

EWA M. GUZIK-MAKARUK, MAGDA OLESIUK-OKOMSKA

Uniwersytet w Białymstoku

WYBRANE ASPEKTY TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW W STANACH ZJEDNOCZONYCH

1. UWAGI WSTĘPNE

Transplantacja narządów, tkanek i komórek to coraz częściej stosowana, bezpieczna i skuteczna metoda leczenia schyłkowej, nieodwracalnej niewydolności najważniejszych dla życia organów, takich jak nerki, serce, wątroba i płuca. Wyniki takiego leczenia są coraz lepsze i pozwalają wielu biorcom na powrót do normalnego życia rodzinnego i zawodowego. Na całym świecie żyje prawie milion ludzi z przeszczepionym narządem, a pewna ich część przeżywa z organem dawcy nawet 30-40 lat lub więcej¹. Polskie społeczeństwo akceptuje transplantację narządów i traktuje możliwość transplantacji jako największe osiągnięcie ludzkości w XX wieku, uznając nawet za mniej ważne dokonanie wynalezienie antybiotyków².

¹ W. ROWIŃSKI, *Aspekty prawne i medyczne przeszczepiania narządów*, «Służba Zdrowia» z 26-30 września 2002 r.

² M. WIŚNIEWSKI, *Polskie społeczeństwo wobec transplantacji narządów*, [w:] *Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, red. Z. LASOŚ, M. WIŚNIEWSKI, Warszawa 2006, s. 19, 25.

W rodzimej literaturze przedmiotu znaleźć można już wiele pozycji o charakterze monograficznym³ oraz przyczynkarskim⁴ dotyczących prawno-karnych i prawno-cywilnych aspektów przeszczepiania narządów, tkanek i komórek. Rzadko Autorzy podejmują problematykę prawnoporównawczą przybliżając regulacje prawne przyjęte w innych krajach. O ile europejskie regulacje czasem znajdują się w kręgu zainteresowania badaczy, o tyle już rozwiązania amerykańskie są niemal zupełnie nie-

³ Z opracowań monograficznych por. chociażby J. DUDA, *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Kraków 2004; IDEM, *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty cywilnoprawne*, Zakamycze 2004; E.M. GUZIK-MAKARUK, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Białystok 2008; EADEM, *Transplantacja narządów, tkanek i komórek. Wybrane aspekty kryminologiczne i prawnokarne*, Białystok 2016; J. HABERKO, I. UHRYNOWSKA-TYSZKIEWICZ, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, Warszawa 2014, ss. 371.

⁴ Z opracowań przyczynkarskich por. chociażby E.M. GUZIK-MAKARUK, *Prawne aspekty transplantacji organów w Szwajcarii*, «PiP» 56.9/2001, s. 89-96; EADEM, *O aspektach prawnych transplantacji. Polemika*, «Jurysta» 12/2001, s. 23; *Podstawy prawne transplantacji organów, tkanek i komórek w Polsce*, «Palestra» 57.5-6/2002, s. 62-70; EADEM, *Польское законодательство о трансплантации как методе лечения*, [w:] *Современное медицинское право. Сборник научных трудов*, red. O. Дубовик i in., Moskwa 2003, s. 313-327; EADEM, *Prawne aspekty transplantacji organów w Austrii*, «Jurysta» 5/2004, s. 24-26; EADEM, *Transplantacja organów w ustawodawstwie niemieckim i polskim. Problemy prawnoporównawcze, Aktualne problemy prawa karnego i kryminologii*, rec. tomu K. ZGRYZEK, red. E. W. PŁYWACZEWSKI, Białystok 2005, s. 65-87; EADEM, *Zagrożenia handlem organami ludzkimi w świetle badania opinii społecznej w Polsce w 2008 r.*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Bojarskiemu*, red. A. MICHALSKA-WARIAS, I. NOWIKOWSKI, J. PIÓRKOWSKA-FLIEGER, Lublin 2011, s. 765-779; EADEM, *System źródeł prawa RFN z uwzględnieniem obszaru medycyny transplantacyjnej*, [w:] *Człowiek i prawo międzynarodowe. Księga dedykowana Profesorowi Bogdanowi Wierzbickiemu*, red. M. PERKOWSKI, J. SZYMAŃSKI, M. ZDANOWICZ, Białystok 2014, s. 131-144; EADEM, *Handel ludźmi – studium przypadku*, [w:] *Współczesne problemy prawa*, red. I. NOWICKA, D. MOCARSKA, Szczytno 2015, s. 71-96; E.M. GUZIK-MAKARUK, E.W. PŁYWACZEWSKI, *Ausgewählte strafrechtliche und kriminologische Probleme der Organtransplantation in Polen*, [w:] *Strafrechtsdogmatik und Rechtsphilosophie - ein Fruchtbare Spannungsverhältnis: Materialien eines deutsch-japanisch-polnisch-türkischen Kolloquiums im Jahre 2013 in Frankfurt an der Oder und Ślubice (Polen)*, red. J.C. JOERDEN, A.J. SZWARC, Poznań 2014, s. 285-302.

znane. Z tego powodu Autorki zdecydowały się podjąć tę niełatwą tematykę i choć w niewielkim, ograniczonym z założenia zakresie przybliżyć polskiemu Czytelnikowi podstawowe informacje z kręgu medycyny transplantacyjnej w USA.

2. DANE STATYSTYCZNE⁵

Całkowita liczba kandydatów na biorcę wpisanych na listę osób oczekujących⁶ wynosi 118 098 osób, z których 75 765 to kandydaci aktywni⁷. Aż 97 828 osób oczekuje na przeszczep nerki, 930 osób na przeszczep trzustki, 1 713 osób na przeszczep nerki/trzustki, 14 410 osób na przeszczep wątroby, 273 osoby na przeszczep jelita, 3 968 na przeszczep serca, 1 391 na przeszczep płuca i 44 osoby na przeszczep płucoserca. Średnio co 10 minut wpisuje się na listę oczekujących kolejnego kandydata na biorcę.

W 2016 r. narządy pobrano od 15 945 dawców, z czego 9 971 stanowili dawcy martwi⁸. W tym samym roku liczba wykonanych przeszczepów wyniosła 33 610, w tym 27 630 od dawców martwych⁹.

Wśród dawców martwych najliczniejszą grupę wiekową stanowią dawcy w przedziale 18-34 lat¹⁰, następnie w przedziałach wiekowych:

⁵ Stan na 4 kwietnia 2017 r.; na podstawie danych Sieci Pobierania i Przeszczepiania Narządów (*Organ Procurement and Transplantation Network – OPTN*), gromadzonych od 1 października 1987 r.; optn.transplant.hrsa.gov/data, dostęp 21 kwietnia 2017 r.

⁶ Stan na 5 kwietnia 2017 r. na godzinę 13:11 (lista jest aktualizowana na bieżąco).

⁷ Kandydaci, którzy w danej chwili kwalifikują się do przeszczepu i są uprawnieni do otrzymania narządu. Niektórzy kandydaci są klasyfikowani czasowo jako „nieaktywni” przez swoje ośrodki transplantacyjne, ponieważ są medycznie niezdolni do transplantacji (np. chorzy na zapalenie płuc) lub muszą uzupełnić inne kryteria kwalifikacji.

⁸ Donors Recovered in the U.S. by Donor Type, All Donors.

⁹ Transplants by Donor Type, All.

¹⁰ W sumie 55 027; w 2016 r.: 3 105.

35-49¹¹, 50-64¹², 11-17¹³, 65+¹⁴, 1-5¹⁵, 6-10¹⁶, <1¹⁷; u 8 dawców przedział wiekowy oznaczono jako nieznany¹⁸.

Wśród dawców żywych najliczniejszą grupę wiekową stanowią dawcy w przedziale 35-49 lat¹⁹, następnie w przedziałach wiekowych: 18-34²⁰, 50-64²¹, 65+²², 11-17²³, 6-10²⁴, 1-5²⁵, <1²⁶; u 9 dawców przedział wiekowy oznaczono jako nieznany²⁷.

W 2016 r. odnotowano: 14 747 dawców nerek; 8 495 dawców wątroby; 3 239 dawców serca; 2 294 dawców płuc; 1 344 dawców trzustki oraz 155 dawców jelita. W tym samym roku wykonano: 19 061 przeszczepów nerek; 7 841 przeszczepów wątroby; 3 191 przeszczepów serca; 2 327 przeszczepów płuc; 215 przeszczepów trzustki; 147 przeszczepów jelit oraz 18 przeszczepów płucoserca.

Wśród przeszczepów od żywych dawców największą liczbę stanowią przeszczepy od rodzeństwa (biologicznego) (41 302), w dalszej kolejności: przeszczepy ze wskazaniem od dawców niespokrewnionych (24 580), od dzieci (23 631), rodziców (19 878), małżonka (15 401), krewnych (10 047), od dawców niespokrewnionych w przeszczepach krzyżowych (4 796), od dawców niespokrewnionych przy przeszczepach anonimowych (1 890), od rodzeństwa przyrodniego (1 538); najmniejszą liczbę stanowią przeszczepy od partnera (548), bliźniąt (249), od dawców niespokrewnionych

¹¹ W sumie 49 522; w 2016 r.: 2 646.

¹² W sumie 45 761; w 2016 r.: 2 659.

¹³ W sumie 15 295; w 2016 r.: 445.

¹⁴ W sumie 13 939; w 2016 r.: 627.

¹⁵ W sumie 6 049; w 2016 r.: 229.

¹⁶ W sumie 4 093; w 2016 r.: 125.

¹⁷ W sumie 3 142; w 2016 r.: 135.

¹⁸ Deceased Donors Recovered in the U.S. by Donor Age.

¹⁹ W sumie 64 358; w 2016 r.: 2 332.

²⁰ W sumie 48 087; w 2016 r.: 1 661.

²¹ W sumie 31 873; w 2016 r.: 1 764.

²² W sumie 2 404; w 2016 r.: 214.

²³ W sumie 59; w 2016 r.: 2.

²⁴ W sumie 9; w 2016 r.: 1.

²⁵ W sumie 7; w 2016 r.: 0.

²⁶ W sumie 1, w 2006 r.

²⁷ Living Donors Recovered in the U.S. by Donor Age.

przy przeszczepach łańcuchowych (161), oraz od dawców niespokrewnionych przy nie łańcuchowych przeszczepach leczniczych (3).

Najwięcej przeszczepów wykonano w regionie 5²⁸ – 106 487, następnie: w regionie 2²⁹ – 93 562, w regionie 3³⁰ – 89 519, w regionie 7³¹ – 71 719, w regionie 10³² – 64 729, w regionie 11³³ – 64 429, w regionie 4³⁴ – 59 863, w regionie 8³⁵ – 45 730, w regionie 9³⁶ – 44 771, w regionie 1³⁷ – 28 489 i w regionie 6³⁸ – 22 800. W 2016 r. najwięcej przeszczepów wykonano w regionie 5 – 5 490, następnie: w regionie 3 – 4 576, w regionie 2 – 4 270, w regionie 4 – 3 455, w regionie 11 – 3 140, w regionie 7 – 2 998, w regionie 10 – 2 977, w regionie 9 – 2 172, w regionie 8 – 2 029, w regionie 1 – 1 435 i w regionie 6 – 1 068³⁹.

Pomimo postępu medycyny i rozwoju technologii oraz podjętych działań mających na celu zwiększenie świadomości społecznej o dawstwie narządów i transplantacji, liczba zmarłych i żywych dawców nie jest w stanie nadążyć za zapotrzebowaniem na narządy⁴⁰. Według szacunkowych danych każdego dnia aż 22 osoby umierają w oczekiwaniu na przeszczep. Obecnie w Stanach Zjednoczonych zgodę wyraża 26 dawców/milion⁴¹.

²⁸ Arizona, California, Nevada, New Mexico, Utah.

²⁹ Delaware, District of Columbia, Maryland, New Jersey, Pennsylvania, West Virginia, Northern Virginia.

³⁰ Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, Puerto Rico.

³¹ Illinois, Minnesota, North Dakota, South Dakota, Wisconsin.

³² Indiana, Michigan, Ohio.

³³ Kentucky, North Carolina, South Carolina, Tennessee, Virginia.

³⁴ Oklahoma, Texas.

³⁵ Colorado, Iowa, Kansas, Missouri, Nebraska, Wyoming.

³⁶ New York, Western Vermont.

³⁷ Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Eastern Vermont.

³⁸ Alaska, Hawaii, Idaho, Montana, Oregon, Washington.

³⁹ Transplants in the U.S. by Region, All.

⁴⁰ Podobnie w Polsce - niewystarczająca liczba narządów wskazywana jest jako główne i rosnące wyzwanie transplantologii klinicznej. Por. szerzej: M. BORATYŃSKA, D. PATRZAŁEK, *Transplantology: Challenges for Today*, «Arch. Immunol. Ther. Exp.» 64 (Suppl1)/2016, s. 37-45.

⁴¹ W Polsce jest mniej niż 15 dawców na milion populacji, co jest jednym z najniższych wskaźników wśród państw europejskich, Ibidem, s. 37-38.

3. REGULACJE PRAWNE

Po udanym przeszczepie serca wykonanym w 1967 r., Krajowe Zrzeszenie Komisarzy ds. Jednolitego Prawa Stanowego (*National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*) w 1968 r. opracowało Jednolitą ustawę o dawstwie anatomicznym⁴² (*Uniform Anatomical Gift Act – UAGA*)⁴³, która – jak inne „ustawy jednolite” – jest aktem modelowym proponowanym do przyjęcia przez ustawodawstwa stanowe, z możliwością wprowadzenia zmian wedle ich uznania⁴⁴. Ustawa regulowała pobieranie narządów od zmarłych dawców i zawierała wytyczne (prawne i etyczne) w zakresie ich przeszczepiania. Odnosiła się do pobierania narządów, tkanek, oczu, kości, tętnic, krwi, innych płynów i innych części ciała ludzkiego. Zgodnie z ustawą, każda osoba będąca w pełni władz umysłowych, która ukończyła 18 lat, może przekazać swoje ciało albo jego części na którykolwiek z celów wskazanych poniżej, które to dawstwo odniesie skutek po jego śmierci (art. 2(a)); wyszczególniono także listę osób⁴⁵, zgodnie z hierarchią ważności, uprawnionych do

⁴² Zgodnie z art. 2 ust. 3 Zmienionej jednolitej ustawy o dawstwie anatomicznym (2006), „dawstwo anatomiczne” oznacza przekazanie całego ciała ludzkiego lub jego części, ze skutkiem po śmierci dawcy, na cele przeszczepiania, leczenia, prowadzenia badań lub dydaktyczne.

⁴³ Przyjęta w następujących stanach: Alabama, Arkansas, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawaiki, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Jersey, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Washington, Wisconsin, Wyoming.

⁴⁴ I. G. COHEN, *Can the Government Ban Organ Sale? Recent Court Challenges and the Future of US Law on Selling Human Organs and Other Tissue*, «American Journal of Transplantation» 12/2012, s. 1983-1987.

⁴⁵ (1) Małżonek, (2) dorosły syn lub dorosła córka, (3) rodzic, (4) dorosły brat lub dorosła siostra, (5) opiekun osoby zmarłej w chwili jej śmierci, (6) jakakolwiek inna osoba upoważniona albo obowiązana do rozporządzania ciałem.

wyrażenia zgody o dawstwie⁴⁶, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu⁴⁷ (art. 2(b)).

Zgodnie z art. 3, ciało dawcy lub jego części można przekazać: (1) szpitalowi, chirurgowi lub lekarzowi w celach edukacji medycznej albo dentystrycznej, prowadzenia badań, rozwoju nauki medycznej i dentystrycznej, leczniczych albo przeszczepiania; (2) akredytowanej szkole, college'owi albo uniwersytetowi medycznemu lub dentystrycznemu, w celach dydaktycznych, prowadzenia badań, rozwoju nauki medycznej i dentystrycznej, albo leczniczych; (3) bankowi lub magazynowi tkanek i komórek w celach edukacji medycznej lub dentystrycznej, prowadzenia badań, rozwoju nauki medycznej i dentystrycznej, leczniczych lub przeszczepiania; (4) określonej osobie fizycznej w celach leczniczych lub przeszczepiania. Zgodnie z art. 4, dawstwo całości lub części ciała może nastąpić poprzez wyrażenie zgody w testamencie, ale także poprzez dokument inny niż testament (karta dawcy); w ustawie wskazano szczegółowo formę tychże dokumentów i ich wymogi formalne (art. 5). Dawstwo może nastąpić na rzecz wskazanego podmiotu albo bez wskazywania określonego podmiotu (art. 4(c)). W art. 6 przewidziano regulacje w zakresie wprowadzania zmian i wycofania zgody na dawstwo. Wskazano prawa i obowiązki w chwili śmierci (art. 7), np. biorca może wyrazić zgodę na przyjęcie przedmiotu dawstwa albo odmówić przyjęcia; czas śmierci ustala lekarz, który sprawuje opiekę nad dawcą w chwili jego śmierci albo (jeżeli takiego lekarza nie ma) lekarz, który stwierdza zgon; lekarz ten nie może uczestniczyć w procedurze pobierania narządów lub ich przeszczepianiu. Śmierć człowieka oznacza

⁴⁶ Zgoda pacjenta jest kluczową kategorią w prawie medycznym i w jego wyspecjalizowanych dziedzinach, czego przykładem jest prawo transplantacyjne. Por. chociażby w polskiej literaturze przedmiotu bardzo obszernie na ten temat M. BORATYŃSKA, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, e-wydanie 2015, ss. 733.

⁴⁷ Sprzeciw na pobranie transplantatów należy do sfery prawa do prywatności pacjenta. Por. chociażby na ten temat inspirujące rozważania J. HABERKO, *Prywatność pacjenta a sprzeciw na pobranie komórek, tkanek i narządów 'post mortem'*, «PiP» 69.3/2014, s. 58-69.

koniec jego życia a zarazem z jurydycznego punktu widzenia kres podmiotowości prawnej człowieka⁴⁸.

Na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia stało się jasne, że przepisy ustawy nie przystawały do ówczesnej praktyki i istniejących okoliczności, np. wymagała ona, aby zgoda na dawstwo narządów wyrażona była w testamencie albo w dokumencie testamentowym, a w braku sprzeciwu, upoważniała inne osoby zgodnie z hierarchią ważności do przekazania stanowiska zmarłego w tym względzie. Powodowało to, że wyrażenie zgody na pobranie organów było nieefektywne wobec potrzeby przeszczepiania narządów krótko po śmierci dawcy. Ponadto, twórcy ustawy nie przewidzieli znacznego wzrostu donacji od niespokrewnionych dawców żywych i oczekiwali, że krewni nie będą zabiegać o rekompensatę w zamian za dawstwo od dawców zmarłych⁴⁹.

W 1987 r. ustawę zmieniono. Została ona jednak przyjęta w niewielkiej liczbie stanów⁵⁰, co skutkowało brakiem jednolitych przepisów w tych stanach i stanach, które utrzymały wersję ustawy w pierwotnej wersji z 1968 r. Zmiany, które następowały w poszczególnych stanach na przestrzeni lat, skutkowały jeszcze większym chaosem legislacyjnym. Ponadto ani ustawa z 1968 r., ani z 1987 r. nie przewidywały systemu pobierania narządów. Stąd też, w 2006 r. wprowadzono do ustawy kolejne zmiany i opracowano Zmienioną jednolitą ustawę o dawstwie anatomicznym⁵¹.

⁴⁸ Por. chociażby na ten temat J. HABERKO, *Koniec życia a kres podmiotowości prawnej człowieka. Kilka uwag na temat czy prawnik i lekarz rozumieją się „stwierdzając zgon”*, «Prawo i Medycyna» 27/2007, s. 71-85.

⁴⁹ I.G. COHEN, *op. cit.*, s. 1983.

⁵⁰ Alabama, Arizona, Arkansas, California, Hawaii, Idaho, Indiana, Iowa, Minnesota, Montana, Nevada, New Hampshire, New Mexico, North Dakota, Oregon, Rhode Island, U.S. Virgin Islands, Utah, Virginia, Washington, Wisconsin.

⁵¹ *Revised Uniform Anatomical Gift Act (2006)*; przyjęta przez następujące stany: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, District of Columbia, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, U.S. Virgin Islands, Utah, Vermont, Virginia, Washington,

Zakres podmiotowy i przedmiotowy ustawy ogranicza się do przekazywania komórek, tkanek lub narządów od zmarłych dawców i dotyczy wyrażania zgody na dawstwo, dokonywania zmian tego oświadczenia woli, odwołania go lub odmowy dawstwa. Zgodnie z art. 4, wyrażenie zgody na przekazanie ciała dawcy lub jego części⁵² na cele przeszczepiania, lecznicze, prowadzenia badań lub dydaktyczne może nastąpić za życia dawcy. Zgodę taką wyrazić może: dawca, jeżeli jest osobą pełnoletnią, usamodzielnionym małoletnim (*emancipated minor*)⁵³ lub małoletnim uprawnionym na podstawie prawa stanowego do wystąpienia o prawo jazdy; pełnomocnik dawcy, o ile pełnomocnictwo nie wyłącza wyrażenia zgody na dawstwo; rodzice dawcy, jeżeli dawcą jest niesamodzielny małoletni oraz opiekun dawcy.

Dawca może wyrazić zgodę na dawstwo: zezwalając na nadruk na swoim prawie jazdy lub dowodzie osobistym oświadczenia lub symbolu wskazującego, że wyraził on taką zgodę; w testamencie; a w trakcie nieuleczalnej choroby lub kiedy doznał ciężkich obrażeń, w jakiegokolwiek formie komunikacji skierowanej do przynajmniej dwóch osób pełnoletnich, z których przynajmniej jedna jest bezstronnym świadkiem. Dawca lub inna osoba uprawniona do wyrażenia zgody na dawstwo może to zrobić poprzez kartę dawcy lub inny dokument opatrzony własnoręcznym podpisem dawcy lub innej osoby uprawnionej albo poprzez zgłoszenie wyrażenia zgody na dawstwo w rejestrze dawców (art. 5).

Dawca (lub inna osoba uprawniona) może zmienić lub cofnąć zgodę na dawstwo (art. 6). Osoba fizyczna może wyrazić sprzeciw co do dawstwa poprzez: podpisane własnoręcznie oświadczenie, a jeżeli jest fizycznie niezdolna do złożenia podpisu, podpisane przez inną osobę działającą na jej polecenie; oświadczenie w testamencie; a w trakcie nieuleczalnej choroby lub kiedy doznała ciężkich obrażeń przez jakąkolwiek inną formę komunikacji skierowaną przynajmniej do dwóch

West Virginia, Wisconsin, Wyoming. *Anatomical Gift Act (2006) Summary*, www.uniformlaws.org, dostęp 21 kwietnia 2014 r.

⁵² Zdefiniowanej jako narząd, oko lub tkanka pochodzące od człowieka (art. 2(18)).

⁵³ Małoletni, który się samodzielnie utrzymuje i nie pozostaje pod kontrolą rodzicielską; zazwyczaj na podstawie orzeczenia sądu, *Black's Law Dictionary*¹⁰, ed. B.A. GARNER, s. 1147.

osób pełnoletnich, z których przynajmniej jedna jest świadkiem bezstronnym (art. 7).

W art. 8 przewidziano przesłankę wykluczającą dawstwo, wprowadzanie zmian do oświadczenia o wyrażeniu zgody i cofnięcie wyrażenia zgody. O ile dawca nie postanowił inaczej, zabrania się osobie innej niż dawca wyrażenia zgody na dawstwo, jej zmiany lub odwołania, jeżeli dawca wyraził taką zgodę lub wprowadził do niej zmiany. O ile dawca (lub inna osoba uprawniona) nie postanowił inaczej, wyrażenie zgody na przekazanie części ciała nie wyklucza przekazania innej części, nawet w późniejszym czasie. Jednakże, jeżeli dawca, będący usamodzielnionym małoletnim umiera, jego rodzic, który jest rozsądnie osiągalny (*reasonably available*)⁵⁴ może odwołać lub zmienić oświadczenie dawcy o wyrażeniu zgody na dawstwo; podobnie, jeżeli usamodzielniony małoletni, który wyraził sprzeciw co do dawstwa, umiera, jego rodzic, który jest rozsądnie osiągalny, może cofnąć jego sprzeciw.

Zgodę na przekazanie ciała lub części ciała zmarłego na cele przeszczepiania, lecznicze, prowadzenia badań lub dydaktyczne, może wyrazić rozsądnie osiągalna osoba, należąca do następujących grup osób (zgodnie z hierarchią ważności): pełnomocnik zmarłego w chwili jego śmierci; małżonek zmarłego; dorosłe dzieci zmarłego; rodzice zmarłego; dorosłe rodzeństwo zmarłego; dorosłe wnuki zmarłego; dziadkowie zmarłego; osoba dorosła, która wykazała się szczególną troską wobec zmarłego; osoby, które działały jako opiekunowie zmarłego w chwili jego śmierci; każda inna osoba uprawniona do rozporządzania ciałem zmarłego (art. 9).

Osoba uprawniona do wyrażenia zgody na dawstwo może to uczynić w formie własnoręcznie podpisanego dokumentu albo poprzez oświadczenie ustne, które jest elektronicznie utrwalone albo jednocześnie

⁵⁴ „Rozsądnie osiągalny” oznacza, że organizacja pobierania narządów może się z nim skontaktować bez podejmowania nadmiernych starań, że jest on osiągalny i chętny do podjęcia stosownych działań w odpowiednim czasie, zgodnym z istniejącymi kryteriami medycznymi dotyczącymi przekazania całego ciała ludzkiego lub jego części (dawstwo anatomiczne), *Legal Glossary*, www.oregonlaws.org., dostęp 21 kwietnia 2017 r.

ograniczone do zapisu i podpisane przez odbiorcę oświadczenia ustnego (art. 10).

Narządy mogą otrzymać następujące podmioty wskazane w oświadczeniu o wyrażeniu zgody: (1) szpital; akredytowana szkoła medyczna, szkoła dentystyczna, college albo uniwersytet; organizacja pobierania narządów; albo inne podmioty, w celach prowadzenia badań lub dydaktycznych; (2) osoba fizyczna wskazana przez osobę składającą oświadczenie, jeżeli jest biorcą narządu; bank oczu albo bank tkanek. Jeżeli w oświadczeniu o wyrażeniu zgody na dawstwo nie wskazano instytucji, na rzecz których przekazanie ma nastąpić, ale określono cel na jaki narząd ma zostać wykorzystany to: oko przeznaczone na cele przeszczepiania i lecznicze zostaje przekazane do odpowiedniego banku oka; tkanka przeznaczona na cele przeszczepiania i lecznicze zostaje przekazana do odpowiedniego banku tkanek; narząd przeznaczony na cele przeszczepiania i lecznicze, zostaje przekazany do odpowiedniej organizacji pobierania narządów jako opiekuna narządu. Jeżeli wpisany jest więcej niż jeden cel, ale nie jest określona ich hierarchia ważności, przedmiot dawstwa zostaje wykorzystany w celach przeszczepiania lub leczniczych, o ile się do nich nadaje.

Jeżeli w oświadczeniu nie wskazano ani podmiotu ani celu, przedmiot dawstwa może być przeznaczony na cele przeszczepiania lub lecznicze. Podmiot nie może przyjąć przedmiotu dawstwa, jeżeli posiada wiedzę, że dawstwo nastąpiło wbrew przepisom prawa, albo wie, że osoba zmarła nie wyraziła zgody na dawstwo i odmowy nie wycofała.

Zgodnie z art. 16 ustawy, zabrania się sprzedaży i zakupu narządów. Zabronione jest także celowe fałszowanie, ukrywanie i niszczenie dokumentu zawierającego oświadczenie o wyrażeniu zgody na dawstwo, o zmianach wprowadzonych do tej zgody, o jej odwołaniu lub o odmowie wyrażenia zgody.

Ustawą o szczególnie istotnym znaczeniu dla analizowanej problematyki jest przyjęta w 1984 r. Krajowa ustawa o przeszczepianiu narządów (*National Organ Transplant Act – NOTA*)⁵⁵. Jej celem było ustanowienie Grupy Zadaniowej ds. Przeszczepiania Narządów (*Task Force on Organ*

⁵⁵ Public Law 98-507-OCT. 19, 1984, S. 2048.

Transplantation) oraz Sieci Pobierania i Przeszczepiania Narządów (*Organ Procurement and Transplantation Network - OPTN*), jak również umocowanie wsparcia finansowego dla organizacji pobierania narządów. W ustawie wprowadzono zakaz handlu narządami, który to przepis uzupełniono w 2007 r.

Problematyka transplantacyjna znajduje swoje odzwierciedlenie w szeregu innych ustaw, m. in. w Ustawie o urlopie dla dawcy narządu z 1999 r.⁵⁶ (dawcy narządu przysługuje 30 dni płatnego urlopu), Ustawie o usprawnieniu dawstwa i pobierania narządów⁵⁷ (Departament Zdrowia i Opieki Społecznej ma przyznawać dotacje stanom, ośrodkom transplantacyjnym, organizacjom pobierania narządów i innym podmiotom, na podróże związane z przeszczepianiem i na pokrycie kosztów utrzymania poniesionych przez osoby fizyczne), Ustawie o Medalu Daru Życia Stephanie Tubbs Jones⁵⁸ (uprawnia każdego dawcę narządu albo rodzinę dawcy, do otrzymania Medalu Daru Życia Stephanie Tubbs Jones).

Transplantacji narządów dedykowana jest Część H, w Podrozdziale II (Ogólne Prawa i Obowiązki), Rozdziale 6A (Publiczna Służba Zdrowia), Tytule 42 (Ochrona zdrowia i opieka społeczna) Kodeksu Stanów Zjednoczonych⁵⁹.

Obecnie, trwają prace nad projektem Ustawy o ochronie dawców żywych⁶⁰, wniesionym 1 marca 2017 r. Celem ustawy jest ochrona żywych dawców przed dyskryminacją (np. przez firmy ubezpieczeniowe).

⁵⁶ *Organ Donor Leave Act*, Public Law 106-56-SEPT. 24, 1999, H.R. 457.

⁵⁷ *Organ Donation and Recovery Improvement Act*, Public Law 108-216-APR. 5, 2004, H.R. 3926.

⁵⁸ *Stephanie Tubbs Jones Gift of Life Medal Act of 2008*, Public Law 110-413-OCT. 14, 2008, H.R. 7198a.

⁵⁹ 42 U.S. Code Part H – Organ Transplants; [www.law.cornell.edu.](http://www.law.cornell.edu), dostęp 21 kwietnia 2017 r.

⁶⁰ H.R. 1270 – 115th Congress: *Living Donor Protection Act of 2017*; [www.govtrack.us.](http://www.govtrack.us), dostęp 21 kwietnia 2017 r.

4. SIEĆ POBIERANIA I PRZESZCZEPIANIA NARZĄDÓW⁶¹

Sieć Pobierania i Przeszczepiania Narządów (*Organ Procurement and Transplantation Network - OPTN*) jest oparta na partnerstwie publiczno-prywatnym, które łączy wszystkich specjalistów zaangażowanych w system transplantacyjny w Stanach Zjednoczonych. Została utworzona na podstawie NOTA z 1984 r. Zgodnie z art. 2, zadaniem OPTN jest: utworzenie krajowej listy osób oczekujących na przeszczep i krajowego systemu komputerowego łączącego narządy z osobami wpisanymi na listę (A); udostępnienie całodobowej linii telefonicznej, aby umożliwić łączenie narządów z osobami wpisanymi na listę (B); pomoc organizacjom pobierania narządów w dystrybucji narządów, których nie można wykorzystać na obszarze ich działania (C); przyjęcie i stosowanie standardów jakości pozyskiwania i transportowania narządów (D); przygotowanie i dystrybucja próbek surowicy krwi od osób wpisanych na listę, których system immunologiczny utrudnia im otrzymanie narządów, w celu umożliwienia sprawdzenia ich zgodności z dawcami narządów (E); koordynacja transportu narządów od organizacji pobierania narządów do ośrodków transplantacyjnych (F); dostarczanie informacji lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia o dawstwie narządów (G) oraz zbieranie, analizowanie i publikowanie danych dotyczących dawstwa narządów i przeszczepów.

W 2000 r., Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (*Department of Health and Human Services - HHS*) przyjął regulację⁶² określającą ramy prawne struktury i działalności OPTN. OPTN obsługuje i monitoruje sprawiedliwy system alokacji narządów przekazanych do przeszczepów; prowadzi listę kandydatów na biorcę; łączy kandydatów na biorcę z dawcami narządów, zgodnie z ustanowionymi medycznymi kryteriami alokacji narządów; umożliwia skuteczne, wydajne rozmieszczanie narządów do przeszczepów; podejmuje działania na rzecz zwiększenia

⁶¹ Na podstawie informacji na oficjalnej stronie internetowej www.optn.transplant.hrsa.gov, w tym dokumencie *Organ Procurement and Transplantation Network Policies (OPTN Policies)*, effective date 3/1/2017, dostęp 21 kwietnia 2017 r.

⁶² Final Rule, por. więcej: <https://optn.transplant.hrsa.gov/governance/about-the-optn/final-rule/>, dostęp 21 kwietnia 2017 r.

dawstwa narządów. Głównymi celami OPTN są: zwiększenie liczby wykonywanych przeszczepów; zapewnienie równości w dostępie do przeszczepów; promowanie bezpieczeństwa dawców żywych i biorców; promowanie skutecznego zarządzania OPTN. Działa przez Radę Dyrektorów i komitety.

Obecnie, wszystkie programy transplantacyjne w szpitalach, organizacje pobierania narządów i laboratoria zgodności tkankowej w Stanach Zjednoczonych są członkami OPTN. Członkostwo oznacza, że wypełniają one wymogi OPTN i biorą czynny udział w wyznaczaniu zasad rządzących społecznością transplantacyjną. Pozostali członkowie OPTN to: dobrowolne organizacje zdrowia (takie jak Krajowa Fundacja Nerek); członkowie ogółu społeczeństwa, np. etycy i członkowie rodzin dawców; profesjonaliści z zakresu medycyny, organizacje naukowe (jak np. Amerykańskie Stowarzyszenie ds. Transplantacji). Na dzień 6 kwietnia 2017 r. OPTN liczy 392 członków, w tym: 253 ośrodki transplantacyjne, 58 organizacji pobierania narządów, 152 laboratoria zgodności tkankowej, 6 organizacji publicznych, 10 członków indywidualnych, 13 medycznych organizacji naukowych, 4 firmy.

OPTN opracowała Zasady⁶³, które regulują działalność wszystkich członków – szpitali transplantacyjnych, Organizacji Pobierania Narządów i laboratoriów zgodności tkankowej w USA. Obecnie, istnieje 20 takich zasad⁶⁴.

⁶³ OPTN Policies.

⁶⁴ 1. Przepisy administracyjne i definicje; 2. Pobieranie narządów od zmarłych dawców; 3. Rejestracja, modyfikacja i usuwanie kandydatów; 4. Zgodność tkankowa; 5. Oferty, akceptacja i weryfikacja narządów; 6. Alokacja serc i płucoserc; 7. Alokacja jelit; 8. Alokacja nerek; 9. Alokacja wątrób i wątrobo-jelit; 10. Alokacja płuc; 11. Alokacja trzustek, nerko-trzustek i wysepek; 12. Alokacja unaczynionych złożonych przeszczepów allogenicznych (VCA – Vascularized Composite Allografts); 13. Donacja krzyżowa nerek (KPD – Kidney Paired Donation); 14. Donacja od żywych dawców; 15. Rozpoznanie chorób zakaźnych; 16. Pakowanie, oznaczanie, wysyłanie i przechowywanie narządów i naczyń; 17. Międzynarodowe przeszczepianie narządów; 18. Wymogi odnośnie do składania danych; 19. Data wydania; 20. Koszty podróży i refundacja.

5. ORGANIZACJE POBIERANIA NARZĄDÓW⁶⁵

Organizacje pobierania narządów (*Organ procurement organization(s)* – OPO(s)) są to organizacje upoważnione przez CMS⁶⁶ na podstawie art. 1138(b) *Ustawy o ubezpieczeniu społecznym*⁶⁷ do pobierania narządów do przeszczepów. Są organizacjami non-profit i członkami OPTN. Każda OPO ma własną Radę Dyrektorów i Dyrektora Medycznego (zazwyczaj chirurg transplantolog albo lekarz); zatrudnia wysoce wykwalifikowanych profesjonalistów, zwanych koordynatorami pobierania. Obecnie istnieje 58⁶⁸ OPO⁶⁹, 51 niezależnych i 7 zlokalizowanych w szpitalach.

⁶⁵ Na podstawie informacji dostępnych na oficjalnej stronie internetowej OPTN: www.optn.transplant.hrsa.gov, w tym OPTN Policies.

⁶⁶ Centers for Medicare and Medicaid Services – część Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej; zarządza krajowym programem ubezpieczenia społecznego Medicare.

⁶⁷ *Social Security Act*, August 14, 1935, H.R. 7260.

⁶⁸ Stan na kwiecień 2017 r.

⁶⁹ 1. ALOB – Alabama Organ Center (www.alabamaorgancenter.org) 2. AROR – Arkansas Regional Organ Recovery Agency (www.arora.org), 3. AZOB – Donor Network of Arizona (www.dnaz.org), 4. CAOP – OneLegacy (www.onelegacy.org), 5. CASD – Lifesharing – A Donate Life Organization (www.lifesharing.org), 6. CADN – Donor Network West (www.donornetworkwest.org), 7. CAGS – Sierra Donor Services (www.sierradonor.org), 8. CORS – Donor Alliance (www.donoralliance.org), 9. CTOP – LifeChoice Donor Services (www.lifechoiceopo.org), 10. FLUF – LifeQuest Organ Recovery Services (www.lifequestfla.org), 11. FLMP – Life Alliance Organ Recovery Agency (www.surgery.med.miami.edu/laora), 12. FLWC – LifeLink of Florida (www.lifelinkfoundation.org), 13. FLFH – TransLife (www.translife.org), 14. GALL – LifeLink of Georgia (www.lifelinkfoundation.org), 15. HIOP – Legacy of Life Hawaii (www.legacyofflifelifehawaii.org), 16. IAOP – Iowa Donor Network (www.iowadonornetwork.org), 17. ILIP – Gift of Hope Organ & Tissue Donor Network (www.giftofhope.org), 18. INOP – Indiana Donor Network (www.indianadonornetwork.org), 19. MWOB – Midwest Transplant Network (www.mwtn.org), 20. KYDA – Kentucky Organ Donor Affiliates (www.kyorgandonor.org), 21. LAOP – Louisiana Organ Procurement Agency (www.lopa.org), 22. MAOB – New England Organ Bank (www.neob.org), 23. MDPC – The Living Legacy Foundation of Maryland (www.thellf.org), 24. MIOP – Gift of Life Michigan (www.giftoflifemichigan.org), 25. MNOP – LifeSource Upper Midwest Organ Procurement Organization (www.life-source.org), 26. MOMA – Mid-America Transplant Services (www.midamericatransplant.org), 27. MSOP – Mississippi Organ Recovery Agency

6. DAROWANIE NARZĄDÓW *EX MORTUO*⁷⁰

W 1978 r. Komisarze ds. Jednolitego Prawa (Uniform Law Commissioners – ULC) opracowali Jednolitą ustawę o śmierci mózgowej (*Uniform Brain Death Act*), aby rozwiązać prawne niejasności w kwestii stwierdzania śmierci. Już wówczas za niewystarczające poczytywano prawne uznanie tylko tradycyjnych kryteriów (ustania funkcji krążeniowych i oddechowych). Zgodnie z ustawą, nieodwracalne ustanie całego działania mózgu, w tym pnia mózgu, stanowiło śmierć. ULC założyli, że tradycyjne kryteria będą automatycznie brane pod uwagę wraz ze standardem śmierci mózgowej przewidzianej w ustawie i nie wspomnieli

(www.msora.org), 28. NCCM – LifeShare of the Carolinas (www.lifesharecarolinas.org), 29. NCNC – Carolina Donor Services (www.carolinadonorservices.org), 30. NEOR – Nebraska Organ Recovery System (www.nedonation.org), 31. NJTO – New Jersey Organ and Tissue Sharing Network OPO (www.njsharingnetwork.org), 32. NMOP – New Mexico Donor Services (www.donatelifem.org), 33. NVLV – Nevada Donor Network (www.nvdonor.org/index.html), 34. NYAP – Center for Donation and Transplant (www.cdtny.org), 35. NYWN – Upstate New York Transplant Services Inc (www.unyts.org), 36. NYRT – LiveOnNY (www.liveonny.org), 37. NYFL – Finger Lakes Donor Recovery Network (www.donorrecovery.org), 38. OHOV – LifeCenter Organ Donor Network (www.lifepassiton.org), 39. OHLB – Lifebanc (www.lifebanc.org), 40. OHLP – Lifeline of Ohio (www.lifelineofohio.org), 41. OHLC – Life Connection of Ohio (www.lifeconnectionofohio.org), 42. OKOP – LifeShare Transplant Donor Services of Oklahoma (www.lifeshareoklahoma.org), 43. ORUO – Pacific Northwest Transplant Bank (www.pntb.org), 44. PADV – Gift of Life Donor Program (www.donors1.org), 45. PATF – Center for Organ Recovery and Education (www.core.org), 46. PRLI – LifeLink of Puerto Rico (www.lifelinkfoundation.org), 47. SCOP – We Are Sharing Hope SC (www.sharinghopesc.org), 48. TNMS – Mid-South Transplant Foundation (www.midsouthtransplant.org), 49. TNDS – Tennessee Donor Services (www.tds.dcds.org), 50. TXSB – Southwest Transplant Alliance (www.organ.org), 51. TXGC – LifeGift Organ Donation Center (www.lifegift.org), 52. TXSA – Texas Organ Sharing Alliance (www.txorgansharing.org), 53. UTOP – Intermountain Donor Services (www.idslife.org), 54. DCTC – Washington Regional Transplant Community (www.beadonor.org), 55. VATB – LifeNet Health (www.lifenethealth.org), 56. WALC – LifeCenter Northwest (www.lcnw.org), 57. WIUW – UW Health Organ and Tissue Donation (<http://www.uwhealth.org>), 58. WIDN – Wisconsin Donor Network (www.bcw.edu/bcw/index.htm).

⁷⁰ Na podstawie informacji dostępnych na oficjalnej stronie internetowej OPTN: www.optn.transplant.hrsa.gov, w tym OPTN Policies.

o nich w ustawie. Jednak zabieg ten okazał się mylący dla stanów chcących przyjąć wszechstronne regulacje w tym zakresie. ULC dokonała korekty sytuacji zastępując ustawę Jednolitą ustawą o określeniu śmierci (*Uniform Determination of Death Act – UDDA*) w 1980 r.⁷¹ Zgodnie z §1, osoba, która doznała albo (1) nieodwracalnego ustania funkcji krążeniowych i oddechowych, albo (2) nieodwracalnego ustania wszystkich funkcji całego mózgu, w tym pnia mózgu, jest martwa. Określenie śmierci musi nastąpić zgodnie z przyjętymi standardami medycznymi. UDDA celowo nie zatytułowano Ustawą o definicji śmierci, jako że nie zawiera ona wyłączonej definicji śmierci, a odnosi się jedynie do medycznego ustalenia śmierci biologicznej; uzupełnia istniejące i przyjęte definicje.

Zgodnie z Zasadami OPTN⁷², śmiercią kwalifikującą do dawstwa od osoby zmarłej jest zgon pacjenta, który spełnia wszystkie z następujących przesłanek: ma ukończone 75 lat lub mniej; jego zgon został stwierdzony zgodnie z prawem, na podstawie kryteriów neurologicznych według prawa stanowego lub miejscowego; masa jego ciała wynosi 5 kg lub więcej; ma wskaźnik masy ciała (BMI) równy 50 kg/m² lub mniejszy; ma przynajmniej jedną nerkę, wątrobę, serce lub płuco, które spełniają wstępne kryteria kwalifikacji, określone dla poszczególnych organów.

Jeżeli osoba zmarła spełnia powyższe przesłanki, będzie uprawniona do dawstwa, o ile nie spełnia którejkolwiek z następujących przesłanek: podczas pobrania narządów wszystkie zostaną uznane za medycznie niezdatne do przeszczepu; dawca wykazuje którąkolwiek ze szczególnie określonych⁷³ infekcji bakteryjnych, wirusowych, grzybiczych, pasożytniczych lub prionowych. Określone są także ogólne przesłanki wykluczające dawstwo, np. niedokrwistość aplastyczna, nowotwory hematologiczne etc.

⁷¹ Przyjęta w stanach: Alabama, Alaska, Arkansas, California, Colorado, Delaware, District of Columbia, Georgia, Idaho, Indiana, Kansas, Maine, Maryland, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, U.S. Virgin Islands, Utah, Vermont, West Virginia, Wisconsin, Wyoming.

⁷² OPTN Policies, s. 4-5.

⁷³ Ibidem, s. 5.

Darować można następujące narządy: nerki, wątrobę, płuca, serce, trzustkę i jelito; w 2014 r. do listy dodano jeszcze dłonie i twarze. Darować można także: rogówkę, ucho środkowe, zastawkę serca, kości, żyły, chrząstki, ścięgna, więzadła.

Szpital informuje lokalną OPO o każdym pacjencie, którego zgon nastąpił albo który jest bliski śmierci; przekazuje OPO informacje o zmarłym pacjencie, aby ustalić, czy istnieje możliwość, aby został on dawcą. Przedstawiciele OPO ustalają, czy zmarły był zarejestrowany jako dawca w rejestrze stanowym; jeżeli był, oznacza to prawnie skuteczną zgodę na dawstwo. Jeżeli zmarły nie był zarejestrowany i brak innych danych o zgodzie pacjenta na pobranie narządów, takich jak chociażby adnotacja na prawie jazdy, OPO zwróci się do najbliższej rodziny o udzielenie zgody na pobranie narządów.

Każda OPO musi ustanowić kryteria akceptacji zmarłego dawcy lub narządu zmarłego dawcy do przeszczepów na swoim obszarze; jeżeli odrzuci zmarłego dawcę, ma obowiązek zaoferować jego narządy OPO, która ma bardziej liberalne kryteria akceptacji.

OPO jest odpowiedzialna za: identyfikację zmarłych kandydatów na dawcę; dostarczenie dowodu wyrażenia zgody na dawstwo; badanie zmarłego dawcy; zweryfikowanie, czy zgon został stwierdzony zgodnie z obowiązującymi przepisami; opracowanie i wdrożenie planu dotyczącego dawstwa narządów dla populacji zróżnicowanych kulturowo i etnicznie; zarządzanie kliniczne zmarłym dawcą; pobranie, podzielenie i spakowanie niezbędnego materiału służącego do określania typów tkanek; ocenę jakości narządów dawcy; zabezpieczenie, spakowanie i transport narządów; alokację narządów zmarłego dawcy; udokumentowanie i przechowanie pełnej informacji o zmarłym dawcy przez 7 lat (dla wszystkich pobranych narządów); przekazanie dokumentacji OPTN, umożliwiającej ocenę przydatności dawcy do programów transplantacyjnych; przechowanie przez co najmniej 10 lat próbek krwi zmarłego dawcy; uzyskanie historii choroby dawcy.

Pobranie i przeszczepienie narządów nie może być wykonane przez lekarza prowadzącego kandydata na dawcę w chwili jego śmierci, jak również lekarza, który stwierdza śmierć kandydata na dawcę.

7. DAROWANIE NARZĄDÓW *EX VIVO*⁷⁴

Żywi dawcy mogą przekazać: jedną nerkę, jeden płat wątroby, płuco lub część płuca, część trzustki, część jelita. Niektóre z tkanek przekazywanych przez żywych dawców to skóra, kości, komórki ze szpiku kostnego i komórki krwi pępowinowej, owodnia czy krew.

Wśród rodzajów dawstwa żywego wyróżniamy: dawstwo ze wskazaniem, dawstwo bez wskazania, dawstwo krzyżowe, dawstwo z niezgodnością grupy krwi, dodatni cross-match; mówimy także o dawcy łańcuchowym (którym jest osoba, której usunięto narząd jako część procesu leczenia i otrzymała organ zastępczy; a usunięty organ jest przeszczepiany innej osobie) i niełańcuchowym dawcy leczniczym (osobie, której w ramach procesu leczenia usunięto narząd i której narząd przeszczepiono innej osobie, a sam dawca nie otrzymuje organu zastępczego).

W przypadku dawstwa ze wskazaniem, dawca wskazuje konkretną osobę jako biorcę narządu. Dawcą może być: krewny biologiczny (tj. rodzic, rodzeństwo, pełnoletnie dziecko); osoba niespokrewniona biologicznie, którą łączy z kandydatem na biorcę relacja osobista albo społeczna (tj. małżonek, partner, przyjaciel, współpracownik); osoba niespokrewniona biologicznie, która posiada informację o potrzebie wykonania przeszczepu kandydatowi na biorcę i daruje swój narząd ze względów altruistycznych.

W przypadku dawstwa bez wskazania, dawca nie wskazuje konkretnej osoby jako biorcy narządu. Dopasowanie odbywa się na podstawie medycznej zgodności z kandydatem na biorcę. Niektórzy dawcy nie wyrażają woli na poznanie biorcy; w innych wypadach, jeżeli obie strony wyrażą taką wolę i zezwala na to polityka ośrodka transplantacyjnego, może dojść do spotkania dawcy i biorcy.

Dawstwo krzyżowe dotyczy dwóch żywych dawców nerek i dwóch biorców, w przypadku braku zgodności grupy krwi i braku zgodności tkankowej HLA. Kandydaci na biorcę „zamieniają się” dawcami, aby

⁷⁴ Na podstawie informacji dostępnych na oficjalnej stronie internetowej OPTN: www.optn.transplant.hrsa.gov, w tym OPTN Policies.

każdy kandydat mógł otrzymać nerkę od dawcy ze zgodną grupą krwi i zgodnością tkankową antygenów leukocytarnych.

Dawstwo z niezgodną grupą krwi ma miejsce wówczas, kiedy kandydat na biorcę otrzymuje nerkę od żywego dawcy z niezgodną grupą krwi. Aby zmniejszyć ryzyko odrzucenia narządu, kandydaci są poddawani specjalnemu leczeniu przed przeszczepieniem i po nim.

Dodatni cross-match dotyczy żywego dawcy i kandydata na przeszczep, którzy nie są dopasowani, ponieważ kandydat na biorcę ma określone przeciwciała, które natychmiast zareagują przeciw komórkom dawcy i przeszczep będzie nieudany. Poddaje się ich szczególnemu leczeniu, aby zapobiec reakcji odrzucenia narządu.

Kandydaci na biorcę są kwalifikowani przez ośrodki transplantacyjne, w których zamierzają przekazać narządy. Przeprowadzone badania mają na celu upewnienie się, że nie nastąpią żadne negatywne fizyczne, psychologiczne lub emocjonalne skutki przed, w trakcie oraz po donacji.

Istnieje obowiązek poddania żywego dawcy ocenie psychospołecznej, mający zastosowanie do dawcy nerek, wątroby, trzustki, płuca albo jelita. Oceny może dokonać psychiatra, psycholog, pracownik społeczny z wykształceniem magisterskim albo licencjonowany klinicznie pracownik społeczny. Dokumentacja oceny psychospołecznej musi pozostać w aktach żywego dawcy.

Szpital pobrań musi wyznaczyć i przyznać każdemu kandydatowi na żywego dawcę Niezależnego Asystenta Kandydata na Dawcę (*Independent Living Donor Advocate – ILDA*), który ma wspierać kandydata na żywego dawcę w procesie donacji *ex vivo*. Nie bierze on udziału w kwalifikacji kandydata na biorcę i jest niezależny od decyzji o przeszczepieniu mu narządów. ILDA może być jedną osobą albo niezależnym zespołem asystentów żywego dawcy, mającym wielu członków; jeżeli jest zespołem, wskazuje jedną osobę z zespołu jako kontaktową dla każdego żywego dawcy. Do obowiązków ILDA należy m. in.: działanie niezależne od zespołu transplantacyjnego kandydata; czuwanie nad przestrzeganiem praw żywego dawcy; czuwanie, aby żywy dawca otrzymał wszystkie niezbędne informacje i wspieranie dawcy w uzyskaniu informacji dodatkowych od specjalistów. ILDA musi posiadać kwalifikacje wyszczególnione w regulacjach szpitali pobrań.

Istnieje wymóg uzyskania świadomej zgody, który dotyczy żywych dawców nerki, wątroby, trzustki, jelita oraz płuca. Za dochowanie tego wymogu odpowiedzialny jest szpital pobrania. Zgodnie z wymogiem świadomej zgody, szpital musi uzyskać od żywego dawcy podpisany własnoręcznie dokument, który potwierdza, że dawca: wyraża chęć dawstwa; powziął decyzję swobodnie (bez przymusu, jakiegokolwiek nacisku); został poinformowany, że może odmówić dawstwa w każdym czasie. Na szpitalu spoczywa obowiązek: zapewnienia dawcy możliwości wycofania zgody lub wycofania się z procesu kwalifikacji, w sposób poufny; udostępnienia dawcy ILDA, który będzie go wspierał przez cały proces; udostępnienia materiałów szkoleniowych i instruktażowych, które mogą się składać z różnych środków przekazu, interakcji jeden-na-jeden lub interakcji w niewielkich grupach; trening i instrukcja muszą być prowadzone w języku, w którym dawca jest w stanie prowadzić zrozumiały dialog z personelem szpitala pobrań. Szpital pobrań musi podjąć wszelkie możliwe starania, aby zapewnić poufność dla dawcy i biorcy. Na szpitalu pobrań ciąży także obowiązek poinformowania dawcy o alternatywnych zabiegach lekarskich i metodach leczenia biorcy, w tym przeszczepie narządów od zmarłego dawcy. Szpital pobrań zobowiązuje się zgłaszać informacje o stanie zdrowia żywego dawcy po zabiegu i zobowiązuje dawcę do przeprowadzania badań. Żywy dawca musi przejść kwalifikację medyczną. Szpital pobrań może odmówić dawcy; w takiej sytuacji musi poinformować dawcę, że inny szpital pobrań może zakwalifikować go na podstawie innych kryteriów wyboru. Szpital pobrań ma obowiązek poinformować o istniejącym operacyjnym, medycznym, psychologicznym i finansowym ryzyku związanym z żywym dawstwem. W wypadku dawstwa nerek i wątroby istnieją dodatkowe wymogi odnośnie do świadomej zgody dla żywych dawców.

Kwalifikacji medycznej są poddawani żywi dawcy nerek, wątroby, trzustki, płuc lub jelita. Ma ona miejsce w szpitalu pobrań, a dokonuje jej lekarz lub chirurg mający doświadczenie w pobieraniu narządów od żywych dawców. Dokumentację kwalifikacji medycznej przechowuje się w aktach dawcy. Szczegółowo określono jakie elementy składowe musi zawierać kwalifikacja; żywi dawcy nerki i wątroby muszą spełnić wymagania dodatkowe.

Szpitala pobrań mogą wykluczyć dawcę na podstawie przesłanek, które powodują, że w medycznej opinii szpitala jest on nieodpowiedni do dawstwa narządów. Szpitala pobrań mają obowiązek wykluczyć dawcę, który spełnia którekolwiek z następujących kryteriów wyłączenia: nie ukończył 18 lat i jest umyślowo niezdolny do podjęcia świadomej decyzji; jest zarażony wirusem HIV⁷⁵, chyba że spełnia wymagania niezbędne

⁷⁵ Zasady OPTN określają dopuszczalne polityki eksperymentalne których zadaniem jest testowanie metody usprawnienia alokacji. Jedną z takich wariacji jest otwarta wariacja pobierania i przeszczepiania narządów od dawców będących nosicielami wirusa HIV. Ma zastosowanie do członków OPTN biorących udział w protokole badawczym zatwierdzonym przez Niezależną Komisję Etyczną (*Institutional Review Board – IRB*), który spełnia wymagania przewidziane w Regulacji Finalnej (*Final Rule – FR*) OPTN (Por. Tytuł 42, Rozdział I, Podrozdział K, Część 121 Elektronicznego Kodeksu Regulacji Federalnych; dostępnego na stronie U.S. Government Publishing Office pod adresem: www.ecfr.gov) odnośnie do pobierania narządów od dawców będących nosicielami wirusa HIV i przeszczepiania tych narządów biorcom będącym nosicielami wirusa HIV. W dniu 21 listopada 2013 r. uchwalono Ustawę HOPE (*HIV Organ Policy Equity Act*, Public Law 113-51-NOV. 21, 2013, 127 STAT. 579), która wzywa do wypracowania i opublikowania kryteriów badań w zakresie przeszczepiania narządów od dawców będących nosicielami wirusa HIV dla biorców, którzy także są nosicielami wirusa HIV. W dniu 21 listopada 2015 r. weszły w życie nowe zasady OPTN w tym zakresie. Ostateczne kryteria badań znajdują się w FR OPTN (§121.6). Zgodnie z nimi, narządy od osób będących nosicielami wirusa HIV można przeszczepiać tylko osobom, które: są nosicielami wirusa HIV przed otrzymaniem takiego narządu; uczestniczą w badaniach klinicznych zatwierdzonych przez IRB. Powyższy wymóg uzupełniono wprowadzając zmiany do Zasad OPTN. I tak, OPO może alokować organ od dawcy będącego nosicielem wirusa HIV tylko po ustaleniu, że kandydat na dawcę jest nosicielem wirusa HIV, a kandydat na biorcę, będący nosicielem wirusa HIV, wyraża wolę przyjęcia narządu pochodzącego od nosiciela wirusa HIV, w ramach protokołu badawczego. OPO może alokować narządy pobrane od dawców będących nosicielami wirusa HIV kandydatom na biorców, którym zostały one dopasowane w systemie alokacji, za wyjątkiem dawstwa ze wskazaniem. OPO musi zweryfikować, czy kandydat na biorcę jest zarejestrowany jako kandydat na biorcę będący nosicielem wirusa HIV w szpitalu transplantacyjnym. Szpital pobrań musi potwierdzić, że kandydat na dawcę jest nosicielem wirusa HIV, a kandydat na biorcę wyraża wolę przyjęcia organu pochodzącego od dawcy będącego nosicielem wirusa HIV, w ramach protokołu badawczego. Wariacja dopuszcza możliwość pobierania narządów nie tylko od zmarłych dawców będących nosicielami wirusa HIV, ale także od dawców żywych. Na podstawie prawa federalnego, narządy od dawców będących

do estymacji wariacji; cierpi na czynne choroby nowotworowe lub nie do końca wyleczone choroby nowotworowe; istnieje wysokie podejrzenie, że działa pod wpływem przymusu; istnieje wysokie podejrzenie o nielegalnej wymianie finansowej pomiędzy dawcą i biorcą; ma objawy ostrego symptomatycznego zakażenia (do momentu ustąpienia); cierpi na nieleczone, możliwe do zdiagnozowania zaburzenia psychiczne wymagające leczenia przed donacją, w tym skłonność do podejmowania prób samobójczych. Istnieją dodatkowe kryteria w odniesieniu do żywych dawców nerek i wątroby. W przypadku dawców łańcuchowych i niełańcuchowych dawców leczniczych, zgodnie z kryteriami zgody świadomej, szpitale pobrań muszą uzyskać od dawcy podpisany przez niego dokument potwierdzający, że: wyraża on chęć dawstwa; powziął decyzję swobodnie (bez przymusu i jakiegokolwiek nacisku); został poinformowany, że może odmówić dawstwa w każdym czasie; otrzymał informację o opcjach leczenia, które nie wymagałyby dawstwa narządów.

Krzyżowe przeszczepy nerek (*Kidney Paired Donation – KPD*)

Aby móc wziąć udział w programie KPD, kandydaci na biorcę muszą być wpisani na listę osób oczekujących na przeszczep nerki w szpitalu transplantacyjnym, który zgadza się wpisać kandydata do programu. Kandydat na dawcę musi mieć co najmniej 18 lat i nie może być zarejestrowany jako kandydat na dawcę dla innego kandydata na biorcę wpisanego do programu KPD. Dla każdej wymiany KPD szpital transplantacyjny dawcy ma obowiązek uzyskania i udokumentowania jego świadomej zgody. Zanim niewskazany dawca (*Non-Directed Donor*

nosicielami wirusa HIV mogą być przeszczepiane w ramach protokołu badawczego Krajowych Instytutów Zdrowia (*National Health Institutes – NIH*). Kryteria badań określone przez NIH skupiają się na przeszczepach wątroby i nerek, ponieważ w zakresie przeszczepiania tychże narządów od dawców niebędących nosicielami wirusa HIV, biorcom będącym nosicielami wirusa HIV, istnieje już znaczny dorobek praktyki. W kryteriach nie zakłada się wyłączenia możliwości przeszczepiania innych narządów w przyszłości, takich jak serca czy płuca, ale postuluje się, aby zespoły transplantacyjne najpierw zdobyły doświadczenie w przeszczepianiu tych narządów od dawców niebędących nosicielami wirusa HIV biorcom będącym nosicielami, zanim podejmą się przeszczepiania narządów od dawców będących nosicielami, biorcom będącym nosicielami.

– *NDD*)⁷⁶ dawca zostanie przyjęty do programu KPD, jego szpital transplantacyjny ma obowiązek umieszczenia w jego dokumentacji medycznej informacji o fakcie poinformowania go o wszystkich możliwościach dawstwa, w tym: uczestnictwie w KPD; dawstwa dla kandydata na biorcę wpisanego na listę oczekujących na nerkę od zmarłego dawcy; wszystkich innych dostępnych na jego obszarze.

8. REGULACJA PRAWNA ZAKAZU HANDLU NARZĄDAMI

UAGA z 1968 r. nie przewidywała zakazu handlu narządami. E. B. Stanson, przewodniczący zespołu opracowującego projekt sugerował, że kwestia rekompensaty powinna pozostać w gestii ludzkiej przyzwoitości; projektodawcy nie spodziewali się, że będzie ona stanowiła poważny problem, a ponadto tematu nie podjęto, ponieważ wypracowanie zakazu rekompensaty miało być „niełatwe”⁷⁷.

Zakaz handlu narządami wprowadziła NOTA z 1984 r. w Tytule III (zakaz kupna narządów). Zgodnie z art. 301(a) za niezgodne z prawem uznaje się umyślne nabycie, pozyskanie lub przekazanie w inny sposób jakiegokolwiek narządu w zamian za świadczenie, w celu wykorzystania w przeszczepianiu narządów ludzkich. Każda osoba, która przepis ten naruszy, podlega karze grzywny w wysokości do 50 000 dolarów albo karze pozbawienia wolności na okres do lat 5, albo obu tym karom łącznie (art. 301(b)). „Narząd ludzki” zdefiniowano jako pochodzące od człowieka nerkę, wątrobę, serce, płuco, trzustkę, szpik kostny, rogówkę, oko, kość, skórę i każdy inny narząd pochodzący od człowieka, określony przez Sekretarza Zdrowia i Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia (art. 301(c)(1)). W ustawie nie zdefiniowano pojęcia świadczenia, poza wskazaniem, że nie zawiera ono uzasadnionych opłat związanych z pobraniem, transportem, implantacją, przetwarzaniem, zabezpieczaniem, kontrolą jakości i przechowywaniem ludzkich narządów albo kosztami

⁷⁶ Dawca KPD, który przystępuje do programu KPD bez sparowanego biorcy albo żywy dawca, który przekazuje narząd i nie wskazuje biorcy.

⁷⁷ I. G. *op. cit.*, s. 1983.

podróży, zakwaterowania i utraconego wynagrodzenia poniesionymi przez dawcę narządu ludzkiego związanymi z dawstwem narządu (art. 301(c)(1)). W doktrynie termin ten definiuje się jako świadczenie mające skutek prawny, które albo przysparza pieniądze mierzalną korzyść jednej stronie albo przynosi pieniądze mierzalną szkodę innej osobie⁷⁸.

Z powyższych przepisów wynika, iż NOTA wykluczyła z zakazu: narządy zwierzęce; wykorzystanie narządów w celu prowadzenia badań i innych celach nietransplantacyjnych; krew, komórki jajowe oraz spermę⁷⁹.

Po uchwaleniu NOTA, w 1987 r. zmieniono UAGA. Zgodnie z art. 10 (Zakaz sprzedaży lub zakupu części ciała ludzkiego⁸⁰), nikt nie może umyślnie, w zamian za świadczenie, kupić albo sprzedać części ciała ludzkiego w celach transplantacyjnych albo leczniczych, jeżeli pobranie części ma nastąpić po śmierci (a); świadczenie nie zawiera uzasadnionej opłaty za pobranie, przetwarzanie, rozporządzanie, zabezpieczenie, kontrolę jakości, przechowywanie, transport lub implantację części (b); osoba, która naruszy przepis art. 10 popełnia przestępstwo i podlega karze grzywny nie przekraczającej wysokości [50 000] dolarów lub karze więzienia do lat [5], lub obu tym karom łącznie (c).

UAGA z 1987 r. została przyjęta w niewielu stanach. Co warto podkreślić, NOTA – jako prawo federalne – ma moc nadrzędną w stosunku do UAGA i pozostaje najważniejszym dokumentem prawnym zakazującym sprzedaży narządów w Stanach Zjednoczonych⁸¹.

Zakaz kupna narządów zawarty w tytule III NOTA, a zwłaszcza termin świadczenia, pojmowany jest w doktrynie tak szeroko, że przez lata interpretowany był jako zakazujący krzyżowych przeszczepów nerek⁸². Dlatego też w 2007 r. wprowadzono zmianę, dodając przy przepisie wprowadzającym zakaz (art. 301(a)) klauzulę, że przepis nie dotyczy krzyżowych przeszczepów ludzkich narządów. Rozszerzono defini-

⁷⁸ *Black's Law Dictionary...*, s. 372.

⁷⁹ I.G. COHEN, *op. cit.*, s. 1984.

⁸⁰ Zgodnie z definicją zawartą w art. 1(8), „część” oznacza narząd, tkankę, oko, kość, tętnicę, krew, płyn lub inną część ludzkiego ciała.

⁸¹ I.G. COHEN, *op. cit.*, s. 1984.

⁸² *Ibidem*, s. 1984.

cję narządu ludzkiego (art. 301(c)(1)), który oznacza pochodzące od człowieka (w tym płodu) nerkę, wątrobę, serce, płuco, trzustkę, szpik kostny, rogówkę, oko, kość i skórę albo ich część oraz każdy inny narząd pochodzący od człowieka (albo jego część, w tym pobraną od płodu), określony przez Sekretarza Zdrowia i Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia. W art. 301(c) wprowadzono punkt (4), w którym zdefiniowano pojęcie „przeszczep krzyżowy ludzkich narządów”.

Do zakazu handlu narządami odniesiono się także przy określaniu wymogu uzyskania świadomej zgody żywego dawcy na przekazanie narządu w Zasadach OPTN⁸³. Podkreślono, że jest przestępstwem federalnym umyślnie nabywanie, pozyskiwanie lub przekazywanie w inny sposób jakiegokolwiek narządu ludzkiego w zamian za jakiegokolwiek świadczenie, w tym np. pieniądze, majątek czy sfinansowanie wyjazdu wakacyjnego. Stąd też szpital pobrań musi podjąć wszelkie możliwe starania, aby zapewnić poufność danych dawcy i biorcy przy przeszczepach pomiędzy osobami niespokrewnionymi bez wskazania.

9. FENOMENOLOGIA HANDLU NARZĄDAMI – CASE STUDY⁸⁴

Z analizy literatury i danych statystycznych wynika, że jak dotąd w Stanach Zjednoczonych za handel narządami została skazana jedna osoba. W dniu 27 października 2011 r., Levy Izhak Rosenbaum (a/k/a „Isaac Rosenbaum”), obywatel Izraela mieszkający na Brooklynie, przyznał się do winy w zakresie trzech zarzutów zawartych w akcie oskarżenia, tj. nabywania, otrzymywania i przekazywania w inny sposób narządów ludzkich, w zamian za świadczenie, do wykorzystania w celach przeszczepiania; i jednego zarzutu czynienia przygotowań do dokonania kolejnego takiego przestępstwa. Rosenbaum przyznał się do pośredniczenia przy trzech nielegalnych przeszczepach nerek za opłatą w wysokości co najmniej 120 000 dolarów.

⁸³ OPTN Policies, s. 182.

⁸⁴ Na podstawie: *Brooklyn Man Pleads Guilty in First Ever Federal Conviction for Brokering Illegal Kidney Transplants for Profit*, Press Releases, Federal Bureau of Investigation, Newark Division, www.fbi.gov, dostęp 21 kwietnia 2017 r.

Rosenbaum przyznał, że w okresie od stycznia 2006 r. do lutego 2009 r. współpracował z innymi osobami poprzez pośredniczenie między osobami poszukującymi dawców nerek a dawcami, w zamian za znaczną sumę pieniędzy. Przyznał się do zaaranżowania trzech przeszczepów w imieniu mieszkańców New Jersey, które miały miejsce w grudniu 2006 r., wrześniu 2008 r. i lutym 2009 r. Potwierdził, że za zaaranżowanie przedmiotowych przeszczepów otrzymał od biorców odpowiednio około 120 000 dolarów, 150 000 dolarów i 140 000 dolarów.

Biznes nerkowy Rosenbauma ujrzał światło dzienne dzięki współpracy oskarżonego Solomona Dweka i agentki FBI (UC), działającej pod przykryciem, która podawała się za pracownika Dweka i zgłosiła się do Rosenbauma z informacją, że jej wujek potrzebuje przeszczepu nerki. Dwek i UC spotkali się z Rosenbaumem w połowie lutego 2008 r., na którym to spotkaniu Rosenbaum ich poinformował, że kupowanie i sprzedawanie narządów jest nielegalne; jednocześnie ich zapewnił, że zajmuje się tym procederem od dłuższego czasu. Rosenbaum wyjaśnił Dwekowi i UC, że pomoże biorcy i dawcy wymyślić fikcyjną historię, aby wyglądało na to, że przeszczep jest wynikiem prawdziwego altruistycznego dawstwa i że będzie on odpowiedzialny za opiekę nad dawcą po jego powrocie z zagranicy. Poinformował ich także, że życzy sobie 150 000 dolarów za zaaranżowanie przeszczepu.

Rosenbaum spotkał się z Dwekiem i UC ponownie w sierpniu 2008 r. Zażądał próbki krwi od wujka UC, aby znaleźć dawcę z odpowiednią grupą krwi; poinformował też wówczas Dweka i UC, że cena wzrosła do 160 000 dolarów; przyjął od Dweka jako zaliczkę cztery czeki w łącznej wysokości 10 000 dolarów. Na spotkaniu w lipcu 2009 r., Rosenbaum oświadczył UC, że zajmuje się aranżowaniem przeszczepów nerek od 10 lat, a ostatni przeszczep miał miejsce dwa tygodnie wcześniej.

Każdy z zarzucanych czynów, do których przyznał się Rosenbaum, pociąga maksymalną karę ustawową pozbawienia wolności do 5 lat i 250 000 dolarów grzywny. Rosenbaum zgodził się na przepadek 420 000 dolarów, przyjętych za pośredniczenie przy organizacji przeszczepów, wraz z zaliczką przyjętą od Dweka.

W dniu 11 lipca 2012 r. Rosenbaum został skazany na 2,5 roku kary pozbawienia wolności⁸⁵.

10. UWAGI KOŃCOWE

Stany Zjednoczone to kraj, w którym transplantologia kliniczna osiągała najwcześniejsze sukcesy. Dość wspomnieć, że pionierska udana transplantacja izogeniczna nerki miała miejsce w 1954 r. w Bostonie, pierwsze jednoczesne przeszczepienie nerki i trzustki odbyło się w 1966 r., pionierskie przeszczepienie wątroby w 1967 r., a pierwsze jednoczesne przeszczepienie serca i płuca odbyło się w 1981 r. i także miało miejsce w USA. Śmiało można zatem powiedzieć, że Stany Zjednoczone są swoistą kolebką udanych pionierskich zabiegów przeszczepiania narządów.

Analizując statystyki w zakresie donacji narządów w USA, zarówno w zakresie przeszczepiania od dawców żywych, jak i pośmiertnego darowania narządów nie sposób nie zauważyć, że od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku do dnia dzisiejszego wykonano setki tysięcy transplantacji różnorodnych narządów. Pomijając fakt, że USA zamieszkuje prawie 320 milionów mieszkańców, co w prostej linii przekłada się na liczbę wykonywanych zabiegów, to należy przypomnieć, że regulacje prawne w zakresie donacji narządów datują się już na 1968 r. i kultura prawna w tym zakresie jest już mocno ugruntowana w systemie amerykańskim.

Z pewnością na podkreślenie zasługuje dojrzałość i szczelność regulacji amerykańskiej, która nie pozwala na handel narządami ludzkimi, a w tym kontekście wypada także zwrócić uwagę na polskie osiągnięcia w tym względzie. Z ostatnich badań dokonanych przez E. M. Guzik-Makaruk niezbiec wynika, że w Polsce nie występuje proceder handlu narządami ludzkimi.

⁸⁵ S. HENRY, *Brooklyn Man Sentenced 2 1/2 Years in Fed Organ Trafficking Case*, www.nbcnewyork.com, dostęp 21 kwietnia 2017 r.

WYBRANE ASPEKTY TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW W STANACH ZJEDNOCZONYCH

Streszczenie

Opracowanie zostało poświęcone wybranym aspektom transplantacji narządów w Stanach Zjednoczonych. Przedstawiono w nim wybrane dane statystyczne, regulacje prawne w zakresie transplantacji *ex vivo* i *ex mortuo*, system transplantacyjny oparty na Sieci Pobierania i Przeszczepiania Narządów, organizacje pobierania narządów, regulacje prawne dotyczące zakazu handlu narządami ludzkimi, a także marginalny przypadek handlu narządami, zakończony wyrokiem skazującym w 2012 r.

SELECTED ASPECTS OF ORGAN TRANSPLANTATION IN THE USA

Summary

This paper addresses selected aspects of organ transplantation in the United States. It presents a selection of statistical data, the legal regulations pertaining to living and deceased donation, the transplantation system based on the Organ Procurement and Transplantation Network, organ procurement organisations, the legal regulations for the prohibition of organ trafficking, and the only case of organ trafficking so far which has led to a conviction (2012).

Słowa kluczowe: transplantacja; transplantacja pomiędzy żywymi; transplantacja od osób zmarłych; handel narządami.

Keywords: transplantation; living donation; deceased donation; organ trafficking.

Literatura:

Black's Law Dictionary, 10th ed., ed. B.A.GARNER, Thomson Reuters, New York 2014

BORATYŃSKA M., PATRZAŁEK D., *Transplantology: Challenges for Today*, «Arch. Immunol. Ther. Exp.» 64 (Suppl 1)/ 2016, s. 37-45

- COHEN G., *Can the Government Ban Organ Sale? Recent Court Challenges and the Future of US Law on Selling Human Organs and Other Tissue*, «American Journal of Transplantation» 12/2012, s. 1983-1987
- DUDA J., *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty cywilnoprawne*, Zakamycze 2004
- DUDA J., *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Kraków 2004
- GUZIK-MAKARUK E.M., *Handel ludźmi – studium przypadku*, [w:] *Współczesne problemy prawa*, red. I. NOWICKA, D. MOCARSKA, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Policji w Szczytnie, Szczytno 2015
- GUZIK-MAKARUK E.M., *O aspektach prawnych transplantacji. Polemika*, «Jurysta» 12/2001, s. 23
- GUZIK-MAKARUK E.M., PŁYWACZEWSKI E.W., *Ausgewählte strafrechtliche und kriminologische Probleme der Organtransplantation in Polen*, [w:] *Strafrechtsdogmatik und Rechtsphilosophie – ein Fruchtbare Spannungsverhältnis: Materialien eines deutsch-japanisch-polnisch-türkischen Kolloquiums im Jahre 2013 in Frankfurt an der Oder und Słubice (Polen)*, red. J.C. JOERDEN, A.J. SZWARC, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań 2014
- GUZIK-MAKARUK E.M., *Podstawy prawne transplantacji organów, tkanek i komórek w Polsce*, «Palestra» 57.5-6/2002, s. 62-70
- GUZIK-MAKARUK E.M., *Prawne aspekty transplantacji organów w Austrii*, «Jurysta» 5/2004, s. 24-26
- GUZIK-MAKARUK E.M., *Prawne aspekty transplantacji organów w Szwajcarii*, «PiP» 56.9/2001, s. 89-96
- GUZIK-MAKARUK E.M., *System źródeł prawa RFN z uwzględnieniem obszaru medycyny transplantacyjnej*, [w:] *Człowiek i prawo międzynarodowe. Księga dedykowana Profesorowi Bogdanowi Wierzbickiemu*, red. M. PERKOWSKI, J. SZYMAŃSKI, M. ZDANOWICZ, Białystok 2014
- GUZIK-MAKARUK E.M., *Transplantacja narządów, tkanek i komórek. Wybrane aspekty kryminologiczne i prawnokarne*, Temida 2, Białystok 2016, ss. 390
- GUZIK-MAKARUK E.M., *Transplantacja organów w ustawodawstwie niemieckim i polskim. Problemy prawnoporównawcze*, [w:] *Aktualne problemy prawa karnego i kryminologii*, rec. tomu K. ZGRYZEK, red. E. W. PŁYWACZEWSKI, Białystok 2005
- GUZIK-MAKARUK E.M., *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Temida 2, Białystok 2008, ss. 532
- GUZIK-MAKARUK E.M., *Zagrożenia handlem organami ludzkimi w świetle badania opinii społecznej w Polsce w 2008 r.*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga Jubileuszowa dedykowana*

- Profesorowi Tadeuszowi Bojarskiemu*, red. A. MICHALSKA-WARIAS, I. NOWIKOWSKI, J. PIÓRKOWSKA-FLIEGER, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2011
- ГУЗИК-МАКАРУК Е.М., Польское законодательство о трансплантации как методе лечения, [w:] Современное медицинское право. Сборник научных трудов, red. О. Дубовик и ин., Российская Академия Наук, Москва 2003
- HABERKO J., *Koniec życia a kres podmiotowości prawnej człowieka. Kilka uwag na temat czy prawnik i lekarz rozumieją się „stwierdzając zgon”*, «Prawo i Medycyna» 27/2007, s. 71-85
- HABERKO J., *Prywatność pacjenta a sprzeciw na pobranie komórek, tkanek i narządów post mortem*, «PiP» 69.3/2014, s. 58-69
- HABERKO J., UHRYNOWSKA-TYSZKIEWICZ I., *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, Warszawa 2014
- HENRY S., *Brooklyn Man Sentenced 2 1/2 Years in Fed Organ Trafficking Case*, NBC New York, www.nbcnewyork.com, dostęp 21 kwietnia 2017 r.
- ROWIŃSKI W., *Aspekty prawne i medyczne przeszczepiania narządów*, «Służba Zdrowia» z 26-30 września 2002 r.
- WIŚNIEWSKI M., *Polskie społeczeństwo wobec transplantacji narządów*, [w:] *Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, red. Z. LASOCIK, M. WIŚNIEWSKI, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2006.