

Uniwersytet Warszawski
Wydział Polonistyki

Ewa Ratyńska
nr albumu: 263711

Praca Magisterska
na kierunku kulturoznawstwo – wiedza o kulturze

Transplantacja narządów ludzkich jako praktyka biopolityczna

**Praca wykonana pod kierunkiem
dr Romana Chymkowskiego
Instytut Kultury Polskiej**

Warszawa, kwiecień 2015

Oświadczenie kierującego pracą

Oświadczam, że niniejsza praca została przygotowana pod moim kierunkiem i stwierdzam, że spełnia ona warunki do przedstawienia jej w postępowaniu o nadanie tytułu zawodowego.

Data

Podpis kierującego pracą

Oświadczenie autora (autorów) pracy

Świadoma odpowiedzialności prawnej oświadczam, że niniejsza praca dyplomowa została napisana przez mnie samodzielnie i nie zawiera treści uzyskanych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam również, że przedstawiona praca nie była wcześniej przedmiotem procedur związanych z uzyskaniem tytułu zawodowego w wyższej uczelni.

Oświadczam ponadto, że niniejsza wersja pracy jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.

Data

Podpis autora (autorów) pracy

Streszczenie

Praca ma na celu analizę poszczególnych, wybranych aktów prawnych związanych z transplantacją narządów ludzkich i odniesieniu ich do koncepcji biopolityki stworzonej przez Michela Foucaulta. Koncentruje się na wykazaniu jak skonstruowane są zapisy prawne, jaką logiką się kierują oraz jakie wnioski z zakresu ludzkiego egzystowania, zarówno społecznego jak jednostkowego, można na ich podstawie wyciągnąć. Pierwsza część składa się z opisu foucaultiańskiej biopolityki, praktyk transplantacyjnych oraz analizy poszczególnych fragmentów urządzania poprzez zderzenie z poszczególnymi składowymi koncepcji biopolityki jak m.in. *interes*, *populacja*, *homo oeconomicus*. Druga część pracy wskazuje na obszary problematyczne wynikające z urządzania z zakresu zarządzania ciałem, specyficznej formy wymiany, śmierci.

Słowa kluczowe

transplantacja, narządy ludzkie, biopolityka, Michele Foucault, prawo, ustawa
transplantacyjna, handel organami

Temat pracy dyplomowej w języku angielskim

Transplantation of human organs as a biopolitical practice

Dziedzina pracy (kody wg programu Socrates-Erasmus)

14.7 kulturoznawstwo

SPIS TREŚCI

Wstęp.....	6
Uwagi na marginesie.....	9

Część I

1. Biopolityka – zarys definicji.....	12
2. Transplantacja – geneza, urządzenia prawne, dane statystyczne.....	17
2.1 Centralny rejestr sprzeciwów (CRS).....	21
2.2 Przeszczepy komórek, tkanek i narządów od martwego dawcy.....	23
2.3 Przeszczepy komórek, tkanek i narządów od żywego dawcy.....	23
3. Rządzenie ciałami.....	24
4. Orzekanie o śmierci – nieodwracalne zatrzymanie krążenia i nieodwracalne ustanie czynności mózgu.....	28
5. <i>Życie, które nie zasługuje na życie</i> a Krajowa Lista Oczekujących.....	33
6. Statystyka totalna.....	39
7. Banki tkanek i komórek.....	40
8. Ciało samourządzające się a handel organami.....	43
8.1 Handel organami w Polsce.....	44
8.2 Handel organami na świecie.....	47

Część II

1. Ciało – (nie)ciało. Ja – nie-ja.....	56
2. Wymiana.....	58
3. Śmierć.....	62
Podsumowanie.....	64
Bibliografia.....	67
Aneks.....	72
• Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.....	71

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2008 r. w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu”.....98
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.....101
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia.....109
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów.....112
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie.....125

Biopolityka: *stara się wskazać porządek polityki określany w szerokim stopniu przez życie, którego przeznaczeniem jest utrzymanie i kontrola życia. Co zasadniczo rozumie się pod pojęciem biopolityki to nie „politykę życia bądź istot żyjących”, lecz raczej „politykę określającą życie”, albo inaczej „sferę polityki koekstensywną ze sferą życia”¹*

WSTĘP

Biopolityka jest takim rodzajem polityki, która koncentruje się na życiu ludzkim. Jest polityką zespoloną ze sferą życia. Konceptualizowano ją na rozmaite sposoby: jedni, jak włoski filozof Giorgio Agamben, łączyli ją z zagrożeniami; inni jak dla przykładu Rosi Braidotti czy Michael Hardt i Antonio Negri dostrzegali jej pozytywne aspekty². Biopolityka rozumiana jako pewien sposób *rządzenia żywymi*, pewien sposób produkcji wiedzy o życiu, łączy się tak z ochroną zdrowia, dbałością o biologiczny wymiar życia człowieka, jak i z negacją życia, czego kwintesencją może być obóz koncentracyjny. Koncentrację polityki na życiu można uznawać z powodzeniem za immanentny obszar zainteresowania polityki jako takiej pojawiający się u prapoczątków ludzkiego współegzystowania, można również odczytywać ją jako praktykę na wskroś nowoczesną. W swojej pracy chcę przyjrzeć się nie tyle sposobom funkcjonowania biopolityki jako takiej czy też próbom jej zdefiniowania i dookreślenia, co wybranemu przypadkowi działań medycznych i prawnych dotyczących konkretnego wycinka rzeczywistości, w danym momencie historycznym i w danej praktyce społecznej. Nie jest więc praca ta systematyczną, skończoną i wyczerpującą próbą uchwycenia znaczenia, genealogii, użyc i sposobów konceptualizacji pojęcia biopolityki, rozwikłaniem *enigmy biopolityki*³ – by posłużyć się określeniem Roberto Esposito. Praca jest pomyślana jako analiza konkretnej praktyki prawnej tak by ukazać cechy charakterystyczne, powiązania i zagadnienia dotyczące tego, co możemy rozumieć jako sztukę *rządzenia żywymi*.

Celem pracy jest analiza wybranych urządzeń prawnych z zakresu transplantacji narządów ludzkich z zastosowaniem kategorii łączonych z zarysowaną przez Michela Foucaulta koncepcją biopolityki. Zabieg ten pozwoli wskazać obszary problematyczne

1 J.-L. Nancy, *A note on the Term: Biopolitics*, w: tegoż, *The Creation of the World or Globalization*, tłum. F. Raffoul, D. Pettigrew, New York 2007, s. 93. Cytat za: M. Ratajczak, *Genealogia biopolityki. Biologia państwa*, [w:] *Praktyka Teoretyczna*, nr 3(9)/2013. Dostępne na: <http://www.praktykateoretyczna.pl/czasopismo/genealogia-biopolityki-biologia-panstwa/> (data wejścia 12 luty 2015).

2 M. Ratajczak, tamże.

3 R. Esposito, *Bios. Biopolitics and philosophy*, Minnesota 2008.

wynikające z rozwiązań prawnych i ich konsekwencje dla myślenia o człowieku jako bycie cielesnym. Praca stanowi więc próbę rzetelnej analizy poszczególnych urządzeń prawnych związanych z transplantacją i przyłożenia ich do rozważań z zakresu filozofii. Jest związana z co najmniej trzema odrębnymi dziedzinami wiedzy – medycyną, prawem oraz filozofią, przy czym spoiwem dla tych wszystkich wymiarów jest antropologia, rozumiana zgodnie ze swoim źródłosłowem jako nauka (gr. *logos*) zajmująca się człowiekiem (gr. *anthropos*). Obieram transplantacje narządów za obszar badań ponieważ pozwala prześledzić zmiany jakie dokonały się w granicznych obszarach ludzkiego życia związane z ciałem, dysponowaniem ciałem, śmiercią. Należy przy tym podkreślić, że źródła na podstawie których będę analizowała praktyki transplantacyjne są ograniczone – z jednej strony przez zainteresowania badawcze, z drugiej zaś przez brak danych. Koncentruje się na badaniu rozwiązań prawnych zawartych w tekście ustawy transplantacyjnej oraz jej aktach wykonawczych. Z racji braku dostępnych danych jedynie w ograniczonym stopniu zajmuję się nielegalnym rewersem transplantacji czyli handlem narządami. Dodatkowo pomijam zagadnienia związane z bioetycznym wymiarem transplantacji – ten obszar ma obfitą bibliografię naukową, jest tematem artykułów prasowych, pojawia się w dyskusjach związanych z aborcją, eutanazją, zapłodnieniem *in vitro*. Bioetyka jest obszarem przynależącym do innego dyskursu, podejmowanie tematów związanych z etyką wpisuje się w sferę światopoglądu i wartości, która nie jest przedmiotem niniejszej pracy⁴.

Praca ta nie rości sobie więc ambicji do bycia całościowym ujęciem zagadnienia transplantacji narządów ludzkich. Ma na celu wskazanie jak skonstruowane czy zorganizowane jest urządzenie prawne związane z transplantacją, jakie wstępne założenia mu towarzyszą oraz jakie konsekwencje czy wnioski możemy na jego postawie wyciągnąć. Pozwoli odnieść się do zmian jakie dokonały się w społecznym egzystowaniu człowieka. Podstawowym pytaniem, na jakie chcę odpowiedzieć, jest to, jak zarządzane jest życie ludzkie oraz jego śmierć.

Podobnej analizie mogłyby zostać poddane oczywiście również inne elementy, czy to związane z ochroną zdrowia czy też z innymi obszarami rzeczywistości. Decyduję się na przedstawienie biopolityki w kontekście transplantacji, czy też transplantacji w kontekście biopolityki nieprzypadkowo a z racji pewnej historycznej współbieżności. Zarówno

4 Vide np: K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009; Tenże, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009 (szczególnie: roz. III *Etyka transplantacji*); *Bioetyka personalistyczna wobec wyzwań biomedycyny*, red. ks. Z. Wanat, Toruń 2011, B. Geret et.al, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2009.

transplantacja jak i myślenie o biopolityce są stosunkowo nowymi obszarami wiedzy/praktyki. Transplantacja pozwala spojrzeć na istnienie ludzkie przez pryzmat technologii skoncentrowanej na ciele, biopolityka technologię tę wpisuje w szerszy obszar ingerencji w ciało, poszukuje jej logiki, stara się określić zasady.

Pierwszym założeniem pracy jest to, że rozwiązania prawne związane z transplantacją mogą być z powodzeniem odczytane przez schemat pojęciowy Michela Foucaulta użyty do opisu biopolityki a tym samym, że istnieje relacja wynikania pomiędzy urządzeniem typu liberalnego, które Foucault uznaje za ramy pojęciowe biopolityki a konstrukcją prawa w zakresie ochrony zdrowia. Przyjęcie tej tezy pozwala na wskazanie kolejnych twierdzeń, które będą stanowiły oś interpretacyjną pracy.

Pierwsza część pracy będzie składała się z przywołania definicji biopolityki a następnie odniesienia jej do koncepcji biopolityki ukutej w latach siedemdziesiątych przez Michela Foucaulta na podstawie wybranych tekstów. Następnie zajmę się omówieniem funkcjonującego prawa dotyczącego zagadnień transplantologicznych (*Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*), jej poszczególnych aktów wykonawczych i przytoczeniu danych statystycznych związanych z tematyką pracy. Następnie, przechodząc do właściwej analizy, skupię się na konkretnych fragmentach rozwiązań prawnych poszukując w nich logiki charakterystycznej dla liberalnego rozumu rządzącego, będącego dla Foucaulta ramami dla funkcjonowania biopolityki jako takiej. Spojrzę na zagadnienia transplantacyjne przez pryzmat: 1) wolności jednostki do dysponowania swoim ciałem; 2) logiki, jaką kieruje się jednostka w swoich działaniach 3) rozmycia granic pomiędzy życiem i śmiercią. Zajmę się omówieniem i zaaplikowaniem do rzeczywistości prawnej *urządzeń bezpieczeństwa*, w których Foucault widzi rys charakterystyczny dla nowej biopolitycznej sztuki rządzenia. Centralnymi punktami mojej pracy będzie próba zderzenia pewnych pojęć: m.in. *populacji, statystyki, interesu, homo oeconomicusa* z tak legalnymi jak i nielegalnymi zagadnieniami związanymi z transplantacją. Zajmę się również próbą prześledzenia praktyk handlu organami zarówno na obszarze Polski jak i globalnie.

Przedstawienie biopolityki na przykładzie aktów prawnych związanych z transplantacją narządów posłuży mi za pretekst do rozważań o granicach ludzkiego ciała, które dzięki rozwojowi współczesnej medycyny traci spójny charakter. Ciało ludzkie przestaje być holistyczną całością, jest takim organicznym bytem, którego poszczególne elementy

mogą zostać wymienione, tak by poprawić jego funkcjonowanie (co w krańcowym przypadku znaczy również ratunek przed śmiercią). Kolejnym istotnym zagadnieniem jest źródło owych elementów, czyli w przypadku transplantacji ciało innego człowieka, czy to martwego czy też żywego. W tej optyce inna osoba może stanowić źródło (prze)życia jednostki, ciało człowieka może być dosyć dosłownie rozumiane jako magazyn „części wymiennych”. Innym zagadnieniem zasługującym na uwagę jest rozmycie granicy dzielącej śmierć od życia. Rozwój medycyny sprawia, że śmierć przestaje być naturalnym procesem a staje się obszarem orzekania i zarządzania. Śmierć nie tyle nie istnieje, co istnieje na ściśle określonych warunkach.

Te trzy obszary rozważań w sposób oczywisty łączą się ze sobą i przenikają. Możemy przedstawić je na osiach prywatne – publiczne, ciało – nie ciało, śmierć – życie. W drugiej części pracy zajmę się analizą tych binaryzmów, refleksją nad ich znaczeniem i próbą uchwycenia konsekwencji takiego stanu rzeczy.

Biopolitykę traktuję jako pewną propozycję odczytywania nowoczesności. Transplantacja organów posłuży mi za przykład jej funkcjonowania. Analiza transplantacji przez pryzmat focaultiańskiej biopolityki pozwoli mi na namysł nad podstawowymi kategoriami jak życie i śmierć czy granicami ciała ludzkiego. Praca ta jest więc próbą odczytania nowoczesności jako momentu, w którym ciało ludzkie, a raczej człowiek rozumiany jako istotna żyjąca, czy jako element populacji odgrywa dominującą rolę.

Uwagi na marginesie

Koncepcja biopolityki czy biowładzy nakreślona przez Michela Foucaulta nie jest w żadnej mierze dookreśloną zamkniętą teorią, posiadającą stabilne wytyczne i zasady. Charakterystyczne dla myśli francuskiego filozofa odcinanie się od projektowania teorii, definicji, stabilnych form wiedzy wpływa z jednej strony na trudności, na jakie napotykają badacze w rekonstrukcji jego myśli, z drugiej otwiera pole do interpretacji, twórczego odnoszenia się, wykorzystywania koncepcji dla opisu rozmaitych zjawisk społecznych. Ta słabość będąca jednocześnie siłą Foucaulta sprawiła, że jego myśl nie traci świeżości mimo upływu czasu.

W swojej pracy będę starała się zrekonstruować to, co Foucault nazywał biopolityką. Rekonstrukcja ta, z racji specyfiki pisarstwa Foucaulta będzie jednak jednocześnie pewną

interpretacją, starającą się być w jak najbliższej relacji do słów myśliciela, momentami jednak akcentującą wybrane obszary kosztem innych. W owej rekonstrukcji będę opierać się na wykładach Foucaulta z roku akademickiego 1977/78 oraz 1978/79 zebranych w tomach *Terytorium, bezpieczeństwo, populacja* oraz *Narodziny biopolityki*. Zdaniem Michela Senellarta autora *Umiejscowienia wykładów* zawartego w polskim wydaniu wykładów te dwa zbiory: *tworzą rodzaj dyptyku, spajanego przez wspólną problematykę (...) celem obu kursów (...) jest odtworzenie genezy owej „władzy nad życiem”, której pojawienie się Foucault uważał za „zasadniczy przełom, niewątpliwie jeden z najważniejszych w historii ludzkich społeczeństw”*⁵.

W pracy konsekwentnie będę stosowała termin *urządzanie* definiowanego przez Foucaulta jako: *zbiór instytucji, procedur, analiz, refleksji, kalkulacji i taktów umożliwiających sprawowanie owej specyficznej i bardzo złożonej formy władzy*⁶ (biopolityka). Jako *urządzanie* będę rozumieć pewien szeroki wachlarz praktyk pozwalających sprawować władzę o charakterze biopolitycznym. Wymiennie z terminem *urządzania* będę stosować terminy: *urządzanie biopolityczne, urządzanie o charakterze biopolitycznym, urządzanie liberalne* czy *urządzenie* w liczbie pojedynczej.

Termin *urządzanie* do niedawna tłumaczony był jako *rządomyślność (gouvernementalité)*, w polskim wydaniu tomu *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja* Michał Herer zaproponował zmianę, która w moim odczuciu korzystnie wpływa na klarowność wywodów Foucaulta⁷ ponadto, jak podkreśla Senellart, początkowe odniesienie *urządzenia* do rządu i władzy publicznej ustępuje miejsca rozumieniu *urządzania* jako specyficznej formie związanej z zarządzaniem populacją⁸. Tematyce *urządzenia* Foucault poświęca cały wykład z 1 lutego 1978 roku⁹, twierdzi, że jeśli miałby nadać swoim wykładom adekwatny tytuł nie brzmiał by on *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja* a *historia „urządzania”*¹⁰. Termin *urządzania* jest jednym z centralnych dla koncepcji biopolityki i wiąże się ze sposobami czy mechanizmami działania dla niej charakterystycznymi.

W swojej pracy posłużę się metodą zaczerpniętą od Foucaulta. Chcę przyjrzeć się

5 Michela Senellart, *Umiejscowienie wykładów*, [w:] M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, s. 451.

6 M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 127.

7 Vide: *Od tłumacz*, [w:] M. Foucault, tamże, s. 13.

8 Michela Senellart, tamże, s. 470.

9 Foucault, tamże, s. 102-129.

10 Na temat *urządzania* vide również: Michela Senellart, *Umiejscowienie wykładów*, [w:] M. Foucault, tamże, s. 470-476 oraz s. 483-489.

biopolitycznemu urządzaniu w jego praktycznym, rzeczywistym wymiarze i prześledzić użyteczność teorii myśliciela dla współczesnej rzeczywistości społecznej. Będę chciała wskazać te punkty, które mogą służyć za egzemplifikację focaultiańskiej koncepcji biopolityki ograniczając się do wąskiego wycinka urządzania. To ograniczenie pozwoli mi na dogłębniejsze przyjrzenie się interesującym mnie fenomenom związanym z ludzkim ciałem. Praca została pomyślana jako pewna próba - test zgodności focaultiańskiej koncepcji biopolityki ze współczesną rzeczywistością społeczną a jej celem jest wskazanie m.in.: 1) logiki jaką kieruje się urządzania; 2) sposobu traktowania jednostek; 3) namysł nad człowiekiem w kontekście powstania określonej techniki.

Praca ta nie jest monografią tak biopolityki, jak i transplantacji/transplantologii. Jej celem jest wskazanie biopolitycznych uwarunkowań rozwiązań stosowanych do transplantologii rozumianej jako pewna szeroka dziedzina związana z technologią medyczną. Jest analizą *mikrowładzy* związanej z państwem, gdyż biopolityka jest właśnie *bioregulacją* dokonywaną przez państwo.

CZEŚĆ I

Biopolityka – zarys definicji

Zagadnienia związane z przeszczepem organów (czy to w formie legalnej czy nie) możemy rozważać używając terminu biopolityki. Zanim jednak będzie to możliwe, należałoby przyjrzeć się samemu pojęciu. Jak wskazuje Tomas Lemke, jest to termin nastroczający wielu niejasności. W znaczeniu dosłownym biopolityka oznacza rządzenie życiem <gr. *bios*=życie + *politike (techne)* – (sztuka) rządzenia państwem)¹¹. Lemke proponuje, by definicję pojęcia oprzeć na dwóch biegunach znaczeniowych – życia i polityki. Z jednej strony mamy koncepcje akcentujące polityczny charakter życia, które stać ma u jej podstaw, z drugiej zaś życie jest traktowane jako: *pozapolityczny przedmiot polityki*¹².

Pierwsza kategoria obejmuje organicystyczne koncepcje państwa: jak ta stworzona przez szwedzkiego politologa Rudolfa Kjellén, który jako pierwszy użył terminu biopolityka. Rozumiał on państwo jako żywy organizm, powołany przez organiczne moce prapoczątek kolektywnej podmiotowości, którego przejawami tylko są kultura, polityka czy gospodarka. Ujęcie Kjelléna zakłada państwo narodowe jako naturalne. Wśród XX wiecznych politologów, lekarzy, prawników, socjologów (przywołując chociażby Spencera a za nim Durkheima) wielu pojmowało państwo jako pierwotny, żywy organizm, który jest przestrzenią ludzkiego działania. Od tych koncepcji blisko do narodowosocjalistycznej rasistowskiej polityki określającej wspólnotę jako zbiór rasowo jednolitych jednostek, o określonej hierarchii¹³. Co ważne, narodowosocjalistyczna biopolityka nie koncentrowała się wyłącznie na życiu w znaczeniu biologicznym i jego genetyczno-kulturowemu spadkobierstwu ale również dążyła do kierowania procesami biologicznymi, czy to poprzez zachowanie czystości rasy, czy przez eliminację życia zbędnego wewnątrz swojej grupy etnicznej¹⁴. *Całkiem konkretne wysiłki szły w kierunku ilościowego wzrostu liczby ludności i jakościowego polepszenia "materiału genetycznego" narodu niemieckiego*¹⁵ – pisze Lemke. Jednoczesna dążność do eliminacji rasowo odmiennych grup wedle określonej hierarchii

11 Vide: *Słownik bioetyki, biopolityki, i ekofilozofii*, red. M. Ciszek, Warszawa 2008, hasło: biopolityka, s. 34.

12 T. Lemke, *Analityka biopolityki. Rozważania o przeszłości i teraźniejszości spornego pojęcia*, [w:] *Praktyka Teoretyczna*, nr. 2/2011, s. 12. Dostępne na: http://www.praktykateoretyczna.pl/PT_nr2-3_2011_Biopolityka/01.lemke.pdf (data wejścia: 26.01.2015)

13 Tamże.

14 T. Lemke, *Biopolityka*, Warszawa 2010, s. 19.

15 Tamże, s. 20.

sprawia, że biopolityka w tym ujęciu przylega do eugeniki czy to pozytywnej, czy w większej mierze negatywnej i przez wydzwięk rasowy zaowocowała ludobójstwem.

Lemke nie pozwala wierzyć złudzeniu, że biopolityka III Rzeszy była zjawiskiem jednostkowym. Autor cytując Baumana twierdzi, że: *"ambicje ogrodniczo-hodowlano-chirurgiczne" państwa i ich rozwój śledzić można co najmniej od XVIII wieku*¹⁶. Wymienia się kolejno stalinowskie próby ulepszenia człowieka za pomocą nauki, eugenikę Stanów Zjednoczonych czy praktyki eugeniczne demokracji liberalnych. W tym miejscu Lemke przechodzi od koncepcji traktujących życie jako podstawę polityki, do koncepcji traktujących życie nie jako podwalinę a jako przedmiot polityki.

Swoją refleksję rozpoczyna od nakreślenia zmian znaczeniowych, jakie w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych zyskała biopolityka¹⁷. W związku z rosnącą świadomością na temat ekologii refleksja koncentrowała się na polityce zdrowotnej, ochronie środowiska, przeżyciu człowieka na ziemi. W latach siedemdziesiątych biopolityka zyskała komponent technologiczny. Problemem nie jest już jedynie przeżycie ludzkości na ziemi przy świadomości skończonej ilości surowców, miejsca, zagrożeń ekologicznych ale również to, w jakim zakresie człowiek może ingerować w życie, które poprzez rozwój nauki staje się coraz mniej naturalne i oczywiste – jak kwituje Lemke: *czy to co możliwe, z punktu widzenia technologii, ma być też akceptowane społecznie*¹⁸.

Oś definicyjna zaproponowana przez Tomasa Lemke pozwala na pokazanie różnych elementów składowych tego, co rozumieć możemy pod pojęciem biopolityki – trop "naturalistyczny" i "politystyczny", jak wskazuje autor nie ujmują jednak znaczących wymiarów biopolityki, łącząc w sobie podstawowe założenie o odrębności życia od polityki¹⁹.

O ile przedstawiciele naturalizmu umiejscawiają życie „poniżej” polityki, czyniąc życie źródłem wytycznych dla politycznego myślenia i działania, to strona przeciwna umieszcza politykę „powyżej” życia, gdzie funkcjonuje ona jako coś więcej aniżeli „tylko” biologia,

16 Tamże, s. 22.

17 Patrz: T. Lemke, tamże, s. 34 – 41.

18 Tamże, s. 35.

19 T. Lemke, *Analityka biopolityki. Rozważania o przeszłości i teraźniejszości spornego pojęcia*, [w:] *Praktyka Teoretyczna*, nr. 2/2011, s. 17. Dostępne na: http://www.praktykateoretyczna.pl/PT_nr2-3_2011_Biopolityka/01.lemke.pdf (data wejścia: 26.01.2015)

*wykraczając poza egzystencjalne konieczności biologicznej egzystencji*²⁰.

Autor wskazując na ułudę naturalności podmiotu żywego oderwanego od polityczności (tudzież kultury) i jednocześnie - wskazując na oddziaływanie, jakie życie wywiera na samą polityczność - skłania się ku relacyjnej koncepcji biopolityki wypracowanej w latach siedemdziesiątych przez Michela Foucaulta, który pozostaje krytyczny względem tak "naturalistycznego", jak "politycystycznego" podejścia do biopolityki. Foucault w charakterystyczny dla siebie sposób wychodzi od przyjrzenia się poszczególnym praktykom dyskursywnym, określonym punktom zwrotnym. Dla Foucaulta biopolityka jest pewną formą rządzenia. Nie polega na wprowadzeniu jedynie nowych obszarów czy przedmiotów zainteresowania w obręb polityki, nie może przez to być związana wyłącznie z rozwojem technologicznym. Biopolityka wiąże się z nowym rodzajem suwerenności podpartym nowym rodzajem wiedzy-władzy skoncentrowanej na populacji, statystyce, zdrowiu publicznym, normie²¹. Lemke wskazuje na niejednolite posługiwanie się pojęciem biopolityki przez Foucaulta wyróżniając trzy odmienne sposoby użycia: 1) biopolityka rozumiana jako przeformułowanie władzy suwerennej, 2) mechanizmy biopolityczne jako element rasizmu, 3) biopolityka jako pewna sztuka rządzenia związana z liberalizmem²².

Na użytek swojej pracy będę koncentrowała się na trzecim ujęciu biopolityki, którą Foucault wyklada najpełniej w tomie *Narodziny biopolityki*, będącym zapisem wykładów głoszonych w Collège de France w roku akademickim 1978-79. Będę również zajmowała się pierwszym ujęciem biopolityki, które Foucault wyklada w tomie: *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, będącym zapisem wykładów głoszonych w poprzednim roku akademickim. W tym miejscu przedstawię pokrótce dwa sposoby użycia terminu biopolityki, do których wrócę na późniejszym etapie.

Biopolityka w pierwszym ujęciu jest przeciwstawiona władzy suwerena posiadającego prawo do życia i śmierci poddanych. Jak pisze Lemke omawiając to zagadnienie – od XVII wieku, zdaniem Foucaulta: *"władza nad śmiercią" zastępowana jest coraz bardziej przez nową formę władzy, której celem jest zarządzanie życiem, zabezpieczanie go, rozwijanie i zagospodarowywanie*²³. Różnica polega na tym, że o ile władza suwerena: *skazuje na śmierć i*

20 T. Lemke, *Biopolityka*, Warszawa 2010, s.35.

21 T. Lemke, tamże, s.42-43.

22 Tamże.

23 Tamże s. 44.

zezwała na życie, to biopolityka (czy też biowładza): zezwała na śmierć i karze żyć²⁴. Częściami składowymi tak rozumianej biopolityki są, z jednej strony techniki dyscyplinujące jednostkowe ciała, z drugiej regulacja całej populacji (technologia bezpieczeństwa). Mimo pozornej odrębności, są to wymiary połączone ze sobą i względem siebie komplementarne – są takim sposobem sprawowania polityki, który zarządza człowiekiem pod względem cielesnym i człowiekiem jako ludnością, gatunkiem, zbiorowością. Wymiar dyscyplinarny jest związany z instytucjami – więzieniem, szpitalem, szkołą (instytucjami totalnymi jak nazwałby je Goffman²⁵) i przedstawiony jest w pracach Foucaulta z tego zakresu²⁶. Wymiar regulacyjny związany jest z centralną instytucją państwa, jego materialnym wyrazem jest między innymi statystyka czy demografia.

Jeśli chodzi o trzecie użycie terminu biopolityka: w *Narodzinach biopolityki* Foucault nie koncentruje się nieco przewrotnie na samej biopolityce, a na nowej sztuce rządzenia, która stanowi ideologiczną czy metodologiczną ramę funkcjonowania biopolityki. Nie mówi o tym czym biopolityka jest, a wskazuje na mechanizmy, które uczyniły ją możliwą. Wewnętrzną regulacją owej sztuki rządzenia jest ekonomia polityczna (a szerzej liberalizm), jako pewien rodzaj praktyk stanowiących odniesienie same dla siebie, będących zarazem ograniczeniem dla samej sztuki rządzenia jak i jej głównym punktem odniesienia. Prawo pozbywa się zwierzchności względem urzędnika, traci boski i naturalny charakter, jego pytaniem przestaje być pytanie o legalność czy nielegalność, a zaczyna odnosić się do rezultatów - rozpatruje swoje działania w kontekście sukcesu bądź porażki. Powstaje nowy reżim prawdy – prawdy związanej z rynkiem, który przestaje pełnić funkcję jurydyczną a zaczyna orzekać o prawdzie²⁷. Rynek jest przykładem "reżimu weredycznego", którego cechą jest możliwość orzekania o prawdziwości bądź fałszywości i który stanowi wewnętrzne ograniczenie dla nowej sztuki rządzenia, której początki Foucault lokuje gdzieś w okolicach połowy XVIII wieku. Nowa logika urządzania opiera się jeszcze na jednym elemencie – mianowicie ustanowieniu: *władzy publicznej zdolnej do interwencji zgodnie z zasadą użyteczności*²⁸. Z jednej strony rynek ze zdolnością do samoistnego wytwarzania "prawdziwej"²⁹ ceny, co za

24 M. Foucault, *Trzeba bronić społeczeństwa*, Warszawa 1998, s. 238.

25 Vide: E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot 2011.

26 Vide np: M. Foucault, *Nadzorować i karać: narodziny więzienia*, Warszawa 2009; M. Foucault, *Narodziny kliniki*, Warszawa 1999; M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, Warszawa 1987.

27 Vide: M. Foucault, *Narodziny biopolityki*, Warszawa 2011, s. 51 -55.

28 M. Foucault, także, s. 68.

29 Cena nie może oczywiście, jak podkreśla Foucault być prawdziwa w dosłownym sensie. *Rynek jeśli pozwoli*

tym idzie orzekający o prawdzie, z drugiej strony władza publiczna kierująca się zasadą użyteczności działa tylko tam, gdzie jest to niezbędne stanowiąc samoograniczenie dla nowego rozumu urządzającego. Wspólnie Foucault określa je mianem "interesu", w którym pobrzmiewają zarówno rynkowa zasada wymiany, jak i użytecznościowy charakter władzy publicznej. Nowy rozum urządzający, w przeciwieństwie do zasady racji stanu³⁰ operuje już nie rzeczami (jednostki, rzeczy, ziemie) a interesami: *zjawiskami natury politycznej(...) które konstytuują samą politykę i jej stawki*³¹. Trzecim elementem składowym nowej sztuki rządzenia, czy też liberalizmu, jest nieograniczony wzrost ekonomiczny Europy i otwarcie na rynek światowy – *gra toczy się w Europie, ale jest grą o świat*³² – powiada Foucault.

Swoje rozważania Foucault opiera na analizach dwóch rodzajów neoliberalizmu – neoliberalizmu powojennych Niemiec tzw. Szkole Fryburskiej oraz liberalizmie Szkoły Chicagowskiej. Pierwsza szkoła, zwana również ordoliberalami (od nazwy czasopisma "Ordo"), związana jest z nazwiskami Wilhelma Röpke, Waltera Euckena czy Franza Böhma. Dla ordoliberalów rynek wymaga serii politycznych interwencji, podobnie jak i rywalizacja rynkowa. Taki sposób myślenia kształtujący zasady polityki ekonomicznej powojennych Niemiec cechuje się antynaturalistycznymi podwalinami. Szymon Wróbel w tekście *Biopolityka indywidualna a biopolityka państwowa* za Foucaultem wyróżnia trzy funkcje strategiczne takiej postawy. Po pierwsze rozdział bazy ekonomicznej od jej nadbudowy politycznej i prawnej jest w ujęciu ordoliberalów nieuprawniony; po drugie kapitalizm jest nierozłącznie związany z historią interwencji i uregulowań o charakterze prawnym, ekonomicznym i instytucjonalnym; po trzecie wreszcie kapitalizm nie występuje w formie czystej, gdyż nie ma swojej wewnętrznej logiki a pojęcie ekonomii należy zastąpić porządkiem ekonomicznym, będącym obiektem interwencji społecznych i politycznych³³.

Przedstawiciele Szkoły Chicagowskiej, jak Milton Friedman, George Stigle czy Robert Lucas byli natomiast przeciwni wszelkim formą interwencjonizmu państwa. Dla

mu się działać jako takiemu, w jego naturze albo, jak kto woli, naturalnej prawdzie, umożliwia pojawienie się ceny metaforycznie określanej jako prawdziwa, a czasem też jako sprawiedliwa. Chodzi o cenę, która oscyluje wokół wartości produktu. (M.Foucault, tamże, s. 53)

30 O zasadzie racji stanu traktują wykłady z roku 1977/78 (vide: M.Foucault, *Bezpieczeństwo terytorium populacja*, Warszawa 2010.) Podsumowanie poprzednich wykładów i ogólne zasady rządzące racją stanu Foucault przypomina również w wykładzie z 10 stycznia 1979 (s. 22-47) tomu *Narodziny biopolityki*.

31 M. Foucault, tamże, s.69.

32 Tamże, s. 78.

33 Sz. Wróbel, *Biopolityka indywidualna a biopolityka państwowa*, [w:] *Praktyka Teoretyczna*, nr. 2/2011, s. 42. (dostępne na: http://www.praktykateoretyczna.pl/PT_nr2-3_2011_Biopolityka/03.wrobel.pdf, data wejścia: 28.01.2015)

amerykańskich liberałów: *kategorie ekonomiczne, w szczególności schematy ekonomiczne na temat podejmowania decyzji, stają się schematami myślowymi, które pozwalają oceniać w zasadzie wszelkiego rodzaju decyzje i wszelkiego rodzaju działania*³⁴.

Niemiecki liberalizm różni od amerykańskiego geneza, okoliczności historyczne rozwoju i powstania czy podejście do interwencjonizm. Zamiast koncentrować się na różnicach dzielących te dwie praktyki liberalne, postaram się wyciągnąć z nich pewną logikę działania, pewne generalne schematy myślowe rządzące nowym sposobem urządzania. Na potrzeby analizy konkretnej praktyki związanej z przeszczepem organów ludzkich, szczegółowe dywagacje dotyczące określonych odmian liberalizmu nie są potrzebne ani pożądane.

Skrótowe i niepełne zarysowanie głównych cech nowego rozumu urządzającego, który możemy nazwać urządzeniem liberalnym oraz pewnym przeformułowaniami władzy suwerennej charakterystycznym dla biopolityki, ma na celu wprowadzenie do właściwego tematu pracy, jakim jest próba przyjrzenia się konkretnej praktyce i rozważenie logiki w niej obecnej. Zanim przejdę do analizy poszczególnych jej elementów, opiszę zagadnienia związane z transplantacją, którym przyjrzeniu się mam zamiar poświęcić dalszą część pracy.

Transplantacja – geneza, urządzenia prawne, dane statystyczne

Transplantacja jest techniką medyczną pozwalającą na ratowanie życia poprzez uzupełnienie brakujących elementów ciała. Jest to: *wyrównywanie ubytku w ustroju przez operacyjne przeniesienie tkanek lub narządów*³⁵.

Wyróżnia się kilka rodzajów transplantacji: 1) ze względu na zgodność genetyczną dawcy i biorcy; 2) ze względu na lokalizację przeszczepu; 3) przeszczepy biowitalne i biostatyczne; 4) ze względu na stan dawcy.

- 1) Przeszczepy dzielą się na autogeniczne – przeszczepu dokonuje się w obrębie ciała tej samej osoby, np. przeszczep płatów skóry czy przeszczep ubytków kości; izogeniczne – czyli pomiędzy osobnikami genetycznie identycznymi (bliźnięta monozygotyczne); allocentryczne – przeszczepu dokonuje się między dwoma różnymi genetycznie osobnikami jednego gatunku; ksenogeniczne – czyli przeszczepy pomiędzy

³⁴ Tamże.

³⁵ *Mała encyklopedia medycyny*, red. T. Różnatkowski, t. III, Warszawa 1987, s. 1009.

osobnikami dwóch różnych gatunków (zwierzę – człowiek).

- 2) Jeśli chodzi o lokalizację przeszczepu to wyróżniamy przeszczepy: ortotopowe czyli takie, gdzie na miejscu niesprawnego narządu umieszcza się inny (przeszczep serca) lub heterotopowe, czyli takie gdzie przeszczep umieszcza się w innym niż anatomiczne miejscu.
- 3) Przeszczepy biowitalne to przeszczepy żywych fragmentów ciała (narząd lub szpik), które podejmują prawidłową czynność po przeszczepie natomiast przeszczepy biostatyczne odnoszą się do zabiegów przeszczepiania martwych, odpowiednio spreparowanych elementów ciała, które po przeszczepie pełnią funkcję mechaniczną (kości, naczynia krwionośne).
- 4) Ze względu na stan dawcy przeszczepy dzielimy na te pochodzące od żywego człowieka (*ex vivo*) i te pochodzące od martwego dawcy (*ex mortuo*)³⁶.

Transplantacja jako nowoczesna technika medyczna rozwinęła się w latach 50 XX wieku. Ten stosunkowo nowy obszar istniał jednak wcześniej w sferze mitycznej. Pierwsze próby przeszczepiania tkanek i narządów miały miejsce prawdopodobnie w Indiach około 600 roku przed narodzeniem Chrystusa (przeszczepy płatów skóry). W Chinach wedle legendy jeden z lekarzy miał wymienić serca pomiędzy dwiema osobami. Średniowieczna legenda o braciach Kosmie i Damianie mówi o przeszczepie nogi, jakiego dokonali patroni lekarzy i aptekarzy z ciała zmarłego niedawno Maura na rzecz chorego, którego nogę zajęła gangrena. Jazon – przywódca Argonautów przekazał krew swojemu ojcu, „transfuzji” dokonała czarodziejka Medea³⁷.

Mimo że radykalny rozwój medycyny transplantacyjnej datuje się na XX wiek to jeszcze w końcu XIX wieku lekarzom udają się przeszczepy rogówki – Eugen von Hippel przeszczepia rogówkę królika do oka chorej dziewczynki, w 1906 roku Eduard Konrad Zirm przeprowadza pierwszą, pełną i udaną transplantację rogówki ludzkiej. W 1902 roku austriacki chirurg Emericha Ullmann dokonuje nieudanego przeszczepu nerki od psa, w 1950 roku chirurg z Chicago – Richardowi H. Lawlerowi udaje się przeszczep nerki od martwego dawcy. W roku 1953 i 1954 dokonano kolejno przeszczepu nerki od żywego dawcy

³⁶ Klasyfikacja i przykłady za: J. Duda, *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Warszawa 2011, s.20-21.

³⁷ E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium porównawcze*, Białystok 2008, s. 25-26.

zakończonych śmiercią chorego i pierwszej udanej transplantacji nerki u jednojajowych bliźnięt wykonanej przez Josepha Murraya, który w 1959 roku dokonał takiego samego zabiegu na braciach genetycznie nieidentycznych. Kolejne lata przyniosły możliwości przeszczepiania innych organów ludzkich – trzustki, płuc, serca i wątroby. Rośnie też długość życia pacjentów po przeszczepie a dzięki stosowaniu leków zmniejsza się poziom odrzucania przeszczepionych narządów przez organizm chorego. W 2000 roku chirurdzy z Kuala Lumpur dokonują pierwszego przeszczepu ręki u noworodka, w 2003 roku we Francji udaje się przeszczepić dłonie i przedramiona³⁸.

Za pierwszy przeszczep w Polsce odpowiedzialny jest prof. Jan Nielubowicz, który w 1966 roku dokonał transplantacji nerki od osoby zmarłej, w 1967 roku prof. Tadeusz Bross wykonał podobny zabieg. Dla polskiej transplantologii rokiem przełomowym jest 1985, kiedy Zbigniew Religa wraz z zespołem dokonuje udanych transplantacji serca. Jak wskazuje Rowiński pierwsze zabiegi *wykonano właściwie nielegalnie: pobranie narządu od osoby zmarłej było ominięciem prawa, a pobranie nerki od zdrowego dawcy – wbrew prawu*³⁹. Funkcjonujące prawo nie uznawało organu za tkankę, których przeszczep był dopuszczalny (rozporządzenie Prokuratora Generalnego Polski z 1948 roku), niedopuszczalne było również pobranie narządu od osoby zdrowej. Tkanki można było pobierać od osoby uznanej za zmarłą na podstawie ustania pracy serca, mimo, że pojęcie śmierci mózgowej było znane.

W swoim tekście o przeszczepach narządów w Polsce Wojciech Rowiński wskazuje na czynnik, który musi zaistnieć aby przeszczepy były możliwe – to prężny rozwój transplantologii sprawia, że przeszczepy przestają być domeną pojedynczych ośrodków a stają się ważnym elementem leczenia w przypadku niewydolności narządów w ogóle⁴⁰. *Pojawiła się wizja urzeczywistnienia odwiecznych marzeń człowieka o nieśmiertelności*⁴¹ – kwituje Rowiński. Zagadnienia związane z transplantacją musiały zostać objęte ustawodawstwem właśnie przez wzgląd na ciągły rozwój.

W końcu lat 80. podjęto inicjatywę prawnego uregulowania pobierania i przeszczepu komórek, tkanek i narządów. Pierwsza ustawa weszła w życie w marcu 1996 roku (Dz. U. Z 1995r., nr.138, poz. 682 z późn. zm) natomiast 1 stycznia 2006 weszła w życie ustawa

38 E.M. Guzik-Makaruk, tamże, *Aneks: Kalendarium osiągnięć w dziedzinie transplantacji*, s. 414 – 417.

39 Tamże, s.319.

40 W. Rowiński, *Prawne i organizacyjne warunki przeszczepu narządów w Polsce*, [w:] *Handel ludźmi. Zapobieganie i ściganie*, red. Zbigniew Lasocik, Warszawa 2006, s. 317.

41 Tamże.

dostosowująca polskie prawo do przepisów Unii Europejskiej (Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411)⁴². Jak czytamy w art. 1 ust.1 *Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*:

*Ustawa określa zasady: 1) pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej; tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok; 2) testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich*⁴³. Jednocześnie ustawa nie dotyczy: 1) pobierania, przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części; 2) pobierania, przechowywania i dystrybucji krwi do celów jej przetaczania, oddzielenia jej składników lub przetworzenia w leki.

Art. 2 zawiera słownik pojęć użytych w ustawie. W artykule 3 ust.1 jest mowa o tym, że: *za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej lub korzyści osobistej*. Dalsza część artykułu poświęcona jest określaniu kosztów związanych z czynnościami transplantacyjnymi. Artykuły 4 – 11 opisują zagadnienia związane z dawstwem pośmiertnym. W artykule 5. określa się, że osoba może zostać dawcą, o ile nie wyraziła za życia sprzeciwu⁴⁴ (vide: Centralny Rejestr Sprzeciwów prowadzony przez Centrum Koordynacyjne Poltransplant), artykuł 9. za kryterium śmierci uznaje śmierć mózgową czyli trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdzone przez komisję składającą się z trzech lekarzy (co najmniej jednego specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii i jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii), którzy nie mogą być zaangażowane w sam przeszczep. Artykuł 9a dopuszcza pobór komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej po orzeczeniu nieodwracalnego zatrzymania krążenia, przy czym lekarz orzekający nie może brać udziału w postępowaniu transplantacyjnym.

Ustawa, poza kwestiami związanymi z dawstwem pośmiertnym, reguluje również zagadnienia związane z przeszczepem komórek, tkanek i narządów od osoby żywej (art. 12 – 19). Art. 12 określa jakie warunki musi spełniać żywy dawca. Przeszczep nerki lub fragmentu

42 Tamże, s. 320.

43 *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*: Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411 (tekst ujednolicony): dostępna na: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051691411> (data wejścia 17.12.2014). Fragmenty ustawy zamieszczam w aneksie na końcu pracy.

44 Osoba lub przedstawiciel ustawowy w przypadku osób małoletnich.

narządu od żywego dawcy jest możliwy wyłącznie, jeśli dawca jest krewnym w linii prostej (lub osobą przysposobioną przez dawcę, rodzeństwem, małżonkiem). Pobranie narządu, komórki lub tkanki od osoby niespokrewnionej wymaga zgody sądu rejonowego oraz opinii Komisji Etycznej przy Krajowej Radzie Transplantacyjnej. Jeśli chodzi o szpik lub inną regenerującą się tkankę, dawca może być osobą niespokrewnioną z biorcą. (art.13).

Art. 15 powołuje do życia Rejestr Żywych Dawców, art. 16 powołuje Rejestr Szpiku i Krwi Pępowinowej, a art. 16a, 16b określa działanie Ośrodków Dawców Szpiku, natomiast art. 16c określa zadania Ośrodków Kwalifikujących.

Artykuł 17 określa funkcjonowanie Krajowej Listy Oczekujących, artykuł 18 tworzy Rejestr Przeszczepień. Dopuszcza się przeszczep tkanek, narządów i organów pochodzących od zwierząt (art.20).

Art. 25 – 35 (w wyłączeniu art. uchylonych) dotyczą funkcjonowania banków tkanek i komórek.

Ustawa w art. 38 powołuje do życia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” odpowiedzialne za: Rejestr Dawców Żywych oraz Rejestr Szpiku i Krwi Pępowinowej, Rejestr Przeszczepień, Centralny Rejestr Sprzeciwów, Krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie, Rejestr szpiku i krwi pępowinowej.

Art. 39 tworzy Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, art. 41 Krajową Radę Transplantacyjną.

Na szczególną uwagę zasługują artykuły karne ustawy 43, 44, 45 oraz 46, 46a, 46b dotyczące odpowiedzialności karnej za czyny zabronione związane z dawstwem i biorstwem organów, tkanek i komórek. Wybranymi artykułami zajmę się w późniejszej analizie.

Centralny rejestr sprzeciwów (CRS)

CRS jest ogólnokrajowym istniejącym od 1996 roku rejestrem osób, które nie godzą się na użycie ich komórek, tkanek i narządów do transplantacji po własnej śmierci. Rejestr działa na podstawie *Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* (Dz. U. 1969. 1411) i *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze* (Dz.U.06.228.11350)⁴⁵.

⁴⁵ *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze* Dz.U.06.228.11350. Tekst

Przystępnych danych na temat ilości osób zarejestrowanych w CRS i ich specyfiki dostarcza Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"⁴⁶.

Na podstawie danych statystycznych zamieszczonych w Biuletynie z maja 2014 roku w rozdziale dotyczącym CRS autorstwa Piotra Malanowskiego⁴⁷ możemy odnotować, że ilość osób zarejestrowanych (pomiędzy rokiem 1996 a 2013) jest na poziomie od 260 osób w ciągu roku 2006 do 14540 osób zarejestrowanych w ciągu roku 1997. Ilość składanych sprzeciwów rośnie wraz z wiekiem (osoby powyżej 70 roku życia stanowią ponad 25% ogółu osób zgłaszających sprzeciw). Kobiety nieznacznie dominują w liczbie zarejestrowanych sprzeciwów (14150 sprzeciwów zgłoszonych przez kobiety do 12952 sprzeciwów zgłaszanych przez mężczyzn). Grupą najczęściej zgłaszającą sprzeciw są kobiety w wieku powyżej 70 lat (4204 sprzeciwów)⁴⁸. Ilość składanych oświadczeń o sprzeciwie jest zróżnicowana geograficznie. Najwięcej sprzeciwów zarejestrowano w województwach kujawsko-pomorskim i mazowieckim (kolejno 1058 i 1023 sprzeciwów na milion mieszkańców), najmniej w województwie świętokrzyskim (272 sprzeciwów na milion mieszkańców)⁴⁹. Ogółem od 1996 do 2013 roku wpłynęło 27276 oświadczeń o sprzeciwie⁵⁰. Średnio, jak podaje Malanowski, to 701 sprzeciwów na milion mieszkańców.

Jakie wnioski można wyciągnąć z danych statystycznych przedstawionych w Biuletynie Poltransplantu? Dane pokazują skalę zjawiska zgłaszania sprzeciwu wobec pośmiertnego wykorzystania komórek, tkanek i narządów, która wynosi ok 0,07% w skali populacji. Jest to wynik niezwykle mały. Zgłaszanie sprzeciwu jest więc zjawiskiem rzadkim – być może z braku wiedzy na temat istnienia tego typu rejestru lub po prostu dlatego, że zdecydowana większość osób godzi się na pośmiertne wykorzystanie własnego ciała dla ratowania życia innej osoby.

Poza Oświadczeniem o Sprzeciwie, osoba może również wypełnić Oświadczenie Woli, w którym zaznacza swoją zgodę na pośmiertne wykorzystanie komórek, tkanek i narządów. Po śmierci osoby lekarz jest zobowiązany upewnić się, że osoba nie jest zarejestrowana w CRS i

rozporządzenia dostępny na: http://www.poltransplant.org.pl/rozp_crs.html (data wejścia 17.12.2014)

46 Biuletyny dostępne na: <http://www.poltransplant.org.pl/biuletyny.html>

47 P. Malanowski, *Centralny Rejestr Sprzeciwów*, [w:] *Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"*, Warszawa 2014, s. 41 -44. (dostępne na: <http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2014/7.pdf>)

48 Vide: tamże, s. s. 42. (tabela nr. 2)

49 Vide, tamże, s. 43. (tabela nr. 3)

50 Vide: tamże, s. 41. (tabela nr. 1)

upewnić się czy osoba za życia, ustnie nie wyraziła sprzeciwu (potrzeba dwóch świadków).

Przeszczepy komórek, tkanek i narządów od martwego dawcy

Ustawa Transplantacyjna w kwestii pośmiertnego dawstwa komórek, tkanek i narządów kieruje się zasadą zgody domniemanej. Każda osoba, która nie wyraziła sprzeciwu może potencjalnie stać się dawcą. Jak mówi ustawa, tyczy się to również osób małoletnich, za które - co prawda - oświadczenie o sprzeciwie może zgłosić przedstawiciel ustawowy ale tylko za życia. Jedynym zaleceniem o jakim mówi ustawa jest to, że: *lekarz pobierający ze zwłok ludzkich komórki, tkanki lub narządy jest obowiązany zapewnić nadanie zwłokom należytego wyglądu* (artykuł 11).

Jak podaje GUS w raporcie *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r* w Polsce wykonuje się średnio od 400 do ponad 500 przeszczepów rocznie. Według danych na 2011 rok było 553 zmarłych dawców narządów, z czego najwięcej było nerek (1536) i kolejno wątroba (1088), serce (306). Znacznie mniej przeszczepia się trzustek (34) i płuc (22)⁵¹. W 2012 odnotowano 615 dawców, w 2013 - 593 osoby⁵².

Przeszczepy komórek, tkanek i narządów od żywego dawcy

Od żywego dawcy można uzyskać parzyste narządy, jak nerka czy fragmenty wątroby oraz regenerujące się tkanki, jak szpik. Centralny Rejestr Żywych Dawców podaje liczbę 897 żywych dawców od 1967 roku (616 to dawcy nerki a 240 to dawcy wątroby)⁵³.

W 2013 roku według danych Poltransplantu liczba żywych dawców nerki wynosiła 57, dawców fragmentów wątroby było 18⁵⁴.

Zgodnie z ustawą żywym dawcą może być osoba spokrewniona w prostej linii z biorcą ale również rodzeństwo, małżonkowie, osoba przysposobiona bądź osoba bliska. Jak widać nie tylko biologiczna bliskość decyduje o możliwości oddania swoich narządów. Ustawa

51 Raport Głównego Urzędu Statystycznego: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r*, kierujący P. Lysoń, Warszawa 2012, s. 148-149.

52 J. Czerwiński, K. Antoszkiewicz, *Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2013 r.* [w:] *Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"*, Warszawa 2014, s. 9.

53 D. Lewandowska, M. Hermanowicz i inni, *Rejestr Żywych Dawców*, [w:] *Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"*, Warszawa 2014, s. 46.

54 Dane dostępne na: http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2013.html (data wejścia 19.12.2014)

Transplantacyjna w artykule 13 dopuszcza tzw. przeszczepienia krzyżowe. Jak czytamy na stronie Poltransplantu: *Oznacza to, że potencjalni biorcy, którzy mają wśród swoich bliskich osoby, które chcą i mogą być dawcą nerki, ale z przyczyn immunologicznych (niezgodność grup krwi, przeciwciała anty HLA u biorcy) nie mogą być dawcą dla swojego bliskiego, mogą uczestniczyć w programie przeszczepień krzyżowych. Wówczas dawca taki może oddać nerkę biorcy z innej pary, w zamian za przeszczepienie nerki od dawcy żywego z tej pary, która jest w podobnej sytuacji*⁵⁵. Tak uprawomocniona wymiana dająca pewnego rodzaju gratyfikację za gotowość udostępnienia swoich tkanek jest widoczna również w innym miejscu ustawy – rozdział 5 określa zasady przyznawania tytułu "Dawcy Przeszczepu" oraz "Honorowego Dawcy Przeszczepu". Osoba, która udostępniła szpik lub inną regenerującą się tkankę, otrzymuje legitymację i odznakę. Przysługuje jej pierwszeństwo z korzystania z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Jeśli chodzi o dawce niespokrewnionego z biorcą, to zabieg wymaga decyzji sądu rejonowego oraz opinii Komisji Etycznej przy Krajowej Radzie Transplantacyjnej. Jeśli chodzi o dawców tkanek regenerujących się jak szpik to nie ma co do nich podobnych obostrzeń.

Rządzenie ciałami

Omówiliśmy już ramy prawne w jakich funkcjonuje transplantacja organów w Polsce. Transplantacja jest jednym z tych obszarów, które bardzo dosłownie mieszczą się spektrum myślenia o biopolityce. Transplantacja jest częścią systemu ochrony zdrowia, stanowi jednak jej krańcowy przypadek bo dotyczy dysponowania częściami ciała w sensie dosłownym.

Ustawa pozwala na refleksje z zakresu możliwości dysponowania własnym ciałem. Ciałem martwym rządzą inne zasady niż ciałem żywym. Narządy martwego ciała domyślnie (z przedstawionymi wcześniej wyjątkami) mogą zostać użyte do transplantacji ale także do celów: *diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych*⁵⁶. Żywe ciało musi spełnić warunki, dysponowanie nim jest obarczone obostrzeniami nie tylko jeśli chodzi o biologiczną zgodność z biorcą, ale również pokrewieństwo biologiczne, które musi zostać podparte decyzją sądu oraz opinią Komisji Etycznej przy Krajowej Radzie Transplantacyjnej. Ciało dawcy musi być ponadto w odpowiednim stanie zdrowia, musi zostać poddane określonej

⁵⁵ Cytat za: <http://www.poltransplant.org.pl/klo.html#Przeszczepienia> (data wejścia 18.12.2014)

⁵⁶ Art.4

ilości badań. Dawca nie może posiadać schorzeń poszczególnych układów organizmu (wymienionych w rozporządzeniu) a od momentu przebycia określonych chorób musi upłynąć ściśle wyznaczony czas (np. grypa – 2 tygodnie, toksoplazmoza – 6 miesięcy, bruceloza – 2 lata)⁵⁷.

W sytuacji nieograniczonej interwencjami logiki liberalnego sposobu zarządzania transplantacja narządów nie byłaby ograniczona niczym innym poza wolą ludzi, którzy również kierując się logiką tego typu urządzenia decydowaliby się na oddanie własnych narządów bądź zakup narządów im niezbędnych. Immanentną cechą liberalnego sposobu zarządzania w ujęciu Foucaulta jest jednak interwencjonizm na polu prawnym, bez niego system sam z siebie produkowałby zagrożenia i stany kryzysowe. Dochodzimy do centralnego jeśli chodzi o zagadnienia związane z transplantacją zagadnienia czyli wolności jednostki. Liberalizm w samej nazwie zakłada odniesienie do wolności, w ujęciu Foucaulta nie jest wolność jednak cechą daną. *Formułą liberalizmu* – mówi Foucault, *nie jest "bądź wolny". Liberalizm powiada jedynie: wytworzę cię jako wolnego*⁵⁸. Liberalizm potrzebuje wolnych jednostek i takimi je wytwarza, produkując jednocześnie ograniczenia, które owym wolnościom zagrażają. Bezpieczeństwo jest rewersem wolności, liberalne urządzenia musi chronić zarówno interes wspólny przed interesem jednostkowym, jak i interes jednostkowy przed zakusami interesu wspólnego⁵⁹. Ta gra w obrębie nowego sposobu zarządzania jest szczególnie widoczna przy okazji zagadnień związanych z transplantacją. Martwe ciało nie dysponuje wolnościami, natomiast interes wspólny pozwala na użycie jego elementów dla dobra innych jednostek. Począwszy od momentu śmierci (który, swoją drogą, jest ściśle określony w rozporządzeniu) ciało przestaje być, kontynuując metaforę gry – stawką, a staje się "przegranym". Żywa osoba dysponuje swoimi częściami składowymi na tyle na ile wymaga tego interes wspólny. Ciekawym z perspektywy naszych rozważań jest możliwość przeszczepów krzyżowych. Ta praktyka pozwala nam zobaczyć, jak w dziedzinę, która prawnie jest wyłączona z systemu ekonomicznego (vide: art. 3) wkradają się rynkowe, chociaż "bezetotówkowe" sposoby wymiany czy gratyfikacji. Żywy dawca ma możliwość wymiany swojego narządu na narząd pobrany od innego żywego dawcy, tak żeby biorcy w obu parach otrzymali adekwatny dla siebie narząd⁶⁰.

57 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie wymagań dla kandydata na dawcę komórek, tkanek lub narządu*: Dz.U. 2006 nr 79 poz. 556 dostępne na: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20060790556&min=1> (data wejścia: 19.02.2015).

58 M. Foucault, tamże, s. 87.

59 Tamże, s.89.

60 Podczas spotkania z prof. Zbigniewem Lasocikiem (spotkanie odbyło się 26.02.2015, Wydział Prawa UW,

Osoba, która decyduje się na oddanie szpiku jest dwójako "nagrodzona" – symbolicznie poprzez otrzymanie legitymacji i odznaki oraz faktycznie poprzez pierwszeństwo w korzystaniu z opieki ambulatoryjnej⁶¹. Nawet w tych poszczególnych fragmentach urządzania gdzie mechanizmy rynkowe są wyłączane przebija logika rynkowa.

O ile prawne wyłączenie korzyści finansowych zawarte w artykule 3 ust. 1 mówiące: *za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej lub korzyści osobistej*, to ten sam artykuł jednocześnie w ust. 2 określa, że: *zwrot kosztów pobrania, przechowywania, przetwarzania, sterylizacji, dystrybucji i przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów pobranych od dawcy nie jest zapłatą i nie stanowi korzyści majątkowej lub osobistej w rozumieniu ust. 1*. Ustawa w tym miejscu określa co jest a co nie jest korzyścią majątkową i osobistą oraz zapłatą i szczegółowo wyznacza obszary wpisane w koszty czynności związanych z transplantacją: koszty pobrania komórek, tkanek i narządów, dodatkowo koszty pobrania od dawcy martwego i dawcy żywego, koszty pobrania szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej. Najogólniej rzecz ujmując koszty są podzielone na te związane z transportem, badaniami, pobytem w szpitalu, kosztami osobowymi (wynagrodzenia), kosztami materiałowymi, kosztami przechowywania i przetwarzania pobranych fragmentów ciała. Dodatkowo wyróżnione są te podmioty, które pokrywają określone koszty. Są to, w zależności od kosztów: Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” albo Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wszystkie czynności związane z transplantacją mają określone, ściśle wyznaczone koszty (czemu przyjrzymy się w dalszej części wywodu), jedyny obszar wyłączony z przeliczenia na wymierne stawki pieniężne to sam koszt organu, za który przypomnijmy, nie można pobierać zapłaty ani żadnej innej korzyści osobistej czy majątkowej. Nie oznacza to, że czynności

organizator: Koło Naukowe Prawa Medycznego i Farmaceutycznego, wykład i dyskusja: „Sprzedam płuco - bez nałogów, zdrowa, zdecydowana” – czyli o handlu narządami w Polsce) uświadomił mi, że przeszczepy krzyżowe są możliwe dzięki takiej interpretacji fragmentu art. 12 (pobranie komórek, tkanek czy narządów od żywego dawcy jest możliwe na rzecz innych, niewymienionych w ustawie osób: *jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste*), która uznaje dawstwo na rzecz obcej osoby zasadnym w przypadku, kiedy względy osobiste czyli chęć ratowania bliskiego, zostaną przypieczętowane w wymianie. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że ten fragment art. 12 może być interpretowany niezwykle szeroko, co jest jego tak wadą jak i zaletą.

61 Szczegóły dotyczące odznaczeń Dawcy Szpiku i Zasłużonego Dawcy Szpiku wraz ze schematami odznak reguluje: *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2008 r. w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu”* (tekst jednolity) (Dz. U. 2008 nr 168 poz.1043). Tekst rozporządzenia dostępny na: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20081681043&min=1> (data wejścia 18.02.2015). Rozporządzenie zamieszczam w aneksie na końcu pracy.

związane z transplantacją nie poddają się przeliczeniu na stawki pieniężne, ale to, że pewne obszary wyłączone są „sztucznie” z całej logiki obowiązującego urzędowania.

O tym, z jaką dokładnością ustalane są ceny poszczególnych czynności transplantacyjnych, dowiadujemy się z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów*⁶². W załączniku numer 1 do powyższego rozporządzenia określa się koszty osobowe (wynagrodzenie osób zaangażowanych w czynność) za określone czynności. Tak za pobór tkanek i narządów koszty osobowe wahają się od 31,30 zł (*pobranie żebra, pobranie demaromem skóry o powierzchni 100cm²*) do 135,60 zł za pobranie zastawki serca, 169,90 zł za pobranie rogówki i 260,70 zł za *pobranie naczynia krwionośnego rozgałęzionego co najmniej 10 cm*. Dodatkowo tabela zawiera również koszty kosmetyki lub/i protezowania zwłok po pobraniu danego fragmentu ciała (przypomnijmy art. 12 Ustawy: *lekarz(...) jest obowiązany zapewnić nadanie zwłokom należytego wyglądu*) tutaj koszt wahają się od 31,30 zł do 52,10 zł.

Załącznik 2 rozporządzenia określa koszty pobrania narządów od martwego dawcy oraz czynności związane z: *pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy* oraz koszty przechowywania, przetwarzania, dystrybucji i sterylizacji. Koszty dzielą się na: *osobowe; materiałowe i badań kwalifikujących dawców narządów; pobrania narządów, podmiotu leczniczego dokonującego pobrania szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy; pobrania narządu lub narządów związane z czynnościami podmiotu leczniczego, który pobrał narząd lub narządy albo wysłał zespół lekarsko-pielęgniarski do ich pobrania* (dane prezentowane kolejno w tabelach od A do E). Nie będę kolejno referować wszystkich poszczególnych kosztów, wymienię jedynie te najciekawsze⁶³. Koszty opieki nad dawcą po orzeczeniu śmierci mózgu lub po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia i przed przeszczepem wynoszą 1199,45 zł a koszt osobowy całego procesu przeszczepu od osoby zmarłej wynosi 5006,40 zł. Koszt pobrania jednej nerki bądź nerek (łącznie z kosztami osobowymi) wynosi 7301 zł a koszt pobrania nerki/nerek i czterech innych narządów wynosi 10 638,60 zł⁶⁴. Koszty materiałowe i badań kwalifikacyjnych dawcy

62 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów* (Dz.U. 2010 nr 53 poz. 319) dostępne na: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20100530319&min=1> (data wejścia 20.02.2015). Rozporządzenie zamieszczam w aneksie pracy.

63 Załącznik 1 i 2 zamieszczam w aneksie na końcu pracy.

64 Być może również ze względu na stosunkowo niskie koszty pobrania wielu narządów naraz w porównaniu z

organu wynoszą łącznie 2294,60 zł w przypadku nerki i 3129,00 zł za pobór nerek i innego narządu.

Przy okazji lektury ustawy oraz rozporządzenia uwidaczniają się dwie siły splatające się ze sobą - interwencjonizm państwa kierowany interesem (populacja, zdrowie publiczne) a interes jednostek kierowany ich interesem (zdrowie własne). Siły te są ze sobą nierozdzielnie związane i przeplatają się – są nieustającą grą w obrębie każdej części liberalnego urzędowania. Pierwszym wnioskiem jaki płynie z analizy zagadnień transplantacyjnych przez pryzmat fcaultiańskiego ujęcia liberalizmu jako pewnych ram biopolityki jest to, że jest ona zarządzana i produkowana tak, że możemy odnaleźć w niej elementy logiki rynku. Ten para-ekonomiczny lub też będący substytutem ekonomicznej logiki rozum urządzający pozwala nam zobaczyć jak "rynkowość" wkrada się w obszary mające pozostać poza jej obrębem. Nie ma obszarów wolnych od procesów rynkowych, co za tym idzie – nie ma rzeczy nieprzeliczalnych na jednostki monetarne, są jedynie takie naznaczone pewną ograniczającą interwencją. Nie jest tak, że zagadnień związanych z ciałem ludzkim nie da się oddać w przeliczalnych miarach, jest natomiast tak, że z pewnych względów urządzenie ogranicza, czy też zawiesza swoją logikę w sytuacjach, które potencjalnie mogłyby produkować zagrożenia. Wolność do dysponowania własnym ciałem jest ograniczona kierując się logiką zysków i strat.

Orzekanie o śmierci – nieodwracalne zatrzymanie krążenia i nieodwracalne ustanie czynności mózgu

Ustawa transplantacyjna dopuszcza pobranie tkanek, narządów i komórek w przypadku ustania czynności mózgu (art.9) lub w przypadku zatrzymania krążenia (art.9a). W obu przypadkach kryteria i sposoby stwierdzania śmierci ogłaszane są przez Ministra Zdrowia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie ustaleń dokonanych przez specjalistów w danej dziedzinie medycznej z uwzględnieniem obowiązującej wiedzy medycznej. Przyjrzymy się teraz obowiązującym obwieszczeniom.

*Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia*⁶⁵ określa moment ustania krążenia: czas

pobranie nerki kandydaci na przeszczep nerki i jednoczesowego pobrania innego narządu są traktowani priorytetowo.

⁶⁵ *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia*, M.P. 2010 nr 59 poz. 784 (dostępne na:

jaki dana osoba może być resuscytowana przed orzeczeniem o ustaniu krążenia, czas po ustaniu resuscytacji przez jaki należy osobę obserwować, jakie symptomy świadczą o ustaniu pracy serca (np. reakcja źrenic na światło, reakcja na ból, czynności oddechowe). Obwieszczenie zawiera szczegółowe wytyczne dotyczące zarówno stwierdzenia ustania krążenia jak i czynności jakie należy wykonać przed owym stwierdzeniem. Ściśle określa się czas przez jaki osoba może być resuscytowana (20 minut dla osoby dorosłej, 45 minut dla dziecka do 2 lat), po przekroczeniu określonego czasu należy odczekać kolejne 5 minut upewniając się, że nie wystąpiły symptomy pracy serca oraz żadne inne ze wskazanych wytycznych (vide: II.1-5). Czas resuscytacji może być zwiększony celem przygotowania do procesu transplantacji (vide: III.2). Stwierdzenie nieodwracalnego zatrzymania krążenia musi zostać potwierdzone opinią dwóch lekarzy określonej specjalizacji (lub jednego lekarza o ile lekarz stwierdzający zatrzymanie krążenia posiada określoną specjalizację)(vide:IV). Zapis podjętych czynności musi zostać udokumentowany w *Protokole rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia*, którego wzór zamieszczam w aneksie na końcu pracy⁶⁶.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu⁶⁷ na samym wstępie określa śmierć jako zjawisko niejednorodne, następujące w określonym czasie dla określonych części składowych organizmu. Na uwagę zasługuję w szczególności paragraf:

Wieloletnia praktyka medyczna jednoznacznie wykazała, że w wybranych przypadkach odstąpienie od koncepcji śmierci człowieka jako całości na rzecz śmierci mózgu człowieka jako całości jest uzasadnione z naukowego i p r a k t y c z n e g o (podkreślenie E.R.) punktu widzenia. W świetle postępu w medycynie i dynamicznego rozwoju intensywnej terapii takie stanowisko okazuje się być ze wszech miar potrzebne i słuszne. Pomimo ogromnych możliwości ratowania ludzkiego zdrowia i życia, jakie aktualnie posiada nowoczesna medycyna, istnieją granice ich stosowania. Jedną z nich jest śmierć mózgu⁶⁸.

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20100590784&min=1> (data wejścia 2.02.2015).

Obwieszczenie zamieszczam w aneksie na końcu pracy.

66 Vide: Aneks nr.1

67 *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu* M.P. 2007 nr 46 poz. 547 (dostępne na:

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20070460547&min=1>) (data wejścia 6.02.2015).

Obwieszczenie zamieszczam w aneksie na końcu pracy.

68 Tamże, *I Założenia ogólne*.

Śmierć mózgu a konkretnie pnia mózgu⁶⁹, jest uznawana za śmierć człowieka z jednej strony dlatego, że współczesna medycyna ma nieprzekraczalne granice z drugiej takie orzekanie o śmierci jest zasadne z naukowego i praktycznego punktu widzenia a także *potrzebne i słuszne*. Wymiar praktyczny nie jest dookreślony w żadnym miejscu obwieszczenia, możemy domniemywać, że chodzi również o aspekt transplantacyjny. W punkcie III dokumentu dotyczącym wskazówek i uwag dla komisji stwierdzającej śmierć mózgu w jednym z podpunktów określa się, że: *badany jest zmarłym, od chwili stwierdzenia śmierci mózgu przez komisję, a więc nie wtedy, kiedy odłączono respirator i czynność serca uległa zatrzymaniu*⁷⁰, po orzeczeniu o śmierci lekarze są zwolnieni z obowiązku terapeutycznego.

Jeśli chodzi o rozpoznanie śmierci mózgu – proces ma dwa etapy: pierwszy polega na wysnuciu podejrzeń i zawiera określone wykluczenia (np. chory nie jest pod wpływem środków farmakologicznych, chory nie jest w stanie hipotermii) i stwierdzenia (np. chory jest w śpiączce, chory jest sztucznie wentylowany), drugi etap obejmuje wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu (w tym badania kliniczne i instrumentalne badania potwierdzające). Etap drugi obejmuje szczegółowy zapis jakie badania należy wykonać oraz w jaki sposób powinny zostać przeprowadzone. Określa się ilość powtórzeń i czas (np. *dotknąć rogówki 3-krotnie w około 5-sekundowych odstępach jałowym wacikiem*⁷¹), określoną ilość i temperaturę elementów używanych do badania (np. *skierować strumień z 20 ml zimnej wody (temp. 3–10 °C) na błonę bębenkową*⁷²). Określona ilość czasu jest przewidziana na obserwacje przed rozpoczęciem orzekania o śmierci mózgu, dodatkowo zróżnicowana pod względem wieku osoby i rodzaju uszkodzenia mózgu (pierwotne, wtórne).

Analiza obwieszczeń pozwala wysnuć pewne wnioski – orzekanie o śmierci jest podporządkowane wiedzy medycznej i dokładnie dookreślone pod kątem: objawów, wykluczeń, czasu przeznaczanego na obserwacje i badania, wieku osoby. Orzekanie o śmierci ma określone procedury wyrażone w zapisach obwieszczeń, jest procesem przez który przechodzą zarówno lekarze jak i pacjent i z którego należy się rozliczyć (vide: Protokoły

69 Vide: Tamże. *W większości przypadków klinicznych obrzęk mózgu wynikający z jego uszkodzenia narasta od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. W takich sytuacjach czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu.*

70 Tamże, III Wskazówki i uwagi dla komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu.

71 Tamże, podpunkt b badania odruchu rogówkowego

72 Tamże, podpunkt b próby kalorycznej

rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia i nieodwracalnego ustania czynności mózgu).

W klasycznej pozycji Philippe'a Aries'a *Człowiek i śmierć* autor zwraca uwagę na przesunięcie czy wręcz odwrócenie zasad rządzących śmiercią, umieraniem i żałobą jakie dokonało się w XX wieku. W rozdziale dwunastym zatytułowanym *Śmierć na opak* wskazuje na obszary, które uległy zmianie. Śmierć przestaje być zjawiskiem zespolonym ze światem społecznym dziejącym się w przestrzeni publicznej a przenosi się w obręb zakładów – do lamusa odchodzi śmierć domowa w otoczeniu rodziny czy intensywne przeżywanie żałoby po zmarłym. Medykalizacja śmierci wiąże się z zaobserwowanym przez Aries'a kłamstwem, jakim karmiona jest umierająca osoba na temat własnego stanu, osoba w szpitalu nie do końca wie i nie do końca chce wiedzieć jaki jest jej rzeczywisty stan. Przeniesienie śmierci w obręb szpitala upowszechnione w latach 50 XX wieku stało się standardową procedurą wspieraną tak przez rodzinę chorego, jak i ze względu na postęp medycyny, która wspiera się na specjalistycznym sprzęcie⁷³. *Czas śmierci wydłużył się i podzielił na mniejsze odcinki*⁷⁴ – pisze Aries, a sam moment śmierci jest w dużej mierze zależny od lekarzy i podzielony na różne obszary ciała ludzkiego.

Śmierć w przypadku rozważań o transplantacji nabiera jeszcze innego wymiaru. Nie jest już tylko pewnym biologicznym faktem stanowiącym kres ludzkiej egzystencji a biologicznym faktem podlegającym zarządzaniu. Zarządzanie to nie dotyczy wyłącznie samego momentu śmierci oraz wszystkich czynności jakie należy wykonać przed jej stwierdzeniem ale także zarządzaniem nad organizmem, który potencjalnie może zostać wykorzystany na rzecz innej osoby. Umierający/zmarły funkcjonuje w obszarze pomiędzy życiem a śmiercią, nie jest ani osobą (po orzeczeniu o śmierci przestaje być traktowany jak pacjent) ani zmarłym, bo jego ciało wciąż funkcjonuje. Jak powiedział Lasocik – człowiek staje się *magazynem części wymiennych*⁷⁵.

Giorgio Agamben swoje rozważania w książce *Homo sacer. Suwerenna władza i nagie życie* rozpoczyna od nakreślenia różnic pomiędzy dwoma greckimi pojęciami oznaczającymi

73 P. Aries, *Człowiek i śmierć*, Warszawa 2011 s. 557-597.

74 Tamże, s. 582.

75 Zgibniew Lasocik użył takiego sformułowania podczas wykładu i dyskusji: *"Sprzedam płuco - bez nalogów, zdrowa, zdecydowana"* – czyli o handlu narządami w Polsce (26.02.2015, Wydział Prawa UW, organizator: Koło Naukowe Prawa Medycznego i Farmaceutyczne)

życie. *Dzoē* oznaczała samą cechę życia wspólną wszystkim ożywionym istotom, *bios* wskazuje natomiast: formę lub sposób życia właściwe jednostce lub grupie⁷⁶. *Dzoē* jest życiem naturalnym podczas gdy *bios* życiem posiadającym pewną jakość, pewnym sposobem życia, życiem włączonym w sferę społeczną. *Dzoē* tak się ma do *biosu* jak głos do języka, podczas gdy pierwsze przynależy życiu jako takiemu, drugie jest jakością przynależną człowiekowi egzystującemu w otoczeniu społecznym⁷⁷. Pytaniem podstawowym jest to o istnienie *dzoē* w kontekście biopolityki. Trudność jakiej następcza przyporządkowanie osoby umierającej/zmarłej do jednej z kategorii życia, przywołanej przez Agambena, jest ogromna. Osoba, w przypadku której orzeczono śmierć, a jej funkcje życiowe są sztucznie podtrzymywane, nie może zaliczać się do istot żywych w pełnym tego słowa znaczeniu, jednocześnie będąc jej najbardziej ekstremalnym przykładem, z drugiej strony zewnętrznie, bez własnej woli i wiedzy jest kontrolowana przez inne jednostki, mechanizmy czy procesy co wplata ją w sferę społeczną, na którą nie ma i nie może mieć wpływu. Agamben przywołuje figurę *homo sacer* z archaicznego prawa rzymskiego oznaczającą osobę, którą można bezkarnie zabić i jednocześnie nie można jej złożyć w ofierze. Osobę, która jest włączona do świata społecznego jedynie poprzez wyłączenie, czyli możliwość zadania jej śmierci przez każdego. To w figurze *homo sacer – nagiego życia* Agamben widzi pierwotny element polityki, nakreśla podobieństwa między nim a suwerenem sytuującym się jednocześnie: *poza obrębem porządku prawnego i w jego granicach*⁷⁸. *Homo sacer* wyłączony z porządku prawa karnego i prawa ofiarnego: *przedstawia pierwotną formę życia pochwyconą w suwerenne wyrzucenie i przechowuje pamięć o pierwotnym wyłączeniu, poprzez które ukonstytuował się wymiar polityczny*⁷⁹.

W przypadku osoby umierającej/zmarłej mamy do czynienia z nagim życiem, osobą, którą można bezkarnie zabić, bo jest wyłączona ze świata społecznego – przypomnijmy raz jeszcze: osoba, wobec której orzeczono śmierć mózgu jest zmarłym od chwili tego orzeczenia, a lekarze są zwolnieni z obowiązku terapeutycznego wobec niej. W przywoływanej przez Agambena sprawie sądowej chirurg Norman Shumway powiedział, że uznaje śmierć mózgu za ostateczne kryterium śmierci, gdyż mózg jest jedynym organem, którego nie można przeszczepić, podobną argumentację wskazującą na *nieprzekraczalne*

76 G. Agamben, *Homo sacer. Suwerenna władza i nagie życie*, Warszawa 2008, s. 9.

77 Tamże, s. 18-19.

78 Tamże, s. 27.

79 Tamże, s. 115.

granice medycyny widzimy w treści *Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*. Agamben kwituje: *śmierć staje się epifenomenem technologii przeszczepów*⁸⁰ podkreślając dalej nieadekwatność pytania o śmierć i życie, które nie jest już pytaniem natury biologicznej ale ściśle politycznej. W miejscu orzekania o śmierci uwytadnia się w całej krasie związek łączący politykę z medycyną (i innymi dziedzinami dodałby Foucault). Gaylin nazywa osoby, które prawnie są martwe mając jednocześnie pewne cechy osób żywych terminem *neomorts*, inni używają terminu *faux vivants* (fałszywie/sztucznie żyjący)⁸¹. Oba terminy wskazują na zawieszony pomiędzy życiem i śmiercią charakter osób uznanych za zmarłe mimo posiadania cech życia - osoba trochę martwa i trochę żywa plasuje się na pograniczu obu tych sfer i jest ekstremalnym przykładem nagiego życia. Jej status jest zależny od urzędowania, które podpierając się na aktualnej wiedzy orzeka o momencie śmierci, który jest podporządkowany logice biopolitycznego urzędowania, a więc logice *interesu* rozumianego jako zespolenie zasad rynku i władzy publicznej o charakterze użytecznościowym. Orzekanie o śmierci jest pochodną *interesu* urzędowania – *neomorts* czy *faux vivants* tak długo pozostają w stanie zawieszenia, jak długo są przydatni - do momentu gdy inni uzyskają niezbędne fragmenty ciała od nich pobrane. To wyłączenie polegające na możliwości zadania bezkarnej śmierci (nie można wszak zabić osoby, która wedle prawa jest martwa) i włączenie tym samym bardzo sprawnie uwypukla *nagie życie* jako obszar zainteresowania biopolityki.

*Nagie życie: nie jest ani politycznym bios, ani naturalną dzoē, ale strefą nierozróżnialności, w której te zawierając się w sobie i wykluczając nawzajem, wzajemnie się konstytuują*⁸². W przypadku *neomorts* paradoksalnie nie ma żadnego *dzoē* bo to co przynależne życiu naturalnemu jest zależne od urzędowania, podlega kształtowaniu, korekcji, dalszej obróbce. *Dzoē* dezaktualizuje się wraz z przesunięciem politycznego urzędowania w stronę biopolityki.

Życie, które nie zasługuje na życie a Krajowa Lista Oczekujących

Urządzenie biopolityczne przez orzekanie o śmierci dysponuje jeszcze jedną właściwością – mianowicie ustanawiania życia dopuszczalne i *życia, które nie zasługuje na życie*⁸³. W przypadku rozważań nad transplantacją organów nie mamy oczywiście do

80 Tamże, s. 224.

81 Tamże, s. 225.

82 Tamże, s.125.

83 Termin za G. Agamben, tamże, s. 186 – 195.

czynienia z wielkimi planami eugenicznymi na podobieństwo rozwiązań wprowadzonych przez nazistowskie Niemcy. Granica między życiem wartym życia a tym, które na nie nie zasługuje jest nieoczywista, nieostra i podporządkowana zgoła innym zasadom. Nie chodzi o życie którego pozbawia się życia, a życie któremu przysługuje pierwszeństwo ratowania. *Nie ma życia ani śmierci bez odniesienia do pewnych ram*⁸⁴ – twierdzi Judith Butler. Ramami tymi, odnoszącymi się ściśle do normy ukształtowanej na bazie nowoczesnej nauki, czy to medycyny czy statystyki są zasady na mocy których dana osoba jest kwalifikowana do przeszczepu. Przyjrzymy się *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie*⁸⁵. W § 7 podpunkt 3 określone są zasady wyboru biorcy z listy (Krajowa Lista Oczekujących) w oparciu o następujące kryteria medyczne: pilność przeszczepu, wykluczenie albo dopuszczenie niezgodności immunologicznej (dawca-biorca), dobór anatomiczny (dawca-biorca), wiek dawcy i biorcy, przewidywane efekty przeszczepienia, czas oczekiwania na przeszczepienie, aktualny stan zdrowia potencjalnego biorcy. Te miejscami enigmatyczne zalecenia porządkuje i dookreśla opublikowane na stronie Poltransplantu *Zasady alokacji nerek z dnia 1.12.2014 r.*⁸⁶. Na potrzeby wywodu zajmę się wyłącznie zasadami alokacji nerek pomijając inne zasady dotyczące poszczególnych komórek, tkanek i narządów.

Jak czytamy w punkcie 3 – zasady wyboru biorcy są podporządkowane punktacji zawartej w tabeli numer 1, im więcej punktów tym wcześniej osoba otrzyma nerkę. Do tabeli wrócimy później. Punkt 3 wskazuje również grupy, które mają pierwszeństwo w dostępie do przeszczepu, niezależnie od liczby przyznanych im punktów. Są to:

1. *biorcy zgłoszeni w trybie pilnym (brak możliwości dializowania);*
2. *biorcy wysoko immunizowani (PRA \geq 80%)⁸⁷;*
3. *biorcy z brakiem niezgodności w układzie HLA⁸⁸ z dawcą;*
4. *biorcy pediatryczni nerek pobranych od dawcy, który nie ukończył 16 roku życia;*
5. *biorca w wieku > 60 lat od dawcy w wieku > 65 lat;*

84 J. Butler, *Ramy wojny. Kiedy życie godne jest oplakiwania?*, Warszawa 2011, s. 49.

85 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie*, Dz.U. 2009 nr 213 poz. 1655., tekst dostępny na: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20092131655&min=1> (data wejścia 10.02.2015). Rozporządzenie zamieszczam w aneksie na końcu pracy.

86 Zasady alokacji nerek, tekst dostępny na: <http://www.poltransplant.org.pl/alokacja2.html> (data wejścia: 18.02.2015)

87 Podwyższone ryzyko immunologiczne.

88 Układ zgodności tkankowej.

6. biorca przeszczepu nerki i jednoczasowego przeszczepu innego narządu⁸⁹

Kryteria pierwszeństwa dzielą się na dwa obszary – te związane ze stanem zdrowia i praktycznymi medycznymi wskazaniem co do przeszczepu (punkty 1,2,3,6) oraz związane z wiekiem biorców i dawców (punkty 4,5). Jeśli chodzi o wiek – pierwszeństwo mają dzieci, oraz biorcy w wieku +60 lat i dawcy w wieku +65 lat. Premiowane są więc osoby młode oraz osoby, które z racji wieku (czy to dawcy czy biorcy) są statystycznie narażone na szybszą śmierć.

Nadmieniona tabela numer 1 zawiera obszary, za które przysługuje określona liczba punktów. Poza zagadnieniami pojawiającymi się wcześniej, jak: brak niezgodnych HLA, immunizowanie (PRA 50-79%) są jeszcze inne punktowane obszary. Za rejon przysługuje 10 punktów – znaczy to tyle, że preferowani są biorcy w obszarze, z którego pochodzi dawca. Kolejne podpunkty związane są ze stanem zdrowia biorcy – dodatkowe punkty uzyskuje się w przypadku cukrzycowej choroby nerek (3), niewydolności pozostałej nerki (15), wcześniejszego bycia biorcą innego narządu (15) czy odrzucenia przeszczepu nerki od żywego dawcy w przeciągu miesiąca od transplantacji (10). Jeśli chodzi o wiek to 2 punkty uzyskują osoby poniżej 12 roku życia oraz te powyżej 60 roku życia, a jeśli dawca jest osobą poniżej 35 roku życia otrzymuje się 4 punkty. Ciekawym elementem tabeli jest punktacja za lata dializowania – im więcej lat tym więcej otrzymuje się punktów (od 1 do 10) oraz punkty za czas oczekiwania na Krajowej Liście Oczekujących (1 punkt za 3 lata, plus następny punkt za każdy kolejny rok).

Obszary punktowane zostały pomyślane tak, by był zapewniony: *sprawiedliwy dostęp biorców do pozyskiwanych narządów z jednoczesnym spełnieniem warunku jak najlepszego doboru dawca-biorca i uwzględnieniem czynników mogących wpływać na wczesną czynność przeszczepu oraz odległy wynik przeszczepienia nerki*⁹⁰. Logiką rządzącą Krajową Listą Oczekujących jest zasada użyteczności i efektywności. Hierarchia oczekiwania jest ułożona tak by zapewnić: 1) jak największą skuteczność przeszczepów, co za tym idzie ratować te życia, które mają największy potencjał by powrócić do zdrowia; 2) osoby, których życie jest bezpośrednio zagrożone; 3) osoby małoletnie, które statystycznie mają przed sobą wiele lat życia oraz osoby starsze, które z tych samych względów statystycznych narażone są na stosunkowo bliską śmierć.

⁸⁹ Tamże.

⁹⁰ Tamże.

Urządzenie nakierowane na populację, biopolityka współczesnych demokracji liberalnych nie wskazuje na jednostki czy grupy, których *życie nie zasługuje na życie* jak w przypadku reżimów totalitarnych, linia podziału przebiega zupełnie gdzie indziej i nie ma charakteru rasowego. Linia ta dzieli populację na tych, którzy mają większe szanse na pełnowartościowe (czytaj: kierujące się logiką *homo oeconomicusa*) życie po przeszczepie oraz tych, którzy mają mniejsze szanse. Ratuje się osoby w takiej kolejności, która statystycznie zapewnia jak największą efektywność – w im gorszym stanie fizycznym jest osoba, tym szybciej otrzyma niezbędny jej narząd. Najdłużej, jak wynika z tabeli, będzie musiała czekać osoba dopiero rozpoczynająca dializy, będąca w stosunkowo dobrym stanie zdrowia i w określonym wieku (powyżej 12 i poniżej 60 lat). Urządzenie nakierowane na populację dąży do utrzymania w zdrowiu możliwie jak największej ilości osób, możliwie jak najniższym kosztem i w sposób przynoszący największą efektywność. Nie chodzi o to, by zlikwidować biologiczny fakt umierania ludzi ani nie dopuścić do możliwości śmierci w wyniku braku niezbędnego do przeszczepu organu, ale by utrzymać poziom śmiertelności na takim poziomie, który będzie akceptowalny.

W pierwszym wykładzie z tomu *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja* Foucault mówi o biowładzy określając ją: *zespołem istotnych (...) zjawisk i mechanizmów prowadzących do tego, że pewne zasadnicze cechy biologicznego gatunku ludzkiego mogły zostać włączone w obszar polityki, stając się przedmiotem pewnych politycznych strategii, pewnej ogólnej strategii władzy*⁹¹. W tej perspektywie biowładza czy też biopolityka nie jest zjawiskiem nowym i charakterystycznym dla nowoczesności a jedynie pewnym gradacyjnie narastającym momentem, który odszukać możemy już znacznie wcześniej, jednak dopiero w pewnym momencie historycznym intensyfikuje się. Nie mamy do czynienia z następującymi po sobie historycznymi elementami: epoką prawa (wyrażającą się w mechanizmach prawno-jurydycznych gdzie za określony czyn przypada określona kara), epoką dyscypliny (która opiera się poza orzekaniem o winie i karze na mnogości innych technik: policyjnych, medycznych, nadzorujących, wywierających wpływ na skazanego) i epoką bezpieczeństwa (która wpisuje czyn w kontekst prawdopodobieństwa, rachunku zysku i strat a miast orzekać o przewinieniu ustanawia pewną dopuszczalną średnią)⁹². Te trzy elementy obecne są w rozmaitych badanych przez Foucaulta praktykach w różnym natężeniu, kombinacji i

91 M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, Warszawa 2010, s. 23.

92 Tamże, s.31.

konfiguracji, różni je dominanta. Dla władzy biopolitycznej dominantą jest zagadnienie bezpieczeństwa. Zarysowując obszary wchodzące w skład urządzania bezpieczeństwa Foucault wymienia: 1) zagadnienia przestrzeni; 2) stosunku do przypadkowości; 3) formę normalizacji; 4) związek z populacją⁹³. Skoncentruję się, rzecz jasna, wyłącznie na tych elementach, które bezpośrednio dotyczą omawianego przeze mnie zagadnienia, inne marginalizując czyniąc przy tym uszczerbek na ciągłości wywodów Michela Foucaulta ale jednocześnie nie oddalając się zbytnio i nie komplikując obszaru, którego analiza stanowi cel pracy.

Przestrzeń rozważana przez Foucaulta na przykładzie architektury miast urządzanych pod kątem możliwych zdarzeń, *serii, którym trzeba będzie nadać pewien kształt, uwzględniając złożone i zmienne warunki*⁹⁴. Centralnym, jeśli chodzi o przestrzeń, jest stworzenie możliwości swobodnej cyrkulacji – ludzi, towarów, powietrza, tak by wytworzyć środowisko życia bezpieczne dla populacji. Warto zwrócić uwagę na wymiar higieniczny, miasto musi być tak zaprojektowane, by ograniczać możliwość rozprzestrzeniania chorób. Urządzenie bezpieczeństwa różni się tak od dyscyplinarnego, które miasto czyni odzwierciedleniem hierarchii jak i władzy suwerennej, która koncentruje się na ośrodku centralnym – siedzibie rządu.

Stosunek do przypadkowości Foucault omawia na przykładzie niedoboru żywności a, konkretnie zboża. Zmiana charakterystyczna dla urządzania bezpieczeństwa łączy się z nową koncepcją ekonomiczną mianowicie fizjokratyzmem i jego podejściem do zjawisk o charakterze naturalnym. Puszczanie wolno (lesferyzm) zjawisk, uznanie ich neutralnego charakteru, próba regulacji zjawisk nie poprzez zakaz (władza suwerenna) czy nakaz (władza dyscyplinarna) a poprzez regulacje tylko i wyłącznie, *tego co rzeczywiste*⁹⁵ oddaje charakter urządzania bezpieczeństwa i w gruncie rzeczy tożsamy jest z liberalizmem. Należy sprawić by: *rzeczywistość rozwijała się i podążała swoim kursem, posłuszna swym własnym prawom, zasadom i mechanizmom*⁹⁶.

Normalizacja o odmiennym charakterze niż ta związana z dyscypliną – miast wychodzić od normy i wokół niej budować mechanizmy dyscypliny, wychodzi od ustalenia tego co normalne i nienormalne by *śledzić różne krzywe normalności*⁹⁷, nie dąży się do zlikwidowania nienormalności a do dostosowania jej do poziomu akceptowalności. Stąd

93 Tamże, s. 35.

94 Tamże, s. 45.

95 Tamże, s. 69.

96 Tamże, s. 70.

97 Tamże, s. 82.

Focault proponuje termin *normalizacja* zamiast terminu *normowanie*⁹⁸.

Zupełnie centralnym zagadnieniem dla myślenia o biopolityce jest populacja - ostateczny cel nowego rządu. *Poprawa bytu populacji, wzrost jej bogactwa i długości życia, poprawa zdrowia*⁹⁹ - to cele jakim służy rządzenie. Wyłonienie się populacji jako czegoś zgoła odmiennego od zbiorowości poddanej woli suwerena wiąże się z rozwojem ekonomii politycznej, statystyki, rachunku prawdopodobieństwa i zarządzaniem ryzykiem oraz przypadkiem. Populacja to taki zbiór elementów, w przypadku którego następują pewne regularności nawet jeśli chodzi o procesy przypadkowe i które są wyrażalne i badalne poprzez statystykę. Wreszcie populacja jako pewna dana naturalna, podlegająca naturalnym procesom ulega różnorodnym wpływom, które działają o tyle o ile nie są sprzeczne z logiką owych procesów a ich wprowadzanie będzie podparte analizami, badaniami, wyliczeniami.

Jak ma się do tego zagadnienie transplantacji? Krajowa Lista Oczekujących jest takim wytworem urzędnika, które zarządza populacją wspierając się na danych, przewidywaniach, statystyce, tak by osiągnąć jak największą efektywność. Norma produkowana na bazie danych gromadzonych przez Poltransplant daje podstawy dla działania lub zmian w działaniu czy ich zaniechania by cel został osiągnięty w jak największym stopniu. Jednocześnie normowanie nie dąży do zlikwidowania umieralności osób oczekujących na przeszczep (według danych na lata 2008 – 2012 umieralność na KLO waha się pomiędzy 41 a 64 zmarłych rocznie¹⁰⁰). Określane są pewne *krzywe normalności*, które służą do zarządzania i przewidywania potencjalnymi zdarzeniami. Te średnie statystyczne pozwalają na przeprowadzanie zmian, ustalanie priorytetowych biorców przeszczepów, określania średniego czasu oczekiwania (w 2012 roku średni czas od zarejestrowania w KLO do przeszczepu wynosił 10 miesięcy, średni czas dializowania przed przeszczepem nerki wyniósł 2 lata i 6 miesięcy¹⁰¹). Logika biopolitycznego urzędowania opiera się na statystyce, która nie tylko dostarcza przeliczalnych danych ale umożliwia cały szereg porównań, podwalin pod interwencję, zmiany, korekty kursu działań. Uwypukla się tu zwrotny charakter urzędowania, które produkuje dane by następnie się do nich odnosić i na podstawie nich dzielić populację na typy podlegające różnorodnym działaniom. Pojedynczy człowiek nie jest dla biopolityki jednostką oddziaływania, jest nią populacja.

98 Tamże.

99 Tamże, s. 123.

100 D. Lewandowska, M. Hermanowicz i inne, *Krajowa lista oczekujących na przeszczepienie* [w:] Biuletyn informacyjny Poltransplant, Warszawa 2013. Dostępne na:

http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2013/Biuletyn_2013.pdf (data wejścia 21.02.2015)

101 Tamże, Tabela 11.

Natomiast począwszy od chwili gdy populacja sytuuje się nie tyle naprzeciw władzy suwerennej, ile naprzeciw rządu, człowiek staje się jak sądzę, tym w stosunku do populacji, czym poddany był w stosunku do suwerena¹⁰² - twierdzi Foucault.

Na podstawie analizy tylko małego elementu urządzania możemy twierdzić, że Foucault nie mylił się - nadrzędny charakter populacji nad jednostką uwidacznia się w logice biopolityki i stanowi jej cechę charakterystyczną.

Statystyka totalna

Kontynuując rozważania z poprzedniego rozdziału chcę przyjrzeć się poszczególnym obszarom objętym statystyką, związanym z zagadnieniami transplantacji. Instytucją powołaną na mocy art. 38 ust. 3 Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r. znowelizowanej w 2009 r., jest Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”. Do zadań Poltransplantu¹⁰³ z interesującego mnie zakresu należy prowadzenie poniższych rejestrów:

Centralny Rejestr Żywych Dawców Narządów

Centralny Rejestr Sprzeciwów na Pobranie Komórek, Tkanek i Narządów ze Zwłok Ludzkich

Centralny Rejestr Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

Krajowy Rejestr Przeszczepień

Krajową Listę Osób Oczekujących na Przeszczepienie

Corocznie wydawany Biuletyn Poltransplantu przekazuje dane na temat funkcjonowania poszczególnych rejestrów czy zmian prawnych w obrębie dziedziny transplantacyjnej. Dane statystyczne wytwarzane przez Poltransplant w swojej totalności obejmują niezwykle szeroki zakres zagadnień związanych z transplantologią. Tworzą nie tylko pewien obszar mierzalnej i przeliczalnej wiedzy ale także umożliwiają porównania, na ich podstawie można konfrontować rzeczywistość ze stanem przeszłym oraz przewidywać stan przyszły.

102 M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, Warszawa 2010, s.101.

103 Zwięźle o wszystkich obszarach działalności Poltransplantu informuje strona internetowa – vide: <http://www.poltransplant.org.pl/poltransplant.html> (data wejścia 21.02.2015)

Populacja w sensie pozytywnym, nie jako antonim wyludnienia, procesu zaludnienia niezbędnego po jakimś kryzysie¹⁰⁴, pojawia się w okolicach XVIII wieku. Przestaje być miarą potęgi suwerena, nie jest również jedynie siłą wytwórczą, a pewnym w mniejszym lub większym stopniu kontrolowalnym zespołem procesów¹⁰⁵ – i to takim zespołem, który cechuje się pewnym stopniem nieprzejrzystości.

Odpowiedzią na tę nieprzejrzystość jest statystyka totalna, rozproszona we wszystkich obszarach urządzania, będąca jednocześnie jedną z jego form. O ile mechanizmy dyscyplinarne chciały objąć pojedyncze ciało swoim panoptycznym spojrzeniem, to dla urządzania biopolitycznego statystyka pełni funkcję takiego spojrzenia – spojrzenia oddalonego od jednostki, dającego wiedzę i wszechogarniającego. Statystyka totalna to jedyne źródło wiedzy o populacji, prognozie na przyszłość i przeszłości, jedyny punkt odniesienia dla urządzania. Uwidacznia się analogia pomiędzy prawem, które w urządzaniu biopolitycznym odnosi się do rezultatów i kieruje zasadą sukcesu i porażki¹⁰⁶ a statystyką rozumianą jako podstawa do interwencji. Urządzenie samo wytwarza swoje własne podstawy by następnie się do nich odnosić i rewidować swoje działania.

Statystyka totalna jest takim mechanizmem, który daje wgląd w nieprzejrzyste procesy zachodzące w obrębie populacji.

Banki tkanek i komórek

Art. 25 ustawy transplantacyjnej mówi:

W celu gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek przeznaczonych do przeszczepienia są tworzone banki tkanek i komórek.

Artykuły od 25 do 35 (z wyłączeniem art. uchylonych) dotyczące zasad funkcjonowania banków tkanek i komórek dotyczą zakresu obowiązków, sposobów uzyskania pozwolenia na działalność, czynników wpływających na cofnięcie pozwolenia, sposobu wyłaniania, zadań, kompetencji osoby odpowiedzialnej (art. 28), szkolenia personelu, wytyczne dotyczące systemu zapewniania jakości (art.29), gromadzenia danych i sporządzania umów (dawca), kontroli i osób za nie odpowiedzialnych (art. 35). Niezwykle szczegółowy opis

104 M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, Warszawa 2010, s. 86 – 87.

105 Tamże, s. 89-91.

106 Vide: s. 14-15 niniejszej pracy.

funkcjonowania banków tkanek dostępny w treści ustawy jak i poszczególnych rozporządzeniach z całą pewnością zasługuje na analizę jednak na potrzeby mojej pracy nie będę streszczała wszystkich obszarów funkcjonowania banków tkanek i komórek, przywołam jedynie podstawowe informacje.

Bank tkanek i komórek funkcjonuje po uzyskaniu pięcioletniego pozwolenia od Ministra Zdrowia. Wniosek składa się do Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek. Ustawa określa warunki jakie powinien spełniać bank tkanek i komórek (posiadanie odpowiednich pomieszczeń, urządzeń, personelu), możliwe powody cofnięcia pozwolenia na działanie.

W artykule 35 wymienione jest do czego bank tkanek i komórek jest zobowiązany, powinien:

- 1) *znakować, pakować tkanki i komórki oraz dokumentować te czynności;*
- 2) *zapewniać najwyższą jakość tkanek i komórek podczas dystrybucji;*
- 3) *zapewnić, aby wszystkie czynności związane z przechowywaniem tkanek i komórek były przeprowadzane w warunkach kontrolowanych właściwych dla każdej czynności.*

Poza dbaniem o materiał gromadzony przez banki, ich zadaniem jest również gromadzenie danych związanych ze swoją działalnością. Dokumentacja pozwalająca zidentyfikować dawców i biorców poszczególnych komórek i narządów musi być przechowywana przez co najmniej 30 lat od wydania przeszczepu (art. 34). Szczegółowe dane z zakresu funkcjonowania systemów banków tkanek i komórek, kwalifikacji i dyskwalifikacji potencjalnych dawców, sposobu przechowywania, transportowania i dystrybucji zawiera *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2008 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek*¹⁰⁷. Odrębne rozporządzenie określa sposób oznaczania i monitorowania komórek, tkanek i narządów¹⁰⁸.

Instytucją sprawującą funkcję kontrolną, konsultacyjną i pośredniczącą dla poszczególnych banków tkanek i komórek jest Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek. Zestawienia prowadzone przez KCBTiK pozwalają zyskać ogład w ilość składowanych fragmentów ciał ludzkich. W *Zestawieniu zbiorczym aktywności ośrodków*

107 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2008 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek* Dz.U. 2008 nr 190 poz. 1169 dostępne na: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20081901169&min=1> (data wejścia 22.02.2015)

108 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2010 r. w sprawie niepowtarzalnego oznakowania i monitorowania komórek, tkanek i narządów* Dz.U. 2010 nr 75 poz. 486 dostępne na: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20100750486&min=1> (data wejścia 22.02.2015)

*zajmujących się bankowaniem tkanek za rok 2013*¹⁰⁹ zamieszczone są rozmaite dane z tego zakresu. Przedstawione są ilości dawców zmarłych (tkanek i narządów, tkanek), dawców żyjących oraz miejsc poboru fragmentów ciała (m.in. sala operacyjna-szpital, sala prosektoryjna-dom pogrzebowy). Wyszczególnieni są dawcy fragmentów ciała z poszczególnych obszarów ciała (np. dawcy tkanek ocznych, dawcy powłok ciała) i liczba pobranych fragmentów ciała. Dla poszczególnych układów ciała dane obejmują: ilość przechowywanych fragmentów na początku i końcu roku, ilość zutylizowanych fragmentów, ilość przekazanych fragmentów do szpitali w Polsce, w granicach UE i poza jej granicami. Zestawienie pozwala uzyskać dane o ilości dostępnych fragmentów ciała (na 31.12.2013). Dla przykładu banki tkanek i komórek dysponują 220 fragmentami kości długich, 103 łękotkami, 14 więzadłami, 11039 cm² skóry pełnej, 4 rogówkami.

Jakie wnioski płyną z zarysu funkcjonowania banków tkanek i komórek? System banków tkanek i komórek ma: ustalone zadania polegające m.in. na gromadzeniu i dystrybucji fragmentów ciała. Charakteryzuje się ściśle określoną formą działania, przestrzeni, hierarchii, kontroli (audytu). Ma określonych nadzorców i wyróżnione osoby odpowiedzialne czuwające nad prawidłowym przebiegiem funkcjonowania. Wreszcie system banków tkanek i komórek „wytwarza” pewne podlegające cyrkulacji, mogące być wykorzystane przez określone jednostki (szpitale) „produkty”, które muszą spełniać wymogi jakości, oznakowania itd. Określona ilość „produktów” jest wytwarzana starając się dostarczyć na „rynek” określoną ilość niezbędnych „wytworów”. Patrząc na banki tkanek i organów z perspektywy biopolitycznego urządzania możliwa staje się analogia z pewnym bytem o charakterze przedsiębiorstwa. Oczywiście nie możemy mówić o zbyt bliskiej analogii, raczej o pewnym pokrewieństwie. Słownik Języka Polskiego definiuje przedsiębiorstwo jako: *podmiot zajmujący się produkcją dóbr i usług w celu maksymalizacji nadwyżki ekonomicznej (zysku)*¹¹⁰. Jeśli zysk będziemy rozumieć szeroko np. jako zysk w postaci naprawy zdrowia jednostek to analogia ta zyskuje na realności.

109 *Zestawienie zbiorcze aktywności ośrodków zajmujących się bankowaniem tkanek za rok 2013*, dostępne na: <http://www.kcbtik.pl/zestawienia/2013/zza2013.pdf> (data wejścia 22.02.2015)

110 Vide: Internetowe wydanie Słownika Języka Polskiego <http://sjp.pl/przedsi%EAAbiorstwo> (data wejścia 22.02.2015)

Należałoby więc, a w każdym razie można by przemyśleć ponownie wszystkie problemy związane z ochroną zdrowia czy higieną publiczną w kategoriach pomnażania kapitału ludzkiego¹¹¹.

Ciało samourządzające się a handel organami

Jak powiada Foucault – liberalizm nie ma chronić społeczeństwa przed wpływem procesów rynkowych, a ma wpływać na samo społeczeństwo. Ingerować w ten sposób by mechanizmy rynkowe pod postacią konkurencji mogły pełnić funkcję regulacyjną w każdym obszarze życia społecznego¹¹². (...)trzeba sprawić, by mógł on (rynek) pełnić funkcję ogólnego mechanizmu regulacyjnego, stać się zasadą racjonalności politycznej¹¹³. Nie chodzi o utowarowienie wszystkich obszarów życia ani o stworzenie społeczeństwa konsympcyjnego, nie rozchodzi się o przekładanie wszystkich elementów składowych społeczeństwa na wyrażalne rynkowo wartości (choć także o to) a na ukształtowaniu społeczeństwa na modłę przedsiębiorstwa. *Homo oeconomicus (...) to nie człowiek wymiany nie konsument, lecz człowiek przedsiębiorstwa i produkcji¹¹⁴.*

Foucault przedstawia ciekawą koncepcję nowego człowieka ekonomicznego. O ile klasycznie *homo oeconomicus* jest partnerem wymiany kierującym się zasadą użyteczności. Na gruncie neoliberalizmu *homo oeconomicus* jest: *przedsiębiorcą, i to przedsiębiorcą samego siebie¹¹⁵*. Tutaj możemy przejść do logiki jaką posługuje się jednostka. W pojęciu *kapitału ludzkiego¹¹⁶* Foucault widzi zarówno biologiczne – dziedziczne i wrodzone cechy jak i te nabyte. Jednostka *przedsiębiorca samego siebie* dysponuje kapitałem, który jest rozumiany z jednej strony jako pewne predyspozycje genetyczne, przy czym mogą to być cechy pozytywne, jak zdrowie czy inteligencja mogą to być jednak również związane z dziedziczeniem choroby lub tendencje by na te choroby zapadać, z drugiej zaś są to przymioty nabyte. Kwestia dobrych genów jest częścią problematyki społecznej, jak i ekonomicznej. *Homo oeconomicus* ze swojej strony dąży do niwelowania negatywnych wpływów biologii – poprzez zdrowy tryb życia, dbanie o

111 M.Foucault, *Narodziny biopolityki*, Warszawa 2011, s. 236.

112 Tamże, s. 162.

113 Tamże, s. 163.

114 Tamże.

115 Tamże, s.231.

116 Vide: M. Foucault, tamże, s. 232 – 237.

własne zdrowie, odpowiednią higienę, poprawianie swojego wyglądu czy wreszcie starając się zapewnić sobie jak najdłuższe życie – może również starać się uzyskać niezbędne do życia w przypadku choroby narządy. Wrodzone elementy kapitału ludzkiego pchają nas w kierunku refleksji nad rasizmem i eugeniką – ten wymiar jest obecny zarówno w podwalinach myślenia o biopolityce i nie należy o nim zapominać. Drugą składową kapitału ludzkiego są przymioty nabyte¹¹⁷ - głównie w procesie edukacji, które mają przynieść wymierne korzyści w formie dochodu. Te elementy kapitału ludzkiego związane są również z procesem wychowania, kapitałem rodziców i ilością "inwestycji", jakie zostały poczynione na rzecz dziecka. Jednostka wystawiona na działanie mechanizmów rynku musi dbać o swój "interes", którym jest konkurencyjność. Im więcej inwestycji w kapitał ludzki, tym większy dochód później.

Jak można odwołać kategorię kapitału ludzkiego do zagadnienia transplantacji organów?

Otóż, jednostka dba o swój kapitał ludzki, co czyni ją samo-urządzającą się inwestycją w przyszłość. Nie należy tu zapominać, że w obrębie logiki liberalnego sposobu zarządzania autonomia jednostki co do własnych wyborów jest nie tyle ograniczona, co wypływa z logiki owego zarządzania, której owe zarządzanie również jest podporządkowane. Jednostka, *homo oeconomicus* będący *przedsiębiorcą samego siebie*, z oczywistych przyczyn chce być zdrowa. Nie potrzeba było oczywiście tak szczegółowej analizy, żeby dojść do takich wniosków. Zdrowie jest tu jednak traktowane nie wyłącznie jako biologiczny fakt, a element autozarządzania ze strony jednostki i zarządzania nakierowanego na dobrostan populacji ze strony państwa. W ramach swojej działalności jednostka nie tylko w razie choroby chce uzyskać niezbędny dla siebie organ (czy w mniejszym lub większym stopniu patrząc na statystyki ilości wykonywanych przeszczepów dopomaga jej państwo) ale również w ramach tej samej logiki może chcieć sprzedać swoje narządy. Kupno i sprzedaż narządów ludzkich wynikają więc z samego jądra logiki *homo oeconomicusa*.

Handel organami w Polsce

Ustawa Transplantacyjna w artykułach 43, 44,45 oraz 46 określa jakie czyny związane z organami ludzkimi są zakazane. Artykuł 43 mówi o karze grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku za rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu,

¹¹⁷ Nabyty kapitał ludzki można zdaje się rozumieć podobnie jak opisywany przez Pierre'a Bourdieu.

nabyciu bądź pośredniczeniu lub za zakup komórek, tkanek lub narządów w celu przeszczepienia. Artykuł 44 mówi, że osoba która uzyskuje korzyść majątkową bądź osobistą w wyniku nabycia, zbycia lub pośredniczy w w.w., bierze udział w przeszczepianiu lub udostępnianiu zdobytych wbrew prawu komórek, tkanek i organów (niezależnie od tego czy pochodzą od dawcy żywego czy martwego) podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat (kara może być zwiększona do 10 lat pozbawienia wolności jeśli zabronione czynności stanowią stały dochód osoby).

Zakazowi podlega również przeszczepianie osobie komórek tkanek oraz narządów bez zezwolenia (art. 46) oraz prowadzenie banku tkanek i komórek bez zezwolenia (art. 45). Zabroniony jest również wywóz i wwóz narządów, tkanek i komórek z lub na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 46a).

Wszelkie czynności związane z nienadzorowanym przez Państwo przeszczepem, transportem, przechowywaniem a nawet samo ogłaszanie chęci sprzedaży, nabycia lub pośrednictwa komórkami, tkankami i organami są zabronione.

Zbigniew Lasocik¹¹⁸ opisuje kilka spraw karnych związanych z ustawą transplantacyjną. Jak wskazuje pierwsze postępowanie karne dotyczące przestępstwa z art. 43 ustawy transplantacyjnej miało miejsce w latach 2008/2009. Za przyczyny opieszałości prokuratury uznaje pewne interpretacyjne niejasności wynikające z ustawy. Orzecznictwo w analizowanych sprawach jest mocno zróżnicowane (od 400 zł grzywny po 3 miesiące pozbawienia wolności w zawieszeniu na 2 lata). Pięć na sześć przedstawionych przez Lasocika spraw dotyczyło osób zamieszczających w internecie ogłoszenia o sprzedaży własnego narządu (najczęściej nerki). Błędym byłoby wyciąganie średnich na podstawie tak małej ilości przypadków (Lasocik opisuje sześć spraw) dlatego ograniczę się do przytoczenia generalnych wniosków.

Osoby zamieszczające ogłoszenie wskazywały na dobry stan zdrowia, często motywowały swoje działanie problemami finansowymi i trudną sytuacją życiową. Kilkoro ogłoszeniodawców podało cenę narządu (od 25.000zł do 45.000zł)¹¹⁹. Wśród sprawców znalazła się m. rozwidziona 45 letnia kobieta na rencie wychowująca dwóch synów, która miała długi czy 21-letni uczeń szkoły średniej mieszkający z rodzicami, który poprzez ogłoszenie chciał zrobić na złość rodzicom. Wszyscy sprawcy nie wiedzieli, że czyn, który

118 Z. Lasocik, *Analiza spraw karnych*, [w:] *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, red. Z. Lasocik, E. Rekosz, Warszawa 2011, s. 43.

119 Pełniejszy opis spraw karnych: tamże, s. 46-50.

popelniają jest karalny.

Na szczególną uwagę zasługuje jedyna przedstawiona przez Lasocika sprawa rozpatrywana z poprzedniej ustawy (26 października 1995 r)¹²⁰ oraz jedyna nie dotycząca zamieszczania ogłoszenia w internecie. Oskarżony był 26 letnim informatykiem mieszkającym w Warszawie i założył i prowadził stronę internetową kontaktująca nabywców i zbywców organów ludzkich. Sprawa toczyła się za złamanie artykułu 20¹²¹ ustawy z 1995 roku. Sprawca został ukarany grzywną.¹²²

Jak pisze Olga Sitarz: *niedostatek narządów do przeszczepów – nadwyżka popytu nad podażą – zmusza do rozwiązania problemów związanych z dostępnością i alokacją pobranych narządów. (...) pojawiają się (lub mogą pojawić) zjawiska patologiczne*¹²³. Autorka zwraca uwagę na fakt, że mimo małej liczby zgłaszanych przestępstw związanych z omawianym zagadnieniem (do kilku rocznie) i wypowiedziami specjalistów to w prasie i Internecie pojawiają się ogłoszenia o sprzedaży własnych organów a turystyka transplantacyjna jest coraz większym problemem¹²⁴. Z kolei Wojciech Rowiński: *jestem głęboko przekonany, że w Polsce nie istnieje problem handlu organami, czy problem przeszczepiania nerki od płatnego dawcy*¹²⁵. Wśród powodów wymienia potrzebę działania zespołowego w odpowiednio wyposażonym szpitalu, wzmiankuje art. 18 ustawy transplantacyjnej mówiący o tym, że zabiegi muszą być rejestrowane.

W raporcie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych¹²⁶ na 2012 rok czytamy, że wedle wiedzy policji proceder handlu organami w Polsce nie występuje. Za przyczyny tego stanu rzeczy uznaje się specyfikę polskiej transplantologii (specyfika proceduralna i instytucjonalna). Jednocześnie wskazuje się, że problemem jest wzrastająca liczba ogłoszeń internetowych oferujących sprzedaż własnych organów (najczęściej nerek)¹²⁷.

120 Jak mówi Lasocik: *Takie rozstrzygnięcie było uzasadnione, ponieważ czyn objęty aktem oskarżenia miała miejsce w okresie od stycznia 2004 do grudnia 2005*, tamże, s.51.

121 Art. 20. 1. Kto w celu uzyskania korzyści majątkowej nabywa lub zbywa cudze komórki, tkanki i narządy, pośredniczy w ich nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w przeszczepianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządu, pochodzących od żywego człowieka lub ze zwłok ludzkich, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. 2. Jeżeli sprawca uczynił sobie z popełnienia przestępstwa określonego w ust.1. stałe źródło dochodu podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

122 Z. Lasocik, *Analiza spraw karnych*, tamże, s.53.

123 O. Sitarz, *Kryminalizacja odpłatnych czynności związanych z transplantacją (art. 43 i 44 ustawy z dnia 1 lipca 2005r: o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, [w:] *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, red. Z. Lasocik, E. Rekosz, Warszawa 2011, s. 25.

124 Tamże.

125 W. Rowiński, *Czy w Polsce możliwy jest handel narządami?*, [w:] *Handel narządami ludzkimi. Etyka prawo, praktyka*, red. Z. Lasocik, M. Wiśniewski, Warszawa 2006, s. 54.

126 Raporty z lat 2013 oraz 2011-2009 nie zawierają wzmianek o handlu organami.

127 Raport Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o stanie bezpieczeństwa w Polsce w 2012 roku, s. 136. dostępny

Według raportu w 2012 roku przeprowadzono dwie ogólnopolskie operacje, w wyniku których sprawdzano ogłoszenia zamieszczone w Internecie. W wyniku czerwcowej i wrześniowej akcji 35 osobom przedstawiono zarzuty z art. 43 ustawy transplantacyjnej¹²⁸.

Sytuację przepisów karnych ustawy transplantacyjnej można krótko skwitować – brak danych nie pozwala na wyciągnięcie konkluzji. Można wskazać jedynie na pewne tendencje. Po pierwsze prawie wszystkie znane przypadki łamania artykułów karnych ustawy transplantacyjnej dotyczą art. 43 – czyli zamieszczanie ogłoszeń w celu sprzedaży własnego narządu. W Polsce prawdopodobnie nie istnieje handel organami rozumiany jako zorganizowana działalność przestępcza, a przynajmniej żaden tego typu proceder nie został wykryty. Po drugie na podstawie orzeczeń analizowanych przez Lasocika, a także powołując się na słowa innych badaczy możemy twierdzić, że osoby decydujące się na wystawienie ogłoszeń o sprzedaży swojego narządu zazwyczaj są w trudnej sytuacji życiowej.

Handel organami na świecie

Handel ludźmi jest współcześnie jedną z prężniej rozwijających się działalności przestępczych. Jak podaje Wiesław Pływaczewski cytowany przez Wojciecha Marcina Stankiewicza, termin ten zawiera w sobie wiele patologii, jak: handel ludźmi na potrzeby przemysłu erotycznego, do pracy o znamionach niewolnictwa, handel ludźmi w celu zmuszania ich do żebractwa czy do małżeństwa z cudzoziemcem i handel ludźmi w celu pobrania organów¹²⁹.

Jak podkreśla w swoim tekście dotyczącym handlu organami i tkankami ludzkimi w Unii Europejskiej Filip Jasiński, zwalczanie przestępstw z nim związanych jest zagadnieniem wciąż mało obecnym, tak jeśli chodzi o wymiar sprawiedliwości, organy państwowe jak i badaczy¹³⁰.

Jak mówi autor do handlu organami dochodzi nie tylko w krajach takich jak Chiny, Brazylia, Indie czy kraje Afryki, dodatkowo twierdzi, że klientami czy też turystami transplantacyjnymi są w dużej mierze zamożni Europejczycy od lat 80 XX wieku¹³¹.

na: http://bip.msw.gov.pl/bip/raport-o-stanie-bezpie/18405_Raport-o-stanie-bezpieczenstwa.html (data wejścia: 23.02.2015).

128 Tamże, s. 142.

129 W. M. Stankiewicz, *Wektory rozwoju współczesnej rzeczywistości międzynarodowej a siła niektórych zagrożeń patologicznych*, Gdańsk 2012, s. 141 – 142.

130 F. Jasiński, *Walka z handlem narządami i tkankami ludzkimi z perspektywy Unii Europejskiej*, [w:] *Handel narządami ludzkimi. Etyka prawo, praktyka*, red. Z. Lasocik, M. Wiśniewski, Warszawa 2006, s. 27.

131 Na sprzedaż własnych organów jak podkreślają badacze najczęściej decydują się osoby ubogie, z

Historia rozwoju prawa dotyczącego handlu organami sięga końca II wojny światowej. Wojciech M. Stankiewicz wymienia kolejno Powszechną Deklarację Praw Człowieka z 1948 roku poruszającą kwestię poszanowania godności człowieka. Dalej Stankiewicz wymienia akty, które prawnie wprowadzają założenia Deklaracji jak Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (1966) i Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (1966). Te akty jak mówi autor zakazują udziału osoby w doświadczeniach medycznych bez jej zgody. 4 kwietnia 1997 roku w Oveido Rada Europy uchwaliła Konwencję o Prawach Człowieka i Biomedycynie. Konwencja ta zakazuje czerpania korzyści majątkowej z obrotu ludzkimi częściami, również krwią (z wyłączeniem tkanek przetworzonych w wyroby medyczne oraz włosów czy paznokci)¹³². Europejskie prawodawstwo koncentruje się na „odhandlowieniu” obrotu organami i tkankami ludzkimi, narzuca obostrzenia i regulacje na instytucje, które legalnie zajmują się transplantacją i stara się przeciwdziałać działalności grup przestępczych (handel organami zalicza się do handlu ludźmi). Brak jest statystyk dotyczących skali zjawiska. Grupy przestępcze działają w ukryciu, zarówno biocy jak i dawcy milczą. Obywa się również tzw. turystyka transplantacyjna – czyli wyjazdy osób do krajów, w których płatne dawstwo organów jest legalne lub stosunkowo łatwe. Wskazywane są pewne kraje, w których handel organami ze względów prawnych (nie respektowanie istniejących przepisów prawnych lub ich brak) jest szczególnie rozpowszechniony. Stankiewicz przywołuje kolejno Chiny, Egipt i Indie.

Wszystkie wymienione kraje mają niespójny system prawny dotyczący zagadnień transplantacyjnych, w Egipcie brak takiego ustawodawstwa.

Jeśli chodzi o Chiny to od 1984 roku został uchwalony dokument zezwalający na pobieranie organów od straconych więźniów zniesiony dopiero w 2006 roku pod wpływem nacisków międzynarodowych. Mimo braku oficjalnych danych i zaprzeczeń ze strony Komunistycznej Partii Chin prawdopodobnie pobieranie organów od więźniów odbywa się nadal. Chiny czerpią korzyści finansowe ze sprzedaży organów, są również destynacją turystów transplantacyjnych¹³³.

Indie ze względu na niskie koszty i dostępność narządów związaną z ubóstwem dużej części populacji kraju są krajem gdzie dokonuje się najwięcej przeszczepów (zarówno

perspektywy globalnej mapa handlu organami być może pokrywa się z mapą ubóstwa na świecie. Stosunek biocy do dawcy można odczytywać przez pryzmat postkolonialnych zależności między danymi obszarami geograficznymi.

132 W. M. Stankiewicz, *Wektory rozwoju współczesnej rzeczywistości międzynarodowej a siła niektórych zagrożeń patologicznych*, Gdańsk 2012, s. 143 – 146.

133 Tamże, s. 152 – 154.

członkom bogatszych kast jak i obcokrajowcom). Niespójności prawne oraz różnice w prawie w poszczególnych jednostkach administracyjnych przyczyniają się do powszechności handlu organami, który - jak wskazuje Stankiewicz - nie jest postrzegany jako przestępstwo a sposób na wzbogacenie się. Przywołana przez autora sprawa zlikwidowania gangu handlarzy nerkami z okolic Dehli z 2008 roku pokazuje jak ogromne korzyści finansowe można wynieść – dawca otrzymywał za nerkę ok. 1250 dolarów, dziesięciokrotnie większą sumę płacił biorca¹³⁴.

Na stronie policji czytamy: *Handel narządami ludzkimi to stosunkowo nowy proceder, który pojawił się w wyniku rosnącego zapotrzebowania na narządy ludzkie w krajach wysoko rozwiniętych. Tzw. "dawcy" narządów pochodzą zazwyczaj z krajów trzeciego świata, a sprzedawane przez nich narządy są oferowane w krajach wysoko rozwiniętych na „czarnym rynku”. Co istotne, nadal jest brak jednoznacznego i wyraźnego rozgraniczenia między legalnym i nielegalnym handlem narządami. Brakuje też precyzyjnych danych o skali tego procederu. Krajami, gdzie ten proceder jest szczególnie rozwinięty i sporo ludzi oferuje swoje organy do sprzedaży, np. 1 płuco, 1 nerkę itp., jest Mołdawia, Indie czy też Bangladesz. W krajach tych powstały już nawet wyspecjalizowane ośrodki transplantacyjne - "kliniki", zajmujące się takim nielegalnym procederem. W Chinach narządy są także pozyskiwane od więźniów, na których wykonano wyrok śmierci, a w krajach ubogiego Południa, także od porywanych i zabijanych specjalnie w tym celu dzieci¹³⁵.*

Ten nieco przydługi cytat zamieszczam żeby szczegółowo mu się przyjrzeć. Na oficjalnej stronie Policji czytamy o nie popartych badaniami, statystykami i literaturą generalizacjach dotyczących handlu organami. Wśród krajów trzeciego świata gdzie kwitnie proceder handlu organami podaje się Mołdawię, Indie oraz Bangladesz. Tekst przypomina raczej artykuł prasowy niż oficjalny komunikat. Jego niekonkretność, brak odniesień do danych statystycznych i „sensacyjny” charakter (porywanie i zabijanie dzieci) mogą zaświadczyć o tym, że w polskim dyskursie problem handlu organami jest zagadnieniem marginalizowanym. Nieco więcej światła na tematykę nielegalnej transplantacji rzucają dane gromadzone przez Światową Organizację Zdrowia.

134 Tamże, s. 157.

135 Tekst dostępny na: <http://www.policja.pl/pol/kgp/bsk/dokumenty/cyberprzestepczosc/73662,HANDEL-ORGANAMI-LUDZKIMI-W-INTERNECIE.html> (data wejścia 19.12.2014)

W *Biuletynie Światowej Organizacji Zdrowia* (WHO) z grudnia 2007 roku¹³⁶ opublikowano szczegółowy artykuł opisujący globalne zagrożenie handlu organami. Yosuke Shimazono wskazuje na brak wystarczającej ilości organów do przeszczepów jako globalny problem dotyczący również krajów rozwiniętych. Shimazono cytuje fragment rezolucji WHA57.18 (*World Health Assembly Resolution on human organ and tissue transplantation*) z 2004 roku, który ponagla członków do podjęcia działań w celu ochrony najbardziej potrzebujących i najbardziej podatnych na krzywdy (*vulnerable*) grup przed turystyką transplantacyjną i sprzedażą tkanek i organów¹³⁷.

Wśród form międzynarodowego handlu organami Shimazono wymienia: 1) turystykę transplantacyjną; 2) kraje „eksportujące” organy; 3) kraje „importujące” organy.

Turystyka transplantacyjna wiąże się z działalnością pośredników i ośrodków zdrowia czy klinik (*health-care providers*). Wyspecjalizowane ośrodki zajmują się pozyskiwaniem dawców i organizacją podróży, zapewniają kompleksowe oferty (*all-inclusive “transplant packages”*) umieszczane w Internecie. W tabeli 1 Shimazono zamieszcza oferty klinik z Chin, Pakistanu i Filipin wraz z cenami za poszczególne organy¹³⁸, których ceny wahają się od 70 000 \$ do 160 000\$.

Shimazono wskazuje na jeszcze inne formy handlu organami. Zdarza się, że dawca jest przewożony do kraju biorcy (żywi dawcy z Mołdawii byli przewożeni do Stanów Zjednoczonych) albo zarówno dawca jak i biorca odbywają podróż (ponad 100 udokumentowanych przeszczepów nerki została zrobiona w szpitalu św. Augustyna w Afryce Południowej, dawcy pochodzili z Europy Wschodniej i Brazylii, biorcy głównie z Izraela). Do krajów zaliczanych w poczet największych „eksporterów” organów zalicza się Indie. *The Voluntary Health Association of India* szacuje, że około 2000 osób rocznie sprzedaje własną nerkę. W Pakistanie w 2005 roku wykonano 2000 transplantacji, z czego dwie trzecie na rzecz zagranicznych biorców. Na Filipinach z 468 pobrano nerek, 101 na rzecz zagranicznych biorców. W Chinach w 2005 roku pobrano 15 000 nerek i fragmentów wątroby, głównie od więźniów. Do innych krajów będących „eksporterami” organów Shimazono zalicza: Boliwę,

136 *Biulletin of the World Health Organization*, vol. 85, nr 12, grudzień 2007.

137 Yosuke Shimazono, *The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information*, [w:] *Biulletin of the World Health Organization*, vol. 85, nr 12, grudzień 2007.

Dostępne na: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/06-039370/en/> (data wejścia 24.02.2015)

138 Vide: *Table 1. Transplant tourism web sites available 21 March 2007*. Dostępne na: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/06-039370-table-T1.html> (data wejścia 24.02.2015).

Brazylię, Irak, Izrael, Mołdowę, Peru, Turcję. Na wzmiankę zasługuje Iran, gdzie płatne dawstwo jest legalne, istnieją jednak ściśle obostrzenia co do dawstwa na rzecz obcokrajowców.

Do krajów zaliczanych do „importerów” organów, czyli takich skąd pochodzą biocyty zalicza się: Australię, Kanadę, Izrael, Japonię, Oman, Arabię Saudyjską i Stany Zjednoczone.

Na uwagę w kontekście wcześniejszych tendencji opisywanych przez autorów zasługuje tabela nr 4¹³⁹ zamieszczona w opracowaniu Shimazono zawierająca dane dotyczące dawców z Egiptu, Indii i Iranu. Dane nie wskazują na zależności dotyczące płci dawców, dawcy z Indii oraz dawcy z Iranu (brak danych dla Egiptu) byli w niekorzystnym stanie finansowym. 60% kobiet i 95% mężczyzn z Indii pracowało na ulicy, 71% z nich żyło poniżej granicy biedy. W Iranie 27% dawców było bezrobotnych, 42% pracowało dorywczo (part-time), jedynie 13% miało pełne zatrudnienie. We wszystkich badanych krajach dawcy odnotowali pogorszenie stanu zdrowia - twierdzi tak 58% dawców z Iranu i aż 78% dawców z Egiptu. Okazuje się, że dochód ze sprzedaży narządu nie wpłynął pozytywnie na status materialny dawców. W Egipcie 78% dawców wydaje pieniądze w mniej niż 5 miesięcy, 73% ma problemy z zaangażowaniem się w pracę. W Iranie 65% dawców wskazuje na negatywny efekt w kontekście pracy. W Indiach sytuacja ma się nieco inaczej – 69% dawców sprzedaje nerki by pozbyć się długów, mimo zysku ze sprzedaży 75% dawców wciąż ma długi w momencie przeprowadzania ankiety.

Jakie wnioski możemy wysnuć, jeśli chodzi o zagadnienie handlu organami? W powyższej części pracy starałam się, mimo braku danych, na jaki powołuje się większość autorów, zrekonstruować pewne tendencje dotyczące handlu organami.

Po pierwsze, są obszary świata, w których dostęp do nielegalnie pozyskiwanych organów jest stosunkowo łatwiejszy. Za taką sytuację odpowiedzialne są zarówno ustawodawstwo poszczególnych krajów (lub brak jego przestrzegania), sytuacja ekonomiczna ludności, jak i inne względy. Są też obszary spośród, których w większości pochodzą biocyty takich narządów, dysponujący odpowiednią, dosyć pokaźną ilością środków ekonomicznych. Jeszcze raz należałoby wrócić do koncepcji kapitału ludzkiego zaproponowanej przez Focaulta. *Homo oeconomicus* – żyjące i samourządzające się jednostkowe przedsiębiorstwo

139 Vide: Table 4. Consequences of paid kidney donation in Egypt, India and the Islamic Republic of Iran.

Dostępne na: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/06-039370-table-T4.html> (data wejścia 24.02.2015)

rozporządza swoimi środkami tak, by zapewnić sobie nie tylko jak największy nabyty kapitał ludzki, chce również możliwie jak najlepiej zarządzać swoim kapitałem wrodzonym. W sytuacji zagrożenia życia inwestuje, by nie dopuścić do zaprzepaszczenia swojego kapitału – własnej śmierci. Tak z perspektywy anglo-europejskiej można by przedstawić logikę kierującą turystą transplantacyjnym. Jeśli chodzi o dawców napotykaemy na pewne trudności. Przyporządkowanie ich do kategorii *homo oeconomicus* wiązałoby się ze sporym nadużyciem. Kategorie formułowane przez Foucaulta są nie tylko, jak zarzuca im feministycznie zakorzeniona krytyka mocno androcentryczne¹⁴⁰ ale również europocentryczne. Odnoszenie kategorii tak ściśle unurzanych w realiach europejskich i amerykańskich do jednostek żyjących w globalnym, a co najmniej globalizującym się świecie byłoby nieporozumieniem. Niezaprzeczalne jest jednak to, że ludzie decydujący się na sprzedaż własnych narządów kierują się pewną logiką zysków i strat. Ich motywacje z racji niepełności danych empirycznych nie mogą stanowić jednak podstawy do rzetelnej analizy. Pozostajemy zatem przy tym tylko stwierdzeniu, że niektóre osoby sprzedają własne narządy, inne zaś owe narządy kupują. Pozostaje jeszcze kwestia pośredników, których działalność jest nastawiona na zysk. Nie wyciągając wniosków z geograficznego ułożenia biorców i dawców jedna rzecz pozostaje niezaprzeczalna. Pomiędzy jednymi i drugimi tworzy się relacja wymiany, którą z dużym prawdopodobieństwem możemy nazwać nierówną. Jak powiada Foucault we wzmiankowanym wcześniej fragmencie, jednym z elementów nowej biopolitycznej sztuki rządzenia jest otwarcie Europy na rynek światowy. To otwarcie możemy rozumieć jako wkroczenie nowego elementu, zupełnie nowej jakości do myślenia o rynku – mianowicie jego nieskończoności, nieskończonym dążeniu do zysków. Nie należy przy tym zapominać, że o ile owe dążenie do zysków jest hamowane zgodnie z zasadą interwencjonizmu władzy państwowej w imię zażegnywania zagrożeń, interwencji działającej tylko tam gdzie jest to użyteczne, to hamowanie nabrało wymiaru globalnego dzięki prawom człowieka. Prawa człowieka jednak nie bronią jednak wszystkich po równo. Przybyszewski twierdzi, że: *narzędziem „zniewalającym” władzę państwową w substancjalnych, a nie tylko formalnych ustrojach demokratycznych są prawa człowieka. To prawa człowieka są narzędziem ograniczającym władzę państwową*¹⁴¹.

140 Vide np.: A. Zembrzuska, *Problem ‘ślepoty rodzajowej’ w filozofii Michela Foucaulta*, [w]: *Gender: wizerunki kobiet i mężczyzn w kulturze*, red. E. Ostrowska, E. Durys, Kraków 2005.

141 K. Przybyszewski, *Problem godności człowieka w kontekście biopolityki*, [w:] *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Sociologica*, nr 45/2013, s. 102. Dostępne na: <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3969/06-przybyszewski.pdf?>

Ograniczenie to ściśle związane z ryzykiem, ryzykiem na jakie zostają wystawione jednostki rozpatrywane w kontekście elementów populacji, nie są dystrybuowane po równo, jednych pozostawiając w sytuacji większego zagrożenia – również jeśli chodzi o potencjalność handlu organami. Nawet jeśli poszczególne ustawodawstwa dążą do regulacji z zakresu wykorzystywania fragmentów ludzkich ciał, to nie są w stanie przewidzieć wszystkich skutków nowej biotechniki. W odpowiedzi na zapotrzebowanie, które nie zostaje zaspokojone w sposób legalny, w myśl logiki liberalizmu, podaż zostaje zaspokojona inaczej - przez nielegalne obszary rynku. Obstając przy logice liberalnej zakaz handlu organami (pomijając dyskursy moralne i obyczajowe) jest nieuzasadniony, a prawne wyłączenie narządów z możliwości kupna i sprzedaży przyczynia się nie tylko do obrony jednostek, ale również do umacniania nierówności w skali globalnej. Prawa człowieka nie wszędzie działają po równo, czego najlepszym wyrazem jest spychanie odpowiedzialności niektórych ustawodawstw za potencjalne krzywdy związane z handlem narządów gdzie indziej. Owo gdzie indziej tylko deklaratywnie pozostaje w obszarze działania dyskursów prawocłowieczych. By raz jeszcze wspomnieć jedną z cech wyróżnianą przez Foucaulta za znaczącą dla władzy o charakterze biopolitycznym czyli otwarcie się Europy na świat: *gra toczy się w Europie, ale jest grą o świat*. Otwarcie wiąże się z ukrytymi relacjami wyzysku, nie przebiegającymi już na modłę kolonialnych czy postkolonialnych uwarunkowań, a z wyzyskiem spuszczonego ze smyczy, zależnym od wielkości czynników, nieogarnialnym w swojej złożoności i dotyczącym przede wszystkim tych, którzy są najbardziej podatni na zranienie – by posłużyć się terminologią Judith Butler.

Urządzanie biopolityczne realizujące się nie tylko na oficjalnym rynku ale również w jego nielegalnym ekwiwalencie. O ile legalny rynek ma możliwość interwencyjnego wpływania na swoje działania, to czarny rynek nie posiada takiego wadliwego i ślepego ale jednak – buforu bezpieczeństwa. Wystarczy przyjrzeć się szcątkowym danym jakie posiadamy – jak twierdzi Stankiewicz za nerkę w Nowym Dehli dawca otrzymywał 1250 dolarów, dziesięciokrotnie więcej płacił biorca. Pośrednicy zarobili 10 000 dolarów na sprzedaży pojedynczej nerki. Zarówno biorca będący z dużym prawdopodobieństwem w ciężkiej sytuacji życiowej jak i dawca, którego życie zależne jest od uzyskania nowego narządu godzą się na bycie wykorzystanym przez osoby trzecie. Jedyne z polskich przykładów analizy okołotransplantacyjnych przestępstw pokazuje, że istnieją znaczne różnice pomiędzy

[sequence=1&isAllowed=y](#) (data wejścia 13.03.2015)

osobami, które oferowały sprzedaż swoich narządów (bieda, ciężka sytuacja, żart) a mężczyzną zajmującym się prowadzeniem strony internetowej kontaktujących biorców z dawcami (dobre wykształcenie, stosunkowo wysokie dochody). Przy namyśle nad handlem organami nie należy więc zapominać o tym trzecim, niezbędnym elemencie – poza dawcą i biorcą istnieje jeszcze pośrednik. Nie chcąc spłycać i umniejszać win osób czy grup zajmujących się międzynarodowym czy lokalnym handlem organami, nie można nie zwrócić uwagi na fakt ich znakomitego wpasowanie się w logikę człowieka ekonomicznego. W kontekście handlu organami urządzenie nie gra według właściwych sobie reguł, zgodnie z tymi regułami grają natomiast organizacje zajmujące się sprzedażą i pozyskiwaniem narządów – zapewniają niezbędny produkt w momencie niedoboru.

Jakie wnioski płyną z powyższej analizy? Urządzenie biopolityczne nie dąży do doskonałości, jego wiedza opiera się na danych pośrednich gromadzonych przez stworzone przez siebie instytucje nie mając nigdy pełnego wglądu w zjawiska, o których decyduje i na które stara się wpływać. Urządzenie nie dąży do likwidacji negatywności, którą powoduje a do utrzymania jej w ryzach (normowanie zamiast normalizowania), w ryzach opłacalnych, rozważających relację zysków i strat. Ponadto urządzenie liberalne generuje nierówności wśród których te związane z biedą i rasą są najistotniejsze w kontekście handlu organami. Należy powiedzieć też, że w ramach opierającego się na matrycy liberalnej urzędowania zakaz handlu organami nie jest narzędziem niwelującym negatywny wpływ nowej biotechniki (transplantacja), a świadectwem na spychanie kłopotliwych obszarów z pola widzenia. Po raz kolejny uwidacznia się ambiwalentny charakter biopolityki, która przyczynia się zarówno do ochrony życia jak i życiu zagraża.

Rozważanie transplantacji przez pryzmat nowego sposobu urzędowania zwanego przez Foucaulta biopolityką pozwala dostrzec ukryte zależności, konsekwentną logikę rozwiązań prawnych, zderzyć się ze zgrzytami i problemami i wreszcie przemyśleć na nowo podstawowe zagadnienia związane z człowieczeństwem. Biopolityka jest takim urządzeniem, które opierając się na logice liberalizmu rozpatruje życie i śmierć człowieka w kategoriach zysków i strat. Obszary, które są wyłączone z rynku, a więc nieprzeliczone i niesprzedawalne są nimi z racji podobnej kalkulacji zysków i strat. Zagrożenia produkowane przez urządzenie

są jednocześnie zwalczane przez te same mechanizmy, które powołały je do życia. Paradoksalne urządzenie zajmuje się produkcją i przeciwdziałaniem jednocześnie, samo wytwarzając pole pod późniejszą interwencję. Do obszarów, które prawnie (przez prawo narodowe czy międzynarodowe) wymykają się logice rynkowej natychmiast wkłada się nielegalny ekwiwalent, który możemy obserwować tak na przykładzie handlu narządami, jak handlu narkotykami, bronią czy generalnie handlu ludźmi.

Kolejnym paradoksem jest podmiot działania urzędnika, którym jak wskazałam nie jest tylko jednostka ale także populacja. Liberalne urządzenie tak ściśle wiążące się z jednostkową wolnością nie rozważa ludzi jako pojedynczych bytów, na rzecz zarządzania populacją jako pewną nieprzeniknioną acz sterowalną całością. Stąd im więcej jednostkowych wolności tym mniej jednostkowej władzy – można by skwitować. Stąd niektórzy badacze dopatrują się związków łączących demokracje liberalne z komunizmem.

Kolejnym elementem zasługującym na uwypuklenie jest zarządzanie nie tyle życiem co śmiercią. Biopolityka w swojej niejednoznaczności ma co najmniej dwa wymiary – jeden pozytywny związany z ulepszaniem życia, dbałością o życie; drugi związany ze śmiercią, który w przypadku medycyny zarządza momentem śmierci opierając się na wiedzy medycznej jak i na użytecznościowych przesłankach. Ten negatywny wymiar potrafi mieć druzgocące skutki, o czym najpełniej zaświadcza wzmiankowana wcześniej biopolityka III Rzeszy. Biopolityka jest takim zarządzaniem, które potrafi przechodzić od swojej pozytywności do negatywności zamieniając się tym samym w tanatopolitykę.

Wreszcie tak logika całego urzędnika nakierowana na interes jak i poszczególne części składowe populacji są wytworzone na podobieństwo przedsiębiorstw. Rozwiązania prawne z zakresu transplantacji są stworzone tak by zapewnić jak największą efektywność, jak najpełniej wykorzystać materiał, który posiadają. Jednostka autozarządza sobą zgodnie z logiką focaultiańskiego *homo oeconomicusa* by rozwijać swój kapitał ludzki w sposób jak najefektywniejszy – czy to przez dobór partnera/partnerki o odpowiednim poziomie intelektualnym, czy materialnym, przez inwestycję w edukację dzieci, po chęć ratowania swojego życia przez kupno organów.

CZĘŚĆ II

*Moje serce liczy sobie dwadzieścia lat mniej niż ja. Czując się odmłodzony i postarzały jednocześnie, nie mam już własnego wieku i nie mam już właściwie wieku*¹⁴² – Jean-Luc Nancy

Polski psychiatra Tadeusz Bilikiewicz w 1968 roku w tekście *Somatotectomia totalis i jej psychopatologiczne następstwa* przeprowadził pewien eksperyment myślowy. Poruszony możliwością amputacji całej dolnej części ciała człowieka (hemisomaktomia), rozważał usuwanie kolejno dalszych elementów ciała, aż do pozostawienia jedynie preparatu mózgowego, w którym jak wierzy lekarz zachowałyby się funkcje psychiczne¹⁴³.

Ciało – (nie)ciało, ja – nie-ja

Rozwój medycyny stawia zagadnie granicy pomiędzy ciałem i jego zewnętrzem w nowym świetle. Ciało nie tylko nie jest spójną, zamkniętą całością a takim systemem, w który wkradają się, bądź do którego zapraszane są inne elementy. Zmiany w obrębie granic ciała mają charakter tak wewnętrzny jak i zewnętrzny. Zewnętrzne zmiany możemy rozumieć zarówno jako interwencje w wygląd ciała (operacje plastyczne, trwałe ozdabianie ciała poprzez piercing czy tatuaż, dbanie o formę czyli kult określonych wzorów wyglądu zewnętrznego), chęć ulepszania ciała (dbałość o kondycję fizyczną) czy korygowanie pewnych niedostatków (korekcja wzroku przez okulary, poprawa słuchu dzięki aparatom słuchowym). *Nieustannie poprawiamy swoje możliwości, wydłużamy i wyostriamo pamięć, wzrok słuch i węch. Coraz to nowsze technologie obudowują ciało i uzależniają je od siebie*¹⁴⁴ – pisze Monika Bakke. Do ciekawych obszarów związanych z rozszerzaniem ciała możemy zaliczyć opisywaną przez McLuhna koncepcję mediów jako przedłużenia ciała. McLuhan powiada: *wszystkie media stanowią przedłużenia jakichś ludzkich zdolności, psychicznych lub*

142 Cytat za: M. Fellous, *Przeszczep: paradoks tożsamości i radykalnej obcości*, [w:] *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, oprac. A. Chałupnik [et.al], wstęp i redakcja M. Szpakowska, s. 283.

143 Wzmiankę o tekście zamieszcza M. Nowacka w tekście Maria Nowacka *Cztery sfery oddziaływania terapii transplantacyjnej: stan obecny i perspektywy*, [w:] *Diametros*, nr 19 (marzec 2009), s. 96-97.

144 M. Bakke, *Galatea i androidy*, [w:] *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, oprac. A. Chałupnik [et.al], wstęp i redakcja M. Szpakowska, s. 273.

fizycznych¹⁴⁵. Za przykład wewnętrznych ingerencji w ciało najlepiej może posłużyć nam transplantacja komórek, tkanek i narządów. Tym zagadnieniem w kontekście ciała zajmę się poniżej.

Ciało ludzkie stanowi pewną funkcjonalną całość, której poszczególne elementy z powodzeniem mogą zostać zamienione na inne. Tyczy się to tak pojedynczych, najmniejszych jednostek jak komórki, ale również krwi, osocza, tkanek i całych narządów. Ciało ludzkie nie tyle przestaje stanowić całość, co całość ta jest wymienialna. Nasuwa to oczywiście pytania, na które nie jesteśmy w stanie uzyskać zadowalającej odpowiedzi – gdzie kończy się człowiek, kim jest byt składający się z wielu różnych ciał, czy organizm składający się z wielu obcych sobie elementów wciąż jest człowiekiem? Podobne rozpoznanie wyraża Michele Fellous twierdząc, że osoba z przeszczepionym narządem przeżywa pewne ekstremalne doświadczenie zrywające z z góry przyjętymi założeniami – jednością podmiotu w pojedynczym ciele. (...) *Być jednością i mnogością zarazem, nosić w sobie kogoś zmarłego, kto pozostaje przy życiu, zawdzięczać życie konkretnej i gwałtownej śmierci Innego* (...) ¹⁴⁶ - to niektóre z konfliktów jakie musi rozwiązać osoba po przeszczepie. Transplantacja zmusza do rewizji tożsamości podmiotu z cielesnym, biologicznym wymiarem. Przeszczep jest wyzwaniem dla tożsamości tak psychicznej jak biologicznej – twierdzi Fellous¹⁴⁷.

Jeszcze raz wracamy do kategorii przywołanych przez Agambena. Głębokość, wszechobecność i intensywność wpływu medycyny na biologiczne życie człowieka jest tak ogromna, że *dzoē* przenika do sfery zaprzeczalności. Nie ma żadnego *dzoē*, zdezaktualizowało się ono w momencie wkroczenia człowieka w człowieczeństwo, jest rażąco jasne w biopolitycznej nowoczesności, która ciało rozciąga na zewnątrz i ingeruje w jego wewnętrzną strukturę. Nie twierdzą tym samym, że człowiek nie posiada wymiaru biologicznego, a raczej to, że wymiar biologiczny jest zawsze uwikłany w czynniki polityczne. Właściwym podmiotem politycznym nie jest więc życie biologiczne, życie jako takie, a posługując się terminologią Agambena - nagie życie.

Nagie życie – zranione, zastępowalne, zbędne, zagrożone – nie jest tym samym, co biologiczne dzoē, jest raczej pozostałością po zniszczonej politycznej bios¹⁴⁸ – pisze Ewa

145 M. McLuhan, Q. Fiore, *The Medium is the Massage*, New York. London. Toronto, s. 26.

146 M. Fellous, *Przeszczep: paradoks tożsamości i radykalnej obcości*, [w:] *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, oprac. A. Chałupnik [et.al], wstęp i redakcja M. Szpakowska, s. 282.

147 Relacje osób po przeszczepie vide: I. Cymerman, *Doświadczenie jakości życia po przeszczepie : perspektywa fenomenologiczno-hermeneutyczna*, Olsztyn 2007.

148 E. Płonowska -Ziarek, *Strajkujące nagie życie: Uwagi o biopolityce rasy i gender*, Publikacja w ramach

Płonowska Ziarek.

Skoro ciało nie może funkcjonować bez tak zewnętrznej jak i wewnętrznej ingerencji, to nie biologiczne życie jako takie jest podmiotem a takie biologiczne życie, które od samego początku wpisane jest w sferę społeczną. Nowy biopolityczny rozum zarządzający działa na jednostkowe ciało poprzez mechanizmy dyscyplinujące jak i na ciała zbiorowe- populacje, a działa w taki sposób by zapewniać możliwie najefektywniejszy system zarządzania człowiekiem cielesnym. W tym duchu neurolog Jerzy Kurkowski pisze odnośnie zarządzania bólem pacjentów: (...) *dorobek ekonomii – sztuka dokonywania wyborów – może i powinien być coraz powszechniej stosowany w medycynie, choćby w oparciu o takie narzędzia jak analiza kosztów i korzyści czy też wnioskowanie z oceny stosunku poniesionych nakładów do osiągniętych rezultatów*¹⁴⁹. W tym niewielkim fragmencie możemy zaobserwować wprost wyrażone, to co Foucault wiązał w nową biopolityczną sztuką rządzenia.

Ciała i ich funkcje są chronione w pewnych określonych granicach, które w gruncie rzeczy są przeliczalne na wymiar ekonomiczny.

Aporią tkwiącą w sercu biopolitycznego urzędzenia jest fakt, że urządzanie to jednocześnie opiera się na ciele, ciele zbiorowym, którym zarządzanie ma przynosić wymierne korzyści, w momencie kiedy uprawnione jest podważenie integralności ciała z człowiekiem, oderwanie człowieka od jego ciała, techniczne usprawnienie czy wymiana narządów na inne. W tym świetle biopolityka jest polityką opierającą się nie tyle na ciele co na fantazmacie ciała. Podcina tym samym swoje własne korzenie.

Wymiana

Fragmety ludzkich ciał podlegają wymianie, wymiana ta jest specyficzna. W klasycznej teorii zaproponowanej przez Marcela Maussa wymiana darów łączy się z obowiązkiem przyjmowania, dawania i odwzajemniania.

Narząd, który osoba zmarła przekazuje na rzecz innego członka społeczności nie jest jednak takim darem. W kontekście transplantacji termin daru, a konkretnie daru życia pojawiają się w dyskursach tak medycznych, pozarządowych, pomocowych jak i w myśli teologicznej. Oreodownikami przeszczepów narządów był Jan Paweł II, co ma wyraz w jego pismach¹⁵⁰.

Projekt Agamben, dostępne na: <http://www.praktykateoretyczna.pl/ewa-plonowska-ziarek-strajkujace-nagie-zycie-uwagi-o-biopolityce-rasy-i-gender/> (Data wejścia 13.03.2015)

149 J. L. Kurkowski, *Medycyna. Bioetyka i polityka*, Bielsko Biała 2002, s. 125.

150 Na ten temat vide: <http://www.katolik.pl/transplantacja---dar-nowego-zycia,2623,416.cz.html?s=3>. (data

Narząd możemy traktować jako pewien rodzaj daru jednak daru nad wyraz specyficznego. Wszak za narząd pobrany po śmierci czy od żywego dawcy nie przysługuje zapłata, wiedza o pochodzeniu organu jest utajona więc nie może nastąpić sytuacja odwzajemnienia daru. Narząd co prawda pochodzi od kogoś ale dawca prawdopodobnie nigdy nie dowie się od kogo. Zupełnie tak jakby narząd tracąc fizyczny związek z ciałem dawcy przechodził w posiadanie kogoś innego – wspólnoty, instytucji, państwa.

Ciekawą koncepcję wymiany odnajdujemy u Roberto Esposito. Zestawiając ze sobą pojęcia *komunikacji* i *immunizacji* pokazuje zależności między nimi, przeciwstawiając je i wyszukując zarazem wspólny rdzeń. *Komunikacja* jest czymś wspólnym, dzielonym przez członków grupy, zaczyna się tam gdzie kończy się „własność” rozumiana jako posiadanie czegoś tylko dla siebie. *Komunikacja* jest publicznym, generalnym, kolektywnym przeciwstawionym temu co partykularne, prywatne. Campbell we wstępie do angielskiego wydania książki Esposito *Bios. Biopolitics and philosophy* nakreśla trzy znaczenia jakie autor wynosi z etymologicznej analizy komunikacji (*comunitas*)¹⁵¹. *Comunitas* łączy się ze słowem *munus* oznaczającym *onus* (porządek, przymus) ale również *officium* (urząd) i *donum* (czyli pewien rodzaj daru). *Munus* jest specyficzną formą *donum* jako takiego. Takim darem, który musiało się dawać, który wymaga dania. *Munus* oznacza: *dar, który się daje, nie taki, który się otrzymuje*¹⁵², jest takim darem, który niesie za sobą zobowiązania, wymaga wręcz nakazuje dawanie, którego nie można nie dać.

Munus bowiem nie znaczy „jesteś mi coś winny”, lecz raczej „jestem ci coś winny” i w ten sposób odnosi się do wywłaszczającego (dosłownie: odbierającego to, co własne) charakteru bycia we wspólnocie¹⁵³.

Comunitas i *immunitas* łączy właśnie ten wspólny rdzeń znaczeniowy (*munus*). Podmiot w kontakcie ze wspólnotą jest zagrożony, *immunitas* to ten kto dostał dyspensę od przymusu dawania *munus*. Immunitet jest mechanizmem chroniącym osobę sprawującą urząd przed odpowiedzialnością prawną za czyny, immunizacja to biologiczny mechanizm ciała broniący jego granic, stojący na straży wymiany z otoczeniem, rozpoznający i negujący wpływy

wejścia 13.03.2015)

151 T. Campbell, *Bios, Immunity, Life: The thought of Roberto Esposito*, [w:] R. Esposito, *Bios. Biopolitics and Philosophy*, Minnesota 2008, s. ix – x.

152 Tamże.

153 M. Ratjczak, *Poza paradygmat immunizacji biopolityka w projekcie filozoficznym Roberta Esposito*, [w:] *Praktyka Teoretyczna* nr 2-3/2011, s. 175. Tekst dostępny na: http://www.praktykateoretyczna.pl/PT_nr2-3_2011_Biopolityka/13.ratajczak.pdf (data wejścia 14.03.2015)

zewnątrzne¹⁵⁴. *Immunitas* to mechanizm broniący jednostki przed zewnątrz, oddzielający ją i nie-ja.

Ten szybki, niepełny szkic fragmentu centralnej dla Esposito opozycji pomiędzy *comunitas a immunitas* będą odnosiła to interesującego mnie obszaru badawczego czyli transplantacji narządów ludzkich. Czynię to ze szkodą dla złożoności i odkrywczosci biopolitycznej koncepcji włoskiego filozofa, jednocześnie nie chcąc komplikować wcześniejszych rozważań¹⁵⁵.

Wymiana jest niezbędnym elementem życia we wspólnocie, jest również niezbędnym elementem funkcjonowania organizmu. *Munus* rozumiany jako pewien rodzaj daru, zawierający w sobie tak przymus dawania jak i odpowiedzialność, nie przynależy tak do wspólnoty jak do jednostki.

Jeśli potraktować martwe ciało ludzkie jako obszar podlegający wymianie o charakterze *munus* to możemy dość ryzykownie uznać je za pewien negujący rozróżnienie na prywatne i publiczne, charakterystyczny dla władzy o charakterze biopolitycznym proces włączenia fizyczności w obszar wspólny. O ile bycie we wspólnocie zawsze oznacza pewne zrzeczenie się indywidualności, własności, odrębności, to być może biopolityczna nowoczesność zaprzeczając i rewidując granice między ciałem – nie-ciałem, śmiercią i życiem, prywatnym i publicznym, wpisuje martwe ciało człowieka w obszar *munus*. Czegoś nie przynależnego tak indywidualności jak i wspólnocie. Czymś co jednostka musi dać, nie musi natomiast otrzymać nic w zamian. Nie ma wątpliwości, że prawo zezwalając na wykorzystanie narządów osoby po śmierci, traktuje martwe ciało jako pewną własność wspólną, którą można wykorzystać, której wykorzystanie leży w interesie wspólnym. Podobnego rozpoznania dokonuje Maria Nowacka analizując różne systemy filozoficzne (od Arystotelesa i Platona po fenomenologię i teologię) dochodząc do wniosku, że zwłoki ludzkie są rzeczą: (...) *na gruncie każdego systemu filozoficznego, w ramach jego metafizyki bytu ludzkiego, ciało ludzkie po śmierci, nie jest już cielesnością, lecz zwykłym przedmiotem*¹⁵⁶. Autorka twierdzi, że rozstrzygnięcia z tego obszaru przynależą więc do obszaru etyki. W innym świetle transplantacje widzi Bogusław Wolniewicz przyrównując ją do neokanibalizmu. Tę mocno dyskusyjną tezę autor opiera na

154 Tamże.

155 Swoją koncepcję biopolityki Roberto Esposito prezentuje w trzech książkach: *Comunista. Origine e della comunita* [Comunitas: źródło i przeznaczenie wspólnoty] z 1998 roku, *Immunitas. Protezione e negazione della vita* [Immunitas: ochrona i negacja życia] z 2002 roku i *Bios. Biopolitica e filosofia* [Bios. Biopolityka i filozofia] z 2004 roku.

156 M. Nowacka, *Filozoficzne aspekty terapii transplantacyjnej*, Białystok 2002, s. 71.

podobieństwie kanibalizmu magicznego (*Spożywa się wtedy fragmenty zwłok osoby zmarłej (...) na przykład serce wielkiego wodza (...) w nadziei, że pewne przymioty owej osoby – jak męstwo, zdrowie czy uroda przeniosą się tą drogą na konsumentów.*¹⁵⁷) do transplantacji. Zdaniem autora cel tak neokanibalizmu jak i transplantacji jest taki sam – poprawa stanu zdrowia, uzyskanie sił witalnych, nabycie siły. Wolniewicz konstruując swoją tezę wyraża jednocześnie głęboki sprzeciw wobec: *traktowania zwłok ludzkich jako surowca*¹⁵⁸.

Jeśli fragmenty martwych ciał uznamy za *munus* to jest to równoznaczne z twierdzeniem, że ciało człowieka nie należy do niego, a raczej nie do końca do niego należy.

Skoro zaś martwe ciało podlega wymianie (w znaczeniu *munus*) być może jest tak, że również ciało żywe jest w pewien sposób uwikłane w ową wymianę. Nie chodzi tu tylko o podkreślenie wpływu jaki wspólnota wywiera na sposoby obchodzenia się z ciałem, jego prezentacji, zachowania - całego obszaru cielesnego bycia człowieka w kulturze ale o coś bardziej dla człowieka wewnętrznego, jego własny organizm. Takie rozpoznanie pozwala twierdzić, że w rzeczy samej prywatne jest publiczne. Jeśli założyć, że żywe ludzkie ciało, w pewien bardziej lub mniej metaforyczny sposób podlega wymianie o charakterze *munus*, to idąc za tą myślą, możemy postawić hipotezę, że być może w nowoczesności odczytywanej przez pryzmat biopolityki Foucaulta władanie (nad) własnym ciałem ograniczone jest nie tylko względami czy mocniej przymusami zewnętrznymi (cały obszar kulturowego bycia człowieka w świecie) ale również wewnętrznymi (związanymi ze zdrowiem, genetyką, transplantacją). Biopolityka byłaby wówczas pewnym etapem na drodze żarłocznej maszyny władzy, która podpierając się na pewnej technice pochłania wszystkie obszary ludzkiego życia.

Wymiana darów (*munus*) wiążąc się tak z przymusem jak i obowiązkiem dawania, zawiązywana jest na mocy zagrażającej wszak podmiotowości przynależności do wspólnoty. Wspólnoty, która jest niezbędna do ochrony przed zagrożeniami zewnętrznymi, do której przynależność znaczy być albo nie być.

Jeśli przyjąć argumentację traktującą ciało ludzkie jako specyficzny rodzaj daru (*munus*) to nie tylko ciało – w myśl wcześniejszych rozważań jest czymś podważalnym ale również władanie nad ciałem staje się problematyczne.

157 B. Wolniewicz, *Neokanibalizm, Res Publica*, 1991, nr 9-10, s. 117.

158 Tamże, s. 116.

Śmierć

Zmarłe ciała – zwłoki etymologicznie wiąże się ze słowem: „*cadere*” (*upadać*) jako podstawowym symptomem utraty życia, której towarzyszy upadek na ziemię, spowodowany brakiem napięcia mięśniowego. Ten związek przyczynowy: staje się momentem przełomowym, gdyż uświadamiając zbiorowości fakt zgonu wywołuje zarazem zespół emocji i wyobrażeń, jakie towarzyszą śmierci i wprowadzają okres żałoby¹⁵⁹. Współcześnie tak moment śmierci, jego stwierdzenie jak i charakterystyczne kulturowe obrzędy związane ze śmiercią ulegają zmianom i zależą od prawodawstwa.

Ciekawą analizę własności zwłok przeprowadza Danuta Ślęczak-Czakon. Twierdzi, że za życia ciało należy do nas, mamy wolność dysponowania nim, która ograniczona jest tylko wystąpieniem pewnych medycznych czynników jak choroba zakaźna, choroba psychiatryczna, utrata świadomości¹⁶⁰. Po śmierci natomiast martwe ciało nie jest niczyją własnością, chociaż pewne osoby mogą mieć do nich prawo – szpital czy rodzina. Występują oczywiście pewne wyjątki jak te związane z poborem organów. W myśl zasady zgody domniemanej każdy potencjalnie może stać się dawcą po swojej śmierci. Zwłokom przysługuje również pewna ochrona. *Współczesne kodeksy karne łącząc ochronę zwłok z ochroną porządku publicznego i bezpieczeństwa żywych (względy sanitarne) – temu służą przepisy dotyczące profanacji zwłok, zakłócania ceremonii pogrzebowej, ograbienia grobu, zwłok lub ich części*¹⁶¹. Transplantologia istotnie wpłynęła na znaczenie zwłok, nawet jeśli zwłoki prawnie nie należą do nikogo, to poszczególne uzyskane ze zwłok fragmenty już tak. Jak powołując się na odpowiednie przepisy prawne wskazuje Ślęczak-Czakon takimi fragmentami mogą być oddzielone od reszty ciała części, martwo urodzone noworodki czy popioły otrzymane ze spalonych zwłok¹⁶². Prawo cechuje się pewną ambiwalencją w traktowaniu zwłok ludzkich. Desakralizacja ludzkiego ciała po śmierci, odosobowienie trupa może przejawiać się na różne sposoby jak wskazuje omawiany przez Ślęczek – Czakon Luis-Vincent Thomas. Po pierwsze martwe ciało można potraktować jako odpadek, którego należy się pozbyć, po drugie można uznać zwłoki za pewien surowiec, z którego możemy wytworzyć coś innego, po trzecie wreszcie zmarły czy też trup może być potraktowany jako towar. Ten

159 A.M Di Nola, *Triumf śmierci. Antropologia żałoby*, Kraków 2006, s.243.

160 D. Ślęczek-Czakon, *Traktowanie ciał zmarłych*, [w:] *Terytorium i peryferia cielesności. Ciało w dyskursie filozoficznym*, red. A. Kiepas, E. Struzik, Katowice 2010, s. 382 – 383.

161 Tamże, s. 384.

162 Tamże.

ostatni sposób odosobowienia ciała zmarłego można wiązać z handlem komórkami, tkankami i narządami ludzkimi czy handlem zwłokami jako okazami archeologicznymi¹⁶³. Zmarły nie jest i nie może być osobom. Inaczej transplantacja organów nie byłaby możliwa.

Ta pobieżna analiza pozwala nam zająć się śmiercią w kontekście transplantacji. We wcześniejszej analizie dotyczącej orzekania o śmierci opartej na wiedzy medycznej, a raczej na jej *nieprzekraczalnych granicach* doszłam do wniosku, że śmierć jest zależna od urządzania, od określonej władzy-wiedzy. W przypadku orzekania o śmierci najpełniej widać ambiwalencje transplantacji – życie następuje kosztem innego życia. Nie czyni się tego w sposób budzący sprzeciw – w końcu osoba zmarła nie dysponuje świadomością, nie uśmierca się jednych kosztem innych a jedynie wykorzystuje cielesną materialność należącą do kogo innego. To wykorzystanie jest możliwe jedynie pod warunkiem odczłowieczenia zwłok ludzkich, a co za tym idzie wyłączenia śmierci z obszaru społecznego. Wyrzucenie śmierci, odcięcie się od niej, co wyraża się w zmianach jakie zaszły w sposobach obchodzenia się ze śmiercią jest na pewnym poziomie tym samym co transplantacja narządów – nieustającą próbą zaprzeczenia śmierci. Zanik publicznej żałoby, hospitalizacja śmierci, przeniesienie cmentarzy na obszar peryferyjny, specjalizacja usług pogrzebowych to symptomy społecznego wykluczenia śmierci. To zaś co poza społeczeństwem/kulturą przechodzi do obszaru natury. Odczłowieczenie trupa pozwala na traktowanie zwłok jako materii zdolnej do ponownego wykorzystania. Jeśli zmarły nie jest człowiekiem, to plasuje się po stronie natury – zagrażającej (co można prześledzić przyglądając się bohaterom horrorów: zombie, wampiry itd.) ale również takiej, z której można do woli korzystać. Zmarły staje się w pewnym sensie zasobem naturalnym. Zmiany w społecznym traktowaniu śmierci umożliwiają transplantacje a ich wspólnym mianownikiem jest wyparcie śmierci, próba jej negacji, zarządzania nią, przeciwstawienie się jej za pomocą nowoczesnej medycyny. Jak pisał wzmiankowany wcześniej Wojciech Rowiński dzięki transplantacji pojawiła się: *wizja urzeczywistnienia odwiecznych marzeń człowieka o nieśmiertelności*.

Śmierć jest więc nie tylko zarządzana i zależna od urządzenia ale również jest procesem, który należy wyeliminować, któremu należy się sprzeciwić.

163 Tamże, s. 387.

Jak można się nie przekształcać, jeżeli można się przekształcać?
Stanisław Lem, *Dzienniki gwiazdowe, Podróż dwudziesta pierwsza*

Podsumowanie

Stanisław Lem w pierwszym tomie *Dzienników gwiazdowych* opisuje wyprawę Ijona Tichy'ego do Dychtonii – planety zbliżonej do Ziemi zamieszkałej jednak przez istoty bardziej rozwinięte. Historia Dychtonii jest historią rozwoju technologicznych możliwości ingerencji w ciało. A wszystko zaczęło się niewinnie – od prób stworzenia urządzeń zapewniających nieśmiertelność by następnie zmagać się z całą masą problemów natury religijnej i etycznej – powstały myślące roztwory, zanegowano rodzicielstwo, śmierć, tożsamość, rozwinięto techniki kształtowania ciała wedle woli posiadacza. W początkowym okresie historii dążono do ciał jak najefektywniejszych, później zechciano ograniczać ciała do elementów tylko niezbędnych, jedni domagali się umieszczenia mózgu w brzuchu, inni rozciągnięcia obszarów skóry generujących przyjemności na szersze połączenie ciała, jeszcze inni podważali szkielet jako przeżytek. W późniejszych epokach nastąpił kryzys, ciała zaczęto celowo kształtować jako nieużyteczne, niewygodne, uniemożliwiające poruszanie się. W okresie barokowym ciała zaś nabrały kreatywnego ogromu i przesadności¹⁶⁴. Jak historia *homo autofac aapiensa*, czyli *Samoróba Rozumnego* ma się do rozważań, które ograniczyliśmy do gatunku homo sapiens?

Lem stworzył pewną satyrę na hipotetyczny rozwój ludzkości. Jak sam mówił: *zmyślam światy możliwe i niemożliwe, lecz jedne i drugie są dla mnie tworzywem do budowania problemowych modeli, które uważam za realne, to znaczy takie, które [...] mogą powstawać w tym jedynym nieznośnym świecie, w którym żyjemy*¹⁶⁵.

Zarys rozwoju cywilizacji dychtońskiej jest gorzkim żartem, opowieścią o hipotetycznej drodze rozwoju człowieczeństwa biopolitycznego. Niech historia Dychtończyków służy za podsumowanie mojej pracy – nie jako przestroga, nie jako przepowiednia a, jako pewne ćwiczenie myślowe pozwalające na oderwanie się od przyjętych schematów. Strategia podważania oczywistości, permanentnego zapytywania siebie o sens i celowość poszczególnych urządzeń, zachowań czy rozwiązań pozwala na uzyskanie niezbędnego

164 S. Lem, *Dzienniki gwiazdowe*, Kraków 2012.

165 *Tako rzecz... Lem. Ze Stanisławem Lemem rozmawia Stanisław Bereś*, Kraków 2002, s. 149.

dystansu, który być może pozwoli dostrzec rzeczy w nowym świetle. Obok pytania „jak jest?” równie ważnym pytaniem jest „co by było gdyby?”.

W swojej pracy przedstawiłam transplantację jako przykład urządzenia biopolitycznego, wyszczególniłam poszczególne obszary mogące służyć za egzemplifikację fragmentów rozważań Michela Foucaulta i odniosłam je do rozwiązań z zakresu przeszczepiania narządów ludzkich.

W wyniku tego zestawienia uwypukliłam dwoisty charakter biopolityki – jej negatywność związaną z zagrożeniami o charakterze globalnym i pozytywność nastawioną na ratowanie ludzkiego życia. W tej jednoczesnej produkcji ochrony i zagrożeń ujawnia się sprzeczność tkwiąca w samym sercu biopolityki.

Człowiek w pryzmacie transplantologii jest podważalny na co najmniej kilku płaszczyznach: jako jedność ciała i tożsamości w pojedynczym organizmie; jako organizm podlegający procesom biologicznym (od narodzin po śmierć); jako właściciel swojego ciała. Człowiek traktowany jest jako element wobec którego stosowane są procesy mające na celu odmiotowanie ciała dla celów utylitarnych (ludzki magazyn części zamiennych). Ciało, jego funkcjonowanie a także śmierć stają się podważalne i zależne od urządzania. Władanie (nad) własnym ciałem ograniczone jest względami użytecznościowymi, hipotetycznie w każdym momencie życia możliwość zarządzania własnym ciałem może zostać nam odebrana. Dla przykładu jednostka zarażona rzadką zakaźną chorobą traci możliwość dysponowania sobą, zostaje odosobniona ze względów sanitarnych. Tak życie jak i śmierć są pochodną biopolitycznego interesu.

Człowiek w biopolitycznym urządzeniu liczy się jako element populacji, to ze względu na populację są czynione wobec niego zabiegi. Można przyrównać to do architektury przestrzennej miast. Przestrzeń produkowana jest tak, żeby była wygodna i użyteczna dla jak największej ilości osób. Normowanie przejawia się w pewnych wymiernych wartościach jak wysokości siedzisk ławek, ich rozmieszczenie, długość zielonego światła dla pieszych, rozmieszczenie poszczególnych ciągów komunikacyjnych. Miasta tworzone są w oparciu o normę sprawnościową, sensoryczną czy ruchową uogólnionej jednostki.

Logika liberalne urządzania przejawia się jednak nie tylko w sferze makro, odciska swoje ślady na każdej poszczególnej jednostce. *Homo oeconomicus* to żywe przedsiębiorstwo kierujące swoimi działaniami (i działaniami swojej rodziny – jak podkreśla Foucault) tak by własny kapitał ludzki przełożył się na jak najwyższą produktywność – jak najwyższe zarobki,

które stają się miarą wartości człowieka w ogóle.

Logika biopolitycznego urządzania wymaga permanentnego wglądu i refleksji. Płynność w przechodzeniu od swojej pozytywności do negatywności czyni z niej coś na podobieństwo derridiańskiego pharmaconu – jednocześnie leku i trucizny.

To janusowe oblicze biopolityki, które wielokrotnie podkreślałam w swojej pracy zmusza do namysłu nad ramami myślowymi, bazą myślową na której jest osadzona. Wśród centralnych pytań pozostaje to o możliwość istnienia polityki oderwanej od liberalnego sposobu urządzania. Trudność polega na tym, że oderwanie to byłoby jednocześnie negacją rozumu, racjonalności, zdroworozsądkowej kalkulacji.

Analiza transplantacji narządów ludzkich umożliwia wskazanie praktycznych konsekwencji wynikających z biopolitycznego urządzania i pozwala zobaczyć w niej nie tylko pewną ratującą życie dziedzinę medyczną ale również wpisać ją w szerszy kontekst zarządzania życiem ludzkim. Życie ludzkie nie jest zaś rozumne wyłącznie jako wartość sama w sobie ale pewien przeliczalny, sterowalny i przynoszący realne korzyści obszar ingerencji władzy. Tak jak biopolityka ma dwoisty charakter, tak transplantacja narządów sterowana jest nie przez wgląd na jednostkę a populację, nie jest więc ani jednoznacznie pozytywna ani negatywna, może przynieść tak korzyści jak i zagrożenia. W tej perspektywie transplantacja narządów ludzkich jest obszarem, który pozwala wskazać na pewne charakterystyczne dla nowoczesności odczytywanej w pryzmacie koncepcji biopolityki nakierowanie na wartości ekonomiczne, użyteczność i efektywność.

BIBLIOGRAFIA:

1. *Słownik bioetyki, biopolityki, i ekofilozofii*, red. M. Ciszek, Polskie Towarzystwo Filozoficzne, Warszawa 2008, hasło: *biopolityka*.
2. *Mala encyklopedia medycyny*, red. T. Różnatkowski, t. III, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987
3. P. Aries, *Człowiek i śmierć*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2011.
4. G. Agamben, *Homo sacer. Suwerenna władza i nagie życie*, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 2008.
5. M. Bakke, *Galatea i androidy*, [w:] *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, oprac. A. Chałupnik [et.al], wstęp i redakcja M. Szpakowska, s. 273 – 281.
6. J. Butler, *Ramy wojny. Kiedy życie godne jest oplakiwania?*, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa 2011.
7. M Di Nola, *Triumf śmierci. Antropologia żałoby*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2006.
8. J. Duda, *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Wolters Kulwer, Warszawa 2011.
9. E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium porównawcze*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2008.
10. M. Felllous, *Przeszczep: paradoks tożsamości i radykalnej obcości*, [w:] *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, oprac. A. Chałupnik [et.al], wstęp i redakcja M. Szpakowska, s. 282 – 286.
11. M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
12. M. Foucault, *Narodziny biopolityki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
13. M. Foucault, *Wykład z 17 marca 1976*, [w:] tegoż, *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady z College de France 1976*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1998, s. 237 – 260.
14. F. Jasiński, *Walka z handlem narządami i tkankami ludzkimi z perspektywy Unii Europejskiej*, [w:] *Handel narządami ludzkimi. Etyka prawo, praktyka*, red. Z. Lasocik, M. Wiśniewski, Warszawa 2006.
15. Z. Lasocik, *Analiza spraw karnych*, [w:] *Handel narządami. Spory wokół interpretacji*

- przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, red. Z. Lasocik, E. Rekosz, Ośrodek Badań Handlu Ludźmi UW, Warszawa 2011.
16. T. Lemke, *Analityka biopolityki. Rozważania o przeszłości i teraźniejszości spornego pojęcia*, [w:] *Praktyka Teoretyczna*, nr. 2/2011
 17. T. Lemke, *Biopolityka*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2010.
 18. M. Nowacka, *Filozoficzne aspekty terapii transplantacyjnej*, *Trans Humana* Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok 2002.
 19. S. Lem, *Dzienniki gwiazdowe*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.
 20. K. Przybyszewski, *Problem godności człowieka w kontekście biopolityki*, [w:] *Acta Universitatis Lodzianis, Folia Sociologica*, nr 45/2013.
 21. M. Ratjczak, *Poza paradygmat immunizacji biopolityka w projekcie filozoficznym*
 22. *Roberta Esposito*, [w:] *Praktyka Teoretyczna*, nr 2-3/2011.
 23. W. Rowiński, *Czy w Polsce możliwy jest handel narządami?*, [w:] *Handel narządami ludzkimi. Etyka prawo, praktyka*, red. Z. Lasocik, M. Wiśniewski, Ośrodek Badań Handlu Ludźmi UW, Warszawa 2006.
 24. W. Rowiński, *Prawne i organizacyjne warunki przeszczepu narządów w Polsce*, [w:] *Handel ludźmi. Zapobieganie i ściganie*, red. Zbigniew Lasocik, Ośrodek Badań Praw Człowieka. Katedra Kryminologii i Polityki Kryminalnej UW, Warszawa 2006.
 25. Y. Shimazono, *The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information*, [w:] *Biulletin of the World Health Organization*, vol. 85, nr 12, grudzień 2007.
 26. O. Sitarz, *Kryminalizacja odpłatnych czynności związanych z transplantacją (art. 43 i 44 ustawy z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów)*, [w:] *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, red. Z. Lasocik, E. Rekosz, Ośrodek Badań Handlu Ludźmi UW, Warszawa 2011.
 27. W. M. Stankiewicz, *Wektory rozwoju współczesnej rzeczywistości międzynarodowej a siła niektórych zagrożeń patologicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2012.
 28. D. Ślęczek-Czakon, *Traktowanie ciał zmarłych*, [w:] *Terytorium i peryferia cielesności. Ciało w dyskursie filozoficznym*, red. A. Kiepas, E. Struzik, Katowice : Uniwersytet Śląski ; [Będzin] : Studio 29 Michał Motłoch, 2010.

29. B. Wolniewicz, *Neokanibalizm*, *Res Publica*, 1991, nr 9-10.
30. Sz. Wróbel, *Biopolityka indywidualna a biopolityka państwowa*, [w:] *Praktyka Teoretyczna*, nr. 2/2011.

Akty prawne:

- *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*: Dz.U. 2005 nr 169 poz. 141
- *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru przeciwwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze*: Dz.U.06.228.11350
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie wymagań dla kandydata na dawcę komórek, tkanek lub narządu*: Dz.U. 2006 nr 79 poz. 556
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2008 r. w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu” (tekst jednolity)*: Dz. U. 2008 nr 168 poz.1043
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów*: Dz.U. 2010 nr 53 poz. 319
- *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia*: M.P. 2010 nr 59 poz. 784
- *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*: M.P. 2007 nr 46 poz. 547
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie*: Dz.U. 2009 nr 213 poz. 1655.
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2008 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek*: Dz.U. 2008 nr 190 poz. 1169
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2010 r. w sprawie*

niepowtarzalnego oznakowania i monitorowania komórek, tkanek i narządów: Dz.U. 2010 nr 75 poz. 486

Dane statystyczne:

- P. Malanowski, *Centralny Rejestr Sprzeciwów*, [w:] *Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"*, Warszawa 2014.
- Czerwiński, K. Antoszkiewicz, *Pobieranie i przeszczepianie narządów Polsce w 2013 r.* [w:] *Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"*, Warszawa 2014.
- D. Lewandowska, M. Hermanowicz i inni, *Rejestr Żywych Dawców*, [w:] *Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"*, Warszawa 2014.
- D. Lewandowska, M. Hermanowicz i inne, *Krajowa lista oczekujących na przeszczepienie* [w:] *Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"*, Warszawa 2013.
- Raport Głównego Urzędu Statystycznego: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, kierujący P. Łysoń, Warszawa 2012.
- Raport Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o stanie bezpieczeństwa w Polsce w 2012 roku

Strony internetowe:

- <http://www.policja.pl/pol/kgp/bsk/dokumenty/cyberprzestepczosc/73662,HANDEL-ORGANAMI-LUDZKIMI-W-INTERNECIE.html> (data wejścia 19.12.2014)
- www.poltransplant.pl
- http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2013.html (data wejścia 19.12.2014)
- <http://www.poltransplant.org.pl/klo.html#Przeszczepienia> (data wejścia 18.12.2014)
- <http://www.poltransplant.org.pl/alokacja2.html> (data wejścia: 18.02.2015)
- <http://www.poltransplant.org.pl/poltransplant.html> (data wejścia 21.02.2015)

- Internetowe wydanie Słownika Języka Polskiego, hasło: przedsiębiorstwo, <http://sjp.pl/przedsi%EAbiorstwo> (data wejścia 22.02.2015)

- *Zestawienie zbiorcze aktywności ośrodków zajmujących się bankowaniem tkanek za rok 2013*, dostępne na: <http://www.kcbtik.pl/zestawienia/2013/zza2013.pdf> (data wejścia 22.02.2015)

ANEKS

Aneks zawiera wybór aktów prawnych wykorzystanych w pracy. Zawiera poniższe akty:

1. Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411) (fragmenty)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2008 r. w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu” (tekst jednolity) (Dz. U. 2008 nr 168 poz.1043)
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2007 nr 46 poz. 547)
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia (M.P. 2010 nr 59 poz. 784)
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2010 nr 53 poz. 319)
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie (Dz.U. 2009 nr 213 poz. 1655)

**Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r.
o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów
(fragmenty)**

**Rozdział 1
Przepisy ogólne**

Art. 1.

1. Ustawa określa zasady:

- 1) pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej; tkanek i narządów

pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok;
2) testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich.

2. Przepisów ustawy nie stosuje się do:

- 1) pobierania, przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części;
- 2) pobierania, przechowywania i dystrybucji krwi do celów jej przetaczania, oddzielenia jej składników lub przetworzenia w leki.
3. Do pozwoleń, o których mowa w ustawie, w zakresie spraw w niej nieuregulowanych, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 3

1. Za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej lub korzyści osobistej.

2. Zwrot kosztów pobrania, przechowywania, przetwarzania, sterylizacji, dystrybucji i przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów pobranych od dawcy nie jest zapłatą i nie stanowi korzyści majątkowej lub osobistej w rozumieniu ust. 1.

3. Do kosztów pobrania komórek, tkanek i narządów zalicza się koszty:

- 1) koordynacji pobrania;
- 2) badań i wydania na ich podstawie opinii lekarskich;
- 3) identyfikacji potencjalnego dawcy;
- 4) kwalifikacji potencjalnego dawcy;
- 5) komisyjnego stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu w sposób określony w art. 9 ust. 4;
- 6) hospitalizacji potencjalnego dawcy, od stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów;
- 7) badań laboratoryjnych przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów;
- 8) badań kwalifikujących narządy do przeszczepienia, po pobraniu od dawcy;
- 9) zabiegu pobrania komórek lub tkanek;
- 10) badań kwalifikujących komórki lub tkanki do przeszczepienia, po pobraniu od dawcy;
- 11) zabiegu pobrania narządów z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez podmiot leczniczy, w którym:
 - a) pobrano narząd lub narządy,
 - b) przeszczepiono pobrany narząd lub narządy.

4. Do kosztów pobrania szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej, poza kosztami określonymi w ust. 3 pkt 1-4, 7 i 9, zalicza się koszty:

- 1) transportu potencjalnego dawcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane pobranie szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej oraz potencjalnego dawcy albo dawcy z tego podmiotu leczniczego;
- 2) pobytu dawcy w podmiocie leczniczym związanego z pobraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 3) przechowywania i przetworzenia szpiku, komórek krwiotwórczych krwi

obwodowej i krwi pępowinowej;

4) transportu pobranego i przetworzonego szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;

5) ponoszone przez ośrodek dawców szpiku w związku z udostępnianiem szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej.

5. Do kosztów pobrania komórek lub tkanek ze zwłok ludzkich, poza kosztami określonymi w ust. 3 pkt 1-4, 7, 9 i 10, zalicza się koszty:

1) transportu komórek lub tkanek z podmiotu leczniczego, zakładu medycyny sądowej, zakładu anatomii patologicznej uczelni medycznej i uniwersytetu z wydziałem medycznym, instytutu badawczego, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618), i zakładu pogrzebowego posiadającego salę sekcijną do banku tkanek i komórek;

2) osobowe, rzeczowe, materiałowe i organizacyjne niezbędne do pobrania komórek lub tkanek;

3) testowania, przetwarzania, konserwowania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji komórek lub tkanek.

6. Do kosztów pobrania od żywego dawcy regenerujących się komórek lub tkanek, innych niż szpik, komórki krwiotwórcze krwi obwodowej i krwi pępowinowej, poza kosztami określonymi w ust. 3 pkt 1-4, 7 i 9, zalicza się koszty:

1) transportu potencjalnego dawcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane pobranie, lub do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie oraz potencjalnego dawcy albo dawcy z tych podmiotów;

2) pobytu potencjalnego dawcy w podmiocie leczniczym związane z pobraniem;

3) przechowywania i przetworzenia pobranych komórek lub tkanek;

4) transportu z podmiotu leczniczego pobranych komórek lub tkanek do banku tkanek i komórek;

5) hodowania pobranych komórek lub tkanek;

6) transportu pobranych komórek lub tkanek do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie.

7. Do kosztów pobrania narządu od żywego dawcy, poza kosztami określonymi w ust. 3 pkt 1-4, 7 i 11, zalicza się koszty:

1) transportu żywego potencjalnego dawcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane pobranie lub do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie oraz żywego potencjalnego dawcy albo żywego dawcy z tych podmiotów;

2) przygotowania żywego potencjalnego dawcy do pobrania;

3) transportu pobranego narządu do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;

4) leczenia żywego dawcy po zabiegu pobrania narządu.

8. Do kosztów przeszczepienia narządów, szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej zalicza się koszty:

1) koordynacji przeszczepienia;

2) transportu potencjalnego biorcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;

- 3) identyfikacji i kwalifikacji potencjalnego biorcy do przeszczepienia;
- 4) wykonania zabiegu przeszczepienia;
- 5) leczenia po zabiegu przeszczepienia, przez okres ustalony w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

9. Zwrotu kosztów określonych w ust. 3 pkt 6, 7 i 11 lit. a, dokonuje Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" albo Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zwrotu kosztów dokonuje się na podstawie faktury wystawionej przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu.

10. Zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 8 i 11 lit. b, dokonuje podmiot leczniczy, któremu dostarczono w celu przeszczepienia narząd, na podstawie faktury wystawionej przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu.

11. Zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 9 oraz w ust. 5 i 6, dokonuje bank tkanek i komórek na podstawie faktury wystawionej przez podmiot, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 lub 3, który dokonał pobrania komórek lub tkanek.

12. Zwrotu podmiotowi leczniczemu kosztów określonych w:

- 1) ust. 3 pkt 1-5 - dokonuje Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 2) ust. 4, 7 i 8 - dokonuje Narodowy Fundusz Zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia

- w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

13. Koszty, o których mowa w ust. 3 pkt 10, są kosztami działalności banku tkanek i komórek.

14. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów, uwzględniając procedury związane z wykonywaniem tych czynności.

Rozdział 2

Pobieranie komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich

Art. 4

1. Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.
2. Komórki, tkanki lub narządy ze zwłok ludzkich mogą być pobierane również w czasie sekcji zwłok dokonywanej na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 5

1. Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.
2. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy.

3. W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.

4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w przypadku pobierania komórek, tkanek i narządów w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny w czasie sekcji zwłok postępowania leczniczego.

Art. 6

1. Sprzeciw wyraża się w formie:

- 1) wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich;
- 2) oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis;
- 3) oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

2. Przepisy ust. 1 stosuje się również do sprzeciwu wyrażanego przez przedstawiciela ustawowego.

3. Sprzeciw jednego przedstawiciela ustawowego lub osoby, o której mowa w art. 5 ust. 3, jest skuteczny w stosunku do pozostałych.

4. Sprzeciw może być cofnięty w każdym czasie w formach, o których mowa w ust. 1.

Art. 7

1. W celu rejestrowania, przechowywania i udostępniania wpisu, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1, oraz zgłoszeń o wykreślenie wpisu sprzeciwu, tworzy się centralny rejestr sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, zwany dalej "centralnym rejestrzem sprzeciwów".

2. O dokonaniu wpisu sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów lub o jego wykreśleniu niezwłocznie zawiadamia się przesyłką poleconą osobę, której sprzeciw dotyczy, lub przedstawiciela ustawowego takiej osoby.

3. W centralnym rejestrze sprzeciwów zamieszcza się następujące dane osoby, której sprzeciw dotyczy:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) datę i miejsce urodzenia;
- 3) numer PESEL, jeżeli posiada;
- 4) adres i miejsce zamieszkania;
- 5) datę oraz miejscowość, w której sprzeciw albo jego cofnięcie zostały sporządzone;
- 6) datę wpłynięcia sprzeciwu albo datę wpłynięcia zgłoszenia o wykreślenie wpisu sprzeciwu.

4. W przypadku, o którym mowa w art. 5 ust. 2, w centralnym rejestrze sprzeciwów zamieszcza się również dane określone w ust. 3 pkt 1-3 dotyczące przedstawiciela ustawowego.

5. Dane, o których mowa w ust. 3 i 4, przechowuje się przez okres 5 lat, licząc od dnia śmierci osoby, której sprzeciw dotyczy, a po jego upływie - niszczy się w sposób uniemożliwiający identyfikację tej osoby.

6. Informacji o tym, czy sprzeciw danej osoby jest umieszczony w centralnym rejestrze sprzeciwów udziela się niezwłocznie po otrzymaniu pytania od lekarza zamierzającego dokonać pobrania lub osoby przez niego upoważnionej.

7. Centralny rejestr sprzeciwów prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".

8. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, sposób prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposób ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze, uwzględniając możliwość prowadzenia tego rejestru w formie elektronicznej.

Art. 8

1. Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego stanowiącego przestępstwo, pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek i narządów, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko nieletniemu - stanowiska sądu rodzinnego.

2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb uzyskania informacji lub stanowiska, o których mowa w ust. 1, uwzględniając w szczególności potrzeby postępowania dowodowego oraz sposób postępowania w przypadkach niecierpiących zwłoki.

Art. 9

1. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu).

2. Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalają powołani przez ministra właściwego do spraw zdrowia specjaliści odpowiednich dziedzin medycyny przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

4. Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdza jednomyślnie, na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 3, komisja złożona z trzech lekarzy, posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

5. Komisję, o której mowa w ust. 4, powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik podmiotu leczniczego lub osoba przez niego upoważniona.

6. Lekarze wchodzący w skład komisji, o której mowa w ust. 4, nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której dana komisja stwierdziła trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu.

Art. 9a

1. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

2. Lekarz stwierdzający zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia nie może brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której stwierdził zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

Art. 10

Przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej lekarz lub osoba przez niego upoważniona:

- 1) zasięgają informacji, czy nie został zgłoszony sprzeciw w formie określonej w art. 6 ust. 1 pkt 1;
- 2) ustalają istnienie sprzeciwu wyrażonego w formach, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 i 3, na podstawie dostępnych informacji lub dokumentów.

Art. 11

Lekarz pobierający ze zwłok ludzkich komórki, tkanki lub narządy jest obowiązany zapewnić nadanie zwłokom należytego wyglądu.

Rozdział 3

Pobieranie komórek, tkanek lub narządów od żywych dawców

Art. 12

1. Komórki, tkanki lub narządy mogą być pobierane od żywego dawcy w celu przeszczepienia innej osobie, przy zachowaniu następujących warunków:

- 1) pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka oraz, z zastrzeżeniem art. 13, na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste;
- 2) w odniesieniu do pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek lub tkanek, pobranie może nastąpić również na rzecz innej osoby niż wymieniona w pkt 1;
- 3) zasadność i celowość pobrania i przeszczepienia komórek, tkanek lub narządów od określonego dawcy ustalają lekarze pobierający i przeszczepiający je określonemu biorcy na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej;
- 4) pobranie zostało poprzedzone niezbędnymi badaniami lekarskimi ustalającymi, czy ryzyko zabiegu nie wykracza poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów i nie upośledzi w istotny sposób stanu zdrowia dawcy;
- 5) kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody szczegółowo, pisemnie poinformowany o rodzaju zabiegu, ryzyku związanym z tym zabiegiem i o dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości przez lekarza wykonującego zabieg oraz przez innego lekarza niebiorącego bezpośredniego udziału w pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek lub narządu;
- 6) kobieta ciężarna może być kandydatem na dawcę jedynie komórek i tkanek; ryzyko, o którym mowa w pkt 4 i 5, określa się w tym przypadku również dla mającego się urodzić dziecka przy udziale lekarza ginekologa-położnika i neonatologa;
- 7) kandydat na dawcę ma pełną zdolność do czynności prawnych i wyraził dobrowolnie przed lekarzem pisemną zgodę na pobranie komórek, tkanek lub narządu w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy; wymóg określenia biorcy przeszczepu nie dotyczy pobrania szpiku lub innej regenerującej się komórki i tkanki;
- 8) kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody uprzedzony o skutkach dla biorcy wynikających z wycofania zgody na pobranie komórek, tkanek lub narządu,

związanych z ostatnią fazą przygotowania biorcy do dokonania ich przeszczepienia;
9) kandydat na biorcę został poinformowany o ryzyku związanym z zabiegiem pobrania komórek, tkanek lub narządu oraz o możliwych następstwach pobrania dla stanu zdrowia dawcy, a także wyraził zgodę na przyjęcie komórek, tkanek lub narządu od tego dawcy; wymóg wyrażenia zgody na przyjęcie przeszczepu od określonego dawcy nie dotyczy szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek.

2. W przypadku gdy zachodzi bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia, a niebezpieczeństwa takiego nie można uniknąć w inny sposób niż przez dokonanie przeszczepu szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, dawcą na rzecz rodzeństwa może być również małoletni, jeżeli nie spowoduje to dającego się przewidzieć upośledzenia sprawności organizmu dawcy.
3. Pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od małoletniego, który nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, może być dokonane za zgodą przedstawiciela ustawowego po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania kandydata na dawcę. W przypadku gdy dawcą szpiku jest małoletni powyżej lat trzynastu, wymagana jest także jego zgoda.
4. Sąd orzeka na wniosek przedstawicieli ustawowych kandydata na dawcę, po wysłuchaniu małoletniego i zasięgnięciu opinii biegłego psychologa, a w przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu - również na jego wniosek. Do wniosku należy dołączyć orzeczenie lekarskie stwierdzające, że pobranie szpiku nie spowoduje dającego się przewidzieć upośledzenia organizmu dawcy.
5. Rozpoznanie wniosku, o którym mowa w ust. 4, następuje w terminie 7 dni.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania zdrowotne, jakim powinien odpowiadać kandydat na dawcę, wykaz badań lekarskich i pomocniczych badań diagnostycznych, jakim powinien podlegać kandydat na dawcę komórek, tkanek lub narządu, oraz przeciwwskazania do oddania komórek, tkanek lub narządu, uwzględniając stan zdrowia żywego dawcy.

Art. 13

1. Pobranie komórek, tkanek lub narządu od żywego dawcy na rzecz osoby niebędącej krewnym w linii prostej, rodzeństwem, osobą przysposobioną lub małżonkiem, wymaga zgody sądu rejonowego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu dawcy, wydanego w postępowaniu nieprocesowym, po wysłuchaniu wnioskodawcy oraz po zapoznaniu się z opinią Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej.
2. Przepis ust. 1 nie dotyczy pobrania szpiku i innych regenerujących się komórek lub tkanek.
3. Sąd wszczyna postępowanie na wniosek kandydata na dawcę. Do wniosku dołącza się:
 - 1) pisemną zgodę biorcy na pobranie komórek, tkanek lub narządu od tego dawcy;
 - 2) opinię Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej;
 - 3) orzeczenie kierownika zespołu lekarskiego mającego dokonać przeszczepienia o zasadności i celowości wykonania zabiegu.
4. Rozpoznanie wniosku, o którym mowa w ust. 3, następuje w terminie 7 dni.

Art. 14

Postępowanie w sprawach, o których mowa w art. 12 ust. 3 oraz art. 13, jest wolne od opłat sądowych.

Art. 15

1. W celu należytego monitorowania i oceny stanu zdrowia żywych dawców, od których pobrano narząd do przeszczepienia, tworzy się centralny rejestr żywych dawców narządów, zwany dalej "rejestrem żywych dawców".

2. W rejestrze żywych dawców zamieszcza się następujące dane:

- 1) imię i nazwisko żywego dawcy;
- 2) datę i miejsce urodzenia żywego dawcy;
- 3) adres miejsca zamieszkania żywego dawcy;
- 4) numer PESEL żywego dawcy, jeżeli posiada;
- 5) datę i miejsce pobrania;
- 6) narząd, który uległ pobraniu;
- 7) nazwę i adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano pobrania;
- 8) imię i nazwisko lekarza, który dokonał pobrania;
- 9) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

3. Dane, o których mowa w ust. 2, podmiot leczniczy, w którym dokonano pobrania, przekazuje niezwłocznie do rejestru żywych dawców.

4. Dane, o których mowa w ust. 2, udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej.

5. Rejestr żywych dawców prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".

Art. 17

1. Potencjalnego biorcę zakwalifikowanego do przeszczepienia szpiku, komórek lub narządów zgłasza się na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie, zwanej dalej "listą".

2. Zgłoszenia danych, o których mowa w ust. 3, do listy, dokonuje lekarz kierujący zespołem, o którym mowa w art. 16c ust. 3.

3. Zgłoszenie zawiera następujące dane:

- 1) imię i nazwisko potencjalnego biorcy;
- 2) datę i miejsce urodzenia potencjalnego biorcy;
- 3) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji potencjalnego biorcy;
- 4) numer PESEL potencjalnego biorcy, jeżeli posiada;
- 5) rozpoznanie lekarskie;
- 6) grupę krwi i Rh potencjalnego biorcy;
- 7) rodzaj planowanego przeszczepienia;
- 8) pilność przeszczepienia według aktualnie obowiązujących dla danego rodzaju przeszczepu kryteriów medycznych;
- 9) imię, nazwisko oraz miejsce wykonywania zawodu lekarza dokonującego zgłoszenia;
- 10) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

4. Umieszczenie na liście jest warunkiem otrzymania przeszczepu.

5. Wyboru potencjalnego biorcy dokonuje się na podstawie kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 8.

6. Dane, o których mowa w ust. 3, udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej.

7. Listę prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i tryb tworzenia i prowadzenia listy,
- 2) kryteria medyczne i sposób dokonywania wyboru potencjalnego biorcy,
- 3) sposób informowania potencjalnych biorców o kolejności wpisu na listę

- uwzględniając aktualny stan wiedzy medycznej i zachowanie równego dostępu do zabiegu przeszczepienia oraz możliwość prowadzenia listy w formie elektronicznej.

Art. 18.

1. W celu należytego monitorowania dokonywanych przeszczepień komórek, tkanek i narządów tworzy się krajowy rejestr przeszczepień, zwany dalej "rejestrem przeszczepień".

2. W rejestrze przeszczepień zamieszcza się następujące dane:

- 1) imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania biorcy przeszczepu;
- 2) datę i miejsce urodzenia biorcy przeszczepu;
- 3) numer PESEL biorcy przeszczepu, jeżeli posiada;
- 4) datę przeszczepienia;
- 5) rodzaj przeszczepionych komórek, tkanek lub narządów;
- 6) firmę i adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano przeszczepienia;
- 7) informacje dotyczące przeżycia biorcy oraz przeszczepu w okresie 3 i 12 miesięcy, po przeszczepieniu, a następnie w odstępach co 12 miesięcy, aż do utraty przeszczepu lub zgonu biorcy przeszczepu.

3. Dane, o których mowa w ust. 2, przekazuje podmiot leczniczy, który sprawuje aktualnie opiekę nad biorcą przeszczepu.

4. Dane, o których mowa w ust. 2, udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej.

5. Rejestr przeszczepień prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób prowadzenia rejestru, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając konieczność oceny wyników przeszczepienia oraz możliwość prowadzenia rejestru w formie elektronicznej.

Art. 19

1. Dane osobowe dotyczące potencjalnego dawcy, dawcy, potencjalnego biorcy i biorcy są objęte tajemnicą i podlegają ochronie przewidzianej w przepisach o tajemnicy zawodowej i służbowej oraz w przepisach dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej przez podmioty lecznicze.

2. Jeżeli narząd ma być pobrany od żywego dawcy, przepis ust. 1 nie dotyczy ujawnienia danych osobowych o dawcy i o biorecy odpowiednio tym osobom.

Rozdział 4

Szczególne rodzaje pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów

Art. 20

1. Dopuszcza się przeszczepienie w celach leczniczych ludziom komórek, tkanek lub narządów pochodzących od zwierząt.
2. Przeszczepienie, o którym mowa w ust. 1, wymaga uzyskania pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej.
3. Do przeszczepienia, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy dotyczące eksperymentów medycznych.

Art. 21

Komórki, tkanki lub narządy mogą być pozyskane w celu przeszczepienia z narządów lub ich części usuniętych z innych przyczyn niż w celu pobrania z nich komórek, tkanek lub narządów, po uzyskaniu zgody na ich użycie od dawcy lub jego przedstawiciela ustawowego.

Rozdział 5

Dawstwo komórek, tkanek i narządów lub ich części

Art. 22

1. Dawcy szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek przysługuje tytuł Dawca Przeszczepu.
2. Odznakę i legitymację potwierdzającą posiadanie tytułu Dawca Przeszczepu wydaje podmiot leczniczy, który pobrał szpik lub inne regenerujące się komórki lub tkanki.
3. Dawcy Przeszczepu, który oddał szpik lub inne regenerujące się komórki i tkanki więcej niż raz oraz dawcy narządu, przysługuje tytuł Zasłużony Dawca Przeszczepu.
4. Odznakę i legitymację, potwierdzającą posiadanie tytułu Zasłużonego Dawcy Przeszczepu, wydaje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant".
5. Wydatki związane z wydaniem legitymacji i odznak, o których mowa w ust. 2 i 4, są pokrywane z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory legitymacji i odznaki oraz sposób i tryb nadawania odznaki "Dawca Przeszczepu" i "Zasłużony Dawca Przeszczepu" wraz ze sposobem dokumentowania ilości pobrań dla celów nadania tej odznaki, uwzględniając dane gromadzone przez Centrum Organizacyjno-Koordinacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" oraz propagowanie dawstwa tkanek, komórek i narządów.

Art. 23

1. Dawcy Przeszczepu i Zasłużonemu Dawcy Przeszczepu przysługują uprawnienia do korzystania poza kolejnością z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.
2. Dawcy szpiku lub komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej oraz dawcy narządu, który w związku z zabiegiem pobrania doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, przysługuje odszkodowanie na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego.

Art. 24

Podmioty podejmujące działania w zakresie propagowania dawstwa komórek, tkanek lub narządów są obowiązane poinformować ministra właściwego do spraw zdrowia o zakresie tych działań.

Rozdział 6 Banki tkanek i komórek

Art. 25

W celu gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek przeznaczonych do przeszczepienia są tworzone banki tkanek i komórek.

Art. 26

1. Czynności, o których mowa w art. 25, są wykonywane przez bank tkanek i komórek po uzyskaniu pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na wykonywanie tych czynności.
2. Wniosek o uzyskanie pozwolenia, o którym mowa w ust. 1, bank tkanek i komórek składa do Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.
3. Pozwolenia, o którym mowa w ust. 1, udziela minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, po zaopiniowaniu przez Krajową Radę Transplantacyjną.
4. Pozwolenia, o którym mowa w ust. 1, udziela się na okres pięciu lat.
5. Bank tkanek i komórek uzyskuje pozwolenie, o którym mowa w ust. 1, jeżeli łącznie spełnia następujące warunki:
 - 1) zatrudnia osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, w tym osobę odpowiedzialną za przestrzeganie przez ten bank przepisów ustawy, a także zasad określonych w systemie zapewnienia jakości, o którym mowa w art. 29;
 - 2) posiada pomieszczenia i urządzenia odpowiadające wymaganiom fachowym i sanitarnym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 7;
 - 3) przedstawi projekt systemu zapewnienia jakości, o którym mowa w art. 29.
6. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, dołącza się:
 - 1) informację o liczbie pracowników i ich kwalifikacjach;
 - 2) opinię właściwego państwowego inspektora sanitarnego o spełnianiu wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 7;
 - 3) wykaz pomieszczeń i urządzeń;
 - 4) strukturę organizacyjną banku tkanek i komórek;
 - 5) zakresy czynności pracowników banku tkanek i komórek;
 - 6) przewidywany zakres działalności banku tkanek i komórek;
 - 7) wykaz podmiotów, którym bank tkanek i komórek będzie zlecał dokonywanie czynności, o których mowa w art. 31, oraz szczegółowe określenie zleczanych czynności wraz z kopiami umów zawartych z tymi podmiotami.
7. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, dołącza się również imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej, o której mowa w ust. 5 pkt 1, zwanej dalej "osobą odpowiedzialną".

8. W przypadku gdy osoba odpowiedzialna jest czasowo zastępowana przez inną osobę, bank tkanek i komórek niezwłocznie przekazuje imię i nazwisko tej osoby do Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek i informuje o dacie rozpoczęcia pełnienia obowiązków przez tę osobę.

Art. 27

1. Banki tkanek i komórek informują niezwłocznie Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 26 ust. 5-8.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje oceny, czy:

- 1) bank tkanek i komórek ubiegający się o pozwolenie, o którym mowa w art. 26 ust. 1, spełnia warunki wymagane do jego uzyskania;
- 2) podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 6 pkt 7, spełniają w zakresie czynności określonych w umowie zawartej z bankiem tkanek i komórek wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 6 i 7.

3. Ocena, o której mowa w ust. 2, jest dokonywana na podstawie raportu pokontrolnego, sporządzonego po przeprowadzeniu kontroli w celu stwierdzenia, czy bank tkanek i komórek ubiegający się o pozwolenie, o którym mowa w art. 26 ust. 1, spełnia warunki wymagane do jego uzyskania.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia cofa pozwolenie, jeżeli:

- 1) bank tkanek i komórek przestał spełniać warunki wymagane do uzyskania pozwolenia, o którym mowa w art. 26 ust. 1;
- 2) bank tkanek i komórek uniemożliwia przeprowadzenie kontroli niezbędnej do stwierdzenia, czy spełnia wymagania do realizacji zadań określonych ustawą;
- 3) podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 6 pkt 7, nie spełniają wymagań określonych dla banków tkanek i komórek w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 7 w zakresie czynności określonych w umowie zawartej z bankiem tkanek i komórek, lub
- 4) osoby zatrudnione w podmiotach, o których mowa w art. 26 ust. 6 pkt 7, nie spełniają wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 6.

5. Udzielenie pozwolenia, odmowa udzielenia pozwolenia oraz cofnięcie pozwolenia, o którym mowa w art. 26 ust. 1, następuje w drodze decyzji administracyjnej. Decyzja o cofnięciu pozwolenia podlega natychmiastowemu wykonaniu. W decyzji określa się sposób przekazania przechowywanych tkanek i komórek do innego banku lub banków tkanek i komórek posiadających pozwolenie.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje wymagane od osób zatrudnionych w bankach tkanek i komórek wykonujących bezpośrednio czynności związane z przetwarzaniem, przechowywaniem, dystrybucją lub testowaniem tkanek i komórek ludzkich, mając na uwadze bezpieczeństwo dawców i biorców.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania fachowe i sanitarne dla banków tkanek i komórek, uwzględniając zakres wykonywanych czynności i mając na uwadze bezpieczeństwo zdrowotne dawców i biorców.

Art. 28

1. Kierownik banku tkanek i komórek wyznacza osobę odpowiedzialną.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1, posiada co najmniej:

- 1) wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych lub biologicznych;
- 2) dwuletnie doświadczenie zawodowe uzyskane w bankach tkanek i komórek lub podmiotach, których przedmiotem działalności są czynności związane z przetwarzaniem, konserwowaniem, przechowywaniem, dystrybucją, pobieraniem lub testowaniem tkanek i komórek ludzkich.

3. Do zakresu zadań osoby odpowiedzialnej należy:

- 1) zapewnienie przestrzegania:
 - a) wymogów dotyczących pobierania tkanek i komórek ludzkich,
 - b) kryteriów doboru dotyczących dawcy tkanek i komórek,
 - c) wykonywania badań laboratoryjnych wymaganych w odniesieniu do dawców,
 - d) procedur pobierania tkanek i komórek, a także ich przyjmowania do banku tkanek i komórek,
 - e) wymogów dotyczących przygotowania tkanek i komórek,
 - f) procedur przetwarzania, testowania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek,
 - g) wymogów dotyczących bezpośredniej dystrybucji określonych tkanek i komórek do odbiorcy;
- 2) informowanie Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek o każdym przypadku zaistnienia istotnego zdarzenia niepożądanego lub istotnej niepożądanego reakcji;
- 3) prowadzenie stałego monitorowania przestrzegania przez personel banku tkanek i komórek systemu zapewnienia jakości;
- 4) przekazywanie niezbędnych danych do rejestru banków tkanek i komórek;
- 5) promocja honorowego dawstwa tkanek i komórek.

Art. 28a

Bank tkanek i komórek jest obowiązany zapewnić pracownikom, których czynności wpływają na jakość komórek i tkanek oraz na bezpieczeństwo dawców i biorców, w tym osobie odpowiedzialnej, odbycie szkoleń, o których mowa w art. 40a ust. 1.

Art. 29.

1. Bank tkanek i komórek opracowuje i wdraża system zapewnienia jakości określający w szczególności sposób monitorowania stanu tkanek i komórek w drodze między dawcą a biorcą oraz wszelkich wyrobów medycznych i materiałów mających bezpośrednio kontakt z tymi tkankami i komórkami.

2. System zapewnienia jakości obejmuje w szczególności następujące dokumenty:

- 1) standardowe procedury operacyjne;
- 2) wytyczne;
- 3) instrukcje postępowania;
- 4) formularze sprawozdawcze;
- 5) karty dawców;
- 6) informacje w sprawie miejsca przeznaczenia tkanek lub komórek.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości, o którym mowa w ust. 1, w szczególności wymagania dla przechowywania tkanek i komórek, rejestrowania danych dawców oraz konieczność utworzenia standardowych procedur operacyjnych, uwzględniając dokumenty, o

których mowa w ust. 2.

Art. 30 (uchylony).

Art. 31

1. Bank tkanek i komórek zawiera pisemną umowę o współpracę w określonym zakresie z podmiotem, którego działalność wpływa na jakość i bezpieczeństwo tkanek i komórek przetworzonych we współpracy z tym podmiotem.
2. Bank tkanek i komórek jest obowiązany, przed zawarciem umowy, o której mowa w ust. 1, zweryfikować przestrzeganie przez podmiot wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 6 i 7 oraz określonych w systemie zapewnienia jakości, o którym mowa w art. 29.
3. Bank tkanek i komórek przechowuje, na potrzeby kontroli, o której mowa w art. 35, umowy wymienione w ust. 1.

Art. 32

Bank tkanek i komórek jest obowiązany:

- 1) znakować, pakować tkanki i komórki oraz dokumentować te czynności;
- 2) zapewniać najwyższą jakość tkanek i komórek podczas dystrybucji;
- 3) zapewnić, aby wszystkie czynności związane z przechowywaniem tkanek i komórek były przeprowadzane w warunkach kontrolowanych właściwych dla każdej czynności.

Art. 32a

1. Bank tkanek i komórek zawiera umowę o przechowywanie komórek lub tkanek z osobą, która te komórki lub tkanki oddała do przechowania.
2. Umowa, o której mowa w ust. 1, zawiera w szczególności określenie:
 - 1) terminu, w którym upływa okres, na jaki udzielone zostało pozwolenie, o którym mowa w art. 26 ust. 1;
 - 2) banku lub banków tkanek i komórek posiadających pozwolenie, o którym mowa w art. 26 ust. 1, do których zostaną przekazane przechowywane komórki lub tkanki w przypadku zaprzestania prowadzenia działalności przez bank tkanek i komórek, w tym również w przypadku cofnięcia pozwolenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. Bank tkanek i komórek informuje osoby, które oddały do przechowania komórki lub tkanki w tym banku tkanek i komórek, o cofnięciu pozwolenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 33 (uchylony).

Art. 34

Bank tkanek i komórek jest obowiązany gromadzić i przechowywać dokumentację dotyczącą przechowywanych i wydawanych tkanek i komórek przez co najmniej 30 lat od dnia ich wydania w celu przeszczepienia, w sposób umożliwiający identyfikację dawców i biorców tkanek i komórek. Dokumentacja może być również przechowywana w formie elektronicznej.

Art. 35

1. Minister właściwy do spraw zdrowia przeprowadza kontrolę w:
 - 1) bankach tkanek i komórek dotyczącą spełniania:
 - a) warunków wymaganych do uzyskania pozwolenia, o którym mowa w art. 26 ust. 1, lub
 - b) wymagań określonych ustawą;
 - 2) podmiotach, o których mowa w art. 26 ust. 6 pkt 7, dotyczącą:
 - a) spełniania wymagań określonych dla banków tkanek i komórek w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 7 w zakresie czynności określonych w umowie zawartej z bankiem tkanek i komórek, lub
 - b) spełniania przez osoby zatrudnione w tych podmiotach wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 6;
 - c) spełniania wymagań dla banków tkanek i komórek określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 29 ust. 3;
 - 3) podmiotach, o których mowa w art. 16a ust. 1 i art. 16c ust. 1 w zakresie wymagań określonych ustawą.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Krajowemu Centrum Bankowania Tkanek i Komórek wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 1.
3. Kontrola przeprowadzana jest w każdym przypadku zaistnienia podejrzenia istotnej niepożądanego reakcji lub istotnego zdarzenia niepożądanego, jednak nie rzadziej niż raz na dwa lata.
4. Czynności kontrolne przeprowadzają upoważnieni pracownicy urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia albo w przypadku, o którym mowa w ust. 2, pracownicy Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, na podstawie imiennego upoważnienia, zawierającego:
 - 1) wskazanie podstawy prawnej;
 - 2) oznaczenie organu kontroli;
 - 3) datę i miejsce wystawienia;
 - 4) imię i nazwisko upoważnionego pracownika;
 - 5) oznaczenie jednostki kontrolowanej;
 - 6) wskazanie daty rozpoczęcia kontroli i przewidywanego terminu zakończenia kontroli;
 - 7) zakres kontroli;
 - 8) podpis osoby udzielającej upoważnienia, z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji;
 - 9) pouczenie o prawach i obowiązkach jednostki kontrolowanej.
5. Upoważnieni pracownicy, o których mowa w ust. 4, zwani dalej "kontrolerami", mają prawo:
 - 1) swobodnego wstępu do obiektów i pomieszczeń jednostki kontrolowanej;
 - 2) wglądu do wszelkich dokumentów związanych z działalnością jednostki kontrolowanej;
 - 3) żądania od pracowników jednostki kontrolowanej udzielenia ustnych oraz pisemnych wyjaśnień.
6. Kontroler przedstawia wyniki przeprowadzonej kontroli w protokole kontroli.
7. Protokół kontroli wskazuje nieprawidłowości stwierdzone w funkcjonowaniu jednostki

kontrolowanej oraz zawiera zalecenia pokontrolne dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i termin ich usunięcia albo informuje o braku nieprawidłowości.

8. W terminie 14 dni od dnia doręczenia protokołu kontroli jednostce kontrolowanej przysługuje prawo wniesienia zastrzeżeń do ministra właściwego do spraw zdrowia.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia lub odrzuca zastrzeżenia w terminie 14 dni od dnia ich wniesienia, przy czym stanowisko ministra właściwego do spraw zdrowia jest ostateczne.

10. W przypadku niewykonania przez kontrolowaną jednostkę zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie minister właściwy do spraw zdrowia może cofnąć pozwolenie, o którym mowa w art. 26 ust. 1.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb przeprowadzania przez podmioty upoważnione na podstawie przepisów ustawy kontroli:

- 1) banków tkanek i komórek,
 - 2) podmiotów, o których mowa w art. 16a ust. 1, art. 26 ust. 6 pkt 7, art. 36 ust. 1 i art. 37 ust. 1, w zakresie działalności objętej pozwoleniami wydanymi na podstawie przepisów ustawy,
 - 3) ośrodków kwalifikujących, w zakresie spełnienia wymagań określonych ustawą i przepisami wydanymi na podstawie art. 16c ust. 10
- uwzględniając w szczególności sposób dokonywania poszczególnych czynności kontrolnych, ich zakres oraz dokumentację przebiegu kontroli, mając na uwadze potrzebę zapewnienia sprawnego przeprowadzenia kontroli.

Rozdział 7

Postępowanie z komórkami, tkankami oraz narządami

Art. 36

1. Postępowanie dotyczące komórek, tkanek i narządów polegające na:

- 1) pobieraniu komórek, tkanek i narządów od żywych dawców - może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych;
- 2) pobieraniu narządów w celu przeszczepienia ze zwłok ludzkich - może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych;
- 3) pobieraniu komórek i tkanek ze zwłok ludzkich - może być prowadzone w podmiotach leczniczych, zakładach medycyny sądowej, zakładach anatomii patologicznej uczelni medycznych i uniwersytetów z wydziałem medycznym, instytutach badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, i zakładach pogrzebowych posiadających salę sekcijną;
- 4) przechowywaniu narządów - może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych wykonujących przeszczepienia;
- 5) przeszczepianiu - może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych.

1a. Czynności, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 4 i 5, mogą wykonywać podmioty posiadające pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. (uchylony).

3. Do udzielenia pozwolenia, o którym mowa w ust. 1a, stosuje się odpowiednio przepisy art.

26 i art. 27 ust. 1-5, z tym że zadania i czynności Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek wykonuje Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".

4. Wniosek podmiotu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, 4 i 5, o pozwolenie określa przewidywany zakres procedur transplantacyjnych.

5. Czynności, o których mowa w ust. 1, wykonują osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia przed wydaniem pozwolenia na działalność, o której mowa w ust. 1 pkt 1, 4 i 5, zasięga opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) kwalifikacje zawodowe osób pobierających komórki, tkanki i narządy oraz osób dokonujących ich przeszczepienia, uwzględniając w szczególności lekarzy specjalistów z następujących dziedzin medycyny: transplantologii klinicznej, chirurgii, chirurgii dziecięcej, hematologii, onkologii klinicznej, kardiologii, chirurgii naczyń, urologii, jak również lekarzy innych specjalności,

1a) kwalifikacje zawodowe koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,

2) warunki, jakim powinny odpowiadać podmioty wymienione w ust. 1, w których podejmowane będzie postępowanie polegające na pobieraniu, przechowywaniu lub przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,

3) szczegółowe zasady współdziałania podmiotów, o których mowa w ust. 1, w zakresie pobierania, przechowywania komórek, tkanek i narządów w celu ich wykorzystania do przeszczepienia,

4) wymagania, jakim powinna odpowiadać dokumentacja medyczna dotycząca pobierania komórek, tkanek i narządów, ich przechowywania i przeszczepiania

- uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego biorców i dawców komórek, tkanek lub narządów.

Art. 36a

1. Na wniosek banku tkanek i komórek kierownik podmiotu, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 3, może zorganizować zespół pobierający.

2. Kierownikiem zespołu pobierającego jest lekarz.

3. Do zadań zespołu pobierającego należy w szczególności:

1) organizowanie pobierania i pobieranie komórek i tkanek ze zwłok ludzkich;

2) przekazywanie pobranych komórek i tkanek do banków tkanek i komórek;

3) współpraca z lekarzami pobierającymi narządy w celu przeszczepienia.

4. Członkowie zespołu inni niż lekarz, o którym mowa w ust. 2, muszą posiadać wykształcenie medyczne, biologiczne lub biotechnologiczne i odbyć szkolenie, o którym mowa w art. 40a ust. 1.

5. Zadania zespołu pobierającego finansuje bank tkanek i komórek, na podstawie umowy z podmiotami, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 3.

6. Merytoryczny nadzór nad działalnością zespołów pobierających sprawuje Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.

Art. 37

1. Postępowanie polegające na testowaniu komórek, tkanek i narządów może być podejmowane wyłącznie w medycznym laboratorium diagnostycznym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529 oraz z 2005 r. Nr 119, poz. 1015), posiadającym pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia na wykonywanie tych czynności.
2. Do pozwolenia, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 26 i art. 27 ust. 1-5.
3. Do kontroli spełniania przez laboratorium, o którym mowa w ust. 1, warunków, wymaganych do uzyskania pozwolenia, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 35 ust. 3-10.

Art. 37a

1. Wywozu szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ich przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje podmiot leczniczy wykonujący pobranie lub przeszczepienie szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej za zgodą dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant".
2. Wywozu komórek lub tkanek pobranych ze zwłok ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych komórek lub tkanek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje bank tkanek i komórek za zgodą dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.
3. Wywozu regenerujących się komórek lub tkanek innych niż komórki i tkanki wymienione w ust. 2, z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych komórek lub tkanek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje bank tkanek i komórek za zgodą dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.
4. Wywozu narządów ze zwłok ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych narządów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje podmiot leczniczy, wykonujący pobranie lub przeszczepienie narządów ze zwłok ludzkich, za zgodą dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant".
5. Zgody, o których mowa w ust. 1-4, albo ich odmowy są wydawane niezwłocznie, podmiotom wymienionym w tych przepisach, każdorazowo w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek, do którego są dołączone informacje o spełnianiu wymagań określonych w ust. 8. Decyzjom tym nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.
6. Od decyzji dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant" oraz dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.
7. Zgody na wywóz komórek, tkanek lub narządu odmawia się w przypadku gdy na liście znajduje się zgodny do przeszczepienia potencjalny biorca.
8. Podmioty, które uzyskały zgody, o których mowa w ust. 1-4, są obowiązane zapewnić:
 - 1) monitorowanie stanu wywożonych i przywożonych ludzkich komórek, tkanek i narządów w drodze między dawcą a biorcą;
 - 2) jakość i bezpieczeństwo przywożonych i wywożonych komórek, tkanek i narządów przeznaczonych do przeszczepienia.

9. Dane o wywozach i przywozach wymienionych w:

- 1) ust. 1 i 4 - gromadzi i przechowuje Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant";
- 2) ust. 2 i 3 - gromadzi i przechowuje Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.

10. Dane, o których mowa w ust. 9, udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki wywozu ludzkich komórek, tkanek i narządów z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych komórek, tkanek i narządów na to terytorium oraz sposób monitorowania stanu wywożonych i przywożonych ludzkich komórek, tkanek i narządów w drodze między dawcą a biorcą, mając na względzie zapewnienie jakości i bezpieczeństwa, o których mowa w ust. 8 pkt 2, oraz uwzględniając bezpieczeństwo zdrowotne biorcy.

Rozdział 7a

Znakowanie, monitorowanie oraz kryteria bezpieczeństwa i jakości komórek, tkanek i narządów

Art. 37b

1. Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, oznaczają komórki, tkanki lub narządy w sposób umożliwiający identyfikację ich dawcy za pomocą niepowtarzalnego oznakowania.
2. Identyfikacja, o której mowa w ust. 1, zapewnia możliwość określenia danych dotyczących pobrania komórek, tkanek lub narządów, ich przyjęcia do banku tkanek i komórek, podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, lub medycznego laboratorium diagnostycznego, o którym mowa w art. 37 ust. 1, oraz ich testowania, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji.

Art. 37c

1. Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane:
 - 1) stosować środki bezpieczeństwa i ochrony danych przed nieupoważnionymi uzupełnieniami, usuwaniem informacji lub zmianami w dokumentacji medycznej dawców oraz przed przekazywaniem informacji osobom nieuprawnionym;
 - 2) stosować procedury rozstrzygnięcia rozbieżności w danych;
 - 3) zapewnić ochronę przed nieupoważnionym ujawnianiem danych, o których mowa w art. 37b ust. 2, przy jednoczesnym zagwarantowaniu zdolności monitorowania pobranych, testowanych, przetwarzanych, przechowywanych i dystrybuowanych komórek, tkanek lub narządów.
2. Przez zdolność monitorowania, o której mowa w ust. 1 pkt 3, rozumie się:
 - 1) zdolność lokalizowania i identyfikowania komórek, tkanek lub narządów na dowolnym etapie od ich pobrania, w trakcie badania, przetwarzania i przechowywania, do ich dystrybucji do biorcy lub utylizacji;

- 2) zdolność zidentyfikowania biorcy komórki, tkanki lub narządu;
- 3) możliwości lokalizowania i identyfikowania wszelkich istotnych danych związanych z wyrobami medycznymi oraz materiałami mającymi kontakt z komórkami, tkankami lub narządami.

3. Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane ponadto do zapewnienia monitorowania:

- 1) pobranych, przetworzonych, przechowywanych lub dystrybuowanych komórek, tkanek lub narządów;
- 2) wyrobów medycznych i materiałów mających bezpośrednio kontakt z komórkami, tkankami lub narządami.

Art. 37d

Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane:

- 1) prowadzić walidację wszystkich procesów,
- 2) określać krytyczne momenty wszystkich procesów, które powinny być kontrolowane w oparciu o wyznaczone kryteria akceptacji,
- 3) prowadzić kwalifikację sprzętu, urządzeń technicznych i środowiska przebiegającego procesu rozumianą jako udokumentowane działanie mające na celu wykazanie, że to środowisko, sprzęt lub urządzenia są odpowiednio zainstalowane i pracują właściwie

- w celu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa wymaganego dla danego typu komórki, tkanki lub narządu oraz uzyskania oczekiwanych wyników.

Art. 37e

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób tworzenia niepowtarzalnego oznakowania umożliwiającego identyfikację dawcy komórek, tkanek lub narządów, oraz sposób oznaczania komórek, tkanek lub narządów, za pomocą tego oznakowania,
- 2) szczegółowe wymagania w zakresie monitorowania, o którym mowa w art. 37c ust. 3

- uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego biorców.

Rozdział 8

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant", Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek i Krajowa Rada Transplantacyjna

Art. 38

1. Tworzy się Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" z siedzibą w Warszawie.

2. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" jest jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

3. Do zadań Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant" należy w szczególności:

- 1) koordynacja pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów na terenie kraju;
- 2) prowadzenie centralnego rejestru przeciwwów;
- 3) prowadzenie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie;
- 4) prowadzenie rejestru przeszczepień;
- 5) prowadzenie rejestru żywych dawców;
- 6) prowadzenie rejestru szpiku i krwi pępowinowej;
- 7) koordynacja poszukiwania niespokrewnionych dawców szpiku i krwi pępowinowej ze wstępnym przeszukaniem rejestru szpiku i krwi pępowinowej;
- 8) prowadzenie działalności edukacyjnej mającej na celu upowszechnianie leczenia metodą przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
- 9) współpraca z innymi podmiotami krajowymi i zagranicznymi w dziedzinie wymiany komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia;
- 10) zgłaszanie do ministra wniosków, o których mowa w art. 22 ust. 4;
- 11) przyjmowanie wniosków od jednostek, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 4 i 5;
- 12) organizowanie szkoleń, o których mowa w art. 40a ust. 1, w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania narządów oraz szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 13) prowadzenie listy osób, które odbyły szkolenia, o których mowa w art. 40a ust. 1, w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania narządów oraz szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 14) przekazywanie danych, o których mowa w art. 16 ust. 3 i 4, do europejskich i światowych rejestrów szpiku i krwi pępowinowej.

4. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" jest kierowane przez dyrektora powoływanego i odwoływanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia nadaje, w drodze zarządzenia, statut Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant", określający jego szczegółową strukturę organizacyjną oraz szczegółowy zakres zadań, uwzględniając bezpieczeństwo biorców oraz konieczność sprawnego wykonywania zadań, o których mowa w ust. 3.

Art. 39

1. Tworzy się Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek z siedzibą w Warszawie.

2. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek jest jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

3. Do zadań Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek należy w szczególności:

- 1) organizowanie współdziałania banków tkanek i komórek;
- 2) pełnienie funkcji referencyjnych i konsultacyjnych;
- 3) sprawowanie nadzoru i kontroli nad bankami tkanek i komórek pod względem merytorycznym;
- 4) prowadzenie rejestru banków tkanek i komórek;
- 5) organizowanie szkoleń, o których mowa w art. 40a ust. 1, w zakresie pobierania,

gromadzenia, testowania, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek;

6) prowadzenie listy osób, które odbyły szkolenia, o których mowa w art. 40a ust. 1, w zakresie pobierania, gromadzenia, testowania, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek;

7) sprawowanie nadzoru merytorycznego nad działalnością zespołów pobierających.

3a. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek może w ośrodkach dawców szpiku refundować koszt wynagrodzenia osób, o których mowa w art. 16a ust. 4, na podstawie umowy.

4. Krajowym Centrum Bankowania Tkanek i Komórek kieruje dyrektor powoływany i odwoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej.

5. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek może wykonywać czynności, o których mowa w art. 25, wyłącznie w celach naukowych i dydaktycznych, po zaopiniowaniu przez Krajową Radę Transplantacyjną i uzyskaniu pozwolenia, o którym mowa w art. 26 ust. 1, ministra właściwego do spraw zdrowia.

6. Do wykonywania przez Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek czynności, o których mowa w art. 25, stosuje się przepisy rozdziału 6, z wyjątkiem art. 26 ust. 2 i 3. Wniosek o uzyskanie pozwolenia składa się do ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia nadaje, w drodze zarządzenia, statut Krajowemu Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, określający jego strukturę organizacyjną oraz szczegółowy zakres zadań, uwzględniając bezpieczeństwo biorców oraz konieczność sprawnego wykonywania zadań, o których mowa w ust. 3.

Art. 40

1. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek prowadzi rejestr banków tkanek i komórek.

2. Rejestr jest jawny.

3. Do rejestru wpisuje się następujące dane dotyczące banku tkanek i komórek:

1) oznaczenie banku tkanek i komórek;

2) numer w ewidencji działalności gospodarczej, rejestrze przedsiębiorców albo innym właściwym rejestrze;

3) adres;

4) zakres działalności.

4. Dane, o których mowa w ust. 3, udostępnia się również drogą elektroniczną.

5. Z rejestru udostępnia się również dane w nim zawarte w ramach sieci rejestrów państw członkowskich Unii Europejskiej w sposób określony w porozumieniu z Komisją Europejską.

Art. 40a

1. Organizowanie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów oraz bezpieczeństwo dawców i biorców, prowadzi:

1) Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant", dla koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania narządów oraz szpiku,

komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej;

2) Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w zakresie pobierania, gromadzenia, testowania, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek oraz pozyskiwania szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej.

2. Szkolenia, o których mowa w ust. 1, prowadzi się w formie szkolenia:

- 1) wstępnego - dla osób nowo zatrudnionych;
- 2) ustawicznego, nie rzadziej niż co 2 lata - dla wszystkich pracowników;
- 3) uaktualniającego - w przypadku zmian procedur lub rozwoju wiedzy naukowej w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.

3. Szkolenia, o których mowa w ust. 1, prowadzi się zgodnie z programem szkoleń opracowanym przez podmioty, o których mowa w ust. 1, na podstawie ramowego programu szkoleń określonego przepisami wydanymi na podstawie ust. 8.

4. Szkolenia, o których mowa w ust. 1, mają na celu:

- 1) zdobycie umiejętności w realizowaniu wyznaczonych zadań;
- 2) zdobycie odpowiedniej wiedzy i zrozumienie procesów oraz zasad wykonywanych zadań;
- 3) zrozumienie struktury organizacyjnej, systemu zapewnienia jakości i zasad ochrony zdrowia i bezpieczeństwa jednostki, w której są zatrudnione;
- 4) zdobycie odpowiednich wiadomości o etycznych i prawnych aspektach wykonywanych zadań związanych z pobieraniem, gromadzeniem, testowaniem, przetwarzaniem, sterylizacją, przechowywaniem i dystrybucją komórek, tkanek i narządów.

5. Szkolenia, o których mowa w ust. 1, należy udokumentować, a po ich zakończeniu uczestnictwo i wyniki potwierdzić zaświadczeniem.

6. Szkolenia, o których mowa w ust. 1, są nieodpłatne, a ich finansowanie następuje ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, przeznaczonych na finansowanie Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek oraz Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant".

7. Jednostki, w których odbywają się szkolenia, o których mowa w ust. 1, powinny spełniać odpowiednie wymagania, w szczególności:

- 1) zapewnić bazę dydaktyczną dostosowaną do liczby osób uczestniczących w szkoleniach;
- 2) zapewnić odpowiednią kadre dydaktyczną;
- 3) zapewnić sprawną organizację szkolenia;
- 4) uwzględnić, przy opracowywaniu programu szkolenia, aktualną wiedzę, osiągnięcia teorii i praktyki oraz zweryfikowane wyniki badań naukowych.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowe programy szkoleń, o których mowa w ust. 1, sposób dokumentowania ich przebiegu, wzór zaświadczenia o odbytym szkoleniu oraz szczegółowe wymagania wobec jednostek, w których odbywają się te szkolenia, uwzględniając konieczność osiągnięcia celów, o których mowa w ust. 4.

Art. 41

1. Tworzy się Krajową Radę Transplantacyjną, zwaną dalej "Radą", jako organ doradczy i opiniodawczy ministra właściwego do spraw zdrowia.
2. W skład Rady wchodzi nie więcej niż 31 członków, powoływanych na 4-letnią kadencję przez ministra właściwego do spraw zdrowia, spośród specjalistów z różnych dziedzin nauki oraz przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje przewodniczącego Rady spośród jej członków.
3. Członkom Rady przysługuje wynagrodzenie za udział w posiedzeniu Rady oraz w posiedzeniu Komisji Etycznej.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady przed upływem kadencji w przypadku:
 - 1) rezygnacji ze stanowiska;
 - 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby;
 - 3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach Rady;
 - 4) prawomocnego skazania za przestępstwo umyślne.
5. W przypadku odwołania członka Rady albo jego śmierci przed upływem kadencji, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji w trybie ust. 2, chyba że do końca kadencji pozostało mniej niż 3 miesiące.
6. Do zadań Rady należy w szczególności:
 - 1) opiniowanie programów w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
 - 2) opiniowanie działalności:
 - a) Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant",
 - b) Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek;
 - 3) prowadzenie działalności informacyjnej w zakresie pozyskiwania komórek, tkanek i narządów w celu ratowania życia i zdrowia;
 - 4) opiniowanie projektów aktów normatywnych w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
 - 5) współdziałanie z organizacjami i stowarzyszeniami krajowymi i zagranicznymi, których celem jest rozwój transplantologii, oraz z samorządem lekarskim;
 - 6) opiniowanie wniosków, o których mowa w art. 26 ust. 2 i art. 36 ust. 4;
 - 7) opiniowanie wniosków o przeprowadzenie przeszczepienia komórek, tkanek i narządów pobranych od zwierząt;
 - 8) opiniowanie:
 - a) spełnienia wymogów przepisów ustawy przez ubiegające się o pozwolenia: banki tkanek i komórek, podmioty, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 4 i 5, oraz medyczne laboratoria diagnostyczne i podmioty takie pozwolenia dotychczas posiadające,
 - b) przestrzegania ustalonych procedur postępowania w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz spełniania warunków wymaganych w ustalonym systemie zapewnienia jakości - na podstawie zgłoszonych przez podmioty dokonujące pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów istotnych niepożądanych reakcji i istotnych zdarzeń niepożądanych,

c) jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakresie pobierania, przechowywania, przeszczepiania i dystrybucji komórek, tkanek i narządów;
9) opracowywanie dla ministra właściwego do spraw zdrowia rocznych raportów dotyczących wyników przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, na podstawie materiałów udostępnionych przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant", Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek oraz inne instytucje związane z procedurą pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.

7. W ramach Rady działa, powołana spośród członków Rady przez ministra właściwego do spraw zdrowia, 7-osobowa Komisja Etyczna, której zadaniem jest w szczególności wyrażanie opinii w sprawach określonych w art. 13 ust. 1.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia nadaje, w drodze rozporządzenia, statut Krajowej Radzie Transplantacyjnej, określający szczegółowy zakres, organizację, tryb jej działania, w tym Komisji Etycznej, sposób wynagradzania członków Rady oraz sposób i tryb udzielania opinii, uwzględniając konieczność sprawnego wypełniania zadań przez Radę.

Rozdział 10

Przepisy karne

Art. 43

Kto rozpowszechnia ogłoszenia o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub karze pozbawienia wolności do roku.

Art. 44

1. Kto, w celu uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, nabywa lub zbywa cudzą komórkę, tkankę lub narząd, pośredniczy w ich nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat.

2. Jeżeli sprawca uczynił sobie z popełnienia przestępstwa określonego w ust. 1 stałe źródło dochodu, podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat.

Art. 45

Kto, bez wymaganego pozwolenia, prowadzi działalność przewidzianą przepisami ustawy dla banku tkanek i komórek, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 46

Kto, bez wymaganego pozwolenia, pobiera komórkę, tkankę lub narząd w celu ich przeszczepienia albo je przeszczepia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 46a

Kto, bez wymaganej zgody wywozi z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub wwozi na to terytorium komórkę, tkankę lub narząd, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 46b

Kto, wbrew przepisom ustawy, nie zgłasza potencjalnych biorców narządów lub szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej lub krwi pępowinowej na listę albo dokonanych przeszczepień komórek, tkanek i narządów do rejestru przeszczepień albo pozyskanych potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej do rejestru szpiku i krwi pępowinowej, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA**
z dnia 29 sierpnia 2008 r.
w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu”¹⁶⁶

Na podstawie art. 22 ust. 6 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa: 1) wzory legitymacji i odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu”; 2) sposób i tryb nadawania odznak, o których mowa w pkt 1; 3) sposób dokumentowania ilości pobrań dla celów nadania odznak, o których mowa w pkt 1.

§ 2.

1. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym dokonano pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek, zawiadamia listem poleconym dawcę szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek o terminie i miejscu wręczenia odznaki „Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją.
2. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1, wysyła się nie później niż na 30 dni przed terminem wręczenia odznaki „Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją.
3. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, lub osoba przez niego upoważniona dokonuje wręczenia odznaki „Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją

§ 3.

1. Wniosek Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant” o nadanie odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” powinien zawierać następujące dane dotyczące pobrania od żywego dawcy:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) datę i miejsce urodzenia;
 - 3) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji;
 - 4) numer PESEL, jeżeli posiada;
 - 5) datę i miejsce pobrania;
 - 6) określenie narządu szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek, które pobrano;
 - 7)

¹⁶⁶ Data ogłoszenia: 2008-09-18, Data wejścia w życie: 2008-10-03, Data obowiązywania: 2008-10-03 Dz.U. z 18 września 2008 Nr 168 poz. 1043, Nowelizacja: 2014-05-21 Dz.U. z dn. 30 maja 2014 poz. 708

nazwę i adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano pobrania;

8) imię i nazwisko lekarza, który dokonał pobrania.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokument wystawiony na podstawie dokumentacji medycznej osoby, której dotyczy wniosek, przez kierownika podmiotu leczniczego, w którym dokonano pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządu, określający datę i miejsce pobrania.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia zawiadamia listem poleconym osobę, której dotyczy wniosek, o którym mowa w ust. 1, o terminie i miejscu uroczystego wręczenia odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją.

4. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 3, wysyła się nie później niż na 30 dni przed terminem uroczystego wręczenia odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia lub osoba przez niego upoważniona dokonuje uroczystego wręczenia odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją.

6. Ewidencję osób, którym nadano odznakę „Zasłużony Dawca Przeszczepu”, prowadzi urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 4.

1. Odznaka „Dawca Przeszczepu” ma kształt koła o średnicy 20 mm i jest wykonana z metalu, w kolorze srebrnym. Na awersie odznaki znajduje się symboliczny wizerunek serca otoczony kolistym napisem „Dawca Przeszczepu”. Symboliczny wizerunek serca jest wypukły. Na rewersie odznaki jest umocowane zapięcie umożliwiające wpięcie do ubrania.

2. Wzór odznaki jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

3. Wzór legitymacji jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 5.

1. Odznaka „Zasłużony Dawca Przeszczepu” ma kształt koła o średnicy 20 mm i jest wykonana z metalu, w kolorze złotym. Na awersie odznaki znajduje się symboliczny wizerunek serca otoczony kolistym napisem „Zasłużony Dawca Przeszczepu”. Symboliczny wizerunek serca jest wypukły. Na rewersie odznaki jest umocowane zapięcie umożliwiające wpięcie do ubrania.

2. Wzór odznaki jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

3. Wzór legitymacji jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 6.

Odznaki, o których mowa w § 4 i 5, mogą być nadane tej samej osobie tylko raz.

§ 7.

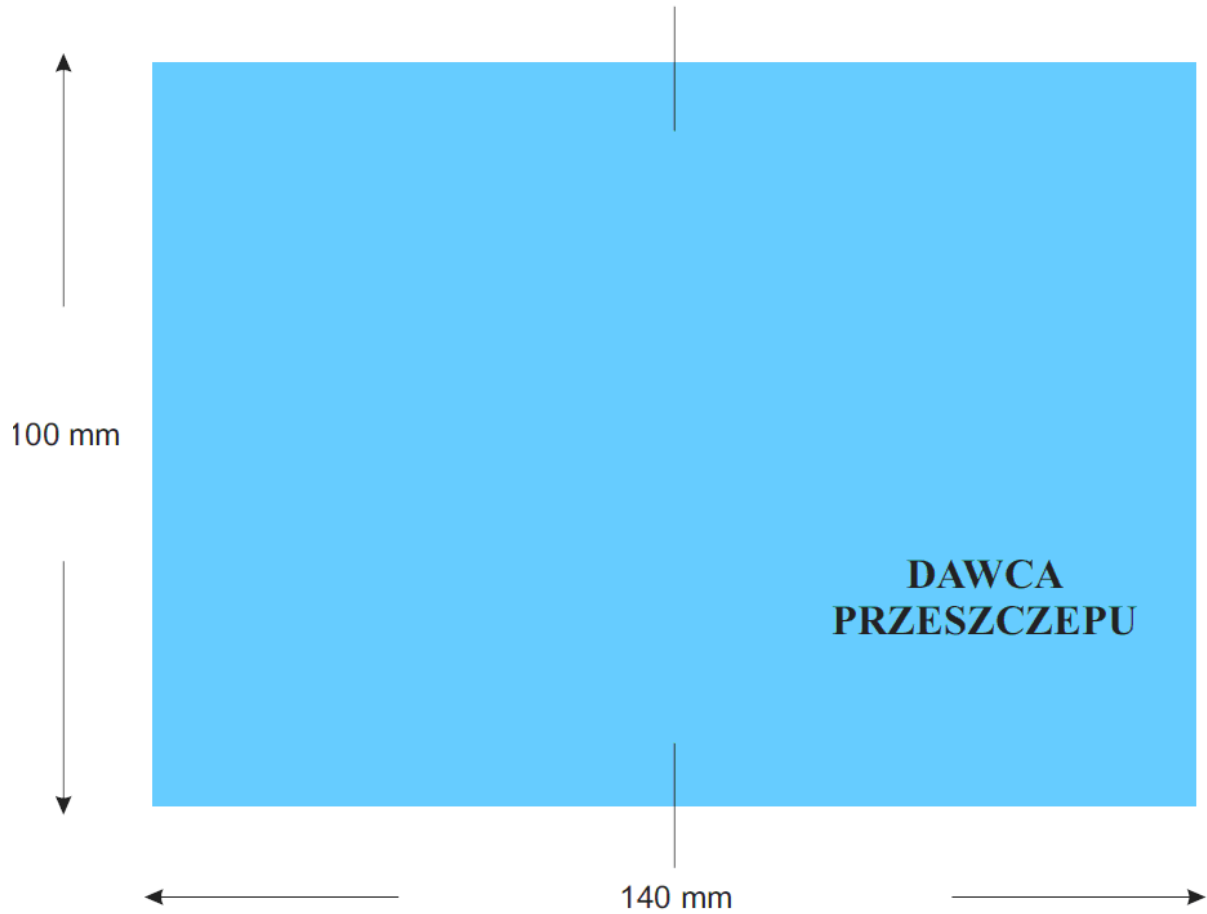
1. W razie zgubienia lub zniszczenia odznaki, o której mowa w § 4 lub 5, organ, który ją nadał może, na wniosek osoby, której nadano odznakę lub osoby przez nią upoważnionej, ponownie wydać odznakę za zwrotem kosztów jej wytworzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w przypadku zgubienia lub zniszczenia legitymacji stwierdzającej nadanie odznaki, z tym że wydanie wtórnego egzemplarza legitymacji następuje nieodpłatnie.

**Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 21 maja r. (poz. 708)**

WZÓR LEGITYMACJI „DAWCA PRZESZCZEPU”

Okładka: z zewnątrz niebieska z wytłoczonym tekstem „DAWCA PRZESZCZEPU”



M.P. 2007 nr 46 poz. 547

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 17 lipca 2007 r.

**w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania
czynności mózgu**

Na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411) ogłasza się kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej, stanowiące załącznik do obwieszczenia.

**Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 17 lipca 2007 r. (poz. 547)**

**KRYTERIA I SPOSÓB STWIERDZENIA TRWAŁEGO NIEODWRACALNEGO
USTANIA CZYNNOŚCI MÓZGU, USTALONE PRZEZ SPECJALISTÓW Z
DZIEDZIN MEDYCYNY: ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII,
NEUROLOGII, NEUROCHIRURGII ORAZ MEDYCYNY SĄDOWEJ**

I. Założenia ogólne

Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych.

Zdysocjowany charakter zjawiska ujawnia się w sposób szczególny w sytuacjach, w których śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane. W tych przypadkach to stan mózgu determinuje życie lub śmierć człowieka. W większości przypadków klinicznych obrzęk mózgu wynikający z jego uszkodzenia narasta od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. W takich sytuacjach czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu.

Trwałe uszkodzenie pnia mózgu ustala się na podstawie braku określonych odruchów nerwowych i braku spontanicznej czynności oddechowej. Postępowanie takie, oparte przede wszystkim na badaniach klinicznych, w przeważającej liczbie przypadków jest możliwe, a jego wynik - pewny. W szczególnych okolicznościach badanie odruchów nerwowych nie jest jednak w pełni wykonalne (np. urazy twarzoczaszki), a ich interpretacja trudna (np. zatrucia, farmakoterapia). Co więcej, w pierwotnie podnamiotowych uszkodzeniach mózgu, jego śmierć wymaga szczególnego postępowania diagnostycznego, bowiem kliniczne objawy trwałego uszkodzenia pnia mózgu nie oznaczają w tym przypadku jednoczesnego nieodwracalnego uszkodzenia całego mózgu. W takich przypadkach podejrzenie śmierci mózgu musi być potwierdzone badaniami instrumentalnymi.

Nieustanne poszerzanie wiedzy i doświadczenia lekarskiego, wdrażanie nowych metod i

technologii medycznych jest procesem ciągłym. Pozwala to na wprowadzanie do praktyki coraz lepszych, pewniejszych sposobów postępowanie diagnostycznego i terapeutycznego. Włączenie do procedur ustalania śmierci mózgu metod instrumentalnych to cenne uzupełnienie badań klinicznych, a w niektórych przypadkach również postępowanie rozstrzygające. Badania instrumentalne, elektrofizjologiczne lub naczyniowe, mają zastosowanie w uszkodzeniach mózgu pierwotnych (np. uraz bezpośredni) i wtórnych (np. niedotlenienie), są też nieodzowne w szczególnych przypadkach diagnostyki śmierci mózgu u dzieci.

Wieloletnia praktyka medyczna jednoznacznie wykazała, że w wybranych przypadkach odstąpienie od koncepcji śmierci człowieka jako całości na rzecz śmierci mózgu człowieka jako całości jest uzasadnione z naukowego i praktycznego punktu widzenia. W świetle postępu w medycynie i dynamicznego rozwoju intensywnej terapii takie stanowisko okazuje się być ze wszech miar potrzebne i słuszne. Pomimo ogromnych możliwości ratowania ludzkiego zdrowia i życia, jakie aktualnie posiada nowoczesna medycyna, istnieją granice ich stosowania. Jedną z nich jest śmierć mózgu.

II. Rozpoznanie śmierci mózgu

Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji.

Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe:

Etap I: wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu,

Etap II: wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu.

Etap I obejmuje dokonanie następujących stwierdzeń i wykluczeń:

1) Stwierdzenia:

- a) chory jest w śpiączce,
- b) chory jest sztucznie wentylowany,
- c) przyczyna śpiączki została rozpoznana,
- d) wystąpiło uszkodzenie mózgu - pierwotne lub wtórne,
- e) uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

2) Wykluczenia:

- a) chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zmiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane),
- b) chorych w stanie hipotermii (≤ 35 °C ciepłoty powierzchniowej),
- c) chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi,
- d) noworodków poniżej 7 dnia życia.

Przeprowadzenie wszystkich powyższych "Stwierdzeń" i "Wykluczeń" pozwala na przejście do etapu II. Wyłącznie w przypadkach szczególnych określonych w punkcie B etapu II niniejszego załącznika, opisanych w innych częściach niniejszego załącznika, wolno przejść do etapu II, mimo niespełnienia wszystkich warunków etapu I.

Etap II obejmuje 2-krotne wykonanie przez ordynatora oddziału/kliniki lub upoważnionego przez niego lekarza specjalistę następujących badań stwierdzających:

A. W zakresie badań klinicznych

- 1) nieobecność odruchów pniowych,
- 2) trwałe bezdech.

O nieobecności odruchów pniowych świadczy:

- 1) brak reakcji źrenic na światło,
- 2) brak odruchu rogówkowego,
- 3) brak ruchów gałek ocznych spontanicznych,
- 4) brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej,
- 5) brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy zastosowany w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego,
- 6) brak odruchów wymiotnych i kaszlowych,
- 7) brak odruchu oczno-mózgowego.

Próba bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego.

Wytyczne techniczne do sposobu przeprowadzania badań:

Badanie reakcji na światło:

- a) przed próbą należy przez około 30 sekund utrzymywać u chorego zamknięte powieki,
- b) następnie odsłonić równocześnie obie źrenice, oświetlając je światłem z silnego źródła (latarka lekarska, zwykła latarka, laryngoskop),
- c) obserwować średnicę źrenic przez około 5 sekund,
- d) badanie przeprowadzić 3-krotnie w odstępach około 30-sekundowych.

Badanie odruchu rogówkowego:

- a) unieść powiekę i odsłonić gałkę oczną,
- b) dotknąć rogówki 3-krotnie w około 5-sekundowych odstępach jałowym wacikiem,
- c) badania wykonać obustronnie,
- d) obserwować zachowanie się powiek podczas próby.

Próba kaloryczna:

- a) przed wykonaniem próby sprawdzić wziernikiem pełną drożność przewodów słuchowych zewnętrznych (brak woskowiny, skrzepów i innych ciał obcych),
- b) skierować strumień z 20 ml zimnej wody (temp. 3-10 °C) na błonę bębenkową,
- c) obserwować zachowanie się gałek ocznych.

Sprawdzanie reakcji bólowych:

- a) w zakresie nerwów czaszkowych: nacisk opuszką palca na okolicę wyjść kostnych nerwów czaszkowych: nadoczodołowego i podoczodołowego (obustronnie),
- b) w zakresie nerwów obwodowych: ucisk płytki paznokciowej w okolicy wzrostowej krawędzią paznokcia (obustronnie),

c) obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy i innych grup mięśniowych.

Sprawdzanie odruchów wymiotnych i kaszlowych:

a) wprowadzić zgłębnik do gardła i początkowego odcinka przełyku oraz sprawdzić, czy ruchy osiowe zgłębnikiem nie wywołują odruchu wymiotnego,

b) wprowadzić zgłębnik do tchawicy oraz oskrzeli i obserwować, czy osiowe poruszanie nim nie wywołuje odruchu kaszlowego (zgłębnik nie może być podłączony do urządzenia ssącego),

c) obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy, mięśni klatki piersiowej i brzucha.

Badanie odruchu oczno-mózgowego:

a) stanąć za głową badanego i ująć ją obiema rękami z boków,

b) odsłonić gałki oczne, odsuwając kciukami powieki ku górze,

c) obrócić głowę badanego najpierw w jedną stronę i zatrzymać 3-5 sekund w tej pozycji,

d) obrócić głowę badanego w przeciwną stronę i zatrzymać ją przez 3-5 sekund w tej pozycji, obserwować zachowanie się gałek ocznych.

Badanie bezdechu:

a) przez 10 minut wentylować płuca badanego 100 % tlenem w układzie bezzwrotnym,

b) następnie przed wykonaniem próby bezdechu tak wentylować płuca 100 % tlenem, aby zawartość Pa CO₂ ustabilizowała się na poziomie 40 mmHg (5,3 kPa),

c) natychmiast po pobraniu krwi odłączyć badanego od respiratora, rozpoczynając równocześnie insuflację tlenu przez założony do tchawicy zgłębnik z wylotem w pobliżu rozwidlenia tchawicy z przepływem 6 l/min, a u wszystkich dzieci odpowiednio mniej, tak aby utrzymać prawidłową wartość saturacji krwi tlenem,

d) od chwili odłączenia respiratora obserwować pilnie zachowanie się klatki piersiowej i nadbrzusza przez kolejne 10 minut,

e) z chwilą upływu 10 minut pobrać krew z tętnicy celem oznaczenia Pa CO₂ i natychmiast po pobraniu krwi podłączyć badanego ponownie do respiratora,

f) w przypadku wystąpienia spadku skurczowego ciśnienia tętniczego, u dorosłych poniżej 90 mmHg (12 kPa), a u dzieci poniżej wartości prawidłowej dla wieku, znaczącego spadku Sp O₂ lub zaburzeń rytmu serca należy pobrać próbkę krwi tętniczej w celu określenia Pa CO₂ i badanego podłączyć do respiratora.

Uwaga I: Celem badania jest sprawdzenie zdolności reakcji na najsilniejszy bodziec oddechowy, jakim jest wzrost poziomu dwutlenku węgla w organizmie. Bezdech u człowieka rozpoznaje się po stwierdzeniu braku reakcji na wzrost Pa CO₂ do wartości co najmniej 60 mmHg (7,9 kPa). Tak więc próba jest wykonana prawidłowo, jeśli w czasie jej trwania uzyskano wartość Pa CO₂ co najmniej 60 mmHg (7,9 kPa), a przyrost wyniósł co najmniej 20 mmHg (2,6 kPa).

Prężność dwutlenku węgla po odłączeniu od respiratora wzrasta o wartość około 3 mmHg/min. Dlatego też czas 10 minut jest w większości przypadków wystarczający do wzrostu jego prężności o 20 mmHg (2,6 kPa). W razie konieczności wcześniejszego

podłączenia chorego do respiratora należy pobrać krew w celu sprawdzenia, czy nastąpił oczekiwany wzrost Pa CO₂ o wartość przekraczającą 20 mmHg (2,6 kPa), co pozwala na uznanie ważności próby.

W przypadku występowania uszkodzeń płuc, które uniemożliwiają wykonanie próby bezdechu w przedstawiony sposób, z powodu szybko występującej desaturacji krwi, można zastosować hipowentylację: zamiast odłączania respiratora należy wentylować płuca badanego 100 % tlenem, tak aby osiągnąć wcześniej wymienione, wyjściowe i końcowe wartości Pa CO₂.

Przy prawidłowo wykonanej próbie brak efektywnych ruchów oddechowych świadczy o trwałości bezdechu.

Uwaga II: Objawy, które nie wykluczają rozpoznania śmierci pnia mózgu.

Następujące objawy pochodzą z rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych i nie należy ich mylnie interpretować jako dowód na zachowaną czynność pnia mózgu:

- 1) subtelne, okresowe i rytmiczne ruchy mięśni twarzy - to zjawisko może wynikać z odnerwienia mięśni w obszarze unerwianym przez nerw VII,
- 2) zgięciowe ruchy palców dłoni,
- 3) toniczne odruchy szyjne - ruchy szyi, złożone ruchy kończyn inne niż patologiczne zgięcie lub wyprost. Zgięcie tułowia, powolny obrót głowy oraz przywodzenie w stawach ramiennych ze zgięciem w stawach łokciowych. Takie ruchy zdarzają się czasem podczas testu bezdechu lub po stwierdzeniu śmierci mózgu i odłączeniu respiratora; mogą one przybierać dramatyczną formę (tzw. objaw Łazarza),
- 4) inne ruchy tułowia, obejmujące asymetryczne ustawienie tułowia z odgięciem głowy do tyłu, zachowane głębokie i powierzchowne odruchy skórne brzuszne,
- 5) zachowane odruchy ścięgniste, objaw trójzgięcia (w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym, np. podczas wywoływania objawu Babińskiego),
- 6) naprzemienne ruchy zgięciowe i wyprostne palców stóp (objaw falujących palców stóp) lub zgięcie palców stóp po opukiwaniu stopy, dodatni objaw Babińskiego,
- 7) odruch polegający na nawróceniu i wyprostnie kończyny górnej.

Czas obserwacji wstępnej

Dla rozpoznania nieodwracalnego uszkodzenia mózgu wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu jest konieczne zastosowanie odpowiednio długiej obserwacji wstępnej przed rozpoczęciem procedury orzekania o śmierci mózgu. Za początek czasu obserwacji wstępnej należy przyjąć moment, w którym odnotowano pojawienie się klinicznych cech śmierci mózgu.

W przypadku pierwotnych uszkodzeń mózgu czas ten powinien wynosić co najmniej 6 godzin. W przypadku uszkodzeń wtórnych, spowodowanych między innymi takimi czynnikami jak niedotlenienie, udar niedokrwienny mózgu, zatrzymanie krążenia, hipoglikemia i inne, czas ten powinien wynosić co najmniej 12 godzin. Czas obserwacji wstępnej u dzieci w przedziale wiekowym do 2 lat powinien być zawsze dłuższy niż 12 godzin.

B. Instrumentalne badania potwierdzające

Rozpoznanie śmierci mózgu w większości przypadków opiera się na badaniu klinicznym i dokładnej analizie przyczyny oraz mechanizmu i skutku uszkodzenia mózgu. Jednakże zdarzają się szczególne sytuacje, w których badania kliniczne nie mogą być wykonane lub jednoznacznie interpretowane. Przyczynami powodującymi trudności diagnostyczne są:

- 1) rozległe urazy twarzoczaszki,
- 2) uszkodzenia podnamiotowe mózgu,
- 3) obecność nietypowych odruchów,
- 4) inne przyczyny (np. niektóre środki trujące lub preparaty farmakologiczne).

W takich przypadkach, podejrzenie śmierci mózgu może lub musi być potwierdzone badaniami instrumentalnymi:

- 1) EEG,
- 2) multimodalne potencjały wywołane,
- 3) ocena krążenia mózgowego

- zgodnie z przypisami 1-3 do niniejszego załącznika, według następujących wytycznych:

1) W pierwotnym, nadnamiotowym uszkodzeniu mózgu u dorosłych i dzieci powyżej 2 (drugiego) roku życia, śmierć mózgu może zostać potwierdzona dwojako:

- a) poprzez dwukrotne badania kliniczne wykonane w odstępie 6-godzinny, w których stwierdzono brak odruchów pniowych i trwały bezdech,
- b) poprzez wykonanie dwóch badań klinicznych i jednego spośród badań potwierdzających. Okres pomiędzy badaniami klinicznymi może zakończyć się w ciągu 3 godzin, pod warunkiem potwierdzenia śmierci mózgu w badaniu instrumentalnym.

2) W pierwotnym, podnamiotowym uszkodzeniu mózgu u dorosłych i dzieci powyżej 2 (drugiego) roku życia, śmierć mózgu musi zostać potwierdzona co najmniej jednym z następujących badań:

- a) wykazującym linię izoelektryczną w badaniu EEG lub
- b) wykazującym brak przepływu w naczyniach mózgowych.

Uwaga: badanie potencjałów wywołanych nie ma zastosowania w diagnostyce śmierci mózgu spowodowanej uszkodzeniem podnamiotowym.

3) We wtórnym uszkodzeniu mózgu u dorosłych i dzieci powyżej 2 (drugiego) roku życia, śmierć mózgu może zostać potwierdzona dwojako:

- a) poprzez dwukrotne badania wykonane w odstępie 24-godzinny, w których stwierdzono brak odruchów pniowych i trwały bezdech,
- b) poprzez wykonanie dwóch badań klinicznych i jednego spośród badań potwierdzających. Okres pomiędzy badaniami klinicznymi może zakończyć się w ciągu 3 godzin, pod warunkiem potwierdzenia śmierci mózgu w badaniu instrumentalnym.

Rozpoznawanie śmierci mózgu u dzieci

Dla potrzeb diagnostyki śmierci mózgu u dzieci wyróżnia się trzy grupy wiekowe:

- a) noworodki 7-28 dni życia,

- b) dzieci do końca 2 (drugiego) roku życia,
- c) dzieci powyżej 2 (drugiego) roku życia.

U dzieci odstęp czasu pomiędzy dwoma seriami badań musi wynosić:

- 1) u noworodków - co najmniej 72 godziny, niezależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu (pierwotnej lub wtórnej),
- 2) u dzieci do końca 2 (drugiego) roku życia - co najmniej 24 godziny, niezależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu (pierwotnej lub wtórnej),
- 3) u dzieci powyżej 2 (dwóch) lat - jak u dorosłych. Okres ten może być skrócony do 3 godzin, pod warunkiem potwierdzenia śmierci mózgu w co najmniej jednym badaniu instrumentalnym.

U noworodków i dzieci do końca 2 (drugiego) roku życia nieodwracalność zmian należy potwierdzić przez wykonanie jednego z trzech wymienionych wcześniej badań instrumentalnych.

Spełnione wszystkie kryteria, właściwe wykonanie prób, a w uzasadnionych przypadkach badań instrumentalnych, zezwalają komisji złożonej z trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jednego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, na stwierdzenie zgonu osoby badanej w wyniku śmierci mózgu. Kryteria ustalania składu komisji reguluje art. 9 ust. 6 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411).

III. Wskazówki i uwagi dla komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu

Komisja bada chorego i przedstawioną jej dokumentację, kontrolując, czy:

- 1) dokonano wymaganych wstępnych stwierdzeń (etap I, pkt 1)
- 2) dokonano wymaganych wstępnych wykluczeń (etap I, pkt 2)
- 3) tam gdzie jest to niezbędne, potwierdzono śmierć mózgu w co najmniej jednym badaniu instrumentalnym, o którym mowa w przypisach 1-3 do niniejszego załącznika.

Jeśli tak, to:

- 1) stwierdzenie zgonu leży w kompetencji komisji,
- 2) u badanego należy stwierdzić zgon, mimo utrzymującej się czynności serca,
- 3) z chwilą stwierdzenia zgonu respirator wentyluje zwłoki,
- 4) badany jest zmarłym, od chwili stwierdzenia śmierci mózgu przez komisję, a więc nie wtedy, kiedy odłączono respirator i czynność serca uległa zatrzymaniu,
- 5) obowiązek terapeutyczny ustaje z chwilą komisyjnego stwierdzenia zgonu,
- 6) w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci mózgu komisja odstępuje od jej stwierdzenia.

IV. Protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu

U badanego

(imię i nazwisko)

urodzonego (data) PESEL

dokonano następujących stwierdzeń i wykluczeń:

badany jest w śpiączce	tak	nie*
płuca badanego są sztucznie wentylowane	tak	nie*
rozpoznano przyczynę śpiączki	tak	nie*
wykazano pierwotne, nadnamiotowe uszkodzenie mózgu	tak	nie*
wykazano pierwotne, podnamiotowe uszkodzenie mózgu	tak	nie*
wykazano wtórne uszkodzenie mózgu	tak	nie*
uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu	tak	nie*
wykluczono zatrucie i wpływ niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspokajające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane)	tak	nie*
wykluczono hipotermię	tak	nie*
wykluczono zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne	tak	nie*
wykluczono, że badany jest noworodkiem poniżej 7-go dnia życia	tak	nie*

Na podstawie powyższych stwierdzeń i wykluczeń

dnia o godz. podjęto decyzję

o przejściu do II etapu kwalifikacyjnego **tak** **nie***

* Niewłaściwe skreślić.

Po upływie zalecanego czasu obserwacji, dnia wykonano dwukrotnie w odstępie godzin badania odruchów pniowych i bezdechu, uzyskując następujące wyniki:

Wyniki badania:	Badanie	I		II	
		tak	nie*	tak	nie*
brak reakcji źrenic na światło		tak	nie*	tak	nie*
brak odruchu rogówkowego		tak	nie*	tak	nie*
brak ruchów gałek ocznych spontanicznych		tak	nie*	tak	nie*
brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej		tak	nie*	tak	nie*
brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w obrębie unerwienia nerwów czaszkowych		tak	nie*	tak	nie*
brak odruchów wymiotnych i kaszlowych		tak	nie*	tak	nie*
brak odruchu oczno-mózgowego		tak	nie*	tak	nie*
trwały bezdech		tak	nie*	tak	nie*

Wymienione badania rozpoczęto w godzinie po wysunięciu podejrzenia śmierci mózgu.

I serię badań rozpoczęto dnia o godz.

zakończono dnia o godz.

II serię badań rozpoczęto dnia o godz.

zakończono dnia o godz.

M.P. 2010 nr 59 poz. 784

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 9 sierpnia 2010 r.

w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia

Na podstawie art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 oraz z 2009 r. Nr 141, poz. 1149) ogłasza się kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia, poprzedzającego pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia, określone w załączniku do obwieszczenia.

ZALĄCZNIK

**KRYTERIA I SPOSÓB STWIERDZENIA NIEODWRACALNEGO ZATRZYMANIA
KRĄŻENIA, POPRZEDZAJĄCEGO POBRANIE KOMÓREK, TKANEK LUB
NARZĄDÓW DO PRZESZCZEPIENIA**

I. Wprowadzenie

Art. 9a ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wprowadza możliwość pobrania komórek, tkanek lub narządów po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Zatrzymanie krążenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu. Jednocześnie komórki stanowiące strukturę narządów bardziej odpornych na niedotlenienie wynikające z braku perfuzji zachowują przez pewien czas swoją funkcję, co stwarza możliwość ich pobrania i skutecznego przeszczepienia.

Stwierdzenie zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia opiera się na całościowej interpretacji danych z wywiadu chorobowego i klinicznych objawów nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Poniższe wytyczne definiują kryteria rozpoznawania i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia przed przystąpieniem do czynności związanych z przygotowaniem do planowanego pobrania komórek, tkanek lub narządów.

II. Kryteria rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia

Nieodwracalne zatrzymanie krążenia można rozpoznać po spełnieniu następujących warunków:

- 1) w czasie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, prowadzonej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obserwowano asystolię lub rozkojarzenie elektromechaniczne przez okres co najmniej 20 ostatnich minut, a w przypadku dzieci do lat dwóch przez okres co najmniej 45 ostatnich minut; ponadto w tym okresie nie stwierdzono palpacyjnie spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych;
- 2) asystolia lub rozkojarzenie elektromechaniczne oraz brak spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych utrzymywały się nieprzerwanie przez okres obserwacji trwającej co najmniej 5 minut po zakończeniu nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-

oddechowej przeprowadzonej w sposób określony w pkt 1;

3) jeżeli zatrzymanie krążenia nastąpiło w sytuacji, w której lekarz leczący stwierdził, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie zakończy się przeżyciem, można:

a) rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2, albo

b) rozpocząć uciskanie klatki piersiowej i wentylację zastępczą celem przygotowania organizacyjnego do cewnikowania naczyń i perfuzji narządów, a po zakończeniu uciskania klatki piersiowej i wentylacji zastępczej rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2;

4) jeżeli w trakcie okresu, o którym mowa w pkt 2, choć na chwilę wystąpi migotanie komór lub powrót potwierdzonej palpacyjnie spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych, okres resuscytacji krążeniowo-oddechowej i następującej po nim obserwacji, o których mowa w pkt 1 i 2, liczony jest ponownie od początku;

5) w okresie, o którym mowa w pkt 2, stwierdza się nieobecność odruchów pniowych w postaci braku:

a) reakcji źrenic na światło,

b) odruchu rogówkowego,

c) odruchu oczno-głowego,

d) jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy zastosowany w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego,

e) czynności oddechowej;

6) w przypadku braku możliwości stwierdzenia nieobecności odruchów pniowych nieodwracalne zatrzymanie krążenia ustala się w oparciu o warunki, o których mowa w pkt 1 i 2.

III. Sytuacje szczególne

1. W przypadku hipotermii należy doprowadzić temperaturę centralną ciała do 35° C, kontynuując resuscytację krążeniowo-oddechową, i dopiero od tego momentu liczy się okres nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, o którym mowa w części II pkt 1.

2. Okres resuscytacji krążeniowo-oddechowej, o której mowa w części II pkt 1, można wydłużyć celem przygotowania organizacyjnego do cewnikowania naczyń i perfuzji narządów, a po jej zakończeniu rozpocząć obserwację, o której mowa w części II pkt 2.

3. W przypadku gdy zatrzymanie krążenia nastąpiło w czasie trwania procedury rozpoznawania śmierci mózgu, ale przed wykonaniem koniecznych badań instrumentalnych i klinicznych, należy rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową i w przypadku przywrócenia krążenia rozpocząć procedurę rozpoznawania śmierci mózgu według zasad określonych dla uszkodzeń wtórnych. W sytuacji gdy krążenia nie uda się przywrócić, należy postępować tak, jak w przypadku rozpoznawania nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

4. W przypadku gdy zatrzymanie krążenia wystąpiło po wykonaniu badania instrumentalnego potwierdzającego śmierć mózgu, należy rozpocząć postępowanie przewidziane w części II pkt 3.

IV. Stwierdzenie nieodwracalnego zatrzymania krążenia dla potrzeb pobrania narządów

1. Lekarz stwierdzający nieodwracalne zatrzymanie krążenia dla potrzeb pobrania narządów jest obowiązany oprzeć się na opinii dwóch lekarzy wybranych spośród specjalistów z następujących dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny

ratunkowej, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub chorób wewnętrznych. Opinię tę wyraża się poprzez złożenie własnoręcznego podpisu pod protokołem zgodnym z wzorem określonym w części V.

2. Jeżeli lekarz stwierdzający nieodwracalne zatrzymanie krążenia jest specjalistą w dziedzinie medycyny określonej w ust. 1, może zasięgnąć opinii tylko jednego specjalisty z dziedziny medycyny określonej w ust. 1, podpisując również protokół zgodny z wzorem określonym w części V. Do wyrażania opinii przez tego lekarza stosuje się przepis ust. 1 zdanie drugie.

3. Zasięgnięcie opinii, o których mowa w ust. 1 i 2, dotyczy potwierdzenia prawidłowości stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

V. Protokół rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia

WZÓR

1. Imię i nazwisko osoby, u której rozpoznano nieodwracalne zatrzymanie krążenia
2. Numer PESEL
3. Przyczyna nieodwracalnego zatrzymania krążenia
4. Czas (godzina i minuta) rozpoczęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej
5. Czas (godzina i minuta), od którego liczono okres, w którym nie stwierdzono migotania komór albo spontanicznej fali tętna w czasie prowadzonej resuscytacji krążeniowo-oddechowej
6. Czas (godzina i minuta) rozpoczęcia 5-minutowego okresu obserwacji po zakończeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej
7. Czas (godzina i minuta) zakończenia 5-minutowego okresu obserwacji po zakończeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej
8. Okres nieskutecznej resuscytacji trwał co najmniej 20 minut u dorosłych albo co najmniej 45 minut u dzieci do lat 2*
9. Stwierdzono brak reakcji źrenic na światło*
10. Stwierdzono brak odruchu rogówkowego*
11. Stwierdzono brak odruchu oczno-głowego*
12. Stwierdzono brak reakcji na bodźce bólowe*
13. Stwierdzono brak czynności oddechowej*
14. Upłynął co najmniej 5-minutowy okres obserwacji po zakończeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej*
15. Temperatura centralna ciała przekraczała 35° C*

Lekarz opiniujący stwierdził nieodwracalne zatrzymanie krążenia w sposób zgodny z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia

..... dnia o godzinie

(pieczęć i podpis)

Lekarz opiniujący stwierdził nieodwracalne zatrzymanie krążenia w sposób zgodny z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu

stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia

..... dnia o godzinie
(pieczętka i podpis)

Zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia stwierdził lekarz potwierdzający nieodwracalne zatrzymanie krążenia

..... dnia o godzinie
(pieczętka i podpis)

*Wpisać: tak, nie albo nie badano (wraz z określeniem przyczyny).

(Dz.U. 2010 nr 53 poz. 319)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 22 marca 2010 r.

w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów

Na podstawie art. 3 ust. 14 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z późn. zm. zarządza się, co następuje:

§ 1. Koszty koordynacji pobrania ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) zgłoszenia potencjalnego dawcy do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant";
- 2) zgłoszenia potencjalnego dawcy do koordynatora pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
- 3) udokumentowania identyfikacji, kwalifikacji i rozpoznania u potencjalnego dawcy trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu w przypadku jego stwierdzenia;
- 4) opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad potencjalnym dawcą;
- 5) łączności niezbędnej do koordynacji pobrania;
- 6) zabezpieczenia próbek krwi lub innych tkanek dawcy do typowania tkankowego.

§ 2. Koszty badań potencjalnego dawcy komórek, tkanek lub narządów i wydania na ich podstawie opinii lekarskich oraz koszty kwalifikacji potencjalnego dawcy ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) ogólnego badania lekarskiego;
- 2) specjalistycznego badania lekarskiego;

- 3) badania autopsyjnego - w przypadku pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich;
- 4) przeprowadzenia i udokumentowania wywiadów medycznych z osobami, które dobrze znają lub znały potencjalnego dawcę, w celu zgromadzenia możliwie jak największej liczby informacji niezbędnych do prawidłowej kwalifikacji potencjalnego dawcy.

§ 3. 1. Koszty badań laboratoryjnych przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów ustala się, biorąc pod uwagę koszty następujących testów i badań laboratoryjnych:

- 1) histopatologicznych;
- 2) obrazowych;
- 3) mikrobiologicznych;
- 4) markerów nowotworowych;
- 5) wirusologicznych:
 - a) HIV 1 i 2 Anty-HIV-1 i 2,
 - b) wirusowego zapalenia wątroby typu B, HBsAg i Anty-HBc; w razie pozytywnego wyniku testu Anty-HBc, a negatywnego wyniku testu HBsAg - wykonania dalszych testów dla oceny ryzyka, mających na celu ustalenie przydatności komórek, tkanek lub narządów do wykorzystania klinicznego,
 - c) wirusowego zapalenia wątroby typu C Anty-HCV,
 - d) kiły - testy swoiste,
 - e) na obecność przeciwciał HTLV-I/II w przypadku odbycia przez potencjalnego dawcę podróży przez regiony lub jego pobyt w regionach, gdzie istnieje możliwość narażenia go na kontakt z chorobami zakaźnymi;
- 6) dodatkowych testów w kierunku nosicielstwa, w tym badań biomolekularnych wirusów HBV, HCV, CMV, EBV, nosicielstwa malarii, toksoplazmozy i pierwotniaka Trypanosoma zależnych od danych zawartych w dokumentacji medycznej;
- 7) typowania tkankowego potencjalnego dawcy, w tym badania AB0 i w uzasadnionych przypadkach miana izohemaglutynin;
- 8) innych badań laboratoryjnych koniecznych przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów.

2. Koszty badań kwalifikujących komórki, tkanki lub narządy do przeszczepienia po pobraniu od dawcy ustala się, biorąc pod uwagę koszty badania biopsyjnego i zgodności tkankowej między dawcą a biorcą.

§ 4. Koszty komisyjnego stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu u potencjalnego dawcy przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) badań potwierdzających albo wykluczających trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu;

2) wynagrodzeń członków komisji lekarskiej stwierdzającej trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu.

§ 5. Koszty hospitalizacji potencjalnego dawcy, od stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów przed ich pobraniem ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) produktów leczniczych i wyrobów medycznych użytych do podtrzymywania czynności narządów przed ich pobraniem;
- 2) udostępnienia sali operacyjnej, sali zabiegowej przystosowanej do wykonywania zabiegów chirurgicznych oraz zapewnienia intensywnej opieki w warunkach oddziału intensywnej terapii;
- 3) opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad dawcą.

§ 6. Koszty zabiegu pobrania narządu lub narządów ponoszone przez podmiot leczniczy, w którym pobrano narząd lub narządy, ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) koordynacji pobrania, o których mowa w § 1;
- 2) badań i wydania na ich podstawie opinii lekarskich oraz badań laboratoryjnych wykonanych przed pobraniem narządu lub narządów obejmujących:
 - a) ogólne badanie lekarskie,
 - b) specjalistyczne badanie lekarskie,
 - c) badania, o których mowa w § 3;
- 3) wykonania zabiegu pobrania narządu lub narządów obejmujące:
 - a) zastosowane produkty lecznicze, wyroby medyczne i materiały niezbędne przy pobraniu,
 - b) wykorzystanie bloku operacyjnego,
 - c) wykorzystanie sali zabiegowej przystosowanej do wykonywania zabiegów chirurgicznych,
 - d) zapewnienie intensywnej opieki w warunkach oddziału intensywnej terapii,
 - e) wynagrodzenie personelu lekarsko-pielęgniarskiego sprawującego opiekę nad dawcą przed pobraniem.

§ 7. Koszty zabiegu pobrania narządu lub narządów ponoszone przez podmiot leczniczy, który pobrał narząd lub narządy albo wysłał zespół lekarsko-pielęgniarski do ich pobrania, ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) organizacji, transportu, ubezpieczenia i wynagrodzeń zespołu lekarsko-pielęgniarskiego wykonującego zabieg pobrania albo wysłanego do zabiegu pobrania narządu lub narządów;
- 2) produktów leczniczych, wyrobów medycznych i materiałów niezbędnych do pobrania narządu lub narządów i ich zabezpieczenia na okres transportu;
- 3) transportu narządu lub narządów z podmiotu leczniczego, w którym pobrano narząd lub narządy, do podmiotu leczniczego, w którym dokonuje się przeszczepienia tego narządu lub narządów.

§ 8. Koszty pobrania szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) koordynacji pobrania, o których mowa w § 1;
- 2) badań i wydania na ich podstawie opinii lekarskich oraz badań laboratoryjnych wykonanych przed pobraniem, obejmujących:
 - a) ogólne badanie lekarskie,
 - b) specjalistyczne badanie lekarskie,
 - c) badania, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, 3, 5-8;
- 3) wykonania zabiegu pobrania obejmujące:
 - a) wynagrodzenie personelu lekarsko-pielęgniarskiego uczestniczącego w zabiegu pobrania,
 - b) zastosowanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych i materiałów niezbędnych przy pobraniu,
 - c) wykorzystanie bloku operacyjnego,
 - d) wykorzystanie sali zabiegowej przystosowanej do wykonywania aferezy komórkowej - w przypadku pobierania regenerujących się komórek uzyskiwanych drogą aferezy z krwi obwodowej,
 - e) zapewnienie intensywnej opieki w warunkach oddziału intensywnej terapii;
- 4) transportu potencjalnego dawcy do i z podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane pobranie szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 5) wyżywienia i obsługi dawcy w czasie jego pobytu w podmiocie leczniczym związanego z pobraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 6) udostępnienia szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej przez ośrodek dawców szpiku;
- 7) przetwarzania i przechowywania w zakresie:
 - a) użytych ubrań jednorazowych i wielorazowych,
 - b) użytego sprzętu i narzędzi jednorazowego i wielorazowego użytku,
 - c) użytych materiałów do mycia i dezynfekcji pomieszczeń, stanowisk pracy, rąk, narzędzi i urządzeń do pakowania, przechowywania i dystrybucji,
 - d) eksploatacji sprzętu i urządzeń,
 - e) utrzymania i eksploatacji sprzętu do monitorowania,
 - f) użytych wyrobów medycznych i materiałów niezbędnych do testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji;
- 8) dystrybucji i transportu szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej do medycznego laboratorium diagnostycznego celem przetworzenia;
- 9) transportu przetworzonego szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej celem przeszczepienia;
- 10) preparatyki komórkowej, cytometrii przepływowej, hematologii, mikrobiologii i

serologii, związane z badaniem i oceną szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej w medycznym laboratorium diagnostycznym;

11) zabezpieczenia krwi do autotransfuzji.

§ 9. Koszty pobrania krwi pępowinowej ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) wynagrodzenia personelu pobierającego krew pępowinową;
- 2) użytych ubrań jednorazowych i wielorazowych;
- 3) użytego sprzętu i narzędzi jednorazowego i wielorazowego użytku;
- 4) użytych materiałów do mycia i dezynfekcji pomieszczeń, stanowisk pracy, rąk, narzędzi i urządzeń do pakowania, przechowywania i dystrybucji;
- 5) eksploatacji sprzętu i urządzeń;
- 6) utrzymania i eksploatacji sprzętu do monitorowania;
- 7) użytych wyrobów medycznych i materiałów niezbędnych do testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji;
- 8) dystrybucji i transportu krwi pępowinowej do medycznego laboratorium diagnostycznego oraz banku tkanek i komórek;
- 9) wynagrodzenia personelu w zakresie testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji.

§ 10. Koszty pobrania komórek lub tkanek ze zwłok ludzkich ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) koordynacji pobrania, o których mowa w § 1;
- 2) badań i kwalifikacji potencjalnego dawcy, o których mowa w § 2;
- 3) wynagrodzenia lekarza pobierającego lub wynagrodzeń personelu zespołu pobierającego;
- 4) wykonania badań, o których mowa w § 3;
- 5) wykorzystania bloku operacyjnego, sali zabiegowej przystosowanej do wykonywania zabiegów chirurgicznych lub sali sekcyjnej;
- 6) o których mowa w § 9 pkt 2-7;
- 7) transportu komórek i tkanek do banku tkanek i komórek.

§ 11. Koszty pobrania od żywego dawcy regenerujących się komórek lub tkanek, innych niż szpik, komórki krwiotwórcze krwi obwodowej i krwi pępowinowej przeznaczonych do przeszczepienia ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) koordynacji pobrania, o których mowa w § 1;
- 2) badań i wydania na ich podstawie opinii lekarskich oraz badań laboratoryjnych wykonanych przed pobraniem, obejmujących:
 - a) ogólne badanie lekarskie potencjalnego dawcy,
 - b) specjalistyczne badania lekarskie potencjalnego dawcy,
 - c) badania, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, 3, 5-8;

- 3) wykonania zabiegu pobrania obejmujące:
 - a) zastosowanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych i materiałów niezbędnych przy pobraniu,
 - b) wykorzystanie bloku operacyjnego,
 - c) wykorzystanie sali zabiegowej przystosowanej do wykonywania zabiegów chirurgicznych,
 - d) zapewnienie intensywnej opieki w warunkach oddziału intensywnej terapii;
- 4) badania i oceny pobranych komórek lub tkanek w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- 5) hodowli komórek do przeszczepienia;
- 6) o których mowa w § 9 pkt 2-7;
- 7) transportu potencjalnego dawcy do i z podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane pobranie;
- 8) przygotowania potencjalnego dawcy do pobrania;
- 9) transportu pobranych komórek lub tkanek do medycznego laboratorium diagnostycznego, banku tkanek i komórek lub do podmiotu leczniczego celem przeszczepienia;
- 10) leczenia dawcy po zabiegu pobrania komórek lub tkanek.

§ 12. Koszty przetwarzania, sterylizacji i dystrybucji komórek lub tkanek w banku tkanek i komórek ustala się, biorąc pod uwagę koszty:

- 1) wynagrodzeń personelu banku tkanek i komórek wykonującego czynności testowania, przetwarzania, konserwowania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji komórek lub tkanek;
- 2) konsultacji specjalistycznych;
- 3) o których mowa w § 9 pkt 2-7;
- 4) dystrybucji i transportu przetworzonych komórek lub tkanek do podmiotów leczniczych.

§ 13. Koszty przechowywania pobranych komórek, tkanek i narządów do momentu ich dystrybucji do banku tkanek i komórek lub podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonany zabieg przeszczepienia, ustala się, biorąc pod uwagę koszty, o których mowa w § 9 pkt 2-7.

§ 14. 1. W przypadku konieczności odstąpienia od pobrania narządu lub narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, z powodów obiektywnych, takich jak w szczególności nieprawidłowe wyniki badań dodatkowych, w tym badania histopatologicznego i markerów nowotworowych, lub wady anatomiczne, koszty czynności:

- 1) związanych z pobieraniem narządu lub narządów, wykonanych do momentu odstąpienia od pobrania, są ustalane w sposób określony w § 1-7;
- 2) określonych w § 7 są kosztami podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 3 ust. 3 pkt 11 lit. a ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i

przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

2. W przypadku konieczności odstąpienia od przeszczepienia pobranego narządu lub narządów z powodów obiektywnych, takich jak w szczególności wykryta choroba nowotworowa, nieprawidłowe wyniki badań dodatkowych, w tym badania histopatologicznego i markerów nowotworowych, lub zbyt długi czas niedokrwienia narządu po pobraniu, koszty czynności:

1) związanych z pobieraniem, przechowywaniem i dystrybucją narządu lub narządów, wykonanych do momentu odstąpienia od przeszczepienia, są ustalane w sposób określony w § 1-7 i 13;

2) określonych w § 7 są kosztami podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 3 ust. 3 pkt 11 lit. a ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

3. W przypadku konieczności odstąpienia od przeszczepienia szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej albo krwi pępowinowej z powodów obiektywnych, takich jak w szczególności zaostrzenie się procesu chorobowego lub zgon biorecy, koszty czynności związanych z pobraniem, przechowywaniem i dystrybucją szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej albo krwi pępowinowej, wykonanych do momentu odstąpienia od przeszczepienia, są ustalane w sposób określony odpowiednio w § 8 albo § 9.

§ 15. 1. Ustalając koszty czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów, bierze się pod uwagę koszty poszczególnych czynności z poprzedniego roku kalendarzowego.

2. Wzrost kosztów czynności, o których mowa w ust. 1, w kolejnym roku kalendarzowym nie może być wyższy niż średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w roku poprzedzającym rok, na który zawierane są umowy, o których mowa w art. 3 ust. 12 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, ogłoszony przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1440, 1717 i 1734).

3. Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" przedstawiają, corocznie do dnia 15 lutego, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wspólną informację o proponowanym wzroście kosztów czynności określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia, na rok następny, opartą o analizę przewidywanego wzrostu tych kosztów w roku następnym.

3a. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek przedstawia, corocznie do dnia 15 lutego, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informację o proponowanym wzroście kosztów czynności określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, na rok następny, opartą o analizę przewidywanego wzrostu tych kosztów w roku następnym.

3b. Sporządzając informacje, o których mowa w ust. 3 i 3a, podmioty określone w tych przepisach biorą pod uwagę w szczególności:

1) koszty poszczególnych czynności z poprzedniego roku kalendarzowego;

2) koszty wykonywania tych czynności, ponoszone przez podmioty, w których przeszczepia się co najmniej 30 narządów rocznie - w przypadku informacji, o której mowa w ust. 3;

3) koszty wykonywania tych czynności, ponoszone przez banki tkanek i komórek - w przypadku informacji, o której mowa w ust. 3a.

4. Koszty osobowe czynności związanych z pobieraniem komórek lub tkanek od dawcy, u którego stwierdzono zgon, w tym zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

5. Koszty czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia może ustalić koszty czynności określonych w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia, z uwzględnieniem informacji, o których mowa w ust. 3 i 3a, nie później niż do dnia 31 maja roku poprzedzającego.

§ 16. Umowy, o których mowa w art. 3 ust. 12 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, zawarte na rok 2010 r. przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r.

Załącznik nr 1

KOSZTY OSOBOWE CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z POBIERANIEM KOMÓREK LUB TKANEK OD DAWCY, U KTÓREGO STWIERDZONO ZGON, W TYM ZGON WSKUTEK ŚMIERCI MÓZGU LUB NIEODWRACALNEGO ZATRZYMANIA KRAŻENIA

Lp	Czynności	Koszt pobrania (w złotych)
1	Konsultacje specjalistyczne przed pobraniem tkanek i komórek	130,40
2	Pobranie jednej kości długiej z kończyny	99,00
3	Pobranie innych kości na zamówienie (w tym kości pokrywy czaszki)	67,80
4	Pobranie mostka z chrząstkami żebrowymi	62,60
5	Pobranie żebra	31,30
6	Pobranie jednostronne talerza biodrowego	62,60
7	Pobranie ścięgna, więzadła	62,60

8	Pobranie zastawek serca	135,60
9	Pobranie osierdzia	52,10
10	Pobranie naczynia krwionośnego rozgałęzionego co najmniej 10 cm	260,70
11	Pobranie naczynia krwionośnego co najmniej 10 cm	166,90
12	Pobranie naczynia krwionośnego poniżej 10 cm	104,30
13	Pobranie rogówki	169,90
14	Pobranie owodni	52,10
15	Pobranie dermatomem skóry o powierzchni 100 cm ²	31,30
16	Pobranie błony łącznotkankowej o powierzchni 100 cm ²	41,70
17	Pobranie komórek	104,30
18	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu jednej kości długiej z kończyny	31,30
19	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu dwóch kości długich z jednej kończyny	52,10
20	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu mostka	31,30
21	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu żeber	41,70
22	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu talerza biodrowego	41,70
23	Protezowanie i kosmetyka zwłok po pobraniu kości na indywidualne zamówienie	41,70
24	Kosmetyka zwłok po pobraniu rogówki	41,70
25	Kosmetyka zwłok po pobraniu skóry dermatomem	41,70

Załącznik nr 2

KOSZTY CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z POBIERANIEM NARZĄDÓW OD DAWCY, U

KTÓREGO STWIERDZONO ZGON WSKUTEK ŚMIERCI MÓZGU LUB NIEODWRACALNEGO ZATRZYMANIA KRAŻENIA, CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z POBIERANIEM SZPIKU I KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH KRWI OBWODOWEJ OD ŻYWEGO DAWCY ORAZ ICH PRZECHOWYWANIEM, PRZETWARZANIEM, STERYLIZACJĄ I DYSTRYBUCJĄ

A. Koszty osobowe

Lp	Rodzaj kosztów	Koszt jednostkowy (w złotych)	Koszt razem (w złotych)
I Identyfikacja dawcy zmarłego			
1	lekarz - wstępna ocena kliniczna wykluczenia lub potwierdzenia	312,90	312,90
2	wykonanie serii badań	2 x 260,75	521,50
3	komisja orzekająca o śmierci mózgu	3 x 417,20*	1 251,60*
	Razem		2 086,00
II Opieka nad dawcą od stwierdzenia śmierci mózgu lub zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia do pobrania narządu lub narządów			
1	lekarz	625,80	625,80
2	pielęgniarka	365,00	365,00
3	konsultacje specjalistyczne	208,60	208,60
	Razem		1 199,45
III Zabieg pobrania narządu lub narządów			
1	lekarz anestezyjolog	730,10	730,10
2	pielęgniarka	2 x 365,05	730,10
3	salowa	260,75	260,75

Razem		1 720,95
Razem koszty osobowe		5 006,40
* Obejmuje całość badania stwierdzającego śmierć mózgu według obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. Nr 46, poz. 547).		

B. Koszty materiałowe i badań kwalifikujących dawców narządów

Lp	Koszty materiałowe i badań kwalifikujących	Koszt za pobranie nerki (w złotych)	Koszt razem za pobranie nerek i narządu dodatkowego (w złotych)
1	2	3	4
	Koszty badań		
1	badania laboratoryjne wg karty zgłoszenia dawcy (bez wirusologicznych)	260,75	365,00
2	badania obrazowe (usg, TK, angio-OUN)	312,90	312,90
3	badania inne (ekg, rtg kl. p)	52,15	104,30
4	badania wirusologiczne	104,30	104,30
5	markery nowotworowe	62,60	62,60
	Koszty materiałowe		
1	leki, płyny dożylnie, płyny krwiozastępcze oraz inne niezbędne materiały	876,12	1 273,32
2	koszty pracy sali operacyjnej	573,65	782,25
3	zabezpieczenie logistyczne	52,15	102,30
	Razem koszty materiałowe i badań	2 294,60	3 129,00

--	--	--	--

C. Koszty pobrania narządów

Lp	Rodzaj pobrania	Koszt pobrania nerki albo nerek (w złotych)	Koszt pobrania kolejnego narządu (w złotych)	Koszt pobrania narządu albo narządów łącznie z kosztami osobowymi (w złotych)
1	Pobranie tylko nerki albo nerek	7 301,00		7 301,00
2	Pobranie tylko jednego narządu gdy nie są pobierane nerka albo nerki*		7 301,00	7 301,00
3	Pobranie nerki albo nerek i jednego innego narządu	4 067,70	4 067,70	8 135,40
4	Pobranie nerki albo nerek i 2 innych narządów	2 920,40	3 024,70	8 969,80
5	Pobranie nerki albo nerek i 3 innych narządów	2 451,00	2 451,00	9 804,20
6	Pobranie nerki albo nerek i 4 innych narządów**	2 127,72	2 127,72	10 638,60

* W przypadku pobrania tylko płuc, koszt pobrania każdego płuca ustala się na 7301,00 zł.
** Koszt pobrania każdego dodatkowego narządu ponad pobranie nerki albo nerek i 4 innych narządów ustala się na 2127,72 zł.

D. Koszty podmiotu leczniczego dokonującego pobrania szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy

Lp	Rodzaj pobrania	Koszty osobowe (w złotych)	Koszty materiałowe jednostkowe dla jednego pobrania (w złotych)	Koszty razem (w złotych)

1	Pobranie szpiku w warunkach sali operacyjnej	5 006,40	3 129,00	8 135,40
2	Pobranie komórek krwiotwórczych krwi obwodowej metodą cytoforezy	5 006,40	7 301,00	12 307,40

E. Koszty pobrania narządu lub narządów związane z czynnościami podmiotu leczniczego, który pobrał narząd lub narządy albo wysłał zespół lekarsko-pielęgniarski do ich pobrania

Lp	Rodzaj czynności wykonywanych przez podmiot leczniczy dokonujący pobrania narządu lub narządów albo który wysłał zespół lekarsko-pielęgniarski do ich pobrania	Koszty osobowe (w złotych)	Koszty materiałowe (w złotych)
1	Organizacja zespołu lekarsko-pielęgniarskiego do pobrania	50,00	50,00
2	Transport zespołu lekarsko-pielęgniarskiego z pobranym narządem lub narządami, zespołu lekarsko-pielęgniarskiego albo narządu lub narządów		1 000,00
3	Ubezpieczenie i wynagrodzenie zespołu lekarsko-pielęgniarskiego	1 500,00	
4	Produkty lecznicze, wyroby medyczne i materiały niezbędne do pobrania narządu lub narządów i ich zabezpieczenia na okres transportu*		2 000,00
5	Badania specjalistyczne kwalifikujące narząd lub narządy po pobraniu do przeszczepienia wykonane w podmiocie leczniczym, w którym ma być dokonane przeszczepienie (biopsja, ocena histopatologiczna, dodatkowe badania specjalistyczne itp.)**	300,00	300,00
Razem		1 850,00	3 350,00
* Nalicza się, gdy zastosowano.			
** Wykonywane wyjątkowo, gdy wyniki badań wykonanych w podmiocie leczniczym, w którym pobrano narząd lub narządy, nie pozwalają jednoznacznie na zakwalifikowanie narządu lub narządów do przeszczepienia.			

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 4 grudnia 2009 r.

w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie

Na podstawie art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 oraz z 2009 r. Nr 141, poz. 1149) zarządza się, co następuje:

§1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób i tryb tworzenia i prowadzenia krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, zwanej dalej "listą";
- 2) kryteria medyczne i sposób dokonywania wyboru potencjalnego biorcy;
- 3) sposób informowania potencjalnych biorców o kolejności wpisu na listę.

§ 2.1. Listę prowadzi się w formie pisemnej i elektronicznej.

2. Lista obejmuje potencjalnych biorców zakwalifikowanych do przeszczepienia:

- 1) nerki;
- 2) nerki i trzustki;
- 3) trzustki;
- 4) wątroby;
- 5) serca;
- 6) płuca;
- 7) komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej i krwi pępowinowej;
- 8) regenerujących się komórek innych niż szpik, komórki krwiotwórcze krwi obwodowej i krwi pępowinowej, w szczególności:
 - a) oka,
 - b) trzustki,
 - c) przytarczyc,
 - d) wątroby,
 - e) chrząstki stawowej,
 - f) mięśniowych,
 - g) naskórka.

§ 3.1. Potencjalny biorca zakwalifikowany do przeszczepienia może być zgłoszony na listę tylko przez lekarza kierującego zespołem, o którym mowa w art. 16c ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, zwanej dalej "ustawą".

2. Potencjalnego biorcę zakwalifikowanego do przeszczepienia Centrum Organizacyjno-Koordinacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant", zwane dalej "Centrum", wpisuje na listę w odniesieniu do danego rodzaju komórek, tkanek lub narządów, określonych w § 2 ust. 2, do których przeszczepienia ten potencjalny biorca został zakwalifikowany.

3. Centrum nie wpisuje na listę potencjalnego biorcy zakwalifikowanego do

przeszczepienia, jeżeli został on uprzednio wpisany na listę w odniesieniu do tego samego rodzaju komórek, tkanek lub narządów, określonych w § 2 ust. 2.

4. O zaistnieniu przypadku, o którym mowa w ust. 3, Centrum niezwłocznie powiadamia lekarza, który zgłasza wpisanego już na listę potencjalnego biorcę zakwalifikowanego do przeszczepienia.

5. Wpisu na listę potencjalnego biorcy zakwalifikowanego do przeszczepienia dokonuje się niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1.

§ 4.1. Zgłoszenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, dokonuje się przesyłką poleconą lub drogą elektroniczną.

2. Zgłoszenie, o którym mowa w § 3 ust. 1, przesyłane drogą elektroniczną musi zostać oznakowane w sposób umożliwiający jednoznaczną identyfikację nadawcy oraz zapewniać bezpieczeństwo przesyłanych danych.

3. System teleinformatyczny, za którego pomocą jest przesyłane zgłoszenie, o którym mowa w § 3 ust. 1, musi posiadać odpowiedni poziom bezpieczeństwa przed utratą danych oraz dostępem osób nieuprawnionych.

4. Do przetwarzania danych osobowych stosuje się wysoki poziom bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym, w rozumieniu przepisów w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.

§ 5.1. Wpisu danych na listę dokonuje się pod kolejnym numerem.

2. Wpis na liście nie może zostać usunięty.

3. W przypadku gdy potencjalnemu biorcy wykonano przeszczepienie, jego dane wykreśla się z listy i przenosi się do archiwum listy.

4. Dane zgromadzone w archiwum listy przechowywane są przez okres 30 lat od dnia wykonania przeszczepienia, w sposób zabezpieczający przed dostępem osób nieuprawnionych.

5. Oprogramowanie listy prowadzonej w formie elektronicznej musi umożliwiać aktualizację danych w sposób pozwalający na:

- 1) identyfikację czasu aktualizacji i danych osoby dokonującej aktualizacji;
- 2) odtworzenie danych sprzed aktualizacji;
- 3) identyfikację danych i źródła ich pochodzenia.

6. Oprogramowanie listy prowadzonej w formie elektronicznej musi posiadać zabezpieczenia uniemożliwiające usunięcie poprzednio wprowadzonych danych podczas czynności aktualizacji lub wykreślenia z listy, o którym mowa w ust. 3.

7. Na liście prowadzonej w formie pisemnej aktualizacja musi być dokonywana w sposób czytelny, z podaniem daty dokonania aktualizacji oraz z czytelnym podpisem osoby, która jej dokonała.

8. Lista prowadzona w formie pisemnej musi być zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych.

9. Przetwarzanie danych osobowych na liście ustala się na wysokim poziomie bezpieczeństwa.

§ 6. Informację o wprowadzeniu na listę danych potencjalnego biorcy zakwalifikowanego do przeszczepienia, dacie oraz kolejności wpisu na listę Centrum przesyła niezwłocznie przesyłką poleconą lub drogą elektroniczną do:

- 1) lekarza dokonującego zgłoszenia, o którym mowa w § 3 ust. 1;
- 2) potencjalnego biorcy.

§ 7.1. Wybór potencjalnego biorcy narządu z listy koordynuje Centrum poprzez:

- 1) przyjmowanie z zakładów opieki zdrowotnej informacji o możliwości pobrania narządów w celu przeszczepienia po stwierdzeniu śmierci mózgu albo nieodwracalnego zatrzymania krążenia;
- 2) niezwłoczne informowanie zakładów opieki zdrowotnej dokonujących przeszczepień narządów o każdym przypadku możliwości pobrania narządów w celu przeszczepienia po stwierdzeniu śmierci mózgu albo nieodwracalnego zatrzymania krążenia;
- 3) przekazywanie zakładom opieki zdrowotnej dokonujących przeszczepień narządów danych osobowych i informacji medycznych o potencjalnym dawcy narządów.

2. Wybór potencjalnego biorcy szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej lub krwi pępowinowej z listy koordynuje Centrum poprzez:

- 1) przeszukanie krajowych lub zagranicznych rejestrów potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 2) przeszukanie krajowych lub zagranicznych rejestrów komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej;
- 3) zlecenie medycznemu laboratorium diagnostycznemu doboru szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej.

3. Wyboru potencjalnego biorcy z listy dokonuje się w oparciu o następujące kryteria medyczne:

- 1) pilność przeszczepienia;
- 2) wykluczenie albo dopuszczenie niezgodności immunologicznej między potencjalnym dawcą a potencjalnym biorcą;
- 3) dobór anatomiczny potencjalnego dawcy i potencjalnego biorcy;
- 4) wiek potencjalnego dawcy i potencjalnego biorcy;
- 5) przewidywane efekty przeszczepienia;
- 6) czas oczekiwania na przeszczepienie;
- 7) aktualny stan zdrowia potencjalnego biorcy.

4. Wyboru z listy potencjalnego biorcy narządu, według kolejności wpisu na listę, dokonuje lekarz wyznaczony przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej dokonującego przeszczepień narządów, w porozumieniu z Centrum.

5. Wyboru potencjalnego biorcy narządu, z pominięciem kolejności wpisu na listę, dokonuje lekarz, o którym mowa w ust. 4, po stwierdzeniu, że potencjalny biorca jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

§ 8. Wyboru z listy potencjalnego biorcy szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej lub krwi pępowinowej dokonuje lekarz prowadzący postępowanie lecznicze potencjalnego biorcy, wyznaczony przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej, w którym dokonuje się przeszczepienia komórek krwiotwórczych szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, lub komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej.

§ 9. Zakład opieki zdrowotnej, który dokonał przeszczepienia narządu, szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej lub krwi pępowinowej, przesyła niezwłocznie do ośrodka kwalifikującego do przeszczepienia oraz do Centrum szczegółowy protokół wyboru potencjalnego biorcy z listy wraz z uzasadnieniem.

§ 10.1. Wyboru potencjalnego biorcy regenerujących się komórek innych niż szpik, komórki krwiotwórcze krwi obwodowej i krwi pępowinowej, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 8, dokonuje lekarz wyznaczony przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej, w którym dokonuje się przeszczepień tych komórek, według kolejności wpisu na listę.

2. Zakład opieki zdrowotnej, który dokonał przeszczepienia komórek, o których mowa w ust. 1, przesyła niezwłocznie do ośrodka kwalifikującego do przeszczepienia oraz do Centrum szczegółowy protokół wyboru potencjalnego biorcy z listy wraz z uzasadnieniem.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.
