kontrowersje, co do niektórych kwestii,

rolą prawa jest wytworzenie pewnego konensusu tam, gdzie jest on możliwy i określenie granic, w których będzie on aprobowany.

Wydaje się, że projekt, który został nam przedstawiony, spełnia, przynajmniej w moim przekonaniu, podstawowe elementy, które zasługują na akceptację. Związane są z respektowaniem autonomii każdego człowieka przy podejmowaniu decyzji jego dotyczących, zachowaniem proporcji pomiędzy ryzykiem a korzyścią, zakazem komercjalizacji ciała ludzkiego. Jest to niesłychanie istotny postulat także w zakresie wyłączeń podmiotowych, które są przez to prawo, przez ten projekt przewidywane.

Jeżeli chodzi o wyłączenia zakresu przedmiotowego ustawy, to chciałem krótko podkreślić, że uważam za niesłychanie słuszne – o czym była już dzisiaj mowa w referacie pana doktora Wichrowskiego – wyłączenie transplantacji tkanek embrionalnych, niezależnie od stanowiska w kwestii aborcji. Na całym świecie przeważa w tej chwili pogląd, właściwie może być już uznany za absolutnie powszechny, że jest to materia, która wywołuje zupełnie innego rodzaju problem moralny i etyczny, i w związku z tym powinna być odrębnie, absolutnie odrębnie, regulowana. To stanowisko słusznie zatem znajduje wyraz w projekcie ustawy.

Natomiast, co do wyłączeń podmiotowych, na uwagę, a przynajmniej zasygnalizowanie, zasługuje tutaj problem zwłaszcza osób małoletnich, niezdolnych do czynności prawnych. Wydaje się, że mamy tutaj do czynienia już z konfliktem wartości. Osoba, która nie jest w stanie samodzielnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji jest jednak w jakimś sensie instrumentalnie wykorzystywana. Czy są zachowane proporcje, które pozwalają na uznanie tego rozwiązania za trafne? Moim zdaniem tak, ponieważ chodzi tutaj o szpik kostny. Powiedziałbym więcej, mogłoby chodzić o wszelkie tkanki regenerujące się. Nie tylko szpik kostny, ale wszelkie tkanki regenerujące się, z wyjątkiem, oczywiście, wątroby, która podlega wyłączeniu. Natomiast wydaje się, że pewnym brakiem regulacji, które dopuszczają możliwość pobierania tkanek szpiku kostnego od osób małoletnich jest – po pierwsze – niedostateczne respektowanie uczestniczenia tej osoby w podejmowaniu decyzji. Nie chodzi tu tylko o wyrażenie sprzeciwu, ale również o wyrażenie zgody, o ile tylko taka osoba może ją wyrazić.

Po drugie – wydaje się, że nie tylko rola sądów opiekuńczych, ale w takich przypadkach powinna ważyć przede wszystkim rola odpowiedniej komisji etycznej. W tym zakresie nie mamy regulacji. Ale, jak sądzę, właśnie te komisje etyczne powinny w przypadkach wątpliwych sprawować funkcje szczególnie istotne.

Co do przeszczepów *ex mortua*, czyli od osób nieżyjących... Sądzę, że tutaj rzeczywiście mamy do czynienia z podstawowym dylematem związanym ze zgodą rodziny i z domniemaną zgodą. Chciałem zauważyć, że to niezupełnie jest tak, że nie respektowanie zgody rodziny jest w istocie rzeczy czymś równoznacznym z instrumentalnym traktowaniem innych osób, np. właśnie członków rodziny, czy nie respektowania ich uczuć. Przecież z całą pewnością nasz system prawny docenia dzisiaj wartość, jaką jest pamięć osoby bliskiej. Tu nie chodzi o to, że rodzina zmarłego może wyrazić sprzeciw czy zgodę ewentualnie tylko dlatego właśnie, że zwłoki są rzeczą i stanowią jej własność. Nie są jej własnością i nie są rzeczą. Respektuje się pamięć osoby bliskiej, pamięć zmarłego, ale

pamiętajmy, że tu ścierają się dwie wartości. To jest prawo osobiste członków rodziny i prawo do życia ludzi, którzy czekają na tkanki i organy.

Dlatego sądzę, że w wypadku tego rodzaju konfliktu, prawo do życia ludzi, którzy czekają na tkanki i organy, powinno przeważać nad respektowaniem prawa osobistego bliskich członków rodziny. Wydaje się, że w tym zakresie, gdyby nawet dzisiaj, bez względu na to, jak interpretowana jest ustawa z 1991 roku, doszło do sporu sądowego... Wyobrażam sobie taki spór, w którym z jednej strony stanęłaby rodzina, a z drugiej strony lekarz, który pobrał bez jej zgody, czy wbrew jej zgodzie, tkankę czy organ od osoby zmarłej, motywując to chęcią ratowania życia innej osoby. Z całą pewnością sąd na gruncie dzisiejszego prawa uznałby, że tego rodzaju żądanie jest nadużyciem prawa podmiotowego i nie zasługuje na ochronę. Takie byłoby, moim zdaniem, dzisiaj stanowisko wydane przez każdy sąd w Polsce. Przyjęcie tego rodzaju rozwiązania na gruncie ustawy projektowanej wydaje się trafne.

Co do domniemanej zgody, to sądzę, że mamy do czynienia tutaj z rozwiązaniem, które ma na celu uniknięcie konfliktów pomiędzy rodziną a osobami, ekipą, która dokonuje transplantacji. To rozwiązanie wydaje się słuszne przy założeniu, które było cały czas podkreślane. Mianowicie, musi istnieć rzeczywiście pełna świadomość w społeczeństwie możliwości respektowania autonomii woli, autonomii osób, które powinny mieć odpowiednio szerokie szanse wyrażenia sprzeciwu na pobranie tkanki. Ten projekt ustawy jest dość elastyczny w tym zakresie.

Natomiast chciałem, nie ustosunkowując się w tym momencie do tego problemu, poddać pod rozważenie koncepcję, która jest wysuwana w niektórych państwach europejskich zupełnie poważnie, np. we Francji, a która dotyczy kwestii selekcji biorców – bardzo brzydko to brzmi – właśnie ze względu na istniejący sprzeciw. Otóż, jak państwu doskonale wiadomo, nawet przy szerokim zliberalizowaniu dopuszczalności transplantacji, tych biorców będzie zawsze więcej niż tkanek. Tu muszą być opracowane jakieś kryteria. Projekt ustawy przewiduje powołanie Rady Transplantacyjnej, która będzie opracowywała kryteria medyczne w kolejności biorców. Mam wątpliwości, czy w ogóle kryteria kolejności opracowane przez Radę Transplantacyjną... Czy jest to w ogóle materia rozporządzenia i czy może to być kompetencja delegowana na Radę Transplantacyjną?

W każdym razie *à propos* owego sprzeciwu. Rozważana jest w wielu krajach konstrukcja, która przewiduje, że, owszem, każdy może wyrazić sprzeciw, albo nie wyrazić zgody, w zależności od przyjętej konstrukcji. Natomiast ten element powinien – być może – ważyć tylko jako jeden z dodatkowych, uzupełniających kryteriów, przy podejmowaniu decyzji o ewentualnej transplantacji. Jeżeli mamy dwóch biorców – powiada się – w identycznej sytuacji zdrowotnej, spośród których jeden nie wyraził zgody na ewentualną transplantację, a drugi wyraził, to powinno się dawać preferencje temu, który tę zgodę wyraził. Oczywiście, można tutaj wysunąć wiele argumentów przeciwko. Można również wysunąć argumenty za. Chciałem zwrócić państwu uwagę, że problem selekcji będzie zawsze występował, bo tych biorców będzie za dużo. Mając na uwadze natomiast konieczność przyjęcia jakichś kryteriów, to ta propozycja, która wyciąga jakby wniosek z pewnego braku solidarności międzyludzkiej, jest propozycją, którą możemy rozważać.

Nie chcę w tej chwili – jak powiadam – zdradzać własnego poglądu na ten temat, ale chciałbym żeby ona była również przedmiotem dyskusji, bo ten problem wydaje się może szczególnie trudnym.

Ostatnia kwestia. To już króciutko. Co do ksenotransplantacji. Moim zdaniem nie ulega wątpliwości, że to jest problem przede wszystkim przyszłości. Czy dzisiaj zapisywać to w tym projekcie? Mam wątpliwości. To chyba nie jest potrzebne. Jeżeli nie chcemy niczego, poza stwierdzeniem, że ksenotransplantacja jest możliwa, zawrzeć, to nie jest to potrzebne. Dlatego, że to już wynika z ogólnych założeń związanych z eksperymentami medycznym, a ksenotransplantacje chyba są takimi eksperymentami. W związku z tym, jeżeli są spełnione przesłanki co do dopuszczalności eksperymentu terapeutycznego, to tym samym będą spełnione przesłanki co do ksenotransplantacji. I ten przepis wydaje się być zbędny.

Tutaj powstała też wątpliwość, może już ostatnia rzecz, wysunięta w dyskusji, co do wykorzystywania części tkanek krwi, np. łożyska w wypadku kiedy nie było to przedmiotem wyraźnej zgody ze strony pacjenta. Projekt konwencji bioetycznej w art. 13 przewiduje, że jeżeli w czasie interwencji pobrano część ciała ludzkiego, to może być ona wykorzystana w innym celu niż ten, dla którego została pobrana, jedynie wtedy, gdy właściwie poinformowano o tym odpowiednie osoby. Kładzie się tutaj także nacisk na zakres informacji.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu profesorowi. Teraz proszę o zabranie głosu pana profesora Smyczyńskiego.

Profesor Tadeusz Smyczyński:

Jako prawnik, obserwując rozwój medycyny w ogóle, a szczególnie transplantologii, jak i medycyny wspomagającej prokreację ludzką, zauważam, że tutaj pojawia się fundamentalne dla prawnika pytanie... Może mniej to interesuje medyków, ale również ma pewien refleks na skuteczność medycyny. Pojawia się zatem zasadnicze pytanie o dalszą rację bytu, tego fundamentalnego, dychotomicznego podziału na osoby i rzeczy. W tej chwili dla prawników jest jasne, że są podmioty i przedmioty prawa. Co nie jest osobą, jest rzeczą. Taki jest w tej chwili, ciągle jeszcze, klasyczny podział, który spotyka się w nauczaniu prawa i w rozmaitych innych dziełach.

Wprawdzie już w prawie rzymskim znano pojęcie rzecz *res extra commercium*. Ale to nie wyjaśnia jeszcze dostatecznie sprawy, żeby nadać właściwy status prawny szczególnym obiektom, właśnie tym, o których tutaj mówimy, a więc – organy ciała ludzkiego, zwłoki ludzkie również. Co więcej, w wyniku medycyny wzbogacającej prokreację – embriologia – pojawia się pytanie o zarodek ludzki hodowany *in vitro*. Czy jest rzeczą, czy osobą?

Na konferencji poznańskiej, która odbyła się w czerwcu ubiegłego roku, na temat zagadnień legislacyjnych wspomaganej prokreacji ludzkiej, którą organizowaliśmy w Instytucie Nauk Prawnych, była bardzo ożywiona dyskusja i bardzo różne poglądy na rolę etyki w formułowaniu postulatów normatywnych. W zasadzie wszyscy byli zgodni co do

tego, że zarodek ludzki, choć nie jest jeszcze, nie wiadomo czy jest osobą, czy nie jest osobą, ale na pewno nie jest rzeczą. Wszyscy – najbardziej skrajni permisywiści, ludzie głoszący liberalne poglądy co do kwestii aborcji. Ale nie chodzi tu o aborcję, ale o raczej o traktowanie zarodka ludzkiego przed inplantacją. Co do tego wszyscy mieli wątpliwości.

Tu właśnie chodzi o to, czy prawnicy mogą w tej chwili nadal kierować się ciągle tylko tym podziałem, który od wieków istnieje – na osoby i rzeczy. Pierwsze symptomy tych refleksji, wątpliwości spotykamy również za granicą w podręcznikach prawniczych. W dziełach ogólnych, co prawda, dotyczących zagadnień ogólnych prawa, wspomina się już o tym, że pojawia się pewna kategoria, jak zwłoki ludzkie, jak organy ciała ludzkiego, już nie mówiąc o zarodku. Albowiem tam większość podziela pogląd, że wprowadzić co do osoby trudno powiedzieć, ale zarodek *in vitro* nie jest rzeczą, którą można swobodnie dysponować. Dlatego, że wiemy o tym, przynajmniej prawnicy o tym wiedzą, rzecz ma na ogół właściciela, posiadacza ewentualnie. Rzecz niczyją, a to rzadko występuje, ktoś może zawłaszczyć i stać się jej dysponentem. Tak, że chyba brakuje tutaj tej kategorii pośredniej. Wydaje się, że właśnie zarodek ludzki, organy ludzkie, zwłoki ludzkie do tej kategorii pośredniej należałoby zaliczyć. Ale to jest raczej zmartwienie prawników niż lekarzy.

Z tego, że pojawi się nowa kategoria w prawie stanowionym pomiędzy osobami a rzeczami, będzie wynikało też coś dla praktyki medycznej, prawniczej itd. Zwłoki ludzkie nie są rzeczą w stosunku do której ktoś ma prawo własności w rozumieniu cywilistycznym tego terminu. Kompetencje zaś, jakie przypisuje się osobom bliskim zmarłego, są raczej tylko refleksem jego dóbr osobistych, jako zmarłego, które za życia miał. To jest tylko refleks, to jest tylko przeniesienie tego na po, na to, co jest po śmierci. Takim pewnym przykładem, daleko idącą analogią, są również prawa autorskie. One nadal istnieją, mimo że autor zmarł. Właśnie prawnicy zaczynają się zastanawiać nad taką właśnie kategorią, która by zawierała takie właśnie obiekty zainteresowania prawa, które nie są ani rzeczą, ani osobą.

Co do integralności człowieka. Tutaj była mowa o tym – słusznie – że prawnicy powinni być skromni, z całym respektem dla innych gałęzi wiedzy. Oni właściwie tylko przetwarzają osiągnięcia innych nauk na język prawny. Tylko przetwarzają. Źródło tej wiedzy tkwi gdzie indziej. Ale rola prawników jest ważna, ponieważ oni nadają wymiar normatywny pewnym zjawiskom, formułują też kryteria oceny. To ma wpływ na respektowanie porządku prawnego. Tutaj profesor Safjan ma rację, gdy powiedział, że rola prawa... Prawo tworzą prawnicy. Samo prawo nie jest jakimś abstrakcyjnym bytem, a więc prawnicy też tutaj wchodzi w rachubę. Właśnie po to, ażeby zachować ład prawny w społeczeństwie i pewność sytuacji jednej i drugiej strony.

Tutaj jest pewność i kandydata na dawcę, ewentualnie po jego śmierci, jak i pewność sytuacji lekarza, który musi mieć sytuację minimum pewności działania, aby nie narazić się w przyszłości na odpowiedzialność prawną. Dlatego potrzebna jest, zarówno ustawa o przesłankach przeszczepów itd., jak i ustawa o przesłankach dopuszczalności wspomagananej prokreacji ludzkiej.

Lekarze na czerwcowej konferencji w Poznaniu stwierdzili, że czekają na taką ustawę, bo „my robimy to, co trzeba, to co jest zgodne z naszym sumieniem, ale ciągle się boimy,

czy nie działamy gdzieś na pograniczu prawa, czy się nie ocieramy o jakąś odpowiedzialność” itd. Tak, że, niestety, chcemy czy nie chcemy, ale wszystko we współczesnym społeczeństwie reguluje prawo. A więc i tu prawo jest potrzebne.

Ale – prawo jest tu też potrzebne, jako instrument refleksji, instrument zastanowienia się nad pewnymi działaniami, które mogą być trudne do odwrócenia. Otóż prawo chroni tutaj integralność człowieka. Naruszeniem integralności jest pobranie takich czy innych organów jego organizmu. Oczywiście, naganne moralnie w ogóle, a tym bardziej karalne, jest takie naruszenie integralności człowieka, które jest bezprawne. Tu, jeżeli ten element bezprawności, cechę bezprawności czy przesłankę bezprawności, odejmiemy, to już nie będzie naruszenia integralności, które by mogło powodować jakąś odpowiedzialność, a nawet wzbudzać moralne wątpliwości.

Właśnie rola tej ustawy i tym podobnych ustaw z zakresu prawa medycznego ma uchylić bezprawność. Tutaj rzeczywiście nie możemy stawiać nadmiernych barier medycynie transplantologii, bo byśmy ją zupełnie położyli. Dzisiaj już nie można powoływać się na Ulpiana, który twierdził, że *nemo membrorum suorum dominus est*. Tak uważano. Człowiek nie jest panem swoich członków, nie może sobie kazać uciąć zdrowej ręki, bo chyba żaden lekarz mu bez potrzeby, a tylko dla kaprysu, takiego zabiegu nie przeprowadzi.

Ale jeżeli określić to, co istnieje po obu stronach tego stosunku, na razie społecznego, może jeszcze nie prawnego, między dawcą a biorcą, to jest to rozsądnie oceniany interes i rozsądnie rozumiana korzyść po stronie jednej, a po drugiej nienadmierna utrata korzyści czy integralności, szczególnie przy takich organach, których pozbawienie nie powoduje śmierci człowieka, a przy nieboszczyku to w ogóle... Tutaj, w tym wypadku człowiek jest *dominus membrorum suorum*. Oczywiście, również się przyłączam... Bo może tak bardzo permissywnie na to patrząc, człowiek mógłby ze swymi organami zrobić wszystko, również sprzedać, zastawić, nie wiem co jeszcze... Ale to już jest rzecz za daleko idąca. To byłoby przeciwstawieniem się całej ewolucji, całym przekonaniom panującym w świecie, żeby jednak ciału ludzkiemu... A prawnicy mają obowiązek właśnie na to kłaść akcent... Żeby integralność człowieka i szczególny status jego, czy *statu in nascendi*, czy jego innych organów, również respektował ten zakres godności ludzkiej, jaką powszechnie człowiekowi się przyznaje.

Na zakończenie jedno tylko zdanie. Słuchając wypowiedzi, wydaje mi się, że przyczyną głównej obawy członków rodziny przed wyrażeniem zgody na pobranie od ich krewnego organu jest ta bariera świadomościowa, taka egoistyczna, ale chyba również inna jeszcze – mianowicie to, czy naprawdę już ten człowiek zmarł, czy jest przekroczona ta granica. Jeżeli byłaby ta pewność, to chyba nie byłoby wątpliwości. Ale tej pewności te osoby nie mają i chyba dlatego są te zahamowania.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Po mału zbliżamy się do końca. Myślę, że w bardzo niewielkim stopniu przekroczymy czas zaplanowany na dyskusję. Teraz proszę o zabranie głosu pana profesora Wałaszewskiego.

Profesor Janusz Wałaszewski:

Należę do grona chirurgów, którzy uprawiają tę dyscyplinę. Mogę wyrazić w imieniu kolegów opinię, że bardzo dużo spodziewaliśmy się po tym spotkaniu, ponieważ w zasadzie pierwszy raz zostaliśmy wpuszczeni na salony władzy. Mamy nadzieję, że nasza obecność i nasze wszystkie wypowiedzi, które są często dosyć techniczne i może niezbyt dobrze przyjmowane przez państwa, pozwolą stymulować wyobraźnię ludzi, w których szukamy sojuszników.

Musimy sobie zdać sprawę, że działamy z pewnym opóźnieniem. Dyskusja społeczna na temat problemów etyczno-moralnych związanych z przeszczepianiem przetoczyła się w świecie lepiej rozwiniętym mniej więcej dwadzieścia lat temu. W Polsce nie mieliśmy wtedy takich warunków do dyskusji. Tutaj profesorowie Nielubowicz i Orłowski wydeptywali ścieżki w różnych miejscach. Czekaliśmy z niecierpliwością, jakie są rezultaty ich rozmów, bo chcieliśmy pracować w komforcie prawnym. Wracali i mówili nam – w przyszłym roku obiecano nam, że ustawa i wszystkie uregulowania prawne będą wprowadzone.

W okresie, kiedy toczyła się dyskusja, środowisko transplantacyjne nie mogło jeszcze przedstawić bardzo precyzyjnych wyników, które by wszystkich zachęciły do tej metody. Przez co zrodził się pewien brak zaufania społecznego w stosunku do lekarzy uprawiających tę dyscyplinę, a którzy byli autorami tejże dziedziny.

Niemniej teraz wobec sukcesu przeszczepiania narządów, który jest niewątpliwy, w przeciagu pięciu lat liczba oczekujących w Europie na przeszczepienie zwiększyła się o 30%, przy tym oczekujących na serce o ponad 100%, na płuco ponad kilkaset procent. To tylko może państwu pokazać, jak sukces transplantacji wpłynął na oczekiwania społeczne. Społeczeństwo chce mieć zapewnioną możliwość przeszczepiania w sytuacji, kiedy jest to konieczne. Przyjmuje się, że pod koniec tego dziesięciolecia co czwarta interwencja chirurgiczna będzie związana z przeszczepianiem narządów. W tej chwili jeszcze, w opinii części naszych kolegów, nie dochodzi to do świadomości. A to tylko dlatego... Mówię o polskich kolegach, dlatego że jednak przeszczepianie narządów w Polsce, aczkolwiek o długiej tradycji, spełnia zaledwie 20% oczekiwania społecznego. I to jest punkt, który jest strasznie dla nas ważny. W związku z tym, że metoda będzie się rozwijała, możemy oczekiwać pewnej eksplozji problemów albo szerszego zainteresowania problemami etyczno-moralnymi. Dlatego budowa zaufania społecznego jest niezbędna.

Praktycznie lekarze do tej pory działali w pustce. Były nieliczne tylko sytuacje, gdzie mogliśmy liczyć na sojuszników. Pustka nie była zawsze tak duża, jak teraz w tej chwili w Senacie, dlatego że mieliśmy zgromadzenia na ten sam temat dużo większe, i to ludzi niekoniecznie związanych z medycyną. Ale dlatego poszukujemy sojuszników i ludzi świątłych intelektualnie, prawników, socjologów, filozofów, ekonomistów, którzy nas wesprą w uświadamianiu społeczeństwa, że jest to metoda terapeutyczna, która się utrwaliła w naszej cywilizacji. I to jest rzecz zasadnicza.

Bardzo jestem wdzięczny panu profesorowi Safjanowi, że jako pierwszy poruszył tutaj sprawę, którą się często pomija. Dlatego, że mówimy o technicznych sprawach przeszczep-

piania, mówimy o trudnościach w pozyskiwaniu, o stopniu odmów rodziny, które są niewątpliwie problemem w całym świecie... Aczkolwiek nie wiem, czy Polska wyróżnia się tym, że procent braku zgody rodziny na pobranie narządu ze zwłok jest rzeczywiście większy niż gdzie indziej. Nie mamy opracowanego systemu rozmów z rodziną, który musi być bardzo... Jest to pewna socjotechnika, jeżeli można użyć tutaj takiego słowa, a która wymaga pewnego przygotowania. Nie każdy lekarz może rozmawiać. Czasem dużo lepiej może na ten temat rozmawiać pielęgniarka.

Natomiast pan profesor poruszył sprawę, która nas bardzo interesuje, a która była poruszona również przez księdza profesora Ślipkę. Mamy swój kodeks lekarski, który nas obliuguje nie tylko w zasadzie, co do samego kodeksu, ale musimy dokonać wszystkich możliwych rzeczy w granicach naszych umiejętności, ażeby ratować ludzkie życie. Oczywiście, możemy powiedzieć, że tylko w nielicznych przypadkach przeszczepiania narządów możemy sobie pozwolić na tak dramatyczne posunięcia, ponieważ ta metoda wymaga akurat pobrania narządu z innego organizmu i tutaj się zaczynają różne problemy... Natomiast musimy respektować prawo człowieka do ochrony zdrowia, które jest częścią praw człowieka. I prawo do ochrony zdrowia musi również zapewnić człowiekowi korzystanie z wszystkich możliwych współcześnie terapii, do których należy transplantacja.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Proszę teraz o zabranie głosu księdza profesora Jurosa.

Ksiądz profesor Helmut Juros:

Będę mówił bardzo krótko, bo tekst mojego wystąpienia złożyłem w prezydium.

Chciałem najpierw wyrazić swoje uznanie za zorganizowanie takiego seminarium. Ono powinno rozpocząć debatę nad prawodawstwem w tej materii. Myślę, że debatę nie tylko parlamentarną, ale ogólnospołeczną. Jeżeli tyle mówimy tutaj o recepcji prawa przez społeczeństwo, o wychowaniu, uświadczeniu społeczeństwa do oddawania, ofiarowania swoich narządów, to właśnie taka debata ogólnospołeczna jest konieczna.

Chciałbym nawiązać do interesującego referatu komparatywnego pani profesor Zielińskiej. Zauważyłem, że wśród porównań prawodawstw krajowych nie słyshałem żadnego odniesienia do prawodawstwa niemieckiego. To słusznie, bo takiego prawa ogólnoniemieckiego nie ma, są tylko krajowe, landowe regulacje prawne. Ale jest bardzo ciekawy stan dyskusji nad nową ustawą. Chciałbym państwu tutaj ten stan dyskusji bardzo krótko przedstawić. Reasumuję ją może nawet z ostatnich dni, gdyż miałem dostęp do literatury dosłownie sprzed tygodnia. Uważam, że była ona bardzo pouczająca także dla naszej dyskusji i dla naszego prawodawstwa. Zwłaszcza, że bardzo krytycznie odnosi się do tzw. standardów europejskich.

Po drugie – właśnie tam, w tym państwie, w społeczeństwie demokratycznym, wiąże się albo przywiązuje się wielką rolę do recepcji, akceptacji każdego prawa przez społeczeństwo. Chodzi o pewną kulturę polityczną, o kulturę prawną. Otóż w tej debacie

rozdziela się trzy stanowiska: stanowisko zgody, stanowisko informowania oraz stanowisko rozwiązania sprzeciwu.

Stanowisko zgody podkreśla, że każdy człowiek ma prawo do samostanowienia, a także do swojego ciała po swojej śmierci, do integralności swojego ciała. Kultura prawna także w tym zakresie musi się opierać na ogólnoeuropejskiej tradycji, opartej na paradygmacie zgody. Każde prawo musi być oparte na zgodzie.

Chcę powiedzieć, że ogólnie społeczeństwo opowiada się za tym rozwiązaniem zgody. To znaczy, że człowiek wyraża taką zgodę przed swoją śmiercią albo, po jego zgonie, najbliższa rodzina. Za tym rozwiązaniem opowiada się ogół społeczeństwa, prawników lub przedstawicieli innych dyscyplin.

Rozwiązanie informacyjne polega na tym... Jest pewną modulacją pierwszego stanowiska, tzn. że po zgonie, w przypadku braku zgody wyrażonej za życia, lekarze informują rodzinę i do określonego czasu jest ona zobowiązana do wyrażenia takiej zgody. W przeciwnym wypadku lekarze już na własną rękę interweniują. Po tej linii rozwiązania informacyjnego idzie obecnie rząd federalny, minister zdrowia, ale – niestety – dla tego rozwiązania nie widzi aktualnie większości parlamentarnej i akceptacji ogólnospołecznej.

Wreszcie rozwiązanie sprzeciwu, które tutaj – moim zdaniem – mylnie się tłumaczy jako zgoda domniemana. Bo to nie jest to samo. Ona jest zdecydowanie odrzucona. To znaczy rozwiązanie, po linii której idzie, zdaje się, projekt polskiej ustawy... Tylko dla przykładu przytoczę, że parlament landu Pallatynat–Nadrenia, pod przewodnictwem lewicowego rządu SPD, Scharpinga, taką ustawę uchwalił. Wywołała taką wrzawę, że całe społeczeństwo niemieckie zaprotekowało. Rząd federalny musiał interweniować, ustawę uchylono. Dlatego, że widzą właśnie w tym pewne zakusy państwa totalitarnego, które wymuszają na osobie, na człowieku obronę swojej wolności prawa do samostanowienia. Tyle pokrótce o stanie dyskusji w Niemczech.

Na jej marginesie zwraca się między innymi uwagę na to, że zbyt wiele oczekuje się od prawa, od polityków. I to trzeba powiedzieć, że lekarze, medycyna, transplantologia uważają, że prawo przeszkadza słusznemu rozwojowi transplantologii. Okazuje się, że badania empiryczne, socjologiczne, przeprowadzone w Niemczech, wykazały jednoznacznie, że nawet bez nowego prawa ogólnoniemieckiego, np. w landzie Westfalii i Saksonii Dolnej, w ostatnim roku wzrosła liczba transplantacji o 46%, wyłącznie na podstawie lepszej organizacji współpracy między szpitalami i lepszego zaangażowania samych lekarzy.

Okazuje się też, że przeciwnikami transplantologii, mówię w oparciu o wspomniane badania, są także lekarze, którzy reprezentują inne dyscypliny aniżeli transplantologię. Mają bardzo złe zdanie na temat sposobu prowadzenia takich rozmów, np. z najbliższą rodziną, mimo, że Europa dysponuje scenariuszami rozmów wypracowanymi przez centrum w Leden.

Myślę, że trzeba naprawdę dużo zrobić i pozyskać całe społeczeństwo dla rozwiązania zgody, aby jak najwięcej było ludzi gotowych do jej wyrażenia przed swoją śmiercią na oddanie swoich narządów. W tym kontekście tylko jedno zdanie, trochę apologetyczne, w stosunku do apelu księdza profesora Ślipki. Jeżeli tak jest, to proszę sobie wyobrazić za jakim rozwiązaniem ma się dzisiaj opowiedzieć Kościół w Polsce? To, że Kościół

powinien w ogóle popierać transplantologię w oparciu o prawo człowieka do wolności, a zatem także do korzystania ze swojej wolności na rzecz drugiego człowieka, ofiarowania swojego narządu, to nie ulega wątpliwości. Ale za jakim ma się opowiedzieć rozwiązaniem prawnym? To jest problem, który powinien być najpierw rozważany przez medycynę, przez prawo, prawoznawstwo, etykę, filozofię itd.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Teraz chciałbym prosić o zabranie głosu pana profesora Kęcika.

Profesor Tadeusz Kęcik:

Gdy profesor Komender zabierał głos i mówił o tzw. małej transplantologii, to wydało mi się, że powie także na temat przeszczepów rogówki, na temat okulistyki. Jestem okulistą. I tak jak państwo pewnie spojrzeli na „Służbę Zdrowia”, która była tutaj rozdawana, to okazuje się, że rogówkę przeszczepiamy już od ponad 200 lat. Oczywiście nie było odpowiedniego prawa, były najrozmaitsze trudności, ale jednak setki tysięcy ludzi dzięki tym operacjom, których w końcu technika jest bardzo dobrze poznana, opracowana... Dzięki tym operacjom setki tysięcy ludzi ogląda świat.

W tej chwili, muszę powiedzieć, jesteśmy w wyjątkowo komfortowej sytuacji. Wydaje mi się, że przy odpowiedniej organizacji bylibyśmy w stanie zapewnić, że tak powiem, ilość materiału, która byłaby potrzebna do przeszczepów, przynajmniej w Polsce. Masę tego materiału z powodu różnych, że tak powiem, błędów – marnuje się.

Chciałem zwrócić uwagę na pewne paradoksy, które wokół problemu transplantacji krążą. Otóż, proszę państwa, im więcej mówimy, im więcej nagłaśniamy problemy transplantacji, tym mniej mamy materiału. Nie wiem, czy jest tak w innych specjalnościach, ale, niestety, w okulistyce tak jest. Coraz trudniej jest nam zdobyć materiał, coraz więcej jest barier w momencie, kiedy zaczynamy pytać o zgodę rodziny, pomimo że – powiedzmy sobie – kryteria pobrania wcale nie są tak bardzo ostre, dlatego że rogówkę do transplantacji możemy pobrać w granicach do sześciu godzin.

Drugim paradoksem jest to, że w naszych dyskusjach stosunkowo mało mówimy o tej drugiej stronie, stosunkowo mało mówimy o biorcy, o jego poglądach, o pacjencie. Jedyne tutaj pan profesor poruszył ten temat. A byłoby warto posłuchać. Nie tak dawno zdarzyło się... Brzmi to może troszeczkę jak pewnego rodzaju anegdota... Na stole operacyjnym miałem pacjenta, prominentnego przeciwnika transplantologii w ogóle. Po krótkiej dyskusji z nim, w której wytłumaczyłem mu na czym sprawa polega, co mu trzeba przeszczepić, jak i co, że materiał jest, powiedział mi, że skoro ma stracić oko z powodu własnych poglądów, własnych przekonań, to jest w stanie w każdej chwili te przekonania zmienić. Nic tutaj nie stoi na przeszkodzie. Proszę państwa, tak to niestety jest.

W jaki sposób zwiększyć – powiedzmy sobie – liczbę czy dostępność materiału, jeśli chodzi o naszą specjalność? Myślę, że jest ich bardzo wiele... I tu takie głosy były... Bardzo wiele też zależy od prawdziwej i prawidłowej współpracy pomiędzy lekarzami. Myślę, że ten problem bylibyśmy w stanie rozwiązać poprzez zwiększenie, poprzez rozbudowę tzw. banków tkanek.

Oczywiście w tych materiałach, które przeglądałem, jest cały szereg szkalujących artykułów. Prasa ma tu ogromne znaczenie. Myślę, że na jedno trzeba by zwrócić uwagę, mianowicie na to, żebyśmy nie zagadali tematu. Słuchając całego szeregu wypowiedzi, na to chyba się powoli zanosi. Można tutaj toczyć bardzo długie dyskusje. Życie natomiast ma swoje prawa. I będzie miało. Transplantacja, chcemy czy nie chcemy, w jakiejś formie będzie szła. Chodzi tylko o to, aby to prawo stanowione nie było zbyt szczegółowe. Natomiast z resztą to już jakoś lekarze w swoim środowisku, myślę, że daliby sobie radę.

Bardzo popieram to, co tutaj napisano w materiale „Szanse rozwoju programu”. Jest tam punkt „b” – wprowadzenie zasady, że moralnym obowiązkiem każdego lekarza jest przekazanie do ośrodka transplantacyjnego informacji o potencjalnej możliwości pobrania narządu i rozmowa z rodziną. Myślę, że to jest niezwykle ważny postulat. On właśnie powinien być bardzo szeroko rozkolportowany w naszym środowisku lekarskim.

Odnosnie jeszcze wypowiedzi i dyskusji takich trochę teologicznych. Otóż, tak się złożyło, że wczoraj byłem w Laskach wśród dzieci niewidomych. Tam były jasełka, była Msza św. dla pracowników służby zdrowia. Ksiądz Tadeusz, dziewięćdziesięciokilkuletni... Myślę, że ksiądz go zna, ponieważ ksiądz Tadeusz jest spowiednikiem Papieża... Powiedział on dosyć ciekawe słowa do nas, lekarzy – że naszym obowiązkiem jest ratowanie życia ludzkiego i ratowanie zdrowia za wszelką cenę. Dlatego, że w ten sposób ratujemy także dusze. Myślę, że to są dosyć głębokie słowa. Czasami warto by było o tym pamiętać.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu profesorowi. W ten sposób wyczerpała się lista dyskutantów. Zanim poproszę panią marszałek Kuratowską o zamknięcie naszej konferencji, chciałbym w swoim imieniu i, sądzę, również w imieniu prezydium sejmowej Komisji Zdrowia, wyrazić nadzieję, że przyjmą państwo, a przynajmniej większość, zaproszenie, aby w charakterze gości czy ekspertów brać udział w jej pracach nad projektem ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów... Tak, żeby pomóc, nam posłom, w opracowaniu takiego ostatecznego kształtu ustawy, który rzeczywiście przyczyni się do znaczącego, poważnego rozwoju transplantologii w Polsce.

Dziękuję bardzo. Proszę Panią Marszałek o zamknięcie konferencji.

Przewodnicząca Zofia Kuratowska:

Chciałabym się podzielić z krótkimi refleksjami z dzisiejszego dnia, za który jestem ogromnie wdzięczna wszystkim tu obecnym.

Myślę, że wszystkie referaty były niezwykle interesujące. Bardzo dużo nam dały, i wiadomości, i materiału do przemyśleń, właśnie teraz, kiedy stoimy u progu dyskusji już parlamentarnej na temat ustawy o transplantacjach.

Cieszę się ogromnie, że – wprawdzie dopiero pod sam koniec – zainicjowana przez pana profesora Safjana, podtrzymana przez profesora Wałaszewskiego i profesora Kęcika, wypłynęła sprawa biorcy. Tak się dziwnie dzieje, że bardzo często, przy różnych tego

rodzaju aktach prawnych czy problemach, bardzo dużo mówimy o dawcach i o ich obowiązku moralnym dawania innym, jak również o tym, że jest ich za mało. Strzeżemy bardzo pilnie, chcemy strzec, w szczególności praw człowieka, który już zmarł, co stwierdzamy ponad wszelką wątpliwość na podstawie dostępnych nam kryteriów, natomiast nie mówimy o prawach człowieka, który żyje, który jest bardzo ciężko chory i dla którego jedynym wyjściem i jedyną szansą na przeżycie, i to często długich lat, jest przeszczep. Przecież prawo tego człowieka do życia jest zagwarantowane w prawach człowieka, tak jak w ogóle wszystkich ludzi. Dlatego w moim odczuciu, mnie się tak wydaje, to jest dobro nadrzędne. I do tego musimy dopasowywać inne sprawy. Oczywiście w taki sposób, ażeby w niczym nie naruszyć dóbr innych ludzi, w szczególności ludzi żyjących.

Witając na początku wszystkich obecnych pominęłam, raczej przez zapomnienie i treść przed rozpoczęciem tej konferencji, przedstawicieli prasy i mediów w ogóle, których w tej chwili jest już z nami bardzo niewiele. Ale rzeczywiście rola prasy i wszystkich mediów w tworzeniu świadomości społecznej, we wszystkich właściwie sprawach, nas w twojej chwili interesuje ta, jest niezwykle ważna, jest najważniejsza.

Jest tak dziwnie, że ludzie często mówią: ach, co tam gadają w tej telewizji, albo co oni tam sobie piszą! Ale – wierzą bardziej im, niż na przykład wygłaszającym swoje bardzo mądre oracje lekarzom. I raczej łatwiej uwierzą w jakąś plotkę, która zostaje puszczona, przedostaje się prasy, radia czy telewizji, jako sensacja niż kiedy my ją dementujemy.

Myślę, że wkrótce po rozpoczęciu debaty na temat tej ustawy w parlamencie, czyli na początku, zarówno w komisjach sejmowych, jak i senackich, zorganizujemy konferencję prasową. Z panem posłem Balickim mam już w tym wprawę i jakoś przedstawiciele prasy nie odmawiają nam przyjscia na te konferencje... Będziemy starali się wyjaśniać pewne zasadnicze sprawy.

Chciałam zwrócić uwagę, że na przeżyciach, które pokazywał nam pan profesor Rowiński, kiedy mówił o szkodliwych, że tak powiem, błędach środków masowego przekazu... Posłużył się jednym czy drugim przykładem, bo nie miał czasu na więcej, ale było ich znacznie więcej i może jeszcze bardziej drastycznych, co zdążyłam podejrzeć... Otóż, musimy tego unikać. Mnie nie chodzi o to, ażeby nie mówić głośno o sprawach, które na przykład są jawnymi nadużyciami, co w końcu w naszym środowisku też się zdarza. Ale nie możemy sobie pozwolić na to, bo sprawa ludzkiego życia jest zbyt ważna, ażebyśmy mogli przekazywać drogą prasy czy telewizji rzeczy nieprawdziwe, nie sprawdzone i rzeczy przedstawione w niewłaściwym świetle z punktu widzenia etyczno-moralnego, jak też i prawnego.

Tym bardziej, że biorę udział, nie będąc prawnikiem, w tworzeniu prawa, doceniam rolę prawa. Tak jak tu mówił pan sędzia Paprzycki, który musiał nas, niestety, już opuścić, prawo musi dawać pewne gwarancje. Prawo również musi być – co dodam – barierą. Ale, oczywiście, to prawo nie może być zbyt szczegółowe, nie może wiązać ręce tym, którzy praktycznie działają, tak jak np. zespoły transplantacyjne, czy uniemożliwiać dokonanie transplantacji ludziom, którzy tego potrzebują.

Może jeszcze parę słów w nawiązaniu do tych ankiet, których wyniki były tutaj przedstawione. Były one niezwykle optymistyczne. Zgadza się z panem profesorem Orłowskim, że to jest takie optymistyczne, ale niezupełnie odpowiada prawdzie.

Powiem coś z podwórka tutejszego, czyli podwórka politycznego. Jeżeli robi się badania opinii publicznej, to ja je bardzo lubię, i czytać, i stosować, i przedstawiać wtedy, kiedy potwierdzają jakąś moją tezę. To jest chyba normalne. Ale zawsze mam też stosunek krytyczny. Mam prawo to powiedzieć, ponieważ jestem członkiem Unii Wolności, przedtem Unii Demokratycznej, tak samo jak tu obecny, mój kolega poseł... A więc mogę powiedzieć, że przed ostatnimi wyborami wyniki opinii publicznej były niezwykle korzystne dla Unii Demokratycznej.

Wówczas, a szczególnie jeszcze przed poprzednimi wyborami, zupełnie nie wypadało mówić, że się będzie głosować, czy że się jest za SLD. To po prostu było jakoś w złym tonie. Natomiast w dobrym tonie, dobrze odbieranym na salonach, było to, że się jest za Unią Demokratyczną. I to spowodowało pewne zafałszowanie, które na atmosferze w naszej partii na przykład bardzo silnie zaciążyło. Ale co jest nauką? Że bardzo często... To jest polityczna sprawa, ale jeszcze bardziej w sprawach dotyczących obyczajowości na przykład, ludzie odpowiadają tak, jakby oni chcieli być widziani. Wobec tego każdy chciałby być widziany jako ten dobry. On da chętnie swój narząd. On... Ale jeszcze jest tutaj kwestia rodziny. I kiedy przychodzi co do czego, to okazuje się, że działają zupełnie inne mechanizmy niż wtedy, kiedy odpowiada się na ankietę.

Niemniej jednak cieszę się ogromnie, że ta ankieta była. Jeżeli nawet zmniejszymy o ileś tam procent pozytywne odpowiedzi, to i tak byłoby dobrze. I ten nastrój, w tych przynajmniej środowiskach, w których ankieta była przeprowadzana, należałoby podtrzymać. A podtrzymać możemy my wszyscy, a przede wszystkim media.

Liczę bardzo, tak jak powiedział pan poseł Balicki, na państwa pomoc w dalszych pracach parlamentarnych, na dyskusję z nami w czasie naszych posiedzeń komisji.

Rozumiem gorycz, że mało pokazało się na tej sali parlamentarzystów. Senatorowie pokazali się. Poza mną jeszcze jeden senator, podkreślam: nie lekarz, wytrwał z nami tutaj do końca. I to jest bardzo ważne, i pocieszające. Jak powiedziałam, jest to taki dzień, kiedy parlamentarzystów jest bardzo trudno tutaj zaprosić.

Wszystko co było tutaj powiedziane jest nagrane i będzie spisane. Pełny materiał tej konferencji zostanie przekazany... Dojdzie do tego jeszcze wypowiedź pani Ewy Kujawy, etyka z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, która prosiła, aby jej wypowiedź, którą napisze – prosilibyśmy w ciągu jednego, dwóch dni najdalej, Pani Ewo – przekazać do protokołu. Czyli będzie to do wglądu, tak samo jak wypowiedź księdza profesora Jurosa.

Wszystkie materiały będą przekazane wszystkim senatorom, bo konferencja była senacka, i wszystkim posłom z sejmowej Komisji Zdrowia, jak również do wiadomości wszystkim uczestnikom konferencji. Mogą państwo przekazywać prasie, jak powiedziałam, że będą konferencje prasowe.

Jeszcze raz dziękuję państwu za poświęcenie tylu godzin. Tym, którzy musieli wyjść, dziękuję, że w ogóle byli łaskawi przyjść. Bardzo gorąco dziękuję. Chciałam szczególnie serdecznie i gorąco złożyć podziękowania dla Biura Studiów i Analiz Kancelarii Senatu za przygotowanie tej konferencji, przygotowanie wszystkich materiałów, które państwo mogli odebrać, za ogromne zaangażowanie. Dziękuję również wszystkim innym pracownikom Kancelarii Senatu, którzy z nami tutaj współpracowali.

Przepraszam w imieniu swoim i w imieniu pracowników Biura Studiów i Analiz, jeżeli były jakieś niedopatrzenia, nie dochodziło zaproszenie. Właściwie bardzo się ucieszyłam, że ksiądz profesor Juros jest z nami na konferencji, że zabrał głos. Bo z listu, który otrzymałam w trakcie posiedzenia wynikało, że nie był Ksiądz Profesor pewien tego zaproszenia. Bardzo przepraszam, jeżeli forma nie była właściwa. Tym bardziej dziękuję, że Ksiądz Profesor tutaj się zjawił i przekazał kilka słów swoich opinii.

Dziękuję wszystkim bardzo gorąco. Wierzę, że to nasze seminarium posunie jednak do przodu sprawę ustawy o transplantacji i sprawę transplantacji w Polsce. (*Oklaski*).

Ks. Tadeusz Ślipko

Etyczne aspekty transplantacji narządów i tkanek
w świetle nauki Kościoła

1. Podmioty nauczycielskich funkcji w Kościele

Kościół jest instytucją wielką i strukturalnie zróżnicowaną. Nie wszyscy jego członkowie są powołani do bycia rzecznikami głoszonej przez Kościół moralnej nauki, w tym także na temat transplantacji narządów i tkanek. Pierwsze zatem pytanie brzmi, na kim w Kościele spoczywa ten obowiązek i prawo zarazem.

Trzy instancje zasługują na wyszczególnienie: papież jako głowa kolegium biskupów, teologowie moraliści, a wreszcie filozofowie moralności, czyli etycy. Nauczycielem Kościoła par excellence jest papież wyjaśniający zasady moralne w świetle źródeł Objawienia, głównie Ewangelii i listów Apostołów. Moralisci uprawiają naukową refleksję nad zjawiskiem moralności na podstawie tych samych źródeł Objawienia z uwzględnieniem ponadto wykładni papieskich, o ile takowe w rozpatrywanych zagadnieniach istnieją. Etycy właściwie do grona nauczycieli Kościoła nie należą. Mimo to w wielu kontekstach moralnej nauki Kościoła, w tym także odnośnie do moralnej strony technik transplantacyjnych zasługują na uwzględnienie. Dzieje się tak dlatego, że ekonomiczno-techniczny rozwój współczesnego świata zaktualizował wiele problemów, w których Ewangelie i w ogóle Pismo św. nie dostarcza żadnych do sformułowania odpowiednich ocen i norm. W tych wypadkach papieże i moralisci korzystają w swoich wywodach z pojęć, zasad i uzasadnień zapożyczonych z filozoficzno-etycznych systemów, najczęściej z myśli etycznej św. Tomasza¹. Z tego też powodu w moralnym nauczaniu

występują, Kościoła (liczne wątki filozoficzno-etyczne, wbudowane wszakże w teologiczny zrąb doktrynalny i treściowo z nim zharmonizowane. Mimo tej wielości uczestniczących w nauczaniu Kościoła podmiotów reprezentatywnymi jego rzecznikami są niewątpliwie papieże i na ich wypowiedziach skupić nam wypada uwagę.

Zmiana warunków współczesnego świata wpłynęła także na zmianę form nauczania Kościoła. Odnośnie do problematyki etyki transplantacji zaznaczyć więc należy, że nie mamy w tej sprawie obszerniejszego dokumentu, np. osobnej encykliki, której autor zarysowałby całościowo ujętą naukę na temat moralnych aspektów tej dziedziny współczesnej medycyny. Najczęściej poruszają papieże tylko pewne fragmenty rzeczony doktryny, czynią to zaś w ramach okazjonalnych przemówień wygłaszanych do różnych grup zawodowych i społecznych na interesujące je tematy. Wobec tego wstępem do właściwego toku niniejszych rozważań będzie ustalenie, którzy papieże i w jakich okolicznościach wypowiadali się w sprawie moralnych aspektów transplantacji narządów i tkanek.

Przeprowadzona w tym celu kwerenda pozwala stwierdzić, że mamy do dyspozycji wystąpienia tylko dwu papieży, tę zaś krótką listę otwiera papież Pius XII. Z jego trzech enuncjacji mających jakiś związek z transplantacją organów bezpośrednio do tego tematu odnosi się i najwięcej treściowego materiału dostarcza przemówienie z 14/V 1956 r. wygłoszone do członków Włoskiego Związku Dawców Rogówki i Włoskiego Związku Niewidomych². Jan XXIII oraz Paweł VI, choć przemawiali do chirurgów, zagadnieniom transplantacji nie poświęcili osobnej uwagi. Co do stanowiska Jana Pawła I trudno cośkolwiek powiedzieć, ponieważ żadne z jego przemówień nie zostało opublikowane w oficjalnym organie Kościoła, jakim są Acta Apostolicae Sedis. Toteż dopiero Jan Paweł II ponownie podjął tę problematykę w przemówieniu z dnia 20/VI 1991 wygłoszonym do

uczestników I Międzynarodowego Kongresu Transplantacji Narządów³. Niewątpliwie pod auspicjami tego samego Papieża ukazała się w r. 1994 "Karta Pracowników Służby Zdrowia" wydana przez Papieską Radę Duszpasterstwa Służby Zdrowia⁴, której jeden z rozdziałów może uchodzić za zwięzłe kompendium nauki Kościoła na temat etyki transplantacji. Nawiasem można zaznaczyć, że także w Katechizmie Kościoła Katolickiego znajduje się krótki paragraf poświęcony doświadczeniom lekarskim i przeszczepom⁵.

Literatura teologiczna-moralna w tym samym zakresie jest znacznie obfitsza. Niektóre publikacje zostaną uwzględnione w miarę potrzeby, ale punkt ciężkości dalszych wywodów będzie spoczywał na rekonstrukcji doktryny oficjalnych dokumentów kościelnych.

Zgodnie z logiczną konstrukcją tego nauczania najpierw zostaną omówione najogólniejsze moralne idee i zasady, następnie zreferowane zostaną orzeczenia szczegółowe. Nauczaniu Kościoła przyświeca stale naczelną myśl przewodnią, że porządek moralny opiera się na strukturze obiektywnej rzeczywistości człowieka i odpowiada jego fundamentalnym egzystencjalnym uwarunkowaniom. Adekwatna koncepcja człowieka musi zatem służyć za punkt wyjścia i ostateczne kryterium słuszności zdań wypowiedzianych na temat moralnej wartości transplantacyjnych praktyk. Ten moment zasługuje na szczególne podkreślenie. Jest to w gruncie rzeczy klucz do wnikienia w istotny sens moralnego nauczania Kościoła.

2. Najogólniejsze idee i zasady etyki transplantacji

Rozpatrując głoszoną przez papieży naukę o moralności transplantacyjnych operacji zauważa się, że eksponują one dwie idee, które wyznaczają zarazem kierunek zaszłej między nimi ewolucji. W ujęciu Piusa XII u podstaw etyki transplantacji /i w ogóle etyki lekarskiej/ widnieje rozumna natura ludzka jako źródło moralnego prawa⁶, natomiast Jan Paweł II umieszcza w tym miejscu

pojęcie osoby ludzkiej jako naczelnej wartości konstytuującej moralny sens ludzkiego działania⁷. To przesunięcie akcentu z bezosobowej kategorii natury ludzkiej w kierunku personalistycznego rozumienia człowieka nie tylko wyraża aktualne stanowisko Kościoła, ale ma ponadto należyte uzasadnienie merytoryczne. Dowodów na to nie zabraknie.

Sam termin "osoba ludzka" nie tłumaczy jednak wszystkiego. Domaga się komentarza, który by określił jego treściową zawartość. Truizmem nie podlegającym wątpliwości jest stwierdzenie, że w etycznej myśli Kościoła termin ten wyraża zarówno cielesno-duchową strukturę osoby ludzkiej, jak też jej /już teologicznie uzasadnioną i ważną na gruncie wiary/ nadprzyrodzoną godność w życiu łaski przez zespolenie z Chrystusem. Natomiast na wyrażenie zasługują te właściwości osoby ludzkiej, do których papieża nawiązują w odpowiednich kontekstach etyki transplantacyjnej.

Istotną rolę w wywodach papieża pełni idea autotelicznej suwerenności osoby, czyli przysługującego jej nadrzędnego statusu moralnego. Mocą znamionującą ją wielkości ducha wcielonego w materię osoba ludzka okazuje się samoistnym podmiotem życia i działania dzięki zaś wyposażeniu jej w atrybut wolności zdolna jest do podejmowania decyzji we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. Ciesząc się zatem wsobną doskonałością godna jest szacunku i uznania ze względu na nią samą. Osoba jest też podmiotem, któremu przysługuje niepogwałcalne prawo dożycia i zachowania własnej integralności. W tym bowiem prawie spełniają się fundamentalne warunki urzeczywistniania przez człowieka jego życiowych zadań w dążeniu do dostępnej mu doskonałości⁸.

Z aksjologicznego źródła moralnej wartości osoby ludzkiej wpływają dwie zasady przy rozstrzyganiu transplantacyjnych problemów wielce papieżom pomocne.

Pierwsza z nich wynika z pojęcia psychofizycznej jedności czło-

wieka. Jawi się on bowiem jako byt wewnętrznie scalony na zasadzie podporządkowania poszczególnych organów całości organizmu, któremu służą pełniąc w nim rozmaiste funkcje. Ich wewnętrzny finalizm kieruje je zatem ku dobru organizmu, organizm zaś z kolei jest poddany dobru integrującej go psychifizycznej jedności osoby. Dominująca w tym układzie pozycja heterogennej jedności osoby ludzkiej powoduje, że zasada ta nosi miano "zasady całościowości"⁹.

Druga zasada jest natomiast wyrażeniem i aksjologiczną konsekwencją moralnej suwerenności osoby ludzkiej. Głosi bowiem naganność instrumentalnego podporządkowania osoby ludzkiej interesom innych osób, a także społeczeństwa. W odniesieniu do etyki transplantacji obydwaj aspekty autotelicznej autonomii osoby ludzkiej znajdują zastosowanie w zależności od domagającego się tego zagadnienia. Ze szczególną wszakże stanowczością podkreślają papież moralną niedopuszczalność utylitarne traktowania jednej osoby na rzecz innej osoby¹⁰. Jako niezmiennie ważną zasadę przyjmują, że ludzie mogą i powinni sobie świadczyć usługi nawet za cenę wielkich ofiar, ale zawsze z zachowaniem własnej niezbywalnej godności i prawa do samorealizacji¹¹. Ten etyczny układ międzyosobowy bywa określany jako "zasada solidarności osób ludzkich"¹².

Ilustracją tego, jak te dwie zasady funkcjonują w nauczaniu Kościoła, są szczegółowe zagadnienia etyki transplantacyjnej.

3. Szczegółowe oceny i normy

Różnorodność działań transplantacyjnych powoduje, że także oceny i normy moralne do nich się odnoszące muszą ulec znacznemu zróżnicowaniu w zależności od tego, o jaki organ chodzi i kto jest jego dawcą, a w dalszej kolejności od dodatkowych czynników w postaci obowiązku informacji, uzyskania zgody, ustalenia stopnia ryzyka, szansy wyzdrowienia, a także jego trwałości.

a/ Transplantacje autologiczne

Ten rodzaj transplantacji nie zajmuje w nauczaniu Kościoła wiele miejsca, ponieważ jego moralna strona nie budzi większych zastrzeżeń. W odniesieniu do nich pełne zastosowanie znajduje zasada całościowości. Zabieg transplantacyjny dokonuje się w obrębie tej samej osoby, polega zaś na tym, że jedną część organizmu przeszczepia się w inną jego część celem usunięcia występującego tam defektu. Co najwyżej motywy poddania się tego rodzaju operacji mogłyby w pewnych sytuacjach rzucić na nią jakiś moralny cień. Jeśli jednak okazują się moralnie godziwe, pozytywna ocena transplantacji autologicznych nasuwa się sama przez się¹³.

b/ Transplantacje allogeniczne

Poważne problemy etyczne powstają natomiast w związku z tzw. przeszczepami allogenicznymi. Zależy to jednak w znacznym stopniu od tego, kto jest dawcą organu: osoba żyjąca czy też nieżyjąca.

W pierwszym założeniu istotny sens etycznego dylematu "wolno" - "nie wolno" opłata się około trzech czynników: wielkość okaleczenia, świadomość ryzyka i niewymuszona zgoda dawcy, a wreszcie jakość motywów tej zgody. Toteż w rozstrzygnięciach papieży i w zgodnej nauce moralistów tylko w wyjątkowych sytuacjach krańcowej konieczności, rzeczywistej dobrowolności, a wreszcie szlachetności motywów rodzinnej solidarności lub miłości bliźniego, przy wykluczeniu ponadto poważnej i nieodwracalnej szkody na zdrowiu dawcy uważa się tego typu transplantacje za moralnie dopuszczalne¹⁴. Przedmiotem dyskusji jest w chwili obecnej gotowość do oddania np. nerki za odpłatnością ciężkiej sytuacji ekonomicznej dla polepszenia materialnego bytu rodziny¹⁵.

Inaczej mają się sprawy, kiedy chodzi o pobranie organu od nieżyjącego już dawcy. Punkt ciężkości etycznego problemu przesuwają się w stronę kryteriów "pewnej śmierci". Ustalenie tych kryteriów

jest zadaniem medycyny, nie zaś etyki. Z etycznego punktu widzenia istotne znaczenie ma tylko pewność zaszłego zgonu. Domaga się tego zasada niepogwałcalności prawa człowieka do życia, wpływająca - jak to już było powiedziane - z suwerennego charakteru moralnej godności osoby ludzkiej. W nauczaniu papieży zasada ta obejmuje wszystkie istoty ludzkie, a więc również płody głęboko zdefektowane jak np. anencefalicy¹⁶. Z treści tej zasady wynika również, że moralnie naganne byłyby działania zmierzające do przyspieszenia śmierci ewentualnego dawcy, a także pobieranie serca w założeniu prawdopodobnego, ale niezupełnie pewnego zgonu dawcy¹⁷.

Wskazane racje powodowały, że szczególnie moralna dopuszczalność transplantacji serca przez dłuższy czas pozostawała pod znakiem zapytania. Dziś jednak również czynniki kościelne uważają sprawę za przesądzoną, skoro równoległe z kryteriami pewnej śmierci medycyna wydoskonalila metody podtrzymania i utrwalenia żywotności serca do momentu jego wszczepienia¹⁸.

Nie oznacza to jednak definitywnego rozstrzygnięcia moralnej dopuszczalności pobierania narządów czy tkanek od zmarłego dawcy. Co prawda, już w r. 1956 Pius XII podkreślał, że zmarły "był człowiekiem", ale "nie jest już człowiekiem" ani podmiotem jakichkolwiek praw¹⁹. Z drugiej strony ten sam Papież dwa lata wcześniej stwierdził, a Jan Paweł II jeszcze mocniej wyakcentował, że zwłoki zmarłego nie mogą być traktowane jako rzecz, tym mniej jako "rzecz niczyja", którą lekarz w odpowiednich warunkach może swobodnie dysponować²⁰. Pius XII uzasadnia swoją doktrynę powołując się na istotowy związek z ludzką duszą w konstytuowaniu godności osoby ludzkiej. Toteż nawet po śmierci "jakaś część tej godności w nim jeszcze przebywa"²¹. Wzmacnia to twierdzenie racją teologiczną wskazującą na przeznaczenie ludzkiego ciała do zmartwychwstania. Z większą jeszcze siłą nadprzyrodzony aspekt udziału ludzkiego

ciała w misterium Wcielonego Słowa podkreśla Jan Paweł II²².

Obydwaj papieże uznają też zgodnie moralno-społeczne związki rodziny ze zmarłym. Na tej podstawie - ich zdaniem - opiera się obowiązek rodziny odnoszenia się z należyтым pietyzmem do zmarłego i troski o godne traktowanie jego zwłok po śmierci²³. Obowiązki te nie przekreślają jednak prawa rodziny do podejmowania decyzji w sprawie przeznaczenia poszczególnych organów zmarłego dla celów transplantacyjnych, byle działało się to w duchu bezinteresownego daru na rzecz bliźniego²⁴. Ponadto sam zmarły może za życia zarządzić, co się ma dzieć z jego ciałem po śmierci.

Powyższe sformułowania wyznaczają przesłanki, na tle których rysuje się nauka Kościoła w sprawie uzyskania przez lekarza przyzwolenia od kompetentnych osób na pobranie transplantatu jako warunku moralnej dopuszczalności zamierzonego przeszczepu. Za obowiązujące uznaje się wyraźnie złożone deklaracje "za" lub "przeciw" pobraniu narządu zarówno ze strony samego dawcy, jak i jego rodziny. W tym zakresie w konflikt z nauką Kościoła popadają propozycje zgłaszane także przez niektórych moralistów katolickich²⁵, tym bardziej w projektach prawa państwowego, w myśl których na skutek braku formalnego sprzeciwu ze strony zmarłego można rozstrzygać sprawę na zasadzie "domniemanej zgody" przez czynniki do tego uprawnione nawet z pominięciem rodziny.

Papieże nie wypowiadają się natomiast, co czynić w przypadkach, kiedy potencjalny dawca jest pozbawiony rodziny lub kontakt z rodziną jest niemożliwy. Sprawa przesuwa się więc na płaszczyznę dyskusji moralistów i etyków. Chyba nie ulega wątpliwości, że autorzy, którzy skłonni są uznać za dopuszczalne pominięcie rodziny, kiedy może ona wyrazić swą wolę, tym bardziej zgodzą się na przekazanie całej sprawy w ręce czynników państwowych w przypadku jej braku. Stanowisko to nie wydaje się jednak uzasadnione

w całej rozciągłości. Można by tak mniemać, gdyby społeczeństwo w swej masie było należycie uświadomione o terapeutycznych i moralnych aspektach transplantacyjnych technik, wiedziało też, że może sprzeciw wyrazić, a tego sprzeciwu nie zgłosiło. Wiadomo jednak, że tak nie jest. A chodzi przecież o akt indywidualnej decyzji osoby bezpośrednio zainteresowanej w sposobie traktowania jej po śmierci. Toteż w moim przekonaniu lepiej uzasadnione byłoby zastosowanie w takich przypadkach zasady "wyższej konieczności", aniżeli "domniemanej zgody". W każdym razie jest to problem do dalszej dyskusji.

Restrykcje zgłoszone przez papieży odnośnie do prawa pobierania organów i tkanek w przypadkach braku formalnego sprzeciwu ze strony zmarłego umniejszają jednak znacznie możliwość podejmowania transplantacyjnych operacji i działają na niekorzyść chorych czekających na przeszczep. Przeczyć temu niepodobna i papieże zdają sobie z tego sprawę. Dlatego ze swej strony szukają środków zaradczych. Widzą je w akcji budzenia w świadomości społeczeństwa zrozumienia dla wysokiej wartości moralnej dobrowolnego ofiarodawstwa przez poszczególne jednostki własnych organów do transplantacji. Jan Paweł II sprowadza ten akt do kategorii bezinteresownego daru, w którym miłość chrześcijańska poświęcając część siebie na pomoc dla bliźnich znajdujących się w skrajnej potrzebie odkrywa nowe drogi dla realizowania ewangelicznego ideału umiłowania drugiego "do końca" ²⁶.

Są jednak w tym względzie pewne restrykcje. W myśl nauki Kościoła nie wszystkie organy nadają się do przeszczepiania ich nawet za zgodą dawców. Za takie uznaje się przeszczepy mózgu i narządów płciowych. W tych bowiem przypadkach zostaje pogwałcona osobowa tożsamość człowieka w jego świadomościowym lub rozrodczym wymiarze ²⁷.

c/ Transplantacje ksenogeniczne i alloplastyczne

Odmienność transplantacji ksenogenicznych na tym polega, że dawcą organu nie jest człowiek, ale zwierzę. W tej sprawie Kościół kieruje się już przez Piusa XII sformułowanym orzeczeniem²⁸. Stwierdził on mianowicie, że w stosunku do tego rodzaju przeszczepów nie obowiązuje jedna ogólnie ważna dyrektywa, każdy przypadek należy oceniać oddzielnie. Pewne przeszczepy ksenogeniczne /np. rogówki/ z moralnego punktu widzenia nie budzą zastrzeżeń, inne /np. organów seksualnych/ z góry można uznać za niedopuszczalne. Niezmienne pozostaje jedynie naczelne kryterium tych ocen: godność osoby ludzkiej w jej psychofizycznym statusie. Co nie godzi w określony aspekt osobowej konstytucji człowieka, może liczyć na moralną aprobatę. W przeciwnym razie, werdykt moralny wypada negatywnie.

Podobnie przedstawia się stanowisko Kościoła w jego ocenach tzw. alloplastyki, a więc tego działu techniki medycznej, który polega na wszczepianiu narządów sztucznych lub ich części składowych. Zasadniczo rzecz biorąc działania te przedstawiają się jako moralnie obojętne. Ostateczna ocena zależy od tego, w jakim stopniu ich stosowanie okazuje się celowe ^{w świetle} rozsądkowych racji postępowania i przydatności do poprawienia fizycznej kondycji człowieka. Są to zatem oceny uwarunkowane sytuacyjnie²⁹.

4. Wniosek końcowy

A zatem, czy Kościół jest "za" czy "przeciw" transplantacjom narządów i tkanek? Odpowiedź narzuca się krótka. Kościół jest "za" rozwojem transplantacji upatrując w niej wielki dar Boży. Przedmiotem sprzeciwu jest jednak to, co grozi tego daru popsuciem³⁰. Idzie więc tylko o to, aby technicznej sprawności transplantacji towarzyszył szacunek dla fundamentalnych praw człowieka i jego osobowej godności zakorzeniony w moralnej świadomości społeczeństwa, zwerbalizowany w odnośnych regulacjach prawnych, potwierdzony wreszcie w praktyce lekarzy.

P r z y p i s y

- ¹ Na temat roli moralistów i etyków w nauczaniu Kościoła por. Jan Paweł II, Enc. Veritatis splendor, tłum. pol., Wrocław 1993, nr 4, 25, 29, 43-44, 109-113.
- ² Pius XII, Przem. do uczest. VIII Międzyn. Kongresu Lekarzy /8 MKL/, 30/IX 1954, AAS 46 /1954/, 587-598; tenże, Przem. do Włoskiego Związku Dawców Rogówki i Włoskiego Związku Niewidomych /WZDR/, 14/V 1956, AAS 48 /1956/, 459-467; tenże, Przem. do uczest. Collegium Internationale Neuro- Psycho - Pharmacologicum /CIN-P-Ph/ 9/IX 1958, AAS 50 /1958/, 687-696.
- ³ Jan Paweł II, Przem. do uczest. I Międzyn. Kongresu Transplantacji Organów /I MKTO/ 20/VI 1991, Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1710-1913.
- ⁴ Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, /KPSZ/, Carta degli Operatori Sanitari, Citta del Vaticano 1994, nr 83-91.
- ⁵ Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2292-2296.
- ⁶ Przem. 8 MKL, AAS 46 /1954/, 596.
- ⁷ Przem. 1 MKTO, Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1711-1712.
- ⁸ Pius XII, Przem. do uczestn. XIII Międzyn. Kongresu Psychologii Stosowanej, 10/IV 1958, AAS 50 /1958/, 269-273; tenże, Przem. CIN-P-Ph, AAS 50 /1958/, 692. Jan Paweł II, Enc. Veritatis splendor, nr 6-83.
- ⁹ Pius XII, Przem. do uczest. I Międzyn. Kongresu Histopatologii i Systemu Nerwowego, 13/IX 1952, AAS 44 /1952/, 782-783; tenże, CIN-P-Ph, AAS 50 /1958/, 693-694.
- ¹⁰ Pius XII, WZDR, AAS 48 /1956/, 461; Jan Paweł II, 1 MKTO, Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1712.

- 11 Pius XII, tamże; Jan Paweł II, tamże.
- 12 Jan Paweł II, tamże; KPSZ, nr 85.
- 13 KPSZ, nr 84.
- 14 Jan Paweł II, 1 MKTO, Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1712;
KPSZ, nr 86.
- 15 A. Eser u. a. /hrsg/, Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die
Medizin was sie kann? Information und Orientierung, Freiburg -
Basel - Wien 1992, 762. - Pius XII rozpatrując moralne aspekty
zrzeczenia się rogowki^{ci} opierając się na analogii do dawstwa
krwi takiej możliwości w sensie absolutnym nie wykluczył, acz-
kolwiek zdawał sobie sprawę z ewentualności nadużyć. Por.
Pius XII, WZDR, AAS 48 /1956/, 465.
- 16 Eser u.a. /hrsg/, Lexikon Medizin, Ethik, Recht, 765.
- 17 Pius XII, WZDR, AAS 48 /1956/ 466-467; KPSZ, nr 87.
- 18 KPSZ, nr 87.
- 19 Pius XII, WZDR, AAS 48 /1956/, 464.
- 20 Pius XII, 8 MKL, AAS 46 /1954/, 595; Jan Paweł II, 1 MKTO,
Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1712.
- 21 Pius XII, tamże.
- 22 Jan Paweł II, 1 MKTO, Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1712.
- 23 Pius XII, 8 MKL, AAS 46 /1954/ 595; tenże, WZDR, AAS 48 /1956/,
465-466; Jan Paweł II, 1 MKTO, Insegnamenti XIV/1, 1711-1712.
- 24 Pius XII, WZDR, AAS 48 /1956/, 464, 466; Jan Paweł II, 1 MKTO,
Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1711-1712.
- 25 Eser u.a./hrsg/, Lexikon Medizin, Ethik, Recht, 764;
- 26 Jan Paweł II, 1 MKTO, Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1711-1713.

27 KPSZ, nr 88.

28 Pius XII, WZDR, AAS 48 /1956/, 460; KPSZ, 89.

29 KPSZ, nr 89.

30 Jest to aluzja do słów św. Grzegorza Wielkiego "Co się tyczy medycyny, nie byłoby rzeczą słuszną odrzucać ten dar Boży dla tej tylko przyczyny, że niektórzy ludzie czynią z niej zły użytek ... naszym wszakże zadaniem jest wciąż ujawniać, co w niej zostało popsute". Cytuje je Jan Paweł II w 1 MKTO, Insegnamenti XIV/1 /1991/, 1711.

Ewa Kujawa

SEMINARIUM 23 STYCZNIA 1994 R. "TRANSPLANTACJA, PROBLEMY ETYCZNO-PRAWNE"

Od ponad 20 lat zajmuję się problematyką moralną współczesnej medycyny i chciałabym stwierdzić, że niesłusznie niektórzy transplantolodzy (co widoczne było chociażby podczas dzisiejszej dyskusji) traktują etyków jako *ex definitione* przeciwników postępu w medycynie...

Transplantacje narządów (a nawet i tkanek) budzą nadal szereg wątpliwości i jest to fakt, z którym po prostu musimy się liczyć, ponieważ właśnie brak społecznej akceptacji okazuje się być jedną z głównych przeszkód.

Sensem dzisiejszej konferencji jest, jak rozumiem, próba zrozumienia natury tych wątpliwości i poszukanie optymalnych sposobów ich przewycięzenia.

Swój komentarz ograniczę do jednej tylko, ale zasadniczej sprawy: czy zawarta w projekcie ustawy transplantacyjnej konstrukcja zgody domniemanej jest rzeczywiście najwłaściwszą drogą do uzyskania jak największej ilości narządów? Jest to z pewnością procedura najprostsza, ale mam wątpliwości co do jej moralnej słuszności a nawet praktycznych konsekwencji jej powszechnego zastosowania w Polsce. Rozwiązanie takie wprowadziła przecież ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. Czy rzeczywiście dyskomfort lekarzy pytających jednak rodzinę o zdanie oraz fatalne w skutkach enuncjacje prasowe o rzekomych "kradzieżach" organów – mają swoje źródło tylko w braku przepisów wykonawczych do ustawy oraz w nieświadomości społeczeństwa.

Zgadzam się w pełni ze zdaniem Ks. Prof. Ślipki, że uchwalenie ustawy z zastosowaniem konstrukcji zgody domniemanej bez dokładnego poinformowania społeczeństwa jest nadużyciem. Dodam ze swej strony, że nie tylko nadużyciem moralnym, ale też błędem pragmatycznym, którego konsekwencje są przecież widoczne już obecnie. Musimy liczyć się z reakcją społeczeństwa rzeczywistego, a nie takiego, jakim chcielibyśmy, aby było. Dla spornej części naszego społeczeństwa pojęcie "śmierci mózgowej" jest czymś niezrozumiałym. Obecny stan świadomości społecznej oraz postępująca erozja zaufania do lekarzy i szpitali, a w kwestii transplantacji narządów często wręcz poczucie zagrożenia ("lekarze kradną narządy"), przemawiają w moim odczuciu przeciwko przyjęciu koncepcji zgody domniemanej.

Na czym właściwie opieramy nasze przekonanie, że ludzie nie wyrażą sprzeciwu? Na swoistej inercji społeczeństwa; na tym, że dla większości wyrażenie sprzeciwu będzie zbyt wielką fatygą? Możliwe, ale czy o to chodzi?

Jakbyśmy na to nie patrzyli, transplantacje narządów są dla przeważającej większości społeczeństwa czymś nowym i szokującym. Nie można zatem oczekiwać, że społeczeństwo potraktuje pobieranie narządów jako zwyczajną praktykę, a tylko w specyficznych przypadkach wyrazi sprzeciw.

Sądzę, że właściwsze moralnie i wbrew pozorom, chyba także pragmatycznie byłoby przyjęcie odmiennej koncepcji.

Wyrażenie sprzeciwu jest aktem negacji, natomiast zadeklarowanie zgody na oddanie narządów jest właśnie dokładnie tym, czym ten akt jest w istocie rzeczy, tj. **darem**, dowodem ludzkiej solidarności. (Tak to zresztą ujmuje Kościół, o którego aktywne poparcie w imieniu i dla dobra pacjentów–biorców transplantolodzy zabiegają.)

Nie sądzę, aby obecnie można było bazować na założeniu, że człowiek ma **prawo** do organów drugiego człowieka. Implikowałoby to bowiem **obowiązek** przekazywania naszych organów. Akt oferowania narządów do transplantacji można natomiast i należy traktować jako czyn godny aprobaty i szacunku, o dużej wartości moralnej.

Być może zabrzmiało to demagogicznie, ale sądzę, że należy dać społeczeństwu szansę na taki akt altruizmu. Jestem też przekonana, że przyjęcie koncepcji zgody deklarowanej przyczyniłoby się do edukacji medycznej i moralnej społeczeństwa, a w konsekwencji – zmieniłoby zasadniczo klimat towarzyszący transplantacji narządów.

Uważam też, że konstrukcja zgody domniemanej, która jest zawarta w obecnym projekcie ustawy, powinna być raczej stosowana w sytuacjach, które są już jakoś zwyczajowo przyjęte i które nie budzą zasadniczych wątpliwości. Jeszcze raz chciałabym stwierdzić, że obecny stan rzeczy w Polsce (zresztą nie tylko w Polsce) przemawia przeciwko przyjęciu takiego rozwiązania.

Na zakończenie chciałabym przytoczyć 2 fragmenty z cytowanej przez Prof. E. Zielińską rezolucji Parlamentu Europejskiego "B. whereas in every case organ donation must be an act of free will undertaken in the absence of any form of coercion and without compensation; whereas the replacement of a diseased or damaged organ with a healthy one may under no circumstances be regarded as a fundamental human right,"

"D. whereas it is morally preferable to obtain explicit consent from potential donors during their lifetime,"

Przesyłam wyrazy szacunku i uznania za zorganizowanie konferencji.

Ewa Kujawa

styczeń 1995 r.

Lublin, dnia 21 stycznia 1995 r.

Janusz Gula
Instytut Jana Pawła II
KUL

Transplantacja problemy etyczno-prawne

(głos w dyskusji – 23 I 1995 r.)

Mając na względzie to, że obecna dyskusja nad ustawą transplantacyjną ma charakter wstępny, chciałbym tylko zasygnalizować kilka odnośnych kwestii, krótko m. in. nawiązując do referatu p. dr. Wichrowskiego.

1. W przyszłej ustawie powinno się znaleźć zastrzeżenie zgodne z Załącznikiem do Rekomendacji 78/29 Komitetu Ministrów Rady Europy (art. 10, ust. 1 i 2) mówiące o niedopuszczalności dokonania przeszczepu także w wypadku domniemanego sprzeciwu osoby zmarłej.
2. Chcąc zapobiec ewentualnym nadużyciom trzeba by rozważyć możliwość i potrzebę przełożenia na język norm prawnych dwóch postulatów etycznych, których istota sprowadza się do wyeliminowania:
 - a) tego, co nazwałbym **transplantotanzją** (a co niektórzy nazywają eutanazją kierowaną), czyli takiego "leczenia" potencjalnego dawcy narządów, które prowadzi do jego przedwczesnego zgonu;
 - b) przeprowadzania transplantacji, które miałyby charakter dystanatyczny, czyli przedłużałyby tylko cierpienia pacjenta i proces jego umierania, tak jak niektóre wieloprzyszczepy (casus Laury Davies z USA, której w 1993 r. przeszczepiono aż siedem organów, a rok wcześniej dwa, które organizm odrzucił).

Trudno przecież liczyć wyłącznie na to, że lekarz zawsze będzie chciał lub będzie potrafił właściwie zinterpretować generalne postanowienia zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej.

Odnośnie do wykładu p. dr. Wichrowskiego miałbym dwie bardziej szczegółowe uwagi i jedną natury ogólniejszej.

1. Twierdzenie, że "Komórki pobrane z substancji mózgowej nieżywego embrionu i przeszczepione do mózgu osoby cierpiącej na chorobę Parkinsona powodują radykalną poprawę stanu zdrowia" trudno byłoby na obecnym etapie badań poprzeć bezspornymi dowodami. Jest to ciągle faza eksperymentalna.
2. Nie jest prawdą, że pobieranie tkanek i narządów nie napotyka w krajach anglosaskich na żadne trudności.

W niektórych bowiem krajach, np. w USA, istnieją w tej mierze poważne ograniczenia.

3. Głosząc tezę, że embrion jest tylko potencjalną osobą ludzką, a anencefal nawet potencjalną osobą nie jest, trzeba dysponować odpowiednio ostrymi i jednoznacznymi kryteriami, które pozwalają odróżnić osobę od osoby potencjalnej i od nieosoby. Dobrze byłoby więc takie kryteria poznać...