



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka



MONOGRAFIA

Praca zbiorowa pod redakcją
Anny Białek
i Mirosława Wróblewskiego

Warszawa 2016

Prawo do przeszczepu i jego ograniczenia w świetle Deklaracji stambulskiej o obrocie narządami i turystyce transplantacyjnej

1. Uwagi wstępne

Postęp w naukach medycznych, jaki dokonał się ostatnich dekadach, nie pozostaje bez wpływu na przyjmowane rozwiązania normatywne dotyczące jednych z najbardziej kontrowersyjnych zabiegów medycznych, jakimi są zabiegi transplantacyjne¹. Ich przedmiotem jest wykonanie bądź poddanie się technikom operacyjnym polegającym na przeniesieniu organu, tkanek lub substancji z jednej części ciała do innej, albo od innej osoby². Zabiegi transplantacyjne, nazywane niekiedy jednym z medycznych dobrodziejstw XXI w., są realizowane przez służby medyczne na całym świecie i w wielu wypadkach umożliwiają przedłużanie życia, a w znacznej liczbie (liczonej w setkach tysięcy przypadków) przyczyniają się również do znaczącej poprawy jakości funkcjonowania życia człowieka. Transplantacje narządów nie byłyby jednak dokonywane bez aktów ludzkiej solidarności i hojności dawców. Z drugiej strony, coraz więcej osób jest zaangażowanych w czerpanie zysku z nielegalnych praktyk, polegających na handlu ludźmi. Proceder ten dotyczy także zamożniejszych pacjentów, którzy podróżują za granicę tylko po to, aby kupić narządy od ludzi bardzo potrzebujących pieniędzy³.

Problematyka związana z obrotem narządami w ramach tzw. turystyki transplantacyjnej w szczególności sposób oddaje złożoną specyfikę granic korzystania z prawa człowieka do zdrowia⁴. Przede wszystkim odzwierciedla jego hybrydową naturę, a także umożliwia właściwe odczytanie relacji tego prawa do zdrowia z innymi prawami godnościowymi, zwłaszcza z prawem do życia, prawem do integralności, a także prawem do prywatności⁵.

¹ H.L. Schreiber, *Legal implications of the principle primum nihil nocere as it applies to live donors* [w:] W. Land, J.B. Dossetor (red.), *Organ replacement therapy: ethics, justice, commerce*, Munich 1990, s. 13; M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003, s. 20–21.

² J. Duda, *Transplanacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Zakamycze 2004, s. 17; T. Jasudowicz, *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*, Toruń 1998, s. 40.

³ Zob. *Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism* [w:] S.P. Marks (red.), *Health and human rights. Basic international documents*, Cambridge-London 2012, s. 118.

⁴ S.M. Buczyński, P. Snopek, *Aspekty kryminologiczne nielegalnego obrotu narządami, tkankami oraz komórkami ludzkimi*, „Hygeia Public Health” 2013, nr 49, s. 231.

⁵ Z. Kędzia, *Prawo człowieka do integralności*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1989, z. 3, s. 15–16; K. Orzeszyna, *Godność ludzka podstawą praw człowieka* [w:] R. Tabaszewski (red.), *Człowiek – jego prawa i odpowiedzialność*, Lublin 2013, s. 15–23.

Prawo człowieka do zdrowia składa się bowiem z elementu wolnościowego, zakazującego wszelkich ingerencji w ludzki zdrowostan (w tym wypadku zdrowie potencjalnego dawcy), które mogłyby zagrozić jego egzystencji, z drugiej zaś zawiera uzasadnione oczekiwania pacjenta (osoby oczekującej na transplantację) do otrzymania zabiegu medycznego należytej jakości, obejmującego proces transplantacji, czyli efektywną realizację tego drugiego komponentu, jakim jest prawo do opieki zdrowotnej⁶. Ten ostatni komponent jest przedmiotem przyjętej w 2008 r. przez uczestników konferencji organizowanej przez Towarzystwo Transplantacyjne oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Nefrologiczne Deklaracji Stambulskiej o obrocie narządami i turystyce transplantacyjnej⁷. Jest ona odpowiedzią na rosnący popyt na ludzkie narządy, które wskutek rozwoju środków komunikacji elektronicznej oraz rozpowszechnienia się form szybkiego transportu mogą być coraz częstszym przedmiotem nielegalnych zabiegów dokonywanych w krajach trzecich.

2. Obrót narządami i turystyka transplantacyjna jako zagadnienie normatywne

Narastający niedobór narządów do transplantacji stanowi wypadkową dwóch czynników: postępu medycznego i komercjalizacji zabiegów leczniczych. Jest też wynikiem rosnących oczekiwań pacjentów na realizację ich konwencyjnych i ustawowych uprawnień dotyczących możliwości ratowania życia i zdrowia za pomocą nowych instrumentów medycznych. Wszystko to powoduje coraz głębszą reizację, czyli uprzedmiotowienie ludzkich tkanek, komórek i narządów⁸. W wyniku proceduralnej standaryzacji medycznej są one coraz bardziej pożądane przez potencjalnych biorców, stąd też, pomimo stosunkowo szerokich zachęt nakłaniających do oddawania szpiku oraz innych regenerujących się komórek, tkanek i narządów, popyt wciąż przewyższa podaż⁹. Coraz poważniejszym problemem staje się również nielegalny zabór lub przywłaszczenie komórek, tkanek i narządów zarówno od dawcy *ex vivo*, jak i *ex morto*¹⁰. Pod koniec ubiegłego wieku handel narządami jako nielegalny, ukryty proceder miał znaczenie stosunkowo marginalne. Rzadko był też odnotowywany w oficjalnych statystykach. Obecnie stał się zjawiskiem widocznym, a w niektórych państwach

⁶ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 22–23; J. Kapelańska-Pręgowska, *Prawo do zdrowia jako prawo człowieka* [w:] M. Żołna, J. Kapelańska-Pręgowska (red.), *Ius est ars boni et aequi*, Toruń 2009, s. 10–18.

⁷ Oryginalna wersja znajduje się w czasopiśmie nefrologicznym „Transplantation” 2008, no. 86, s. 1013–1018.

⁸ Odpowiedzią na ten proces było na gruncie krajowym przyjęcie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. nr 169, poz. 1411). Zob. J. Haberk, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, Warszawa 2015, Lex nr 196977.

⁹ R. Tabaszewski, *Prawo i polityka odznaczeniowa Rzeczypospolitej Polskiej za wybitne zasługi dla ochrony zdrowia* [w:] P. Jakubowski, R.K. Tabaszewski (red.), *Ordery i odznaczenia w III RP. Wybrane zagadnienia prawno-ustrojowe*, Lublin 2014, s. 152–153.

¹⁰ J. Duda, *Transplantacja...*, op. cit., s. 274.

jest zjawiskiem jawnym, obejmującym swoim zasięgiem dość szeroki krąg: dawców, biorców oraz osoby zaangażowane w pobieranie, handel narządami i dokonywanie przeszczepu¹¹.

W odpowiedzi na opisywane zjawiska, prawo obrotu ludzkimi narządami i warunki realizacji przeszczepu stają się przedmiotem coraz większej liczby międzynarodowych regulacji normatywnych zarówno o zasięgu uniwersalnym, jak i regionalnym. Szczególne znaczenie mają przepisy kreowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)¹². W rezolucji z 1987 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) uznało, że czerpanie zysku z handlu ludzkimi organami pozyskiwanymi od osób żywych jest niezgodne z fundamentalnymi wartościami ludzkimi¹³. W szczególności proceder ten jest niezgodny z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka (PDPCz)¹⁴ oraz duchem Konstytucji WHO¹⁵. Stanowisko to zostało potwierdzone w kolejnych rezolucjach WHO¹⁶. W rezolucji 57.18 WHA wezwało państwa członkowskie do podjęcia działań „mających na celu ochronę najuboższych i osób z grupy *vulnerable* przed zjawiskiem turystyki transplantacyjnej oraz procederem sprzedaży tkanek i narządów, włączając w to również międzynarodowy handel tkankami i narządami. Zajęcie się problematyką handlu narządami umożliwiło następnie przyjęcie w 1991 r. przez WHA Zasad Przewodnych WHO jako jednolitego instrumentu ramowego, regulującego okoliczności i sposoby warunkujące legalność przeprowadzanych transplantacji¹⁷.

Kolejne przyjmowane dokumenty oddziałują na efektywność ochrony na poziomie regionalnym, zwłaszcza w systemach Rady Europy i Unii Europejskiej¹⁸. W szczególności na-

¹¹ W szczególności proceder ten dotyczył Brazylii, Chin, Egiptu, Filipin, Indii, Izraela, Mołdowy, Pakistanu oraz Rumunii. F. Ambagtsheer, W. Weimar, *A criminological perspective: Why prohibition of organ trade is not effective and how the declaration of Istanbul can move forward*, „American Journal of Transplantation” 2011, vol. 12, no. 3, s. 571–575.

¹² R. Tabaszewski, *Prawo człowieka do zdrowia i jego definiowanie w systemie ochrony Światowej Organizacji Zdrowia* [w:] J. Jaskiernia, K. Spryszak (red.), *Uniwersalne standardy ochrony praw człowieka a funkcjonowanie systemów politycznych w dobie wyzwań globalnych*, Toruń 2016, s. 269–270.

¹³ WHO, World Health Assembly. Resolution WHA 42.5 on preventing the purchase and sale of human organs (WHO Doc. WHA/40/1987/REC1/11).

¹⁴ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Paryż, 10 grudnia 1948 r. (U.N. Doc. A/810 at 71).

¹⁵ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Nowy Jork, 22 lipca 1946 r. (Dz.U. z 1948 r. nr 61, poz. 477).

¹⁶ WHO, World Health Assembly. Resolution WHA 57.18 on human organ and tissue transplantation (WHO Doc. A57/R18); WHO, World Health Assembly Resolution WHA 63.22 on human organ and tissue transplantation (WHO Doc. A57/R18).

¹⁷ WHO 2010, Revised Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. Resolution WHA 63.22 (WHO Doc. A63/R22); por. WHO 2001, WHO Guidance on Xenogeneic Infection/Disease Surveillance and Response: A Strategy for International Cooperation and Coordination (WHO/CDS/CSR/EPH/2001.2).

¹⁸ Zagadnienie to szeroko omówione w literaturze znajduje się jednak poza zakresem niniejszego opracowania, zob.: A.M. Farrell, *Adding value? EU governance of organ donation and transplantation*, „European Journal of Health Law” 2010, no. 17, s. 51–79; D. Tykwińska-Rutkowka, *Transplantacja. Studium z prawa administracyjnego*, Warszawa 2013, s. 65–69; E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium prawnoporównawcze*, Białystok 2008, s. 67–96.

leży wyróżnić Konwencję Rady Europy z 2015 r. przeciwko handlowi ludzkimi narządami¹⁹. W dalszej kolejności wszystkie te regulacje wpływają na system krajowy. Poza wypracowywanymi przez organizacje międzynarodowe aktami tzw. twardego prawa międzynarodowego należy wyróżnić liczne dokumenty zawierające normy techniczne. Są one wydawane przez specjalistyczne gremia naukowe i branżowe, głównie medyczne. Do takich należą m.in. Światowe Towarzystwo Medyczne, Towarzystwo Transplantacyjne oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Nefrologiczne. Przyjmowane przez powyższe organizacje rozwiązania, wypracowywane najpierw w ramach posiedzeń eksperckich, a następnie na konferencjach naukowych, były odpowiedzią na nieetyczność zachowań w medycynie transplantacyjnej²⁰. Handel narządami dla zysku i turystyka transplantacyjna, jako nielegalne zjawiska, mają charakter globalny, a bez stworzenia ram prawnych, określających zakres dopuszczalnych praktyk, godzą nie tylko w prawa człowieka, lecz także w dobre imię całego środowiska zajmującego się transplantacjami²¹.

3. *Travaux preparatoires* Deklaracji stambulskiej

W odpowiedzi na wezwanie zawarte w Rezolucji WHA 57.18 z 2004 r. władze Towarzystwa Transplantacyjnego w 2006 r. podjęły rozmowy z przedstawicielami Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego w celu opracowania nowego dokumentu ramowego, odnoszącego się do kwestii handlu narządami, turystyki transplantacyjnej i zakresu dopuszczalnego świadczenia odpłatnych usług translacyjnych w krajach trzecich. Władze obu organizacji powołały komitet organizacyjny planowanego szczytu, zawiązując następnie Komitet Sterujący²². Komitet ten, obradując na posiedzeniach w Dubaju i Ankarze, stworzył podstawy do dalszych prac nad projektowanym dokumentem. W skład Komitetu Sterującego wchodziło trzydzieści jeden osób: kierownictwo Towarzystwa Transplantacyjnego, w tym jego przewodniczący oraz przewodniczący komisji etyki, a także władze Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego w osobie jego przewodniczącego oraz członków zarządu. Ponadto w składzie Komitetu znajdowali się reprezentanci państw członkowskich WHO ze wszystkich kontynentów, a także członkowie komitetów badawczych zaangażowani w najważniejsze międzynarodowe programy transplantacyjne. Komitet miał za zadanie

¹⁹ Europejska konwencja przeciwko handlowi ludzkimi narządami, Santiago de Compostela, 25 marca 2015 r. (E.T.S. Nr 216).

²⁰ F.L. Delmonico, *The development of the Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism*, „Nephrology. Dialysis. Transplantation” 2008, vol. 23, iss. 11, s. 3381–3382.

²¹ J.H. Tazeen, *Organ Trafficking: Global Solutions for a Global Problem*, „American Journal of Kidney Diseases” 2009, no. 54, s. 1145–1157.

²² W skład komitetu organizacyjnego wchodziło sześć osób: Mona Alrukhami, Jeremy Chapman, Francis Delmonico, Mohamed Sayegh, Faissal Shaheen, a także Annika Tibell.

opracować listę uczestników zaproszonych na organizowaną konferencję w Stambule, a następnie przygotować projekt Deklaracji²³.

Celem zwoływanej konferencji było osiągnięcie konsensusu i uchwalenie Deklaracji. Szczyt odbył się w Istambule w dniach 30 kwietnia – 2 maja 2008 r. Uczestniczyły w nim 152 osoby, z zaproszonych 170²⁴. Reprezentantem strony polskiej był prof. dr hab. Wojciech Rowiński, ówczesny prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego²⁵. Uczestnicy szczytu zostali podzieleni na grupy robocze i w nich pracowali nad ostatecznym tekstem Deklaracji. Liczbę grup roboczych odzwierciedla zresztą systematyka przyjętego dokumentu. Opracowany przez Komitet Sterujący projekt Deklaracji został następnie przekazany 160 zaproszonym uczestnikom planowanego Szczytu, którzy uzyskali możliwość oceny i zgłaszania swoich uwag do projektu jeszcze przed Szczytem. Komentarze i sugestie do projektu zostały przekazane liderom poszczególnych grup roboczych. Posiedzenia grup roboczych były tak zorganizowane, aby możliwe było uwzględnienie wszystkich głosów w debacie nad ostatecznym kształtem dokumentu.

Ostateczny kształt deklaracji jest wynikiem osiągniętego 2 maja 2008 r. konsensusu, zaś redakcję tekstu powierzono specjalnej grupie, która niezwłocznie po zakończeniu Szczytu opublikowała tekst. W trakcie spotkania plenarnego przewodniczący poszczególnych grup roboczych zaprezentowali wypracowany projekt, uwzględniając także głosy uczestników w ostatnim czytaniu projektu, aż do osiągnięcia zgody wszystkich uczestników w każdym punkcie. Deklaracja została opracowana w języku angielskim, w takim też języku prowadzono nad nią prace. W 2010 r. w Madrycie powołano również grupę powierniczą, mającą na celu promowanie i przestrzeganie zasad zawartych w Deklaracji już po zakończeniu konferencji, w szczególności opartych na zwiększeniu przejrzystości w transplantologii, wspieraniu kształcenia w zakresie dawstwa i przeszczepiania narządów, a także współpracy

²³ Uczestnicy Konferencji w Stambule zostali wyłonieni przez Komitet Sterujący. Byli nimi przedstawiciele wszystkich państw uczestniczących w międzynarodowych programach transplantacyjnych i Watykanu; reprezentanci organizacji społecznych, osoby pełniące funkcje kierownicze w dziedzinie nefrologii i przeszczepów; zainteresowane strony w aspekcie polityki publicznej przeszczepiania narządów; przedstawiciele nauki: etycy, antropolodzy, socjolodzy i przedstawiciele nauki prawa zajmujący się zagadnieniami z zakresu transplantacji.

²⁴ <http://www.declarationofistanbul.org>, dostęp 31.08.2016.

²⁵ Stąd też faktem tym należy tłumaczyć dość przychylne stanowisko strony polskiej do poszczególnych reguł zawartych w Deklaracji. Niestety, być może ze względu na charakter prawny samej Deklaracji, która nie zawiera norm o charakterze *self-executing*, jej postanowienia nie spotkały się ze zrozumieniem polskiego ustawodawcy i nie uzyskały konkretyzacji normatywnej na poziomie prawa krajowego. Ewentualne zmiany w zakresie ustawodawstwa wymagałyby jednak przeznaczenia przez państwo znaczących środków i odpowiednich nakładów finansowych na stworzenie systemu opieki zdrowotnej w którym możliwa byłaby efektywna realizacja prawa do przeszczepu.

z organizacjami w tym zakresie²⁶. Deklaracja stambulska została opublikowana w dniu 5 lipca 2008 r. w periodyku „Lancet”. Tekst został następnie uzupełniony i opublikowany w wielu innych czasopismach medycznych, a Deklarację przetłumaczono na kilkanaście języków²⁷.

4. Prawo do przeszczepu jako przedmiot Deklaracji

Deklaracja stambulska składa się z pięciu części: preambuły, słowniczka, zasad ogólnych, propozycji rozwiązań, a także odwołań normatywnych. W preambule wskazano na przyczyny „nielegalnych praktyk” obrotu narządami i turystyki transplantacyjnej. Są nimi: niewystarczająca liczba organów do przeszczepu oraz nienależyta ich redystrybucja w poszczególnych państwach. Problemатyczny jest również brak międzynarodowej współpracy w zakresie zwalczania przestępczości transplantacyjnej czerpiącej zyski kosztem ludzkiego zdrowia i życia oraz nieefektywność polityk poszczególnych państw w zakresie zaspokajania potrzeb transplantacyjnych ich obywateli. Zwrócono uwagę, że wiele potencjalnych organów uzyskanych od dawców i mogących służyć do przeszczepu nie jest należycie wykorzystywanych. Jednocześnie, aby zmniejszyć obciążenie zdrowia żywych dawców, należałoby w pierwszej kolejności pozyskiwać narządy od osób zmarłych. Służyć ma temu właściwa infrastruktura transplantacyjna oraz specjalne programy edukacyjne usuwające wszelkie przeszkody formalne, aby zostać dawcą, a także środki pozaprawne budujące zaufanie pomiędzy dawcą i biorcą oraz transplantologiem.

Treścią Deklaracji są różne aspekty korzystania przez jednostkę z prawa do przeszczepu. Już w jej preambule podkreślono prawo każdego do przeszczepu, będącego komponentem prawa człowieka do ochrony zdrowia. Z drugiej strony zwrócono uwagę na fakt, że dostęp do opieki medycznej jest wciąż niezadawalający, a do władz krajowych należy obowiązek takiego zorganizowania systemu opieki zdrowotnej, w którego ramach będzie możliwa efektywna realizacja prawa do przeszczepu. Deklaracja nie jest pierwszym dokumentem, w którym odniesiono się nie tylko do praw biorców, jednak w dokumencie tym przede wszystkim zwrócono uwagę w sposób kompleksowy na prawa dawców, w tym za pomocą organów

²⁶ <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Declaration-of-Istanbul-Custodian-Group.pdf>, dostęp 31.08. 2016. DICG powstała w celu wspierania przejrzystości w praktyce transplantacji, wspierania kształcenia w zakresie dawstwa i przeszczepiania narządów oraz tworzenia poparcia dla organizacji zajmujących się transplantacją we wdrażaniu i przestrzeganiu zasad Deklaracji. Grupa posiada również prawo do odmowy wsparcia dla tych naukowców, którzy w swojej działalności zawodowej i naukowej sprzeniewierzyli się zasadom Deklaracji (np. poprzez odmowę publikacji ich artykułów w czasopismach naukowych).

²⁷ Deklaracja została przetłumaczona na języki: arabski, bośniacki, farski, francuski, hebrajski, hiszpański, japoński, koreański, niemiecki, portugalski, rosyjski, rumuński, włoski, turecki.

pochodzących od cudzoziemców²⁸. Konieczne jest bowiem zapewnienie przestrzegania praw dawców, w okresie przed, w trakcie i po dokonany zabiegu.

Istotną częścią Deklaracji jest słowniczek, w którym wyjaśnione zostały pojęcia: handel organami (ang. *organ trafficking*), transplantacja dla zysku (ang. *transplant commercialism*), podróż dla przeszczepu (ang. *travel for transplantation*), a przede wszystkim turystyka transplantacyjna (ang. *transplant tourism*)²⁹. Przez handel organami Deklaracja rozumie „werbowanie, transport, przekazywanie, przechowywanie lub przejmowanie żywych lub zmarłych osób bądź ich organów z zastosowaniem gróźb lub z użyciem siły lub też z wykorzystaniem innej formy przymusu, uprowadzenia, oszustwa, wprowadzenia w błąd, nadużycia władzy lub wykorzystania słabości, wręczenia lub przyjęcia przez osobę trzecią płatności lub korzyści dla uzyskania kontroli nad dysponowaniem potencjalnym dawcą w celu wykorzystania poprzez usunięcie organów do celów transplantacji”.

Pojęcie „handlu organami” wykorzystywane przez Deklarację pokrywa się zatem zakresowo z terminem „handel ludźmi”, który znajduje się w art. 3 pkt a Protokołu dodatkowego do Konwencji Narodów Zjednoczonych przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej³⁰. Przez handel ludźmi Protokół rozumie określone działanie sprawcy „w celu wykorzystania”³¹. Obejmuje ono, jako minimum, „wykorzystanie prostytutki innych osób lub inne formy wykorzystania seksualnego, pracę lub usługi o charakterze przymusowym, niewolnictwo lub praktyki podobne do niewolnictwa, zniewolenie albo usunięcie organów”. Jak widać, pojęcie to zostało zmodyfikowane. W szczególności dookreślono, że przedmiotem przestępstwa może być ludzkie ciało, zwłaszcza organy, zarówno żywego, jak i zmarłego człowieka. Doprecyzowany został cel „wykorzystania” ludzkiego ciała jako

²⁸ Liczne odniesienia do praw dawców znajdują się w raportach międzynarodowych opracowanych przez Towarzystwo Transplantacyjne podczas konferencji w Amsterdamie i Vancouver. Zob. The Ethics Committee of the Transplantation Society, *The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor*, „Transplantation” 2004, vol. 78, no. 4, s. 491–92; T.L. Pruett, *The Ethics Statement of the Vancouver Forum on the Live Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Donor*, „Transplantation” 2006, vol. 81, no. 10, s. 386–87; M.L. Barr, J. Belghiti, F.G. Villamil, E.A. Pomfret, D.S. Sutherland, R.W. Gruessner, A.N. Langnas, F.L. Delmonico, *A Report of the Vancouver Forum on the Care of the Life Organ Donor: Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Data and Medical Guidelines*, „Transplantation” 2008, vol. 81, no. 10, s. 1373–85; Por. J. Haberk, *Kilka uwag o pobraniu tkanek, komórek i narządów ex mortuo od cudzoziemców*, „Medyczna Wokanda” 2011, nr 3, s. 101–109.

²⁹ M. Epstein, *The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism: An Important International Achievement with One Disturbing Loophole*, „BMJ” 2008, s. 1377.

³⁰ Protokół o zapobieganiu, zwalczaniu oraz karaniu za handel ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi, uzupełniający Konwencję Narodów Zjednoczonych przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 15 listopada 2000 r. (Dz.U. z 2005 r. nr 18, poz. 160).

³¹ W świetle art. 3 pkt a Protokołu z 2000 r. sprawca w celu wykorzystania ofiary dokonuje określonego działania, takiego jak: „werbowanie, transport, przekazywanie, przechowywanie lub przejmowanie osób z zastosowaniem gróźb lub użyciem siły lub też z wykorzystaniem innej formy przymusu, uprowadzenia, oszustwa, wprowadzenia w błąd, nadużycia władzy lub wykorzystania słabości, wręczenia lub przyjęcia płatności lub korzyści dla uzyskania zgody osoby mającej kontrolę nad inną osobą”.

narzędzia dla przyszłej bądź nawet „potencjalnej” transplantacji. Kolejną modyfikacją było dodanie do strony podmiotowej czynu „strony trzeciej”, jako ewentualnego współsprawcy przestępstwa³².

Kolejnym pojęciem, którym posługuje się Deklaracja, jest „transplantacja dla zysku”. Jest ona rozumiana jako polityka lub praktyka, zgodnie z którą organ ludzki jest traktowany jako towar, który może być kupowany lub sprzedawany, lub też w inny sposób wykorzystywany w celu osiągnięcia korzyści materialnej. Deklaracja odróżnia również podróż realizowaną dla celów przeszczepu od turystyki transplantacyjnej. Ta ostatnia jest bowiem szczególnym rodzajem podróży dla przeszczepu, który stanowi „niepożądaną praktykę”. Podróż dla przeszczepu to przemieszczanie się narządów, dawców, biorców lub specjalistów transplantacji ponad granicami jurysdykcji państwa w celach transplantacyjnych³³. Natomiast turystyka transplantacyjna polega na handlu narządami i/lub transplantacji dla zysku, jeżeli zasoby (narządy, specjaliści i ośrodki transplantacyjne) przeznaczone do świadczenia usług transplantacyjnych cudzoziemcom pomniejszają zdolności danego kraju do świadczenia usług transplantacyjnych dla obywateli własnego kraju³⁴.

5. Zobowiązania władz krajowych w świetle Deklaracji

Pełna realizacja prawa do przeszczepu nie jest możliwa bez udziału władz krajowych w organizacji i finansowaniu systemu ochrony zdrowia, którego częścią jest medycyna transplantacyjna. Szczegółowe obowiązki państwa zostały określone w Zasadach Deklaracji. Praktyka dawstwa i transplantacji wymaga nadzoru i odpowiedzialności organów służby zdrowia w każdym kraju. Zadaniem organów państwa jest zapewnienie przejrzystości i bezpieczeństwa nie tylko pacjentów, lecz także wszystkich obywateli, zwłaszcza tych, którzy są szczególnie narażeni na ryzyko pozbawienia narządów wbrew ich własnej woli. W pierwszej kolejności władze krajowe zostały zobowiązane do opracowania i wdrożenia kompleksowych programów badań zapobiegania i leczenia niewydolności narządów³⁵. Kluczowe jest,

³² Por. S. McGuinness, J.V. McHale, *Transnational crimes related to health: How should the law respond to the illicit organ tourism?*, „Legal Studies” 2014, vol. 34, no. 4, s. 682–708.

³³ Obecnie ponad 10% wszystkich transplantacji jest wykonywanych poza krajem macierzystym biorcy. Zob. Y. Shimazono, *The State of the International Organ Trade: A provisional picture based on integration of available information*, „Bulletin of the World Health Organization” 2007, no. 85, s. 955–62.

³⁴ Z ograniczenia tego wyłączone są osoby posiadające podwójne obywatelstwo, które przemieszczają się z jednego do drugiego kraju w cel wykonania zabiegu transplantacji, pod warunkiem legitymowania się obywatelstwem kraju, z którego przybyły i do którego wjechały. F.L. Delmonico, *The hazards of transplant tourism*, „Clinical Journal of the American Society of Nephrology” 2009, vol. 4, no. 2, s. 249–250.

³⁵ Należy zauważyć, iż w chwili obecnej przepisy polskie nie odnoszą się zasadniczo do elementu „obcego” w polskiej procedurze transplantologicznej, zaś zagadnienia związane z pobieraniem narządów przez obywateli polskich w innych państwach, zwłaszcza spoza Unii Europejskiej, uregulowane zostały wyjątkowo efemerycznie. Istnieje zatem pilna potrzeba regulacji w tym zakresie. Zob. np. J. Habero, *Szczególne względy osobiste a przeszczep od żywego dawcy*, „Państwo i Prawo” 2011, nr 7-8, s. 53-54.

aby programy objęły edukację społeczeństwa poprzez podnoszenie świadomości zdrowotnej, edukacji zawodowej, a także prowadzenia szkoleń dla zainteresowanych tematyką transplantologii. Cel ten ma zostać zrealizowany we współpracy z organizacjami międzynarodowymi i pozarządowymi³⁶.

Państwa zostały również zobligowane do opracowywania i wdrażania odpowiednich przepisów dotyczących pozyskiwania narządów, zarówno od żywych, jak i zmarłych dawców, a także uregulowania praktyki transplantacyjnej, zgodnej ze standardami międzynarodowymi. Dzięki temu nastąpi zwiększenie liczby dostępnych narządów do przeszczepu. Pozwoli to również na rozwinięcie systemu nadzoru nad realizowanymi przeszczepami w kraju, w tym systemu rejestru żywych i zmarłych dawców³⁷. Deklaracja, przywołując zasadę sprawiedliwości i równości, nawiązuje tym samym do zasad ogólnych PDPCz, w szczególności do zasady niedyskryminacji. Narządy do przeszczepów powinny być sprawiedliwie rozdzielane przez władze krajowe w obrębie ich jurysdykcji. Powinny one trafiać do odpowiednich odbiorców bez różnicowania ich ze względu na płeć, pochodzenie etniczne, wyznanie czy status społeczny i majątkowy. Względy finansowe lub korzyści materialne jakiegokolwiek osoby nie mogą mieć wpływu na stosowanie odpowiednich zasad alokacji narządów do przeszczepu³⁸.

W świetle Deklaracji podstawowym celem polityki i programów transplantacyjnych powinna być optymalna, krótko- i długoterminowa opieka medyczna, realizowana w celu promowania zdrowia zarówno dawców, jak i biorców narządów. Nie do pogodzenia z zasadami Deklaracji jest stosowanie jakichkolwiek kryteriów pozamedycznych, szczególnie finansowych i materialnych, które mogłyby wpływać na zdrowie oraz samopoczucie dawców i biorców³⁹. Władze krajowe, zwłaszcza wymiar sprawiedliwości i władze lokalne, powinny zapewnić realizację osiągnięcia samowystarczalności państwa w zakresie dawstwa narządów. Ma to nastąpić poprzez zapewnienie wystarczającej liczby narządów do przeszczepów dla mieszkańców. Narządy mają być pozyskiwane zarówno na terenie kraju, jak i w ramach pomocy międzynarodowej⁴⁰. Należy zauważyć, że współpraca pomiędzy krajami w zakresie wymiany narządów nie jest sprzeczna z zasadami wynikającymi z Deklaracji, o ile w ramach współpracy zachowana jest równość pomiędzy dawcą a biorcą narządów. Szczególnej ochronie poddano osoby z grupy *vulnerable*⁴¹. Deklaracja dopuszcza również lecze-

³⁶ Do takich należą: badania kliniczne i podstawowe; skuteczne programy, oparte na międzynarodowych wytycznych, leczenia i utrzymania pacjentów z chorobami w stadium schyłkowym, w tym programy do dializy nerek u pacjentów, realizowane w celu zminimalizowania zachorowalności i śmiertelności, obok programów transplantacyjnych dla takich chorób; a także przeszczepianie narządów jako preferowana forma leczenia niewydolności narządowej. Zob. Zasada No. 1 Deklaracji.

³⁷ Zasada No. 2 pkt. a–d Deklaracji.

³⁸ Zasada No. 3 pkt a Deklaracji.

³⁹ Zasada No. 4 pkt a Deklaracji.

⁴⁰ Zasada No. 5 pkt a Deklaracji.

⁴¹ Należą do niej analfabeci, nielegalni imigranci, więźniowie, uchodźcy polityczni i ekonomiczni.

nie pacjentów spoza ich macierzystego kraju oraz objętych jego jurysdykcją, ale wyłącznie w sytuacji, kiedy te zabiegi nie będą naruszały zdolności danego kraju do świadczenia usług transplantacyjnych dla własnej ludności⁴².

W świetle reguł zawartych w Deklaracji, handel narządami i turystyka transplantacyjna naruszają zasady równości, sprawiedliwości i poszanowania dla ludzkiej godności i jako takie powinny być zakazane. Transplantacja dla zysku, która godzi w prawa ludzi ubogich i osoby z grupy *vulnerable*, prowadzi nieuchronnie do nierówności i niesprawiedliwości, powinna być zakazana. Deklaracja nawiązuje tym samym do uchwały WHA 44.25 wzywającej do zapobiegania zakupom i sprzedaży narządów ludzkich do przeszczepów oraz przestrzegania zasad dobrych praktyk transplantologicznych: bezpieczeństwa, jakości, efektywności, dbałości epidemiologicznej oraz etyki w procesie donacji i transplantacji⁴³. Zakaz dotyczący procedur nielegalnego dawstwa i transplantacji powinien obejmować wszelkie formy reklamy (w tym media elektroniczne), nakłaniania lub pośrednictwa dla handlu narządami lub turystyki transplantacyjnej⁴⁴. Ustawodawstwo krajowe powinno również przewidywać odpowiedzialność karną za czyny skierowane przeciwko dawstwu, takie jak namierzanie przyszłych dawców lub poszukiwanie narządów o określonych parametrach przez osoby nieuprawnione za pomocą środków medycznych i pozamedycznych, zachęcanie lub używanie i posługiwanie się produktami pochodzącymi z handlu narządami lub z turystyki transplantacyjnej. Karalne powinno być również współsprawstwo i pomocnictwo w transplantacji realizowanej dla zysku, handlu narządami lub turystyki transplantacyjnej⁴⁵.

6. Realizacja zasad Deklaracji

Pełna realizacja celów zawartych w Deklaracji, zwłaszcza zwalczania zjawiska turystyki transplantacyjnej, wymaga zwiększenia liczby dawców *ex vivo* w poszczególnych krajach. Ma to się odbywać poprzez system stosowania zachęt i udziału ludności w programach ratujących życie. Kolejnym sposobem jest stworzenie mechanizmu zapobiegania handlu narządami przez władze krajowe w ramach współpracy międzynarodowej⁴⁶. W odpowiedzi na potrzebę zwiększenia dawstwa pośmiertnego władze krajowe, we współpracy z instytucjami opieki zdrowotnej, przedstawicielami medycznych zawodów zaufania publicznego oraz organizacjami pozarządowymi, powinny podjąć odpowiednie kroki w celu zwiększe-

⁴² Zasada No. 5 pkt b Deklaracji. Zob. The Danish Council of Ethics, *International trade in human eggs, surrogacy and organs*, Copenhagen 2013, s. 10–15.

⁴³ WHO 2010, Human organ and tissue transplantation. Resolution WHA 63.22 (WHO Doc. A63/R22).

⁴⁴ Zasada No. 6 pkt a Deklaracji.

⁴⁵ Zasada No. 6 pkt. b–c Deklaracji.

⁴⁶ Deklaracja zobowiązuje kraje, w których problematyka transplantacji znajduje odzwierciedlenie w ustawodawstwie oraz z funkcjonującymi i rozwiniętymi programami transplantacyjnym, do dzielenia się informacjami, wiedzą i technologią z krajami pragnącymi poprawić swoje wyniki w zakresie transplantacji i dawstwa narządów.

nia dawstwa *post mortem*⁴⁷. Należy podjąć środki w celu usunięcia przeszkód i czynników zniechęcających do rozwijania tej formy dawstwa. W szczególności kraje, których legislacja nie określa sytuacji prawnej zmarłego donatora oraz szczegółowej procedury transplantacji, powinny uzupełnić braki w ustawodawstwie. Regulacje prawne muszą odpowiadać na rzeczowe potrzeby transplantacyjne danego kraju, w tym umożliwiać stosowanie szerokiego wachlarza zachęt, polegających na inicjowaniu krajowego dawstwa *post mortem* oraz na tworzeniu infrastruktury transplantacyjnej. Uzyskane w ten sposób narządy powinny w maksymalnym stopniu być wykorzystane, stosownie do ich potencjału transplantacyjnego w procesach dawstwa.

Deklaracja nakazuje również władzom krajowym zapewnić ochronę i bezpieczeństwo żywych dawców. W uznaniu dla ich heroicznego aktu dawstwa należy otaczać ich opieką w procesie zwalczania nielegalnej turystyki transplantacyjnej, handlu narządami oraz transplantacji realizowanej dla zysku. Akty dawstwa powinny być traktowane jako czyny solidarności i honorowane przez przedstawicieli rządu i organizacji społeczeństwa obywatelskiego⁴⁸. Przy określaniu stopnia zdolności człowieka do bycia dawcą powinno stosować się wyłącznie kryteria medyczne i psychologiczne. Państwa powinny rozwijać procedurę świadomej zgody, zaś przepisy ją regulujące powinny być jednoznaczne i zrozumiałe dla dawcy. Oznacza to również, że wszyscy dawcy powinni podlegać ocenie psychospołecznej przez specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego⁴⁹. W świetle Deklaracji, opieka nad dawcami, zwłaszcza tymi, którzy padli ofiarą przestępstwa handlu organami, jest kluczowym obowiązkiem państwa. W szczególności jest ono zobowiązane do stosowania sankcji karnych w stosunku do osób stosujących takie nielegalne praktyki⁵⁰. Deklaracja stanowi również, że wszelkie systemy medyczne i struktury służby zdrowia powinny zapewnić należytą standaryzację, przejrzystość i odpowiednie wsparcie medyczne oraz pozamedyczne dla dawców. Określone prawnie powinny być mechanizmy dla przejrzystości procesu transplantacji i obserwacji dawców, jako konsekwencji ich świadomej zgody, która przecież obejmuje nie tylko akt oddania narządów, lecz także procesy następne⁵¹.

Na władzach krajowych leży również obowiązek zapewnienia opieki medycznej właściwej jakości. Obejmuje ona opiekę medyczną i psychospołeczną podczas oddawania narządów przez dawcę; opieka medyczna powinna także obejmować i przewidywać krótko- i długoterminowe skutki wynikające z dawstwa narządów⁵². Deklaracja wylicza również

⁴⁷ Zob. J. Szewczyk, *Nie bądź sknerą, podziel się nerą! Kontrowersje wokół problematyki transplantacji post mortem*, „Pressje” 2009, nr 17, s. 160–162. Por. A. Wiekluk, *Zawłaszczanie zwłok ludzkich*, „Prace Komisji Etyki Medycznej Polskiej Akademii Umiejętności”, Kraków 1996.

⁴⁸ Propozycja No. 1 Deklaracji.

⁴⁹ Propozycja No. 2 Deklaracji.

⁵⁰ Propozycja No. 3 Deklaracji.

⁵¹ Propozycja No. 4 Deklaracji.

⁵² Propozycja No. 5 pkt a Deklaracji.

komponenty prawa do opieki zdrowotnej, które obejmują też należycie realizowane prawo do przeszczepu. Komponentami tymi są: powszechne ubezpieczenie zdrowotne; ochrona przed niepełnosprawnością, utrata życia i zdrowia; możliwość objęcia dodatkową ochroną i ubezpieczeniem zdrowotnym na wypadek okoliczności związanych z dawstwem⁵³. W państwach, w których funkcjonuje powszechne ubezpieczenie zdrowotne, władze krajowe są zobowiązane do zapewnienia dawcom dostępu do odpowiednich narzędzi i świadczeń związanych z aktem dawstwa⁵⁴. Osoby będące dawcami nie mogą również być dyskryminowane w procesie realizacji ich roszczeń wynikających z ubezpieczenia, podobnie zakazana jest dyskryminacja pracowników będących dawcami narządów do przeszczepu. W przypadku zaistnienia niewydolności narządowej u dawcy powinien on otrzymać wszelką pomoc medyczną (np. dializę dla osób z niewydolnością nerek), a także mieć pierwszeństwo w dostępie do transplantacji, zarówno od żywego, jak i zmarłego dawcy⁵⁵.

W świetle Deklaracji zwrot rzeczywistych, udokumentowanych kosztów związanych z oddaniem narządu do przeszczepu nie stanowi formy zapłaty za dany narząd, ale jest częścią uzasadnionych kosztów leczenia dawcy⁵⁶. Istotne koszty i wydatki, przedstawione i obliczone na podstawie przepisów prawa krajowego, zwraca podmiot odpowiedzialny za leczenie (ubezpieczyciel bądź ministerstwo zdrowia). Koszty należy przekazywać realizującemu określone świadczenie, np. do placówki medycznej, szpitala etc., który zapewnia dawcy właściwą opiekę. Rozliczenie wydatków poniesionych przez dawcę, w tym wydatków bieżących oraz związanych z jego utraconym dochodem, powinno się odbywać poprzez odpowiednią instytucję zajmującą się przeszczepami. Należy unikać bezpośredniego rozliczenia kosztów pomiędzy dawcą a biorcą⁵⁷. Dopuszczalny jest również zwrot udokumentowanych kosztów: badań lekarskich i psychologicznych potencjalnych dawców, którzy jednak zostali wyłączeni z dalszego procesu dawstwa (np. w czasie badań immunologicznych); koszty poniesione w związku z przygotowaniem do transplantacji, w trakcie trwania tego procesu oraz bezpośrednio po nim (np. połączeń telefonicznych, podróży, zakwaterowania i utrzymania); kosztów związanych z opieką nad dawcą po zrealizowanym zabiegu; a także zysku utraconego przez dawcę (stosownie do przepisów krajowych)⁵⁸.

⁵³ Dawcom powinna być również ofiarowana pomoc w ich adaptacji psychospołecznej jako część standardowych usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

⁵⁴ Propozycja No. 5 pkt c Deklaracji.

⁵⁵ Propozycja No. 5 pkt e Deklaracji.

⁵⁶ Propozycja No. 6 Deklaracji.

⁵⁷ Propozycja No. 6 pkt d Deklaracji.

⁵⁸ Propozycja No. 7 pkt. a–d Deklaracji.

7. Charakter prawny i skuteczność Deklaracji

Przyjęcie Deklaracji ma doniosłe znaczenie praktyczne⁵⁹. Stanowi ona prawne ramy, w których profesjonaliści w zakresie dawstwa i przeszczepiania narządów mogą dokonywać określonych czynności. Deklaracja tworzy także zaczyn dla przejrzystego systemu nadzoru regulacyjnego, zapewniającego bezpieczeństwo dawcy i biorcy oraz pozwole na egzekwowanie norm i zakazów dotyczących nieuczciwych praktyk w transplantologii. Biorąc pod uwagę znaczenie prawne i globalną rekognicję, jest porównywana do Deklaracji helsińskiej z 1964 r. w sprawie zasad prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi⁶⁰. Deklaracja ze Stambułu nie jest jednak wiążącym aktem prawa ani nawet instrumentem wymuszającym określone zachowanie danego podmiotu prawa międzynarodowego. Jako akt *soft law* stanowi ona oświadczenie mające na celu określone, profesjonalne zachowanie lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej⁶¹. Komitet sterujący, opracowując Deklarację, opierał się na wzorcach zawartych w PDPCz, która również pozbawiona jest waloru normatywnego, ale jej oddziaływanie, jako normy prawa zwyczajowego w poszczególnych systemach ochrony praw człowieka, jest niewątpliwe⁶².

Deklaracja zawiera zbiór zasad regulujących zagadnienia przeszczepów i dawstwa, jak również zwalczania handlu ludzkimi organami, ograniczania go i zapobiegania mu⁶³. Zobowiązania zawarte w Deklaracji mają charakter dobrowolny, co oznacza, że skuteczność przestrzegania Deklaracji zależy od stopnia uznania poszczególnych jej zasad przez władze krajowe, a następnie implementowania jej zasad i przepisów do porządku krajowego. Z drugiej strony, stopień rekognicji w prawie krajowym zależy w dużej mierze od uznania Deklaracji przez międzynarodowe organy zrzeszające przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, zajmujących się problematyką transplantologii w zakresie standaryzacji nazewnictwa medycznego. Ponieważ Deklaracja, jako akt *soft law*, nie podlega procedurze ratyfikacji, przyjmowana jest przez krajowe organizacje transplantologiczne i w ten sposób oddziałuje na poszczególne systemy krajowe. To uznanie jest coraz szersze. W ostatnich latach Deklaracja została uznana i zatwierdzona przez właściwe organy kolejnych państw; w ostatnim czasie

⁵⁹ F.L. Delmonico, *The implications of Istanbul Declaration on organ trafficking and transplant tourism*, „Organ Transplantation” 2009, vol. 14, no. 2, s. 116–119.

⁶⁰ World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human subjects, adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland June 1964 [w:] S.P. Marks (red.), *Health and human rights. Basic international documents*, Cambridge-London 2012, s. 52–53; R.V. Carlson, K.M. Boyd, D.J. Webb, *The revision of the Declaration of Helsinki: past, present and future*, „British Journal of Clinical Pharmacology” 2004, vol. 57, s. 695.

⁶¹ G.M. Danovitch, J. Chapman, A.M. Capron, A. Levin, M. Abbud-Filho, M. Al Mousawi, W. Bennett, D. Budiani-Saberi, W. Couser, I. Dittmer, V. Jha, J. Lavee, D. Martin, M. Masri, S. Naicker, S. Takahara, A. Tibell, F. Shaheen, V. Anantharaman, F.L. Delmonico, *Organ trafficking and transplant tourism: the role of global professional ethical standards*, „Transplantation” 2013, no. 95, s. 1306.

⁶² J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 58.

⁶³ Steering Committee of the Istanbul Summit, *Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul*, „Lancet” 2008, no. 372, s. 5–6.

przez: Ekwador, Malezję, Republikę Południowej Afryki, łącznie przez ponad 120 organizacji, stowarzyszeń oraz agend rządowych⁶⁴.

14 kwietnia 2013 r. w Doha odbyło się spotkanie przeglądowe, na którym podsumowano pięcioletnią działalność grupy powierniczej. W komunikacie końcowym potwierdzono oddziaływanie Deklaracji na ustawodawstwo większości krajów, zwłaszcza tych, które były celem turystyki transplantacyjnej⁶⁵. Wezwano jednocześnie do poszanowania Rezolucji z Madrytu nakładającej państwa do rozwijania samowystarczalności w zakresie transplantacji organami. Ma to być osiągnięte poprzez zwiększenie liczby dawców *ex mortuo* oraz rozwinięcie współpracy na poziomie regionalnym⁶⁶. Wskazane jest także stworzenie rejestru pacjentów wracających z krajów trzecich z przeszczepionymi organami pochodzącymi z „nieweryfikowanych źródeł”. Podstawą odpowiedzialności przedstawicieli zawodów medycznych, uczestniczących w nielegalnych praktykach, powinny być białe księgi zawierające również listy oczekujących na transplantację narządów. Dostęp do tych list powinien być odpowiednio monitorowany.

Deklaracja uzyskała aprobatę w kręgach WHO, stała się podstawą konstruowania kolejnych dokumentów, m.in. Biura Narodów Zjednoczonych ds. narkotyków i przestępczości (UNODC), wdrażających jej rekomendacje⁶⁷. Również w Stanach Zjednoczonych Deklaracja odegrała znaczącą rolę m.in. w powstaniu specjalnych centrów przeszczepowych dla obywateli z krajów trzecich⁶⁸. Wkrótce po uchwaleniu Deklaracji dokument stał się przedmiotem głębokich analiz odpowiednich ciał Rady Europy, zwłaszcza Europejskiego Komitetu Problematyki Przestępczości (CDPC), OBWE oraz Unii Europejskiej, w tym funkcjonowania Europolu i Eurojustu⁶⁹. Warto zauważyć, że większość z propozycji zawartych w Deklaracji, a odnoszących się do współpracy międzynarodowej w dziedzinie zwalczania nielegalnych praktyk w transplantologii oraz transgranicznego obrotu narządami, zostało przyjęte w 2015 r. jako rozwiązania w pełni normatywne w treści Konwencji Rady Europy przeciwko handlowi ludzkimi narządami.

⁶⁴ G.M. Danovitch, M. Al-Mousawi, *The Declaration of Istanbul – early impact and future potential*, „Nature Reviews Nephrology” 2012, no. 8, s. 358–361.

⁶⁵ The Doha Communiqué of The Declaration Of Istanbul Custodian Group, 14 kwietnia 2013 r., „Transplantation” 2013, vol. 95, no. 11, s. 1311–1312.

⁶⁶ *The Madrid resolution on organ donation and transplantation: national responsibility in meeting the needs of patients, guided by the WHO principles*, „Transplantation” 2011, vol. 91, suppl. 11.

⁶⁷ https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2015/UNODC_Assessment_Toolkit_TIP_for_the_Purpose_of_Organ_Removal.pdf, dostęp 31.08.2016.

⁶⁸ A.K. Glazier, G.M. Danovitch, F.L. Delmonico, *Organ transplantation for nonresidents of the United States*, „American Journal of Transplantation” 2014, vol. 14, no. 8, s. 1740–1743.

⁶⁹ OSCE, *Trafficking in human beings for the purpose of organ removal in the OSCE Region: Analysis and Findings*, Vienna 2013; Commission of the European Communities. Experts Meeting on Organ Donation and Transplantation Action Plan: Summary Report, 11–12 marca 2009, http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/keydo_organ_en.htm, dostęp 31.08.2016; Directorate-General for External Policies, *Trafficking in human organs*, Brussels 2015, s. 46–53.

8. Uwagi końcowe

Znaczny postęp w implementowaniu przez państwa nazewnictwa i rekomendacji zawartych w Deklaracji nie oznacza bezkrytycznego przyjęcia jej rozwiązań w doktrynie i w środowisku naukowym. Niektóre z rozwiązań zawartych w Deklaracji spotkały się z częściową krytyką⁷⁰. Jej ostrze w szczególności zostało skierowane przeciwko zagadnieniu bezwarunkowego zwrotu kosztów związanych z dawstwem, część środowiska jest bowiem przeciwna wiązaniu aktu honorowego dawstwa z zagadnieniami finansowymi. Tymczasem Deklaracja *expressis verbis* reguluje zwrot kosztów związanych z przeszczepem. Deklaracja nie zawiera przepisów sankcjonujących stosowanie zachęt i nagród, jako potencjalnych bodźców rozwijających transplantację. W świetle jej przepisów osoby, które handlują własnymi organami, nie podlegają karze, co zapobiega wtórnej wiktyimizacji ofiar⁷¹.

Deklaracja nie odnosi się również do kwestii przymusowego dawstwa, nie rozwiązano także dylematu dopuszczalności wykorzystywania organów więźniów skazanych na karę śmierci⁷². W Deklaracji nie zostały także rozwinięte zagadnienia związane z odpowiedzialnością organizacji, a nawet podmiotów państwowych czerpiących zyski z procederu nielegalnej turystyki transplantacyjnej. Niemniej jednak Deklaracja stanowi krok naprzód w stosunku do poprzednich regulacji, jako źródło ujednoliconego nazewnictwa oraz *quasi*-normatywna afirmacja aktu dawstwa narządów jako wyrazu najwyższej hojności. Jest także składnikiem medycznych procedur transplantacyjnych. W tym sensie propozycje zawarte w pkt. 1–6 Zasad Deklaracji, będące praktycznym i etycznym rozwiązaniem problemu turystyki transplantacyjnej, zasługują na upowszechnienie i normatywne pogłębienie, w tym również przez polskiego ustawodawcę, który jak do tej pory *in genere* nie odniósł się co do meritum do treści Deklaracji⁷³. Być może będzie to możliwe w najbliższej przyszłości, w związku z przystąpieniem przez Polskę do Europejskiej konwencji przeciwko handlowi ludzkimi narządami, częściowo powtarzającej prawnie niewiążące postanowienia deklaracji w zakresie przyznanych uprawnień związanych z przeszczepem zarówno w kraju i za granicą.

⁷⁰ J.H. Tazeen, *Organ...*, op. cit., s. 3381–3382.

⁷¹ F. Ambaqtsheer, B. Domínguez-Gil, R. Matesanz, L. Noel, *A call for government accountability to achieve national self-sufficiency in organ donation and transplantation*, „Lancet” 2011, no. 378, s. 1414–1418.

⁷² G.M. Danovitch, M.E. Shapiro, J. Lavee, *The use of executed prisoners as a source of organ transplants in China must stop*, „American Journal of Transplantation” 2011, vol. 11, s. 426–428.

⁷³ F.L. Delmonico, *The development...*, op. cit., s. 3381–3382.